

**Enquête quantitative
sur les modes d'évaluation
et de traitement
des demandes
de compensation
du handicap
par les MDPH**

Collection
Avis et Rapports

Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDPH

La Commission maladies chroniques du HCSP a commandité une analyse quantitative et qualitative des processus d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées. Cette étude a été réalisée dans l'ensemble des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), pour tenter d'objectiver les disparités de traitement, et d'éventuels mécanismes explicatifs (organisation interne, ressources des structures, nature des demandes, types de déficiences, caractéristiques des demandeurs, etc.) ainsi que les efforts faits pour les réduire.

Sur la base de ces travaux, le HCSP propose dans son avis des recommandations afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap par les MDPH.



HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ENQUÊTE QUANTITATIVE SUR LES MODES D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE COMPENSATION DU HANDICAP PAR LES MDPH

Rapport final

Septembre 2014

Rapport produit pour le Haut Conseil de la santé publique par



Cekoïa Conseil

19 rue Martel 75010 PARIS

Tél. 01 42 46 81 67 • Fax 09 81 38 58 65

Mail : contact@cekoia.eu

RCS Paris 513 724 021

www.cekoia.eu



Sommaire

1.	Présentation du mandat de la commission maladies chroniques du HCSP	6
2.	Les objectifs de l'étude	6
3.	Présentation de la méthodologie adoptée	7
3.1	Les différentes phases de l'étude	7
3.2	Présentation du choix des indicateurs déterminants.....	8
3.3	Méthodologie de choix des MDPH pour les entretiens d'approfondissement de phase 3	8
3.4	Méthodologie de construction des grilles d'entretien d'approfondissement	9
3.5	Grille de lecture.....	9
3.6	Avertissement	10
4.	L'analyse du fonctionnement général des MDPH.....	11
4.1	Des MDPH de taille très variable avec une forte représentation des « petites » et des « moyennes » MDPH et une absence de corrélation entre le nombre de demandes et les délais d'évaluation.....	11
4.2	Des ressources humaines inégales pour faire face aux demandes... mais une absence de corrélation entre les effectifs et les délais d'évaluation	12
4.3	Une part importante des demandes adultes portant sur les cartes et une majorité des demandes enfants en lien avec une orientation vers un ESMS ou la scolarité.....	13
4.4	Focus sur les indicateurs déterminants : des indicateurs présentant des écarts importants en fonction des MDPH.....	14
4.4.1	Les délais moyens de traitement	14
4.4.2	Les taux de recours	14
4.4.3	Les taux d'accord.....	14
4.5	Des équipes d'instruction administrative encore souvent structurées par âge.....	16
4.6	La fonction d'observatoire des MDPH peu développée	16
5.	Les ressources humaines et l'organisation des équipes pluridisciplinaires des MDPH.....	17
5.1	L'équipe pluridisciplinaire	17
5.1.1	Une forte représentation des travailleurs sociaux et des médecins au sein des EP.....	17
5.1.2	Des équipes pluridisciplinaires principalement structurées par âge du demandeur, par type de demande et par dominante du projet de vie	20
5.2	La formation et les échanges de pratiques	24
5.2.1	Des temps d'échange importants autour des pratiques au niveau national et départemental.....	24
5.2.2	Des efforts importants de formation autour de certaines déficiences (autisme/TED, TSA, déficience psychique)	24
5.3	L'apport d'informations des partenaires lors de la constitution des dossiers	25
5.3.1	Un recours quasi systématique à des partenaires extérieurs pour constituer les dossiers	25
5.3.2	Une qualité de remplissage aléatoire des certificats médicaux malgré des tentatives d'approche et d'échanges de la part des MDPH	25
6.	Etat des lieux des processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH.....	27
6.1	L'analyse du processus d'évaluation	27



6.1.1	La volonté de privilégier une approche globale des dossiers dans la phase d'analyse initiale.....	27
6.1.2	L'existence d'un pré-tri / d'une pré-évaluation de plus en plus généralisée.....	28
6.1.3	Une place centrale des partenaires dans la réalisation des évaluations	30
6.1.4	Le recours à des expertises extérieures pour près de la moitié des MDPH	31
6.1.5	Des circuits d'évaluation très variables d'une MDPH à l'autre.....	31
6.1.6	Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires.....	33
6.1.7	Une grande majorité des évaluations réalisées sur dossier du fait des volumes de demandes à traiter	35
6.1.8	Les modalités de réalisation de l'évaluation dans le cadre d'un recours gracieux : l'intervention d'un autre professionnel, voire une rencontre systématique	36
6.2	Les outils d'évaluation / d'aide à l'élaboration des réponses	38
6.2.1	Le GEVA : un outil utilisé par la majorité des MDPH mais souvent sous une forme adaptée	38
6.2.2	L'utilisation généralisée de référentiels et d'outils d'aide à l'évaluation et à l'élaboration des réponses, souvent GEVA compatibles et travaillés avec les partenaires et les ressources locales	40
6.3	L'élaboration de la réponse.....	42
6.3.1	L'élaboration de la réponse structurée par des fiches de synthèse.....	42
6.3.2	Des PPC rédigés systématiquement pour certains types de demande, en particulier la PCH	42
6.3.3	Une influence de l'offre locale sur la formulation des propositions qui demeure un facteur non négligeable	42
6.3.4	Un travail autour de l'harmonisation des propositions et des prises de décision à renforcer.....	43
6.3.5	Des modalités hétérogènes de présentation des dossiers en CDAPH.....	43
6.4	L'informatisation de la phase d'évaluation encore peu aboutie.....	44
6.5	La place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation et d'élaboration des réponses.....	45
6.5.1	Une aide fréquemment apportée à l'utilisateur au moment de l'élaboration du dossier.....	45
6.5.2	Un utilisateur qui est associé de façon irrégulière dans la phase d'évaluation et d'élaboration du PPC	45
6.5.3	Des utilisateurs qui ne sont pas toujours informés de la date du passage de leur dossier à la CDAPH et qui sont peu présents	46
7.	Synthèse des enseignements clés, bonnes pratiques repérées et recommandations	47
7.1	Généraliser l'organisation de circuits d'évaluation par demande dominante tout en préservant l'analyse globale	48
7.2	Au sein de chaque MDPH, travailler sur une liste des pièces nécessaires à l'évaluation mais non obligatoires, afin de favoriser la complétude des dossiers le plus en amont possible.....	50
7.3	Généraliser la mise en place de cellules de pré évaluation des dossiers et harmoniser leur fonctionnement.....	51
7.4	Encourager la pluridisciplinarité et la polyvalence des professionnels des équipes d'évaluation	53
7.5	Accompagner les directeurs et les cadres des MDPH dans leur rôle de management et de conduite du changement auprès des équipes	54
7.6	Consolider et développer le recours aux partenaires que ce soit pour l'élaboration d'outils d'évaluation partagés, la réalisation d'évaluations pour le compte de la MDPH, ou encore la participation aux équipes pluridisciplinaires.....	56
7.8	Généraliser l'utilisation de fiches de synthèse qui retracent la réflexion et les propositions faites par l'EP	60



7.9	Améliorer la connaissance des missions de la MDPH et la reconnaissance de la mission d'évaluation pluridisciplinaire réalisée dans les MDPH	61
7.10	Poursuivre la mise en place d'un système d'information partagé pour les MDPH à des fins d'observation et d'analyse des besoins.....	63
7.11	Renforcer les actions de communication et de sensibilisation des professionnels de santé à l'importance du remplissage du certificat médical et envisager l'évolution de ce support.....	65
8.	Conclusion / synthèse.....	67
9.	Annexes.....	69
9.1	Questionnaire HCSP sur les processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH	69
9.2	Questionnaire pour un bilan du plan d'action GEVA diffusé aux MDPH	93
9.3	Tableau de synthèse des modalités d'évaluation utilisées par type de professionnel et par type de demande	98
9.4	Liste des questions évaluatives	99
9.5	Glossaire.....	100



1. Présentation du mandat de la commission maladies chroniques du HCSP

La commission maladies chroniques (CSMC) a reçu du collège du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), en novembre 2011 le mandat de produire dans un délai de deux ans un rapport sur la dimension fonctionnelle du handicap centré sur la mesure et la prise en charge. L'objectif final est de proposer des politiques de santé publique conjuguant approches sanitaire, médico-sociale et sociale pour atteindre une meilleure prise en compte des limitations d'activité.

Ce mandat fixe deux axes de travail :

- Mieux appréhender la dimension fonctionnelle de la déficience et de la maladie chronique. Il existe des outils permettant d'évaluer des niveaux mais l'utilisation de ces outils est soumise à de grandes disparités sociales et régionales. L'objectif est de repérer les outils qui fonctionnent bien et d'analyser les facteurs influençant leur diffusion et utilisation.
- Déterminer les failles dans l'organisation des interventions sanitaires et médicosociales dans le contexte des situations de handicap liées aux déficiences et aux maladies chroniques.

Le mandat décline la mission impartie au HCSP de faire des recommandations pour permettre aux personnes en situation de handicap de bénéficier pleinement des plans d'action en santé. La CSMC a installé le 9 janvier 2012 un groupe de travail.

Le groupe de travail a considéré qu'une étude portant sur l'évaluation quantitative et qualitative des processus d'évaluation devait être réalisée au niveau de l'ensemble des MDPH, pour tenter d'objectiver à la fois l'étendue des disparités de traitement, d'éventuels mécanismes explicatifs (organisation interne, ressources des structures, nature des demandes, types de déficiences, caractéristiques des demandeurs, etc.) et les efforts faits pour les réduire.

2. Les objectifs de l'étude

Les différents objectifs de l'étude sont les suivants :

- aboutir à une description quantitative des modalités d'évaluation de l'ensemble des MDPH à partir d'abord d'un questionnaire d'enquête, adressé à toutes les MDPH, puis d'une analyse approfondie auprès de 10 MDPH ;
- décrire les diversités de pratiques observées (organisationnelles, en termes d'outils, de fonctionnement, de ressources humaines...) et les mettre en relation avec les résultats en termes d'aides accordées et de délais de traitement ;
- expliciter les différences observées dans la pratique de l'évaluation et son incidence éventuelle sur le contenu de la réponse ;
- repérer les facteurs favorisant ou les obstacles en matière de processus d'évaluation, d'élaboration de la proposition soumise à la CDAPH et de prise de décision par la CDAPH ;
- aboutir à des recommandations sur l'évolution des processus d'évaluation au sein des MDPH et sur l'utilisation des outils d'évaluation / d'outils d'aide à la décision.

3. Présentation de la méthodologie adoptée

3.1 Les différentes phases de l'étude

Cette étude s'est déroulée en quatre grandes phases :

- **Phase 1 : Etude documentaire**

Différents entretiens d'initialisation ont été réalisés avec les acteurs clés du HCSP et de la CNSA et des associations représentantes d'usagers via la rencontre de membres de la CNCPPH (Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées) et de la Conférence nationale de santé.

Cette phase a également consisté à analyser les différentes études existantes (Rapport IGAS novembre 2010 fonctionnement MDPH, Synthèse des informations sur les pratiques d'évaluation des MDPH et d'utilisation du GEVA à partir des informations disponibles à la CNSA, étude sur l'AAH, etc) et des éléments déjà fournis par les MDPH à la CNSA (rapports annuels d'activité, enquête sur l'utilisation du GEVA...).

- **Phase 2 : Enquête quantitative**

A partir de l'analyse documentaire, un questionnaire sur les processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH a été diffusé aux 101 MDPH de France. Ce questionnaire était complémentaire aux démarches déjà engagées par d'autres institutions (CNSA, DGCS...). Le questionnaire a dans un premier temps été testé auprès de 10 MDPH, ajusté, puis diffusé à l'ensemble des MDPH.

- **Phase 3 : Enquête qualitative**

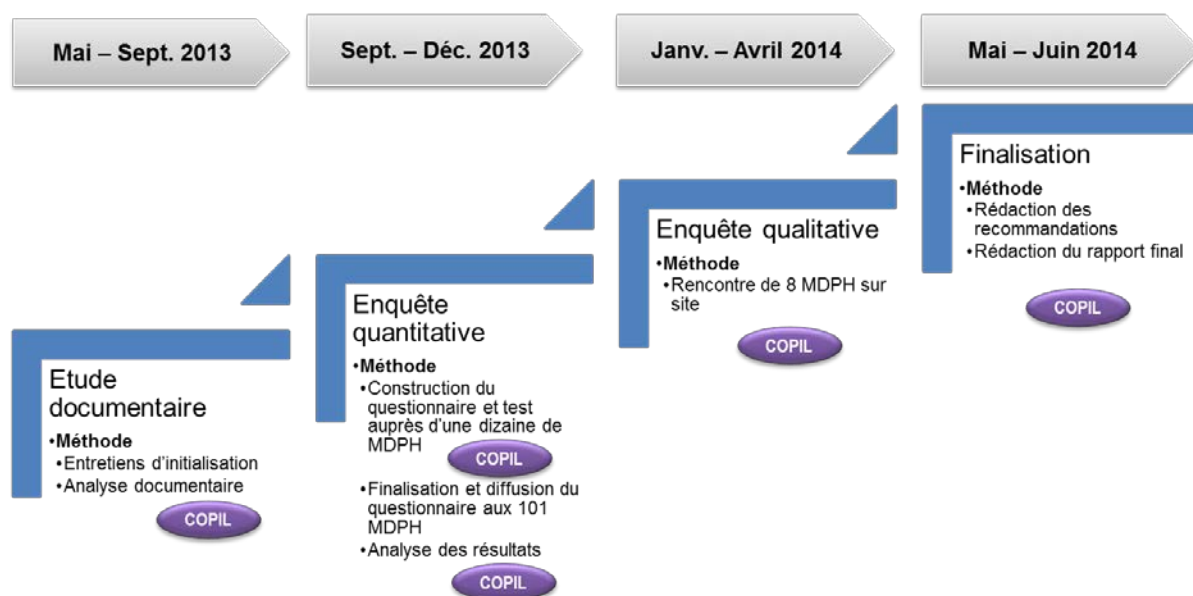
A partir de l'exploitation du questionnaire et du croisement des données recueillies avec les données transmises par la CNSA 10 MDPH ont été identifiées afin de réaliser une étude sur site. Du fait de contraintes de délais et pour des questions d'organisation, 8 MDPH parmi les 10 initialement sélectionnées ont pu être rencontrées. Au sein de chaque MDPH, les membres de la direction, le ou les coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire (EP) et des membres de l'EP (soit tous ensemble, soit divisés en deux avec d'une part des membres de l'équipe enfants et d'autre part des membres de l'équipe adultes) ont été vus en entretien.

- **Phase 4 : Finalisation (rédaction du rapport et des recommandations)**

A partir des éléments recueillis en phases 2 et 3, un état des lieux des processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH a été rédigé ainsi que des recommandations sur l'évolution du processus d'évaluation pour une meilleure adéquation avec les objectifs de la loi de 2005 (évaluation globale de la situation de la personne et pluridimensionnelle) et pour une meilleure équité territoriale de réalisation de cette évaluation.

A noter : l'année de référence pour le recueil de l'ensemble des données qui concernent cette étude est l'année 2012.

Présentation synthétique de la méthodologie



3.2 Présentation du choix des indicateurs déterminants

L'étude avait pour objectif d'une part de décrire les diversités de pratiques observées (organisationnelles, en termes d'outils, de fonctionnement, de ressources humaines...) et, d'autre part, de tenter de les mettre en relation avec les résultats et la qualité de ces évaluations.

Le comité de pilotage de l'étude a décidé de retenir 3 indicateurs permettant d'approcher de façon quantitative la qualité de l'évaluation :

- Les délais d'instruction ;
- Les taux d'accords / de refus ;
- La part des recours gracieux et contentieux.

Ces indicateurs déterminants ont été identifiés pour essayer de dégager de grandes typologies de MDPH lors de l'exploitation des données issues du questionnaire et des données transmises par la CNSA (rapports d'activité 2012, enquête sur le GEVA), notamment par la réalisation d'analyses croisées entre plusieurs données.

Bien que l'analyse de ces indicateurs puisse donner lieu à différentes interprétations, le choix a été fait de sélectionner des indicateurs déterminants pour lesquels les données sont disponibles pour la quasi-totalité des MDPH et objectivables afin de pouvoir comparer des données relativement « comparables ». Toutefois, le fait que ces indicateurs puissent donner lieu à des interprétations diverses d'une MDPH à l'autre a été pris en compte dans le cadre de la réalisation de l'étude.

3.3 Méthodologie de choix des MDPH pour les entretiens d'approfondissement de phase 3

Le questionnaire a dans un premier temps été testé auprès de 10 MDPH (MDPH de l'Ain, des Alpes-Maritimes, de l'Ardèche, du Cantal, de la Charente-Maritime, de la Corse du Sud, de la Gironde, du Pas de Calais, des Yvelines et de l'Yonne). **82 MDPH** ont répondu au questionnaire lors de sa diffusion.



La réalisation d'une première série de croisements a été réalisée afin de tester l'existence d'une corrélation mathématique entre les indicateurs déterminants (délais de traitement, taux de recours, taux d'accord) et certaines modalités d'évaluation ou d'organisation (ex : nombre de demandes, type d'organisation choisie, utilisation du GEVA, part des professionnels médicaux dans l'EP, effectif global de la MDPH, part des évaluations réalisées sur dossier, part des évaluations réalisées par des partenaires)

Ces croisements ont fait apparaître que les critères de **la part des demandes évaluées sur dossier** et **le type d'organisation de l'EP** donnent des tendances permettant de distinguer plusieurs types de MDPH.

Par ailleurs, une différenciation des MDPH selon **leur taille** et selon **le nombre de volets du GEVA utilisés** a été conservée (malgré l'absence de corrélation mathématique entre les indicateurs déterminants et ces critères). Ces critères ont été intégrés dans un tableau et les MDPH ont été classées en fonction de leur correspondance à ces critères.

En outre, certaines MDPH ont été identifiées sur la base des commentaires libres indiqués dans le questionnaire.

Il était prévu initialement d'effectuer des visites sur site auprès de 10 MDPH. Toutefois, 2 MDPH n'ont pu répondre favorablement pour des questions d'organisation.

Les MDPH rencontrées sont :

- La MDPH des Bouches du Rhône
- La MDPH de Creuse
- La MDPH d'Ille-et-Vilaine
- La MDPH de la Nièvre
- La MDPH de l'Orne
- La MDPH de Seine-Maritime
- La MDPH de la Haute-Vienne
- La MDPH des Vosges

3.4 Méthodologie de construction des grilles d'entretien d'approfondissement

Pour construire les grilles d'entretien, les différentes questions évaluatives figurant dans le cahier des charges de l'étude ont été reprises. Les éléments manquants (non recueillis via l'enquête quantitative) pour répondre à ces questions évaluatives ont été identifiés.

Les grilles d'entretien ont ensuite été construites sur la base de ces éléments manquants. La liste des points traités a été adaptée en fonction des personnes rencontrées (direction, coordonnateurs de l'EP, membres de l'équipe pluridisciplinaire).

Les objectifs de ces entretiens étaient les suivants :

- obtenir des éléments complémentaires pour venir éclairer l'analyse initiale réalisée à partir des données quantitatives ;
- reprendre et décrire les modalités concrètes de réalisation des évaluations et d'élaboration des réponses.

3.5 Grille de lecture

Pour faciliter la lecture de ce rapport, différentes typographies sont utilisées pour distinguer les éléments issus des différents modes de recueil.

Ainsi, le texte rédigé en style normal fait référence à des éléments issus du questionnaire diffusé aux 101 MDPH dans le cadre de cette enquête et/ou des rapports d'activités 2012 et/ ou de réalisée par la CNSA sur l'utilisation du GEVA.

Le texte rédigé en italique fait référence au résultat des croisements réalisés entre plusieurs variables afin d'identifier des corrélations mathématiques sur la partie quantitative de l'étude.



Enfin, le texte situé dans des encadrés gris fait référence à des éléments issus de l'enquête qualitative auprès de 8 MDPH, sur site.

3.6 Avertissement

Les données recueillies tant via l'enquête sur site que via le questionnaire montrent la grande variété des processus d'évaluation, des modes d'organisation, des ressources disponibles au sein des MDPH. A des fins d'étude et d'analyse, le présent rapport souligne avant tout les éléments de convergence ainsi que les pratiques dominantes identifiées. Pour autant, c'est la diversité des modes d'organisation qui domine. Ainsi, toute interprétation tendant à généraliser des éléments de résultat présentés ci-dessous serait abusive.



4.L'analyse du fonctionnement général des MDPH

L'analyse du fonctionnement général des MDPH et l'état des lieux des processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH ont été réalisés à partir des éléments suivants :

- données quantitatives recueillies via le questionnaire (complété par 82 MDPH) et transmises par la CNSA (rapports d'activités 2012 des MDPH, résultats du questionnaire sur le GEVA complété par 74 MDPH)
- données qualitatives recueillies lors des visites sur sites qui apparaissent dans les encadrés grisés tout au long du rapport.

Les éléments d'analyse issus des croisements effectués entre plusieurs questions ou éléments d'analyse quantitatifs apparaissent en italique.

4.1 Des MDPH de taille très variable avec une forte représentation des « petites » et des « moyennes » MDPH et une absence de corrélation entre le nombre de demandes et les délais d'évaluation

Le nombre de demandes déposées auprès des MDPH varie de 4 303 à 146 032 demandes. En moyenne, 34 600 demandes sont déposées annuellement auprès des MDPH. La majorité des MDPH sont de taille moyenne (entre 20 000 et 60 000 demandes) ou de petite taille (moins de 20 000 demandes). Le volume de demandes est supérieur à 60 000 demandes au sein de seulement 17 MDPH (cf. tableau ci-dessous).

Répartition des MDPH par taille (nombre de demandes)

Nombre de demandes	Nombre de MDPH
Moins de 20 000	31
Entre 20 000 et 60 000	38
Plus de 60 000	17

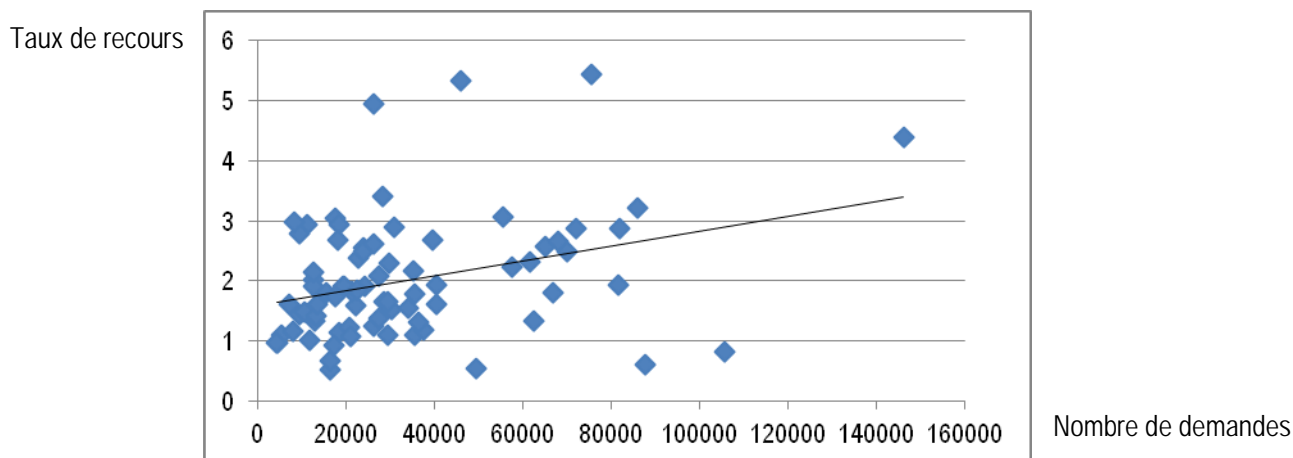
Le taux de demandes pour 1000 habitants varie de 27 ‰ à près de 79 ‰ selon les MDPH. 51 demandes pour 1000 habitants ont été déposées en moyenne en 2012¹.

Les croisements effectués ont permis d'identifier une absence de corrélation entre le volume de demandes et les délais de traitement (enfants et adultes), et entre le volume de demandes et les taux d'accord. En revanche, plus le volume de demandes est important, plus le taux de recours est élevé (cf. graphique ci-dessous). L'hypothèse qui peut être formulée est que lorsque le volume de demandes est important, la part de dossiers évalués par une approche pluridisciplinaire est plus réduite et que de ce fait la part des recours augmente. Lors des visites sur site, les MDPH rencontrées ont précisé que souvent, dans le cadre des recours, les personnes demandent à être rencontrées (notamment par un médecin), lorsque cela n'a pas été le cas lors de la première évaluation.

¹ Synthèse des rapports d'activité 2012 des MDPH – CNSA



Part des recours dans le total des décisions en lien avec le nombre de demandes



4.2 Des ressources humaines inégales pour faire face aux demandes... mais une absence de corrélation entre les effectifs et les délais d'évaluation

En 2012, au total, les MDPH comptent 5 546 ETP (Equivalents Temps Plein) correspondant à 5 086 ETP travaillés. Chaque MDPH compte en moyenne 55 ETP². Le nombre d'ETP au sein des MDPH varie de 13,8 ETP à 190,1 ETP³.

Les ETP des MDPH sont répartis principalement entre l'instruction (38 %) et l'évaluation (35 %) et dans une moindre mesure entre l'administration générale (15 %) et l'accueil (12 %).

Le ratio d'ETP (effectif total des MDPH) pour 1000 demandes varie de 0,96 ‰ à 5,93 ‰. Il est plus important dans les « petites » MDPH.

Il apparaît que plus le nombre de demandes est élevé, plus le nombre d'ETP pour 1000 demandes est bas. Cela s'explique par des économies d'échelle qui semblent évidentes, notamment sur certains postes qui sont présents au sein des MDPH quelle que soit leur taille (directeur/directrice, cadres, secrétaire...).

Nombre d'ETP pour 1000 demandes par rapport à la taille

Nombre de demandes	Nombre d'ETP pour 1000 demandes
Moins de 20 000	Entre 1,22 ‰ et 5,93 ‰
Entre 20 000 et 60 000	Entre 1,17 ‰ et 2,37 ‰
Plus de 60 000	Entre 0,96 ‰ et 2,04 ‰

Il n'existe pas de corrélation entre le nombre d'ETP pour 1000 demandes et les délais de traitement des demandes (enfants et adultes). Or, le nombre de professionnels est souvent ressenti comme un facteur influençant les délais de traitement.

Par ailleurs, les croisements effectués ont permis d'identifier que plus le nombre d'ETP pour 1000 demandes est élevé, plus le taux de recours et les taux d'accord de carte sont bas. En revanche, plus le nombre d'ETP pour 1000 demandes est élevé, plus le taux d'accord de l'AAH est élevé. Ces corrélations ne permettent pas de tirer

² Synthèse des rapports d'activité 2012 des MDPH – CNSA

³ Données CNSA



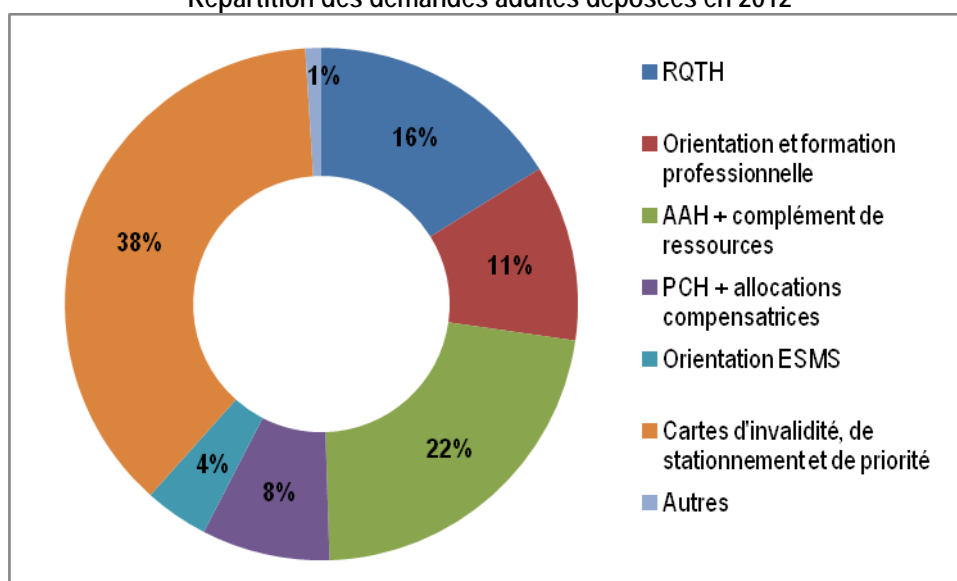
de conclusion. Les éléments disponibles ne permettent pas d'identifier si ces résultats sont fortuits ou reflètent de réelles tendances.

4.3 Une part importante des demandes adultes portant sur les cartes et une majorité des demandes enfants en lien avec une orientation vers un ESMS ou la scolarité

La part de demandes enfants dans le total des demandes déposées en 2012 varie de 11 % à 35 %. En moyenne, elle est de 20 %.

38 % des demandes adultes déposées en 2012 concernent des demandes de cartes (invalidité, stationnement et de priorité). Les demandes concernant l'insertion professionnelle (RQTH et orientation et formation professionnelle) correspondent à 28 % des demandes adultes.

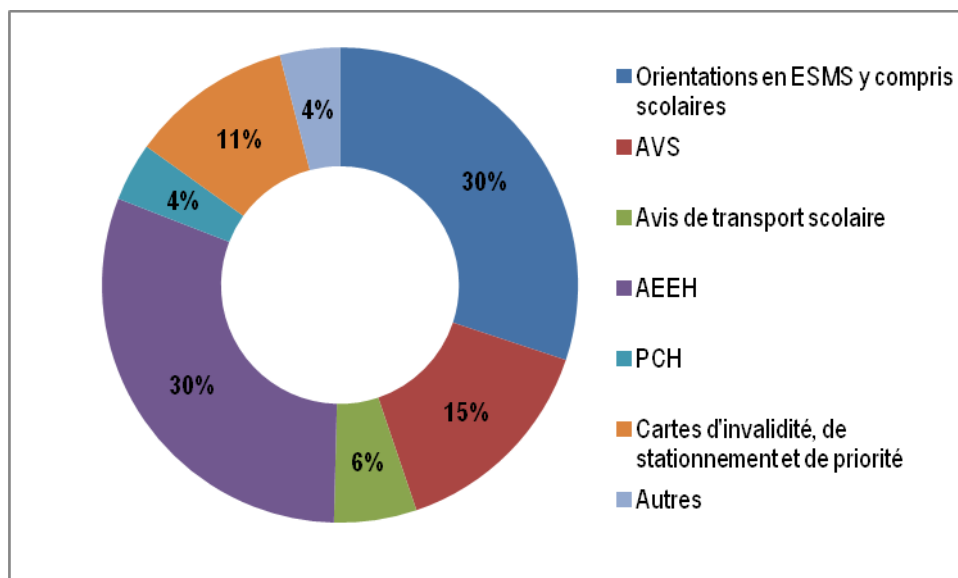
Répartition des demandes adultes déposées en 2012



Les demandes enfants concernent principalement des demandes d'AEEH (30 % des demandes) ou d'orientation en ESMS (y compris scolaire) (30 % des demandes). Les demandes d'AVS représentent 15 % des demandes enfants déposées en 2012.

