



CONFERENCE DE PRESSE

Présentation de l'étude sur les Plans Personnalisés de Compensation

Handicap et droit à compensation : Quelles nouvelles pratiques ?

Vendredi 11 avril 2008

En présence de :

Denis PIVETEAU, Directeur général de la CNSA - **Jean-Louis SANCHEZ**, Délégué général de l'ODAS - **Geneviève AVENARD**, Directrice générale adjointe de l'ODAS - **Dr Pascale GILBERT**, Médecin de santé publique à la Direction de la Compensation (CNSA) - **Jean-Philippe ALOSI**, Responsable des relations conventionnelles avec les départements à la Direction de la Compensation (CNSA)

Contacts presse CNSA

Valérie de Larauze
Tél : 01 53 91 28 92

Florence Condroyer
Tél : 01 53 91 28 66

Contacts presse ODAS

Estelle Camus
Tél : 01.44.07.02.23

Luc Valentin
Tel : 01 44 07 07.35



SOMMAIRE

Intervention de Jean-Louis SANCHEZ

Intervention de Denis PIVETEAU

L'Odas : Observer pour mieux agir

CNSA : Le droit à compensation

La Maison Départementale des Personnes handicapées

Le guide d'évaluation multidimensionnelle, le GEVA

Les actions de la CNSA en matière d'évaluation



Intervention de Jean-Louis SANCHEZ

11 avril 2008

La Loi du 11 Février 2005 relative à l'égalité des chances et à la citoyenneté se présente comme une loi de refondation : refondation des politiques publiques en faveur des personnes handicapées, mais bien au-delà, refondation du contrat social envers les plus vulnérables au sein de la Cité.

Tant il est vrai que « La valeur d'une société se mesure à la place qu'elle fait aux plus fragiles ».

La Loi introduit ainsi un droit à compensation, qui marque un renversement total par rapport aux approches antérieures basées sur le concept de réadaptation, puisqu'il affirme qu'il appartient désormais à la société de s'adapter aux besoins et aux attentes des personnes handicapées, et non l'inverse.

Ce droit à compensation s'appuie sur une autre notion importante de la Loi, qui est celle du projet de vie, et doit se concrétiser dans l'élaboration, au sein des Maisons départementales des Personnes Handicapées, de plans personnalisés de compensation (PPC) établis après une évaluation pluri professionnelle de la situation de chaque personne au regard de son handicap.

Les PPC constituent dès lors un enjeu essentiel pour la mise en œuvre effective des principes généraux et des objectifs posés par le législateur de 2005.

C'est pourquoi l'ODAS et la CNSA ont décidé en 2006 de conduire une étude des premiers plans établis par les MDPH, afin de repérer les effets produits sur les pratiques professionnelles, les méthodes de travail et les choix organisationnels, ainsi que les difficultés rencontrées, de manière à accompagner au mieux les départements dans ces nouvelles missions, et dégager des préconisations pour l'avenir.

Cette étude, qui s'est déroulée sur une période de dix mois, s'est appuyée sur un groupe témoin composé de 11 départements volontaires et a consisté en l'analyse quantitative et qualitative de près de 400 PPC enrichie de plusieurs visites sur site.

Quels constats ?

Tout d'abord, l'étude montre la volonté réelle des équipes des MDPH de s'engager activement dans la mise en œuvre de la loi. Les documents produits manifestent un souci constant d'amélioration relié à une véritable réflexion sur le sens de l'action : en d'autres termes, on ne se contente pas de l'application d'un dispositif, on en recherche l'esprit.

Toutefois, la « jeunesse » des nouvelles équipes et une charge de travail considérable, liée à l'ampleur et à la complexité de la réforme rendent délicate la bonne appropriation de ces nouveaux outils, avec du reste des degrés différents selon les départements et les priorités données localement.

Deuxième constat : les PPC sont presque exclusivement centrés sur une prestation, la PCH, au détriment de la prise en compte plus globale de la situation de la personne voulue par le législateur. Ainsi, seuls quelques PPC s'intéressent à la vie relationnelle de la personne dans son environnement familial et dans son quartier ou son village. La fonction d'observation qu'il convient de leur attribuer s'en trouve amoindrie, l'aide étant orientée principalement vers un soutien financier.

Il est clair que les MDPH ont fait prévaloir une réponse rapide favorisant l'accès à un droit, sur une approche plus lourde et plus longue à engager. En conséquence, les premiers PPC produits présentent une grande similitude avec les plans d'aide APA, alors que l'on souhaitait justement qu'ils s'en différencient par une ouverture plus large aux réponses non seulement individuelles mais aussi collectives.

Enfin, la personnalisation du plan reste largement à améliorer, de même que l'implication de la personne handicapée dans l'expression de son projet de vie : ces aspects représentent en effet d'y consacrer un temps très important, que les MDPH en construction n'ont pu mobiliser.

Quelles recommandations ?

Il convient en premier lieu d'inscrire la démarche dans une vision de développement social, pour passer d'une logique individuelle et réductrice à une approche plus globale, et collective, replaçant la personne handicapée sur le territoire où elle vit, a sa famille, des voisins, des services. Cette orientation suppose que soit redéfinie la place du travail social au sein des MDPH, en priorisant la question de l'évaluation et de l'accompagnement, et en déchargeant les professionnels sociaux de tâches administratives.

Seconde recommandation : Les ambitions de la Loi renvoient à la question des moyens indispensables pour la mettre en œuvre. Il est largement temps d'optimiser la gestion des ressources humaines par la convergence des politiques du handicap et de la dépendance.

Mais il faut aussi simplifier les dispositifs, afin de recentrer les équipes sur les objectifs essentiels voulus par le législateur, de changement du regard porté sur le handicap dans notre société.

Enfin, le véritable changement culturel introduit par la Loi doit être accompagné auprès des professionnels par des actions de formation ancrées sur une vision éthique de la relation à l'autre. Par ailleurs, les institutions réunies au sein des Commission des Droits et de l'Autonomie doivent s'organiser pour favoriser l'audition et l'expression de tous les intéressés et la mobilisation des acteurs locaux dans leur grande diversité. La compensation du handicap doit être l'affaire de tous, et plus particulièrement des édiles locaux, départementaux et municipaux qui détiennent les clefs de l'accessibilité et de la vie sociale.

