



EVALUATIONS

Visio –conférence 10 10 13

INTRODUCTION

Pour l'O.M.S., cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

« Le handicap psychique regroupe les conséquences durables -en termes de dépendance-des maladies mentales dans les situations de la vie sociale et professionnelle. C'est, en d'autres termes, l'impact personnel et social des maladies mentales sur les capacités relationnelles, d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes » [Handicap psychique et emploi, si on en parlait ? *O.E.T.H. Vivre Emergence* 11p.]

[4] Les données actuelles ne permettent pas d'appréhender précisément la réalité du handicap psychique en France, les données parcellaires pouvant recenser un certain nombre de pathologies sans toutefois prendre la mesure exacte du type et du degré de handicap. Bien que les enquêtes réalisées en population générale soulignent qu'environ 30 % des français seraient concernés par un problème plus ou moins grave de santé mentale (troubles anxieux, de comportements, de l'humeur, ou liés aux addictions), il reste impossible de déterminer la part des personnes dont l'altération psychique entraîne un handicap réel. Les associations estiment que 1 % de la population française serait touché par un trouble psychique pouvant entraîner un handicap.[IGAS 2011 *La prise en charge du handicap psychique*].

JY. Barreyre appelle « la révolution douce » le bouleversement des politiques sanitaires et sociales en 10 ans ; parmi les conséquences nombre de mesures concernent la reconnaissance du handicap psychique : « évaluation des besoins, projet de vie, parcours de formation, plan personnalisé de compensation, projet personnalisé de scolarisation, parcours de soins, parcours de vie (social, logement...). » [JY. Barreyre « Les implicites d'une révolution douce » - Vie sociale n°4/2010 : 9-16]

PLAN DU DEBAT

Evaluer pour prévenir ou amener vers le soin : la première demande, son repérage évaluatif ;

Evaluer dans le soin pour aller au-delà : projet de soins personnalisé, échelle de besoin de soins de réhabilitation, continuité sanitaire/médico-social pour mises en situation ;

Evaluer à partir et après le soin : employabilité et évaluation du handicap psychique vers la compensation.

A chaque étape nous questionnerons les supports.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- La réhabilitation psycho-sociale aujourd'hui : une dynamique renouvelée. *Pluriels* n°94/95, janvier-février 2012.
- La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques. *Pluriels* n°96/97 : mai-juin 2012.
- Handicap psychique et emploi, si on en parlait ? *O.E.T.H. Vivre Emergence* 11p.
- *L'évaluation du handicap d'origine psychique et des besoins de compensation*. Présentation de l'expérimentation d'Équipes spécialisées pour l'évaluation du handicap psychique (ESEHP) réalisée dans six départements. Roger Gayton et Yann Boulon, *RFAS* 2009 : 129-135.
- « Processus d'évaluation des situations de handicap d'origine psychique » (PEHOP) J.-Y.Barreyre, Y. Makdessi, *Évaluation du handicap psychique, approche documentaire*, CEDIAS, 2008. Rapport disponible sur le site de la CNSA.
- JY. Barreyre « Les implicites d'une révolution douce » - *Vie sociale* n°4/2010 : 9-16
- CNSA *Handicaps d'origine psychique Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes*. Actes du colloque du 23 mars 2009 Palais des congrès de Versailles
- « Évaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs » *Pluriels* n°81 Avril 2010
- IGAS 2011 *La prise en charge du handicap psychique*.

LE DEBAT

I - Témoignages régionaux : cf. dossier

II - Les questions générales : axes de travail Octobre 2013

➤ Prévenir ou amener vers le soin :

L'évaluation de la première demande, souvent déposée auprès des acteurs sociaux de première ligne : comment est-elle traitée pour dépister un besoin de soins psychiatriques ?

Ex support à l'entretien santé du CG 53 (non transmis) ; **Ex** FRAGIL(Faits générateurs, Réseaux, Adaptation, Gestion, Interventions, Limites) de l'Association Aide à domicile pour tous 44-85. **Ex** : document CReHPsy.

