

## AVIS

---

### relatif à l'évaluation des besoins des personnes handicapées et à l'élaboration des réponses au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

11 mai 2015

---

Le comité exécutif du HCSP a confié à la commission maladies chroniques (CSMC) le mandat de produire un rapport sur les conditions actuelles d'évaluation et de compensation du handicap. En effet, bien que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ait permis des avancées significatives, il persiste de fortes disparités de traitement des cas dont il est nécessaire d'analyser les causes.

Ce mandat s'inscrit dans 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.

**Pour établir ses recommandations, le Haut Conseil de la santé publique a pris en considération :**

#### **1. L'évolution de la notion de handicap**

La définition et les modalités d'évaluation du handicap ont évolué au cours des années.

Pour la première loi d'orientation en faveur des handicapés du 30 juin 1975, la notion de handicap se confondait avec celle d'invalidité. Les déficiences étaient exprimées à partir de la classification internationale des maladies (CIM) et traduites en pourcentage d'invalidité, seules étaient prises en compte les situations sanitaires et non les situations de santé ou de vie.

En 1980, l'OMS avait confié à Philippe Wood la mission de définir un « outil de classification des conséquences des maladies ». Ce travail s'est appuyé sur un modèle tridimensionnel, prenant en compte la personne dans son milieu de vie. Ainsi, outre la description médicale d'un état pathologique (déficience), étaient considérées l'incidence de celui-ci sur les activités de base de la vie quotidienne (incapacité) et la restriction de participation à la vie quotidienne et sociale (désavantage) qu'il entraîne. Ces notions ont été à la base de la Classification Internationale des Déficiences Incapacités Handicaps (CIDIH) adoptée par l'OMS en 1993. Cette classification faisait évoluer l'approche du handicap d'un modèle uniquement sanitaire pur vers un modèle médico-social, remplaçant une analyse statique par une analyse dynamique situationnelle qui permettait de définir des objectifs de prise en charge. La définition du handicap évoluait vers la notion de situations de handicap, ou de processus handicapants, résultant d'une interaction dynamique, et donc variable, entre une personne ayant des difficultés de santé et un environnement plus ou moins facilitant ou entravant. Cependant, il a été reproché à ce modèle de lier de façon trop linéaire la pathologie à ses manifestations, d'encourager la « médicalisation du handicap » et de considérer de façon insuffisante le rôle du milieu social et physique dans l'élaboration du processus handicapant.

Par la suite, un puissant mouvement, intellectuel, communautaire et politique a conduit l'OMS à adopter en 2001 la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Celle-ci s'organise autour du concept bio-médico-psycho-social, tenant compte de la complexité des interactions sociales et environnementales. Elle met en avant la notion d'interaction dynamique entre les problèmes de santé de la personne et son environnement. Le point de vue adopté se veut positif plutôt que négatif. A la notion d'incapacité on substitue celle de restriction d'activité, et à celle de désavantage celle de restriction de la « participation sociale ». Le handicap est ainsi conçu comme une restriction de la participation sociale de la personne résultant de l'interaction dynamique entre ses caractéristiques personnelles, dont ses déficiences et les limitations d'activité qui en résultent, et des facteurs environnementaux. C'est sur ce modèle que s'appuie la définition du handicap proposée par la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Dans cette loi, le handicap y est défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant ». L'objectif n'est pas seulement de compenser une invalidité mais plus largement de construire une société plus ouverte aux personnes en situation de handicap, de concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à leur situation individuelle et de simplifier leur vie quotidienne.

## **2. Les acteurs et structures en présence**

Pour mettre en œuvre les nouvelles modalités d'évaluation et de compensation du handicap, la loi du 11 février 2005 a créé à l'échelle des départements les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et à l'échelle nationale la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

### **Les maisons départementales des personnes handicapées**

Une MDPH a été créée dans chaque département sous la direction du conseil général, avec pour missions l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que la sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Les MDPH constituent un point d'accès unique pour la mise en œuvre de l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille, après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap, pour l'attribution des droits et prestations, l'accès à la formation et à l'emploi, et l'orientation vers des établissements et services.