Répartition des demandes enfants déposées en 2012





4.4 Focus sur les indicateurs déterminants : des indicateurs présentant des écarts importants en fonction des MDPH

Pour mémoire, le délai légal de traitement d'une demande à la MDPH (enfants ou adultes) est de 4 mois⁴.

4.4.1 Les délais moyens de traitement

Le délai moyen de traitement des demandes adultes en 2012 est de 4,4 mois. Il varie de 1,5 à 10,8 mois en fonction des MDPH. Le délai moyen de traitement des demandes enfants en 2012 est nettement plus bas, il est de 3,1 mois et varie de 1,2 à 7,7 mois⁵.

Ces délais correspondent à des moyennes, les différences de délais de traitement peuvent être très importantes en fonction du type de demande.

Ces délais tendent à augmenter sur l'année 2013 dans la plupart des MDPH rencontrées.

4.4.2 Les taux de recours

En 2012, 2,4 % des décisions ont fait l'objet d'un recours gracieux ou contentieux. 86 % des MDPH enregistrent moins de 3 % de recours. Le taux de recours varie entre 0,53 % et 5,44 % suivant les MDPH.

4.4.3 Les taux d'accord

Les taux d'accord utilisés comme indicateurs déterminants lors des croisements des données concernent uniquement les taux d'accord de l'AEEH, de l'AAH, de la PCH et des cartes.

Les taux d'accord de l'AEEH varient de 49,5 % à 99,4 % en 2012. A titre d'information, en 2011, le taux d'accord moyen de l'AEEH était de 88 % environ (le taux d'accord de l'AEEH pour 2012 n'étant pas disponible).

Les taux d'accord d'AAH varient de 44,1 % à 95 % en 2012. A titre d'information, en 2011, le taux d'accord moyen de l'AAH était de 69 % environ (le taux d'accord de l'AAH pour 2012 n'étant pas disponible).

⁴ Sauf pour les demandes de carte européenne de stationnement pour lesquelles le délai est fixé à 2 mois

⁵ Synthèse des rapports d'activité 2012 des MDPH – CNSA



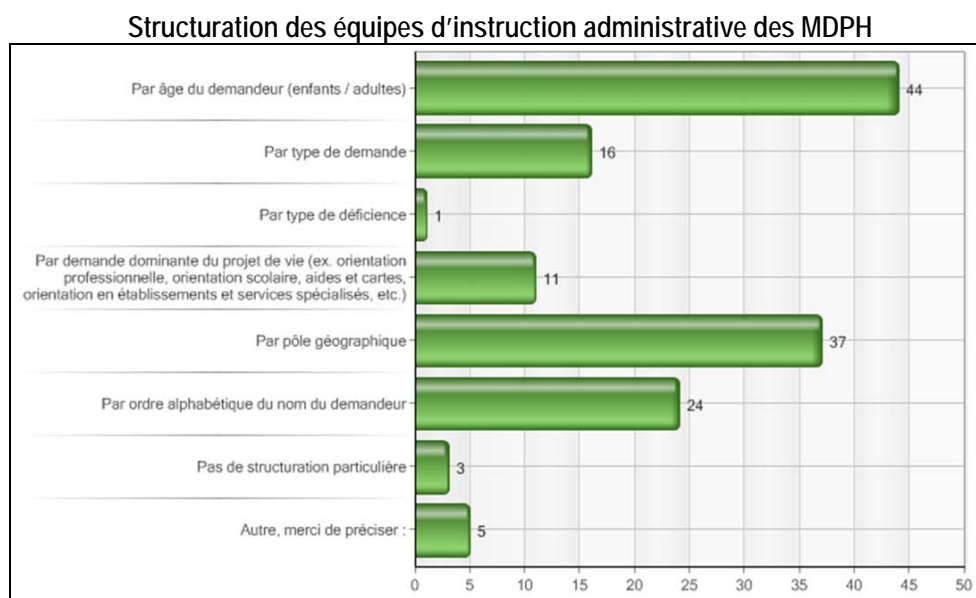
Les taux d'accord de la PCH varient de 34,4 % à 83,31 % en 2012. A titre d'information, en 2011, le taux d'accord moyen de la PCH était de 58 % environ (le taux d'accord de la PCH pour 2012 n'étant pas disponible).

Les taux d'accord de cartes varient de 24,2 % à 87,1 % en 2012.



4.5 Des équipes d'instruction administrative encore souvent structurées par âge

Les équipes d'instruction administrative sont principalement structurées par âge du demandeur (44 MDPH) et par pôle géographique (37 MDPH)⁶.



Dans certaines MDPH les agents instructeurs demandent des pièces nécessaires à l'évaluation mais non obligatoires pour la constitution d'un dossier (ex. Orne, Seine-Maritime, Ile-et-Vilaine, Bouches-du-Rhône). Ainsi, les membres de l'équipe pluridisciplinaire disposent d'un maximum d'éléments nécessaires à l'évaluation lorsqu'ils analysent le dossier.

Plusieurs MDPH rencontrées ont mis en place la polyvalence des instructeurs (traitement des demandes enfants et adultes) et des évaluateurs. Cela permet de réguler la charge de travail notamment sur le secteur enfant qui est soumis à une forte saisonnalité. Cette organisation vaut surtout pour les MDPH de petite taille, où les effectifs et les compétences sont limités en nombre.

4.6 La fonction d'observatoire des MDPH peu développée

La plupart des MDPH sont encore en train d'élaborer leur fonction d'observatoire et disposent encore de peu d'outils pour la déployer.

Focus

La MDPH de la Seine Maritime mène un travail avec l'observatoire départemental, notamment sur le public bénéficiaire de l'AAH (profil socio-économique, etc.). La réalisation de l'étude est prévue pour l'été 2014. L'objectif de l'étude est également de positionner le Département par rapport au niveau national.

Certaines MDPH se sont engagées sur le codage des déficiences et certaines ont dû s'arrêter notamment du fait des difficultés à réaliser les exploitations informatiques ou du temps trop important que cela demandait aux professionnels. Un certain nombre de MDPH rencontrées effectuent ce codage que sur certains types de demandes (exemple : orientations en établissement).

⁶ Les équipes d'instruction administrative d'une MDPH peuvent être structurées sur la base de différents critères.



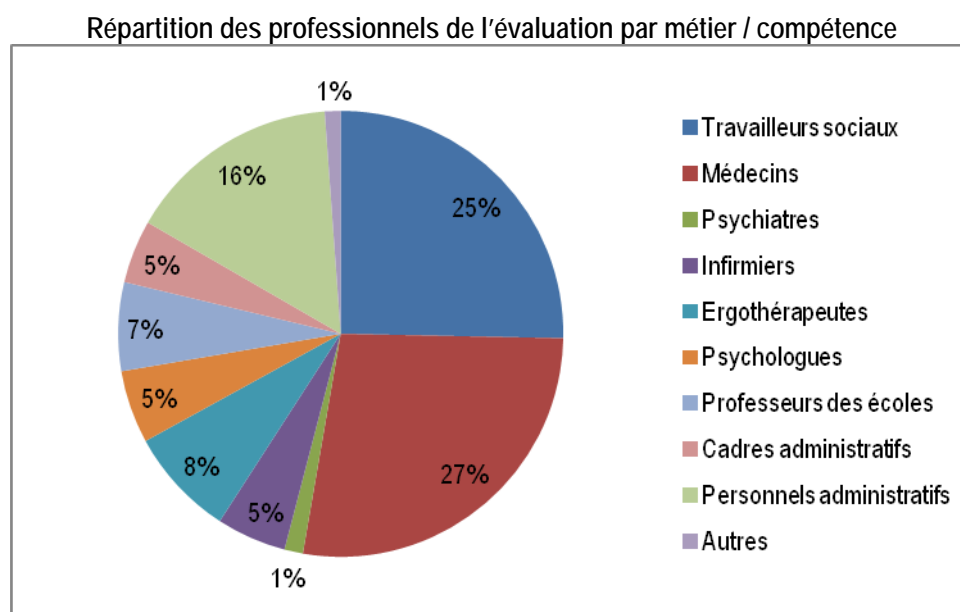
5. Les ressources humaines et l'organisation des équipes pluridisciplinaires des MDPH

5.1 L'équipe pluridisciplinaire

5.1.1 Une forte représentation des travailleurs sociaux et des médecins au sein des EP

La taille des équipes pluridisciplinaires varie entre 4 et 80 professionnels suivant les MDPH (soit entre 3,36 et 60,7 ETP). La moyenne est de 21 professionnels (soit 16,46 ETP).

Les médecins sont les professionnels les plus représentés parmi les professionnels de l'évaluation (soit 27 % des professionnels), viennent ensuite les travailleurs sociaux qui représentent 25 % des professionnels de l'évaluation au sein des MDPH. Le personnel et les cadres administratifs correspondent à 21 % des professionnels.



Les croisements effectués font apparaître une absence de corrélation entre la part des médecins dans l'effectif total de l'équipe pluridisciplinaire et les différents indicateurs déterminants (délais de traitements, taux d'accord et taux de recours). Une part élevée de médecins dans l'effectif total de l'EP ne permet donc pas de réduire le taux de recours ni les délais.

- La présence fréquente d'un ou plusieurs coordonnateurs au sein des MDPH

Il existe un ou plusieurs coordonnateurs dans 89 % des MDPH ayant répondu au questionnaire (soit 73 MDPH).

Plus de la moitié des MDPH comptent 1 coordonnateur (soit 38 MDPH) et 20 % (soit 15 MDPH) en comptent 2. Au sein des autres MDPH, le nombre de coordonnateurs varie de 3 à 10.

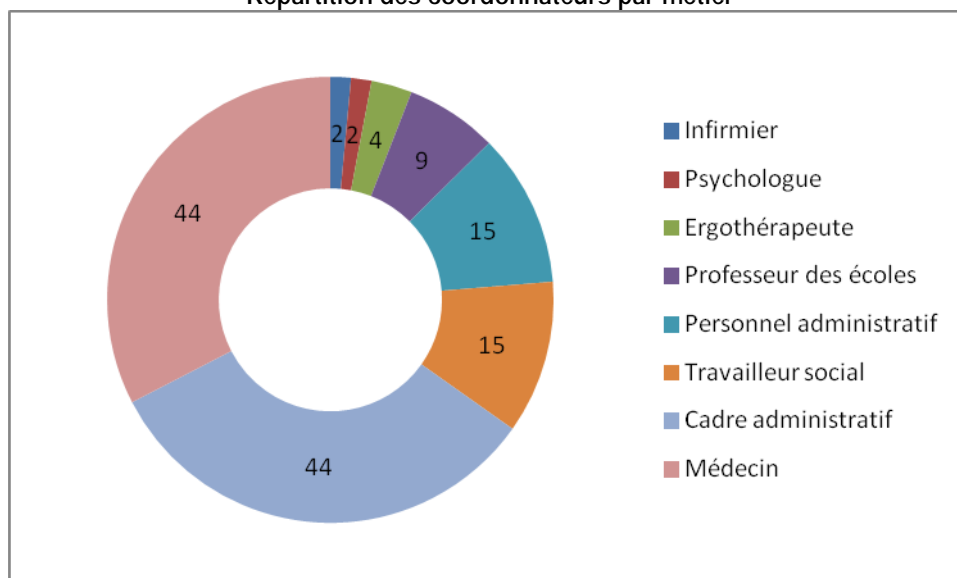
Au total, les MDPH regroupent 135 coordonnateurs⁷.

⁷ Données chiffrées transmises par la CNSA



La majorité des coordonnateurs sont des médecins (33 %) ou des cadres administratifs (33 %). Les travailleurs sociaux et le personnel administratif représentent respectivement chacun 11 % des coordonnateurs.

Répartition des coordonnateurs par métier



Dans 93 % des MDPH au sein desquelles il existe un coordonnateur, ce dernier à un rôle de conseil technique auprès des membres de l'EP.

Les coordonnateurs ont un rôle hiérarchique sur l'ensemble des membres des EP pour 36 % des MDPH. Ils ont un rôle hiérarchique sur seulement certains membres de l'EP ou certaines EP dans 22 % des MDPH.

Le coordonnateur à un rôle d'évaluateur dans 72 % des MDPH ayant un coordonnateur (soit 50 MDPH).

Les visites sur site font apparaître que les coordonnateurs de l'EP jouent aujourd'hui avant tout un rôle d'organisation des travaux des membres de l'EP. La majorité des coordonnateurs rencontrés (non médecins pour la plupart) occupent une posture de « mandatement » de leurs collègues selon les besoins et le contenu du dossier. Ils ont souvent un rôle d'organisation, de gestion de la charge et de régulation pour fluidifier le travail. La plupart des MDPH doivent gérer des flux importants d'où ce rôle de régulation renforcé voire nouveau pour certains, qui s'accompagne de la mise en place de tableaux de bord afin de suivre les flux des dossiers arrivés. Là où les coordonnateurs sont médecins, ils jouent aussi un rôle d'harmonisation des pratiques

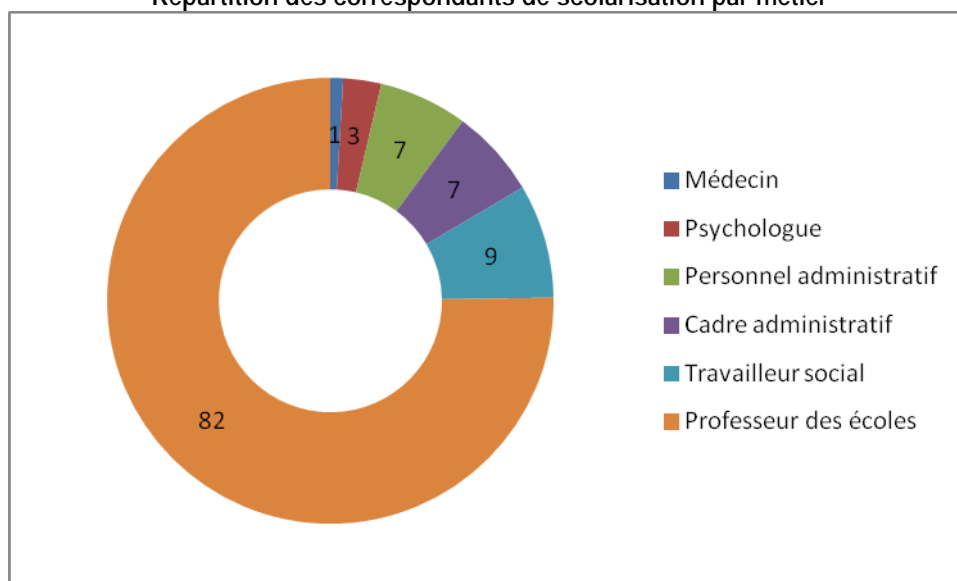
Les croisements effectués permettent d'identifier que plus le volume de demandes est important, plus la présence d'un coordonnateur d'EP est fréquente. Cette tendance est cohérente avec ce rôle d'organisation des travaux qui est nécessaire lorsque le volume de demande est important.

- **La présence quasi systématique d'un correspondant de scolarisation et d'un référent insertion professionnelle au sein des MDPH**

Il existe un correspondant de scolarisation au sein de 94 MDPH. Au total ces MDPH regroupent 109 correspondants de scolarisation dont plus de 75 % sont des professeurs des écoles.

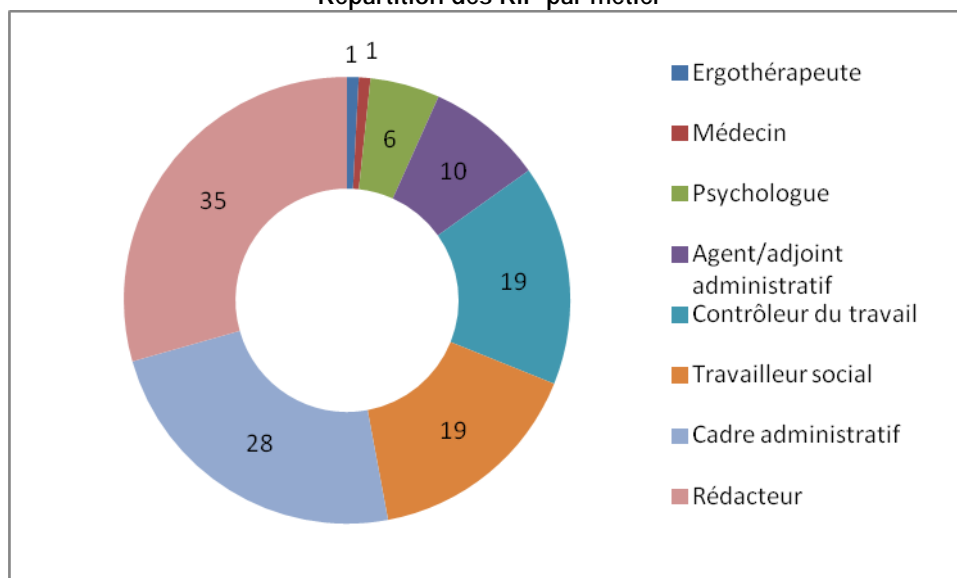


Répartition des correspondants de scolarisation par métier



Il existe un référent insertion professionnelle au sein de 95 MDPH. Au total, ces MDPH regroupent 119 référents insertion professionnelle. Plus de la moitié des RIP sont des rédacteurs (30 %) ou des cadres administratifs (24 %).

Répartition des RIP par métier

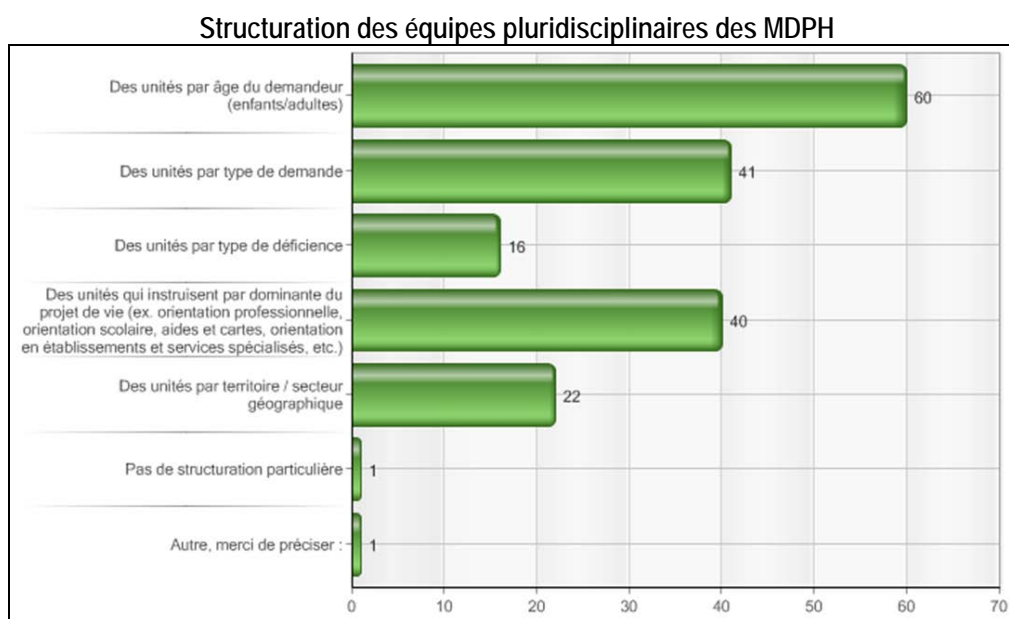


5.1.2 Des équipes pluridisciplinaires principalement structurées par âge du demandeur, par type de demande et par dominante du projet de vie

- Les structurations des équipes pluridisciplinaires les plus fréquentes

Les 3 types de structuration des équipes pluridisciplinaires cités par les MDPH ayant répondu au questionnaire sont les unités par âge du demandeur (60 MDPH), les unités par type de demande (41 MDPH) et les unités qui instruisent par dominante du projet de vie (40 MDPH)⁸.

Lorsque les MDPH précisent l'intitulé des pôles par type de demande et par dominante du projet de vie, il apparaît que ces deux types de structurations peuvent correspondre à des réalités identiques (exemple : structuration avec une unité insertion professionnelle, une unité scolarisation, une unité PCH, une unité orientation en ESMS).



⁸ Les équipes pluridisciplinaires d'une MDPH peuvent être structurées sur la base de différents critères.



Composition des principales équipes pluridisciplinaire identifiée au sein des MDPH rencontrées

Suite aux visites sur site, nous avons pu dégager trois grands types d'équipe pluridisciplinaire qui correspondent aux éléments recueillis via le questionnaire. Le schéma ci-dessous présente les principaux éléments de composition de ces équipes.

<p>EP scolarité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La participation de nombreux partenaires sur ces équipes, souvent à titre gratuit • Composition type : référent scolarité, enseignants référents, Médecin scolaire ou médecin PMI (Vosges, Bouches-du-Rhône), Psychologue scolaire (fréquent), AS scolaire (fréquent), Pédopsychiatre (fréquent) • Représentants d'ESMS (Creuse, Seine-Maritime, Haute-Vienne) • Creuse: Service transport (sur période mai – sept), Service social du Conseil général • Autres professionnels invités spécifiquement ou sur des équipes dédiées : orthophoniste, CAMSP, CMPP, PMI...
<p>EP insertion professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La participation de nombreux partenaires sur ces équipes, souvent via des conventions payantes • Composition type : Référent insertion professionnelle, Médecin MDPH, TS ou conseiller insertion pro MDPH (fréquent), Pole emploi (conseiller et psychologue du travail), Cap emploi, SAMETH (fréquent), Mission locale (fréquent), Psychiatre et/ou psychologue du travail (fréquent), MSA / CARSAT (fréquent) • De temps en temps : Service social du Conseil général (volet RSA), animateur local d'insertion (Ille-et-Vilaine) • Autres professionnels invités spécifiquement ou sur des équipes dédiées : CPO APSAH (Creuse et Haute Vienne), UEROS (Bouches-du-Rhône)
<p>EP autonomie ou PCH / orientation ESMS (parfois subdivisée enfant / adultes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des équipes plutôt « internes » MDPH ou MDPH-CG • Composition type : 1 cadre (coordo ou référent IP voire scolarité), Médecin MDPH, TS MDPH, Ergo (a accès au dossier médical si absence de médecin parfois), Infirmière (si présence au sein de la MDPH) • Des représentants d'ESMS (selon les endroits : + quand ça tourne et qu'ils ne viennent pas pour « leurs » usagers) • Autres professionnels invités spécifiquement ou sur des équipes dédiées : service compta du CG chargée d'établir les paiements (Creuse), URAPEDA (Vosges)

A noter, le 3^{ème} type d'EP est parfois subdivisé en deux pour distinguer la PCH d'un côté et les orientations en établissements et services médico-sociaux de l'autre ou entre demandes pour enfants d'un côté et pour adultes de l'autre.

Les croisements effectués font apparaître une absence de corrélation entre le volume de demandes et la structuration de l'EP.

Ces croisements ont également mis en évidence de légères tendances liées à la structuration des EP qui restent toutefois peu marquées :

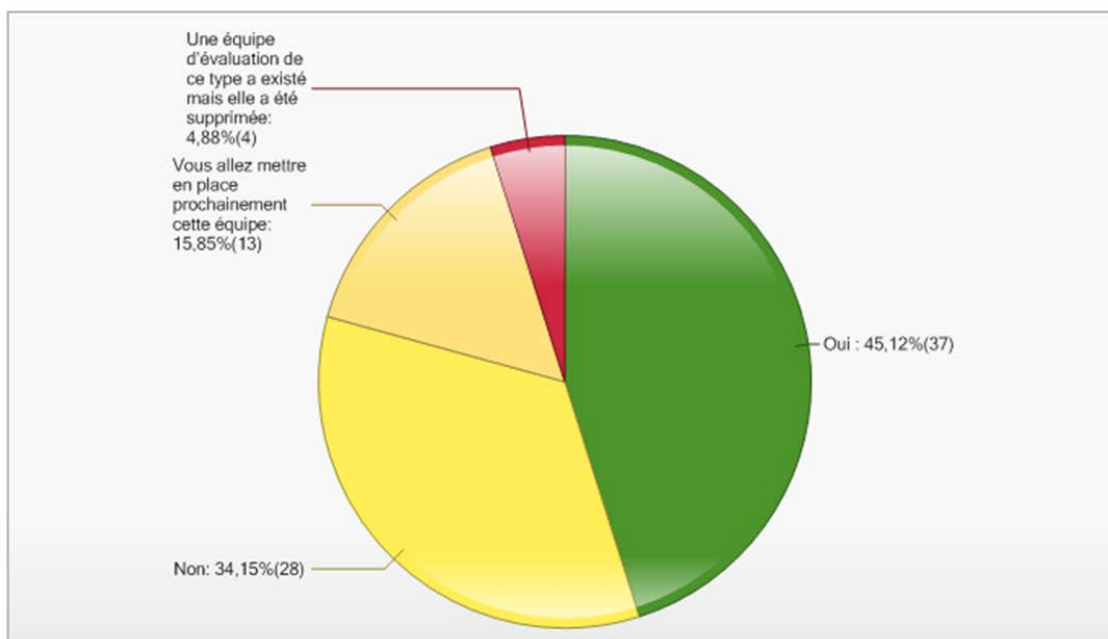
- Les MDPH dans lesquelles les EP sont structurées par dominantes affichent des délais de traitement des demandes adultes globalement plus élevés (4,64 mois contre 4,35 mois pour les EP par type de demande et 4,47 mois pour les EP par âge).
- Les MDPH dans lesquelles les EP sont structurées par dominante affichent des taux d'accord de la PCH globalement plus bas (52% contre 56% pour les EP par âge et 60% pour les EP par type de demande).



- Les équipes d'évaluation des situations des jeunes adultes

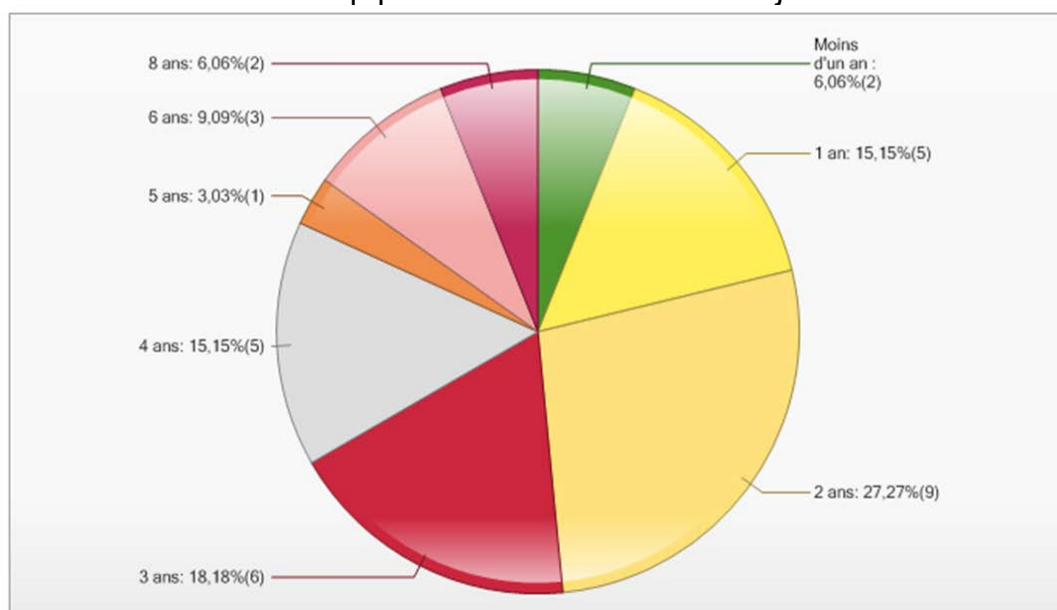
45 % des MDPH ayant répondu au questionnaire ont mis en place une équipe d'évaluation des situations des jeunes adultes (soit 37 MDPH), 15 % vont mettre en place prochainement une équipe de ce type.

Existence d'une équipe d'évaluation des situations des jeunes adultes



Parmi les équipes d'évaluation des situations des jeunes adultes existantes, près de la moitié (soit 16 MDPH) ont moins de 2 ans.

Ancienneté de l'équipe d'évaluation des situations des jeunes adultes



Pour 4 MDPH, une équipe d'évaluation de ce type a existé mais elle a été supprimée. Un des motifs évoqué amenant à la suppression de cette équipe est notamment le nombre insuffisant de dossiers permettant de l'alimenter (d'autant plus que cette équipe jeune était parfois réservée aux cas complexes).

Une équipe « jeunes » ou « 16 – 25 ans » existe dans 6 des 8 MDPH rencontrées. Les personnes participant à ces équipes sont les référents insertion professionnelle et le correspondant de scolarisation chargés de l'animation et un médecin. Parfois un travailleur social et/ou un psychologue participent.

Les dossiers vus sont généralement les demandes d'orientation professionnelle de jeunes (ESAT ou milieu ordinaire), les dossiers concernant des jeunes maintenus via l'amendement creton ou des situations de transition enfants / adultes délicates (difficulté à trouver un établissement en sortie d'établissement enfant). En général, les dossiers présentés sont sélectionnés par les RIP ou les correspondants de scolarisation.

A nouveau, certaines MDPH ont signalé une difficulté à faire fonctionner en pratique ces équipes, c'est-à-dire à les alimenter en dossiers même si elles soulignent toutes leur utilité en termes de parcours pour les jeunes en question.

Au sein de 2 des plus grosses MDPH rencontrées (Bouches du Rhône et Ile-et-Vilaine), une équipe insertion professionnelle des jeunes a été mise en place (associant notamment des acteurs comme les missions locales, Cap emploi...).

Focus

L'équipe « jeune » de la **MDPH de l'Orne** est spécifique car les jeunes, leurs familles et les ESMS d'origine des jeunes sont associés. Ces EP portent plus particulièrement sur le volet professionnel (orientation vers un ESAT ou le milieu ordinaire de travail).

Elles ont lieu une fois par mois sur une demi-journée. Du fait de son mode de fonctionnement (association du jeune et de sa famille) 4 à 5 dossiers au maximum sont vus par EP. Le référent insertion professionnelle (RIP) et le correspondant scolarisation animent cette EP.

