Université Lille 2

Université Paris 13

APHL/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2013

Evaluation d'équipe d'analyse d'accès aux droits MDPH construite autour de partenaires évoluant dans le champ de la santé mentale

Maryse Lotte-Fréchin

Tuteur : Docteur Denis Leguay

Table des Matières

Table des Matières 2

Listes des abréviations 3

Introduction 5

I. Du cadre législatif à la MDPH des Vosges 7

A) Le cadre législatif 7

B) Les missions de la MDPH 8

C) La MDPH des Vosges 12

II. du handicap lié à des troubles d'origine psychique à la création d'une équipe spécialisée 14

A) Handicap lié à des troubles d'origine psychique 14

B) Cellule à compétences handicap psychique 15

III. L'étude 19

A) Méthode 19

B) Résultats 20

1 Usagers 20

2 Partenaires 22

3 Equipe 24

4 Indicateurs 26

IV. Discussion 28

1 Naissance de la demande 28

2 Le projet de vie 29

3 Le certificat médical 30

4 Recueil des informations (compléter le GEVA) 32

5 Synthèse et élaboration des réponses 34

6 Le PPC (sa communication) 36

7 Le suivi de décisions 37

8 La place de l'usager en EPE 37

9 L'écoute 38

10 Deux points de fonctionnement interne: 38

11 Synthèse des propositions 39

Conclusion 42

Bibliographie 44

Annexes 46

Résumé 69

Mots clés 69

Listes des abréviations

AAH : Allocation Adultes Handicapés

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

APA : Allocation Personnalisée d'autonomie

APF : Association des Paralysés de France

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDES : Commission Départementale de l'Education Spéciale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNSA : Caisse nationale de Solidarité pour l'autonomie

CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale

COMEX : Commission Exécutive de la MDP

COTOREP : Commission Technique de Reclassement et d'Orientation Professionnelle

CREAI : Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les handicaps et les Inadaptations

DIS : Direction des Interventions Sociales

EMT : Evaluation en Milieu de Travail

EPE : Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation

ESAT : Etablissements ou services d'aide par le travail

ESMS : Etablissement et Services Médico-Sociaux

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEVA : Guide d'évaluation

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapée

MNASM : Mission nationale d'Appui en Santé Mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PPC : Plan Personnalisé de Compensation

RIP : Référent Insertion Professionnelle

RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSDAE: Restriction Substancielle et Durable d'Accès à l'Emploi

SAMSAH: Service d'Accompagnement Médico-social pour adulte Handicapé

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UNAFAM : Union Nationale des Familles ou Amis de personnes Malades et handicapées psychiques

UEROS : Unité d'Evaluation de Ré-entraînement d'Orientation Sociale et socioprofessionnelle

Introduction

Le handicap lié à des troubles d'origine psychique est reconnu par la loi du 11 février 2005. A ce titre, il ouvre les mêmes droits à la compensation. Alors qu'il semble naturel d'évaluer les conséquences de troubles moteurs, de nombreuses questions se posent face au retentissement de difficultés qui ne se voient pas d'emblée, sont fluctuantes et imprévisibles. C'est pourquoi les études et colloques concluent à la nécessité d'une expertise adaptée.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées [MDPH] des Vosges a mis en place un dispositif spécifique afin d'étudier l'accès à des prestations pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique. Son montage s'est déroulé sur plusieurs mois ; délai mis à profit pour partager le bien-fondé de la nouvelle organisation avec l'ensemble des professionnels. Il réunit des acteurs évoluant dans le champ de la santé mentale. Pour la première fois, des représentants de l'Union Nationale de Familles ou Amis de personnes Malades et handicapées psychiques [UNAFAM] sont sollicités.

L'équipe créée est baptisée « cellule à compétence handicap psychique ». Son organisation s'est construite à petits pas. Elle intervient pour l'évaluation de premières demandes et de situations complexes dans le cadre restreint de prestations de base comme l'allocation aux adultes handicapés, la carte d'invalidité, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

La nouvelle instance qui s'est installée progressivement acquiert peu à peu une certaine légitimité, jusqu'à obtenir le statut d'équipe pluridisciplinaire.

Après plus d'un an de fonctionnement à ce titre, un premier bilan s'impose.

Le but de l'étude est d'évaluer le fonctionnement de la cellule à compétence handicap d'origine psychique. Quels sont les bénéfices réellement apportés ? Quels manques sont relevés ? Quels sont les points de satisfaction ? Les insuffisances perçues par les partenaires et les usagers ? Que faut-il apporter, modifier ? Quelles attentes de la part des uns et des autres.

La recherche du diagnostic se réalise à partir d'une enquête auprès des usagers. Les partenaires associés à l'évaluation et les membres de l'équipe sont consultés. L'étude qualitative vise à analyser en quoi une modification des pratiques à travers un « mieux

travailler ensemble » améliore l'accessibilité aux droits et la recherche de réponses adaptées à chaque situation.

L'objectif n'est pas de construire des plans d'actions pour la prise en charge du handicap d'origine psychique dans le département. Il s'agit d'améliorer le processus d'évaluation au sein de l'équipe et de le transposer vers des champs encore sensibles comme les droits à la prestation compensatoire du handicap dans son versant aide humaine et, ce par exemple pour faciliter le retour dans un logement indépendant éventuel. Le droit à la compensation ne se limite pas au seul accès à des prestations telles que la carte d'invalidité et l'allocation aux adultes handicapés. Il appartient au processus de réhabilitation.

De nombreux partenaires appréhendent encore mal le rôle de la MDPH. Or, ses missions la conduisent à tenir une place de choix dans le retour à l'autonomie et l'insertion qu'elle soit sociale ou professionnelle. Aussi, la description du cadre législatif débute le travail.

Il est essentiel de rappeler ensuite la notion de handicap avant d'évoquer les difficultés spécifiques liées à des troubles d'origine psychique.

Pour aider à la compréhension du contexte, la genèse du dispositif spécialisée est évoquée avant d'aborder la recherche proprement dite.

I. Du cadre législatif à la MDPH des Vosges

A) Le cadre législatif

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ouvre des perspectives ambitieuses. Elle redéfinit le handicap au sein d'un modèle universel et non discriminatoire du fonctionnement humain et instaure le droit à la compensation et l'accessibilité totale de la société à tous les handicaps.

L'article L.146 du Code d'Action Sociale et des Familles [CASF] précise : « constitue un handicap (…) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle et durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives ou psychiques, d'un handicap ou d'un trouble de santé invalidant . »

Véritable point d'ancrage pour toute politique de prise en charge du handicap, il pose des balises importantes.

Ce n'est pas l'altération de fonction (déficience) qui constitue le handicap mais l'interaction entre cette altération et l'environnement de la personne, et le retentissement induit dans la vie quotidienne (Caisse Nationale de Solidarité pour la Compensation [CNSA], 2013a). C'est donc un modèle interactif. L'environnement handicapant est mis en avant. Plutôt qu'une caractéristique intrinsèque de la personne, le handicap est donc une notion complexe associant plusieurs dimensions (CNSA, 2012) Dans le cadre de sa définition désormais légale, il apparait centré sur la manière dont un individu agit et participe dans sa vie réelle. Le handicap naît de l'inadaptation de l'environnement physique et de l'inadéquation des services offerts par la société à la réalité des besoins de la personne déficiente, et n'est plus inhérent à celle-ci. L'impératif d'adaptation de l'environnement à la personne handicapée et non l'inverse est rappelé par Abad (2013) dans le cadre de conception d'une société inclusive.

Le handicap résultant de troubles d'origine psychique est reconnu. Et il ouvre les mêmes droits dont celui d'accessibilité universelle. Il ne prendra alors pas la forme d'une rampe d'accès, à moins que la personne présente des handicaps associés, mais celle d'un accompagnement adapté pour ouvrir le droit à la scolarisation et au travail en milieu ordinaire, à la participation à la vie de la cité (CNSA, 2009).

L'évolution législative renforce aussi les droits spécifiques comme l'Allocation Adulte Handicapées et l'obligation d'emploi et réaffirme le devoir de solidarité de la collectivité nationale. Elle permet de passer d'un droit à la reconnaissance d'un taux d'incapacité (Loi 75-534 du 30 juin 1975) à l'accès à la compensation de toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société.

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagement du domicile ou du cadre de travail (…) des aides de toute nature à la personne ou aux institution pour vivre en milieu ordinaire ou adapté (…). » Article L.114-1-1 du CASF.

Pour terminer, rappelons que la loi de février 2005 installe la personne handicapée au centre du dispositif. Celle-ci a toute sa place au plan individuel par sa présence lors des différentes étapes du processus : du projet de vie jusqu'à l'élaboration du plan de compensation. Au niveau institutionnel, les représentants d'association se voient offrir une fonction au sein même de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées [CDAPH], de la Commission Exécutive [COMEX] qui administre la MDPH.

B) Les missions de la MDPH

Un cadre institutionnel est créé par la loi de 2005 : les MDPH. Elles sont accompagnées dans leurs missions par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie qui, à côté de sa fonction d'expertise et d'information (CNSA, 2013b), a pour objectif l'équité du traitement des demandes sur l'ensemble du territoire.

Dans son département, la MDPH assume des tâches multiples qui se déclinent auprès de l'ensemble de la population en général, et des personnes handicapées en particulier. Elle a pour vocation d'offrir à toute personne en situation de handicap un accès unique aux droits et prestations ainsi qu'une orientation vers les établissements et services, et un appui à l'accès à la formation et à l'emploi.

Huit missions sont déclinées.

1: Mission d'information :

Elle s'effectue auprès de tout public qu'elle est d'ailleurs chargée de sensibiliser au handicap.

2: Mission d'accueil et d'écoute :

La MDPH a pour mission d'accueillir les personnes handicapées et leurs familles dans un lieu unique, et de les écouter afin de les guider dans la formulation de leur projet de vie et de leur demande de compensation du handicap.

Le projet de vie est un outil important ; il est au service du plan de compensation car sert de base à son écriture. C'est un support qu'il convient d'adapter en fonction de l'histoire de chacun. Le projet de vie donne à la personne en situation de handicap un rôle d'acteur et permet de sortir d'une logique d'assistanat. Le formuler inquiète donc souvent l'usager car prendre sa vie en main, prendre des décisions est le fruit d'un apprentissage. L'autre s'est souvent substitué à ses propres désirs et la personne doit découvrir ou renforcer sa capacité à affirmer ses choix et les assumer pleinement.

Le projet de vie n'est jamais figé, ce n'est pas un choix définitif. Il doit sans cesse s'adapter, se réajuster en fonction des personnes, de leurs compétences, mais également de leur désir. Et le désir évolue en fonction du vécu.

3: Mission d'accompagnement :

La MDPH accompagne les personnes handicapées et leurs familles dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution. Elle assure la cohérence des parcours individuels.

4: Mission d'évaluation :

La MDPH gère les Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation [EPE], art L146-8 du CASF. Elles ont pour fonction d'évaluer l'incapacité permanente, et, les besoins de compensation sur la base du projet de vie et de références définies par voie réglementaire.

En effet, chaque prestation répond à des règles d'accès, règles qui varient d'une prestation à l'autre, déterminant à chaque fois un seuil à partir duquel le besoin pourra être compensé par une aide, et en dessous duquel, bien que la personne soit en situation de handicap au sens de la définition légale, son besoin ne pourra être pris en compte au titre de la solidarité nationale mais fera appel au droit commun.

L'équipe s'appuie sur le guide d'évaluation [GEVA], publié au journal officiel du 6 mai 2008 par arrêté du 06 février 2008. Il se décline en huit volets car l'évaluation des besoins, dans le cadre du droit à la compensation du handicap, est une démarche qui concerne toutes les dimensions de la vie de la personne, aussi bien sa vie quotidienne que sa vie sociale, son logement, sa vie professionnelle, sa scolarité (CNSA, 2009). Il tient compte des facteurs environnementaux, personnels, du parcours et des besoins en formation.

Les déficiences sont énoncées ; sans oublier de formuler les compétences sur lesquelles s'appuyer. Certaines personnes n'ont pas toujours conscience du savoir qu'elles mettent en jeu pour pallier les difficultés du quotidien.

Les équipes d'évaluation propose un Plan Personnalisé de Compensation [PPC]. Il comprend des propositions de mesures de toute nature destinées à apporter, à la personne en situation de handicap, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre. Des préconisations peuvent être spécifiées.

5: Mission d'attribution des droits et prestations : la CDAPH.

L'équipe pluridisciplinaire propose des réponses pour toutes les demandes de droits ou de prestations déposées à la MDPH. Mais les décisions sont prises par la CDAPH (Art L.241-6 du CASF). Cette instance décisionnelle est organisée par la MDPH.

6: Mission de suivi:

La MDPH est chargée du suivi et de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et du plan personnalisé de compensation. Elle veille à l'effectivité des orientations vers les services et établissements médico-sociaux. Elle est d'ailleurs tenue informée de toute création de places en établissement médico-social.

7: Mission de gestion et de coordination :

Si la MDPH reçoit et gère les demandes de droits et de prestations relatifs au handicap, elle assure également la coordination entre les différents acteurs publics et les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Elle désigne un Référent en Insertion Professionnel [RIP] (Article L 146-16 du CASF) pour les adultes et un référent scolaire pour les enfants.

La MDPH est chargée de recueillir et transmettre au niveau national les données relatives à l'action départementale. Ce rôle nécessite des outils informatiques auxquelles elle n'a hélas pas toujours accès.

8: Mission de médiation et de conciliation :

Lorsque survient un désaccord avec les décisions prises par la CDAPH, la MDPH organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées.

La personne en situation de handicap (ses parents, si la personne est mineure, ou son représentant légal) dispose de moyens de recours pour contester les décisions de la CDAPH. Ce sont, entre autre, la conciliation et le recours gracieux. La première peut être associée ou indépendante à l'exercice du second. Le conciliateur est une personne bénévole qualifiée, extérieure à la MDPH, nommée par la COMEX. Il entend le personnel de la MDPH afin d'obtenir toutes les précisions et documents utiles à la compréhension du dossier. Tenu au secret professionnel, il se saisit du dossier hormis les éléments médicaux. Il rencontre le demandeur au cours d'une visite à domicile. Il aide à mettre en avant les motifs de contestation qui permettront à la MDPH de mieux apprécier la situation.

L'usager intervient de ce fait directement à l'instruction. Ce n'est pas le cas dans le recours gracieux où la personne s'appuie, par écrit, sur des éléments non communiqués ou insuffisamment pris en compte.