Question : quels autres supports existent dans le secteur social, médico-social, sanitaire ?

Les réalités sont très diverses et diversement perçues selon les structures et les modes d'exercice.

Il existe des usages de partenariats « rodés » entre social et sanitaire qui permettent l'interpellation des uns par les autres en cas de doute/besoin.

Il existe des formations soit périodiques (ex SISM Cholet : Journée des professionnels...) soit régulières (ex Formation Souffrance psychique et précarité Angers : module « demande et non demande de soins »...).

Dans le champ médico-social des évaluations de première demande peuvent avoir des supports structurés en lien avec les objectifs de la structure mais le besoin de soins a en général été évalué en amont.

Des acteurs sociaux plus isolés dans leur fonctionnement ne trouvent pas toujours réponse à leurs questions de terrain dans l'existant (formations, échanges), auquel l'accès est inégal.

Tout comme les acteurs inscrits dans des collectifs, ils partagent le souci de ne pas « psychiatriser » à l'excès mais aussi de ne pas passer à côté d'un besoin de soins.

Sans qu'ils se substituent aux partenariats, les supports d'évaluation/repérage du besoin de soins lors de la de la première demande peuvent être une aide (cf.doc.CReHPsy : un faisceau d'indices, où comment, si la cotation ne dit pas la conduite à tenir, elle la facilite...)

➤ **Dans le soin et au-delà**

-Projets de soins personnalisés (au-delà des symptômes) : rarement effectifs dans les services de soins, si ce n'est pour certaines prises en charge au long cours, ils ont toute leur pertinence dans les suivis de personnes souffrant de pathologies complexes à rechutes.

-Evaluation de besoins de réhabilitation psychosociale [ELADEB, CASIG...] (la réhabilitation propose un parcours suite à cette évaluation : éducation thérapeutique, remédiation cognitives –dont des techniques spécifiques -) et réhabilitation *stricto sensu* (habiletés sociales, budget, logement...) en lien avec la réhabilitation médico-sociale.

-Du sanitaire au médico-social à partir des actions de réhabilitation : développer les mises en situation et préciser les besoins d'accompagnement= éléments qui viendront documenter l'employabilité et la compensation du handicap psychique.

[Cf. Témoignages visio Cholet, Vendée ARIA 85]

➤ **A partir du soin et après : l'évaluation de l'employabilité et du handicap psychique vers l'évaluation de la compensation.**

Supposent des actions concertées usager/proches, professionnels, MDPH. Peu développées sous cette forme dans la région : parfois quasi absentes, ailleurs diversement déclinées selon les historiques (cf.Témoignages Visio), elles questionnent le développement d'équipes d'appui territorial ou infra-territorial pluri-professionnelles.

- L'évaluation de l'employabilité cf. visio-conférence sur le Travail.

« Appuyer toute approche de l'employabilité sur une démarche pluridisciplinaire, multidimensionnelle, inscrite dans le temps, permettant l'évaluation et le suivi.

Face à l'impossibilité de proposer une pondération aboutissant à un score, on retiendra le principe d'une évaluation basée sur un faisceau d'indices concordants et abordant obligatoirement les quatre catégories de facteurs suivantes :

- la motivation
- les compétences
- les capacités
- la situation et l'environnement

Leur évaluation devra s'appuyer sur des mises en situation »

[L'emploi : un droit à faire vivre pour tous ; évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi ; prévenir la désinsertion socio-professionnelle. Rapport ministériel Décembre 2009 M.BUSNEL]

Faible implantation régionale du « bilan médico-psycho-socio-professionnel » évoqué dans ce rapport (cf. Témoignages Visio)

- L'évaluation du handicap psychique (le « tryptique de l'évaluation ») vers l'évaluation de la compensation :

[659] La MDPH des Yvelines a conçu trois documents simples de deux pages chacun sur le principe de cases à cocher accompagnés de courrier explicatifs (joint en annexe) :