- **Les autres types d'équipes pluridisciplinaires**

Il est fréquent que des EP spécifiques autour de déficiences aient été mises en place. Ainsi, une EP autour de la déficience psychique existe dans la plupart des MDPH rencontrées. Plusieurs MDPH ont également mis en place (ou vont mettre en place) une EP autour des troubles spécifiques des apprentissages (TSA) (MDPH de Seine-Maritime, Haute-Vienne, Nièvre et Ile-et-Vilaine) ou encore autour de l'autisme/des troubles envahissants du développement (TED) (MDPH de Seine-Maritime, Nièvre et Ile-et-Vilaine). Les éléments recueillis via le questionnaire font apparaître que ces déficiences sont celles pour lesquelles les professionnels ressentent le plus de difficultés pour réaliser l'évaluation des besoins (cf. § 5.2).

Les EP « autonomie » distinguent parfois les demandes de PCH et les demandes d'orientation vers un ESMS (avec éventuellement une subdivision enfants / adultes et/ou établissements/services).

Finalement, plusieurs MDPH rencontrées ont mis en place un nombre important d'EP de composition variables et avec des plannings parfois complexes à gérer dans les MDPH sans tri initial (notamment sur les dossiers enfants) ou d'une taille importante.

Focus

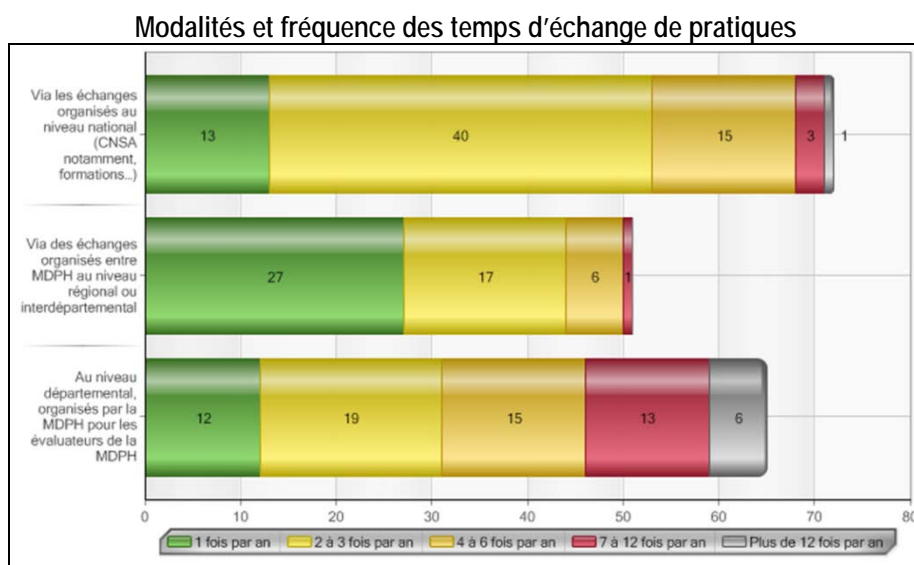
Une EP « recours » a été constituée dans la MDPH de l'Orne (hors recours PCH). Elle est composée de deux médecins, d'une assistante sociale et d'un psychiatre. Si, lors de l'évaluation initiale, la personne n'avait pas rencontré de médecin, cela lui est proposé. Dans le cadre des recours, la personne est systématiquement rencontrée (lors de la visite médicale ou en EP).



5.2 La formation et les échanges de pratiques

5.2.1 Des temps d'échange importants autour des pratiques au niveau national et départemental

La majorité des MDPH ayant répondu (87 %) ont mis en place des temps d'échanges de pratiques (autour de l'utilisation d'outil d'évaluation, de l'analyse de dossiers complexes) via les échanges organisés au niveau national. Ces temps d'échange sont également fréquents au niveau départemental et régional.



5.2.2 Des efforts importants de formation autour de certaines déficiences (autisme/TED, TSA, déficience psychique)

Les types de déficiences autour desquelles les MDPH ont le plus mis en place des temps de formations sont (par ordre d'importance) :

- L'autisme (79 % des répondants)
- Les troubles spécifiques des apprentissages et du langage (62 % des répondants)
- La déficience psychique (52 % des répondants)

Les MDPH précisent que les déficiences pour lesquelles les professionnels ressentent le plus de difficultés pour réaliser l'évaluation des besoins sont (par ordre d'importance) :

- La déficience psychique (87 % des répondants)
- Les troubles spécifiques des apprentissages et du langage (55 % des répondants)
- L'autisme (48 % des répondants)

C'est donc logiquement autour de ces déficiences que l'effort de formation est réalisé et, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, pour lesquelles des équipes pluridisciplinaires spécifiques (associant des compétences spécialisées) sont mises en place dans certaines MDPH. Par ailleurs, dans certaines MDPH, des outils d'évaluation ont également été travaillés pour les personnes handicapées présentant ce type de déficiences (cf. ci-après).

83 % des répondants (soit 67 MDPH) ont mis en place des temps de formation autour de l'éligibilité. Ces temps de formation portaient pour 90 % des répondants sur la PCH, pour 87 % des répondants sur le guide barème et pour 84 % des répondants sur l'AAH / la RSDAE.



Des temps de formation à la loi de 2005, aux concepts et fondamentaux (définition du handicap, CIF,...), autour de l'utilisation des outils d'évaluation (GEVA ou autres) ou encore autour des droits et prestations pour les personnes handicapées ont été mis en place dans plus de 80 % des MDPH.

Les temps de formation autour des outils d'évaluation sont mis en place moins d'une fois par an ou une seule fois pour près de 60 % des MDPH.

5.3 L'apport d'informations des partenaires lors de la constitution des dossiers

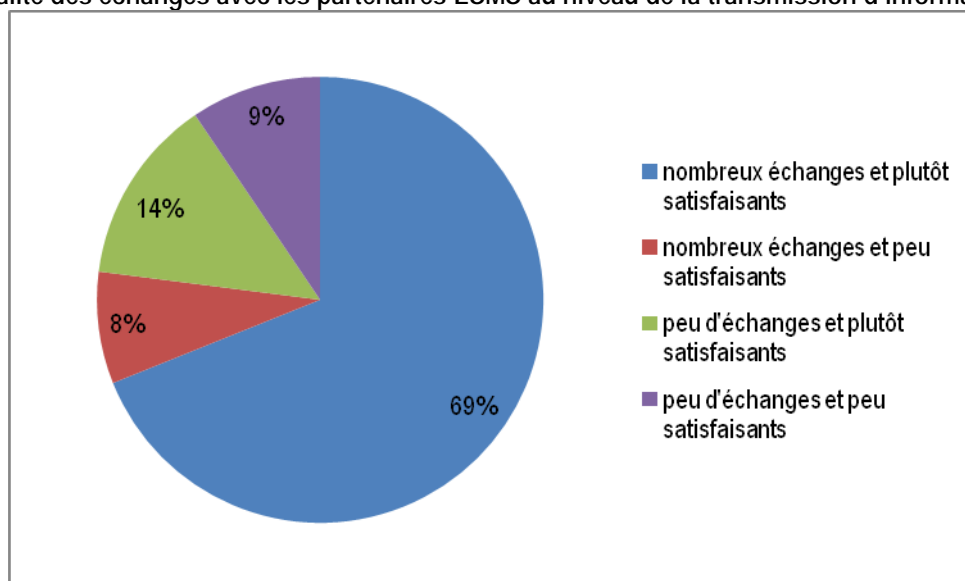
5.3.1 Un recours quasi systématique à des partenaires extérieurs pour constituer les dossiers

Des partenaires extérieurs alimentent les dossiers de demande des usagers (ajout de pièces dans le dossier permettant d'apporter des éléments complémentaires aux membres de l'EP chargés de l'évaluation) dans la quasi-totalité des MDPH ayant répondu (81 MDPH).

Les partenaires les plus fréquemment cités sont l'Education nationale, les ESMS, les acteurs de santé (CMP, CRP, SSR, CHU...) et les organismes d'aide à l'insertion professionnelle.

La majorité des MDPH (83 %) sont satisfaites de la qualité des échanges avec les ESMS au niveau de la transmission d'informations pour l'évaluation des situations individuelles et pour l'élaboration des réponses.

Qualité des échanges avec les partenaires ESMS au niveau de la transmission d'information



5.3.2 Une qualité de remplissage aléatoire des certificats médicaux malgré des tentatives d'approche et d'échanges de la part des MDPH

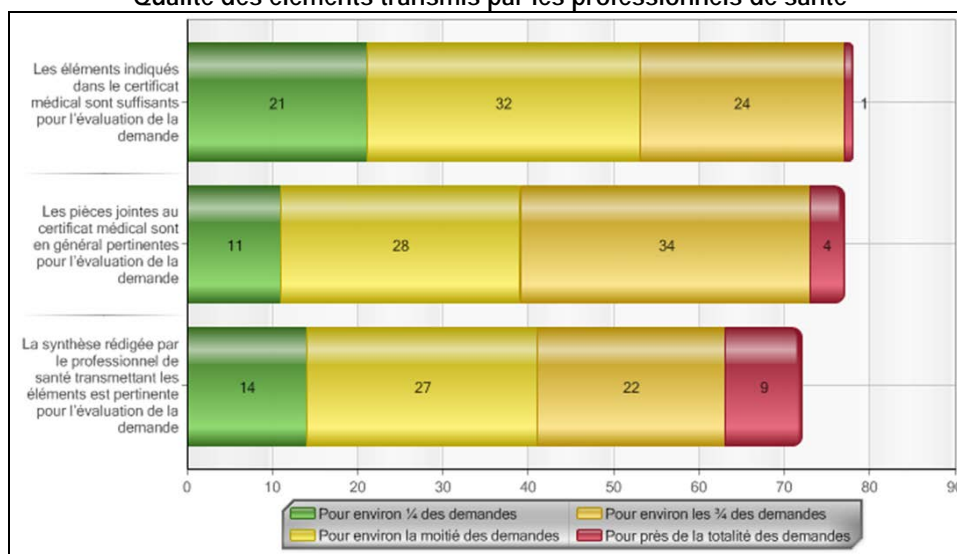
Seuls 32 % des répondants estiment que les éléments indiqués dans le certificat médical sont suffisants pour réaliser l'évaluation des $\frac{3}{4}$ ou de la totalité des demandes reçues à la MDPH.

49 % des répondants estiment que les pièces jointes au certificat médical sont pertinentes pour réaliser l'évaluation des $\frac{3}{4}$ ou de la totalité des demandes reçues à la MDPH.

43 % des répondants estiment que la synthèse rédigée par le professionnel de santé transmettant les éléments est pertinente pour l'évaluation des $\frac{3}{4}$ ou de la totalité des demandes reçues à la MDPH.



Qualité des éléments transmis par les professionnels de santé



70 % des MDPH ayant répondu à cette question (soit 52 MDPH) n'ont pas utilisé le kit de présentation du Certificat médical proposé par la CNSA principalement du fait d'une méconnaissance de ce kit (35 répondants).

Les MDPH rencontrées confirment que la qualité de remplissage des certificats médicaux est très aléatoire selon les médecins. Ainsi, plusieurs MDPH déplorent un nombre important de certificats médicaux marqués « situation inchangée » depuis plusieurs années. Les évaluateurs soulignent la nécessité de bien lire le projet de vie en regard du Certificat Médical et de la déficience.

Des actions de communication, des échanges avec les médecins ont été mis en place par plusieurs MDPH :

- Rencontre avec le conseil de l'ordre (Creuse, Seine-Maritime) ou publication dans le bulletin du Conseil de l'ordre (Vosges, Haute-Vienne ⇒ en projet),
- Rencontre et encart dans le journal de l'URML (Ille et Vilaine)
- Diffusion du kit de la CNSA (Seine-Maritime, Haute-Vienne, Vosges, Ille et Vilaine)
- Intervention du médecin coordonnateur de l'EP sur les formations des étudiants en médecine générale, médecine du travail, AS et ergo (Haute-Vienne)

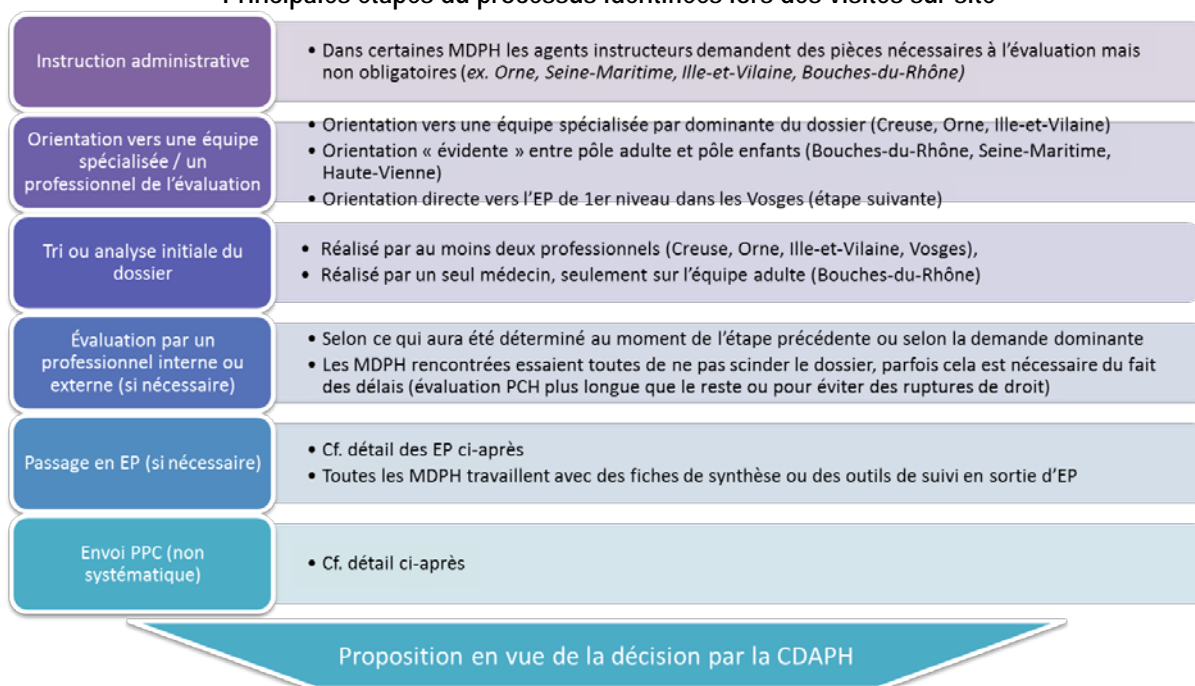
D'une façon générale, les MDPH ont la sensation qu'il s'agit d'un travail de proximité qu'il faut sans cesse renouveler et qui est parfois bien lourd pour peu de résultats d'autant plus que plusieurs professionnels ont exprimé le sentiment d'un manque de légitimité de la MDPH comme lieu d'évaluation. Il est donc également nécessaire de légitimer la place de la MDPH comme lieu d'évaluation et non comme un simple service administratif.



6. Etat des lieux des processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH

Si les modalités d'organisation des MDPH leur sont souvent propres, certaines étapes structurantes de l'instruction et de l'évaluation d'une demande se retrouvent. Nous avons distingué les principales étapes suivantes :

Principales étapes du processus identifiées lors des visites sur site



6.1 L'analyse du processus d'évaluation

6.1.1 La volonté de privilégier une approche globale des dossiers dans la phase d'analyse initiale

Les dossiers des usagers sont analysés de manière globale (analyse simultanée de l'ensemble des demandes d'une même personne) systématiquement par 60 % des MDPH ayant répondu (soit 49 répondants) et non systématiquement pour les autres MDPH (soit 32 répondants).

Quand l'analyse globale n'est pas réalisée de façon systématique, cela s'explique principalement :

- du fait de l'intervention de partenaires externes ou de la réalisation d'évaluations complémentaires qui impliquent un délai plus long pour certaines demandes (pour 78 % des MDPH ne réalisant pas l'analyse globale de façon systématique, soit 25 MDPH)
- du fait des délais différents pour certaines demandes ou de l'arrivée à échéance de certains droits qui impose un traitement différencié d'une partie du dossier (pour 69 % des MDPH ne réalisant pas l'analyse globale de façon systématique, soit 22 MDPH)
- du fait de l'organisation interne de la MDPH qui implique des circuits différents selon le type de demande (pour 63 % des MDPH ne réalisant pas l'analyse globale de façon systématique, soit 20 MDPH)



- du fait des compétences des professionnels qui ne permettent pas d'étudier l'ensemble des demandes (pour 53 % des MDPH ne réalisant pas l'analyse globale de façon systématique, soit 17 MDPH)

Pour 69 % des MDPH ne réalisant pas systématiquement d'analyse globale, (soit 18 des 26 répondants), les dossiers à dominante scolarisation font l'objet d'une analyse globale. Les autres types de situations faisant principalement l'objet d'une analyse globale de façon systématique sont :

- les dossiers à dominante « prestations » hors PCH (16 répondants)
- les dossiers à dominante « orientation en établissement » (16 répondants)

D'une manière générale, les MDPH rencontrées ont l'objectif de ne pas diviser le dossier et d'étudier l'ensemble des demandes d'un dossier, mais elles font le constat partagé que parfois les demandes autonomie (PCH) sont dissociées des demandes scolaires ou emploi du fait des délais d'évaluation plus importants.

6.1.2 L'existence d'un pré-tri / d'une pré-évaluation de plus en plus généralisée

Un temps de tri ou d'évaluation initiale permettant d'analyser le dossier en amont de la procédure et ainsi l'orienter vers un processus d'évaluation plus ou moins rapide et/ou approfondi a été mis en place dans 73 % des MDPH ayant répondu. Là aussi, les modalités de mise en place et d'identification de cette étape varient d'une MDPH à l'autre. Nous avons choisi l'appellation « pré tri » et indiqué ci-dessous les éléments les plus structurants de cette étape dans les MDPH ayant répondu au questionnaire et ayant été rencontrées.

Dans 75 % des cas, ce pré tri concerne les demandes enfants et adultes et dans 25 % des cas il ne concerne que les demandes adultes.

Dans la majorité des cas, le coordonnateur de l'EP participe au pré tri (42 MDPH sur 53). Le référent insertion professionnelle (30 répondants) et le correspondant scolarisation (22 répondants) participent également au pré tri. Les autres membres qui participent au pré tri sont principalement les médecins généralistes (26 répondants) et les travailleurs sociaux (17 répondants).

Le tableau ci-dessous reprend les principaux éléments caractérisant cette 1^{ère} étape d'évaluation au sein des MDPH rencontrées dans le cadre de l'enquête sur site.

Les caractéristiques du pré-tri au sein des MDPH rencontrées

Professionnels réalisant le pré tri	<ul style="list-style-type: none"> • A minima : un médecin + référent (scolaire ou insertion professionnelle) ou un AS / ergo / infirmière + médecin sur les dossiers à dominante PCH ou ESMS • Orne et Ille-et-Vilaine, éventuellement 2 personnes supplémentaires sur les dossiers enfants (TS ou ergo + psychologue) • Un médecin (ou infirmier) seul dans les Bouches-du-Rhône
Types de dossiers vus en pré tri	<ul style="list-style-type: none"> • Orne et Ille-et-Vilaine : Tout type de demandes (plus souvent chez l'adulte) sauf : <ul style="list-style-type: none"> • Cartes seules • Renouvellement à l'identique sur certaines demandes d'insertion pro - RTH, AAH sans autre demande, ORP • Ille et Vilaine : Renouvellement ESAT seul (car l'avis du médecin du travail suffit); déficience auditive (partenaire spécifique) • Creuse : tout type de demandes passent dans 3 PAO (phases d'analyse et d'orientation) : enfants, adultes pro, autonomie • Nièvre : existence d'une commission technique de base, uniquement pour les PCH avec demandes associées (éventuellement)
Résultats / Effets du pré tri	<ul style="list-style-type: none"> • Gain de temps (analyse simultanée de toutes les demandes du dossier) – réduction des délais : <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de préparer la proposition pour la CDA (rédaction du PPC + rédaction de la fiche de synthèse) – env. ¼ des 1^{ères} demandes adultes évaluées à ce stade en Ille-et-Vilaine • Regard sur l'éligibilité de la demande • Mandatement d'un évaluateur (interne ou externe) ou positionnement en EP • Identification des éventuelles pièces nécessaires à l'évaluation manquantes • Equité de traitement • Favorise la polyvalence des évaluateurs





Les pratiques en lien avec le pré-tri sont différentes selon les MDPH et selon les types de dossiers. Ainsi, en général, la quasi-totalité des dossiers sont vus en pré-tri, excepté les dossiers qui peuvent être vus par un professionnel seul (exemple : renouvellement à l'identique, carte seule...).

Les MDPH n'ayant pas mis en place ce pré tri indiquent souvent qu'elles souhaiteraient le faire, mais qu'elles reportent le projet notamment du fait du manque de médecins (elles s'interrogent notamment sur le fait qu'un infirmier puisse le faire) et de la difficulté à faire changer les pratiques.

Par ailleurs, les équipes enfants expriment souvent plus de difficultés à faire fonctionner ce pré tri, notamment du fait du nombre de volets différents présents dans les dossiers enfants (scolaire, psychologique, bilan de tel ou tel professionnel accompagnant l'enfant...) et du nombre de partenaires externes qui participent souvent aux EP enfants.

Les croisements effectués font apparaître que les délais de traitement des demandes (enfants et adultes) sont plus faibles au sein des MDPH qui ont mis en place un pré-tri (2,91 mois contre 3,32 mois pour les demandes enfants et 4,35 mois contre 4,42 mois pour les demandes adultes). Le gain de temps ressenti par les professionnels rencontrés est bien confirmé.

6.1.3 Une place centrale des partenaires dans la réalisation des évaluations

Des prestations d'évaluation sont externalisées / confiées à des agents du Conseil général non intégrés dans les effectifs de la MDPH dans 30 % des MDPH ayant répondu (soit 24 MDPH). Ces prestations d'évaluation sont externalisées / confiées à des partenaires extérieurs (hors du Conseil général) dans 78 % des MDPH ayant répondu (soit 62 MDPH), dont 71 % dans le cadre de conventions ou de partenariats qui formalisent ces accords.

Les évaluations réalisées par les partenaires extérieurs représentent 4,4 % du total des évaluations réalisées en 2012. Près des trois quarts de ces évaluations (73 %) sont réalisées sur le lieu de vie des personnes. La part des évaluations confiées à des partenaires extérieurs varie entre 0 et 51 %⁹.

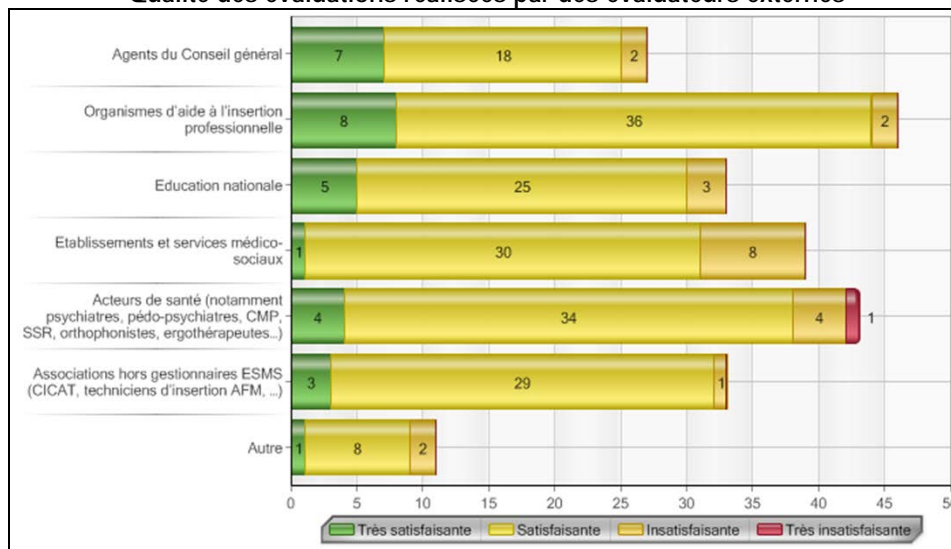
Les profils de ces partenaires extérieurs les plus fréquemment mentionnés par les répondants sont :

- les organismes d'aide à l'insertion professionnelle (41 répondants)
- les ESMS (37 répondants)
- les acteurs de santé (35 répondants)

La qualité des évaluations réalisées par des évaluateurs externes est majoritairement jugée satisfaisante pour l'ensemble des partenaires extérieurs.

⁹ Source : Synthèse rapports d'activités MDPH

Qualité des évaluations réalisées par des évaluateurs externes



Toutes les MDPH rencontrées ont développé **des relations privilégiées avec plusieurs partenaires** :

- Notamment avec les ESMS dans le cadre des renouvellements d'orientation, voire des partenariats dans le cadre de la réalisation d'évaluation / participation aux EP
- Des professionnels libéraux (notamment ergothérapeutes), ou du Conseil général (notamment travailleurs sociaux)
- Des établissements du secteur sanitaire, en particulier pour les demandes de personnes autistes ou avec des troubles psychiques
- Des acteurs locaux (ou régionaux voire nationaux) ayant des champs de compétence particuliers, notamment dans le domaine de l'insertion professionnelle / réalisant des types d'évaluation spécifiques

Dans l'ensemble, les professionnels se disent très satisfaits de ces collaborations lorsqu'elles sont établies et travaillées. Certains ont signé des protocoles de reconnaissance mutuelle des évaluations (exemple : la MDPH des Bouches du Rhône avec l'APF, l'AFM et un SAMSAH pour personnes traumatisées crâniennes).

En général, ces collaborations donnent lieu à l'utilisation **d'outils spécifiques partagés** – le plus souvent GEVA compatibles – venant directement alimenter la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire. Ces grilles d'évaluation sont souvent travaillées pour permettre d'avoir une vision synthétique mais rédigée (beaucoup de MDPH soulignent l'importance de ne pas demander uniquement des cases à cocher sans autres éléments). Elles permettent de faire ressortir les éléments de bilan, les évolutions constatées, la mise en évidence des nouveaux besoins ou encore d'argumenter les préconisations.

Les croisements réalisés font apparaître une absence de corrélation entre la part des dossiers évalués par des partenaires extérieurs et les délais de traitement (enfants et adultes), les taux d'accord ou encore les taux de recours.

6.1.4 Le recours à des expertises extérieures pour près de la moitié des MDPH

Plus de la moitié des MDPH (soit 43 MDPH) indiquent recourir à d'autres expertises extérieures pour réaliser les évaluations notamment les centres de ressource (32 répondants) ou encore les centres de référence maladies rares (12 répondants).

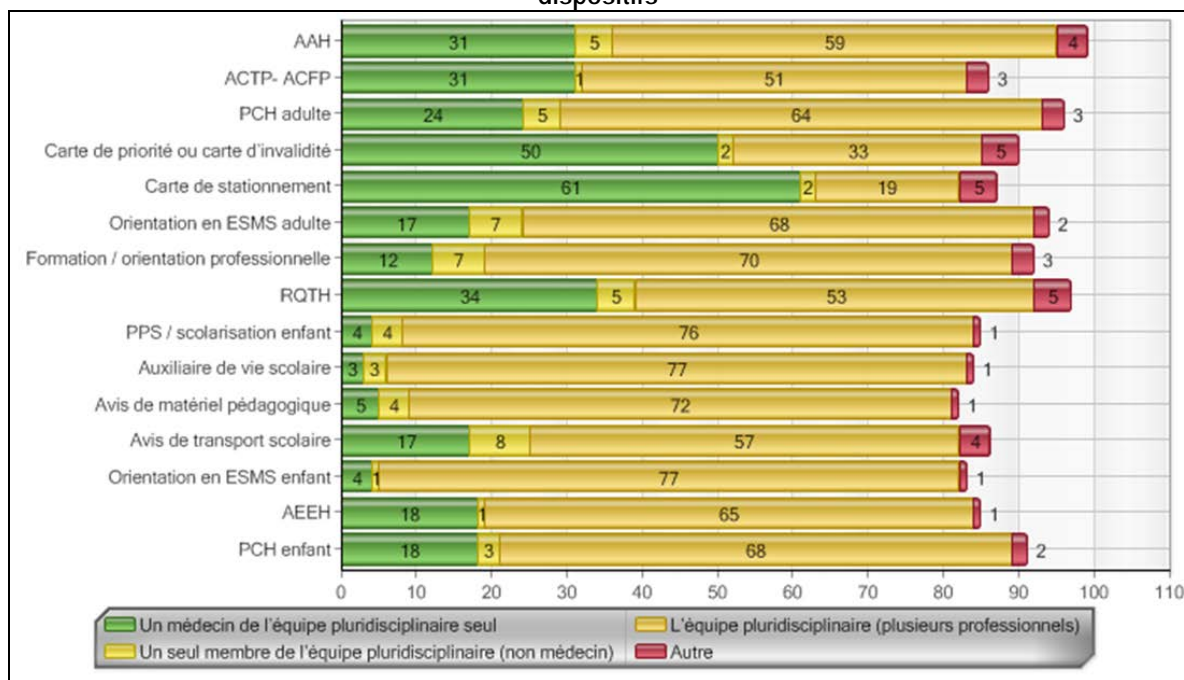
6.1.5 Des circuits d'évaluation très variables d'une MDPH à l'autre



Les évaluations sont réalisées en équipe (plus d'un membre de l'EP) pour près de la totalité des demandes dans 32 % des MDPH (soit 23 MDPH) et pour environ les trois quarts des demandes dans 26 % des MDPH (soit 19 MDPH).

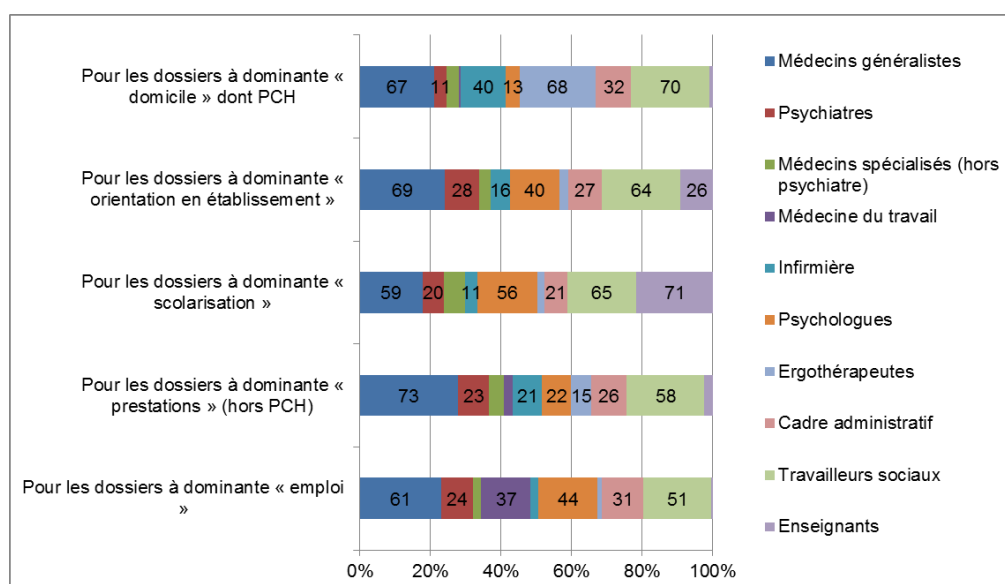
Ce sont majoritairement les équipes pluridisciplinaires qui sont chargées de vérifier l'éligibilité aux divers dispositifs (excepté pour les demandes de cartes majoritairement réalisées par un médecin).