Dans chaque MDPH ont été mises en place une équipe pluridisciplinaire, qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

La CDAPH prend toutes les décisions concernant ces aides et prestations à partir des propositions contenues dans le plan personnalisé de compensation (PPC) établi par l'équipe pluridisciplinaire. Elle est compétente pour l'ensemble des décisions individuelles d'allocation : allocation d'adulte handicapé (AAH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prestation de compensation du handicap (PCH), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), d'orientation scolaire, médico-sociale, professionnelle et d'attribution de cartes d'invalidité (CI), de priorité (CP) et de stationnement (CES).

L'équipe pluridisciplinaire peut être constituée de médecins, ergothérapeutes, psychologues, spécialistes du travail social, de l'accueil scolaire. Elle évalue les demandes et les besoins de

compensation de la personne, sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux, dans le cadre d'un dialogue avec elle et avec ses proches.

Pour réaliser leurs évaluations, les équipes pluridisciplinaires des MDPH disposent d'un outil principal et réglementaire, le Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA). Prévu par l'article L.146-8 du code de l'action sociale et des familles et l'arrêté du 6 février 2008, celui-ci constitue un dossier unique d'évaluation de la situation de la personne handicapée. Il a pour première finalité de contribuer à la qualité du traitement des dossiers individuels en permettant de partager les informations de diverses natures collectées par les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, et de mettre en cohérence les différentes propositions dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention.

Le GEVA doit également avoir un rôle d'harmonisation pour les pratiques d'évaluation sur l'ensemble du territoire national et permettre la collection de données concernant la situation et les besoins des personnes handicapées dans le cadre du système d'information partagé (SipaPH) prévu par la loi mais dont la mise en place n'est pas effective.

Les MDPH ont été créées pour répondre aux besoins des personnes à l'échelle départementale, avant la loi HPST et la mise en place des Agences régionales de santé (ARS). Leurs liens avec les ARS qui gèrent la ressource médicale et sociale n'ont pas été examinés par le HCSP.

## **La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

La CNSA est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, dont la loi du 11 février 2005 a précisé et renforcé les missions.

Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, chargée de :

- financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, par le biais des MDPH et des conseils généraux, ainsi que les établissements et services pour personnes en perte d'autonomie, par le biais des Agences régionales de santé (ARS) ;
- garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps ;
- assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation, suivre la qualité du service rendu aux personnes ;
- animer un programme de soutien à la recherche, l'innovation et l'expérimentation.

La CNSA assure le développement et la diffusion du GEVA ainsi que les différents aspects de son évolution. Elle a reçu du législateur trois missions explicites à l'égard des MDPH (Art. L.14-10-1.) :

- assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH ;
- diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins ;
- veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation.

### **3. Des évaluations régulièrement réalisées**

Depuis 2008, la CNSA publie des rapports annuels pour rendre compte de son action et présenter une synthèse des données fournies par les MDPH. Elle réalise des bilans réguliers concernant le GEVA, sa mise en œuvre et son évolution.

En 2010, l'IGAS a publié un « Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ». Ce bilan portait sur trois axes : financement, gouvernance et qualité des services. Les préconisations concernant la qualité des services étaient résumées ainsi : *Améliorer la qualité des services et faciliter la transparence : mieux accompagner les personnes, notamment dans la formalisation de leur projet de vie ; développer les formations sur*

*le handicap psychique ; renforcer l'évaluation ; mieux suivre les orientations pour mieux programmer l'offre d'établissements et services ; développer le parangonnage.*

Dans les suites de ce rapport, la CNSA a initié, avec les directeurs de MDPH, une démarche portant sur la qualité de service rendu par les MDPH. Dans ce cadre, elle travaille avec des MDPH volontaires pour définir des référentiels de missions et de niveaux de service à atteindre, des indicateurs de pilotage pour les mesurer, et les moyens à mobiliser pour atteindre le niveau de qualité visé.