La procédure simple et rapide permet un nouveau passage devant la CDAPH.

C) La MDPH des Vosges

Les MDPH sont issues de la fonte des Commissions Départementales et d'Education Spéciale [CDES] et des Commissions Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnelle [COTOREP]. Leurs ressources humaines varient d'un département à l'autre. Il existe de fortes disparités territoriales (Abad, 2013).

La MDPH des Vosges en quelques chiffres issus du rapport d'activité 2011 :

- 17653 demandes
- 8111 personnes accueillies
- 487 réunions de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation
- 23 réunions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- 9329 personnes en situation de handicap
- 7838 évaluations réalisées par les équipes internes de la MDPH

Trois médecins sont présents, dont un coordonnateur à temps plein, un médecin généraliste 0,3 ETP [équivalent temps plein] qui se consacre aux entretiens médicaux et participe à l'équipe pluridisciplinaire adulte, un médecin du travail 0,1 ETP qui réalise des entretiens médicaux délocalisés et assure une présence mensuelle à l'équipe travail.

Les visites à domicile, obligatoires lors des demandes de Prestation de Compensation du Handicap sont réalisées par l'équipe médico-social de la Direction de l'Autonomie et de la Solidarité du conseil général dont le personnel est formé à la gériatrie puisqu'au départ mandaté sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie [APA].

Une psychologue clinicienne est embauchée récemment sur douze heures hebdomadaires.

Le nombre important des demandes et le manque de moyens ne permettent pas de rencontrer chaque usager. Il faut imaginer des nouvelles méthodes de travail en s'appuyant sur le partenariat.

Le défi est de taille; de nombreux droits et prestations relèvent de la MDPH (Gasc, 2012):

- la carte d'invalidité avec possibilité de mention besoin d'accompagnement
- la carte de priorité pour personnes handicapées
- l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse
- l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé [AEEH] et ses compléments qui sont aux nombre de six pour répondre à des besoins en aide humaine ou à des frais liés au surcoût dans la prise en charge du handicap.
- les aides humaines scolaires et orientations scolaires adaptées
- l'Allocation aux adultes Handicapés [AAH]
- le complément de ressources
- La Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé, les formations adaptées, les orientations professionnelles [RQTH]
- les orientations vers des établissements et services médico-sociaux [ESMS]
- l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne [ACTP] pour laquelle il n'est plus possible de faire une première demande
- la Prestation de Compensation du Handicap [PCH] adultes et enfants avec ses versants aides humaines, aides techniques, aménagements de logement et de véhicule et frais de transport, charges spécifiques et exceptionnelles et enfin aide animalière.

II. du handicap lié à des troubles d'origine psychique à la création d'une équipe spécialisée

A) Handicap lié à des troubles d'origine psychique

Le trouble d'origine psychique ne signifie pas maladie mentale et de même la maladie mentale ne veut pas dire handicap ; fait important à mentionner à l'heure où l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] prévoit qu'en 2020 le fardeau global de certains problèmes liés à la santé mentale représentera 15% des maladies détectées et que la dépression sera la 1ére cause d'invalidité dans le monde.

Force est de constater que les conditions de travail, par exemple, exposent aussi de plus en plus souvent à des risques psychosociaux (A. Barreau, H. Lotte, T. Pierre, La violence et le travail, Thème : violence et société, Travaux Personnels Encadrés, Nancy, 2013).

La maladie psychique est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer souffrance. Et ce n'est pas la maladie psychique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité ou à une compensation, mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne, limites engendrées par le fait de troubles persistants et/ou de traitements associés ne permettant pas, dans certaines conditions, l'expression de l'ensemble des potentialités d'une personne (Espoir 54, formation évaluation , élaboration et suivi des plans personnalisés de compensation des personnes présentant un handicap psychique, 24, 25 et 26 novembre 2008). C'est là où se trouve le handicap et non pas dans le trouble proprement dit.

Pour Madame Monique MARTINET, Neuro-Psychiatre Pédiatre (communication personnelle, 21 avril 2013) « Lorsque l'on dit handicap d'origine psychique, on se place au niveau des conséquences/effets de la pathologie (déficiences, limitations d'activités, restrictions de participation à la vie en société) dont est porteuse la personne. On ne parle pas de l'étiologie ; et on sous-entend que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques rentrent dans la même catégorie de handicap psychique compte tenu des caractéristiques communes de déficiences, restrictions et limitations. N'intervient pas dans la description du handicap l'étiologie de la pathologie psychiatrique, qui n'est pas encore connue pour toutes

les maladies (classification en plein remaniement) : certaines apparaissent organiques, génétiques (comme la maniacodépression) ; d'autres lésionnelles ou génétiques ? (comme la schizophrénie) ; certaines semblent réactionnelles au vécu (comme la psychopathie), par quel mécanisme intracérébral ? »

Face à la difficulté d'établir une définition, le Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les handicaps et les Inadaptations [Creai] de Bourgogne a publié un article complet sur le sujet (Dusart, 2012).

Le handicap résultant de troubles d'origine psychique interfère plus particulièrement les relations interpersonnelles, les compétences cognitives, les habilités psychosociales et le comportement de la personne malade. L'homme ou la femme, du fait de ses troubles, peut rencontrer des difficultés pour accomplir des activités considérées comme normales : difficultés à entreprendre, à anticiper, à prendre soin de soi et de son logement, à entrer en relation, à admettre ses troubles, à accepter une relation d'aide… (Unafam, 2008).

La variabilité de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des réajustements réguliers auxquels s'ajoute le besoin de s'accoler au mieux au parcours de soins. La non visibilité immédiate des incapacités, le déni dans lequel la personne se trouve ne doivent pas faire obstacle. Au contraire, ils justifient une évaluation spécifique, un lien avec l'entourage et les professionnels, et une écoute adaptée.

B) Cellule à compétences handicap psychique

Au cours de l'année 2009, les membres de l'UNAFAM qui siègent à la CDAPH expriment leur inquiétude et un certain mécontentement devant ce qui leur semble une absence de prise en compte réelle du handicap d'origine psychique, ainsi que des difficultés engendrées par les troubles. L'accès à l'Allocation Adulte Handicapée [AAH] leur paraît trop restrictif avec une mauvaise interprétation de la Restriction Substantielle et Durable de l'Accès à l'Emploi [RSDAE]. L'orientation professionnelle en Etablissement et Service d'aide par le Travail [ESAT] leur semble une réponse par défaut. Quant à l'obtention de la carte d'invalidité, elle serait trop souvent refusée à tort. Ils souhaitent être entendus et réitèrent leurs remarques tout en proposant d'apporter leur aide.

Les équipes, quant à elles, s'indignent devant ces critiques. Elles se déclarent compétentes pour évaluer les conséquences liées au handicap reconnu selon la loi de 2005 ; quel qu'en soit l'origine et sans discrimination.

En effet, l'EPE se compose de personnels de la MDPH, mais surtout de professionnels extérieurs. Ceux-ci sont d'origine variée et apportent toute l'expertise nécessaire à l'évaluation. Il peut s'agir d'agents de services sociaux, de représentants de l'éducation nationale, de directeur d'établissements médico-sociaux, de partenaires de l'emploi….. Forte de cette multidisciplinarité, elle affiche donc sa bonne connaissance du handicap, bien qu'elle déplore l'absence du secteur psychiatrique.

Le dialogue s'installe au fil des contacts informels puis de rencontres avec le directeur adjoint qui se charge de la communication avec les EPE.

L'association des usagers et représentants des familles pointe les spécificités des troubles psychiques et rappelle qu'il est donc fondamental de s'appuyer sur leur savoir profane, or, ils sont absents dans les EPE.

Ils insistent sur la portée du PPC. Ce n'est pas un catalogue de prestations. Sa conception met en avant l'importance du travail de réhabilitation. Il ne s'agit pas pour la personne de vivre en « satellite » au cœur de la cité mais de participer pleinement à la vie en société.

Les EPE avouent être parfois démunies. Les situations sont souvent complexes, intriquées dans des problématiques faisant appel à une multidisciplinarité dépassant le seul cadre de la MDPH ; logement, parcours de soins, formation professionnelle. Elles requièrent la compétence de chacun des membres de l'équipe et leur capacité à mobiliser leur expertise en interdisciplinarité. Encore faut-il que l'expert soit présent !

Les membres de l'UNAFAM proposent leur expérience, leur connaissance de la législation, leur formation de base.

Enfin, il ressort une exigence commune à chaque partie : la pertinence des aides proposées. Elle repose sur une évaluation appropriée qui passe par une compréhension des déficiences et de leurs conséquences propres à chaque usager en fonction de son environnement et de son projet de vie. Chacun a conscience que la personne doit quitter sa fonction d'objet pour devenir sujet, être acteur au sein de la cité.

Après s'être accordé sur les bénéfices d'un travail en collaboration, il restait encore à satisfaire le cadre législatif.

L'article L-146-8 du CASF précise que la composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente. Il laisse donc toute latitude au directeur de la MDPH pour sa constitution.

Cependant, l'article R.146-27 du CASF qualifie ces membres de « professionnels » ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Un représentant d'association est-il un professionnel au sens de la loi ?

Nonobstant et après concertation, la MDPH propose, après plusieurs mois, de créer une équipe expérimentale appelée « cellule à compétence handicap psychique. » Elle doit siéger une fois par mois. Sa fonction est d'étudier les demandes d'Allocation d'Adulte Handicapé, de taux d'incapacité, d'orientation professionnelle en milieu adapté et protégé.

L'équipe de niveau 1 est informée. Elle effectue le tri des dossiers arrivants, priorise selon l'urgence, répond aux demandes complètes et simples, oriente les plus complexes vers le circuit adéquat pour une évaluation plus approfondie. Tout dossier transite par elle.

Il lui revient donc d'alimenter cette nouvelle formation pluridisciplinaire. Le critère de sélection est la présence de troubles d'origine psychique, qu'il y ait ou pas un suivi spécialisé. Souvent le listing est trop important, un deuxième tri écarte alors, après lecture rapide, les dossiers très étayés et les demandes relevant de l'évaluation d'un taux d'incapacité avec la présence d'un certificat spécifiant une perte d'autonomie importante d'où un taux de 80%, une AAH avec la notion d'une absence de capacité professionnelle d'où un accès à la prestation…Elles seront analysées par l'équipe généraliste.

La MDPH sollicite six futurs membres. Tous ont en commun, en tant que professionnels ou proches, de côtoyer des personnes entravées dans leur vie en société par des troubles d'origine psychique. Ils connaissent la MDPH pour avoir accompagné les usagers dans la constitution ou le suivi de dossiers.

- Le directeur du CAGIP : organisme dont les champs d'actions sont le conseil et la formation ressources humaines, l'insertion et la reconversion professionnelle, l'accompagnement des publics fragilisés.
- Le président de l'UNAFAM des Vosges.
- La conseillère en insertion professionnelle du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de la maison d'arrêt d'Epinal.
- Un membre du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale [SAVS] plus particulièrement attaché au suivi des personnes présentant des troubles d'origine psychique.
- Le directeur de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail spécialisé dans ce type de handicap.
- Un membre du bureau de l'UNAFAM

Un cadre sectoriel de la MDPH et le Médecin coordonnateur complètent le groupe.

L'expérimentation débute en mars 2010. L'équipe se réunit de 15H30 à 17H00 et évalue un petit nombre de dossiers. Les situations les plus complexes et les premières demandes sont étudiées. Très progressivement, le nombre de dossiers augmente. Dès 2013, quinze à vingt dossiers sont ainsi exposés à chaque rencontre qui débute à 14H00, avec une fréquence maintenant toutes les trois semaines.

Rapidement, l'aspect bénéfique de ce partenariat fait ses preuves. Mais, pour l'affirmer et faire évoluer les fonctions de cette équipe, il est indispensable d'approfondir le diagnostic.

III. L'étude

A) Méthode

L'objectif de l'étude est l'évaluation du fonctionnement de la cellule à compétence handicap psychique.

Depuis la mise en place de la nouvelle organisation, les pratiques ont été modifiées. Comment les partenaires et les usagers perçoivent-ils ces changements ? Un sentiment de satisfaction semble être partagé. Qu'en est-il de la réalité ? Il convient d'évaluer les freins et obstacles rencontrés, de les analyser afin de pouvoir les amender. Les bénéfices apportés doivent être valorisés dans la perspective d'une évolution du dispositif vers des activités plus larges.

Dans un premier temps, il s'agit de retrouver les listings des équipes spécialisées afin de constituer une liste d'usagers à contacter. Premier obstacle, ils ont été effacés au fur et à mesure sans en garder une trace papier ou informatique. Après des recherches sur les ordinateurs des personnels de la MDPH destinataires du document, une soixantaine de noms sont recueillis.

Le questionnaire utilisé (annexe n° 1) est une base pour les entretiens téléphoniques auprès des usagers et/ ou leurs proches. Il n'est aucunement restrictif.

Un entretien est envisageable au sein de la MDPH si la personne en exprime le souhait. La visite à domicile n'est pas retenue ; chronophage et difficile en mettre en place compte tenu d'un emploi du temps serré.

Dans un deuxième temps, un entretien individuel est programmé avec chacun des membres de l'équipe, en fonction de ses disponibilités.

Pour terminer, les partenaires extérieurs tels que les Centres Médico Psychologiques [CMP], SAVS à compétence psychique, services sociaux du Centre Hospitalier Spécialisé sont sollicités. S'il s'avère que les personnes sont hébergées dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale [CHRS], il peut être pertinent de se rapprocher de la structure. Les services sociaux qui suivent les usagers relevant du Revenu de Solidarité Active [RSA] n'entrent pas dans l'étude, sauf s'ils ont préparé le dossier MDPH pour son instruction. Les

Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie [CSAPA] seront contactés si la personne est suivie par leur soin.

La recherche d'indicateur conduit à s'intéresser au nombre de recours. Les demandes de conciliation sont le reflet du degré de satisfaction des usagers à l'égard des réponses apportées, donc à la reconnaissance de leurs besoins.

B) Résultats

1 Usagers

Soixante dossiers sont sélectionnés. Douze ne contiennent aucun numéro de téléphone et cinq ne sont plus attribués. Malgré plusieurs tentatives et un message laissé sur le répondeur, treize personnes n'ont pu être jointes. Le message les informait d'une enquête dont l'objectif est l'amélioration du suivi des demandes déposées à la MDPH. Il mentionnait la possibilité de contacter le secrétariat pour obtenir plus de renseignements ou participer à l'étude.