Professionnels chargés de vérifier l'éligibilité aux divers dispositifs



Membres de l'EP habituellement en charge des différents types d'évaluations

Par ailleurs, si le binôme médecin- travailleur social se retrouve dans de nombreuses évaluations, celui-ci est loin d'être exclusif et surtout le type de professionnels mobilisés reste très variable quelle que soit la demande ou le projet de vie dominant de la personne.



Les circuits d'évaluation sont très variables d'une MDPH à l'autre et dépendent :

- Des compétences / spécialités des professionnels présents dans l'équipe d'évaluation (ou de leur



polyvalence)

- De leur quotité de temps de travail à la MDPH (exemple. des médecins avec de petites quotités de temps feront plutôt des évaluations de cartes sur dossier
- De la variété des partenariats / des évaluations réalisées par des partenaires

La plupart des MDPH rencontrées soulignent **l'intérêt de la pluridisciplinarité**. Plusieurs insistent sur le fait que la voix du médecin n'est pas prépondérante et que la situation est bien étudiée de façon partagée entre les professionnels. A certains endroits, cela a notamment nécessité un échange sur le secret professionnel / médical (notamment avec un juriste). Dans les Vosges, un agent instructeur participe aux équipes dans une logique de formation.

Il n'existe pas de règle absolue permettant d'identifier a priori un dossier qui passerait par **un circuit long ou court**.

Au sein des MDPH rencontrées, **les types de dossier qui nécessitent le plus souvent une vigilance particulière** sont les suivants :

- Les premières demandes, les changements entre enfant et adulte, les situations de jeunes en recherche d'insertion professionnelle, les sorties d'établissement, les personnes qui arrivent sur le département
- Toutes les personnes pour lesquelles il est envisagé de baisser leur évaluation / leur taux d'incapacité par rapport à leurs droits antérieurs

De même, il n'y a pas a priori de règle uniforme sur ce qu'est une **situation « complexe »**. La plupart du temps, ces situations correspondent à :

- Des situations individuelles qui vont révéler des problèmes d'articulation entre les différents dispositifs (enfants / adultes)
- Des situations de ruptures de parcours entre social, médico-social et sanitaire qui vont notamment venir souligner le manque de places et les difficultés d'entrée en établissement
- Beaucoup de situations individuelles de personnes avec troubles envahissants du développement ou ayant un handicap psychique

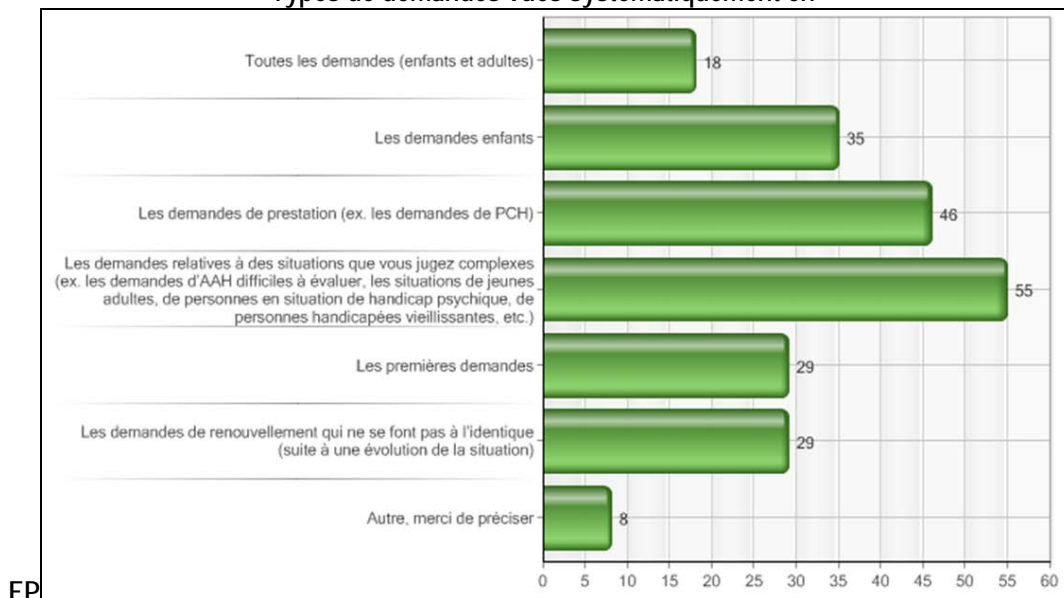
Plusieurs des MDPH rencontrées ont ainsi développé des partenariats particuliers avec le centre hospitalier, le centre ressource autisme de la région, les CMP, etc. pour des évaluations partagées.

6.1.6 Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires

Les types de demandes les plus fréquemment citées par les répondants comme étant **vues systématiquement en EP** sont les demandes relatives à des situations jugées complexes (55 répondants), les demandes de prestations (46 répondants) et les demandes enfants (35 répondants).



Types de demandes vues systématiquement en



La fréquence de mobilisation des principaux types d'équipes pluridisciplinaires

- Les équipes « insertion scolaire »

Malgré l'existence des cellules d'analyse initiale, la plupart des demandes enfants sont vues en équipe pluridisciplinaire (excepté les cartes seules et les renouvellements simples en général).

La place des partenaires est très importante. Ce sont eux qui présentent chacun leurs éléments, ce qui permet à l'animateur / au correspondant de scolarisation de faire la synthèse.

Ces réunions d'équipe durent souvent longtemps car les échanges sont nombreux autour des dossiers.

- Les équipes « insertion professionnelle »

La fréquence de mobilisation de ces équipes varie d'une MDPH à l'autre, mais la plupart du temps, les dossiers ne passent pas systématiquement en équipe.

Les règles d'inscription d'un dossier en équipe vont varier d'une MDPH à l'autre, même si d'une manière générale y sont traités les cas les plus complexes (transition / parcours, difficulté à évaluer les retentissements du handicap ...) ainsi que ceux sur lesquels l'avis / la connaissance des partenaires sera intéressante.

- Les équipes « autonomie » ou « vie quotidienne » (PCH et orientation ESMS)

Les dossiers vus dans ces EP sont en grande partie des dossiers a priori éligibles (c'est-à-dire en général, qui ont fait l'objet d'une visite à domicile).

D'une manière générale, les équipes pluridisciplinaires permettent le plus souvent de préparer les propositions qui seront adressées à la CDA en direct ou juste après.

Les modalités de fonctionnement des équipes qui nous ont été décrites sont souvent similaires :

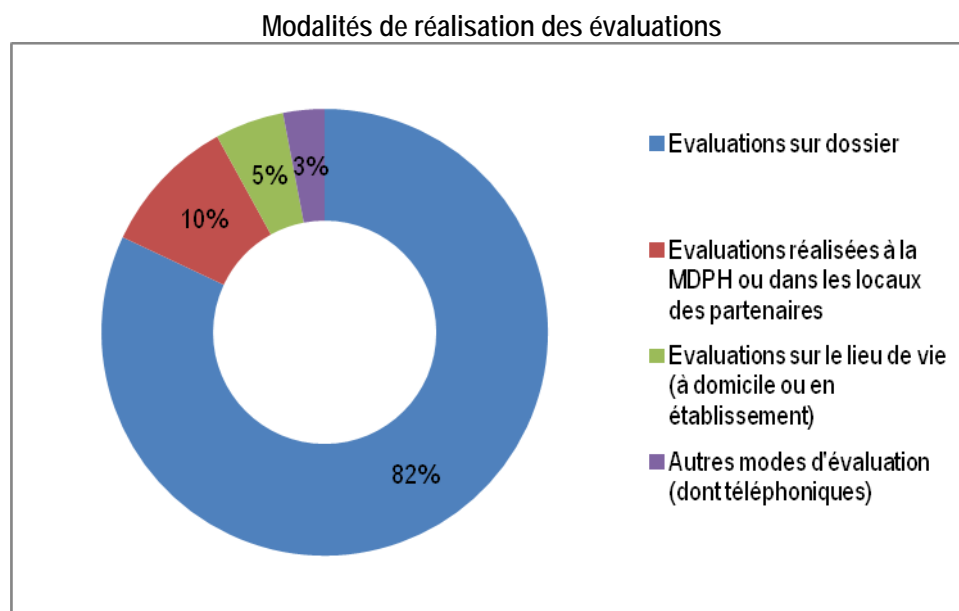
- Le référent / l'animateur de l'équipe présente la situation (historique, demande, projet de vie) et répartit les éléments du dossier à chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire selon sa spécialité (pour les équipes enfants) OU chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire est présent avec les éléments qu'il connaît du dossier.
- Ensuite l'équipe met en évidence le « processus de production du besoin de compensation du handicap, les problématiques rencontrées par la personne » – elle met cela au regard « de la déficience, de la demande et du projet de vie exprimé »
- L'équipe essaie ensuite de construire le « processus de rééducation du handicap (éducatif, thérapeutique...) »
 - o Elle s'interroge sur le fait de savoir si le droit commun peut déjà répondre à ces besoins ou non.



- Si non, elle formule des propositions de compensation du handicap selon les besoins de la personne qui ont été identifiés par les différents membres de l'équipe.
- L'équipe vérifie alors la cohérence de ces propositions avec ce qui a été demandé par la famille / la personne ainsi que par les équipes présentes autour de la personne (équipes scolaires, établissements ou services).
- Parfois, elle regarde aussi quel est le positionnement de la famille (soutien aux démarches de soin proposées ou opposition)
- Puis elle formule ses propositions et ses motivations sur une fiche de synthèse (aide à la préconisation) où elle indique aussi le taux d'incapacité.

6.1.7 Une grande majorité des évaluations réalisées sur dossier du fait des volumes de demandes à traiter

Les évaluations sur dossier représentent 82 % des évaluations réalisées par les MDPH¹⁰. 5 % des évaluations sont réalisées sur le lieu de vie de la personne (à domicile ou en établissement).



Les critères qui font que l'évaluation est réalisée sur le lieu de vie de la personne sont principalement le type de prestation (PCH enfants/adultes et ACTP) (74 répondants) et la complexité de la situation (44 répondants). 13 répondants citent également le critère des premières demandes et 2 répondants citent le critère des demandes de renouvellement.

Focus sur les différents modes d'évaluation¹¹

- Les visites médicales :

Dans la MDPH de l'Orne, lors d'une visite médicale, le médecin voit les antécédents, les plaintes de la personne et réalise un examen clinique de manière systématique. Une étude du volet médical et du volet professionnel est effectuée.

Dans la MDPH des Bouches du Rhône, la visite médicale¹² est un examen fonctionnel. L'entretien dure maximum 1 heure. Les tests éventuellement réalisés sont des tests de 1^{er} niveau qui sont ensuite étayés par ce que le médecin a pu observer en entretien et par ce qui figure dans le dossier médical (compte-rendu d'hospitalisation, radiologies...).

¹⁰ Source : Synthèse des rapports d'activité MDPH

¹¹ Cf. Tableau de présentation des recours aux différents modes d'évaluation en **annexe XXX**

¹² Visite médicale « générale » ou « travail » ou « PCH » (hors VM « psy » ou « ophtalmo »)



Au sein des MDPH où il y a des infirmiers et des médecins comme professionnels de santé se pose parfois le problème de savoir quelles sont les limites d'intervention médecin – infirmier.

Certains professionnels ont précisé qu'ils avaient une approche centrée beaucoup sur le retentissement du handicap - que la pathologie vient éclairer - car c'est surtout le retentissement qui doit permettre de définir le taux.

- Les entretiens avec un psychologue :

Dans la MDPH de l'Orne, la psychologue de l'EP enfant réalise souvent des entretiens qui associent les parents et l'enfant, et suivant l'âge de l'enfant, ce dernier peut être vu tout seul. Pendant l'entretien, elle peut utiliser quelques tests de bilans psychométriques et disposent souvent de bilans psychologiques déjà réalisés. Pendant l'entretien, elle prend des notes et des questionnaires peuvent être utilisés auprès des parents.

- Les VAD des ergothérapeutes

Les visites à domicile des ergothérapeutes prennent souvent la forme d'un entretien auquel s'ajoutent de l'observation et beaucoup de mises en situation.

Certaines MDPH rencontrées travaillent à structurer et à harmoniser les évaluations en constituant des trames et des outils d'évaluation communs à tous les évaluateurs pour tous les types d'entretien (entretien téléphonique, visite médicale...) (exemple : MDPH des Vosges et des Bouches-du-Rhône). De plus, les cellules d'analyse initiale doivent permettre, là où elles existent, d'indiquer à l'évaluateur ce qui est à interroger / creuser / analyser spécifiquement.

Les croisements effectués mettent en évidence que plus la part d'évaluations réalisées sur dossier est élevée, plus les délais de traitement des demandes enfants et adultes sont courts. Ce résultat est logique étant donné qu'une évaluation sur dossier nécessite beaucoup moins de temps qu'un entretien à la MDPH ou qu'une visite à domicile.

Par ailleurs, plus la part d'évaluations réalisées sur dossier est élevée, plus les taux de recours sont élevés. Ce résultat s'explique notamment par le fait que les personnes vont plus facilement formuler un recours lorsqu'elles n'ont pas été rencontrées au cours de l'évaluation.

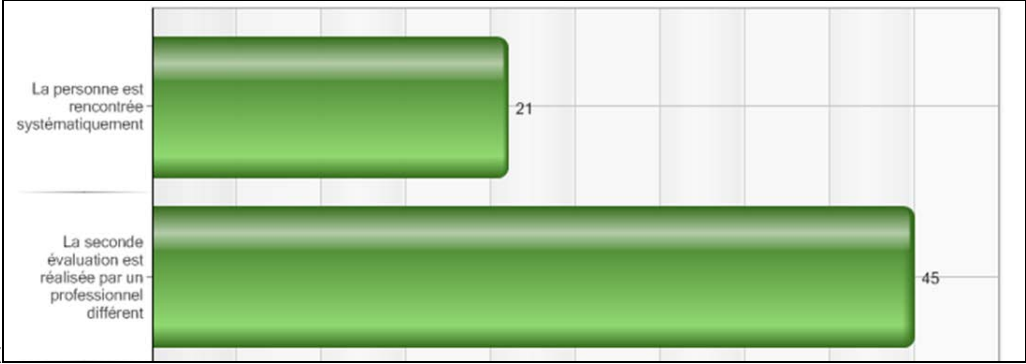
Enfin, plus la part d'évaluations réalisées sur dossier est élevée, plus les taux d'accord de l'AAE et de la PCH sont bas. Ces corrélations ne permettent pas de tirer de conclusion. Les éléments disponibles ne permettent pas d'identifier si ces résultats sont fortuits ou reflètent de réelles tendances.

6.1.8 Les modalités de réalisation de l'évaluation dans le cadre d'un recours gracieux : l'intervention d'un autre professionnel, voire une rencontre systématique

Dans le cadre d'un recours gracieux, la seconde évaluation est réalisée par un professionnel différent dans 55 % des MDPH.



Modalités de réalisation de la nouvelle évaluation dans le cadre d'un recours



gracieux



6.2 Les outils d'évaluation / d'aide à l'élaboration des réponses

6.2.1 Le GEVA : un outil utilisé par la majorité des MDPH mais souvent sous une forme adaptée

En 2012, la quasi-totalité des MDPH déclare utiliser le GEVA : plus de 4 sur 5 l'utilisent partiellement, près d'1 sur 5 l'utilise totalement. Parmi les MDPH qui en font un usage partiel, 9 % l'utilisent pour toutes les situations, 40 % pour certaines prestations, 22 % uniquement pour l'évaluation des prestations de compensation et 13 % au cas par cas¹³.

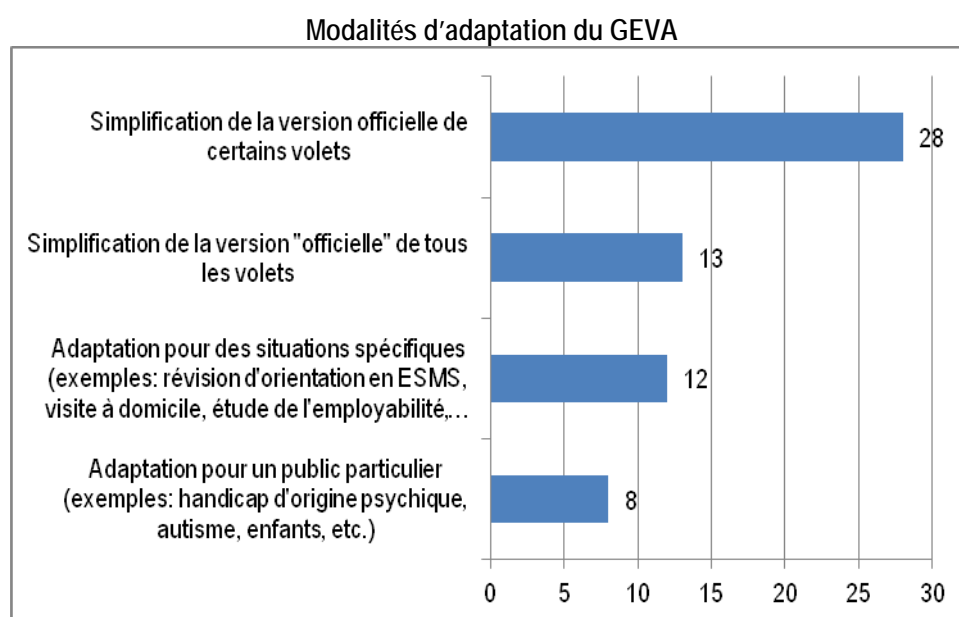
Le GEVA est utilisé par 69 MDPH et non utilisé par 5 MDPH¹⁴.

Les volets les plus utilisés sont :

- Le volet 6 : activités, capacités fonctionnelles (64 MDPH)
- Le volet 2 : habitat et cadre de vie (38 MDPH)
- Le volet 1 : familial, social et budgétaire (35 MDPH)
- Le volet 8 : synthèse (34 MDPH)

En moyenne, les MDPH utilisent près de 4 volets du GEVA.

57 MDPH ont réalisé des adaptations au GEVA dont 41 une simplification de la version.



D'une façon générale, le GEVA est utilisé comme trame de référence mais beaucoup de MDPH se le sont appropriés, en ont fait des versions simplifiées. Les évaluateurs se saisissent des parties qui leur semblent les plus pertinentes et utiles par rapport à la situation.

Plusieurs évaluateurs signalent des limites à l'utilisation de cet outil liées au temps nécessaire à son remplissage, à l'inadéquation systématique de toutes les rubriques et au côté parfois un peu limitant des cases à cocher (notamment pour les partenaires).

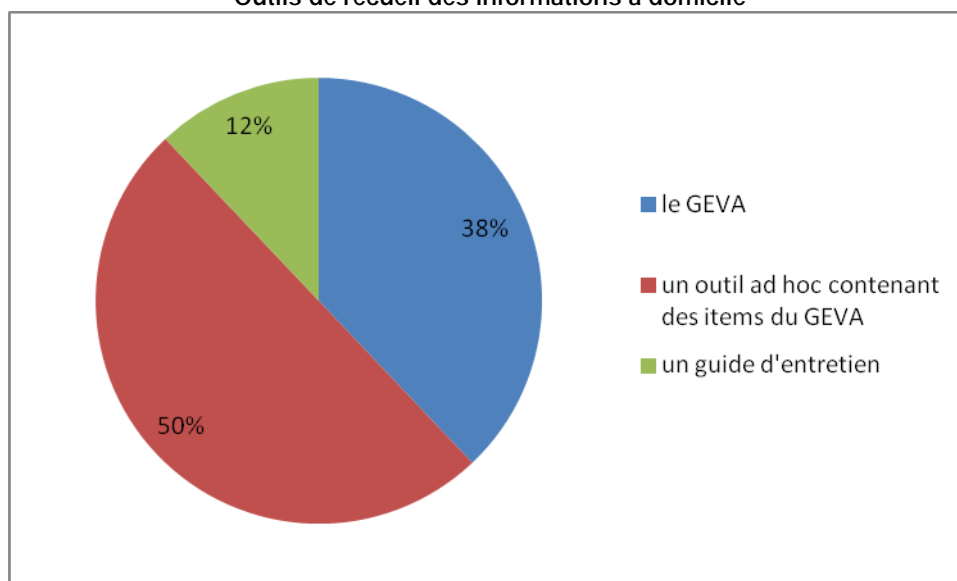
79 % des MDPH utilisent un outil pour recueillir les informations à domicile. Ces outils sont dans 50 % des cas un outil ad hoc contenant des items du GEVA.

¹³ Source : Synthèse des rapports d'activité MDPH

¹⁴ Source : questionnaire GEVA

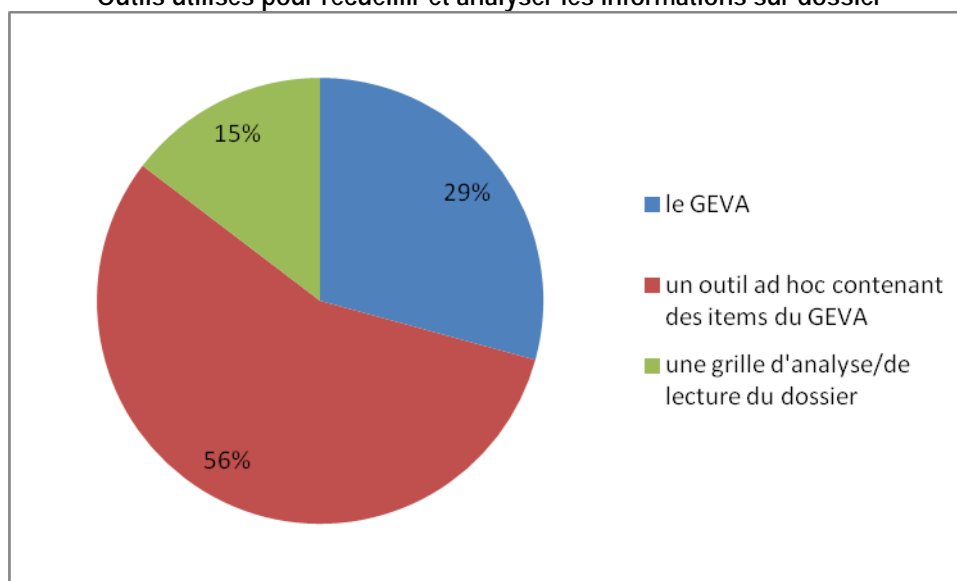


Outils de recueil des informations à domicile



65 % des MDPH utilisent un outil pour recueillir et analyser les informations sur dossier. A nouveau, dans la majorité des cas, l'outil utilisé est un outil ad hoc contenant des items du GEVA.

Outils utilisés pour recueillir et analyser les informations sur dossier



Focus sur les outils utilisés au sein des MDPH rencontrées

Dans la MDPH de la Creuse, le volet 8 du GEVA est utilisé dans le cadre de l'analyse initiale (pré-rempli par les agents instructeurs). Un questionnaire destiné aux usagers a été élaboré concernant le volet professionnel.

Dans la MDPH de l'Orne, le volet 4 du GEVA est utilisé par les médecins (ces derniers indiquent que cela leur demande beaucoup de temps). Les assistantes sociales utilisent le volet 6 du GEVA pour toutes les demandes et le volet 3b pour ce qui concerne l'insertion professionnelle. L'ergothérapeute utilise les volets 2, 6 et 8 du GEVA et des fiches qui sont remplies en entretien. La psychologue indique qu'elle n'utilise pas le GEVA (car elle le considère comme trop long et non adapté à la « description de la relation de l'usager avec ses pairs ou de son autonomie quotidienne »). D'une manière générale, les versions successives du GEVA ont été utilisées par les professionnels de l'évaluation (des anciennes versions ont été conservées pour certains volets). Un espace



libre a été ajouté au GEVA utilisé pour mettre en perspective les éléments recueillis.

Dans la MDPH des Vosges, le volet 6 du GEVA est utilisé pour la réalisation des visites à domicile dans le cadre de la PCH. Un outil spécifique a été développé sur la PCH enfant. Le GEVA est utilisé comme support à l'entretien médical mais il est considéré comme trop complet et trop long à remplir en entretien par les professionnels rencontrés. Finalement, en pratique, les médecins indiquent qu'ils ne l'utilisent pas mais qu'ils s'en inspirent. Par ailleurs, des trames d'entretien internes sont utilisées au sein de la MDPH.

Dans la MDPH de Seine-Maritime, un GEVA adapté est utilisé mais uniquement pour les demandes de PCH (certains volets ont été supprimés et à l'inverse certains ont été complétés). Le volet 6 est le volet principalement utilisé. Une grille GEVA 18-20 ans a été élaborée en particulier pour les personnes maintenues dans le cadre des amendements Cretons (cette grille est fortement inspirée du GEVA). Une grille d'évaluation de la déficience psychique a été élaborée et est en cours d'évaluation.

Dans la MDPH de la Nièvre, une feuille de synthèse propre à la PCH (intégrant une proposition de plan) a été créée. Le GEVA est rempli de manière plus ou moins complète en fonction des demandes. Un GEVA simplifié est utilisé par le pôle enfance.

En Ile-et-Vilaine, le volet 6 du GEVA est utilisé. Les outils pour les visites à domicile et les visites médicales ont été élaborés par les médecins du Conseil général. Il en est de même pour l'outil utilisé pour les visites médicales réalisées dans le cadre de l'insertion professionnelle. Ces outils correspondent à un GEVA simplifié.

Des adaptations du GEVA sont utilisées dans la MDPH des Bouches du Rhône. Une compilation du GEVA a été travaillée en interne pour les travailleurs sociaux. Un travail a été mené sur la définition de la notion de recueil, sur les informations nécessaires à l'EP et à la CDAPH ensuite.

Un point de vigilance a été exprimé par rapport aux outils d'évaluation. L'objectif des outils d'évaluation est bien de faire en sorte que l'évaluateur dispose des éléments pour faire une évaluation, mais sans aboutir directement à une conclusion. Or selon certaines personnes rencontrées, plus l'évaluation est approfondie, plus ce risque est important.

Lors des visites sur sites, plusieurs MDPH ont exprimé des craintes par rapport au GEVASCO :

- Dans un département, l'Education nationale refuse de d'utiliser cet outil qui est considéré comme trop lourd.
- Les enseignants non spécialisés sont parfois en difficulté pour utiliser cet outil.
- Dans plusieurs MDPH, le volet scolaire du GEVA est considéré comme peu efficace pour évaluer les compétences scolaires des enfants. Par exemple, les partenaires semblent exprimer des difficultés pour savoir s'ils doivent cocher A B C ou D selon l'âge de l'enfant ou selon ses compétences.
- Aussi, dans certains départements, la partie notation a été supprimée pour ne laisser que les commentaires afin de ne pas prendre le risque d'une mauvaise interprétation de l'évaluation des compétences scolaires transmise aux professionnels de la MDPH.

Les croisements effectués font apparaître que plus le nombre de volets GEVA utilisés est important, plus le taux de recours est élevé (toutes demandes confondues) et plus le taux d'accord de la PCH est élevé. Ces corrélations ne permettent pas de tirer de conclusion. Les éléments disponibles ne permettent pas d'identifier si ces résultats sont fortuits ou reflètent de réelles tendances.

6.2.2 L'utilisation généralisée de référentiels et d'outils d'aide à l'évaluation et à l'élaboration des réponses, souvent GEVA compatibles et travaillés avec les partenaires et les ressources locales

Des référentiels, des outils d'aide à l'élaboration des réponses sont utilisés par les personnes chargées de l'évaluation au sein de 98 % des MDPH ayant répondu (soit 80 MDPH).

Les outils d'éligibilité cités sont :

- L'arbre décisionnel RSDAE (69 répondants)

- Le guide PCH élaboré par la CNSA (8 répondants)
- Des outils internes à la MDPH (6 répondants)

Les types de demande pour lesquelles ces outils sont les plus utilisées sont :

- L'AAH (70 répondants)
- La PCH enfants et adultes (48 répondants)

Les outils et guides pratiques mentionnés et utilisés par les évaluateurs dans les MDPH rencontrées sont les mêmes que ceux mentionnés dans les réponses au questionnaire (le guide de la CNSA sur la PCH pour le volet aide humaine et aide technique, le guide d'éligibilité et l'arbre décisionnel RSDAE).

Parfois ont aussi été mentionnés le guide d'attribution d'aide à l'aménagement du logement, le référentiel des aides techniques, le forum questions / réponses existant pour les MDPH,...

Certaines MDPH (exemple : Seine-Maritime) ont travaillé sur un document d'harmonisation pour les équipes sur les allocations enfants (AEEH) avec la correspondance entre un taux posé et des éventuels frais liés par type de situation.

Par ailleurs, de nombreux **outils de liaison existent pour le recueil d'information auprès de différents partenaires** (en fonction des ressources et des partenariats locaux). Ainsi, on peut citer notamment dans les MDPH rencontrées :

- Fiche de parcours professionnel demandée systématiquement en amont pour les ORP/AAH (Haute-Vienne)
- Fiche de liaison autour de la déficience auditive, de l'épilepsie, des personnes cérébrolésées... (Ille-et-Vilaine)
- Fiche de liaison téléphonique sur ORP dans les Bouches du Rhône (support unique)
- A titre expérimental dans les Bouches-du-Rhône :
 - o Pour les personnes « dys » : mise en place de nouveaux outils d'évaluation avec les CMPP, les hôpitaux, les réseaux DYS 13 pour travailler à l'harmonisation des documents sur ce type de handicap
 - o Pour les personnes diabétiques : fiche sur le diabète travaillée avec les acteurs de terrain, car souvent les équipes constatent un manque d'informations (sur l'autonomie de l'enfant, etc.) et sur les répercussions sur la vie de l'enfant...
 - o Pour l'asthme, la drépanocytose et l'épilepsie, il existe des formulaires types à remplir par le médecin généraliste

La plupart de ces outils a été travaillée de sorte à être « GEVA compatible » et donc à apporter des éléments qui puissent s'intégrer directement dans le GEVA, même si ces liens ne se font pas de façon automatique, informatisée à ce jour (cf. ci-après).