Enfin, début 2014, a été initié le projet IMPACT pour « Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires ». Conduit par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) avec la CNSA et la Direction générale de la cohésion sociale, en collaboration avec l'Assemblée des départements de France, ce projet a pour objectif, après une phase d'analyse, d'expérimenter de nouveaux processus de traitement des demandes dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), en vue d'améliorer le service rendu aux usagers. L'ensemble des innovations proposées devrait permettre de renforcer le traitement personnalisé des demandes, tout en diminuant les délais de réponse et en facilitant le travail des agents. Les MDPH du Calvados et du Nord ont été retenues pour participer à la construction des nouveaux outils et processus et les tester en grandeur nature.

### **Les résultats d'une étude diligentée par ses soins (Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDPH - Rapport final - Septembre 2014).**

Pour remplir le mandat confié par le HCSP, la CSMC a constitué un groupe de travail et défini une méthode de travail dont les détails sont présentés en annexe.

Après avoir étudié les différents rapports disponibles et réalisé une série d'auditions, le groupe de travail a considéré qu'il était nécessaire de réaliser une analyse quantitative des processus d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées au niveau de l'ensemble des MDPH, complétée par une étude qualitative auprès d'un échantillon d'entre elles.

L'objectif général de ces études était de tenter à la fois d'objectiver l'étendue des disparités de traitement, d'en repérer les éventuels mécanismes explicatifs (organisation interne, ressources des structures, nature des demandes, types de déficiences, caractéristiques des demandeurs, etc.) et de recenser les efforts faits pour les réduire.

Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- étudier les relations éventuelles entre les diverses pratiques observées (organisation, fonctionnement, ressources humaines, outils utilisés...) et les résultats des évaluations en termes d'aides accordées et de délais de traitement ;
- repérer les facteurs favorisant ou les obstacles en matière de processus d'évaluation et d'élaboration de la proposition soumise à la CDAPH ;
- aboutir à des recommandations pour la mise en œuvre des processus d'évaluation au sein des MDPH et sur l'utilisation des outils d'évaluation/d'outils d'aide à la décision.

L'étude a confirmé la grande diversité des MDPH, que ce soit dans leur organisation ou dans leur structuration.

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 traitement et du taux de recours, aucun autre critère objectif n'est apparu valide pour déterminer un niveau de performance.

Pour autant, ce rapport souligne un certain nombre de lignes fortes dans l'évolution observée 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.

Il propose une série de recommandations qui sont des « bonnes pratiques » à déployer ou à adapter selon les possibilités et le contexte d'exercice des MDPH.

Certaines de celles-ci sont déjà en place dans plusieurs MDPH : l'objectif est de faire connaître et de modéliser les pratiques qui ont fait leur preuve pour permettre à d'autres de les adopter ou de s'en inspirer.

Parmi les bonnes pratiques identifiées, on peut retenir :

- 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 et de la polyvalence des équipes, ainsi que 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, notamment pour certaines déficiences ou certains types de handicap considérés comme plus difficile à appréhender par les équipes,
- le développement d'outils 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.

**En décembre 2014, le HCSP a convié les directeurs de MDPH et la CNSA à une réunion de restitution des conclusions de l'étude et de présentation des premiers axes de propositions. L'échange qui s'en est suivi a permis d'affiner encore la compréhension des enjeux actuels et d'enrichir les propositions du présent avis.**

## **Au terme de ce travail, le Haut Conseil de la santé publique formule neuf recommandations.**

En préalable à ces recommandations, le HCSP tient à souligner les progrès qu'a apportés l'évolution du système d'évaluation mis en place à la suite de la loi de 2005. Les équipes des MDPH ont le souci d'harmoniser leurs pratiques et de répondre au mieux aux missions qui leur sont confiées. Le rôle d'animation et de fédération de la CNSA est unanimement reconnu. Ces avancées sont soulignées dans les différents rapports qui se sont penchés sur ces questions. Cependant, pour les conforter, il reste encore de nombreux points qui nécessitent la vigilance des différents intervenants et décideurs impliqués dans ce domaine et le développement de nouvelles solutions.