Douze demandes étaient encore en cours de traitement : l'équipe a proposé des réponses mais l'étape d'inscription à la CDAPH n'étant pas encore réalisée, la personne n'a pas reçu le plan personnalisé de compensation. Avant d'être adressé, le PPC est toujours relu et validé par la coordinatrice des équipes (écriture) et la direction (cohérence dans l'évaluation), d'où un délai entre le passage dans la « cellule » et l'envoi du courrier. Il me paraissait compliqué de contacter l'usager dans ces conditions.

Dans quatre cas, l'appel est reçu par un proche (l'épouse, et par trois fois la mère) qui accepte de dialoguer avec moi.

Dix-huit personnes entrent donc dans l'enquête, treize hommes pour cinq femmes. La répartition selon l'âge est représentée dans le tableau ci-dessous:

	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 ans	Total
Femmes	1	3	1	0	5
Hommes	5	4	3	1	13
Total	6	7	4	1	18

La moyenne d'âge relativement jeune s'explique par le fait que les premières demandes sont de manière privilégiée dirigées vers cette équipe.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes. La différence s'explique par le fait que la maladie engendre, de manière générale, davantage de difficultés dans le registre de l'autonomie sociale chez les hommes (D. Leguay, communication personnelle, août 2013)

Les entretiens, dont la synthèse est retracée plus bas, débordent largement le cadre du questionnaire. Les personnes se sont, en majorité, confiées aisément, profitant de ce temps pour parler d'autres problèmes. J'ai répondu à des questions concernant la sécurité sociale (indemnités journalières, pension d'invalidité), le suivi par Pôle-emploi. J'ai entendu les inquiétudes et la solitude des familles, partagé l'avancée sur le chemin de l'insertion (les premiers pas vers des ateliers occupationnels, le Groupement d'Entraide Mutuel [GEM]). Il émanait un grand besoin de comprendre les prestations octroyées.

Le projet de vie représente un barrage délicat à franchir. Aux questions « Avez-vous complété la page consacrée au projet de vie ? Quelles ont été vos difficultés ? », les réponses sont unanimes ; noircir cette page blanche même de deux ou trois lignes est un défi. La plupart du temps, une aide est apportée. Ce sera l'assistante sociale du CMP, un proche ou le référent de la MDPH. Trois personnes n'ont pas sollicité un tiers. L'une avoue d'ailleurs avoir peiné à formuler un projet. En revanche, une jeune femme raconte qu'il lui a été plus facile de relater par écrit ses besoins et attentes que de les avouer à son psychiatre, de peur d'être jugée. La mère d'un jeune homme fait part de sa crainte d'exprimer la vérité sur les difficultés vécues par son fils ; là aussi elle a cherché appui auprès du centre de soins. Une épouse avoue qu'il est compliqué de mettre en avant des problèmes touchant à la « sociabilité ».

Deux usagers avaient été invités à rencontrer la psychologue clinicienne dans le cadre de l'évaluation. Ils n'ont pas « mal vécu » l'entretien. L'angoisse était liée à l'impératif du renouvellement de l'allocation sans laquelle ils ne s'imaginaient pas poursuivre leur parcours d'insertion.

Une jeune femme rapporte qu'elle a été conviée à se présenter à l'équipe pluridisciplinaire. Elle souhaitait diminuer son temps de travail et voir l'AAH compenser la perte de son salaire. La CDAPH a validé un taux d'incapacité inférieur à 50%, d'où une inégibilité à cette prestation. Les explications reçues lors de son entrevue lui ont permis de mieux comprendre la décision.

Aucun regret n'a été émis devant l'absence d'invitation, ressentie d'ailleurs plus comme une convocation. Au contraire, certains ont clairement dit qu'ils ne se seraient pas rendus au rendez-vous.

La nouvelle procédure de suivi des dossiers, création d'une équipe de tri, a eu pour conséquences d'aboutir à un temps moyen de traitement de trois mois environ pour les demandes hors PCH. Aussi, la seule remarque sur le délai émane d'une personne qui a eu recours à un conciliateur.

La Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé [RQTH] a soulevé beaucoup de remarques. Elle est mal comprise. Les usagers ne savent qu'en faire. Les plus jeunes pensent qu'elle peut bloquer l'accès à une formation.

L'insertion professionnelle est vécue comme un parcours laborieux en solitaire. Ils ne perçoivent pas le suivi auprès de Cap-emploi comme une aide. Les plus âgés le décrivent inefficace. Les plus jeunes souhaitent un accompagnement, qui n'est pas effectif. Un jeune homme raconte ses difficultés avec le serveur vocal de Pôle-emploi.

Une autre question transparaît. Les usagers ne sont pas prévenus lorsque la RQTH arrive à terme. Si un suivi existe, le partenaire passe l'information. Sinon, …

Suite à une réponse négative de la CDAPH, une famille a préféré se résigner plutôt que de faire un recours en conciliation, Et, à l'heure actuelle, elle n'envisage pas de déposer une nouvelle demande, car les démarches sont trop lourdes et compliquées.

Pour terminer sur une note positive, un jeune homme déclare avoir apprécié un accompagnement qui lui a permis de visiter un ESAT. La MDPH a donné un avis favorable suite à une Evaluation en Milieu de Travail [EMT] qui a fait ses preuves.

2 Partenaires

Les Centres médico-psychologiques ont tous été sollicités par l'intermédiaire de leur assistante sociale, voire du cadre de santé. Se rapprocher du service social du centre hospitalier spécialisé a permis de prendre contact avec la coordinatrice.

La synthèse de ces entretiens relève plusieurs points.

« Retranscrire le projet de vie sans le dénaturer » revient souvent comme problématique. Doit-il être noté avec ses incohérences ?

Les professionnels manifestent une préoccupation importante. Ils connaissent les personnes qui ont déposé un dossier. Ils savent que les éléments apportés sont non seulement pauvres mais qu'ils ne reflètent pas la réalité du quotidien. Le souci de bien se présenter, de rentrer dans le cadre et de répondre à des attentes les pousse à taire leurs réels problèmes. La conséquence est un refus d'octroi des prestations demandées.

Or tout un travail d'acceptation du « handicap » se construit pas à pas avant d'amener au dépôt d'un dossier à la MDPH. C'est un parcours parfois long et coûteux et nos partenaires regrettent que le refus, par manque d'éléments, entrave la mise en place d'un accompagnement indispensable ; accompagnement pour lequel, qui plus est, l'adhésion de la personne a requis beaucoup d'habileté. Il est frustrant de voir un long travail d'investissement ne pas aboutir et surtout de constater que le patient n'avance pas dans son parcours d'insertion.

Les assistantes sociales sont collectivement d'accord sur un fait. Lorsque l'usager reçoit une invitation, cela génère de l'anxiété et le déstabilise. De plus, une seule rencontre d'une demi-heure ne permet pas de percevoir les entraves quand tout est mis en place par la personne pour apporter à l'interlocuteur les réponses correspondant à un cadre attendu par la société. Il leur semble plus judicieux de joindre au préalable le CMP. Il transmettra, avec accord du patient, des informations complémentaires nécessaires à l'évaluation et pourra, si le rendez-vous est maintenu, préparer la personne, calmer les craintes et surtout reprendre contact après le passage à la MDPH pour désamorcer les angoisses.

Un cadre de santé note la difficulté d'obtenir le certificat médical auprès du médecin psychiatre. Il est peu disponible et ne rencontre la personne qu'une fois par mois. Même si la Caisse d'Allocation Familiale [CAF] envoie les documents pour le renouvellement de l'AAH six mois à l'avance, le risque de rupture de droit ne peut être occulté. Le patient s'inquiète et sollicite un CMP bien en peine pour résoudre le problème.

Une problématique se dessine : la situation compliquée du département vis-à-vis de l'emploi favorise les demandes d'AAH. Les assistantes sociales perçoivent que les difficultés relèvent plus du contexte économique que de la RSDAE. A cela, se greffe un autre obstacle, les jeunes de moins de vingt-cinq ans ne remplissent pas les conditions du RSA jeune. Ils sont donc sans revenus. Dans ces cas-là, le recours à la MDPH n'est pas systématique mais il entre dans un projet élaboré entre partenaires.

Comme de la part des usagers, j'ai ressenti la même mise en cause; la RQTH apporte-elle un réel bénéfice ?

Autre souci, il existe des orientations non suivies d'effectivité par manque de place ou refus par l'établissement de recevoir la personne…

Enfin, plusieurs travailleurs sociaux soulignent les avantages apportés par un travail en collaboration. Les notifications adressées au seul bénéficiaire se perdaient parmi les prospectus. La MDPH les envoient maintenant en copie à la personne référente désignée suite à un écrit de l'usager. Les réunions initiées, pour les situations difficiles, avec l'ensemble des partenaires (éducateurs, personnel soignant, SAVS, établissement médico-social, MDPH..) ont portés leur fruit grâce à un accompagnement sur mesure.

La présence d'une assistante sociale au sein de l'équipe spécialisée permet un passage d'informations utiles.

Aucune des personnes inclues dans l'étude n'est hébergée par un CHRS, suivie par un CSAPA, ou accompagnée par un professionnel de la Direction des Interventions Sociales [DIS]. Ces partenaires ne sont donc pas contactés.

3 Equipe

Les membres de l'équipe se sont volontiers soumis à l'enquête. Ainsi, nous obtenons le point de vue du SAVS, de la maison d'arrêt, de l'ESAT, d'un service d'accompagnement à la réinsertion professionnelle, des représentants des familles et usagers. Il faut bien sûr tenir compte du fait que ce point de vue est rapporté par un seul professionnel et qu'il ne peut être considéré sans recul comme celui de l'ensemble de la structure ou de l'établissement dont il dépend.

Dans son fonctionnement global, la « cellule à compétence handicap psychique » possède de nombreux atouts. Chaque membre apporte non seulement son expertise, mais aussi son réseau. Ce dernier est souvent activé pour compléter les informations sur la situation étudiée, toujours dans le strict respect de la législation sur les échanges d'informations (CNSA, 2013b). Un contact téléphonique auprès de l'assistante sociale du CMP qui a aidé à remplir le projet de vie apporte l'éclairage que l'écrit seul ne permet pas.

Parfois, compte tenu de la faible démographie du département et de la rareté des services d'accompagnement, il arrive qu'un des partenaires ait rencontré ou suive la personne dans le cadre de ses fonctions professionnelles. Là encore, une attention particulière est apportée sur les renseignements qui sont utiles à l'évaluation et peuvent donc être partagés avec le consentement du demandeur.

L'évaluation n'est pas une finalité en soi. Elle ne se limite pas à un recueil des éléments strictement nécessaires pour se prononcer sur l'éligibilité à l'une ou l'autre des prestations.

C'est un processus d'évaluation multidimensionnel et individualisé de la situation, des aides déjà en place et des besoins. Cela implique d'être au fait des autres démarches déjà effectuées, des prise en charge et accompagnement dont la personne bénéficie et de les mettre en cohérence afin d'élaborer des réponses pertinentes compte tenu de la situation.

La connaissance du terrain que possèdent les nouveaux partenaires, répond à cette exigence.

Certaines demandes ne peuvent trouver réponse au sein de la MDPH, les difficultés reconnues ne permettant pas l'accès aux prestations. Mais le besoin est là. Il sera alors pris en compte. Un membre de l'UNAFAM peut proposer par exemple de prendre contact auprès de l'usager et, si celui le souhaite, il expliquera les préconisations avancées par l'équipe, déclenchera les premières démarches, créera une accroche.

Les membres de l'équipe acquièrent une meilleure perception sur les attentes de la MDPH pour l'instruction des dossiers. Les messages passent et les nouvelles demandes sont mieux remplies et documentées.

Ces nouveaux partenaires, avec leurs regards d'expert, soulèvent des questions pertinentes. Si l'étude du dossier est souvent reportée à la réunion suivante pour obtenir des réponses, l'évaluation y gagne en pertinence.

L'équipe regrette et insiste sur la faible collaboration du secteur psychiatrique.

Les professionnels de la psychiatrie ne siègent pas dans cette instance, ni dans aucune autre d'ailleurs. La MDPH s'est toujours heurtée à un refus sous couvert d'un manque de disponibilité, manque réel confirmé. Ceci explique d'ailleurs le recours à des appels téléphoniques avec son lot de servitudes ; genre de jeu de cache-cache ou de jonglerie entre

les présences et absences dans le bureau. Cette contrainte s'est en partie amoindrie du fait du répertoire de numéros directs fourni par les actuels partenaires.

Pour chacun, cette « cellule » spécialisée a été l'occasion de découvrir les freins à l'étude des dossiers.

Ils ont pu juger des difficultés rencontrées lors de l'examen de la demande : un certificat qui ne possède qu'un diagnostic et aucune voire, peu d'informations sur l'autonomie, l'absence de projet de vie, pas de renseignement sur le cursus professionnel. Et si l'équipe de tri demande des éléments supplémentaires, ils ne sont pas toujours reçus. De même, les rendez-vous pour des entretiens ne sont pas toujours honorés.

Ils évoquent aussi leur stupéfaction face à l'isolement de ces personnes, intriquées dans des obstacles multiples tels l'accès au logement, à un accompagnement régulier, sans parler de l'intégration sociale. Souvent, l'usager formule juste une demande de prestation d'ordre financier. Et l'on s'interroge. Est-il seulement connu des partenaires, tout du moins ses difficultés réelles ? Comment réagir ? Comment intervenir sans être pathogène ? L'importance d'un partenariat se révèle crucial pour apporter l'accroche qui peut être le premier pas vers le rétablissement.

Ils insistent sur la nécessité de créer des leviers pour l'insertion professionnelle. L'accompagnement se doit d'être spécifique mais pôle emploi ne connait pas l'existence de troubles d'origine psychique si le demandeur d'emploi est dans le déni.

Ils s'inquiètent du peu de demandes de prestation de compensation du handicap. Est-ce une absence de besoins, une méconnaissance des accès possibles ?

Les remarques sont partagées de manière unanime. Malgré les manques avancés par tous, les bénéfices sont réels et les membres mentionnent leur plaisir de collaborer à la recherche de réponses adaptées aux difficultés et besoins des usagers.