D'une façon générale, les évaluateurs indiquent manquer d'outils pour :

- Les difficultés d'apprentissage sur l'enfance
- Les personnes autistes si elles ne sont pas diagnostiquées (le délai pour disposer d'un diagnostic auprès de certains CRA est supérieur à 18 mois).
- Les personnes handicapées vieillissantes
- Les jeunes / les personnes en situation de transition
- Les personnes ayant des déficiences psychiques
- Les personnes traumatisées crâniennes
- Dans certaines MDPH, les personnes ayant des déficiences sensorielles

On retrouve donc bien ici à la fois les types de déficience qui posent le plus de difficulté aux équipes d'évaluation (cf. supra), ainsi que des situations de vie qui se situent souvent à la frontière entre plusieurs dispositifs ou tranches d'âge et qui posent des problèmes de continuité de parcours.

Enfin, certains ont regretté la disparition des dispositifs permettant d'évaluer l'employabilité des personnes (exemple : appui projet) en considérant que l'arbre de décision aide à la réflexion mais ne permet pas d'avoir les éléments d'évaluation.



6.3 L'élaboration de la réponse

6.3.1 L'élaboration de la réponse structurée par des fiches de synthèse¹⁵

La phase d'élaboration des réponses se structure majoritairement autour de fiches de synthèse qui servent de lien avec l'équipe d'instructeurs au niveau administratif ainsi qu'en général pour la présentation en CDAPH.

La fiche de synthèse permet d'amener le professionnel à dégager les besoins de la personne. La réalisation de cette synthèse peut se faire à l'issue de l'équipe pluridisciplinaire si le dossier était vu en équipe ou par l'évaluateur seul, au travers de la fiche de synthèse.

Cette fiche permet aussi d'avoir une traçabilité de la réflexion de l'équipe d'évaluation (notamment dans une logique d'anticipation dans le cas recours ou en cas de désaccord avec l'utilisateur ou sa famille).

L'équipe (ou l'évaluateur) vérifie avoir bien répondu à toutes les questions / à toutes les demandes et le plus souvent, l'équipe (ou les instructeurs administratifs par la suite) vérifie aussi que les dates aient bien été alignées.

En général, un cadre retranscrit les propositions avec la motivation de ces propositions. Certaines MDPH ont développé (ou développent actuellement) des codes de motivation correspondant parfois aux codes du système d'information utilisé.

Le dossier est ensuite retransmis à l'instructeur qui prépare les propositions pour la CDA et, parfois, un PPC à transmettre à l'utilisateur.

6.3.2 Des PPC rédigés systématiquement pour certains types de demande, en particulier la PCH

Des PPC sont rédigés systématiquement pour certains types de demande (en particulier la PCH : 65 MDPH puis les PPS : 24 MDPH), toutes les demandes pour lesquelles il y a un désaccord entre la demande et la proposition (23 MDPH).

La proposition de PPC est transmise à l'utilisateur systématiquement dans 58 MDPH.

6.3.3 Une influence de l'offre locale sur la formulation des propositions qui demeure un facteur non négligeable

L'équipe pluridisciplinaire propose à l'utilisateur une prestation ou une orientation qu'il n'avait pas demandée dans le formulaire de demande aussi souvent que cela paraît pertinent pour 71 % des répondants, de temps en temps pour 20 % des répondants et à titre exceptionnel ou jamais pour 9 % des répondants.

38 % des répondants indiquent que la proposition de l'EP en matière d'orientation est systématiquement ou fréquemment influencée par l'offre locale (soit 30 MDPH).

Il s'agit là d'une véritable difficulté d'analyse et de mise en relation de l'offre avec les besoins que les professionnels ont également soulignée lors des rencontres sur site.

Les propositions formulées par l'EP sont rarement ou pas du tout influencées par les décisions habituelles de la CDAPH pour 76 % des répondants (soit 60 MDPH).

D'une manière générale, les personnes rencontrées ont confirmé que la CDAPH n'avait pas d'impact sur leur évaluation.

¹⁵ Cf. exemples de fiche de synthèse en annexe XXX



6.3.4 Un travail autour de l'harmonisation des propositions et des prises de décision à renforcer

Un temps d'harmonisation ou de passage en revue commun des propositions de l'équipe pluridisciplinaire du dossier d'un usager avant passage en CDAPH existe pour certains types de demande ou certaines situations dans 55 % des MDPH et pour tous les types de demandes ou situations dans 9 % des MDPH.

23 MDPH précisent que le choix des types de dossiers vus se fait notamment en fonction de la complexité du dossier. Pour 16 MDPH, ce choix se fait en fonction du type de demande.

Une **capitalisation de la doctrine locale / un suivi de la jurisprudence locale** issue des décisions de la CDAPH existe dans **seulement 10 MDPH**.

Des cahiers de jurisprudence et des réunions de partage spécifiques ont été mis en place dans plusieurs MDPH et là où cela n'existe pas, cela est ressenti comme un manque / un outil à développer. Il est précisé que ces outils sont importants notamment pour harmoniser les prises de décision et assurer une équité de traitement.

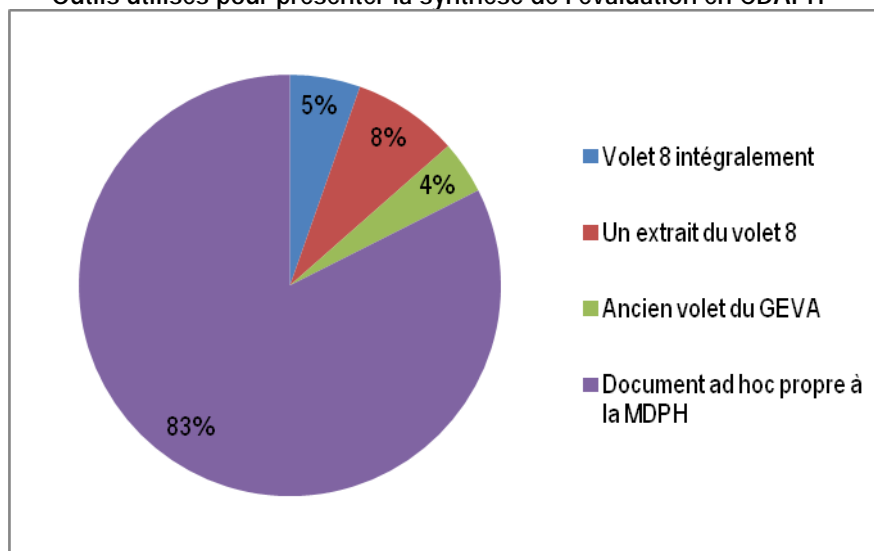
6.3.5 Des modalités hétérogènes de présentation des dossiers en CDAPH

Les coordonnateurs et les référents (insertion professionnelle et scolarisation) sont les principales personnes chargées de présenter les dossiers en CDAPH. Ainsi, 55 MDPH mentionnent le coordonnateur de l'EP, 37 MDPH citent le correspondant de scolarisation et 29 citent le référent insertion professionnelle.

Parmi les autres membres de l'EP sont notamment mentionnés les médecins généralistes (29 MDPH) et les chefs de service (28 MDPH).

Les outils utilisés pour présenter la synthèse de l'évaluation en CDAPH sont majoritairement des outils ad hoc propres à la MDPH. Ces outils ad hoc reprennent la plupart du temps les points saillants de l'évaluation, les besoins repérés et les préconisations de l'EP (cf. fiche de synthèse mentionnée § 5.6.1).

Outils utilisés pour présenter la synthèse de l'évaluation en CDAPH¹⁶



Les visites sur sites ont permis d'identifier **des fonctionnements très hétérogènes entre les CDAPH** (anonymat ou non, présentation sur liste ou non, restreinte ou plénière...), toutefois quelques tendances ont pu être identifiées :

- La plupart des MDPH cherchent à maximiser le temps médical sur l'évaluation, les médecins sont donc de moins en moins présents en CDA.

¹⁶ Source : Questionnaire GEVA



- Les MDPH mettent en place des présentations harmonisées via une fiche de synthèse / de présentation commune à un pôle / une équipe, voire à toute la MDPH en CDAPH.

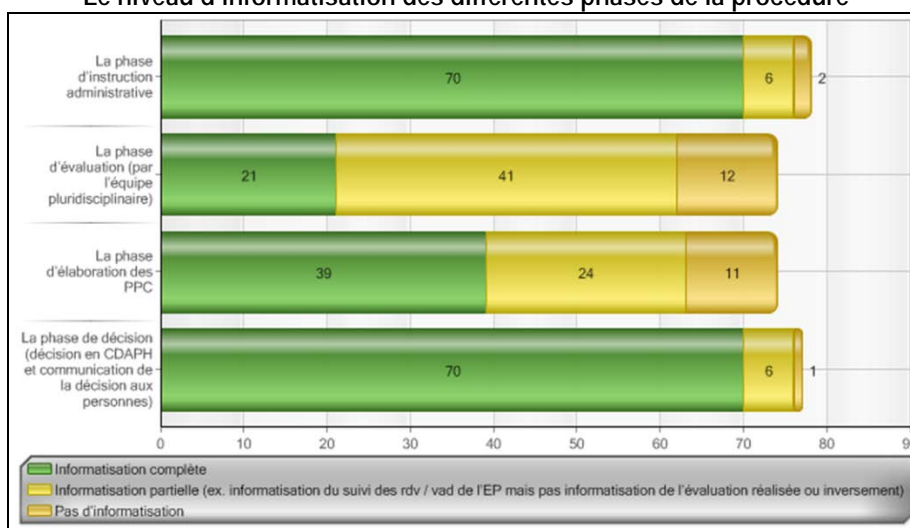
Focus :

Dans la MDPH des Bouches-du-Rhône, les dossiers présentés sont choisis en amont par l'EP, anonymisés, à partir d'une fiche de synthèse (inspirée du GEVA simplifié), présentée à deux voix (le médecin et l'administratif). Les membres de la CDA peuvent choisir certains dossiers sur la liste à leur présenter (les professionnels chargés de présenter les dossiers sont informés en amont de la CDAPH du choix des dossiers).

6.4 L'informatisation de la phase d'évaluation encore peu aboutie

70 MDPH (sur 79) ont mis en place un processus général d'informatisation des dossiers. La phase d'instruction administrative et la phase de décision sont complètement informatisées pour 70 MDPH. En revanche, la phase d'évaluation est complètement informatisée pour seulement 21 MDPH.

Le niveau d'informatisation des différentes phases de la procédure



Une partie ou l'ensemble des dossiers sont numérisés pour 50 MDPH. La numérisation des dossiers est en projet pour 23 MDPH.

Le système d'information de 23 MDPH intègre des nomenclatures du GEVA. Cette intégration est en projet pour 34 MDPH.

La proposition de PPC est générée automatiquement suite à la rédaction par le (ou les) membre(s) de l'EP dans 44 MDPH.

Les équipes d'évaluation rencontrées ne ressentent pas d'impact de l'informatisation sur la qualité de leur évaluation, en revanche, **certaines évolutions récentes peuvent avoir des impacts sur leurs pratiques.**

- En particulier **la numérisation** (en place ou en cours de déploiement sur quelques MDPH rencontrées) qui impose de tout étudier sur écran, voire de saisir des informations directement sur l'outil.
- Ces évolutions de pratique sont parfois douloureuses pour certains professionnels qui estiment aussi passer plus de temps à chercher des dossiers sur écran que sur papier.
- L'informatisation et la numérisation nécessitent le plus souvent un échange sur le **secret professionnel partagé**. Par exemple, en Ile-et-Vilaine, une charte sur le secret professionnel a été construite et il est prévu la mise en place d'un comité d'éthique pour garantir la traçabilité de consultation des pièces médicales et la communication des documents aux familles.
- Pour d'autres, cela est vécu comme **un gain de temps important** : notamment quand les propositions formulées par l'équipe viennent directement alimenter le PPC et les propositions en CDA ou quand une



partie des évaluations est réalisée sur d'autres sites (évite la manipulation, le transport et le stockage de dossiers)

- La numérisation permet également de **visualiser le nombre de dossiers en attente et facilite la gestion des flux et la régulation des équipes** (tableaux de bord).

Pour le moment, aucune des MDPH rencontrées ne travaille « activement » de façon dématérialisée avec ses partenaires. Par exemple, en Seine-Maritime une plateforme sécurisée est mise en place, mais pas opérationnelle à ce jour (les partenaires envoient seulement des informations par voie électronique mais celles-ci ne s'insèrent pas automatiquement dans l'outil) ; un extranet est aussi prévu sur les listes d'attente et places disponibles.

Certaines MDPH ont initié un travail sur l'informatisation du GEVA, mais celui-ci est rarement saisi dans l'outil informatique, du fait de sa lourdeur notamment.

Il est précisé que l'informatisation du processus d'évaluation favorise l'historisation des étapes d'évaluation et donc la traçabilité du dossier et, idéalement, de la réflexion des équipes.

6.5 La place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation et d'élaboration des réponses

6.5.1 Une aide fréquemment apportée à l'utilisateur au moment de l'élaboration du dossier

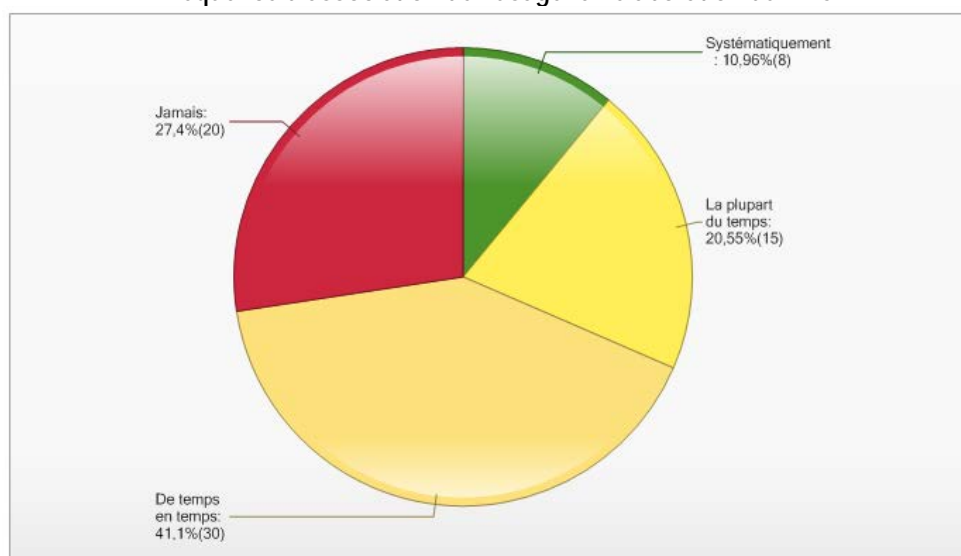
59 MDPH ont mis en place **une aide à la formulation du projet de vie**. Ces permanences sont principalement assurées par des travailleurs sociaux (45 MDPH) et du personnel administratif (37 MDPH).

67 MDPH ont mis en place **une aide au remplissage de la demande**. Ces permanences sont principalement assurées par du personnel administratif (60 MDPH) et des travailleurs sociaux (36 MDPH).

6.5.2 Un utilisateur qui est associé de façon irrégulière dans la phase d'évaluation et d'élaboration du PPC

L'utilisateur est associé systématiquement ou la plupart du temps à l'élaboration du PPC dans 23 MDPH ayant répondu. Il est associé de temps en temps dans 30 MDPH.

Fréquence d'association de l'utilisateur à l'élaboration du PPC



L'association de l'utilisateur à l'élaboration du PPC correspond majoritairement à un contact téléphonique de l'utilisateur par la personne chargée de la rédaction du PPC (39 MDPH) ou par un rendez-vous physique avec la personne chargée de la rédaction du PPC au domicile de l'utilisateur (33 MDPH).

Dans certaines MDPH rencontrées, l'utilisateur peut être vu en entretien, lors d'une visite médicale, lors d'une visite à domicile ou encore lors de la réunion de l'EP. Toutefois, ces pratiques restent très variables d'une MDPH à l'autre.

Dans l'ensemble, les familles d'enfant en situation de handicap sont souvent rencontrées (directement par quelqu'un de la MDPH ou par un partenaire qui sera présent dans les équipes d'évaluation) ou contactées par téléphone.

De plus en plus de MDPH développent les entretiens téléphoniques pour les personnes en situation d'insertion professionnelle (s'il n'y a pas de visite médicale, de visite à domicile ou d'entretien à la MDPH).

La plupart des demandeurs de PCH sont rencontrés à leur domicile.

6.5.3 Des usagers qui ne sont pas toujours informés de la date du passage de leur dossier à la CDAPH et qui sont peu présents

Les usagers sont rarement ou jamais informés de la date du passage de leur dossier en CDAPH dans la majorité des MDPH (soit 44 MDPH).

Pour les MDPH qui n'informent pas systématiquement les usagers, les critères sur lesquels l'utilisateur est informé sont notamment lorsqu'un PPC a été envoyé (24 MDPH) ou pour certains types de demandes (ex : PCH, ACTP...) (21 MDPH).

Dans la pratique, l'utilisateur est systématiquement informé de son droit à assister à la CDAPH dans 34 MDPH. Il est informé la plupart du temps dans 17 MDPH et rarement ou jamais dans 28 MDPH.

Pour les MDPH qui n'informent pas systématiquement les usagers, les critères sur lesquels l'utilisateur est informé sont toutes les demandes « complexes » (19 MDPH), toutes les demandes pour lesquelles il y a désaccord entre la demande formulée par l'utilisateur ou sa famille et la proposition de plan réalisé par l'EP (17 MDPH) et pour certains types de demandes (PCH) (16 MDPH).

L'organisation de la CDAPH pour entendre l'utilisateur est majoritairement en plénière (58 MDPH). Elle peut également être organisée en CDAPH restreinte (28 MDPH) ou réunir uniquement quelques membres de la CDAPH (13 MDPH).

Le nombre d'utilisateurs qui se sont effectivement présentés en CDAPH en 2012 varie de 2 à 1200, soit en moyenne 5,83 personnes pour 1000 demandes, variant de 0,06 ‰ à 39 ‰ sur l'ensemble des MDPH ayant répondu au questionnaire.

Les pratiques sont à nouveau très variables en ce qui concerne la présence des usagers en CDAPH. Les professionnels ont l'impression que les usagers obtiennent plus souvent ce qu'ils demandent s'ils viennent en CDAPH, mais dans l'ensemble les professionnels indiquent être suivis par la CDAPH dans leurs propositions dans une très large majorité des cas.

7. Synthèse des enseignements clés, bonnes pratiques repérées et recommandations

A partir des éléments analysés dans le cadre de l'étude quantitative et qualitative, un certain nombre de « bonnes pratiques » ou de pratiques signalées comme intéressantes ont été identifiées.

Etant donné l'hétérogénéité des pratiques et des organisations des MDPH, **les recommandations figurant ci-après relèvent de bonnes pratiques à déployer, à adapter selon les possibilités et le contexte d'exercice des MDPH.**

Certaines des recommandations figurant ci-après sont donc déjà en place dans certaines MDPH : il s'agit avant tout de faire ainsi connaître et de modéliser certaines pratiques qui ont fait leur preuve dans certaines MDPH.

Mise en perspective des résultats et des recommandations issus de la présente étude avec les autres travaux en cours

Par ailleurs, la présente étude s'inscrit dans un contexte en mouvement. Beaucoup d'initiatives et de projets sont suivis ou portés par la CNSA auprès des MDPH (ex. projet IMPACT, étude sur l'employabilité, travaux réguliers des groupes métier...) en parallèle de cette étude et des rapports viennent régulièrement alimenter la réflexion sur l'organisation et les missions des MDPH (ex. rapport Piveteau publié en juin 2014). Là aussi, les recommandations du présent rapport peuvent venir compléter certaines de ces études et/ou être déjà approfondies dans le cadre de ces démarches.

* *
*

Pour faciliter la lecture et l'analyse de ces recommandations, chacune d'entre elles est précédée d'un chapeau introductif rappelant les constats clés et les problématiques auxquelles il s'agit de répondre par la recommandation en question. Puis sont détaillés les objectifs de la recommandation, son contenu et d'éventuels points de vigilance ou observations formulées par les membres du comité de pilotage ou les personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête qualitative.



7.1 Généraliser l'organisation de circuits d'évaluation par demande dominante tout en préservant l'analyse globale

Constats :

- 60% des MDPH ayant répondu au questionnaire réalisent systématiquement une analyse globale des demandes d'une personne (analyse simultanée de l'ensemble des demandes de la personne).
- D'une manière générale, les MDPH rencontrées ont l'objectif de ne pas diviser le dossier et d'étudier l'ensemble des demandes présentes dans un dossier, mais elles font le constat partagé que parfois les demandes autonomie (PCH) sont dissociées des demandes scolaires ou emploi du fait des délais plus importants pour la réalisation de l'évaluation de ces situations.

Objectifs de la recommandation :

- Favoriser, dans l'esprit de la loi du 11 février 2005, l'analyse globale des demandes d'un usager pour permettre l'étude de sa situation dans sa globalité et non une étude des champs les uns après les autres (scolaire, professionnel, autonomie ...).

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Organiser les circuits d'évaluation par dominante du projet de vie de l'utilisateur :
 - o Structurer l'équipe d'évaluation autour de ces dominantes, qui sont le plus souvent :
 - Une dominante autour de la scolarité (avec l'ensemble des demandes liées au parcours scolaire d'un enfant) ;
 - Une dominante autour de l'insertion professionnelle (avec l'ensemble des demandes liées à l'orientation et à l'insertion professionnelle) ;
 - Une dominante autour des orientations vers des établissements et services médico-sociaux (notamment pour les personnes qui ne sont pas en mesure de suivre une scolarité en milieu ordinaire ou de travailler en milieu ordinaire) ;
 - Une dominante autour de la vie à domicile (PCH, allocations et cartes notamment)¹⁷.
 - o Etudier l'ensemble des demandes au sein de l'équipe de professionnels intervenant sur la dominante concernée afin de préserver l'analyse globale de la situation et de ne pas diviser le dossier de l'utilisateur
 - Ce qui veut dire de ne pas séparer les demandes de cartes par exemple afin de n'ouvrir le dossier qu'une seule fois
 - Ce qui nécessite un temps de formation et d'échanges de pratiques entre les professionnels qui interviennent plutôt sur les thématiques scolarité et insertion professionnelle et ceux qui interviennent plutôt sur la vie à domicile (PCH notamment)

Points de vigilance ou observations formulées :

- De nombreuses MDPH ont mis en place un circuit spécifique pour l'évaluation des Cartes européennes de stationnement du fait du délai de 2 mois pour évaluer les CES au lieu de 4 mois pour les autres demandes relevant de la MDPH.
- Notre préconisation est de ne pas créer de circuit spécifique pour les dossiers qui contiennent d'autres demandes que la seule demande de carte (CES, CI ou CP) car cela vient alourdir l'ensemble du circuit d'évaluation et d'instruction de la demande au détriment d'utilisateurs qui sont en attente d'une allocation ou d'une orientation en ESMS.

¹⁷ NB : les deux dernières dominantes pourraient être regroupées dans une dominante « vie quotidienne ».



- Par contre un circuit « court » peut être envisagé pour les demandes de cartes seules qui relèvent essentiellement de l'étude par un professionnel de santé, sous certaines conditions (cf. ci-dessous sur les circuits d'évaluation).



7.2 Au sein de chaque MDPH, travailler sur une liste des pièces nécessaires à l'évaluation mais non obligatoires, afin de favoriser la complétude des dossiers le plus en amont possible

Constats :

- Les MDPH ayant travaillé sur cette liste des pièces nécessaires à l'évaluation en complément des pièces obligatoires (au niveau réglementaire) expriment une satisfaction sur la complétude des éléments permettant d'instruire les dossiers et constatent un gain de temps dans le traitement.
- Plus les dossiers sont complets, c'est-à-dire étayés, du point de vue de l'évaluation, plus les équipes pluridisciplinaires éprouvent de la facilité à réaliser leur évaluation.

Objectifs de la recommandation :

- Travailler et communiquer sur les pièces complémentaires nécessaires à l'évaluation, les demander le plus en amont possible afin de réduire les délais d'instruction et d'évaluation.
- Améliorer la complétude des dossiers lors de leur traitement par l'équipe d'évaluation

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

1. Organiser une réunion de travail entre professionnels de l'évaluation pour identifier les documents nécessaires à l'évaluation mais non obligatoires par grand type de demande :
 - o Ex. pour les demandes d'orientation professionnelle ou de RQTH, besoin d'un CV, d'un justificatif d'emploi, d'un justificatif de temps partiel... selon les cas)
 - o Ex. pour les demandes de renouvellement d'orientation vers un établissement ou un service, besoin du rapport ou du bilan de l'accompagnement réalisé sur la période précédente
 - o Etc.
2. Accompagner les équipes d'accueil et d'instruction dans l'analyse de la complétude de la demande afin de vérifier à la fois la présence des pièces obligatoires mais aussi la présence de ces éléments complémentaires, nécessaires à l'évaluation.
3. Evaluer et ajuster régulièrement cette liste, en fonction des outils et supports d'évaluation adaptés au niveau local à partir d'outils travaillés sur un plan national.

Points de vigilance ou observations formulées :

- Nécessité de rédiger un courrier d'accusé réception du dossier, distinguant les pièces obligatoires (du point de vue réglementaire), d'une part, et les pièces complémentaires nécessaires à l'évaluation, d'autre part.
- Recommandation à réévaluer au regard des résultats des expérimentations menées dans le cadre du projet IMPACT qui envisagent notamment la réalisation d'une liste des pièces complémentaires nécessaires à l'évaluation par grand type de demande dominante.



7.3 Généraliser la mise en place de cellules de pré évaluation des dossiers et harmoniser leur fonctionnement

Constats :

- Un temps de tri ou d'évaluation initiale afin d'analyser le dossier en amont de la procédure et ainsi l'orienter vers un processus d'évaluation plus ou moins rapide et/ou approfondi a été mis en place dans 73 % des MDPH ayant répondu.
- Les modalités de mise en place et d'identification de cette étape varient d'une MDPH à l'autre (dénominations différentes : pré tri, pré évaluation, cellule d'analyse initiale...).
- Dans 75 % des cas, ce pré tri concerne les demandes enfants et adultes et dans 25 % des cas il ne concerne que les demandes adultes.
- Une réduction des délais de traitement est ressentie par les MDPH rencontrées dans le cadre de l'analyse qualitative et confirmée par le questionnaire : 2,91 mois contre 3,32 mois pour les MDPH n'ayant pas de cellule de pré évaluation sur les demandes enfants et 4,35 mois contre 4,42 mois pour les MDPH n'ayant pas de cellule de pré évaluation sur les demandes adultes

Les MDPH rencontrées et ayant mis en place cette pré évaluation constatent des effets positifs notables :

- Un gain de temps (car ces cellules favorisent l'analyse simultanée de toutes les demandes du dossier) ;
- Une plus grande équité de traitement par un meilleur échange de pratiques et par l'aspect systématique de cette étape ;
- Une plus grande polyvalence des évaluateurs (lorsque ceux-ci tournent sur les cellules de pré évaluation).

Objectifs de la recommandation :

- Harmoniser les circuits d'évaluation
- Favoriser la polyvalence des évaluateurs
- Réduire les délais d'évaluation en distinguant différents circuits d'évaluation (simple ou approfondie)

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

Harmoniser le déploiement des cellules de pré évaluation autour des principes suivants :

- Nombre et type de professionnels concernés :
 - o A minima deux personnes travaillant en binôme, professionnel de santé / professionnel du domaine social ou socio-professionnel ou scolaire (si possible en même temps, lors de réunions communes)
 - o En organisant une rotation entre les différents membres de l'EP afin que tous les professionnels puissent participer à ces séances de pré évaluation
- Types de dossiers concernés :
 - o Tous les dossiers complets et recevables d'un point de vue administratif (dans le cadre d'une analyse globale de l'ensemble des demandes d'un même dossier), et si possible complété avec les pièces nécessaires à l'évaluation (cf. supra)
 - Sauf éventuellement des dossiers ne présentant qu'une demande de cartes seule ou un renouvellement « évident » (stabilité du projet et de la situation de la personne, accord de l'établissement ou du service concerné et de l'usager) qui peuvent être étudiés via un circuit court et spécifique (étude par un professionnel seul)¹⁸.

¹⁸ A noter : ces circuits courts sont une pratique repérée dans plusieurs MDPH qui nous semble correspondre à la réalité du traitement en masse réalisé dans de nombreuses MDPH et correspondant au volume de demandes reçues. Dans l'idéal, le



- Positionnement dans le circuit d'instruction de la demande :
 - o La pré évaluation (aussi appelée analyse initiale) constitue la première étape de l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire qu'elle se situe juste après l'instruction administrative¹⁹ et juste avant les différentes modalités d'évaluation plus approfondie de la situation de l'utilisateur (entretien, visite à domicile, visite médicale, réunion de l'équipe pluridisciplinaire, etc.)
- Objectifs de la cellule de pré évaluation :
 - o Réaliser une première évaluation de la situation d'un usager permettant de :
 - Formuler immédiatement une proposition de décision à soumettre à la CDAPH (accord ou rejet évident) ;
 - Orienter le dossier vers un type de professionnel (interne ou externe) chargé de recueillir des éléments complémentaires, de réaliser une visite à domicile, un entretien, une visite médicale, etc. → dans ce cas, la cellule de pré évaluation indique les questions qu'elle se pose à l'évaluateur sur un outil de liaison (fiche de synthèse) afin de tracer sa réflexion ;
 - Orienter le dossier vers une réunion d'une équipe pluridisciplinaire (car il est estimé que d'autres compétences sont nécessaires pour apporter les éléments complémentaires pour évaluer la situation dans sa globalité ou car une discussion est souhaitée autour de la situation de cette personne).
 - o Indiquer à l'évaluateur ce qui est à interroger / creuser / analyser spécifiquement si l'analyse de la situation doit être approfondie.

Points de vigilance ou observations formulées :

- Constat que les équipes de scolarité (ou équipes enfants) ont souvent plus de mal à mettre en place ces cellules de pré évaluation, notamment du fait du nombre de pages et du nombre de volets à lire dans les dossiers enfants. Pour ces dossiers, il semble intéressant d'étoffer les cellules de pré évaluation avec au moins 3 professionnels (un professionnel de santé, un professionnel du parcours de scolarité et un psychologue ou un travailleur social... afin de favoriser le partage de l'étude du dossier entre plusieurs professionnels et de faciliter la lecture des éléments).
- Des travaux sur ces cellules de pré évaluation ont déjà été mis en place via les réseaux de professionnels animés par la CNSA ou via l'étude IMPACT notamment. Il conviendra donc de poursuivre la réflexion sur ce sujet dans le cadre de ces échanges.

passage par la cellule de pré évaluation pour tous les dossiers et toutes les demandes nous semble être la meilleure option afin de favoriser l'analyse globale de la situation d'un usager et de permettre l'accès aux droits.