### **Recommandation 1 : Faire évoluer le certificat médical.**

Pour établir les propositions de plans personnalisés de compensation, les équipes des MDPH travaillent le plus souvent (environ 80 % des cas) à partir du dossier de demande complété avec le certificat établi par le médecin traitant. Or, elles déplorent une qualité de remplissage aléatoire des certificats médicaux trop souvent insuffisante malgré de nombreuses tentatives d'approche et d'échanges de leur part. De plus, la question de la « ressource médicale » disponible, aujourd'hui et demain, pour effectuer les évaluations se pose en interne au niveau des MDPH mais aussi en externe pour le renseignement du certificat médical.

Il est important d'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 qu'il soit rempli de façon plus adaptée.

Une réflexion menée sur les plans juridique, technique et déontologique pourrait permettre d'envisager la mise en place d'une autre procédure (notamment l'établissement d'un document informatif non obligatoirement réalisé par un médecin) qui permette de déclencher l'instruction d'un dossier de demande par les MDPH.

## **Recommandation 2 : Travailler et communiquer sur les pièces complémentaires nécessaires à l'évaluation**

Pour pouvoir prendre en compte la réalité de la situation de la personne demandeuse et décider des aides qui peuvent lui être proposées, le dossier initial doit souvent être complété par différents documents adaptés en fonction des types de demande (CV professionnel, fiches de liaison spécifiques, dossiers des établissements médico-sociaux...).

Demander les pièces nécessaires à l'évaluation le plus en amont possible permet de réduire les délais d'instruction et d'évaluation.

## **Recommandation 3 : Pour répondre au plus près au projet de vie, étudier les moyens de réduire les écarts entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible.**

Dans l'enquête, 38 % des répondants ont indiqué que leurs propositions d'orientation étaient systématiquement ou fréquemment influencées par l'offre locale. Pour tenter de réduire l'écart entre ce qui serait souhaitable et ce qui peut être mis en œuvre, une des propositions principales du rapport Piveteau<sup>1</sup> consiste à proposer de remplacer l'actuelle unique décision d'orientation par deux décisions distinctes : « une décision d'orientation qui fixe le souhaitable » et un « plan d'accompagnement qui tient compte du possible » mais cherche à mettre tout en œuvre pour arriver au plus près du souhaitable.

Si cette proposition paraît séduisante, il n'est pas sûr qu'elle soit réalisable en pratique. Avant d'en décider l'application, il conviendrait de réaliser une analyse de ses avantages et inconvénients, en collaboration avec les acteurs de terrain. Il serait, dès maintenant, essentiel de pouvoir disposer d'informations précises sur ces écarts pour un meilleur pilotage territorial des ressources médico-sociales et de la politique du handicap. Leur enregistrement devra être prévu dans les systèmes d'information.

## **Recommandation 4 : Poursuivre et renforcer le travail d'harmonisation des pratiques entre départements.**

Le souci de parvenir à une égalité de traitement des dossiers fait l'objet d'un important travail interne dans la plupart des MDPH. L'indépendance de chaque conseil général ne facilite pas l'harmonisation des pratiques entre départements, pourtant indispensable pour garantir une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. La CNSA a un rôle important dans ce domaine et des temps d'échanges sont régulièrement mis en place au niveau départemental, régional et national, autour de l'utilisation d'outils d'évaluation et de l'analyse de dossiers complexes. Néanmoins, l'enquête a mis en évidence de grandes différences dans l'organisation de l'évaluation. Il faut donc insister sur la nécessité de faire connaître au niveau national les outils d'aide à l'évaluation et d'aide à la préconisation qui ont déjà fait leurs preuves au niveau

---

<sup>1</sup> « 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, Denis PIVETEAU, mai 2014.

départemental ou régional. Il faut également poursuivre les démarches d'élaboration collective de ces outils, meilleurs garants d'acceptabilité et d'applicabilité.