4 Indicateurs

Le nombre de recours est un indicateur du degré de satisfaction des personnes mais ce n'est pas le reflet exact. Il convient de remarquer qu'un certain fatalisme conduit souvent le demandeur à accepter une réponse pourtant inadaptée à ses yeux. De même, le parcours auprès de la MDPH est fréquemment vécu comme douloureux et traumatisant. Faire appel impose trop d'énergie pour que l'usager franchisse le pas.

Il s'avère impossible de suivre l'évolution de la courbe des recours en conciliation en isolant les personnes présentant un handicap lié à des troubles d'origine psychique. La MDPH des Vosges ne possède pas le logiciel adéquat. Je me suis donc rapprochée des conciliateurs afin de recueillir leurs opinions ; les dossiers arguant des troubles d'origine psychiques sont en effet orientés préférentiellement vers les partenaires évoluant dans le champ de la santé mentale. Ces derniers relatent avoir observé une diminution des demandes depuis la création de cette équipe spécialisée. Suite aux entretiens, un tiers des usagers met fin à la procédure, un tiers est en accord avec la décision et le dernier tiers poursuit le recours amiable.

Lorsque le dossier est inscrit en CDAPH, la personne reçoit le PPC et a la possibilité de reporter ses observations sur le coupon réponse. Les remarques apposées peuvent constituer un autre type d'indicateur. Mais le cadre de la MDPH qui gère ce type ce courrier avoue être incapable d'affirmer quoique ce soit. Ces envois sont enregistrés mais l'extraction est très compliquée, et, les décisions ne sont pas classées par type de handicap…Tout recueil nécessite donc un travail méticuleux et fastidieux avec crayons et feuillets de listings CDAPH.

IV. Discussion

La « cellule à compétence handicap psychique » est passée du stade d'expérimentation vers une certaine légitimité sans que la frontière soit claire. Pas un seul instant, elle n'est entrée dans le cadre d'un projet avec des objectifs et des indicateurs, encore moins des évaluations intermédiaires. L'informatique n'a pas permis de retrouver les dossiers, du même type, évalués dans l'EPE généraliste, aussi une étude comparative est impossible. Le nombre d'usagers contactés est peu important. L'étude ne peut donc qu'être bancale.

Pourtant, les réflexions rapportées ci-dessus restent bien réelles et justifiées. Elles balaient des champs divers allant de la prise en compte du handicap lié à des troubles d'origine psychique à l'écriture du PPC en passant par une évaluation spécifique …

Points positifs. L'apparition d'une équipe tournée vers le handicap d'origine psychique a valorisé la prise en charge des dossiers. Le traitement des demandes est plus performant. Le recueil d'information gagne en efficience. L'évaluation tient compte des spécificités des troubles. La réponse est globale et ne s'arrête plus seulement à un accord ou un refus d'une allocation, mais un lien se crée autour de la personne. Une meilleure connaissance des partenaires favorise le travail en réseau. Les liens entre professionnels sont facilités dans le cadre d'un respect mutuel.

Mais il n'est pas besoin de beaucoup approfondir les résultats de l'enquête pour déceler des insuffisances.

Le suivi du cours de la demande se prête à une rétrospective plus complète des problèmes dénoncés par les usagers et les partenaires. A chaque étape, des solutions adaptées seront envisagées. Elles seront regroupées avec cohérence pour appréhender des réponses communes.

1 Naissance de la demande

Au départ nait une demande...Ou plus exactement, une demande est rédigée. Seul ? Accompagné ? Au sein d'un projet? Répondre à ces questions ne relève pas de cette étude. Et pourtant, le cadre, dans lequel se développe cette démarche vers la MDPH, impactera le processus d'évaluation. Il se déroulera avec plus ou moins de cahots selon la présence ou non

d'un travail en amont. Et la question se pose (Boulon & Gayton, 2009) sur le degré d'intégration de l'expression de la demande dans le processus d'évaluation.

Quelle instance peut accueillir l'usager, recueillir ses questions et l'orienter ? La MDPH devrait répondre à ces missions. Sur le terrain, cela me paraît difficilement réalisable. Le personnel à l'accueil, les référents administratifs ne sont pas formés ni assez sensibilisés au handicap d'origine psychique. De plus, l'image de la MDPH ne favorise pas son accès.

Comment inclure tous ceux qui ont besoin de compensation mais ne font aucune démarche auprès de la MDPH ?

Proposition :

- Réfléchir sur les notions de guichet intégré des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer [MAIA] ou unique des Centre Ressources pour le Handicap Psychique (Galaxie, 2013)

2 Le projet de vie

Tout dossier comprend la rédaction d'un projet de vie. Une étape importante, imaginée dans la loi du 11 février 2005 qui marque la volonté nouvelle de partir des attentes de la personne pour ce qui la concerne avant d'évaluer ce qu'il est possible de lui apporter en réponse. « Entre le projet de vie exprimé et les réponses données, il y aura une différence mais c'est ce décalage que la loi permet désormais de mesurer » (CNSA).

Fondement de l'écriture de PPC, son absence signifie d'emblée la confusion. L'évaluation ne peut la remplacer. Or, tant pour l'usager que pour les assistantes sociales des CMP, son écriture représente une barrière difficilement surmontable.

Dans l'enquête, les usagers décrivent souvent un projet de vie classique mettant en avant une recherche de travail, un apport financier, un état de santé recouvré. Il se résume à quelques lignes lorsqu'il existe. Sa lecture par l'éducatrice de l'équipe nous laisse toujours comme suspendus à un complément d'informations qui n'arrive pas.

Quelques MDPH ont créé des formulaires pour épauler à la rédaction du projet de vie. Un outil risque pourtant de brider en ne laissant pas toute latitude de réponse. A ce titre, Mr Jean-Luc PICARD (colloque «vivre dans la cité en situation de handicap psychique » Agapsy,

Creai Alsace et Creahi Champagne -ardenne/délégation Lorraine, 11 avril 2013) directeur du Service d'Insertion en Milieu Ordinaire d'Alsace pose une excellente question: Comment éviter le piège rassurant de la trop grande confiance dans des outils sophistiqués, mais qui ne peuvent prendre en compte la grande complexité de la situation de handicap d'origine psychique ?

Le fait est que l'accompagnement au projet de vie repose sur une véritable écoute, avec des exigences. Le professionnel doit rester aidant et non contrôleur d'objet. Il veillera à «prendre garde de ne pas tout laisser s'exprimer comme une demande, car s'il n'y a pas de réponse c'est là que tout le monde va mal » (A. Lazarus, Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : auditions - jeudi 21 février 201 3)

Se rapprocher du SAVS du département limitrophe qui possède l'expérience de cette aide permettrait de mieux appréhender la problématique.

En tout état de cause, il convient de réfléchir à des solutions au sein de l'équipe, pour les proposer en partage avec les usagers et les professionnels investis, y compris les référents MDPH qui suivent le dossier et reçoivent de front toutes les questions.

Mais, il faut aussi rappeler que le projet de vie n'est jamais figé. Il peut commencer de manière basique pour se développer au fil du parcours avec les moyens qui viennent d'être accordés (AAH, ORP...) et les accompagnements auprès d'autres professionnels ou bénévoles (GEM). Il paraît donc logique qu'il éclose modestement.

Propositions :

- Une réflexion, insufflée par la « cellule », sur la manière de faire émerger le projet de vie et de le retranscrire, en s'appuyant sur les expérimentations (CNSA, 2011).

- Un travail en partenariat avec les personnes qui ont aidé à le formuler et ce, afin de ne pas le dénaturer lors de sa lecture.

3 Le certificat médical

Il appartient aux pièces obligatoires pour permettre la recevabilité de la demande et l'enregistrement du dossier. Il se fonde sur la définition du handicap et offre une approche multidimensionnelle. Très voire trop souvent, il contient juste un diagnostic, donnée

importante certes mais pas suffisante pour l'évaluation. Le guide d'utilisation, facilement accessible sur le site internet de la CNSA (cf bibliographie), semble peu sinon pas consulté. Pourtant, son contenu explicite clairement les attentes, précise l'importance d'aller au-delà du diagnostic afin d'obtenir le retentissement sur la situation globale de la personne.

Il demeure compliqué de transmettre au médecin l'intérêt de remplir soigneusement les items y compris ceux sur l'autonomie. Les confrères avancent une surcharge de travail, des patients qui déposent le dossier au secrétariat et demandent à ce qu'il soit complété, un ras le bol face à la multiplicité de certificats. Par méconnaissance du poids réel de ce document, le confrère se contente de remplir, pour un renouvellement, le formulaire simplifié, même s'il n'était pas à l'origine du premier certificat, ou si celui-ci date de plus de deux ou trois ans.

D'autres fois, le médecin généraliste démuni fournit le peu qu'il possède, soit des anciens comptes rendus d'hospitalisation. Il ne peut que préciser l'existence d'un suivi auprès d'un CMP, sans y adjoindre quel qu'autre information faute de lien créateur avec la psychiatrie. Un numéro de Pluriels (Demogeot et al., 2011) est d'ailleurs consacré à cette problématique.

Face à l'insuffisance d'éléments, un certificat médical psychiatrique, construit par la MDPH, est adressé à l'usager pour qu'il soit transmis au médecin généraliste qui l'accompagne, ou au CMP. Certains secteurs fournissent de gros efforts afin de le compléter dans des délais raisonnables, qui plus est, avec beaucoup de soin.

Il faut cependant compter avec le courrier égaré par l'usager, la législation qui ne permet pas d'envoyer le précieux document directement au CMP et la pénurie de médecin spécialisé d'où un délai d'obtention qui risque de conduire à une rupture de droits acquis précédemment.

La MDPH des Vosges s'emploie à l'élaboration d'un nouveau certificat organisé de telle sorte qu'une partie soit destinée au médical et la seconde à d'autres professionnels qui suivent le patient. Ce deuxième volet touche le versant autonomie, vie sociale, le quotidien, le projet travaillé, l'évolution des capacités. Une assistante sociale, un infirmier, un psychologue ou un éducateur est tout à fait en mesure de le renseigner. Le terme « médical » n'est pas accroché à ce feuillet pour éviter des confusions. Ainsi, la MDPH veut raccourcir le délai d'obtention puisque le frein lié à la présence du psychiatre est levé. Lors de l'étude du renouvellement de l'AAH, l'EPE retrouvera les informations données deux ou cinq ans plus tôt, par le spécialiste.

Aucun usager approché ici n'est incarcéré, mais lorsque c'est le cas, les certificats médicaux émanant de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire [UCSA] manquent de précisions et sont donc inexploitables. Dans un premier temps, il semble important de se rencontrer pour mieux se connaître et comprendre les besoins et contraintes des uns et des autres. Une convention de partenariat s'envisage par la suite.

Au fil du temps ou des dossiers, les entretiens téléphoniques jouent leur rôle de «formateur». Le médecin coordonnateur n'hésite pas à approcher les confrères récalcitrants ou ceux qui manifestent leur agacement.

Lorsque l'usager donne son accord, un contact avec le médecin référent est réalisé pour obtenir des informations supplémentaires. L'appel est mis à profit pour proposer de rencontrer le cabinet et lui présenter le diaporama confectionné par la CNSA. Celui-ci dédramatise le certificat médical et explique les attentes des équipes pluridisciplinaires. Travail de fourmi, mais les grands rendez-vous attirent rarement les bonnes personnes. Les plus impliquées sont présentes et sont déjà au fait de la problématique.

La collaboration avec les médecins du travail se met en place à travers les invitations à participer à des réunions de service sur des sujets en lien avec la MDPH.

Propositions :

- Sensibilisation et formation sur l'importance du certificat médical à destination des confrères, un travail de coopération avec la psychiatrie.

- Le futur document à destination des CMP doit être finalisé et évalué auprès des structures volontaires.

4 Recueil des informations (compléter le GEVA)

L'évaluation passe par la collecte et l'enregistrement des besoins appréciés de la personne dans tous ses domaines de la vie ; activités quotidiennes, vie sociale, santé, scolarisation, travail, logement…Le GEVA en est le support. Il est entendu qu'il doit être utilisé à son juste niveau, ni trop succinct, ni trop détaillé (CNSA, 2012). Cependant, cela exige un minimum parfois difficile à atteindre. Ainsi, retrouver le « parcours de formation, parcours professionnel » qui constitue le volet 3 équivaut à effectuer un jeu de piste. Pôle emploi ou

cap emploi sont absents de l'équipe faute de disponibilité. Si le personnel MDPH a été assez réactif pour les alerter et recueillir les informations, elles seront transmises à temps, sans quoi le dossier est reporté pour ce qui concerne l'étude de l'orientation professionnelle et parfois l'AAH.

Le volet 6 concerne les activités et capacités fonctionnelles. Il nécessite une analyse pluridisciplinaire et n'appartient à aucun professionnel en particulier (CNSA, 2012). Pour les personnes souffrant de handicap lié à des troubles d'origine psychique, il doit être manipulé avec précaution. Le déni des incapacités, la méconnaissance des capacités, la crainte de conséquences risquent de conduire vers un résultat faussé. Il revient ainsi à l'évaluateur, à l'écoute de l'usager, de passer outre le « savoir » allégué pour s'attacher au « pouvoir ». Car la personne a assimilé, malgré tout, certaines connaissances que la pathologie empêche de mettre en pratique. Elle a conscience de ce qu'il faut faire, de ce qui est attendu, mais ne le réalise pas.

Conscient que le GEVA ne se satisfait pas dans sa forme initiale, la notion de «triptyque de l'expertise » (annexe n°2) est apparue: évaluation de la personne, recueil de l'avis de son entourage proche, du personnel soignant et des professionnels accompagnants. Un guide se décline aussi pour les personnes traumatisées crâniennes (annexe n° 3) Ils ne sont pas utilisés dans les Vosges car ils nécessitent une appropriation que nous ne possédons pas et à laquelle il faut songer face aux demandes de PCH qui commencent très timidement à émaner sur le département.

Il demeure un point fondamental, le GEVA, quel que soit sa forme adaptée, doit faire surgir les limitations de l'usager citoyen à son inclusion dans la société. Le recueil des éléments motive donc l'existence de pratiques partenariales dynamiques avec assistantes sociales, pôle emploi, cap emploi, organismes de suivi d'insertion professionnelle, médecins généralistes et psychiatres, services et établissements médico-sociaux… pratiques où chacun apporte à l'autre dans une intelligence collective, garde une vision globale dans une logique de coopération; sans omettre d'asseoir la place centrale de la parole de l'usager.