¹⁹ NB : certaines MDPH ont positionné cette cellule avant même l'étape d'instruction administrative afin que les professionnels d'évaluation indiquent le plus en amont possible les pièces complémentaires qui devront être demandées par les instructeurs. Il nous semble plus intéressant de positionner la cellule de pré évaluation après l'instruction administrative (complétée de la recherche de pièces nécessaires à l'évaluation comme indiqué ci-dessus) afin de mobiliser le temps des professionnels de l'évaluation sur des dossiers recevables et complets.



7.4 Encourager la pluridisciplinarité et la polyvalence des professionnels des équipes d'évaluation

Constats :

- Les évaluations sont réalisées **par un professionnel seul** pour plus des trois quarts des demandes dans 14 MDPH (soit 20 % des répondants) et pour environ la moitié des demandes dans 16 MDPH (soit 22 % des répondants)
- Les circuits d'évaluation sont très variables d'une MDPH à l'autre et **dépendent en particulier des ressources humaines disponibles en interne à la MDPH** ou en externe (question des compétences des professionnels d'évaluation et de leur polyvalence ; enjeu de la quotité de temps de travail de ces professionnels à la MDPH, etc.)

Objectifs de la recommandation :

- Optimiser les ressources et les compétences des professionnels de l'évaluation en favorisant l'échange, la formation et le partage de pratiques afin de développer la polyvalence des professionnels des équipes d'évaluation

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Favoriser la pluridisciplinarité et la polyvalence des professionnels, via :
 - o le recrutement de professionnels ayant des compétences / des profils complémentaires ;
 - o l'organisation d'échanges de pratiques, de formations ... au sein de la MDPH, mais aussi au niveau régional voire national, éventuellement avec des professionnels issus d'établissements ou services partenaires de la MDPH ;
 - o la mise en place de cellules d'analyse initiale (aussi appelées cellules de pré évaluation) des demandes auxquelles les professionnels de l'évaluation participent en alternance.
- Animer des temps d'échange entre professionnels de l'évaluation afin de bien distinguer les types d'évaluation qui relèvent d'un professionnel du fait de son métier (ex. médecin → entretien ou examen médical, travailleur social → entretien social, ergothérapeute → évaluation des besoins en termes d'aide technique ou d'aménagement du logement...), de la contribution collective et multidimensionnelle à l'analyse de la situation d'un usager
 - o Soutenir les directeurs, les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires et les cadres des MDPH dans ce rôle d'animation visant à favoriser la compréhension des différents rôles, tout en valorisant la place de chacun au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (cf. ci-dessous)
- Favoriser l'embauche de professionnels à temps plein ou sur des quotités de temps élevées (si possible)
 - o Eventuellement en mutualisant un temps de travail à la MDPH avec la réalisation d'interventions pour d'autres structures ou organismes du territoire

Points de vigilance ou observations formulées :

- La poursuite des formations et des échanges de pratiques pour les professionnels des MDPH pourra s'appuyer sur la Convention CNSA / CNFPT ainsi que sur le réseau de formateurs inter MDPH en cours de constitution.
- L'accompagnement des directeurs et des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires des MDPH pourra également se faire via les réseaux professionnels animés par la CNSA

- La mise en place de circuits de relecture des évaluations évitera les pertes de temps liées à la rédaction des évaluations « à plusieurs mains » (rédaction successive de certains éléments d'évaluation par différents professionnels au lieu d'une analyse concertée et partagée).

7.5 Accompagner les directeurs et les cadres des MDPH dans leur rôle de management et de conduite du changement auprès des équipes

Constats :

Les cadres des MDPH, en particulier les coordonnateurs de l'EP, jouent aujourd'hui de plus en plus un rôle d'organisation des travaux des membres de l'EP. En effet, avec l'augmentation des volumes, les MDPH tendent à organiser des circuits d'évaluation plus ou moins approfondis selon la complexité de la situation de l'usager et l'encadrement doit jouer un rôle important de régulation, d'organisation de ces circuits et de répartition des dossiers entre professionnels.

Par ailleurs, les directeurs de MDPH sont chargés de l'évolution des pratiques professionnelles de leurs équipes et doivent veiller à une bonne cohésion de l'équipe de professionnels, ce qui nécessite des compétences en management et en conduite du changement.

Enfin, les cadres interrogés constatent qu'ils sont fréquemment sollicités pour participer à des études ou à des expérimentations au niveau national, dont ils obtiennent souvent les rapports, mais pour lesquels aucun accompagnement n'est prévu dans la mise en œuvre des préconisations. Or, les directeurs de MDPH interrogés indiquent ne pas toujours avoir le temps de s'approprier ces résultats et souhaiteraient disposer d'un accompagnement à la mise en place.

Objectifs de la recommandation :

- Soutenir les directeurs de MDPH dans leur rôle de manager auprès de leurs équipes et les appuyer notamment en termes de contenu (outils, bonnes pratiques, exemples utilisés dans d'autres MDPH...) et de méthodologie de conduite du changement

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Continuer à utiliser le réseau professionnel des directeurs de MDPH animé par la CNSA pour encourager l'échange de pratiques entre directeurs de MDPH
- Prévoir un accompagnement à la mise en place des recommandations / bonnes pratiques / nouveaux outils dans les MDPH concernées
 - o Prévoir un volet accompagnement à la mise en œuvre des recommandations dans les marchés d'étude passés par les organismes publics réalisant des enquêtes sur le fonctionnement des MDPH (IGAS, DREES, CNSA, HCSP, SG MAP, missions parlementaires, etc.)
 - o Consacrer une partie du temps des référents thématiques de la CNSA à l'accompagnement opérationnel de certaines MDPH²⁰ dans la mise en œuvre des évolutions organisationnelles proposées ou recommandées dans les divers rapports
- A noter : les recommandations ci-dessus vont dans le même sens que celles formulées dans le rapport Piveteau à destination de la CNSA²¹.

Points de vigilance ou observations formulées :

- Certains cadres rencontrés ont clairement exprimé une certaine lassitude des sollicitations nationales (ressenties comme étant très nombreuses) dont les MDPH sont l'objet.

²⁰ Par ex. des MDPH particulièrement en difficulté pour respecter les délais légaux d'analyse des demandes.

²¹ Cf. Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, juin 2014



- Certains ont exprimé leur souhait de voir moins d'énergie et de temps consacré à des enquêtes, mais plus de temps consacré à l'accompagnement opérationnel dans la mise en place de ces nouveaux outils, dispositifs ou modes d'organisation.



7.6 Consolider et développer le recours aux partenaires que ce soit pour l'élaboration d'outils d'évaluation partagés, la réalisation d'évaluations pour le compte de la MDPH, ou encore la participation aux équipes pluridisciplinaires

Constats :

Les partenaires occupent aujourd'hui une place centrale dans la réalisation des évaluations : ainsi, les dossiers des usagers sont alimentés par des partenaires extérieurs pour la quasi-totalité des MDPH (81 MDPH ayant répondu).

Par ailleurs, les prestations d'évaluation déléguées à des partenaires sont jugées très satisfaisantes ou satisfaisantes dans la majorité des situations, surtout lorsqu'elles sont établies et formalisées via des outils partagés.

Enfin, il n'y a pas de corrélation entre la part des dossiers évalués par des partenaires extérieurs et les délais de traitement (enfants et adultes), les taux d'accord ou encore les taux de recours.

D'un point de vue qualitatif, certaines MDPH rencontrées indiquent que la participation de partenaires à leurs équipes pluridisciplinaires génère de nombreux bénéfices : d'une part, la mise à disposition d'un temps d'évaluateur pour la MDPH (régulièrement, à titre gratuit), d'autre part, la possibilité d'échanger avec les partenaires sur les attentes et les besoins de la MDPH en termes de contenu des évaluations ce qui favorise la reconnaissance du rôle de la MDPH et la qualité des évaluations transmises à la MDPH par ces partenaires impliqués.

De plus, le travail avec des partenaires spécialisés autour de certains outils d'aide à l'évaluation par exemple a permis à certaines MDPH d'améliorer significativement la qualité des informations obtenues pour évaluer les situations (ex. outil développé dans les Yvelines sur le handicap psychique en partenariat avec l'Unafam).

Objectifs de la recommandation :

- Renforcer l'utilisation du réseau des partenaires de la MDPH, là où cela n'est pas encore le cas, afin d'améliorer la qualité des évaluations transmises à la MDPH et de renforcer l'analyse pluridisciplinaire des situations.

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Consolider et développer les partenariats, notamment dans les domaines de spécialité manquants au sein de la MDPH et selon les besoins de la MDPH :
 - o Finalités du partenariat : alimenter les dossiers d'évaluation (car ces partenaires connaissent les personnes concernées) ou réaliser des évaluations au nom de la MDPH
 - o Types de partenaires concernés : tous types, selon les besoins de la MDPH, établissements et services du secteur social, médico-social et sanitaire (y compris libéraux), structures et professionnels intervenant dans le domaine scolaire, dans le domaine de l'insertion professionnelle, etc.
- Accompagner les partenaires (au niveau national et au niveau local) pour qu'ils disposent d'outils d'évaluation ou de recueil d'informations GEVA compatibles et qu'ils s'intègrent dans une démarche d'évaluation
 - o Au-delà du travail qui peut être réalisé au niveau départemental ou régional entre une MDPH et les partenaires de son territoire, les ARS ou les organismes nationaux devraient également favoriser cet accompagnement des principaux partenaires structurés au niveau national (gestionnaires d'établissements et services, services de psychiatrie et de pédopsychiatrie,

intervenants du secteur de l'insertion professionnelle, etc.) en insistant sur leur rôle de contribution aux évaluations et en valorisant les travaux réalisés dans ce cadre.

- Proposer aux partenaires qui alimentent les dossiers d'évaluation de participer à quelques réunions des équipes pluridisciplinaires chaque année en alternance²²
 - o Objectifs :
 - Disposer d'une ressource d'évaluation complémentaire à titre gratuit pour la MDPH (puisque'il s'agira d'un temps limité pour la personne concernée) ;
 - Favoriser la bonne compréhension des attentes de l'équipe d'évaluation en termes de contenu des dossiers transmis à la MDPH ;
 - Permettre l'échange et l'harmonisation des pratiques entre membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et partenaires intervenant dans l'accompagnement des usagers.
- Sensibiliser les directeurs de MDPH à l'intérêt de cette mission d'animation du réseau partenarial (que celle-ci soit réalisée par un professionnel dédié au sein de la MDPH ou répartie entre plusieurs professionnels selon le type de réseau partenarial à entretenir).

Points de vigilance ou observations formulées :

Une limite à l'implication des partenaires dans les équipes d'évaluation a été signalée : celle de la connaissance trop poussée des critères d'évaluation de la MDPH qui risquerait de générer le remplissage d'outils d'évaluation de façon biaisée par les partenaires.

De notre point de vue, il s'agit d'un point de vigilance à avoir à l'esprit mais qui ne vient pas remettre en cause cette recommandation, car souvent les équipes d'évaluation se rendent compte de ce genre de dysfonctionnements qui permet de se réinterroger à la fois sur les pratiques internes d'évaluation de la MDPH et sur les évaluations transmises par le partenaire concerné.

Au-delà, l'un des intérêts complémentaires d'une meilleure implication des partenaires est aussi de faire en sorte qu'ils comprennent mieux ce qu'est la MDPH et quelles sont ses compétences et limites afin d'avoir des dossiers plus complets dès le dépôt de la demande, avec les informations utiles aux équipes d'évaluation de la MDPH. Ainsi, ce travail de relations partenariales doit aussi permettre d'avoir un effet qualitatif sur le contenu des dossiers déposés à la MDPH.

²² Par ex. organiser une rotation entre les directeurs d'ESMS pour qu'au moins un soit présent à ces réunions, entre les enseignants référents, etc. Ainsi la mobilisation est faible par personne, mais la contribution très utile à la démarche.



7.7 Faire connaître au niveau national (ou dans d'autres instances de partage) les outils d'aide à l'évaluation et d'aide à la préconisation qui ont déjà fait leurs preuves au niveau départemental ou régional et poursuivre les démarches d'élaboration collective de ces outils

Constats :

En moyenne 75% des évaluations sont réalisées sur dossier (variant de 31% à 95%, selon les MDPH).

Les MDPH travaillent à structurer et à harmoniser ces évaluations, notamment via la constitution de trames et d'outils communs à tous les évaluateurs pour tous les types d'évaluation (entretien téléphonique, visite médicale...).

Par ailleurs, le GEVA est utilisé comme trame de référence mais beaucoup de MDPH se le sont appropriés, en ont fait des versions simplifiées et les évaluateurs se saisissent des parties qui leur semblent les plus pertinentes et utiles par rapport à la situation

Enfin, certaines MDPH ont travaillé sur des outils d'évaluation spécifiques à certaines situations de handicap (relatives par ex. à une déficience d'origine psychique, troubles du spectre autistique, déficiences sensorielles, troubles spécifiques des apprentissages et du langage, etc.) en partenariat avec des structures ou professionnels spécialisés afin de les aider dans l'évaluation des besoins de ces personnes.

Objectifs de la recommandation :

- Développer la démarche de GEVA-compatibilité et favoriser l'utilisation et le déploiement généralisé d'outils GEVA compatibles²³, testés sur certains territoires.
- Encourager ainsi la modélisation des démarches d'évaluation pour de meilleures reproductibilité et équité de traitement.

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Echanger dans le cadre des rencontres nationales (ou dans d'autres instances de partage) sur les outils d'aide à l'évaluation et d'aide à la préconisation qui ont déjà fait leurs preuves au niveau local
- Continuer à construire en partenariat entre la CNSA et les professionnels des MDPH des outils d'appui aux pratiques professionnelles
- Faire connaître de façon plus large l'espace d'échange et de partage entre professionnels qui est mis à disposition des MDPH via la CNSA et l'étendre à l'ensemble des évaluateurs des MDPH
- Renforcer le rôle d'accompagnement de la CNSA au déploiement et à l'utilisation de ces outils auprès des MDPH qui le souhaitent

Points de vigilance ou observations formulées :

- Cette recommandation fait référence à des temps et à des espaces de partage qui existent déjà et qu'il convient avant tout de consolider et de faire connaître.

²³ « La notion de GEVA-compatibilité traduit la volonté de l'ensemble des acteurs qui interviennent dans l'accompagnement des personnes handicapées de se coordonner et de partager des informations relatives à leur situation afin, notamment, d'éviter les évaluations redondantes. Pour faciliter cette coopération, leurs outils doivent utiliser des concepts et des nomenclatures congruents. Ceux qui sont présents dans le GEVA, outil réglementaire des MDPH, constituent une base commune pertinente avec d'ores et déjà un format informatique d'échange de données interopérable défini. », Extrait des cahiers pédagogiques de la CNSA « Le GEVA, évaluer les besoins de compensation », septembre 2012, p. 12.

- Nous insistons ici sur la richesse des outils existants au niveau local et sur l'intérêt de l'échange de pratiques entre MDPH pour faire progresser la qualité des évaluations réalisées sur l'ensemble du territoire.
- Pour autant, il semble important également de rappeler la nécessité d'un accompagnement des MDPH dans l'appropriation et l'utilisation de ces outils développés par d'autres MDPH.
- Par ailleurs, il est nécessaire de veiller à l'harmonisation de ces outils au niveau national, ainsi qu'au respect de la réglementation.



7.8 Généraliser l'utilisation de fiches de synthèse qui retracent la réflexion et les propositions faites par l'EP

Constats :

La phase d'élaboration des réponses se structure majoritairement autour de la fiche de synthèse qui sert de lien avec l'équipe d'instructeurs au niveau administratif ainsi que pour la présentation en CDA (le plus souvent).

Les MDPH ayant mis en place un outil de liaison qui permet de tracer l'ensemble du processus d'évaluation et d'aller jusqu'à la CDA en sont très satisfaits car cela favorise le suivi et le partage de l'évaluation notamment lors de la CDA mais aussi en cas d'éventuel recours futur.

Objectifs de la recommandation :

- Tracer la réflexion réalisée par les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire
- Harmoniser les modalités de restitution de cette réflexion et les conditions de prise de décision par la CDAPH
- Faciliter le suivi des prochaines demandes transmises à la MDPH

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Généraliser l'utilisation d'une fiche de synthèse qui retrace la réflexion et les propositions faites par l'EP, commune à l'ensemble de la MDPH et unique pour le dossier.
- Utiliser cette fiche de synthèse pour présenter les situations en CDAPH et pour ré évaluer la situation en cas de recours éventuel



7.9 Améliorer la connaissance des missions de la MDPH et la reconnaissance de la mission d'évaluation pluridisciplinaire réalisée dans les MDPH

Constats :

Les professionnels rencontrés ont fait état d'un manque de reconnaissance par les professionnels de santé de la mission d'évaluation exercée par les MDPH et de ses compétences spécifiques (que sont la possibilité de faire une mise en commun de toutes les données issues des différents partenaires et concernant les différents aspects de la vie de la personne, afin de croiser les regards et d'en faire la synthèse ; la maîtrise et la connaissance des critères d'éligibilité). Cela se ressent notamment sur la qualité de remplissage du certificat médical qui n'est pas toujours satisfaisante et en tout cas inégale selon les professionnels concernés.

Ce sujet est très important car, la qualité de l'évaluation réalisée par les professionnels de l'évaluation de la MDPH dépend de la nature, de la qualité et de la complétude des éléments transmis notamment par les professionnels de santé, mais aussi par l'ensemble des professionnels contribuant à alimenter les dossiers de demande transmis aux MDPH.

Objectifs de la recommandation :

- Améliorer l'image de la MDPH auprès des professionnels de santé mais plus largement de l'ensemble des professionnels concernés et du grand public afin :
 - o D'améliorer la qualité des certificats médicaux transmis par les médecins ;
 - o De faire connaître le rôle et les compétences d'évaluation exercées par les MDPH en vue de rendre les postes d'évaluateurs en MDPH plus attractifs ;
 - o De mobiliser les usagers pour qu'ils soient réellement acteurs de leur propre évaluation et non passifs dans ce processus.

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Communiquer régulièrement sur les missions de la MDPH, à différents niveaux :
 - o Au niveau local, encourager les réunions d'information et les rencontres organisées par les MDPH et les Conseils généraux avec les différents partenaires pour expliquer le fonctionnement, les objectifs et les attendus de la MDPH. Faire connaître également les expérimentations dans lesquelles les MDPH sont engagées
 - o Au niveau régional, impliquer les ARS dans la transmission des messages d'information et de sensibilisation sur le rôle des MDPH auprès des professionnels de santé et des acteurs du secteur sanitaire en particulier. Insister notamment sur le rôle d'évaluation exercé par les MDPH et sur l'importance de l'évaluation faite par le médecin traitant via le certificat médical. Relayer les expérimentations existant au niveau départemental ;
 - o Au niveau national, rappeler de façon régulière les missions des MDPH comme lieu d'évaluation et d'orientation afin de formuler des propositions de plan de compensation pour les personnes en situation de handicap sur l'ensemble des supports d'information et de communication diffusés au niveau national sur les MDPH. Utiliser notamment tous les lieux où il peut être question de handicap ou de maladies chroniques pour rappeler les missions et savoir-faire des MDPH (ex. réunion de coordination DRJSCS – ARS, réunions du Conseil National Handicap, etc.).
- Inciter les MDPH à publier dans les revues professionnelles, à intervenir dans les journées d'études etc. éventuellement inciter les C Généraux et les ARS à leur apporter un appui pour qu'elles le fassent



- Communiquer aussi auprès des usagers et des représentants d'usagers sur leur rôle et leur nécessaire implication dans le recueil des éléments permettant l'évaluation de leur situation et sur l'importance et l'intérêt de la formulation du projet de vie, à tous les niveaux (départemental, régional et national).

Points de vigilance ou observations formulées :

- De nombreuses actions de communication ont déjà été réalisées et d'une façon générale, les MDPH ont la sensation qu'elles doivent être complétées par un travail de proximité qu'il faut sans cesse renouveler.
- Le relai de telles campagnes d'information et de sensibilisation au niveau national ou encore la généralisation de cette préoccupation semblent être des pistes importantes de soutien aux initiatives menées localement.



7.10 Poursuivre la mise en place d'un système d'information partagé pour les MDPH à des fins d'observation et d'analyse des besoins

Constats :

La phase d'évaluation est actuellement informatisée pour 21 MDPH ayant répondu au questionnaire (soit seulement 29% des répondants).

La plupart des MDPH sont encore en train d'élaborer leur fonction d'observatoire et disposent de peu d'outils pour la déployer. Parmi elles, quelques MDPH se sont engagées sur le codage des données médicales (pathologie, origine de la pathologie, déficiences) mais certaines ont dû s'arrêter notamment du fait des difficultés à réaliser les exploitations informatiques ou de la complexité à faire le codage (en particulier à partir de la CIM 10), du temps trop important que cela demandait aux professionnels ainsi que de la rareté des compétences pour le faire.

Parallèlement, les professionnels soulignent la tension forte qui pèse sur leur évaluation liée au manque de connaissance ou au manque d'adéquation de l'offre locale²⁴. Ainsi, les propositions formulées par l'EP en matière d'orientation sont fréquemment ou systématiquement influencées par l'offre locale pour 30 MDPH (soit 35 % des répondants).

Enfin, au niveau national, il n'est aujourd'hui toujours pas possible de disposer d'une analyse quantifiée et objectivée des besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Objectifs de la recommandation :

- Soutenir les efforts réalisés par les MDPH pour mettre en place leur fonction d'observatoire et le codage des déficiences afin de pouvoir mieux évaluer les besoins réels de la population.
- Rappeler l'importance de pouvoir disposer au niveau national d'une analyse consolidée des besoins à partir des données issues de chaque département.

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Encourager la généralisation du codage des déficiences et du suivi des orientations dans l'ensemble des MDPH.
- Poursuivre le travail réalisé par la CNSA sur le déploiement d'un système d'information homogène ou a minima communiquant²⁵ des MDPH afin de pouvoir analyser les besoins et de les consolider au niveau national

Points de vigilance ou observations formulées :

- Le rapport ne détaille pas plus la présente recommandation car un rapport a été rendu récemment sur le système d'information des MDPH, faisant un diagnostic des difficultés rencontrées dans la situation actuelle et proposant des évolutions possibles²⁶.
- Le HCSP souhaite néanmoins insister sur l'importance de ces éléments pour contribuer à une meilleure connaissance des besoins des personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire et sur le

²⁴ La proposition idéale serait d'être hors contrainte de l'offre avec en parallèle une proposition d'attente sous contrainte si la solution idéale ne peut pas se mettre en place immédiatement. Cf. rapport Piveteau déjà mentionné.

²⁵ Mise en place de bases de données pouvant être mutualisées pour réaliser une observation des besoins des personnes en situation de handicap en temps réel (fréquence annuelle ou biannuelle)

²⁶ Audit SI MDPH – réalisé par le cabinet SOPRA en 2013 - 2014

rôle clé des MDPH dans cette fin, conformément aux recommandations formulées également par le rapport Piveteau²⁷.

²⁷ Cf. Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, juin 2014



7.11 Renforcer les actions de communication et de sensibilisation des professionnels de santé à l'importance du remplissage du certificat médical et envisager l'évolution de ce support

Constats :

Les MDPH confirment que les certificats médicaux sont remplis de manière insatisfaisante et que les tentatives de contact avec les médecins pour améliorer la qualité du remplissage ont été peu fructueuses jusqu'à présent. Seuls 32 % des répondants estiment que les éléments indiqués dans le certificat médical sont suffisants pour réaliser l'évaluation des ¾ ou de la totalité des demandes reçues à la MDPH.

Plusieurs MDPH rencontrées déplorent un nombre important de certificats médicaux marqués « situation inchangée » depuis plusieurs années et ce, alors même que les pathologies des personnes indiquent qu'il s'agit de pathologies nécessairement évolutives.

Or, la qualité des informations transmises via le certificat médical est un élément fondamental pour l'évaluation puisqu'il s'agit là de l'une des pièces obligatoires au dossier qui apporte un élément d'évaluation.

Objectifs de la recommandation :

- Améliorer la qualité de remplissage des certificats médicaux ou à défaut explorer toutes les pistes pour permettre son remplacement par un autre support

Recommandation / Bonne pratique à généraliser :

- Poursuivre les actions de sensibilisation des médecins généralistes ou spécialistes au remplissage du certificat médical, via la diffusion du « kit de remplissage du CM » proposé par la CNSA :
 - o Rappeler aussi aux médecins généralistes ou spécialistes à cette occasion qu'ils ont, pour la plupart, la possibilité de remplir ce certificat sur leurs logiciels métier (et donc de le sauvegarder pour de futures utilisations et de l'imprimer).
- Organiser une réflexion au niveau national sur la pertinence de ce certificat et/ou sur les évolutions qu'il serait nécessaire d'y apporter pour que celui-ci soit rempli de façon plus qualitative par les professionnels de santé.
- Mettre en place une réflexion sur les plans juridique, technique et déontologique pour envisager la mise en place d'une autre procédure (notamment au moyen d'un certificat « non » réalisé par un médecin) permettant de déclencher l'instruction d'un dossier de demande par les MDPH.
- Soutenir un élargissement de l'accès au Dossier Médical Personnel (DMP) pour les médecins des MDPH.

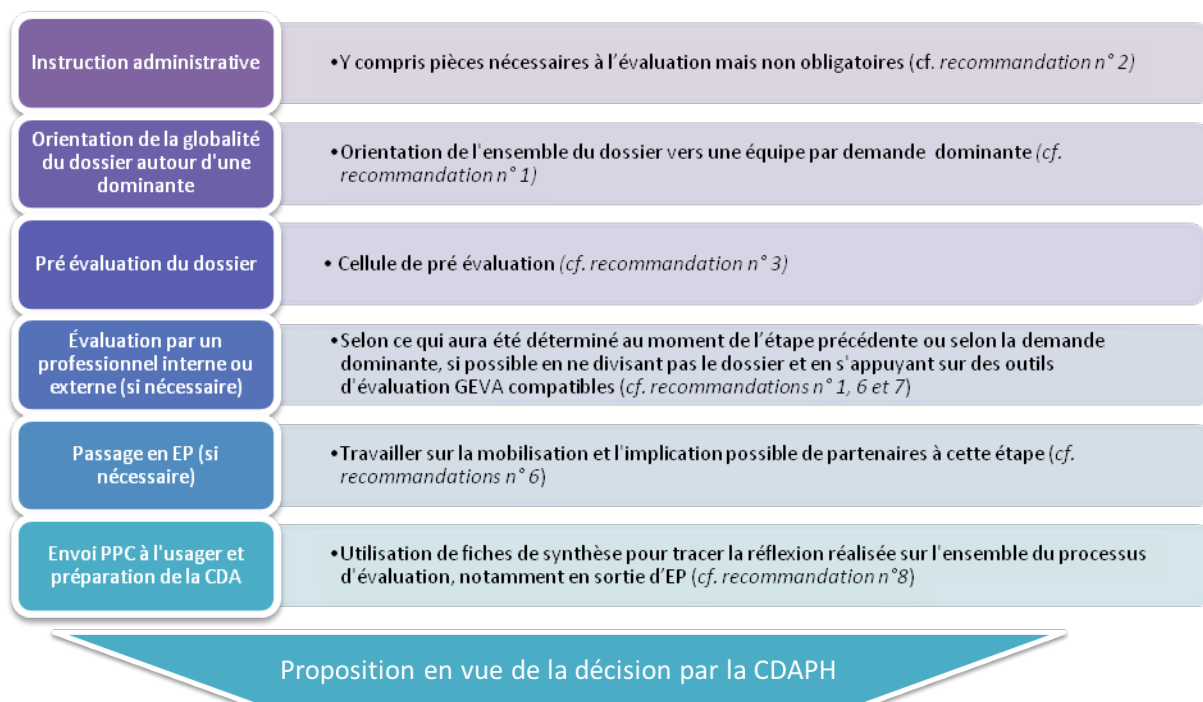
Points de vigilance ou observations formulées :

- Il semble, en l'état actuel de nos connaissances que le recours au certificat médical soit incontournable. Des dispositifs qui ne prévoyaient pas de l'utiliser ont finalement conclu à la nécessité de son remplissage. Il s'agira ici de vérifier si une voie complémentaire est ou non possible afin d'améliorer la qualité des informations transmises pour le recueil des données fonctionnelles et par là le traitement de la demande dans son ensemble.
- Une expérimentation envisageant une évolution du certificat médical est actuellement à l'étude dans le cadre du projet IMPACT. L'accès des médecins de la MDPH au DMP est notamment envisagé dans ce cadre. Il conviendra donc de suivre les résultats de cette expérimentation.



Schéma de synthèse des recommandations en lien avec le processus d'évaluation des MDPH

Voici un schéma de synthèse reprenant les principales étapes du processus d'évaluation des MDPH mises en lien avec les principales recommandations de cette étude relatives au processus d'évaluation et aux outils d'évaluation



8. Conclusion / synthèse

La présente étude confirme la grande variété des MDPH que ce soit dans leur organisation ou dans leur structuration.

Dès lors l'un des principaux enseignements de cette étude se situe dans l'analyse des résultats des questionnaires adressés à l'ensemble des MDPH et des rapports d'activité 2012 des MDPH qui permet de dresser un état des lieux des modes d'organisation et d'évaluation en place dans les MDPH en 2012.

Dans ce contexte de grande variété, il n'a pas été possible de dégager des grandes typologies de MDPH qui se fondent sur plusieurs critères (taille, organisation, ressources humaines, recours à des partenaires, etc.) car les modèles sont multiples. Par ailleurs, il n'a pas été possible de dégager des critères permettant de définir ce qu'était un processus d'évaluation performant car, en dehors du critère de délai moyen de traitement²⁸ et du taux de recours²⁹, aucun autre critère objectif n'a été considéré comme valide pour déterminer un niveau de performance³⁰, selon les membres du comité de pilotage de suivi de cette étude.