### **Recommandation 5 : Accélérer la mise en place d'un système d'information performant.**

La nécessité de mise en place d'un système d'information dans chaque MDPH avec possibilité de transmission des données au niveau national fait l'objet de recommandations dans tous les rapports. L'informatisation des dossiers de demande apparaît indispensable pour une bonne gestion et un suivi à toutes les étapes (instruction administrative, évaluation, décision). Elle est indispensable pour la connaissance des besoins, le suivi des dossiers, la comparaison et l'harmonisation des pratiques. Elle est également indispensable pour permettre de développer la fonction d'observatoire que doivent remplir les MDPH. Pourtant l'enquête révèle que l'informatisation de l'évaluation est effective dans moins d'un tiers des MDPH. L'informatisation à des fins d'observatoire est encore moins avancée et sa mise en œuvre se heurte non seulement à des difficultés d'ordre technique mais surtout à un manque de disponibilité des acteurs pour réaliser le codage et l'enregistrement des données.

La loi du 11 février 2005 prévoyait la mise en place d'un système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) qui avait pour double objectif d'améliorer la connaissance des personnes en situation de handicap et de contribuer au pilotage de la politique du handicap. Cependant la mise en œuvre de celui-ci s'est heurtée à de nombreuses difficultés.

Le HCSP ne peut que déplorer l'absence d'avancée significative dans ce domaine et souhaite que la nouvelle démarche initiée fin 2014 par la CNSA, en collaboration étroite avec les MDPH et les conseils généraux pour le futur système d'information, aboutisse à un système opérationnel tout en s'insérant dans les contraintes réglementaires, organisationnelles et juridiques des MDPH et de leur écosystème.

### **Recommandation 6 : Renforcer les efforts pour améliorer l'évaluation des handicaps psychiques et des troubles des apprentissages.**

Malgré les efforts déployés dans de nombreuses structures, l'évaluation de l'autisme, de la déficience psychique et des troubles des apprentissages est jugée difficile par une majorité de MDPH.

C'est dans ces domaines que le manque d'outils est le plus marqué, tant pour l'évaluation que pour la liaison avec les structures de prise en charge. De plus, pour des pathologies débutant dans l'enfance, se posent des problèmes de continuité des parcours et de frontières entre les dispositifs « enfants » et « adultes ».

Certaines équipes ont travaillé sur des outils d'évaluation spécifiques en partenariat avec des structures ou professionnels spécialisés. Un travail visant à la diffusion de ces outils serait utile.

### **Recommandation 7 : Communiquer pour changer l'image des MDPH.**

Les équipes ont souvent le sentiment que les MDPH sont considérées comme de simples services administratifs et que leur légitimité comme lieu d'évaluation n'est pas reconnue par la plupart de leurs partenaires.

Un effort de communication doit donc être fait, au niveau régional et national, auprès des différents professionnels de santé et acteurs du secteur sanitaire et social, pour améliorer la connaissance des missions de la MDPH et la reconnaissance de leur mission d'évaluation pluridisciplinaire.

## **Recommandation 8 : Simplifier les procédures administratives imposées aux MDPH.**

Les MDPH doivent faire face à des charges de travail croissantes, du fait de l'augmentation régulière du nombre de demandes et de la mise en œuvre des évolutions légales ou recommandées à la suite des différentes études. Cette indispensable simplification, qui a fait l'objet, en avril 2014, d'une proposition en onze mesures de la part de l'Association des directeurs de MDPH, est également préconisée dans différents rapports (rapport au Sénat sur le fonctionnement des MDPH, rapport Piveteau).