La situation de handicap psychique étant de nature évolutive, l'évaluation de la personne doit s'inscrire dans une démarche de travail en réseau (Louviot, 2010).

Une autre constatation émerge à la lecture des résultats. La personne, ses proches sont trop rarement entendus. Lorsque l'usager est accompagné par un CMP ou tout autre service, il est

donc indispensable de se rapprocher des professionnels qui le comprennent. Le processus d'évaluation gagnera en pertinence. Le risque d'un refus inapproprié, évoqué par les assistantes sociales, devrait diminuer.

Si la personne n'est pas suivie, un ou plusieurs entretiens pourraient s'envisager avec la psychologue clinicienne, très investie dès son arrivée au sein de l'équipe. Sa fiche de poste doit être remodelée compte tenu de sa trop faible présence à la MDPH. Douze heures par semaine sont insuffisantes et le rapport réalisé ici ne peut que servir une augmentation de son temps de travail.

Propositions :

Formation au GEVA et appropriation dans le cadre du handicap lié à des troubles d'origine psychique ; sensibilisation et formation des acteurs aux limitations de ce handicap.

Une réelle collaboration avec les professionnels qui gravitent autour du projet d'insertion sociale, médico-sociale et professionnelle dans la perspective du recueil des éléments et du projet éventuel déjà travaillé.

Une réflexion est à engager sur les moyens à mettre en œuvre pour que la personne et ses proches soient plus entendus.

Pour l'usager qui ne reconnait pas son handicap, un soutien idoine reste à réfléchir.

5 Synthèse et élaboration des réponses

Après le temps de recueil vient celui de la synthèse et de la mise en évidence des moyens de compensation. C'est ici que s'analyse la RSDAE quand le taux d'incapacité est supérieur à 50% mais inférieur à 80%. Les critères d'obtention sont définis par le décret du 16 août 2011. Il existe même un arbre décisionnel (CNSA, 2013a)… Il ne rend pas la lecture plus homogène.

Il persiste toujours la difficile question : à partir de quel moment une personne qui présente des troubles d'origine psychique et un taux de 50% relève d'une RSDAE ? ou pas ? Quelle est la part du contexte économique, environnemental, culturel ? Comment mettre fin à une AAH en connaissant les conséquences financières, donc sur la santé et le rétablissement?

Les Actions de Préformation Spécifique, les actions ponctuelles et autres Prestations d'Orientation Professionnelle Spécialisée procurent une partie des réponses. Le suivi vers la réinsertion professionnelle peut être géré, pour ce type de handicap, par une association hors département, ce qui n'était pas le cas avant le dernier appel d'offre. Certains osent avancer qu'elle ne possède pas une bonne connaissance de l'ensemble des partenaires sur les Vosges, ce qui pourrait entraver ses objectifs et la prise en charge. Néanmoins, toute action en faveur d'une insertion professionnelle est bénéfique. Elle apporte à l'équipe d'évaluation des renseignements sur les capacités de travail, l'accessibilité au milieu ordinaire ou à l'ESAT.

Les Unités d'Evaluation de Réentraînement d'Orientation Sociale et socioprofessionnelle [UEROS] réalisent des bilans qui sont une aide précieuse.

Le partenariat avec les services de réinsertion professionnelle doit se renforcer. Pôle emploi ne peut rester dans l'ignorance de l'existence de troubles d'origine psychique.

Le département possède un seul ESAT orienté « handicap lié à des troubles d'origine psychique ». La seule Entreprise Adapté bénéficie du label Association des Paralysés de France [APF]. Les passerelles ESAT/ milieu ordinaire sont virtuelles. Les établissements présentent des listes d'attentes non négligeables.

Le tout fait obstacle à des orientations pertinentes et, modulables en fonction des variations du handicap. Comment y remédier ? Par des solutions innovantes fondées sur les ressources existantes du territoire, par la remontée des besoins qui ne pourra que s'appuyer sur des indicateurs obtenus par l'effectivité du codage par la MDPH, codage qui sera abordé plus loin…

Une autre difficulté rencontrée est la recherche d'une équité dans le traitement des demandes.

Les membres de l'équipe sont tous sensibilisés au handicap lié à des troubles d'origine psychique. Ses spécificités sont donc prises en compte. Tout dossier qui passe dans cette instance est privilégié.

Si une certaine forme de « jurisprudence » s'applique, elle peut varier d'une équipe à l'autre. Or, toutes les demandes liées à un handicap d'origine psychique ne peuvent être instruites par l'équipe spécialisée. Plusieurs le sont, par exemple, lors d'une formation adulte AAH généraliste.

A cela s'ajoute une terrible constatation, dans une même réunion, les derniers dossiers sont traités par des professionnels que les précédents débats ont fatigués. Leur capacités d'écoute, de synthèse s'en trouvent diminuées.

Propositions :

- Sensibilisation et formation au handicap d'origine psychique pour toutes les EPE et les acteurs ; une réflexion multidisciplinaire pour une lecture le plus homogène possible de la RSDAE.

- Une réelle collaboration avec les professionnels qui gravitent autour du projet d'insertion sociale, médico-sociale et professionnelle afin de mieux appréhender la RSDAE avec le souci d'une lecture partagée dans les EPE.

- Une approche partenariale peut répondre en partie au déficit de moyens par la recherche de solutions innovantes.

- L'usager doit être amené à sa place d'expert dans l'évaluation et la construction du projet.

- Au niveau organisationnel, pourquoi ne pas abandonner la liste alphabétique pour un passage aléatoire ?

6 Le PPC (sa communication)

L'ensemble des réponses proposées par l'EPE est porté sur le PPC, plan si décrié lors de l'enquête par les personnes en situation de handicap, leur entourage, et parfois les personnels soignants ou accompagnants du milieu social ou éducatif.

Pour le demandeur, les propositions de refus sont délivrées avec un minimum de justifications souvent inintelligibles, du fait de contraintes administratives et de la difficulté de transcrire les incapacités en respectant la sensibilité de la personne. Les réponses positives sont adressées de manière brute, sans explication. Tout concourt à l'incompréhension, d'où le sentiment de ne pas avoir été entendu.

Il est indispensable d'améliorer la communication. Cela impose aux professionnels de mieux renseigner, entre autre, sur les décisions, les aides offertes. Tout refus doit être

explicité, par respect pour l'usager. Celui-ci doit être en mesure d'appréhender les motivations de l'équipe, notamment pour accéder à une contestation. Il convient aussi de s'assurer que les préconisations sont comprises, pour éviter qu'elles restent sans effet.

Le sujet est différent pour les dossiers qui sont présentés à la CDAPH. Ils possèdent leur propre fiche de synthèse qui retrace le parcours et surtout, les arguments qui ont conduit à la proposition. L'expertise des membres de l'équipe spécialisée permet de construire un exposé clair et pertinent. Est-ce le cas pour toutes les EPE ?

Propositions :

- Partage de compétences avec les EPE, harmonisation des fiches de synthèse.

- Sensibilisation et formation de la CDAPH au handicap d'origine psychique

- Une meilleure information des usagers.

7 Le suivi de décisions

Certaines personnes contactées ne savent que faire de leurs décisions. Elles n'osent utiliser leur RQTH. D'autres témoignent de leur besoin non effectif d'accompagnement vers le milieu du travail ordinaire, ou protégé. Elles ne connaissent pas les services susceptibles de les aider. Un accompagnement s'impose surtout en absence de suivi quelconque.

Propositions :

- Est-ce inimaginable de proposer un SAVS qui pourrait créer du lien ?

8 La place de l'usager en EPE

L'UNAFAM est représentée par les familles. Et les usagers, leur présence est-elle concevable ? Leur place est- elle possible au sein de l'équipe pluridisciplinaire? Le projet peut-il aboutir en s'appuyant sur la coopération et la formation ? Les questions trouveront sans aucun doute réponse après un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs professionnels, usagers et représentants des familles, en se souvenant que lorsque la personne a des responsabilités au sein de l'institution, elle renforce son « mieux-être ». Et puis,

l'expérience des médiateurs de santé/pairs du CCOMS, le projet européen EMILIA (Jouet, Favriel, Greacen, 2011) ouvrent, en cela, des perspectives.

Proposition(s) :

- La place de l'usager peut être réfléchie vers une inclusion dans les EPE.

9 L'écoute

Le dialogue avec les usagers se retrouve à chaque étape. Il nécessite une écoute adaptée, d'où une sensibilisation au handicap psychique.

Quant à l'interlocuteur, il doit posséder une capacité de recul dans les situations difficiles pour ne pas risquer de perdre son objectivité.

« Quand la personne parle, elle va mieux ». Mais le professionnel qui reçoit, vers quel lieu déverse-t-il son propre mal-être ? Où déposer son malaise croissant face à des conjonctures toujours plus pénibles » (A. Lazarus, Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : auditions - jeudi 21 février 201 3)

Proposition(s) :

- Une sensibilisation à l'écoute

- La recherche d'un dispositif de soutien pour le personnel de la MDPH.

10 Deux points de fonctionnement interne:

Les orientations vers des ESMS, pour les usagers présentant des troubles d'origine psychique, sont étudiées par une équipe généraliste. Les structures impliquées et les familles rapportent parfois une inadéquation entre les difficultés de la personne et les compétences de l'établissement proposé. La direction prévoit donc de renforcer l'équipe spécialisée. Un cadre de santé issu d'ESMS à versant psychiatrique est pressenti. Sa présence légitimera l'évaluation des demandes d'orientation au sein de la cellule.

Un programme de codage se met en place dans les MDPH avec le soutien de la CNSA. Son objectif est de promouvoir l'enregistrement des données et de faciliter leur extraction afin de répondre à des études sur l'état des lieux de tout ce qui touche au handicap dans le département. Il permet l'accès à des informations telles que le nombre de personnes présentant des troubles d'origine psychiques, les orientations professionnelles, les besoins en services ou établissements médico-sociaux. Il offre aux maisons des personnes handicapées leur rôle de transmission de données relatives à toute action départementale et ne peut donc qu'impulser une évolution des offre de soins et d'accompagnements sur le territoire.

11 Synthèse des propositions

Elle rejoint les enseignements des colloques (CNSA, 2009 ; Galaxie, 2013). Est-ce à dire que cette étude fut inutile ? Non. Elle appartient à l'aventure singulière de la MDPH des Vosges et lui a permis de comprendre les exigences du processus d'évaluation pour les personnes en situation de handicap psychique, et ce, pour mieux s'en saisir, se l'approprier et insuffler le projet d'une prise en charge adaptée des besoins des concitoyens usagers de ses services. Il est ainsi prévu de restituer les résultats et recommandations à l'ensemble des partenaires.

De plus, chaque territoire est particulier par ses ressources et son histoire, il est donc inenvisageable de calquer ici ce qui fonctionne ailleurs. Les solutions qui se dessinent seront propres au département.

Les actions à mettre en place se regroupent autour de trois axes : la sensibilisation et la formation, l'accompagnement des usagers, le partenariat avec l'ensemble des professionnels et acteurs en lien avec la MDPH.

a: La formation/ sensibilisation

Elle porte sur quatre thèmes que sont : le handicap lié à des troubles d'origine psychique et ses spécificités, la sensibilisation des médecins sur l'importance du certificat médical, l'accompagnement et l'écoute, le GEVA et son appropriation dans ce contexte particulier.

Elle s'ouvre aux membres des EPE, à la CDAPH quant à l'accès aux limitations du handicap, à tout acteur du suivi, de l'évaluation ou l'insertion sociale médico-sociale et professionnelle.

Les membres de l'équipe possèdent des qualifications qui autorisent une première sensibilisation au sein de la MDPH.

Le médecin coordonnateur entend bien renforcer la collaboration avec ses confrères.

La CNSA a mandaté le Centre Nationale de la Fonction Publique Territoriale [CNFPT] pour répondre aux demandes de formation de la MDPH.

Un secteur psychiatrique propose régulièrement des temps de partage sur la maladie psychique.

Des liens sont à créer avec les partenaires de la région pour favoriser l'échange de pratiques.

b: L'accompagnement des usagers

L'accompagnement et l'écoute doivent être renforcés pour parvenir à atténuer les lacunes évoquées : expression du projet de vie, difficultés lors du recueil des limites et des capacités, non acceptation du handicap, compréhension du PPC, effectivité du suivi. Tout ne relève pas de la seule équipe mais d'un partenariat.

L'équipe doit veiller à créer des rencontres avec l'usager et/ ou ses proches dès que cela est possible, s'assurer que les informations claires sont dispensées, rappeler la place centrale de la personne comme expert et acteur de son projet.

L'accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH doit être plus souvent étudié. Ces services, par leurs objectifs, visent à favoriser la posture de sujet dans la cité (Peintre, 2011a). De par leurs missions et leurs connaissances spécifiques, ils sont le partenaire à privilégier (Peintre, 2011b).

Le lien passe aussi par l'UNAFAM, et pourquoi pas un autre partenaire comme un bailleur social averti qui tiendrait lieu de première accroche vers une démarche d'insertion.

c: Le travail en partenariat

Il se retrouve dans la construction de la demande, la formulation du projet de vie, la réception du certificat médical, le recueil des éléments du GEVA, l'évaluation, la synthèse et

une lecture homogène de la RSDAE, l'élaboration du PPC, le suivi de l'effectivité, l'émergence de solutions innovantes en s'appuyant sur les ressources du territoire …

L'étude prouve le besoin de renforcer le partenariat avec les équipes et acteurs de l'insertion sociale, médico-sociale et professionnelle et ce, dans chaque étape du parcours de la demande.

Les membres de la cellule spécialisée ont déjà largement participé à valoriser les liens, dans le respect des missions de chacun. Mais, il convient de poursuivre la collaboration dans une reconnaissance mutuelle, pour comprendre le rôle de chacun : ce qu'il fait, ne fait pas, ses limites.

Il s'agit d'arriver à se défaire de son rôle d'expert pour devenir co-expert dans un souci de cohérence et non de concurrence. Le partage des informations dans le respect des règles du secret partagé ne pourra qu'être valorisé.

Comme le rappelle Codelfy (2012), l'articulation entre le secteur social et les acteurs des champs sanitaire et médicosocial est encore insuffisamment développée. A ce titre, la MDPH joue un rôle conséquent dans le projet d'accompagnement des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie (MNASM, 2011).

Les premiers pas vers une culture partagée favorisent la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Les objectifs sont multiples. Ici, ils contribuent à un processus d'évaluation sur mesure, avec des réponses effectives, dans un souci d'équité, pour une inclusion de la personne dans la société.