- « *Mon projet de vie, mes besoins, mes activités* » adressé au demandeur : Inspiré du document mis en place dans le Gard avec l'aide de l'UNAFAM, il porte sur les activités nécessitant un soutien, les aides apportées par

l'entourage, les attentes ; une rubrique permet au demandeur de désigner un proche de confiance à qui la MDPH peut adresser le questionnaire ;

- « *Questionnaire à destination de l'entourage* » destiné à mesurer le degré d'autonomie dans la vie quotidienne et les relations à l'environnement ; il est adressé à la personne désignée par le demandeur et cosigné par celui-ci ;

- « *Questionnaire adressé à l'équipe soignante* » portant une description des déficiences actuelles et du suivi médical, des capacités de travail et des retentissements de la symptomatologie sur la vie quotidienne. Il est inspiré des rubriques de GEVA.

Source : MDPH des Yvelines

[661](...) Il s'agit de créer les conditions d'instauration de pratiques d'évaluation convergentes pour le handicap psychique sur l'ensemble du territoire.

[La prise en charge du handicap psychique IGAS 2011]

- A partir des diverses analyses venant étoffer le G.E.V.A. (Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées) [Décret 06 02 2008 ; Arrêté 06 05 2008] : Il s'agit d'établir un Plan Personnalisé de Compensation du Handicap et d'attribuer une Prestation de Compensation du Handicap.
- Ces supports et pratiques exigent des partenariats :

MDPH : des pratiques variables quelle est la place du « tryptique de l'évaluation » ? Place de l'AGEFIPH et le FIPHFP, du réseau Cap Emploi ?

Quels échanges possibles avec les équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique/ équipes territoriales d'appui, sanitaires et médico-sociales ?

III –Les propositions du CReHPsy PL

Appui technique pour le développement de soins de réhabilitation psychosociale et d'actions d'accompagnement médico-sociaux

Appui technique : mise à disposition d'un support de repérage du besoin de soins psychiatriques lors d'une première demande

Groupe de travail (visio) pour soutenir la mise en place d'équipes d'appui territorial (sanitaires et médico-sociales) développant les évaluations dont celle de l'employabilité, du handicap psychique...

Inscription handipsy.paysdelaloire@orange.fr 02 41 54 04 51

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

➤ **HANDICAP PSYCHIQUE**

- [15]La problématique pour les adultes se singularise par les enjeux particuliers de l'alternance autour de la décompensation et de la stabilisation. Leur parcours s'inscrit, depuis la loi du 11 février 2005, dans l'exigence de la participation pleine et entière à la vie sociale et citoyenne que la reconnaissance du handicap par la MDPH doit faciliter, grâce aux solutions permettant d'élaborer des réponses individuelles et collectives en matière

d'emploi, d'hébergement ou de logement, et aux aides complémentaires apportées par la prestation de compensation (PCH) au titre des aides humaines.

[16] Il s'agit à la fois de se doter des outils d'évaluation adéquats, et de prévoir les orientations tenant compte, outre des capacités de la personne dans le cadre d'un parcours de soins et d'un projet de vie, de son environnement, familial et social, de son parcours antérieur, mais aussi, et ce n'est pas le moins hasardeux, des capacités locales d'accueil, alors que l'image de la maladie mentale continue à inquiéter.

[IGAS 2011 *La prise en charge du handicap psychique*]

[39] La coopération entre les acteurs locaux (équipes sanitaires, médico-sociales, sociales, éducatives, MDPH) est **inéga**le selon les territoires :

- la MDPH est devenue un nouveau partenaire incontournable dans l'organisation des parcours de vie. Afin d'assurer l'ensemble des missions confiées par la loi du 11 février 2005, un certain nombre de MDPH se sont données les moyens de construire, tout particulièrement pour le handicap psychique, des relations partenariales, en appui à la mission d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, avec les équipes de psychiatrie, les services d'accompagnement, les équipes éducatives, les opérateurs de l'insertion professionnelle. En revanche la mission de suivi des décisions reste à investir avec les ESMS ;
- les partenariats entre structures locales de prise en charge se caractérisent par leur **hétérogénéité**, reflète des disparités locales, et des engagements individuels. Ils sont de nature et de format variables. La plupart se sont construits soit autour d'une logique institutionnelle, (réseaux de santé mentale, réseaux de professionnels conçus en terme de plateforme d'évaluation et de prise en charge), soit autour de situations complexes pour lesquelles chaque institution n'a pu apporter qu'une réponse partielle ou s'est heurtée à un échec (réseaux de professionnels autour des adolescents, des adultes ; question de l'accès au logement,...).