Pour autant, ce rapport souligne un certain nombre de lignes fortes dans l'évolution des modèles d'organisation des MDPH qui apportent des évolutions positives, que ce soit dans la gestion des délais ou dans la qualité d'une analyse réellement pluridisciplinaire. Ainsi, on peut citer par exemple :

- l'intérêt de la mise en place de cellules de pré évaluation,
- la structuration des équipes pluridisciplinaires par dominante du projet de vie (scolarité, emploi, domicile ou orientation en établissement),
- le renforcement de la pluridisciplinarité, de la polyvalence des équipes et du travail avec les partenaires et les ressources du territoire pour améliorer la qualité de l'évaluation,
- le développement de la formation et de l'échange de pratiques sur les territoires (et notamment des efforts de formation importants sur certaines déficiences ou certains types de handicap considérés comme plus difficile à appréhender par les équipes),
- le développement d'outil d'aide à l'évaluation et à la préconisation développés en fonction des besoins et travaillés avec les partenaires spécialisés du territoire,
- le développement de fiches de synthèse pour tracer la réflexion et les propositions de l'équipe pluridisciplinaire et favoriser l'étude future de nouvelles demandes d'une même personne,
- etc.

Par ailleurs, l'absence de relations entre les effectifs des MDPH rapportés au volume de demandes reçues et les délais de traitement est également un indicateur intéressant permettant de souligner l'importance des choix organisationnels de ces structures pour réduire les délais de traitement.

D'une façon générale, les MDPH ont encore de nombreux défis à relever afin de remplir pleinement leur rôle d'observatoire, d'analyse des besoins et du suivi des décisions. Au-delà des enjeux techniques et informatiques, l'encadrement des MDPH joue un rôle essentiel d'impulsion de ces nouvelles pratiques, de conduite du changement et de régulation de la charge de travail des équipes de professionnels. Il est donc fondamental de veiller à l'accompagnement et au soutien de ces cadres dans tous les projets ou les évolutions réglementaires qui pourraient être développés au niveau national, dans un souci de simplification et de cohérence des mesures entre elles.

C'est d'ailleurs pourquoi les recommandations du présent rapport cherchent avant tout à valoriser, à faire connaître et à généraliser ce qui existe et qui apporte des résultats satisfaisants en termes de qualité d'évaluation, tout en soutenant les directeurs dans leur rôle de pilotes de la conduite du changement.

²⁸ Qui lui-même a été interrogé, car les délais sont très variables selon les types de demandes formulées auprès des MDPH

²⁹ Qui a également été nuancé par l'existence ou non d'un conciliateur au sein de la MDPH qui permet parfois de limiter le nombre de recours et par le fait que, dans l'ensemble, les taux de recours sont très faibles au niveau national

³⁰ Ainsi il n'est pas possible de savoir quel est le bon niveau moyen de taux d'accord, ni quel est le montant moyen pertinent à accorder.

* *
*

Pour aller plus loin dans une analyse des modalités d'évaluation des MDPH et dans la recherche de performance dans cette évaluation, il semblerait intéressant de définir des dossiers types et de les envoyer dans les circuits d'évaluation de plusieurs MDPH pour voir dans quelles conditions (quels délais, avec quels outils, par quels types de professionnels...) ces dossiers seraient évalués et avec quelles préconisations in fine. Pour être pertinente, une telle analyse devrait néanmoins cibler un type de handicap ou un type de demande car vouloir analyser l'ensemble des types de handicap et des types de demandes formulées par les usagers pose une difficulté méthodologique majeure dès lors qu'il s'agit d'en tirer des conclusions et de rechercher des liens de causalité entre les facteurs déterminants, du fait du trop grand nombre de variables à prendre en compte.



9. Annexes

9.1 Questionnaire HCSP sur les processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH

Enquête du HCSP sur les processus d'évaluation des besoins des personnes handicapées et d'élaboration des réponses au sein des MDPH

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire s'inscrit dans une étude menée par le HCSP* sur les **procédures d'évaluation des situations et des besoins des personnes handicapées au sein des MDPH** (pour tous les types de demande) afin de tenter d'expliquer les disparités de prise en charge selon les territoires.

Pour ce faire, une démarche en 4 phases est mise en place en lien avec le cabinet Cekoïa conseil qui a été retenu pour la réalisation de cette étude :

1. Etude documentaire : Analyse des éléments déjà fournis par les MDPH, ex. rapports annuels CNSA, enquête sur l'utilisation du GEVA... (juin – septembre 2013)
2. Enquête quantitative : Elaboration puis diffusion du présent **questionnaire, complémentaire aux démarches déjà engagées par d'autres institutions membres du comité de pilotage de cette étude (études CNSA, étude AAH...)** à destination des 101 MDPH (septembre – novembre 2013)
3. Enquête qualitative : Identification de 10 MDPH « type » afin de réaliser une étude sur site (décembre 2013 – janvier 2014)
4. Rédaction du rapport et des recommandations (janvier - février 2014)

Ce questionnaire, adressé aux 101 MDPH, pose uniquement des questions complémentaires à celles auxquelles vous avez déjà répondu (rapport annuel CNSA et questionnaire sur le bilan de l'utilisation du GEVA diffusé en mai/juin 2013). Elles sont fondamentales pour la réussite de l'étude et la caractérisation des processus d'évaluation mis en œuvre par l'ensemble des MDPH.

Les associations représentatives du secteur du handicap ont également été rencontrées afin de recueillir leurs attentes.

Modalités pratiques

Vous avez la possibilité de commencer à compléter le questionnaire puis d'y revenir à tout moment grâce au lien d'accès propre à votre MDPH qui vous a été transmis.

Nous estimons que le temps de réponse à ce questionnaire est d'environ 50 minutes.

A la fin du remplissage, quand vous verrez apparaître le message de fin du questionnaire, celui-ci sera automatiquement transmis au cabinet Cekoïa conseil.



En cas de questions techniques sur le remplissage du questionnaire, vous pouvez contacter Chrystelle CAMPAS du cabinet Cekoia Conseil à l'adresse courriel suivante : ccampas@cekoia.eu ou par téléphone au 01 42 46 81 67.

La date limite de réponse est fixée au 10 décembre

Nous vous remercions par avance pour vos réponses, qui éclaireront utilement notre analyse.

Remarques préalables :

- *L'ensemble des données / éléments demandés dans ce questionnaire concernent la situation au 31 décembre 2012.*
- *Les éléments recueillis via ce questionnaire seront associés aux données transmises par ailleurs à la CNSA. Ainsi, l'ensemble des éléments/données utiles à l'étude quantitative et qualitative des processus d'évaluation et d'élaboration des réponses ne sont pas redemandés dans ce questionnaire (notamment afin de limiter le temps de réponse pour vous et vos équipes et afin d'éviter du travail en doublon).*
- *Tout au long du questionnaire, lorsqu'il est fait référence à l'équipe pluridisciplinaire, cela correspond à l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble. Lorsqu'il est fait référence à des « unités » cela correspond à des unités qui ne sont composées que d'une partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire.*
- *Si vous le souhaitez, vous pouvez associer plusieurs professionnels de la MDPH au remplissage du questionnaire (membres de l'EP, directeurs de pôles notamment). Il suffit pour cela de partager le lien avec eux et de le remplir de manière successive.
Dans ce cas, nous vous invitons à relire ensemble le contenu des réponses avant l'envoi du questionnaire, car c'est la dernière version saisie qui sera prise en compte dans le dépouillement.*
- *Une rubrique « commentaire » est à votre disposition à la fin de chaque partie pour éventuellement commenter ou compléter vos réponses de façon libre.*

** Le Haut Conseil de la Santé Publique, instance d'expertise indépendante, est placé auprès du Ministre de la santé pour fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.*

1. Présentation de votre MDPH

1.1 Quel est votre département ? (liste déroulante avec les numéros de départements)

2. L'organisation globale de la MDPH (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

2.1 Comment sont structurées les équipes d'instruction administrative ? (plusieurs réponses possibles)

- Par âge du demandeur (enfants / adultes)
- Par type de demande
- Par type de déficience
- Par demande dominante du projet de vie (ex. orientation professionnelle, orientation scolaire, aides et cartes, orientation en établissements et services spécialisés, etc.)
- Par pôle-géographique
- Par ordre alphabétique du nom du demandeur
- Pas de structuration particulière
- Autre, merci de préciser :

2.1.1 Si vous avez coché « Par âge du demandeur (enfants/adultes), veuillez préciser l'intitulé de ces pôles par âge :

2.1.2 Si vous avez coché « Par type de demande », veuillez préciser l'intitulé de ces pôles par type de demande :

2.1.3 Si vous avez coché « Par type de déficience », veuillez préciser l'intitulé de ces pôles par type de déficience :

2.1.4 Si vous avez coché « Par demande dominante du projet de vie », veuillez préciser l'intitulé de ces pôles par dominante du projet de vie :

2.2 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

3. L'équipe pluridisciplinaire (EP) (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

3.1 Comment l'EP est-elle structurée (plusieurs réponses possibles) ?

- Des unités par âge du demandeur (enfants / adultes)
- Des unités par type de demande
- Des unités par type de déficience
- Des unités qui instruisent par dominante du projet de vie (ex. orientation professionnelle, orientation scolaire, aides et cartes, orientation en établissements et services spécialisés, etc.)
- Des unités par territoire / secteur géographique
- Des unités par ordre alphabétique du nom du demandeur
- Pas de structuration particulière
- Autre, merci de préciser :

3.1.1 Si vous avez coché « Des unités par type de demande », veuillez préciser la nature de la demande :

3.1.2 Si vous avez coché « Des unités par type de déficience », veuillez préciser les différentes déficiences :



3.1.3 Si vous avez coché « Des unités qui instruisent par dominante du projet de vie (ex. orientation professionnelle, orientation scolaire, aides et cartes, orientation en établissements et services spécialisés, etc.) », veuillez préciser les différentes dominantes :

3.2 Les dossiers des usagers sont-ils analysés de manière globale (analyse simultanée de l'ensemble des demandes d'une même personne) ?

- Oui, systématiquement
- Oui, mais pas de façon systématique
- Non, jamais

3.2.1 Si l'analyse globale n'est pas réalisée de façon systématique ou n'est jamais réalisée, précisez pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) :

- L'organisation interne à la MDPH implique des circuits différents selon le type de demande
- Les compétences des professionnels ne permettent pas d'étudier l'ensemble des demandes
- Les délais différents pour certaines demandes ou l'arrivée à échéance de certains droits impose un traitement différencié d'une partie du dossier
- L'intervention de partenaires externes ou la réalisation d'évaluations complémentaires implique un délai plus long pour certaines demandes
- L'outil informatique oblige à traiter le dossier en distinguant les différentes demandes
- Autre, merci de préciser

3.2.2 Si l'analyse globale n'est pas réalisée de façon systématique ou n'est jamais réalisée, précisez quel type de situations fait l'objet d'une analyse globale (plusieurs réponses possibles) :

- Pour les dossiers à dominante « emploi »
- Pour les dossiers à dominante « prestations » (hors PCH)
- Pour les dossiers à dominante « scolarisation »
- Pour les dossiers à dominante « orientation en établissement »
- Pour les dossiers à dominante « domicile » dont PCH
- Autre, merci de préciser

3.3 Une équipe d'évaluation des situations des jeunes adultes (par exemple : équipe 16 – 20 ou 16 – 25 ans) existe-t-elle au sein de votre MDPH ?

- Oui
- Non
- Vous allez mettre en place prochainement cette équipe
- Une équipe d'évaluation de ce type a existé mais elle a été supprimée

3.3.1 Si oui, depuis combien de temps ?

- Moins d'1 an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans
- 7 ans
- 8 ans

3.3.2 Si une équipe d'évaluation de ce type a existé mais qu'elle a été supprimée, merci de préciser pourquoi :

3.4 Existe-t-il un coordonnateur dans votre EP ?

- Oui
- Non



3.4.1 Si oui, précisez le nombre de coordonnateur(s) dans votre EP :

3.4.1.1 Si votre EP compte plusieurs coordonnateurs, veuillez indiquer la répartition de leurs rôles :

3.4.2 Si oui, ce coordonnateur a-t-il un rôle de conseil technique auprès des membres de l'EP ?

- Oui
- Non

3.4.3 Si oui, ce coordonnateur exerce-t-il un rôle hiérarchique sur les membres de l'EP ?

- Oui, pour l'ensemble des EP
- Oui, pour certaines EP (ex. adultes ou enfants ; EP au siège ou en territoires...)
- Non

3.4.3.1 Si vous avez coché « Oui, pour certaines EP », merci de préciser :

3.4.4 Si oui, ce coordonnateur a-t-il également un rôle d'évaluateur au sein de l'EP ?

- Oui
- Non

3.4.5 Si oui, quel est son métier/sa fonction ?

- Référent insertion professionnelle
- Correspondant scolarisation
- Médecins généralistes
- Psychiatres
- Médecins spécialisés (autres que psychiatres)
- Psychologues
- Infirmiers
- Cadres administratifs
- Ergothérapeutes
- Conseiller habitat
- Travailleurs sociaux
- Conseiller en insertion professionnelle
- Enseignants
- Secrétaire médicale, secrétaire, personnel administratif
- Autre, merci de préciser :

3.5 Avez-vous procédé récemment à une réorganisation de l'EP ?

- Oui, en 2011
- Oui, en 2012
- Oui, c'est en cours ou réalisé en 2013
- Non, mais nous envisageons de le faire prochainement
- Non

3.5.1 Si oui, merci de préciser cette réorganisation :

3.6 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

4. Formation et échanges de pratiques (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)



4.1 Si des temps d'échanges de pratiques (autour de l'utilisation d'outils d'évaluation, de l'analyse de dossiers complexes) ont été mis en place pour les professionnels de votre MDPH, merci de préciser leurs modalités et leur fréquence de réalisation ?

	1 fois par an	2 à 3 fois par an	4 à 6 fois par an	7 à 12 fois par an	Plus de 12 fois par an
Via les échanges organisés au niveau national (CNSA notamment, formations...)					
Via des échanges organisés entre MDPH au niveau régional ou interdépartemental					
Au niveau départemental, organisés par la MDPH pour les évaluateurs de la MDPH					

4.2 Des temps de formation à la loi de 2005, aux concepts et fondamentaux (définition du handicap, CIF...), ont-ils été mis en place ?

- Oui
 Non

4.3 Des temps de formation autour de la connaissance des différents types de déficiences à l'origine du handicap ont-ils été mis en place ?

	Jamais	Moins d'une fois par an	1 fois par an	2 fois par an	Plus de 2 fois par an
Déficience motrice					
Déficience sensorielle					
Déficience psychique					
Déficience mentale					
Autisme					
Polyhandicap					
Troubles spécifiques des apprentissages					



et du langage (dys)					
Cérébro-lésés					
Autre					

4.3.1 Si vous avez coché « autre », merci de préciser :

4.4 Selon vous, existe-t-il des types de déficience face auxquels les professionnels sont plus en difficulté pour réaliser l'évaluation des besoins ?

- Oui
- Non

4.4.1 Si oui, merci de préciser (plusieurs réponses possibles) :

- Déficience motrice
- Déficience sensorielle
- Déficience psychique
- Déficience mentale
- Autisme
- Polyhandicap
- Troubles spécifiques des apprentissages et du langage (dys)
- Cérébro-lésés
- Autre, merci de préciser

4.5 Des temps de formation autour de l'éligibilité ont-ils été mis en place ?

- Oui
- Non

4.5.1 Si oui, veuillez préciser autour de quels thèmes (plusieurs réponses possibles) :

- Guide barème
- PCH
- AAH / RSDAE
- Autres (merci de préciser) :

4.6 Des temps de formation autour de l'utilisation des outils d'évaluation (GEVA ou autres) ont-ils été mis en place ?

- Oui
- Non

4.6.1 Si oui, merci d'indiquer la fréquence :

- Une seule fois, au moment de la prise de fonction du professionnel
- Moins d'une fois par an
- 1 fois par an
- 2 fois par an
- Plus de 2 fois par an
- Une seule fois (hors prise de fonction du professionnel)

4.7 Des temps de formation autour des droits et des prestations pour les personnes handicapées ont-ils été mis en place ?

- Oui
- Non



4.8 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

5. L'apport d'informations des partenaires lors de la constitution des dossiers

5.1 Des partenaires extérieurs alimentent-ils les dossiers de demande des usagers (ajout de pièces dans le dossier de demande permettant d'apporter des éléments complémentaires aux membres de l'EP chargés de l'évaluation) ?

- Oui
- Non

5.1.1 Si oui, merci de préciser lesquels (plusieurs réponses possibles) :

- Organismes d'aide à l'insertion professionnelle (notamment SAMETH)
- ESMS
- Education nationale
- Médecine du travail
- Autres acteurs de santé (notamment CMP, CRP, SSR, CHU...)
- Autres acteurs du champ social (CCAS, CLIC, unités locales du Conseil Général...)
- Autre : merci de préciser

5.2 Pour chaque proposition ci-dessous, merci d'indiquer une fréquence estimée par rapport au nombre de demandes :

	Pour environ ¼ des demandes	Pour environ la moitié des demandes	Pour environ les ¾ des demandes	Pour près de la totalité des demandes
Les éléments indiqués dans le certificat médical sont suffisants pour l'évaluation de la demande				
Les pièces jointes au certificat médical sont en général pertinentes pour l'évaluation de la demande				
La synthèse rédigée par le professionnel de santé transmettant les éléments est pertinente pour l'évaluation de la demande				

5.3 Avez-vous utilisé le kit de présentation du Certificat médical proposé par la CNSA?

- Oui
- Non

5.3.1 Si non, veuillez préciser pourquoi :

- Méconnaissance de ce kit
- Autre, merci de préciser :

5.3.2 Si oui, l'avez-vous présenté aux médecins de votre Département ?

- Oui
- Non
- Non, mais nous avons prévu de le faire dans les prochains mois

5.3.3 Si oui, veuillez préciser sous quelle forme ?

- Courrier
- Réunion incluse dans des formations continues
- Invitation par la MDPH



- Autre, précisez :

5.4 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

6. L'analyse initiale des demandes et des données de l'évaluation (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

6.1 Un temps de tri ou d'évaluation initiale a-t-il été mis en place afin d'analyser le dossier en amont de la procédure et ainsi l'orienter vers un processus d'évaluation plus ou moins rapide (circuit court par exemple)* et/ou approfondi ?

* Le circuit court fait référence à un mode de traitement des demandes « allégé » permettant un traitement plus rapide

- Oui
 Non

6.1.1 Si oui, merci de préciser pour quel type de demandes :

- Demandes enfants seulement
 Demandes adultes seulement
 Demandes enfants et adultes

6.1.2 Si oui, merci de préciser si des membres de l'EP participent à cette phase de tri ?

- Oui
 Non

6.1.2.1 Si oui, merci de préciser combien de membres de l'EP participent à cette phase de tri ? (menu déroulant de 1 à plus de 15)

6.1.3 Si oui, merci de préciser si un professionnel exerçant l'une de ces fonctions participe à cette phase de tri (plusieurs réponses possibles) :

- Coordonnateur de l'EP
 Référent insertion professionnelle
 Correspondant scolarisation
 Autre, merci de préciser

6.1.3.1 Merci de préciser le métier des autres membres de l'EP qui participent à cette phase de tri (plusieurs réponses possibles) :

- Médecins généralistes
 Psychiatres
 Médecins spécialisés (autres que psychiatres)
 Psychologues
 Infirmiers
 Cadres administratifs
 Ergothérapeutes
 Conseiller habitat
 Travailleurs sociaux
 Conseiller en insertion professionnelle
 Enseignants
 Secrétaire médicale, secrétaire, personnel administratif
 Autre, merci de préciser :



6.1.4 Si oui, merci de préciser le type de demande qui va directement en CDAPH après cette phase de tri / d'analyse initiale des données de l'évaluation – circuit court (selon votre estimation) :

	Environ ¼ des demandes	Environ la ½ des demandes	Environ les ¾ des demandes	Près de la totalité des demandes
Les demandes de prestations (AAH, AEEH)				
Les demandes de cartes				
Les premières demandes				
Les demandes de renouvellement « simples » (sans évolution de la situation)				
Autre				

6.1.4.1 Si vous avez coché « Autre », veuillez préciser :

6.2 Merci de préciser qui décide du passage en EP ou par un circuit court (plusieurs réponses possibles) :

- La cellule d'analyse initiale
- Coordonnateur de l'EP
- Référent insertion professionnelle
- Correspondant scolarisation
- Un autre professionnel de l'équipe pluridisciplinaire seul
- Une autre modalité : précisez

6.2.1 Si vous avez coché « un autre professionnel de l'équipe pluridisciplinaire seul » merci de préciser son métier : (plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Médecin spécialisé (autre que psychiatre)
- Psychologue
- Infirmier
- Cadre administratif
- Ergothérapeute
- Conseiller habitat
- Travailleur social
- Conseiller en insertion professionnelle
- Enseignant
- Secrétaire médicale, secrétaire, personnel administratif
- Autre, merci de préciser :



6.3 Merci d'indiquer le(s) type(s) de demandes qui sont systématiquement vues en EP hors circuit court (plusieurs réponses possibles) :

- Toutes les demandes (enfants et adultes)
- Les demandes enfants
- Les demandes de prestation (ex. les demandes de PCH)
- Les demandes relatives à des situations que vous jugez complexes (ex. les demandes d'AAH difficiles à évaluer, les situations de jeunes adultes, de personnes en situation de handicap psychique, de personnes handicapées vieillissantes, etc.)
- Les premières demandes
- Les demandes de renouvellement qui ne se font pas à l'identique (suite à une évolution de la situation)
- Autre, merci de préciser

6.3.1 Si vous avez coché « les demandes de prestation », merci de préciser lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

- AAH
- ACTP-ACFP
- Carte de priorité ou carte d'invalidité
- Carte de stationnement
- Orientation en ESMS adulte
- Formation professionnelle
- Orientation Professionnelle
- PCH adulte
- RQTH
- PPS
- AEEH
- Auxiliaire de vie scolaire
- Avis de matériel pédagogique
- Avis de transport scolaire
- Orientation en ESMS enfant
- Scolarisation enfant
- PCH enfant

6.4 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

7. Les modalités d'étude de l'éligibilité et d'évaluation (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

7.1 Des prestations d'évaluations sont-elles externalisées / confiées à des agents du Conseil général non intégrés dans les effectifs de la MDPH ?

- Oui, dans le cadre de conventions ou de partenariats qui formalisent ces accords
- Oui, de façon non formalisée
- Non

7.1.1 Si oui, merci de préciser les liens entre ces agents du Conseil général et l'EP (merci de classer les réponses de 1 à 5 – 1 étant la pratique la plus courante) :

- Rapport écrit transmis à l'EP
- Echanges itératifs (mails, téléphone)
- Réunion à la demande pour les cas complexes avec l'EP (ou le référent du dossier au sein de l'EP)
- Réunion programmée avec l'EP (ou le référent du dossier au sein de l'EP)
- Autre

7.1.1.1 Si vous avez coché « Autre », merci de préciser :



7.2 Des prestations d'évaluations sont-elles externalisées / confiées à des partenaires extérieurs (hors agents du Conseil général) ?

- Oui, dans le cadre de conventions ou de partenariats qui formalisent ces accords
- Oui, de façon non formalisée
- Non

7.2.1 Si oui, merci de préciser le profil de ces partenaires extérieurs (plusieurs réponses possibles) :

- Organismes d'aide à l'insertion professionnelle
- Education nationale
- Etablissements et services médico-sociaux
- Acteurs de santé (notamment psychiatres, pédopsychiatres, CMP, SSR, orthophonistes, ergothérapeutes...)
- Associations hors gestionnaires d'ESMS (CICAT, techniciens d'insertion AFM, ...)
- Autre, merci de préciser : ...

7.2.2 Si oui, merci de préciser les liens entre ces évaluateurs externes (hors agents du Conseil général) et l'EP (merci de classer les réponses de 1 à 5 – 1 étant la pratique la plus courante) :

- Rapport écrit transmis à l'EP
- Echanges itératifs (mails, téléphone)
- Réunion à la demande pour les cas complexes avec l'EP (ou le référent du dossier au sein de l'EP)
- Réunion programmée avec l'EP (ou le référent du dossier au sein de l'EP)
- Autre

7.2.2.1 Si vous avez coché « Autre », merci de préciser :

7.2.3 Si la réalisation de ces évaluations a été valorisée dans le cadre de conventions ou de partenariats avec ces organismes, merci de préciser le nombre d'ETP équivalent à l'intervention de ces évaluateurs externes :

7.3 Dans l'ensemble, comment jugez-vous la qualité des évaluations réalisées par ces évaluateurs externes par rapport aux besoins de l'équipe pluridisciplinaire ?

	Très satisfaisante	Satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante
Agents du Conseil général				
Organismes d'aide à l'insertion professionnelle				
Education nationale				
Etablissements et services médico-sociaux				
Acteurs de santé (notamment psychiatres, pédopsychiatres, CMP, SSR, orthophonistes, ergothérapeutes...)				
Associations hors gestionnaires ESMS				



(CICAT, techniciens d'insertion AFM, ...)				
Autre, merci de préciser : ...				

7.4 L'EP fait-elle appel à d'autres expertises extérieures pour réaliser les évaluations ?

- Oui
 Non

7.4.1 Si oui, merci de préciser à qui elle fait appel (plusieurs réponses possibles) :

- Centre de ressources (CRA, centres de référence troubles des apprentissages, centres nationaux de ressources handicaps rares...)
 Centres de référence maladies rares
 Autre, merci de préciser

7.5 Selon votre estimation, les évaluations sont réalisées en équipe (plus d'un membre de l'EP) pour :

	Moins d'un quart des demandes	Environ la moitié des demandes	Environ les trois quarts des demandes	Près de la totalité des demandes
Les demandes enfant (hors PCH)				
Les demandes adultes (hors PCH)				
Les demandes de PCH				

7.6 Pour chaque type de demande, merci de préciser les membres de l'EP habituellement en charge de ce type d'évaluation :

	Pour les dossiers à dominante « emploi »	Pour les dossiers à dominante « prestations » (hors PCH)	Pour les dossiers à dominante « scolarisation »	Pour les dossiers à dominante « orientation en établissement »	Pour les dossiers à dominante « domicile » dont PCH
Médecins généralistes					
Psychiatres					
Médecins spécialisés (hors psychiatre)					
Médecine du travail					
Infirmière					
Psychologues					
Ergothérapeutes					



Cadre administratif					
Travailleurs sociaux					
Enseignants					
Dont référent insertion professionnelle*					
Dont correspondant scolarisation*					
Dont coordonnateur					

7.7 Merci de préciser les critères qui font que l'évaluation est réalisée sur le lieu de vie de la personne (plusieurs réponses possibles):

- Le type de prestation
- La complexité de la situation (jeunes adultes, handicap psychique, personne handicapée vieillissante...)
- Les premières demandes
- Les demandes de renouvellement
- Autre, merci de préciser

7.7.1 Si vous avez coché « le type de prestation », merci de préciser lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

- AAH
- ACTP-ACFP
- Carte de priorité ou carte d'invalidité
- Carte de stationnement
- Orientation en ESMS adulte
- Formation professionnelle
- Orientation Professionnelle
- PCH adulte
- RQTH
- PPS
- AEEH
- Auxiliaire de vie scolaire
- Avis de matériel pédagogique
- Avis de transport scolaire
- Orientation en ESMS enfant
- Scolarisation enfant
- PCH enfant

7.8 Dans le cadre d'un recours gracieux, quelles sont les modalités de réalisation de la nouvelle évaluation (plusieurs réponses possibles) ?

- La personne est rencontrée systématiquement,
- La seconde évaluation est réalisée par un professionnel différent
- La situation est réexaminée en EP
- Autre, merci de préciser

7.9 Qui vérifie l'éligibilité aux divers dispositifs ?



	Un médecin de l'équipe pluridisciplinaire seul	Un seul membre de l'équipe pluridisciplinaire (non médecin)	L'équipe pluridisciplinaire (plusieurs professionnels)	Autre, merci de préciser :
AAH				
ACTP- ACFP				
PCH adulte				
Carte de priorité ou carte d'invalidité				
Carte de stationnement				
Orientation en ESMS adulte				
Formation / orientation professionnelle				
RQTH				
PPS / scolarisation enfant				
Auxiliaire de vie scolaire				
Avis de matériel pédagogique				
Avis de transport scolaire				
Orientation en ESMS enfant				
AEEH				
PCH enfant				

7.10 Si vous avez coché « autre », merci de préciser :

7.11 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

8. Les outils d'aide à l'élaboration des réponses (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

8.1 Des référentiels, des outils d'aide à l'élaboration des réponses sont-ils utilisés par les personnes chargées des évaluations au sein de votre MDPH ?

- Oui
- Non



- 8.1.1 Si oui, merci de préciser lesquels, hors outils d'éligibilité (comme le guide Barème) ou d'évaluation (comme le GEVA ou le GEVA-Sco) :
- Arbre décisionnel RSDAE
 - Autre, merci de préciser

- 8.1.2 Si oui, merci de préciser pour quel(s) type(s) de demande (plusieurs réponses possibles) :
- AAH
 - ACTP-ACFP
 - Carte de priorité ou carte d'invalidité
 - Carte de stationnement
 - Orientation en ESMS adulte
 - Formation professionnelle
 - Orientation Professionnelle
 - PCH adulte
 - RQTH
 - PPS
 - AEEH
 - Auxiliaire de vie scolaire
 - Avis de matériel pédagogique
 - Avis de transport scolaire
 - Orientation en ESMS enfant
 - Scolarisation enfant
 - PCH enfant

8.2 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

9. L'élaboration de la réponse (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

- 9.1 Merci d'indiquer le type de demandes pour lesquelles un plan personnalisé de compensation (PPC) est rédigé de façon systématique (plusieurs réponses possibles) :
- Toutes les demandes
 - Toutes les demandes « complexes »
 - Toutes les demandes pour lesquelles il y a désaccord entre la demande formulée par l'utilisateur ou sa famille et la proposition de plan réalisé par l'EP notamment les refus
 - Toutes les demandes pour lesquelles l'EP va proposer un refus
 - Pour certains types de demandes (ex. PCH, ACTP, AEEH...)
 - Pour les demandes ayant fait l'objet d'une visite sur le lieu de vie
 - Autre, merci de préciser :

- 9.1.1 Si vous avez coché « pour certains types de demandes », merci de préciser lesquelles (plusieurs réponses possibles) :
- AAH
 - ACTP-ACFP
 - Carte de priorité ou carte d'invalidité
 - Carte de stationnement
 - Orientation en ESMS adulte
 - Formation professionnelle
 - Orientation Professionnelle
 - PCH adulte
 - RQTH
 - PPS
 - AEEH
 - Auxiliaire de vie scolaire



- Avis de matériel pédagogique
- Avis de transport scolaire
- Orientation en ESMS enfant
- Scolarisation enfant
- PCH enfant

9.2 L'équipe pluridisciplinaire propose-t-elle à l'utilisateur une prestation ou une orientation qu'il n'avait pas demandée initialement dans le formulaire de demande si cela apparaît pertinent après l'analyse de son dossier ?