Dans son rapport d'activité 2012, la CNSA aborde la notion de « parcours de vie » et relève les principales préconisations (CNSA, 2013c) visant à promouvoir sa continuité. Elles vont dans le sens d'une collaboration intégrée et mettent en avant les obstacles juridiques évoqués au cours de l'étude.

Conclusion

La cellule à compétence handicap psychique est imaginée comme réponse au besoin d'une évaluation spécifique. Elle étudie l'accès à des prestations dont l'objectif est la compensation des limitations. Cette compensation ouvre à l'usager le chemin vers un statut de citoyen.

Il est important de réaliser l'analyse de ce nouveau dispositif pour obtenir une image concrète du travail effectué afin de comprendre les améliorations à apporter, dans la perspective d'élargir les fonctions de l'équipe. Notre choix s'est porté sur une enquête qualitative auprès des partenaires et des usagers ou leur famille.

L'évaluation de la cellule à compétence handicap psychique met en avant des avancées mais aussi des faiblesses.

Les professionnels sollicités possèdent une bonne connaissance des spécificités du handicap lié à des troubles d'origine psychique. Ils posent un regard plus approprié et perspicace. Ils ont permis d'enrichir le partenariat, d'améliorer la collecte d'informations, de développer les débats pour des réponses plus adaptées au projet de vie. Le processus d'évaluation a bénéficié de ces changements pour gagner en pertinence. Une attention particulière est portée pour ne pas répondre à une simple prestation mais veiller à l'inclure dans un parcours de vie.

Néanmoins, les carences sont observées à plusieurs niveaux : formulation du projet de vie, obtention du certificat médical, recueil d'éléments en vue d'alimenter le GEVA, lecture homogène de la RSDAE, équité des réponses, information de l'usager, effectivité des décisions et préconisations, élaboration des réponses adaptées aux besoins et aux offres, place de l'usager et la nécessité d'un dialogue dans lequel le message sera réellement reçu « à travers la parole ».

Afin d'apporter une amélioration, des propositions sont envisagées. Elles se divisent en trois axes : le besoin de formation, l'accompagnement du concitoyen en situation d'origine psychique, « être partenaire et non avoir des partenaires » que ce soit avec les usagers ou tout professionnel du secteur social, médico-social et de l'insertion professionnelle qui gravite autour de son projet. Il est essentiel d'arriver à une culture commune et un langage partagé pour parvenir à donner à la personne les moyens de recouvrer un statut de citoyen.

Par ailleurs, la place de l'usager est à réinventer. Elle est acquise lors des étapes de la demande. Elle reste à se construire, dans la mesure du possible, au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, de la CDAPH, voire de la Comex.

Pourquoi ne pas imaginer travailler un projet qui englobe les réflexions sur l'accès à la prestation compensatoire dans son versant aide humaine, la prise en charge des enfants et adolescent présentant des troubles d'origine psychique, la quête d'un correctif équitaire de justice sociale (T.Saïs, session lilloise DIU santé mentale dans la communauté,14 janvier 2013), dans l'ambition d'une société inclusive (Tuot, 2013) pour celui qui est « l'étranger » par son handicap ?

Bibliographie

Abad, D. (2013).Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à l'égalité des droits et à l'intégration des personnes en situation de handicap. *Assemblée nationale les rapports législatifs*, *972*, (pp.19, 29).

Absalon, M., Ballet, P., Bay, S., Canneva, J.,Delbecq, J., Deschamp, L., Gerard, R., Gorius, D., Leidenger, C., Gufflet, D., Maupois, G., Perdigon, H., Pisciotta, H., Valentin, E., Van Amerongen, P., Zuanella, M. & Al. (2008). L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans le cadre de l'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. UNAFAM (pp. 13-22).

Boulon, Y. & Gayton, R. (2009). L'évaluation du handicap d'origine psychique et des besoins de compensation Présentation de l'expérimentation d'équipes spécialisées pour l'évaluation du handicap psychique (ESEHP) réalisée dans six départements. *Revue française des affaires sociales.* (pp. 129-135)

CNSA (2009). Handicaps d'origine psychique, Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes. *Dossier scientifique , (*pp.7,8).

CNSA (2011). L'aide à la formulation du projet de vie : d'une expérimentation à une démarche. « interparcours »

CNSA (2012). Le GEVA, Evaluer les besoins de compensation. *Les cahiers pédagogiques de la CNSA.* Septembre 2012, (pp. 2, 7-8).

CNSA (2013a). Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées. *Dossier technique,* (pp. 16, 72).

CNSA (2013b). Sensibilisation à la loi du 11 février 2005. *Journées techniques.* Sessions 2013, (pp. 12, 26).

CNSA (2013c). « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé ». Extrait du *rapport 2012 de la CNSA.*

Codelfy, M. (2012). L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie et de la Santé,180,* p.7.

Demogeot, C., Farand, L., Fleury, M. -J., Ganne-Klodzinski, V., Hardy-Bayle, M. -C., Hennart, C., Jacquot, P., Kannas, S., Leclerc, M., Lefebur, P., Milleret, G ., Pareja, J. -P. & Reboul, G. (2011). Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie. *Pluriels, 92/93.*

Dusart, A. (2012). Le handicap dit «psychique». *Bulletin d'informations du CREAI Bourgogne, 328,* (pp.5-13).

Galaxie (2013). « Comment mieux répondre aux enjeux de la santé mentale ? Du concept à la concrétisation du Centre Ressources Handicap psychique ». *Actes du colloque CRePsy* mars 2013.

Gasc, P. (2012). *Le mémento de la CDAPH.* Paris : Books on Demand.

Jouet, E., Favriel, S. & Greacen, T. (2011). Emilia : un programme d'Empowerment en santé mentale. *La santé de l'homme, 413*, (pp. 26-28).

Louviot, C. (2010). Les expérimentations d'évaluation du handicap psychique menées avec le soutien de la CNSA. *Pluriels, 8,* p10.

MNASM (2011). Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie. *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement*, p 47.

Peintre, C. (2011a). La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques. *Pluriels, 96/97,* (pp 4-5).

Peintre, C. (2011b).Quels accompagnements pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? *Cedias CREAHI île de France,* (pp 5-6,41-42)

Tuot,T. (2013).La grande Nation : pour une société inclusive. *Rapport au premier ministre sur la refondation des politiques d'intégration.* Février2013. Paris : Premier ministre

Lien internet :

Guide utilisation certificat médical : http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=116

Annexes

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE ENQUÊTE Evaluation« cellule compétence handicap psychique »

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Age : …… ans

☐ 1ère demande ☐ Renouvellement

Type de demande formulée auprès de la MDPH :

☐ AAH ☐ CPR ☐ RQTH ☐ ORP

☐ Orientation vers un établissement ou service médico-social (accueil de jour, hébergement)

☐ CI ☐ CIBA ☐ CES ☐ PCH

Avez-vous complété seul le formulaire de demande ? Si non, avec quel aide ?

…….

Le projet de vie. L'avez- vous complété ? Avez- vous rencontré des difficultés ? Quelles aides ont été apportées ?

…….

Qui vous a orienté auprès de la MDPH ?

……..

Avez-vous été invité à un entretien ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui : ☐ EPE ☐ RIP ☐ Médical ☐ CIS ☐ Psychologue clinicienne

Si non, auriez-vous souhaité être invité ? ☐ OUI ☐ NON

Pourquoi ?

…….

Quel ressenti avez-vous sur le déroulement de la procédure ?

(Suivi, recueil, communication d'informations, délai de réponse,...)

……..

Souhaiteriez qu'il y ait plus :

☐ D'aide à l'écriture du projet de vie ☐ Entretien/ écoute

☐ D'informations sur les courriers reçus entre autre le PPC

Vos remarques pour améliorer le traitement des procédures.

……

ANNEXE 2

MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

MON NOM ……. **PRENOM**…….
Mon adresse……

Compte tenu des difficultés que je rencontre pour réaliser des activités qui correspondent à mes aspirations, je souhaite que la M.D.P.H. examine ma situation et qu'elle m'aide à trouver des solutions pour améliorer ma vie quotidienne et/ou retrouver une activité professionnelle.

MA SITUATION

Je suis ☐célibataire ☐marié(e) ☐pacsé(e) ☐ en concubinage ☐séparé(e) ☐divorcé(e)
Je vis ☐seul(e) ☐en couple/avec mes enfants ☐en compagnie d'un(e) ami(e) ☐ chez des membres de ma famille
☐ Je dispose d'un logement indépendant
☐ Je suis hébergé(e) au domicile ☐de mes parents âgés de ……. ☐d'un(e) ami(e)
☐ Autres…….

Mes ressources actuelles sont de……..€ par mois qui correspondent à ……(AAH, IJ… .)
Je travaille ☐en E.S.A.T. (milieu protégé) ☐ en entreprise adaptée ☐en entreprise / administration avec un CDI ou un CDD ☐ autres ……
☐ Je ne travaille pas

Mon niveau scolaire et de formation est ……
Mon expérience professionnelle (dont stages) est la suivante :
- Emploi de…….. durant……
- Emploi de……..durant……
Mon dernier emploi s'est terminé le…….

J'ai déjà bénéficié de décisions de la MDPH (ex-COTOREP) ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, lesquelles ? ……
……

ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

⇒ **J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements**
☐ Pour sortir de mon domicile
☐ Pour utiliser les transports en commun
☐ Pour conduire un véhicule
☐ Pour effectuer des démarches administratives
☐ Pour faire des courses en ville
☐ Pour m'aider à respecter les horaires
☐ Autres……

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne :**
☐ Pour avoir une hygiène corporelle régulière
☐ Pour avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat
☐ Pour avoir une alimentation mieux équilibrée
☐ Pour préparer mes repas
☐ Pour entretenir mon logement et me protéger des intrusions
☐ Pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes….)
☐ Pour gérer mon argent et répondre à mes obligations (assurances, impôts….)

□ Pour ne pas oublier de prendre mes médicaments
□ Pour avoir un suivi médical régulier
□ Autres……

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans mes relations avec autrui**
□ Pour affronter des situations et des relations génératrices de stress, d'angoisse, de fuite….
□ Pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, etc…
□ Pour éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis,
□ Pour éviter la peur d'être mal jugé
□ Pour affronter le regard des autres et éviter le repli sur moi-même
□ Pour m'aider à reconnaître ma maladie
□ Autres……

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans ma vie intellectuelle**
□ Pour une remise à niveau de mes connaissances générales
□ Pour une information sur les possibilités d'évaluation de mes compétences (y compris professionnelles)
□ Autres……

LES AIDES DE MON ENTOURAGE

□ **Je ne reçois pas d'aide**
□ **Je reçois de l'aide pour :**
- □ Stimulation pour la toilette
- □ Préparation des repas
- □ Entretien du linge
- □ Entretien du logement
- □ Gestion de mon budget
- □ Accompagnement dans les démarches administratives □ chez le médecin
- □ Accompagnement dans certaines activités - Lesquelles ?…… □ pour faire les courses

Ces aides me sont actuellement apportées par :
□ ma famille □ un(e) ami(e) □ un travailleur social □ une aide à domicile
□ **Je suis isolé(e)**

MES ATTENTES

Pour que j'acquière une autonomie, il me faut un véritable accompagnement
□ Je souhaite qu'un service d'accompagnement ou une institution prenne le relais de ma famille
□ Je souhaite être orienté(e) vers un établissement d'accueil spécialisé (collectif)
□ Je souhaite accéder à un logement indépendant avec suivi par un service d'accompagnement à domicile
□ Je souhaite un soutien médico-psychologique plus fréquent
□ Je souhaite des ressources complémentaires
□ Je souhaite entrer dans une démarche d'insertion professionnelle avec évaluation de mes capacités
Autres……

Pour recueillir les informations utiles à l'évaluation de ma situation, j'autorise la M.D.P.H. à prendre contact avec la personne que je désigne comme suit :
Madame, Mademoiselle, Monsieur……
Domicilié(e)……
☎ :……
Lien de parenté éventuel…….

Fait à……le……. Signature du demandeur

2

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'EQUIPE SOIGNANTE

Nom et prénom de l'intéressé(e) : ...
Age : ans
Domicilié(e) à : .

1 – La demande à la MDPH émane de :
☐ l'intéressé(e) ☐ sa famille ☐ l'équipe soignante avec l'accord de l'intéressé(e)
☐ son représentant légal (tuteur, curateur) ☐ autre *à préciser* .

2 – PATHOLOGIE PRINCIPALE ET PATHOLOGIE(S) ASSOCIE(E)S (*dont addictions)*

..

Autres critères secondaires :
Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles : ...
..

Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? ☐ OUI ☐ NON

3 – DESCRIPTION DES DÉFICIENCES <u>ACTUELLES</u> DU PSYCHISME : **** Cocher et entourer les mentions utiles***

☐ **Troubles de la volition** *à préciser * apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, , compulsions obsessionnelles…….*
☐ **Troubles de la pensée** *à préciser* idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire……*
☐ **Troubles de la perception** *à préciser* illusions, hallucinations, déréalisation……..*
☐ **Troubles de la communication** *à préciser* logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires…….*
☐ **Troubles du comportement** *à préciser* agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité…….*
☐ **Troubles de l'humeur** *à préciser* prolongés ou répétés : troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque……...*
☐ **Troubles de la conscience et de la vigilance** *à préciser* légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne……*
☐ **Troubles intellectuels ou cognitifs** *à préciser* séquellaires d'une affection mentale précoce ou d'acquisition tardive : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale……*
☐ **Troubles de la vie émotionnelle et affective** *à préciser* anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective……..*
☐ **Expression somatique des troubles psychiatriques** *à préciser* .....
.
..

☐ Si hospitalisation(s) antérieure(s), *préciser la fréquence, la durée et les dates* .....
..
..

☐ Autres informations jugées utiles de porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la C.H.L.
.....
.....
.....
.....

4 - NATURE DU TRAITEMENT <u>ACTUEL</u> :

..

Adhésion au traitement ☐ OUI ☐ NON Bonne tolérance ☐ OUI ☐ NON
Le cas échéant, préciser les effets secondaires :

..

5 – PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE <u>ACTUELLE</u> :
☐ Hospitalisation en cours ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, depuis quand ?..... .. Dans quel établissement ?.....
☐ C.A.T.T.P. ☐ C.M.P.
☐ Consultations externes ☐ Hôpital de jour
☐ Autre à préciser .