## **Recommandation 9 : Soutenir et accompagner les équipes pour la mise en œuvre des nouvelles procédures**

Les cadres interrogés dans les MDPH constatent qu'ils sont fréquemment sollicités pour participer à des études ou à des expérimentations au niveau national, dont les conclusions leur sont généralement fournies avec des préconisations sans qu'une aide soit prévue pour leur mise en œuvre. Or, ils indiquent ne pas toujours avoir le temps et les moyens de s'approprier ces résultats et souhaiteraient disposer d'un accompagnement à la mise en place des nouveaux outils, dispositifs ou modes d'organisation proposés.

Il est donc fondamental de veiller à l'accompagnement et au soutien de ces cadres pour la mise en œuvre des projets ou des évolutions réglementaires qui sont développés au niveau national, qu'il s'agisse d'une transformation des pratiques, comme le propose le rapport Piveteau, ou même d'une simple démarche de simplification et de mise en cohérence des procédures.

**Le HCSP considère que la mise en œuvre des présentes recommandations est indispensable pour améliorer les modes d'évaluation et de traitement de demandes de compensation du handicap et réduire les inégalités sociales et territoriales existantes. Il tient à souligner qu'en l'absence d'un soutien fort apporté aux structures, la majorité des préconisations émises dans cet avis ou dans d'autres rapports seront difficilement introduites dans la pratique quotidienne des MDPH.**

*La CS maladies chroniques a été consultée par voie électronique le 10/04/2015 : 16 membres qualifiés sur 16 membres qualifiés votant ont répondu, aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 15 votants, 1 abstention, 0 vote contre.*

Avis produit par la Commission spécialisée Maladies Chroniques  
Le 11 mai 2015

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)



## Annexe 1 : Méthodes de travail

La Commission maladies chroniques (CSMC) a reçu du collège du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), un mandat pour élaborer des recommandations afin de permettre aux personnes en situation de handicap de bénéficier pleinement des actions de droit commun dans le domaine sanitaire.

La CSMC a installé le 9 janvier 2012 un groupe de travail d'experts multidisciplinaires et des représentants de la CNSA et la DGCS, partenaires incontournables sur le sujet, Le groupe s'est d'abord réuni, principalement pour des auditions, afin de rencontrer les différents acteurs de ce domaine : médecins coordonnateurs de MDPH, directeurs de MDPH, associations (cf. liste des personnes auditionnés ou non).

La première tâche que le groupe de travail s'est fixée a été de repérer les outils de mesure permettant d'évaluer les niveaux de handicap, outils dont l'utilisation est réputée soumise à de grandes disparités sociales et régionales.

L'outil principal et réglementaire, mis à la disposition des MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées), est le Geva, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée. Prévu par l'article L.146-8 du code de l'action sociale et des familles, défini par le décret n° 2008-110 du 6 février 2008 et l'arrêté du 6 février 2008, il constitue un dossier unique d'évaluation de la situation de la personne handicapée et a pour finalité de :

- partager les informations de diverses natures collectées pour une même personne handicapée par les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ;
- mettre en cohérence ses différentes propositions dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention ;
- harmoniser les pratiques d'évaluation sur l'ensemble du territoire national ;
- harmoniser les données concernant la situation et les besoins des personnes handicapées dans le cadre du système d'information partagé (SipaPH).

Les auditions de la responsable du Geva à la CNSA et de plusieurs responsables de MDPH ont montré que le Geva, en phase d'installation, est un outil complexe (10 volets) très hospitalo-centré, dont la mise en œuvre rencontre de multiples obstacles, à la fois matériels (pas de base de données commune aux départements, parfois pas de logiciel de saisie) et fonctionnels (harmonisation des pratiques au sein des MDPH mais pas de procédures inter MDPH pour atteindre l'harmonisation souhaitée des pratiques d'évaluation sur l'ensemble du territoire). A cela s'ajoutent des obstacles Institutionnels avec une faible motivation des départements à faire converger les pratiques.

Le groupe de travail a par ailleurs considéré qu'une étude portant sur l'analyse quantitative et qualitative des processus d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées 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.