Conférence de presse ODAS - CNSA pour un premier bilan
sur les plans personnalisés de compensation

11 avril 2008

Je vais prolonger le propos de Jean-Louis Sanchez afin de montrer en quoi cette étude fait se rejoindre deux organismes, l'Observatoire national de l'Action sociale décentralisée (ODAS) et la CNSA : chacun y voit un point d'appui pour manifester à l'autre ses spécificités dans le dispositif.

Nos points de vue (au sens du « point d'où l'on voit les choses ») sont forcément distincts : l'ODAS a son champ et sa légitimité, comme nous avons les nôtres, mais ils se rejoignent lorsqu'il est question d'accompagner l'évaluation des besoins des personnes handicapées dans ce qu'elle a de plus novateur. C'est le cas du plan personnalisé de compensation.

Pour nous, l'étude répondait à deux objectifs qui épousent étroitement la raison d'être de la CNSA :

- Offrir un accompagnement actif au travail des conseils généraux et de leurs maisons départementales des personnes handicapées.
- Poser les jalons de la construction d'un nouveau champ de protection sociale (le « cinquième risque »).

■ **L'APPUI AUX CONSEILS GÉNÉRAUX, C'EST LA PREMIÈRE MISSION LÉGALE DE LA CNSA.** Cette étude avec l'ODAS, la participation active de 11 départements volontaires, mais aussi plusieurs travaux que nous avons en cours et notamment dans le cadre de nos relations avec l'ADF, sont autant de manifestations de la CNSA en sa qualité d'agence d'appui, appui financier mais aussi appui technique, appui de mise en partage de bonnes pratiques, de partage d'informations opérationnelles, d'expérience, entre les acteurs départementaux.

Le tout dans un cadre conventionnel. Jean-Philippe Alosi, qui s'est particulièrement investi dans cette étude avec le Dr Pascale Gilbert, est responsable des relations conventionnelles avec les conseils généraux, ce n'est pas un hasard.

Dans cette étude, en établissant avec les acteurs eux-mêmes les points de leur pratiques qui sont satisfaisants, et les points qui appellent des progrès, en relayant les différentes solutions adoptées avec là encore leurs points forts et leurs points faibles, nous remplissons notre rôle « d'accompagnateur actif » des compétences départementales.

Je crois que c'est un aspect qui nous rapproche beaucoup, avec l'ODAS, en termes de philosophie d'action.

Le progrès social n'a pas besoin de mirador, il a plutôt besoin de phares ou de balises. Je veux dire que la vraie mesure et la vraie reconnaissance du progrès dans une vie sociale locale ne peut être que locale, par ceux-là même qui construisent ce progrès et qui le vivent effectivement. Ce sont les seuls vrais juges. Mais pour qu'ils soient bon juges, il faut qu'ils soient éclairés par des comparatifs nationaux, appuyés des outils et des méthodes harmonisées au plan national.

Et donc, pour remplir efficacement sa fonction régulatrice sur l'égalité de traitement, la CNSA a délibérément adopté le principe de subsidiarité :

La CNSA n'est pas là pour « faire à la place de », mais pour donner les moyens de faire, à ceux qui sont sur place. Elle n'est pas là pour dicter ce qu'il faut faire, depuis Paris, mais pour que ce qu'il faut faire s'appuie, localement, sur des méthodes validées et reconnues. Elle n'est pas là pour contrôler le travail fait, depuis Paris, mais pour donner sur place, à tous les acteurs de la Commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées, et en premier lieu au conseil général lui-même, les outils du contrôle et de la comparaison.

Cette posture ne relève pas d'une idéologie. C'est tout simplement la loi. Et c'est, très pragmatiquement, ce que nous croyons être la meilleure façon de s'appuyer sur la dynamique de décentralisation **pour que l'égalité de traitement ne soit pas l'égalité du nivellement, mais celle qui résulte d'un progrès entretenu et partagé au fur et à mesure :**

La bonne égalité de traitement, ce n'est pas d'avoir des plans personnalisés de compensation identiquement médiocres partout, mais de créer une vraie émulation autour de cet outil de façon à « hisser » en permanence les moins avancés au niveau des meilleurs. D'où l'intérêt de ce genre d'étude, et de sa diffusion auprès des conseils généraux. Nous faisons d'autres choses du même genre : c'est pour nous un processus d'animation fondamental.

■ **SAISIR L'OCCASION DE POSER, AUTOUR DU PLAN PERSONNALISE DE COMPENSATION, TROIS 'JALONS' DU CINQUIEME RISQUE** qui correspondent aux trois caractéristiques de ce que serait un plan personnalisé de compensation « idéal ». Un plan personnalisé de compensation idéal doit être global, ambitieux et attentif.

Il doit être global, c'est-à-dire couvrir l'ensemble des besoins de la personne dans toutes les dimensions de sa vie qui sont atteintes par le handicap. Les problèmes de vie quotidienne et domestique, bien sûr, mais aussi d'emploi et de vie professionnelle, de santé, de vie scolaire ou universitaire, etc.

Ce n'est donc pas un formulaire à remplir pour savoir si on a droit à une prestation.

Ce n'est pas un document pour savoir ce à quoi on a droit, c'est un document pour savoir ce dont on a besoin.

Ce n'est pas un document pour décrocher une prestation, c'est un document pour répondre à une situation.

C'est le premier jalon du « cinquième risque » : évaluer des situations de perte d'autonomie. Le rapport de la CNSA d'octobre 2007 le dit avec force : il n'y a pas des « personnes âgées dépendantes » ou des « personnes handicapées », classées par paquets de population, avec des prestations pour chacun en fonction de son âge d'état civil. Quels que soient l'âge, la cause, la durée, il y a des situations qui appellent une aide pour l'autonomie.