1

6 – CAPACITES DE TRAVAIL

Votre avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? *(impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante…)*

7 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

ACTES ESSENTIELS *(entretien personnel et déplacements)*					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Partir en vacances					

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION				
Activités	Fait seul	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Prendre des décisions/des initiatives				
Gérer sa sécurité *(réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger)*				
Maîtriser son comportement *(émotions, pulsions)* dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				

Cachet obligatoire du service

Date

Signature

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'ENTOURAGE

Votre nom :…… Prénom…….
Votre adresse :……

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Mademoiselle, Monsieur…….
en qualité de :
☐ Membre de sa famille. Lien de filiation à préciser…….
☐ Son représentant légal (curateur, curateur)
☐ Autre à préciser…….

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la Coordination Handicap Locale de réaliser une évaluation globale de l'intéressé(e)e et de mesurer son degré d'autonomie dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant, par activité, la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation.

ACTES ESSENTIELS					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Prendre soin de sa santé					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
S'orienter dans le temps					
S'orienter dans l'espace					
Fixer son attention					
Mémoriser					
Prendre des décisions					
Prendre des initiatives					
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à un situation risquée, éviter un danger)					
Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui					
Utiliser des appareils et techniques de communication					
Mener une conversation					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
S'occuper de sa famille					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations informelles de voisinage					
Participer à la vie communautaire, sociale et civique					
Partir en vacances					

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la Coordination Handicap Locale (contexte familial et social, emploi, logement, ressources….) :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Date
Signature de la personne de l'entourage

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur……autorise la personne de confiance désignée ci-dessus à transmettre ces informations à l'équipe pluridisciplinaire de la C.H.L.

Date
Signature de l'intéressé(e)

2

PAAC : PROFIL D'AUTONOMIE POUR ADULTES CEREBROLESES

IDENTIFICATION

Fiche complétée par :

IDENTIFICATION	☐ Monsieur ☐ Madame	Nom d'usage / d'épouse : Prénom : Date de naissance :	DOSSIER MDPH connu ☐ OUI ☐ NON Numéro de dossier : Département : Numéro de sécurité sociale :
	Adresse :	N° téléphone fixe : N° téléphone portable : Email :	
	La personne concernée est sous : ☐ Tutelle ☐ Pas de mesure ☐ Curatelle ☐ Autre :	<u>Nom et Coordonnées de l'organisme ou de la personne exerçant la mesure de protection :</u>	

NATURE DE LA DEMANDE	☐ RQTH ☐ Carte Invalidité ☐ Carte de priorité ☐ Carte européenne de stationnement ☐ AAH ☐ Complément ressource AAH ☐ AEEH ☐ Allocation compensatrice (ACTP) ☐ PCH urgence	☐ PCH aide humaine : ☐ PCH aides techniques Préciser: ☐ PCH aménagement logement Préciser : ☐ Autre élément de PCH Préciser :	☐ Orientation professionnelle-milieu ordinaire ☐ Orientation professionnelle-milieu protégé : ☐ ESAT ☐ AUTRE : ☐ Orientation vers formation ☐ Orientation vers service d'accompagnement : ☐ SAVS ☐ SAMSAH ☐ UEROS ☐ Orientation établissement ou service spécialisé, précisez quelle catégorie : ☐ AUTRE :

Projet de vie-Souhaits de la personne : Préciser origine et forme de transmission	**Avis de l'entourage, du représentant légal:** Préciser l'identité et la qualité des répondants
Date et signature :	Date et signature :

DATE:

IDENTIFICATION

Fiche complétée par :

SITUATION FAMILIALE	☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Pacs ☐ Concubin	**Personnes présentes au foyer / situation socio-familiale antérieure et actuelle:**	**Personne Ressource à contacter :** Nom : Prénom : Date de naissance : Lien : N° de téléphone : Email :
	Aidants familiaux (préciser le lien, le type d'aide apportée, vécu de leur situation, leurs besoins exprimés, s'ils ont du soutien) : ☐ Occupe un emploi ☐ Arrêt de travail ☐ Réduction du temps de travail ☐ Age avancé ☐ Isolement social ☐ Epuisement ☐ Dédommagé : ☐ AVPF : ☐ Autre :		

SITUATION ACTUELLE	☐ Hospitalisé ☐ En établissement médico-social ☐ A domicile ☐ Autre :	**SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE**	☐ Activité professionnelle (antérieure / actuelle) : ☐ Scolarisation :	☐ Chômage ☐ Invalidité ☐ Retraité ☐ Autre :

RESSOURCES PROPRES A LA PERSONNE	☐ Sans objet (pour les enfants) ☐ Salaire ou autres revenus du travail : ☐ Allocation chômage ☐ Indemnités journalières d'assurance maladie ☐ Pension d'invalidité ☐ 1e cat. ☐ 2e cat. ☐ 3e cat (MTP) ☐ Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ☐ Autres pensions (régime particulier, assurance…) : ☐ Allocation compensatrice tierce personne, taux :	☐ AAH : ☐ Majoration vie autonome ☐ RSA ☐ Autres allocations (Préciser) : ☐ Retraite ☐ Autres revenus (Préciser) : ☐ Absence de ressource personnelle ☐ Autres demandes de ressources en cours (Préciser) :

DATE:

SITUATION ENVIRONNEMENTALE

Fiche complétée par :

HEBERGEMENT ☐ LOGEMENT ACTUEL ☐ LOGEMENT FUTUR EVENTUEL	☐ Domicile personnel ☐ Etablissement médico-social ☐ Famille d'accueil	☐ Domicile familial ☐ Logement accompagné ou supervisé ☐ Hôtel	☐ Hébergé ☐ SDF ☐ Autre :

SITUATION	☐ Propriétaire ☐ Occupant à titre gratuit	☐ Locataire (bailleur privé) ☐ Logement de fonction	☐ Locataire (bailleur social) ☐ Autre :

TYPE DE LOGEMENT	☐ Maison individuelle ☐ Appartement / Studio ☐ Chambre ☐ Logement précaire, Habitation mobile	Habitat en milieu ☐ Urbain ☐ Rural

CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT	Date d'entrée dans le logement : Précarité du logement : ☐ oui ☐ non	Déménagement à envisager ☐ oui ☐ non *Cause :* - Aménagement impossible ☐ oui ☐ non - Aménagement coûteux ☐ oui ☐ non - Orientation vers autre structure ☐ oui ☐ non préciser :

☐ LOGEMENT ACTUEL ☐ LOGEMENT FUTUR EVENTUEL		Oui	Non	AMENAGEMENTS DEJA REALISES	AMENAGEMENTS A ENVISAGER	OBSERVATIONS
ACCESSIBILITE EXT.	Abords	☐	☐			
	Parking	☐	☐			
	Entrée du bâtiment	☐	☐			
	Parties communes	☐	☐			
	Ascenseur	☐	☐			
	Autre :	☐	☐			
ACCESSIBILIE INT.	Séjour	☐	☐			
	Cuisine	☐	☐			
	Chambre	☐	☐			
	WC	☐	☐			
	salle de bain	☐	☐			
	Autre :	☐	☐			
RISQUE	Electricité	☐	☐			
	Gaz	☐	☐			
	Autre	☐	☐			

DATE :

SITUATION ENVIRONNEMENTALE

Fiche complétée par :

SERVICES	présence Oui	Non	DISTANCE	ACCES	OBSERVATIONS
Commerces	☐	☐			
Banque, poste	☐	☐			
Ecole, emploi	☐	☐			
Culture, loisirs	☐	☐			
Autre :	☐	☐			
Téléalarme	☐	☐			
Service portage repas, d'entretien du linge	☐	☐			
Auxiliaire de vie	☐	☐			
Service de transports municipaux	☐	☐			
Accès transports en commun	☐	☐			

VEHICULE PERSONNEL OU FAMILIAL	Oui	Non	OBSERVATIONS + MISE EN DANGER : ☐ Oui ☐ Non
Conduit un véhicule	☐	☐	
Nécessité d'aménagement du véhicule	☐	☐	
Autorisation préfectorale pour la conduite	☐	☐	
Procédures pour réévaluation de conduite	☐	☐	
Aide au transport (PAM – Filivert - Transport adapté) + Tierce personne	☐	☐	

BILANS ANNEXES

☐ Oui ☐ NON

BILANS	☐ BILAN PSYCHOLOGIQUE ☐ BILAN ORTHOPHONIQUE ☐ BILAN NEURO PSYCHOLOGIQUE ☐ BILAN ERGOTHERAPIQUE ☐ AUTRE :

. FONCTIONS COGNITIVES (fonctions mentales de la CIF).

MISE EN DANGER ☐ Oui ☐ Non

DATE : **NOM de la personne:** **INTERVENANT :**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

	S'ORIENTER DANS LE TEMPS
	S'ORIENTER DANS L'ESPACE
	MEMORISER
	FIXER SON ATTENTION
	ORGANISER - PLANIFIER
	VERIFICATION - CONTROLE QUALITE DE LA TACHE
	JUGEMENT

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ PB RESPECT DES HORAIRES
- ☐ PB A SE LEVER-COUCHER A UNE HEURE APPROPRIEE
- ☐ PB PLANIFICATION ET /OU SE RENDRE A DES RENDEZ-VOUS
- ☐ PB GESTION DU TEMPS
- ☐ PB PROJECTION DANS LE TEMPS
- ☐ PB ORIENTATION / A UN LIEU
- ☐ ERRANCE

- ☐ PB MEMOIRE A COURT TERME
- ☐ PB MEMOIRE A LONG TERME
- ☐ PB A GERER LES MOYENS DE COMPENSATIONS : AGENDA…
- ☐ PB ADHERENCE STIMULI
- ☐ PB POUR DIVISION ATTENTION
- ☐ PB ATTENTION SELECTIVE

- ☐ PB CHOIX STRATEGIE ADAPTEE
- ☐ PB POUR CHANGER STRATEGIE
- ☐ PB POUR FORMULER DES INTENTIONS OU OBJECTIFS
- ☐ PB RESOLUTION DE PROBLEMES

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

. TACHES ET EXIGENCES GENERALES.

MISE EN DANGER ☐ **Oui** ☐ **Non**

DATE : **NOM de la personne:** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

	GERER SA SECURITE
	RECONNAITRE SES DIFFICULTES
	GERER LA ROUTINE QUOTIDIENNE
	GERER SON NIVEAU D'ACTIVITE (cumul de tâches – fatigue – efficacité - régularité)
	S'ADAPTER A LA NOUVEAUTE, L'IMPREVU, STRESS
	PRENDRE DES INITIATIVES-DES DECISIONS
	ACQUERIR - APPLIQUER UN SAVOIR FAIRE

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ PB POUR REPERER LES SITUATIONS DE DANGER
- ☐ PB POUR REAGIR FACE AU DANGER
- ☐ PB SE SOUSTRAIRE AU DANGER
- ☐ PB POUR FAIRE SPONTANEMENT UNE DEMANDE D'AIDE
- ☐ PB SAVOIR CONSULTER PROFESSIONNEL DE SANTE

- ☐ PB GESTION TACHE SIMPLE
- ☐ PB GESTION TACHE COMPLEXE SIMULTANEE OU SUCCESSIVE
- ☐ PB MOTIVATION
- ☐ PB PLANIFICATION ACTIVITE TOUT AU LONG DE LA JOURNEE
- ☐ PB POUR S'ADAPTER AUX CONTRAINTES DES HORAIRES
- ☐ PB POUR CHANGER STRATEGIE
- ☐ PB POUR ENTREPRENDRE SPONTANEMENT UNE ACTIVITE
- ☐ PB ASSUMER RESPONSABILITES
- ☐ AUTRE :

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

. MOBILITE. .

MISE EN DANGER ☐ Oui ☐ Non

DATE : **NOM de la personne :** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

☐	**SE METTRE DEBOUT**
☐	**FAIRE SES TRANSFERTS (lit - wc - baignoire - douche - véhicule)**
☐	**MARCHER** Aide à la mobilité ☐ Oui ☐ Non
☐	**SE DEPLACER A L'INTERIEUR** Aide à la mobilité ☐ Oui ☐ Non
☐	UTILISER LES ESCALIERS (gestion ≥ 5 marches) Aide à la mobilité ☐ Oui ☐ Non

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ PB SENSORI - MOTEUR
- ☐ SOUS UTILISATION HEMICORPS
- ☐ NON PERCEPTION HEMI-ESPACE
- ☐ APRAXIE
- ☐ FATIGUE
- ☐ PB EFFICACITE-REGULARITE
- ☐ NON SUIVI PRINCIPES SECURITE
- ☐ PB ACCESSIBILITE
- ☐ AUTRE :

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

. MOBILITE EXTERIEURE - MANIPULATION.

MISE EN DANGER ☐ Oui ☐ Non

DATE : **NOM de la personne :** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

	SE DEPLACER A L'EXTERIEUR Aide à la mobilité ☐ Oui ☐ Non
	UTILISER LES TRANSPORTS EN COMMUN
	APTITUDE A CONDUIRE
	PREHENSION DE LA MAIN DOMINANTE : D ☐ G ☐
	PREHENSION DE LA MAIN NON DOMINANTE : D ☐ G ☐
	ACTIVITES DE MOTRICITE FINE

FACILITATEURS

- ☐ PB ORIENTATION DANS ESPACE
- ☐ PB PLANIFICATION DU TRAJET
- ☐ PB GESTION TEMPS- HORAIRES
- ☐ PB GESTION STRESS-IMPREVU
- ☐ ADHERENCE ENVIRONNEMENT
- ☐ FATIGABILITE
- ☐ PB EFFICACITE –REGULARITE
- ☐ PB CONDUITES SOCIALES

OBSTACLES

- ☐ PB SENSORI – MOTEUR
- ☐ SOUS UTILISATION HEMICORPS
- ☐ PB POUR APPROCHER OBJET
- ☐ PB POUR SAISIR OBJET
- ☐ PB POUR PORTER-LACHER OBJET
- ☐ PB GESTION D'ACTIVITES BILATERALES
- ☐ APRAXIE
- ☐ COMPORTEMENT PREHENSION
- ☐ PB RELATERALISATION
- ☐ PB SOULEVER-PORTER CHARGES

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

. ENTRETIEN PERSONNEL .