[IGAS 2011 *La prise en charge du handicap psychique*]

[77] En effet, l'harmonisation **partielle** des pratiques et procédures entre les MDPH est de surcroît de nature à fragiliser le principe d'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire sans une vigilance constante de la CNSA.

[79] A la faveur de l'annonce d'un site internet dans le cadre du prochain Plan de santé mentale, il serait souhaitable que cet outil de communication propose une vision globale de l'offre de service

« Santé mentale – Handicap psychique ». Pour ce faire, trois objectifs doivent guider la démarche :

- aborder le thème en transversal à travers la prévention, les soins, l'accompagnement médicosocial et social ;
- répondre, par une triple entrée, d'une part aux attentes des usagers et de leurs familles, d'autre part au besoin d'information du grand public, enfin aux attentes des professionnels ;
- s'assurer que le projet soit porté, au niveau régional, conjointement par les ARS, pilote de la politique de santé, et les MDPH, dont l'une des missions est l'accueil et l'information.

[IGAS 2011 *La prise en charge du handicap psychique*]

- Le « Processus d'évaluation des situations de handicap d'origine psychique » (PEHOP)

Cf. J.-Y.Barreyre, Y. Makdessi, *Évaluation du handicap psychique, approche documentaire*, CEDIAS, 2008. Rapport disponible sur le site de la CNSA.

J.-Y. Barreyre, C. Peintre, *Évaluer les situations de handicap d'origine psychique. Enquête de terrain*, 2009. CEDIAS, Rapport disponible sur le site de la CNSA.

➤ EMPLOYABILITE

Extraits de *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous ; évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi ; prévenir la désinsertion socio-professionnelle* Rapport ministériel Décembre 2009 M.BUSNEL :

p.17 Proposition n° 1 concernant la définition de l' « employabilité » :

Introduire dans la réglementation la définition suivante :

« L'employabilité est la probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi. Elle est conditionnée par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences...) et/ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilités aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles...), est susceptible d'évoluer dans le temps et d'être améliorée par la mise en oeuvre de moyens d'orientation, de formation, d'adaptation ou de compensation.».

p.31 Vers une démarche d'évaluation intégrée

L'ensemble des constats conduit les auteurs à préconiser, plutôt qu'une grille, la mise en place d'un processus multifactoriel, dynamique et évolutif, d'évaluation et de suivi.

Deux points sont d'emblée soulignés :

- la totalité des éléments de ce processus ne sera pas à mettre en oeuvre systématiquement de la même manière pour chacun, il devra au contraire être adapté à chaque situation et suivi dans le temps ;
- il conviendra de différencier :

-le temps de l'évaluation, permettant la description et la mise en perspective de la situation et des besoins de la personne, incluant des mises en situation; celles-ci visent non seulement à mettre la personne handicapée à l'épreuve de son désir et de ses capacités, mais également à évaluer les possibilités d'adaptation de l'environnement; elles lui permettent de se confronter aux conditions réelles et à leur impact sur l'organisation de sa vie quotidienne et sociale ;

-le temps de la décision, laquelle devra reposer sur certains critères identifiables au décours de cette évaluation, permettant de déclencher les accompagnements nécessaires et/ou d'attribuer une allocation.

Plusieurs axes se sont dégagés au cours des travaux, permettant d'identifier quatre catégories de facteurs intervenant dans l'employabilité d'une personne à un moment donné. Ces facteurs sont susceptibles d'évoluer et doivent être observés de façon dynamique dans le cadre d'un parcours.

a. La motivation.