Le plan personnalisé de compensation doit être ambitieux parce que, du même coup, il dresse la liste des réponses appelées par une situation globale c'est-à-dire la liste de ce qui est souhaitable et techniquement réalisable, sans s'autolimiter par avance aux solutions immédiatement accessibles ou finançables.

Peut-être qu'il n'existe pas dans l'immédiat de place dans tel ou tel type de foyer ou d'accueil de jour. Mais si c'est cette solution qu'il faut recommander, le plan personnalisé de compensation doit le dire (devrait le dire). Et il doit indiquer évidemment aussi ce qui, à défaut, peut constituer le meilleur palliatif en attendant.

Le plan personnalisé de compensation doit exprimer ce qui est souhaitable (la demande), avant qu'on ne passe à la décision sur ce qui est possible (en fonction de l'offre). Ne pas court-circuiter cette étape de vérité. Tout en évitant de donner l'illusion trompeuse que tout ce qui est écrit se réalisera aussitôt.

C'est cela, le deuxième jalon fondamental du « cinquième risque » : partir d'une mesure complète et objective du besoin, partir de tout ce qui est à la charge de la personne, une fois qu'on a fait avec elle l'inventaire des différents concours dont elle bénéficie déjà. Avoir pour point de départ tout ce qui n'est pas couvert, tout ce qui reste à couvrir.

C'est un renversement, pour un mécanisme de protection sociale, de « partir du reste à charge » au lieu de le traiter comme un résidu. C'est exactement l'inverse de ce qu'on fait dans l'assurance maladie, les allocations familiales ou l'assurance vieillesse, où la prise en charge est une addition de prestations nomenclaturées, et où le reste à charge, parfois important, est une sorte de reliquat-après-passage des régimes obligatoires. Et qu'on essaie de traiter comme on peut, avec de la CMU complémentaire, de l'aide sociale départementale ... ou les idées récentes de « bouclier ».

Là, dans le plan personnalisé de compensation, on « part du reste à charge », on « part de la totalité des besoins résiduels » (qui en général n'ont rien d'un résidu).

Le plan personnalisé de compensation doit être largement subjectif. Il doit être « attentif », il doit être « à l'écoute » C'est le troisième et dernier point, pour être le plus vrai

et objectif possible, le plan doit être à l'écoute de ceux qui savent. Et partir pour cela de la parole de la personne elle-même. Pas de plan personnalisé sans expression d'un projet de vie, qui est de la responsabilité souveraine de la personne handicapée elle-même. **Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire ne sont pas là pour « dire à la place de » ils sont là pour « aider à dire »**, pour passer, dans le dialogue avec la personne, de la demande spontanée à la juste expression des besoins à couvrir.

A vrai dire, plus qu'un dialogue, c'est plutôt un jeu à trois : la personne, l'équipe pluridisciplinaire, et ensuite (une fois que le plan personnalisé de compensation devient le support de diverses décisions), la commission des droits et de l'autonomie.

Mais à toutes ces étapes de l'évaluation, du plan personnalisé de compensation et de la décision, **il faut retenir ce troisième jalon du « cinquième risque » qui est l'extrême personnalisation de l'aide à l'autonomie.**

Le droit universel que le rapport de la CNSA appelle de ses vœux, ce n'est pas un droit qui opérerait une confusion entre les besoins des différents âges, et qui alignerait tout le monde sur une prestation unique. Universel, ça ne veut pas dire uniforme. Si les plans personnalisés de compensation peuvent - on le constate dans l'étude - être divers dans leur forme d'un département à l'autre, c'est parce qu'ils sont d'abord infiniment divers dans leur contenu.

Ce qui est unique, ce qui est universel, et donc intimement lié au plan personnalisé de compensation comme garantie de l'égalité de traitement, c'est la démarche d'évaluation, c'est-à-dire cette combinaison d'outil d'évaluation et de méthode d'évaluation : nous travaillons beaucoup sur le sujet, et vous en trouverez le détail dans le dossier de presse.

Mais ensuite, chacun est lui-même et singulier.

Le « cinquième risque », c'est une solidarité de la diversité.

Voilà, pour conclure ce propos liminaire, la raison de l'extrême actualité de cette étude : elle touche les trois jalons fondamentaux posés en pratique, depuis trois ans, sur la route du « cinquième risque » :

- l'évaluation d'une situation,
- la mesure pluridisciplinaire des besoins,
- la personnalisation des réponses.



« Observer pour mieux agir »

L'ODAS a été créé en 1990 à la suite d'un rapport du conseil économique et social préconisant la constitution d'un lieu neutre d'observation et d'évaluation des politiques locales d'action sociale.

Constituée en association, pour permettre la représentation équilibrée d'acteurs, l'ODAS rassemble aujourd'hui parmi ses adhérents **les représentants de 85% des départements, 70% des villes de plus 50 000 habitants, des organismes de protection sociale, des grandes associations de la solidarité, et de l'Etat.**

En outre, la composition de son conseil d'administration, mais aussi celle de ses groupes de travail, et plus largement de son réseau, reflète le souci d'une grande diversité politique, institutionnelle et géographique, conçue à la fois comme une condition d'objectivité, et une source d'enrichissement.

UNE DOUBLE CONVICTION

L'ODAS repose sur une double conviction :

- **le partage** de l'observation et de la réflexion constitue une condition essentielle d'efficacité ;
- **l'observation** n'a de sens que si elle est **mise au service de l'action** : « observer pour mieux agir ».

Cette double conviction s'illustre en particulier dans la méthodologie d'enquêtes retenue par l'ODAS qui **associe les acteurs locaux depuis la définition des finalités jusqu'aux préconisations qui suivent l'analyse.** Plus de 3500 élus, cadres et professionnels du secteur public comme du secteur associatif collaborent ainsi à ses travaux et recherches dont les thèmes de travail couvrent **l'ensemble du champ des politiques sociales : soutien à l'autonomie, soutien à l'enfance et à la famille, insertion, développement social local...**

Ces pratiques expliquent très certainement que l'ensemble des enquêtes lancées par l'ODAS bénéficie depuis toujours d'un taux de réponse élevé, autorisant de ce fait des analyses fondées et reconnues.