MISE EN DANGER ☐ Oui ☐ Non

DATE : **NOM de la personne :** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

		FACILITATEURS		ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - TESTS utilisés (s'il y a lieu)
	SE LAVER		☐ PB SENSORI - MOTEUR ☐ NON PERCEPTION HEMI-ESPACE ☐ APRAXIE ☐ PB HYGIENE- APPARENCE ☐ OMISSION PARTIES DU CORPS ☐ CHOIX INADAPTE DES HABITS FCT SAISONS-CIRCONSTANCES	
	SOINS DU CORPS (se raser - se maquiller - se coiffer-se couper les ongles - brosser les dents - mettre lentille)			
	S'HABILLER- SE DESHABILLER			
	ASSURER ELIMINATION, UTILISER TOILETTES		☐ PB CONTROLE VESICO-ANAL ☐ PB GESTION STOMIE-SONDE ☐ PB HYGIENE CORPORELLE/ LIEU ☐ CHOIX INAPPROPRIE DU LIEU	
	PRENDRE SES REPAS	OBSTACLES	☐ OMISSION PRISE DES REPAS ☐ FREQUENCE INADAPTEE REPAS ☐ PB CONDUITE ALIMENTAIRE ☐ PB MASTICATION-DEGLUTITION ☐ PB OUVRIR-COUPER-EPLUCHER	
	PRENDRE SOIN DE SA SANTE (assurer bien être physique - mental - surveiller son régime alimentaire - protéger sa santé - gérer son repos quotidien…)		☐ PB OBSERVANCE TRAITEMENT ☐ PB POUR CONSULTER ET /OU EXPRIMER DEMANDE DE SOINS ☐ ADDICTION ☐ PB SEXUALITE PROTEGEE	

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :	AVIS DE L'ENTOURAGE :

. COMMUNICATION.

MISE EN DANGER ☐ Oui ☐ Non

DATE : **NOM de la personne:** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

		FACILITATEURS		ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - TESTS utilisés (s'il y a lieu)
	PARLER		☐ APHASIE ☐ PB ARTICULATION ☐ TROUBLES DU DISCOURS ☐ PB A ENGAGER CONVERSATION ☐ PB A SOUTENIR CONVERSATION ☐ PB EN FACE A FACE ☐ PB EN GROUPE ☐ PB PRODUIRE- RECEVOIR DES MESSAGES NON VERBAUX	
	MENER UNE CONVERSATION			
	COMPRENDRE			
	ENTENDRE (percevoir les sons)	OBSTACLES	☐ SURDITE-HYPOACOUSIE ☐ PB GESTION APPAREIL AUDITIF	
	VOIR (distinguer et identifier)		☐ AGNOSIE VISUELLE ☐ HLH / PB EXPLORATION VISUELLE ☐ ADHERENCE STIMULI	
	LIRE		☐ ALEXIE ET /OU AGRAPHIE ☐ PB GERER FORFAIT TELEPHONE ☐ PB GESTION-MANUTENTION APPAREILS DE COMMUNICATION	
	ECRIRE			
	UTILISER APPAREIL-TECHNIQUE DE COMMUNICATION (ordinateur- internet – téléphone- télécopieur…)			

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :	AVIS DE L'ENTOURAGE :

. VIE DOMESTIQUE-VIE COURANTE.

MISE EN DANGER ☐ **Oui** ☐ **Non**

DATE : **NOM de la personne** : **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

	FAIRE SES COURSES
	PREPARER UN REPAS
	ENTRETENIR SA MAISON /SON LINGE
	GERER SON BUDGET
	GERER DEMARCHES ADMINISTRATIVES
	VIVRE SEUL

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ PB POUR PREVOIR SES ACHATS
- ☐ PB CHOIX APPROPRIE
- ☐ PB POUR PLANIFIER TACHES
- ☐ PB SOULEVER-PORTER OBJETS
- ☐ PB GESTON-MAINTENANCE DES APPAREILS ELECTROMENAGERS

- ☐ PB GESTION ARGENT
- ☐ DEPENSES INAPPROPRIEES
- ☐ ACHATS IMPULSIFS
- ☐ ACALCULIE
- ☐ PB PLANIFICATION BUDGET
- ☐ PB EFFECTUER DEMARCHES

- ☐ PB ISOLEMENT
- ☐ PB POUR DEMANDER DE L'AIDE
- ☐ PB ASSUMER RESPONSABILITES
- ☐ RISQUES DE CONDUITES DE DEPENDANCE

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

. SCOLARITE-FORMATION-PROFESSION.

MISE EN DANGER ☐ **Oui** ☐ **Non**

DATE : **NOM de la personne:** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

	SUIVRE UN PROGRAMME DE FORMATION-UN STAGE
	OCCUPER UN EMPLOI
	RESPECTER LES REGLES DE BASE
	ORGANISATION ET CONTROLE DE SON TRAVAIL
	APPRENTISSAGE-APPLICATION DES CONNAISSANCES

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ PB MOTIVATION
- ☐ PB A GERER PROJET
- ☐ PB A OBTENIR UN EMPLOI
- ☐ PB A GARDER UN EMPLOI
- ☐ PB A EXERCER TACHE PHYSIQUE
- ☐ PB CUMUL DE TACHES-FATIGUE

- ☐ PB PONCTUALITE
- ☐ PB ASSIDUITE
- ☐ PB RESPECTER HIERARCHIE
- ☐ PB A ETRE EN CONTACT AVEC LE PUBLIC–TRAVAILLER EN EQUIPE
- ☐ PB A ACCEPTER ET /OU SUIVRE DES CONSIGNES

- ☐ A FIXER SON ATTENTION
- ☐ PB RESOLUTION DE PROBLEMES
- ☐ PB GESTION TACHE UNIQUE
- ☐ PB GESTION TACHES MULTIPLES
- ☐ AUTRE :

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

. RELATIONS AVEC AUTRUI.

MISE EN DANGER ☐ **Oui** ☐ **Non**

DATE : **NOM de la personne:** **INTERVENANT:**

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

	MAITRISER SON COMPORTEMENT
	S'OCCUPER DE SA FAMILLE
	CREER ET MAINTENIR DES RELATIONS AFFECTIVES ET SEXUELLES
	CREER ET MAINTENIR DES RELATIONS AVEC AUTRUI (avec ses amis, collectivité)
	PARTICIPER A LA VIE SOCIALE (loisirs-partir en vacances-bénévolat)

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ COMPORTEMENTS INHIBES
- ☐ COMPORTEMENTS EXACERBES
- ☐ ATTITUDES CONFLICTUELLES
- ☐ NON RESPECT DES AUTRES
- ☐ ACTES-PROPOS INAPPROPRIES
- ☐ INTOLERANCE-IRRITABILITE
- ☐ IMPULSIVITE
- ☐ VIOLENCE MAL CONTROLEE
- ☐ OPPOSITION A L'ACTIVITE

- ☐ PB ENGAGER RELATIONS
- ☐ PB MAINTENIR RELATIONS
- ☐ PB METTRE FIN RELATIONS
- ☐ PB A ETRE EN GROUPE
- ☐ PB RESPECT REGLES SOCIALES
- ☐ PB ASSUMER RESPONSABILITES

- ☐ PB CHOIX ACTIVITES SOCIALES
- ☐ PB PARTICIPATION-MOTIVATION
- ☐ PB ORGANISATION HORAIRE OCCUPATIONNEL
- ☐ PB POUR MAINTENIR ACTIVITES

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - **TESTS** utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

SYNTHESE DES BESOINS

Fiche complétée par :

Nom d'usage / d'épouse : Prénom : Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :	Adresse : N° téléphone fixe : N° téléphone portable : Email :	La personne concernée est sous : ☐ Tutelle ☐ Pas de mesure ☐ Curatelle ☐ Autre :	☐ Hospitalisé ☐ En établissement médico-social ☐ A domicile ☐ Autre :

NATURE DE LA DEMANDE

DOSSIER MDPH connu ☐ OUI ☐ NON Numéro de dossier : Département :	☐ RQTH ☐ Carte invalidité ☐ Carte de priorité ☐ Carte européenne de stationnement ☐ AAH ☐ Complément ressource AAH ☐ AEEH ☐ Allocation compensatrice (ACTP) ☐ PCH urgence	☐ PCH aide humaine : ☐ PCH aides techniques Préciser: ☐ PCH aménagement logement Préciser : ☐ Autre élément de PCH Préciser :	☐ Orientation professionnelle-milieu ordinaire ☐ Orientation professionnelle-milieu protégé : ☐ ESAT ☐ AUTRE : ☐ Orientation vers formation ☐ Orientation vers service d'accompagnement : ☐ SAVS ☐ SAMSAH ☐ UEROS ☐ Orientation établissement ou service spécialisé, précisez quelle catégorie :

POINTS SAILLANTS A PORTER A LA CONNAISSANCE DE LA MDPH

SYNTHESE DES FACILITATEURS :	**SYNTHESE DES OBSTACLES:**	**MISE EN DANGER :** ☐ Oui ☐ Non

RECAPITULATIF DES AIDANTS PROFESSIONNELS ET FAMILIAUX ACTUELS INTERVENANTS REGULIEREMENT (préciser les jours- les horaires- le lieu)

☐ Auxiliaire de vie: ☐ Infirmier : ☐ Aidants familiaux:	☐ Ergothérapeute : ☐ Kinésithérapeute : ☐ Psychomotricien : ☐ Orthophoniste :	☐ Psychologue : ☐ Educateur : ☐ Assistant social : ☐ Autre:

Projet de vie-Souhaits de la personne	*Avis de la personne sur la totalité des données de la synthèse*	*Avis de l'entourage, du représentant légal* (Identité -Qualité des répondants)
Date et signature :	☐ En accord ☐ En désaccord : *Domaines de désaccord :* Date et signature :	Date et signature :

DATE :

SYNTHESE DES BESOINS

Fiche complétée par :

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise avec compensations, seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise partiellement + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : absence de réalisation de l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

FONCTIONS MENTALES	RS	RC	RP	AR	NA	**Type d'aide – de besoins /Temps requis** : suggéré - constaté **/ Exemples / Préciser** capacités et déficiences impactant le fonctionnement
S'orienter dans le temps						
S'orienter dans l'espace						
Mémoriser						
Fixer son attention						
Organiser - Planifier						
Vérification-Contrôle qualité de la tâche						
Jugement						
TACHES ET EXIGENCES GENERALES						
Gérer sa sécurité						
Reconnaître ses difficultés						
Gérer la routine quotidienne						
Gérer son niveau d'activité (fatigue, efficacité,régularité)						
S'adapter à la nouveauté, l'imprévu, le stress						
Prendre des initiatives-des décisions						
Acquérir –Appliquer un savoir faire						
MOBILITE, MANIPULATION						
Se mettre debout						
Faire ses transferts						
Marcher						
Se déplacer à l'intérieur						
Utiliser les escaliers						
Se déplacer à l'extérieur						
Utiliser les transports en commun						
Aptitude à conduire						
Préhension de la main dominante						
Préhension de la main non dominante						
Activités de motricité fine						
ENTRETIEN PERSONNEL						
Se laver						
Soins du corps						
Assurer élimination, utiliser toilettes						
S'habiller, se déshabiller						
Prendre ses repas						
Prendre soin de sa santé						

DATE :

SYNTHESE DES BESOINS

Fiche complétée par :

COMMUNICATION	RS	RC	RP	AR	NA	**Type d'aide – de besoins /Temps requis** : suggéré - constaté **/ Exemples / Préciser** capacités et déficiences impactant le fonctionnement
Parler						
Mener une conversation						
Entendre						
Comprendre						
Voir						
Lire						
Ecrire						
Utiliser appareil-Technique communication						
VIE DOMESTIQUE, VIE COURANTE						
Faire ses courses						
Préparer un repas						
Entretenir sa maison, son linge						
Gérer son budget						
Gérer démarches administratives						
Vivre seul						
SCOLARITE, FORMATION, PROFESSIONNEL						
Suivre un programme de formation-un stage						
Occuper un emploi						
Respecter les règles de base						
Organisation et contrôle de son travail						
Apprentissage-Application des connaissances						
RELATIONS AVEC AUTRUI						
Maitriser son comportement						
S'occuper de sa famille						
Créer – Maintenir relations affectives						
Créer – Maintenir relations avec autrui						
Participer à la vie sociale						

SITUATION PSYCHOSOCIALE	**Problème** Oui	Non	**OBSERVATIONS** (Préciser les retentissements du handicap de la personne sur la vie familiale):
Situation familiale			
Aidants familiaux			
Situation socioprofessionnelle			
Ressources propres à la personne			
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			
Caractéristiques du logement			
Sécurité personnelle et environnementale			
Accessibilité			
Services			
Véhicule personnel ou familial			

Résumé

La Maison Départementale des Personnes Handicapées des Vosges (MDPH) a créé une Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation construite autour de partenaires évoluant dans le champ de la santé mentale. Elle analyse l'accès aux droits MDPH tels que l'Allocation Adulte Handicapée, la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, la Carte d'Invalidité, l'Orientation Professionnelle et répond au besoin d'une évaluation spécifique des difficultés engendrées par la présence de troubles d'origine psychique.

Le but de cette étude est de définir les bénéfices apportés et les obstacles rencontrés par la nouvelle organisation, dans la perspective d'étendre ses fonctions.

Une enquête est réalisée auprès des usagers, des partenaires et des membres de l'équipe afin d'obtenir leur ressenti. Les missions de la MDPH sont rappelées, de même que les spécificités de ce type de handicap.

L'étude qualitative relève des points positifs. Le partenariat s'est enrichi et de nouveaux liens sont créés notamment avec le secteur psychiatrique. Le processus d'évaluation s'est amélioré. Une attention particulière est portée afin que les réponses s'inscrivent dans la parcours de vie et entrent le plus possible en vigueur.

Toutefois, de nombreuses lacunes persistent dans la collecte des éléments sur la situation globale de la personne, dans la communication avec l'usager, dans l'effectivité de l'aide proposée et l'adaptabilité des réponses en lien avec la dynamique du handicap.

L'amélioration passe par l'accompagnement renforcé du concitoyen présentant des troubles d'origine psychique, le respect de son rôle d'acteur dans l'élaboration de son projet, la sensibilisation-formation au handicap psychique, le développement des pratiques partenariales avec l'ensemble des partenaires du social, du médico-social et de la réinsertion professionnelle.

Le travail de réhabilitation implique des aides appropriées ; la MDPH a un rôle conséquent à tenir à ce niveau et doit impulser sur le territoire une politique en ce sens.

Mots clés

Handicap psychique-Evaluation-Partenariat- MDPH-Réhabilitation