- Oui, aussi souvent que cela est pertinent
- Oui, de temps en temps
- Oui, à titre exceptionnel
- Jamais

9.2.1 Si non, veuillez préciser pourquoi (plusieurs réponses possibles):

- La loi n'impose pas d'étudier une demande non explicitement formulée par l'utilisateur
- Le cadre réglementaire départemental ne permet pas de répondre à des demandes non explicitement formulées par l'utilisateur
- L'EP ne dispose pas du temps nécessaire pour analyser d'autres prestations/orientations auxquelles l'utilisateur pourrait prétendre
- L'outil informatique ne permet pas de revenir sur la demande
- Autre, merci de préciser

9.3 Selon vous, les propositions formulées par l'EP en matière d'orientation sont-elles influencées par l'offre locale en établissements et services ?

- Oui, systématiquement
- Fréquemment
- Rarement
- Non, pas du tout

9.4 Est-ce qu'à votre avis, les propositions formulées par l'EP sont influencées par les décisions habituelles de la CDAPH ?

- Oui, tout à fait
- Fréquemment
- Rarement
- Non, pas du tout

9.5 Souhaitez-vous apporter des précisions aux deux questions précédentes ?

- Oui
- Non

9.5.1 Existe-t-il une capitalisation de la doctrine locale / un suivi de la jurisprudence locale issue des décisions de la CDAPH ?

- Oui
- Non

9.5.1.1 Si oui, sous quelle forme (plusieurs réponses possibles) ?

- Discussion orale argumentée sur des décisions prises antérieurement
- Recueil écrit de décisions ayant fait l'objet de débat de fond
- Réunions périodiques équipe pluridisciplinaire / CDAPH spécifiquement pour élaborer cette doctrine
- Autre (préciser)



9.6 Existe-t-il un temps d'harmonisation ou de passage en revue commun (associant l'ensemble ou plusieurs membres de l'EP) des propositions de l'équipe pluridisciplinaire, pour le dossier d'un usager, avant passage en CDAPH ?

- Oui, pour tous les types de demandes ou situations
- Oui, pour certains types de demandes ou certaines situations
- Non

9.6.1 Si vous avez coché « Oui, pour certains types de demandes », veuillez préciser si :

- Le choix se fait en fonction du type de demande (exemple : AAH, PCH, RQTH, orientation en ESMS...)
- Le choix se fait en fonction du type de dominante de la demande (exemple : dominante « emploi », dominante « scolarisation »...)
- Le choix se fait en fonction d'autres critères : précisez en clair

9.6.2 Si vous avez coché « Le choix se fait en fonction du type de demande (exemple : AAH, PCH, RQTH, orientation en ESMS...) », veuillez préciser pour lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

- AAH
- ACTP-ACFP
- Carte de priorité ou carte d'invalidité
- Carte de stationnement
- Orientation en ESMS adulte
- Formation professionnelle
- Orientation Professionnelle
- PCH adulte
- RQTH
- PPS
- AEEH
- Auxiliaire de vie scolaire
- Avis de matériel pédagogique
- Avis de transport scolaire
- Orientation en ESMS enfant
- Scolarisation enfant
- PCH enfant

9.6.3 Si vous avez coché « Le choix se fait en fonction du type de dominante de la demande (exemple : dominante « emploi », dominante « scolarisation »...) », veuillez préciser pour lesquelles (plusieurs réponses...) :

- Pour les demandes à dominante « emploi »
- Pour les demandes à dominante « prestations » (hors PCH)
- Pour les demandes à dominante « scolarisation »
- Pour les demandes à dominante « orientation en établissement »
- Pour les demandes à dominante « accompagnement à domicile »
- Pour les demandes de PCH
- Autre dominante (merci de préciser) :

9.6.4 Selon votre estimation, merci de préciser la part de demandes pour lesquelles il existe un temps d'harmonisation ou de passage en revue commun :

- Environ ¼ des demandes
- Environ la ½ des demandes
- Environ les ¾ des demandes
- Près de la totalité des demandes

9.7 Merci de préciser qui présente les dossiers en CDAPH (plusieurs réponses possibles) :

- Coordonnateur de l'EP
- Référent insertion professionnelle



- Correspondant scolarisation
- Chef de service
- Directeur
- Directeur adjoint
- Autre(s) membre(s) de l'EP

9.7.1 Si vous avez coché « Autre(s) membre(s) de l'EP », merci de préciser ces autres membres qui présentent les dossiers en CDAPH (plusieurs réponses possibles) :

- Médecins généralistes
- Psychiatres
- Médecins spécialisés (autres que psychiatres)
- Psychologues
- Infirmiers
- Cadres administratifs
- Ergothérapeutes
- Conseiller habitat
- Travailleurs sociaux
- Conseiller en insertion professionnelle
- Enseignants
- Autre, merci de préciser : ...

9.8 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

10. L'informatisation (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

10.1 Avez-vous mis en place un processus général d'informatisation des dossiers de la MDPH ?

- Oui
- Non

10.2 Merci de préciser, pour les différentes phases de la procédure, quel est le niveau d'informatisation :

	Informatisation complète	Informatisation partielle (ex. informatisation du suivi des rdv / vad de l'EP mais pas informatisation de l'évaluation réalisée ou inversement)	Pas d'informatisation
La phase d'instruction administrative			
La phase d'évaluation (par l'équipe pluridisciplinaire)			
La phase d'élaboration des PPC			
La phase de décision (décision en CDAPH et communication de la			



décision aux personnes)			
-------------------------	--	--	--

10.3 Les dossiers sont-ils numérisés ?

- Oui, pour l'ensemble des dossiers
- Oui, pour une partie des dossiers
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.4 L'inscription du dossier à l'ordre du jour de l'EP est-elle réalisée automatiquement grâce à votre système d'information ?

- Oui
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.5 La convocation à une visite médicale est-elle générée de manière automatique grâce à votre système d'information ?

- Oui
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.6 La convocation à une rencontre de l'usager avec d'autres professionnels de l'EP est-elle générée de manière automatique grâce à votre système d'information ?

- Oui
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.7 Lorsqu'une visite à domicile est prévue, le courrier d'information est-il généré de manière automatique grâce à votre système d'information ?

- Oui
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.8 Votre système d'information intègre-t-il des nomenclatures du GEVA ?

- Oui
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.8.1 Si oui lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

- Toutes
- Codification de la CIM 10
- déficiences
- origines des pathologies
- les 19 activités de l'éligibilité PCH
- les autres activités

10.9 La proposition de PPC est-elle générée automatiquement suite à la rédaction par le (ou les) membre(s) de l'EP ?

- Oui
- Non, mais c'est en projet
- Non

10.10 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :



11. La place de l'utilisateur (rappel : les éléments à indiquer ci-dessous sont ceux qui étaient en vigueur au 31 décembre 2012)

11.1 Veuillez préciser les différents dispositifs mis en place au sein de votre MDPH afin d'aider les usagers en amont du dépôt de leur demande (plusieurs réponses possibles) :

- Une aide à la formulation du projet de vie
- Une aide au remplissage de la demande
- Autre, merci de préciser :

11.1.1 Si vous avez coché « une aide au remplissage de la demande » ou « une aide à la formulation du projet de vie », merci d'indiquer s'il s'agit :

	Une aide à la formulation du projet de vie	Une aide au remplissage de la demande
De temps de permanence dédiés (soit au téléphone, soit en rdv) et réguliers (plusieurs fois par semaine)		
De plages de rdv dégagées de façon exceptionnelle (à la demande)		
D'autres modalités		

11.1.2 Si vous avez coché « autres modalités », merci de préciser :

11.1.3 Si vous avez coché « une aide au remplissage de la demande » ou « une aide à la formulation du projet de vie », merci d'indiquer le type de professionnel assurant ces permanences (plusieurs réponses possibles) :

	Une aide à la formulation du projet de vie	Une aide au remplissage de la demande
Personnel administratif		
Travailleurs sociaux		
Médecins généralistes		
Médecins spécialisés		
Ergothérapeutes		
Enseignants		
Référent insertion professionnelle		
Correspondant scolarisation		
Bénévoles, intervenants associatifs externes		



Partenaires externes dans le cadre de conventions		
Autre, merci de préciser		

11.2 L'utilisateur est-il associé au moment de l'élaboration du PPC ?

- Systématiquement
- La plupart du temps
- De temps en temps
- Jamais

11.2.1 Si oui, sous quelle forme (plusieurs réponses possibles) ?

- Rendez-vous physique avec la personne chargée de la rédaction du PPC au domicile de l'utilisateur
- Rendez-vous physique avec la personne chargée de la rédaction du PPC à la MDPH
- Contact téléphonique de l'utilisateur par la personne chargée de la rédaction du PPC
- Autre, merci de préciser :

11.3 La proposition de PPC soumise en CDAPH est-elle transmise à l'utilisateur ?

- Systématiquement
- La plupart du temps
- De temps en temps
- Jamais

11.3.1 Si vous avez coché « La plupart du temps » ou « De temps en temps », veuillez indiquer sur quels critères la proposition de PPC soumise en CDAPH est transmise à l'utilisateur ?

- Toutes les demandes « enfant »
- Toutes les demandes « complexes »
- Toutes les demandes pour lesquelles il y a désaccord entre la demande formulée par l'utilisateur ou sa famille et la proposition de plan réalisé par l'EP
- Toutes les demandes pour lesquelles l'EP va proposer un refus
- Pour certains types de demandes (ex. PCH, ACTP,...)
- Autres, merci de préciser

11.3.2 Parmi les PPC transmis, merci d'indiquer la part de PPC sur laquelle l'utilisateur fait un retour (parmi les PPC transmis) ?

- Environ ¼ des demandes
- Environ la ½ des demandes
- Environ les ¾ des demandes
- Près de la totalité des demandes

11.3.3 Selon votre estimation, merci d'indiquer la part de PPC sur laquelle l'utilisateur fait une demande de modification (parmi les PPC transmis) ?

- Environ ¼ des demandes
- Environ la ½ des demandes
- Environ les ¾ des demandes
- Près de la totalité des demandes

11.4 Selon les textes (article R241-30 du CASF), « la personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée, au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la commission ou, le cas échéant, la section locale ou spécialisée se prononcera sur sa demande, ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix. »

Dans la pratique, l'utilisateur est-il informé directement de la date du passage de son dossier en CDAPH ?

- Systématiquement
- La plupart du temps



- Rarement
- Jamais

11.4.1 Si vous avez coché « Rarement » ou « La plupart du temps », veuillez indiquer sur quels critères l'utilisateur est informé directement de la date du passage de son dossier en CDAPH ?

- Toutes les demandes « enfant »
- Toutes les demandes « complexes »
- Toutes les demandes pour lesquelles il y a désaccord entre la demande formulée par l'utilisateur ou sa famille et la proposition de plan réalisé par l'EP
- Toutes les demandes pour lesquelles l'EP va proposer un refus
- Pour certains types de demandes (ex. PCH, ACTP,...)
- Lorsqu'un PPC a été envoyé
- Autres, merci de préciser

11.5 Dans la pratique, l'utilisateur est-il informé de son droit à assister à la CDAPH ?

- Systématiquement
- La plupart du temps
- Rarement
- Jamais

11.5.1 Si vous avez coché « Rarement » ou « La plupart du temps », veuillez indiquer sur quels critères l'utilisateur est invité à la CDAPH (plusieurs réponses possibles) ?

- Toutes les demandes « enfant »
- Toutes les demandes « complexes »
- Toutes les demandes pour lesquelles il y a désaccord entre la demande formulée par l'utilisateur ou sa famille et la proposition de plan réalisé par l'EP
- Toutes les demandes pour lesquelles l'EP va proposer un refus
- Pour certains types de demandes (ex. PCH, ACTP,...)
- Autre, merci de préciser

11.5.2 Si vous avez coché « pour certains types de demandes », merci de préciser lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

- AAH
- ACTP-ACFP
- Carte de priorité ou carte d'invalidité
- Carte de stationnement
- Orientation en ESMS adulte
- Formation professionnelle
- Orientation Professionnelle
- PCH adulte
- RQTH
- PPS
- AEEH
- Auxiliaire de vie scolaire
- Avis de matériel pédagogique
- Avis de transport scolaire
- Orientation en ESMS enfant
- Scolarisation enfant
- PCH enfant

11.6 Lorsque l'utilisateur est présent en CDAPH, veuillez préciser l'organisation de la CDAPH pour entendre les personnes (usagers et/ou accompagnant) :

- CDAPH plénière
- CDAPH restreinte



- Un membre de la CDAPH et un membre de l'EP
- Quelques membres de la CDAPH (veuillez préciser lesquels) :

11.7 Combien d'usagers se sont effectivement présentés en CDAPH en 2012 ?

11.8 Si vous le souhaitez, vous pouvez commenter vos réponses :

12. Commentaires

12.1 Vous pouvez, si vous le souhaitez, préciser vos commentaires sur le questionnaire :

13. Contact MDPH

13.1 Veuillez indiquer le nom d'une ou plusieurs personnes à contacter pour obtenir des informations/éléments complémentaires en cas de besoin :

- Nom :
- Prénom :
- Fonction au sein de la MDPH
- Téléphone :
- Adresse mail :
- Autre(s) contact(s) :

14. Fin du questionnaire

Ce questionnaire est maintenant terminé.

Nous vous remercions beaucoup pour le temps que vous y avez consacré et les éléments transmis utiles à l'étude engagée.

Un retour sera réalisé auprès vous à l'issue de l'étude.



9.2 Questionnaire pour un bilan du plan d'action GEVA diffusé aux MDPH

Questionnaire pour un bilan du plan d'action GEVA – mai 2013

A l'attention des équipes des MDPH

Un premier bilan sur l'utilisation du GEVA a été établi par la CNSA suite à la parution du décret de 2008. (http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_GEVA_signets-2.pdf). Un plan d'action pour l'appropriation du GEVA a ensuite été mis en œuvre, il prend fin en 2013. Les remontées statistiques annuelles 2012 indiquent que 98% des MDPH utilisent désormais le GEVA, selon des modalités variées. Afin de construire un bilan plus détaillé, la CNSA vous propose le questionnaire suivant, auquel vous pourrez adjoindre vos remarques et propositions d'actions à envisager.

Merci de répondre d'ici le 31 mai au questionnaire en ligne sur (lien questionnaire) :

(en rouge : les questions qui nécessitent obligatoirement une réponse)

1. Quel est votre département :

(liste déroulante avec numéros du département)

L'utilisation du GEVA

2. Quels sont les volets du GEVA que vous utilisez le plus ? (plusieurs réponses possibles)

- Volet identification
- Volet 1 Familial, social et budgétaire
- Volet 2 Habitat et cadre de vie
- Volet 3a Parcours de formation
- Volet 3b Parcours professionnel
- Volet 4 Médical
- Volet 5 Psychologique
- Volet 6 Activités, capacités fonctionnelles
- Volet 7 Aides mises en œuvre
- Volet 8 Synthèse
- N'utilise pas le GEVA → aller à la Q5

3. L'utilisez-vous dans une version ? (une réponse possible)

- papier
- dématérialisée hors de votre système d'information
- intégrée au sein de votre système d'information

4. Depuis quelle année l'utilisez-vous ? (une réponse possible)

- 2007 (phase d'expérimentation)
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011
- 2012
- 2013

5. Avez-vous réalisé des adaptations au GEVA ? (une réponse possible)

- Oui
- Non → aller à la Q8

6. Si oui, s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles)

- D'une simplification de la version « officielle » de tous les volets



- D'une simplification de la version « officielle » de certains volets
- D'une adaptation pour un public particulier (exemples : handicap d'origine psychique, autisme, enfants, etc.)
- D'une adaptation pour des situations spécifiques (exemples : révision d'orientation en ESMS, visite à domicile, étude de l'employabilité, etc.)
- Autres : en clair

7. Ces adaptations sont-elles utilisées ? (une réponse possible)

- exclusivement en interne à la MDPH
- en interne et par des partenaires externes
- exclusivement par des partenaires externes

8. Vos partenaires de l'Education Nationale utilisent-ils le GEVA-Sco ? (une réponse possible)

- non → aller à Q10
- oui, dans le cadre d'une première demande
- oui, dans le cadre d'un renouvellement
- oui, dans les 2 cas

9. Si oui, quelle est la part, approximative, des GEVA-Sco reçus dans les demandes de parcours de scolarisation ? (une réponse possible)

- moins de 5%
- 5 à moins de 20%
- 20 à 50%
- Plus de 50%

10. Que vous utilisiez le GEVA en version « officielle » ou dans une version adaptée, quelles évolutions avez-vous pu constater dans son utilisation ? (plusieurs réponses possibles)

- Evolutions/adaptations de l'outil
- Meilleure compréhension de l'outil
- Utilisation plus optimale de l'outil (utilisation d'un nombre d'items plus conséquent qu'au début)
- Utilisation par un nombre plus important de professionnels au sein de la MDPH
- Utilisation par un nombre plus important de professionnels en dehors de la MDPH

11. Quelles sont vos attentes pour améliorer le recueil d'informations pour l'évaluation et l'élaboration de réponses ? (en clair)

La synthèse des évaluations

12. Pour présenter la synthèse de l'évaluation en CDAPH, utilisez-vous ? (une réponse possible)

- le volet 8 actuel du GEVA dans sa version intégrale → aller à Q14
- un extrait de l'actuel volet 8 → aller à Q14
- l'ancien volet 8 du GEVA (version 2006)
- un document *ad hoc* propre à votre MDPH

13. S'il s'agit d'un document *ad hoc*, que contient-il ? (une réponse possible)

- seulement les critères d'éligibilité aux prestations demandées (taux d'incapacité, difficultés graves ou absolues etc.)
- seulement des points saillants de l'évaluation (dont les critères d'éligibilité)
- des points saillants de l'évaluation + les besoins repérés
- des points saillants de l'évaluation + les préconisations de l'équipe pluridisciplinaire
- des points saillants de l'évaluation + les besoins repérés + les préconisations de l'équipe pluridisciplinaire

14. Quelles sont vos attentes pour améliorer la présentation des résultats de l'évaluation et les préconisations lors de la CDAPH (en termes d'outils, de pratiques, d'organisation, de formations, etc.) ? (préciser en clair)

15. Quelles sont vos attentes pour passer de la synthèse de l'évaluation d'une situation individuelle à l'élaboration de réponses ? (préciser en clair)

L'évaluation à domicile et sur dossier



16. Utilisez-vous un outil pour recueillir les informations à domicile ? (une réponse possible)

- Non → aller à Q19
- Oui

17. Si oui, de quel outil s'agit-il ? (une réponse possible)

- Le GEVA lui-même → aller à Q19
- Un outil *ad hoc* contenant des items du GEVA → aller à Q19
- Un guide d'entretien
- Autre : préciser

18. S'il s'agit d'un guide d'entretien, pouvez-vous décrire les grandes caractéristiques/items de cet outil ? (préciser en clair)

19. Utilisez-vous un outil pour recueillir et analyser les informations sur dossier ?

- Non → aller à Q21
- Oui

20. Si oui, de quel outil s'agit-il ? (une réponse possible)

- Le GEVA lui-même
- Un outil *ad hoc* contenant des items du GEVA
- Une grille d'analyse/de lecture du dossier
- Autre : préciser

21. Avez-vous des attentes particulières en matière d'outils pour réaliser les évaluations sur le lieu de vie, sur dossier, autre ? (préciser en clair)

L'informatisation du GEVA

22. Avez-vous fait développer un module de collecte sur les données d'évaluation ? (une réponse possible)

- Oui
- Non → aller à Q26
- Non car déjà présent dans mon système d'information initial → aller à Q24

23. Si oui, ce module a été développé ? (une réponse possible)

- Par vous-même (un service de la MDPH ou du Conseil général)
- Par l'éditeur de votre système d'information
- Par un autre éditeur

24. Votre système d'information vous permet-il de collecter des données ? (plusieurs réponses possibles)

- sur le volet identification : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 1 : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 2 : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 3a : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 3b : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 4 : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 5 : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 6 : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 7 : complètement, partiellement, pas du tout
- sur le volet 8 : complètement, partiellement, pas du tout

25. Les fonctionnalités de ce module vous permettent de ? (plusieurs réponses possibles)

- De vous connecter de façon sécurisée
- D'identifier les résultats des différents évaluateurs
- De faire une (ou des) synthèse(s) automatisée(s) de l'évaluation
- De suivre l'avancement d'une évaluation
- De saisir des évaluations en dehors des locaux de la MDPH
- De synchroniser ces saisies hors MDPH avec votre SI MDPH
- De générer un fichier export des données d'évaluation
- D'intégrer un fichier de données issu d'un partenaire ayant effectué une évaluation



- De produire une synthèse documentaire de l'évaluation

26. Dans le cas où votre système d'information ne vous permet pas de collecter ces données, projetez-vous de vous équiper ?

- A horizon d'1 an
- A horizon de 2 ans
- A plus longue échéance
- Jamais

Les échanges d'informations

27. Comment qualifiez-vous les échanges avec vos partenaires ESMS, au niveau de la transmission d'informations pour l'évaluation des situations individuelles et pour l'élaboration des réponses ? (une réponse possible)

- Nombreux échanges et plutôt satisfaisants
- Nombreux échanges et peu satisfaisants
- Peu d'échanges et plutôt satisfaisants
- Peu d'échanges et peu satisfaisants

28. Avez-vous élaboré avec vos partenaires un ou des outils dit(s) GEVA-compatible(s) ? (une réponse possible)

- Non et ce n'est pas envisagé
- Non mais c'est envisagé
- Oui

29. Si oui, de quel(s) outil(s) GEVA-compatibles(s) s'agit-il ?
(préciser en clair : objectifs et grandes caractéristiques de cet(ces) outil(s))

30. Comment qualifiez-vous les échanges avec les membres de votre CDAPH ? (une réponse possible)

- Nombreux échanges et plutôt satisfaisants
- Nombreux échanges et peu satisfaisants
- Peu d'échanges et plutôt satisfaisants
- Peu d'échanges et peu satisfaisants

31. Avez-vous pris connaissance du Cahier pédagogique sur le GEVA, publié en septembre 2012 sur le site de la CNSA ?
(une réponse possible)

- Oui et un échange a été suscité avec l'équipe et/ou les partenaires
- Oui et une réunion d'échanges avec les partenaires est envisagée
- Oui mais sans échange particulier → aller à la Q35
- Non je ne savais pas → aller à Q37
- Non pas encore mais une réunion est envisagée cette année avec les partenaires autour du GEVA, de la GEVA-compatibilité et du « juste niveau » d'informations à échanger → aller à Q37

32. Si oui, dans quelle circonstance l'échange a-t-il eu lieu ? (préciser en clair)

33. Si ces échanges ont eu lieu, avez-vous constaté des évolutions ? (une réponse possible)

- Non → aller à Q35
- Oui

34. Si vous avez constaté des évolutions, concernent-elles ?

- la qualité du dialogue avec ces partenaires : oui / non
- leur connaissance du GEVA : oui / non
- la compréhension du « juste niveau » d'informations à échanger : oui/non
- la compréhension des rôles et missions de chacun : oui / non

35. Si vous avez pris connaissance du Cahier pédagogique sur le GEVA, pensez-vous que cela a permis de développer une culture commune au sein de l'équipe et/ou avec vos partenaires (définition commune des situations de handicap, amélioration des échanges, etc.) ? (une réponse possible)

- non
- oui



36. Si oui, pouvez-vous préciser ?
(préciser en clair)

37. Quels sont, selon vous, au travers de vos pratiques et de vos connaissances des pratiques de votre réseau, les éléments marquants depuis 2010 sur le sujet de l'évaluation des besoins des personnes ?
(préciser en clair)

38. Quelles sont, selon vous, les actions à conduire à court, moyen ou long terme, concernant l'ensemble du processus d'évaluation et d'élaboration des réponses ? Pour quel public ? A construire avec quels acteurs ?
(préciser en clair)

Merci de votre participation

Si vous avez indiqué l'utilisation d'outils *ad hoc*, merci de les transmettre par mail à Typhaine Mahé : typhaine.mahe@cnsa.fr



9.3 Tableau de synthèse des modalités d'évaluation utilisées par type de professionnel et par type de demande

Cas de :	A	B	C	D	E	F	G	H
VM médecin	Carte seule (possible)	Fréquent pour les 1ères demandes (tous types)	Pour des ACTP / PCH où il y a un doute, sur l'éligibilité, et où le TS serait en difficulté pour l'évaluer	Renouvellement AAH ou 1ère demande AAH / ORP non évident		Possible, sur tous les types de cas, assez régulière	PCH Adulte	Fréquentes, sur tout type de dossier adulte identifié sur pré évaluation médicale
	1ère demande AEEH (souvent)	AAH, éligibilité PCH, RTH	Pour une révision avec amélioration état de santé --> proposition d'une VM pour annoncer une éventuelle baisse de taux	Si doutes sur cartes		Notamment pour les enfants avec TED (si pas rdv social)	Situation insertion pro adulte	5 types de VM (adulte) : généraliste, PCH, travail, psychiatrie, ophtalmo
	Demandes professionnelles (ORP, RTH...) (possible)	Recours	Certains passages entre enfants et adultes génère visite : là aussi, on accompagne d'éventuelles baisses de droit par une explication					
Entretien infirmier	Carte seule (possible) Demandes professionnelles (ORP, RTH...) (possible)							
VAD infirmier							PCH adulte	
VAD TS	Autonomie, dont PCH (systématique)	Possible sur tout type de demandes et notamment fréquent pour 1ères demandes, notamment :	PCH uniquement (aide humaine)	PCH uniquement (surtout 1ère demande, pas sur toutes les demandes de PCH)	très rare, cas particuliers / très délicats	PCH enfant (en binôme avec le médecin)	PCH adulte	PCH aide humaine
	AEEH (possible)	1ère demande AAH / ESAT, réorientation				PCH adulte	Rares sur l'enfance	
		1ère Demande MS enfant (établissement et services)						
		1ère demande ESMS adultes						
VAD médecin					PCH adulte	PCH enfant	PCH adulte (médecin CG)	
Entretien TS (sur site)		1ère demande AAH / ESAT, réorientation		PCH, mais éventuellement aussi sur d'autres dossiers Si médecin anticipe radiation AAH		Possible sur situation pro adulte, voire sur la PCH adulte		
				Demande AAH / ORP non évident		AEEH (possible) 1ère demande enfant (souvent), enfants TED Quelques demandes emploi adulte (rare)		
Entretien RIP	Demandes professionnelles (ORP, RTH...) (possible)					possible aussi	ou cons socio-pro, sur situation insertion professionnelle	
VAD ergo	PCH aménagement logement (souvent)	PCH, AEEH, sur des besoins bien précis (aide technique, aménagement).		PCH aide technique (très souvent)	PCH adulte	PCH am logement (interne ou libérale)	PCH adulte (aussi aide humaine)	PCH aide technique
Entretiens téléphoniques TS (conseiller en insertion) ou RIP					ORP, AAH (sur le pro) demande de SAVS AEEH		Plutôt par téléphone sur les situations d'enfant (faits par les enseignantes MDPH ou TS)	Quasi systématique pour tous les dossiers d'insertion pro (par un cadre administratif)



9.4 Liste des questions évaluatives

1. L'analyse du fonctionnement général
 - Le nombre et le type des demandes
 - Les caractéristiques sociodémographiques des demandeurs (âge, sexe, situation familiale, ressources, habitat rural/urbain etc.)
2. L'analyse de l'utilisation du GEVA et des pratiques d'évaluation
 - Le nombre et le type de situations pour lesquelles le GEVA est désormais utilisé
 - Les volets et les items les plus utilisés, mais aussi les items les plus problématiques
 - Les points de blocage pour la compréhension et l'utilisation du GEVA par les équipes
 - Le niveau d'informatisation du GEVA au sein de la MDPH (et la compatibilité éventuelle des outils entre MDPH)
 - "Les outils complémentaires utilisés
 - L'existence de référentiels et outils d'aide à la préconisation et à la construction du plan personnalisé de compensation "
 - L'utilisation des différents outils notamment d'éligibilité fournis par la CNSA en dehors du GEVA
 - L'organisation retenue pour gérer la distinction enfant (0-20 ans)/adulte (> 20 ans), voire adolescents ou jeunes adultes
 - La modularité du processus d'évaluation et les critères de choix des modules
 - La modulation/ adaptation du GEVA ou de tout autre outil d'évaluation à ces différents modules et au niveau de complexité du dossier / de l'élaboration d'outils dédiés
 - L'impact de la dématérialisation du traitement des demandes sur le processus d'évaluation : quid de l'informatisation du processus d'évaluation
 - Les modalités d'accompagnement et d'encadrement technique des équipes d'évaluation pour l'harmonisation des pratiques et l'utilisation des outils : existence de réunions d'échanges de pratiques, formations à l'utilisation des outils
 - Typologie des MDPH au regard de l'utilisation ou non du GEVA
3. Autres éléments analysés
 - L'impact de l'organisation générale de la MDPH
 - L'impact de la structuration de l'EP
 - L'impact de la composition de l'EP et du rôle du coordinateur
 - L'impact de l'existence d'une cellule de pré-tri
 - Les modalités d'étude de l'éligibilité et d'évaluation (recours à des partenaires extérieurs, modalités de réalisation des évaluations,...)
 - Les modalités d'élaboration de la réponse
 - L'apport d'information des partenaires / les relations avec les partenaires
 - La place de l'utilisateur



9.5 Glossaire



AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACTP	Allocation Compensatrice de Tierce Personne
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AFM	Association Française contre les Myopathies
APF	Association des Paralysés de France
AS	Assistant Social
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CDAPH / CDA	Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CES	Cartes Européennes de Stationnement
CG	Conseil Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Carte d'Invalidité
CIM 10	Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10ème révision
CM	Certificat Médical
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Pscho-Pédagogique
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CP	Carte de Priorité
CPO	Centre de PréOrientation
APSAH	Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et Autres Handicapés
CRA	Centre de Ressources Autisme
CRP	Centres de Rééducation Professionnelle
CSMC	Commission Maladies Chroniques
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EP	Equipe Pluridisciplinaire
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalents Temps Plein
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GEVASCO	Le volet scolaire du GEVA
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ORP	Orientation Professionnelle
PAO	Phase d'Analyse et d'Orientation
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
RIP	Référent Insertion Professionnelle
RQTH / RTH	Reconnaissance (de la Qualité) de Travailleur Handicapé
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSDAE	Restriction Substantielle et Durable pour l'Accès à l'Emploi
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SG MAP	Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TED	troubles envahissants du développement
TSA	Troubles Spécifiques des Apprentissages
UEROS	Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle
URAPEDA	Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficients Auditifs
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
VAD	Visites A Domicile
VM	Visite Médicale