L'ODAS assure la diffusion de ses différents travaux grâce à la publication d'ouvrages, de rapports ou de « lettres », mais aussi avec l'organisation de manifestations nationales ou locales : ainsi, depuis 1997 sont organisées tous les deux ans des rencontres nationales de l'action sociales, dont la dernière édition s'est déroulée en juillet 2007 à Marseille.

L'ODAS s'appuie également sur l'agence APRILES qui permet de mutualiser et diffuser les expériences innovantes en matière de développement social local.

Enfin l'ODAS s'implique dans l'organisation de formations et de colloques, comme à l'occasion des **Assises nationales de la protection de l'enfance dont la seconde édition s'est déroulée 12 et 13 novembre 2007 à Paris**, en présence de quelques 1500 responsables de ce secteur.

Président :

Monsieur Michel DINET, Président du Conseil général de Meurthe-et-Moselle

Vice-présidents :

Madame Véronique FAYET, Maire adjointe de la ville de Bordeaux

Madame Gisèle STIEVENARD, Maire adjointe de la Ville de Paris

Monsieur Louis de BROISSIA, 1^{er} Vice-Président du Conseil général de la Côte d'Or

Monsieur Christian PROUST, Conseiller général au Conseil général du Territoire de Belfort

Délégué général :

Monsieur Jean-Louis SANCHEZ

ODAS - CNSA : UNE COLLABORATION LEGITIME

L'ODAS et la CNSA ont souhaité l'un et l'autre inscrire cette étude commune sur les Plans Personnalisés de Compensation dans la continuité de leur réflexion et de leurs travaux.

Le champ du Handicap représente en effet pour l'ODAS **un domaine privilégié d'analyse des politiques sociales décentralisées**, qu'il s'agisse de la qualité et de la cohérence des réponses apportées, de la nature des choix politiques opérés par les Départements en terme stratégiques, financiers ou organisationnels ou de l'évolution des pratiques professionnelles.

En 2006, l'ODAS avait déjà consacré une étude aux **Maisons Départementales des Personnes Handicapées**. Il semblait donc logique de prolonger cette étude par un examen plus précis des modalités opérationnelles de mise en œuvre de la réforme, en se focalisant sur deux axes : la place de l'utilisateur/bénéficiaire dans une logique de développement social local (DSL) et le nouveau modèle de gouvernance instauré par la loi.

De son côté, la CNSA s'est clairement fixé pour ambition « **d'accompagner la décentralisation** », aussi l'étude répond dès lors à ses objectifs d'amélioration des outils et de la méthode afin de **guider au mieux les équipes et nouvelles instances dans l'application effective de la réforme**.

Fidèle à sa méthodologie, l'ODAS a tout d'abord constitué un **groupe témoin de 11 Départements**, avant de mener pendant 9 mois une **double analyse** des Plans Personnalisés de Compensation, portant sur leur contenu, leur forme et leur processus d'élaboration :

- Près de 400 PPC ont été soumis à une grille de lecture pré-établie, dans le cadre **d'une analyse quantitative** ;
- **L'analyse qualitative** s'est portée sur 11 formulaires PPC pré-établis par les MDPH, pour certains dans différentes versions; et a été complétée par cinq visites de site et trois « réunions formation » qui ont permis de réfléchir au « PPC idéal ».

L'étude présentée aujourd'hui livre les différents constats issus de ces analyses et permet d'envisager les améliorations nécessaires pour se conformer au mieux à l'esprit de la loi : **élaborer une réponse à la fois globale et personnalisée permettant aux personnes handicapées d'accéder à une vie sociale et personnelle** en accord avec ses attentes et ses besoins. C'est donc à **un véritable changement de posture** que les équipes des MDPH sont aujourd'hui confrontées.

LE DROIT A COMPENSATION

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées pose le principe d'un nouveau droit : le « droit à compensation » :

- Pour permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne.
- Quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, quels que soient son âge ou son mode de vie.
- En prenant en compte ses besoins, ses attentes et ses choix de vie.

La compensation englobe des aides de toute nature en réponse aux besoins des personnes handicapées.

EXPRIMER SES ATTENTES : LE « PROJET DE VIE »

La personne handicapée peut exprimer ses besoins et ses souhaits, ses choix de vie dans un « projet de vie ». C'est un document confidentiel qui peut couvrir des aspects très divers et dans lequel elle s'exprime librement. L'équipe de la MDPH apporte une aide à la personne, si celle-ci le souhaite, pour formuler ce projet de vie.

C'est une étape importante, instaurée par la loi du 11 février 2005 qui marque la volonté nouvelle de partir des attentes de la personne avant d'évaluer ce qu'il est possible de lui apporter en réponse.

ÉVALUER LA SITUATION DE LA PERSONNE ET SES BESOINS

L'équipe pluridisciplinaire est chargée au sein de la maison départementale des personnes handicapées d'évaluer les besoins de la personne à partir notamment de son projet de vie. Cette équipe est composée de professionnels aux compétences différentes et complémentaires : médecins, ergothérapeutes, psychologues mais aussi professionnels du travail social, de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle. Sa composition varie en fonction de la nature des besoins ou du handicap de la personne concernée.

L'équipe rencontre la personne handicapée, ses parents s'il s'agit d'un enfant, ou son représentant légal. Elle peut se rendre sur son lieu de vie.

L'évaluation, dans le cadre d'un échange avec la personne ou son représentant légal, comprend une collecte d'informations dont éventuellement des demandes de compléments ou d'expertises particulières par des professionnels extérieurs, des visites à domicile ou en établissements... Une analyse et une mise en perspective sont ensuite menées de manière toujours pluridisciplinaire.

PROPOSER UN « PLAN PERSONNALISE DE COMPENSATION »

Ce plan est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire « en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie ».

L'équipe construit, après cet échange avec la personne ou avec son entourage, un « plan personnalisé de compensation » qui fait des propositions en réponse à des besoins qui peuvent être très divers : aides individuelles, hébergement, logement adapté, aide à la communication, scolarisation, orientation professionnelle...