Cette évaluation a été envisagée après prise en compte des rapports déjà rendus sur la question. Ainsi, le rapport de l'IGAS en 2010 sur le fonctionnement des MDPH souligne que « Le concept de maison départementale s'est traduit par des avancées concrètes » ... identifiant « quelques bonnes pratiques en matière de capitalisation collective de réflexions sur l'évaluation du handicap et l'instruction des droits... ». Il indique aussi que « des difficultés nouvelles ont surgi : une définition insuffisamment normée de la Prestation de compensation du handicap (PCH) et des méthodes d'appréciation non stabilisées, source d'éventuelles inégalités territoriales » et que le « système d'information national est en mal d'organisation ».

Les différents objectifs de l'étude étaient les suivants :

- aboutir à une description quantitative des modalités d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées de l'ensemble des MDPH à partir d'abord d'un questionnaire d'enquête, adressé à toutes ces structures, 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 leur 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.

La réalisation de cette étude a été confiée, après appel d'offres, à une société de conseil qui en a assuré toute la réalisation et rédigé le rapport. L'ensemble des étapes a fait l'objet de concertations et réunions régulières avec un comité de pilotage, composé d'experts du HCSP, de représentants de la CNSA, de la DGCS, de la DGS et des MDPH.

Ce rapport a été diffusé à l'ensemble des directeurs de MDPH, aux membres du comité de pilotage et est accessible en ligne sur le site du HCSP.

**Cette étude s'est déroulée en quatre grandes phases :**

1. **Une étude documentaire et des entretiens d'initialisation** avec les principaux acteurs du secteur du handicap (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA, associations nationales de représentants des usagers), afin de prendre connaissance d'autres rapports et études déjà réalisés et de cadrer la démarche de réflexion et d'analyse. Cette phase a notamment permis d'identifier les indicateurs d'analyse de la performance des processus d'évaluation des MDPH qui allaient être utilisés dans la suite de l'étude, c'est-à-dire les délais d'instruction, les taux d'accords/de refus par type de demande et la part des recours (gracieux et contentieux) dans le total des décisions.
2. **Une enquête quantitative sur les processus qui permettent d'évaluer les besoins des personnes handicapées et les réponses apportées par les MDPH a été menée à partir d'un questionnaire.** Celui-ci a été diffusé aux 101 MDPH de France. Il était complémentaire aux démarches déjà engagées par d'autres institutions (CNSA, Direction générale de la cohésion sociale - DGCS,...). Dans un premier temps, il a été testé auprès de 10 MDPH, ajusté, puis diffusé à l'ensemble des MDPH. 82 MDPH ont répondu au questionnaire lors de sa diffusion entre novembre 2013 et janvier 2014.
3. A partir de l'exploitation du questionnaire et du croisement des données recueillies avec celles transmises par la CNSA, 10 MDPH ont été identifiées pour la réalisation d'une **étude sur site** pour compléter l'enquête quantitative. La sélection des 10 MDPH s'est effectuée selon des critères statistiquement corrélés (la part des demandes évaluées sur dossier et le type d'organisation de l'équipe pluridisciplinaire - EP) et de critères plus empiriques (la taille, le nombre de volets du GEVA utilisés et les commentaires libres indiqués dans le questionnaire). 8 MDPH parmi les 10 initialement sélectionnées ont pu être rencontrées entre mars et mai 2014. Au sein de chaque MDPH, les membres de la direction, le ou les coordonnateur(s) d'équipe pluridisciplinaire et ses membres (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 rencontrés en entretien.

4. Enfin, **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. Des recommandations pour améliorer le processus d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées ont été formulées** pour une meilleure adéquation avec les objectifs de la loi de 2005 (évaluation globale de la situation de la personne et multidimensionnelle<sup>2</sup>) et pour une meilleure équité territoriale.

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

---

<sup>2</sup> Evaluation des besoins de la personne dans tous ses domaines de vie (activités quotidiennes, vie sociale, santé, scolarisation, travail, logement...).