Le plan personnalisé de compensation se place dans une approche globale de la personne au vu de son projet de vie, de son handicap et de l'évaluation menée. Il peut contenir des propositions concernant :

- des prestations,
- des orientations en établissement ou services,
- des préconisations ou conseils.

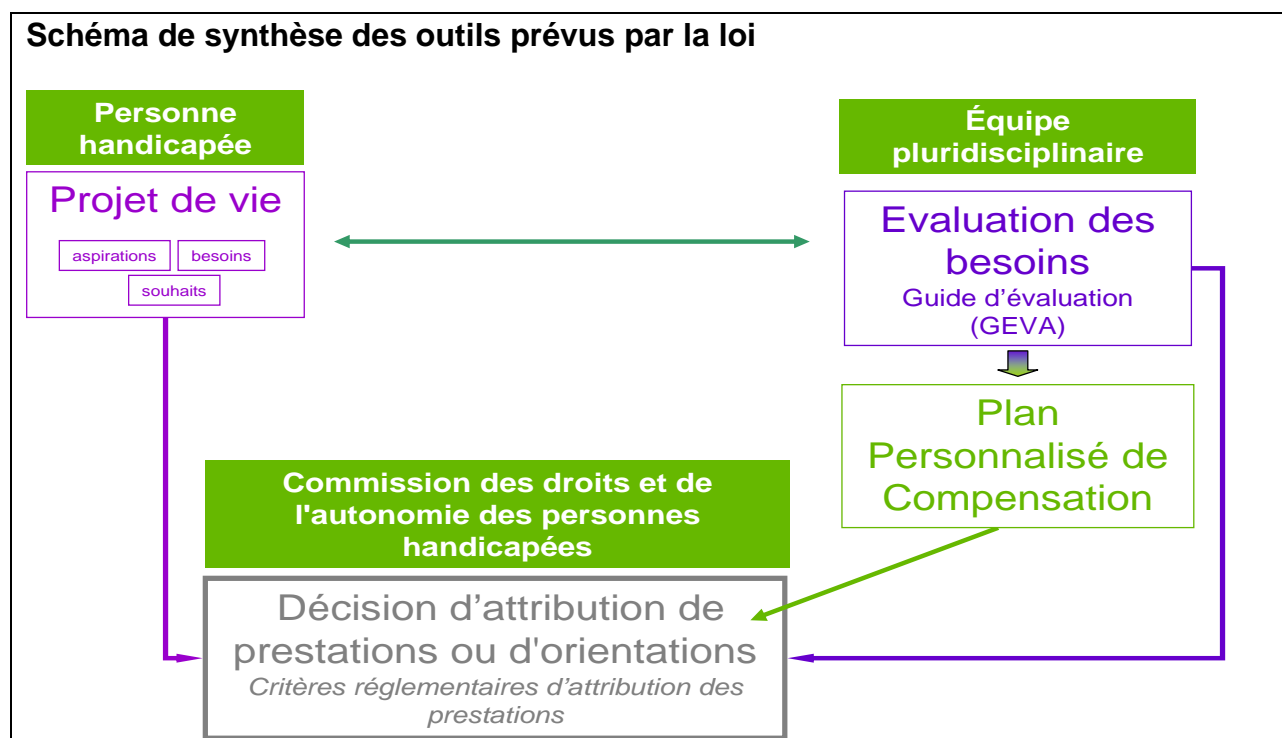
Il est transmis pour avis à la personne (ou à son représentant légal) qui peut formuler ses observations. Puis, le plan proposé, auquel sont jointes les observations éventuelles de la personne, est soumis à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour décision.

REPONDRE AUX BESOINS EVALUES, DECIDER DES AIDES

L'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire présente devant la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, le bilan de l'évaluation et les propositions contenues dans le plan personnalisé de compensation. La personne handicapée peut y assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

Chaque décision est motivée et précise la durée d'ouverture des droits. Celle-ci ne peut être inférieure à un an, ni supérieure à cinq ans. La décision est transmise immédiatement à la personne concernée et aux organismes intéressés

A savoir : la commission peut déléguer à des formations comprenant au moins trois de ses membres, la possibilité de prendre en son nom des décisions avec une procédure simplifiée : cas d'urgence, carte d'invalidité, carte de priorité, renouvellement d'une prestation sans modification de la situation de la personne. La personne handicapée peut s'opposer à cette procédure simplifiée au moment où elle dépose sa demande.

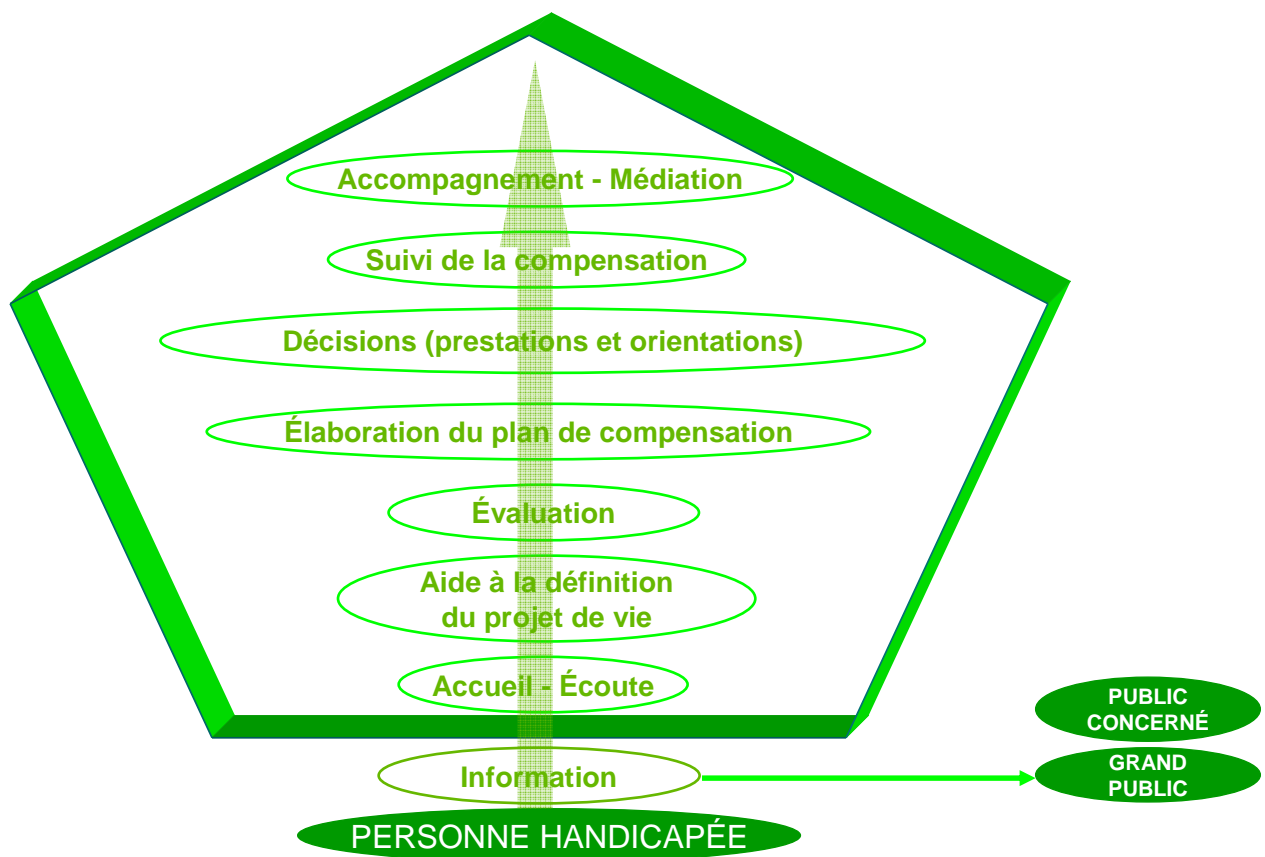


LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

UN LIEU UNIQUE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET DE RECONNAISSANCE DES DROITS POUR LES PERSONNES HANDICAPEES DANS CHAQUE DEPARTEMENT

La loi du 11 février 2005 a créé les maisons départementales des personnes handicapées, chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches.

LEURS MISSIONS



La personne est au cœur du dispositif : elle exprime son projet de vie, ses besoins sont évalués par une équipe pluridisciplinaire, ses droits sont reconnus par la commission des droits et de l'autonomie.

L'ORGANISATION DES MDPH : UN PARTENARIAT SOUS L'EGIDE DU CONSEIL GENERAL

La MDPH est un groupement d'intérêt public placé sous la tutelle du conseil général : elle réunit le département ; l'État (Affaires sociales, Emploi, et Education nationale) ; les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales, et les associations représentant les personnes handicapées.

La MDPH est administrée par la Commission exécutive, présidée par le président du conseil général. Cette commission est composée :

- pour moitié de représentants du conseil général,
- pour un quart de représentants des associations de personnes handicapées,
- et pour le quart restant : trois représentants de l'État, des représentants des organismes locaux d'assurances maladie et d'allocations familiales, le cas échéant, des représentants des organismes adhérents volontaires.

Le directeur de la MDPH est nommé par le président du conseil général.

Dans chaque MDPH, une équipe pluridisciplinaire est chargée d'évaluer les besoins des personnes handicapées. Elle est composée de professionnels : médecins, ergothérapeutes, psychologues mais aussi professionnels du travail social, de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle. Sa composition varie en fonction de la nature des besoins ou du handicap de la personne concernée.

La Commission des droits et de l'autonomie prend, à partir de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. Elle comprend : des représentants du conseil général, des services de l'État, des caisses de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, dont un tiers de représentants de personnes handicapées et de leurs familles.

Un Fonds départemental de compensation (contributeurs possibles : le département, l'État, les organismes d'assurance maladie et d'allocations familiales, mutuelles...) vient compléter si nécessaire les aides attribuées. La loi prévoit que les frais restant à la charge de la personne concernée ne doivent pas dépasser 10 % de ses ressources.

DES PARTENARIATS AU NIVEAU LOCAL

Les MDPH développent des relations partenariales pour assurer un accueil de proximité des personnes avec les services du département, les CLIC, les CCAS, les associations... Elles s'appuient également sur des coopérations avec les acteurs locaux qui contribuent à l'accompagnement des personnes handicapées : service public de l'Emploi, de l'Education nationale, de l'Action sociale, établissements médico-sociaux et associations tant pour l'évaluation multidisciplinaire des besoins que pour la mise en œuvre des décisions.

LES MDPH ET LA CNSA

La CNSA a pour mission d'apporter un appui technique aux MDPH (référentiels, informations, méthodologie, formation...), de valoriser les expériences innovantes, et de garantir l'équité par la péréquation des financements, l'échange d'expériences et de savoir faire, la qualité des outils et l'homogénéité des méthodes d'évaluation.

100 CONVENTIONS D'APPUI A LA QUALITE DE SERVICE POUR ORGANISER LES RELATIONS ENTRE LES CONSEILS GENERAUX ET LA CNSA*

Les conventions d'appui à la qualité de service sont aujourd'hui un des outils majeurs qui structurent la relation entre les conseils généraux et la CNSA. C'est un mode totalement nouveau de relation entre des collectivités territoriales et un établissement public administratif. La première génération de ces conventions couvre les années 2007-2008.

Discutées au cours d'un entretien avec chaque département fin 2006 et signées au cours de l'année 2007, elles permettent, conformément à la loi du 11 février 2005, le versement par la CNSA d'un concours financier relatif au fonctionnement de la MDPH.

Elles organisent également la transmission par le président du conseil général d'un rapport d'activité de la MDPH, au terme d'un échange d'informations qui préfigure le système de partage de l'information en cours de construction. Ce sont des données d'ordre financier, organisationnel ou d'activité qui sont commentées et transmises par les présidents de conseils généraux puis présentées au conseil de la CNSA chaque année.

Ces conventions, par leur contenu, traduisent aussi les spécificités des politiques départementales. Elles contiennent en effet des dispositions prévoyant :

- La remontée d'informations propres à une situation particulière du département
- Une participation à des études conduites par la CNSA au niveau national (test du guide d'évaluation, analyse des plans personnalisés de compensation...) ou une demande de constitution de groupes de travail sur des problématiques particulières (analyse des coûts, évaluation des personnes avec un handicap psychique...)
- La conduite en partenariat avec la CNSA d'actions innovantes en matière de prise en charge des personnes handicapées ou d'amélioration de la qualité de service.

Plusieurs autres actions sont en outre conduites dans un cadre partenarial entre la CSNA et les départements ; ce sont notamment les actions propres à la modernisation ou la professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées ou handicapées (qui font l'objet d'une convention signée entre le préfet et le président du conseil général et la CNSA).

Les services de la CNSA travaillent à l'élaboration d'un nouveau cadre conventionnel qui prendra le relais de cette première génération dans le courant de l'année 2009.

* Mayotte et Saint Pierre et Miquelon obéissent à un régime juridique différent.

LE GUIDE D'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE, LE GEVA

UN OUTIL POUR PROFESSIONNALISER LES ÉQUIPES

L'approche individualisée de la situation de la personne est un élément fondamental introduit par la loi du 11 février 2005.

Les besoins de la personne sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées. Les réponses apportées sont exprimées dans un plan personnalisé de compensation (PPC) qui répond aux divers aspects du projet de vie de la personne.

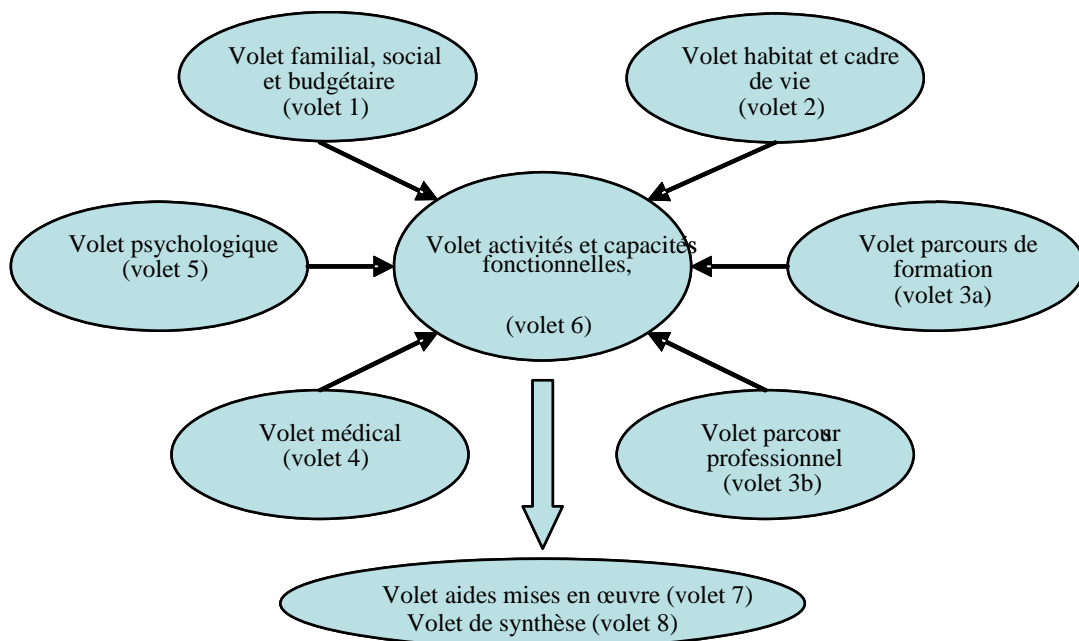
L'évaluation des besoins de compensation des personnes nécessite la mise à disposition des équipes pluridisciplinaires des MDPH d'un outil commun. La loi du 11 février 2005 mentionne que des références d'évaluation doivent être définies par décret. « Les références pour l'appréciation de ses besoins sont précisées dans un guide d'évaluation prenant en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée. » La définition de telles références est une condition nécessaire à la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire.

Sur la base du guide d'évaluation multidimensionnelle dénommé GEVA, réalisé par la DGAS et diffusé à titre expérimental auprès de l'ensemble des MDPH en janvier 2006, un groupe de pilotage associant des MDPH, des associations et des experts, a testé puis ajusté par étapes successives ce nouvel outil.

Le GEVA vise un triple objectif :

- permettre aux équipes pluridisciplinaires de recueillir une information organisée et harmonisée facilitant la formalisation des besoins, dans leur diversité ;
- favoriser au sein de ces équipes l'interdisciplinarité dans une observation globale et partagée de la situation de la personne handicapée, dépassant la simple juxtaposition des expertises ;
- disposer d'un support adapté pour collecter sur le territoire des informations de nature à alimenter le système d'information, non seulement, sur les contenus des prestations délivrées, mais également sur les caractéristiques des personnes handicapées et de leur environnement.

La logique du guide d'évaluation



Après la version « projet » du GEVA, diffusée en janvier 2006, puis des travaux d'appropriation du guide et des tests complémentaires, une nouvelle version a été produite en juillet 2006 en vue d'un test de terrain.

Avec le soutien actif des conseils généraux des Alpes-Maritimes, de Haute-Garonne, de l'Hérault, de Loire-Atlantique et de la Vienne, ainsi que des équipes de leurs MDPH, le laboratoire d'étude « GERONTOCLEF » de Montpellier a réalisé de fin 2006 à juillet 2007, pour le compte de la CNSA, une étude sur la validité, la fiabilité, la facilité d'application et la reproductibilité de l'outil GEVA.

Les conclusions de l'enquête sont globalement positives. Elles montrent toutefois que certaines composantes de l'outil restent perfectibles. En prenant en compte le résultat de ces tests, une version actualisée fera l'objet de la publication prochaine d'un arrêté, en vue de son application généralisée par l'ensemble des équipes pluridisciplinaires.

LES ACTIONS DE LA CNSA EN MATIERE D'EVALUATION

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public administratif créé en 2005 dont les missions en matière d'évaluation des besoins individuels de compensation des personnes privées d'autonomie sont les suivantes :

- Assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation.
- Assurer un échange d'expérience et d'information entre MDPH, diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation.

Ces missions qui visent à améliorer les dispositifs d'évaluation des besoins des personnes s'inscrivent dans un objectif de convergence des modes d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'objectif de l'évaluation ne se limite pas à rendre une personne éligible à une prestation mais bien à identifier ses besoins et à trouver une réponse appropriée.

ÉVALUER LA SITUATION DE LA PERSONNE ET SES BESOINS

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est chargée d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap à partir de son projet de vie (expression des attentes de la personne) et en vue de l'élaboration du plan personnalisé de compensation.

Cette équipe est composée de professionnels aux compétences différentes et complémentaires : médecins, ergothérapeutes, psychologues mais aussi professionnels du travail social, de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle. Sa composition varie en fonction de la nature des besoins ou du handicap de la personne concernée.

L'équipe rencontre la personne handicapée, ses parents s'il s'agit d'un enfant, ou son représentant légal. Elle peut se rendre sur son lieu de vie.

Le bilan de l'évaluation et les propositions contenues dans le plan personnalisé de compensation sont présentés par un membre de l'équipe pluridisciplinaire devant la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui décide des aides attribuées.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, c'est l'équipe médicosociale du conseil général qui réalise l'évaluation des besoins de la personne, détermine son éligibilité à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à l'aide de la grille AGGIR et élabore le plan d'aide.

TRAVAUX ENGAGÉS PAR LA CNSA EN MATIERE D'EVALUATION

La CNSA a engagé différents travaux, menés avec et /ou auprès d'experts, chercheurs, professionnels de terrain, décideurs, élus, techniciens, personnes âgées et personnes handicapées, et aidants, sur les thèmes suivants : notion d'évaluation, outils utilisés et pratiques professionnelles.

La CNSA a mené par ailleurs des travaux sur des thématiques particulières (maladie d'Alzheimer, handicap psychique, insertion professionnelle, etc.) mais traitant un aspect ou plusieurs aspects de l'évaluation des besoins (projets de vie, coordination des acteurs, etc.)

Enfin, elle a prévu d'organiser un colloque scientifique sur ce thème début 2009 en réunissant des experts venus du monde entier. L'objectif du colloque est de croiser les points de vue de scientifiques, professionnels, usagers et décideurs. Ce projet est piloté par la commission « Colloques et animation scientifique » du Conseil scientifique ; il s'appuie notamment, en termes de contenu sur les travaux menés dans le cadre de la commission « Evaluation des besoins des personnes ».

ÉTUDES LANCEES EN 2008 PAR LA CNSA SUR LE THEME DE L'ÉVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES

1/ LES PRATIQUES D'ÉVALUATION : UNE ÉTUDE DES ORGANISATIONS ET DES REPRÉSENTATIONS

Il s'agit d'une large étude de terrain sur les pratiques et la fonction d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie, dans différents secteurs (personnes handicapées et personnes âgées, à domicile et en établissement).

L'étude consiste à analyser les différentes pratiques d'évaluation, ainsi que les méthodes et les perceptions de la fonction d'évaluation. Elle doit permettre d'améliorer l'organisation des actions d'évaluation, de déboucher sur des propositions d'accompagnement des professionnels et sur la création d'un guide « repères » sur les pratiques.

La CNSA a confié ce travail à un groupement de trois cabinets : Deloitte, 2iConseil et TNS Healthcare. Elle s'est entourée par ailleurs de compétences diversifiées et complémentaires en créant un comité d'orientation composé de représentants de MDPH, de l'ADF, d'organismes publics (DGAS, CNAMTS, DREES), de représentants associatifs du CNCPPH, du CNRPA, d'établissements et de services d'aide à domicile et d'un collège d'experts.

Les équipes de consultants doivent ainsi rencontrer divers acteurs locaux concernés par l'évaluation des besoins de compensation, à savoir des équipes médico-sociales départementales, des équipes pluridisciplinaires des MDPH, des professionnels des établissements et services médico-sociaux et du secteur associatif et des partenaires des secteurs sanitaire, de l'éducation, de l'insertion professionnelle et des aides techniques.

2/ ÉTUDE SUR LES PERCEPTIONS, PAR LES USAGERS, DES OUTILS ET DÉMARCHES D'ÉVALUATION DES BESOINS DE COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Cette étude, confiée au cabinet ASDO Etudes, consiste à recueillir la parole des usagers sur leur vécu de l'entretien d'évaluation et des outils et démarches utilisés par les professionnels pour conduire cet entretien. Elle se propose d'identifier les spécificités, les limites et les plus-values des outils et démarches d'évaluation, en prenant en compte le vécu et les besoins des usagers.

Le rapport final comporte des propositions de recommandations aux utilisateurs et promoteurs de démarches, sur le plan de la conduite d'entretiens d'évaluation et de l'utilisation de ces outils (méthodes, finalités, intérêt et limites).

Ce recueil de perceptions des usagers vient enrichir et compléter l'étude bibliographique et l'analyse des caractéristiques des outils et démarches d'évaluation, existants ou en cours de développement, que mène la CNSA auprès des professionnels (concepteurs et utilisateurs).

L'étude qualitative auprès des usagers (personnes handicapées, personnes âgées et/ou aidants informels) se déroule sur une période de 8 mois, de février à septembre 2008.

Il est question de s'entretenir avec des usagers qui font l'objet d'une évaluation de leur situation via les outils et démarches déjà largement utilisés comme AGGIR, récemment implantés en France (SMAF, RAI ...) ou des outils en phase de développement (GEVA, GEMAPA...).

Ces travaux scientifiques seront rendus publics. Leurs résultats feront l'objet d'une communication lors du colloque organisé par la CNSA début 2009 sur l'évaluation des besoins de compensation des personnes.