Le groupe d'experts auteurs de ce rapport, ainsi que les personnes auditionnées, ont insisté de manière systématique sur l'impossibilité de réussir un parcours d'insertion sans qu'existe chez la personne un véritable désir d'y parvenir. Ce désir doit être éprouvé en situation réelle d'emploi.

La motivation est, de l'avis général des professionnels, l'un des éléments les plus déterminants de la réussite d'une insertion professionnelle. C'est la raison pour laquelle il est souhaitable d'en connaître le fondement, la direction et l'intensité.

Cette variable ne se laisse toutefois pas approcher quantitativement de manière simple, car elle est essentiellement liée à l'orientation profonde et intime de la personne.

Une personne peut afficher une motivation importante et être au fond d'elle-même plutôt ambivalente, par exemple lorsqu'elle ressent intuitivement la grande difficulté du parcours qu'elle s'apprête à effectuer et l'effort qu'il lui faudrait consentir - sans être assurée du résultat -, ce qui met en jeu la perspective d'un échec douloureux.

A l'inverse, une personne pourra ne pas être en capacité d'extérioriser sa motivation alors que son désir profond la conduira à faire preuve d'une grande détermination dans les différentes étapes qui l'amèneront à la réussite de sa démarche.

La motivation peut donc être à la fois considérée comme déterminante et comme une inconnue de l'équation, y compris pour la personne elle-même. En effet, elle peut estimer, tout comme son entourage, qu'elle est très motivée, sans pour autant percevoir en elle la complexité et la fragilité de cette dimension.

Dans le registre de cette complexité, il faut évoquer les réaménagements narcissiques qui aident le sujet à ne pas renoncer à l'estime de soi. Certaines manifestations de son handicap lui permettent en effet de l'investir positivement et il ne pourrait y renoncer qu'en s'exposant à perdre une part de ce qu'il peut considérer être son identité. Il faut également prendre en compte l'impact des perspectives réelles de la situation proposée au sujet, qui peuvent soit lui apparaître comme intéressantes et mobilisatrices, soit représenter une régression dans le registre de l'aisance de vie et de la dignité.

La dimension de la motivation doit par conséquent figurer systématiquement dans le raisonnement évaluatif, mais les tentatives d'objectivation qui la concernent doivent être conduites avec une grande prudence.

Pour évaluer les composantes de la motivation aux divers stades du processus plusieurs pistes sont possibles :

- une analyse de l'expression du projet de vie comportant ou non un projet professionnel et/ou une demande de formation,
- un entretien (non directif ou semi-directif) avec un professionnel qualifié explorant cette dimension,
- l'utilisation d'échelles qualitatives (par exemple, échelle analogique²⁵), pour lesquelles un travail prospectif est à conduire.

b. Les compétences.

Elles sont à évaluer selon des principes identiques, que l'on présente ou non un handicap. Seront donc analysés :

- la formation initiale de la personne et son niveau à l'issue de celle-ci ;
- le parcours de formation professionnelle et le parcours professionnel : dans ce cadre, les durées d'inactivité sont un facteur essentiel à prendre en compte ;
- les aptitudes de la personne à apprendre et à s'adapter ;
- les aptitudes de la personne à mobiliser ses savoirs et savoir-faire.

c. Les capacités.

Contrairement aux idées reçues, l'expérience des auteurs, ainsi que les éléments recueillis lors des auditions, montrent que les incapacités sont probablement l'élément le moins prédictif de l'accès ou du retour à l'emploi de la personne handicapée.

L'évaluation des capacités/incapacités est cependant indispensable, pour lutter contre les limitations d'activité et diminuer, par les démarches de réadaptation puis par la compensation, les retentissements fonctionnels des déficits. Elle visera donc à déterminer d'une part les éléments de compensation individuelle (aide humaine, aide technique, habitat, transport...) et d'autre part les conditions environnementales nécessaires à l'accès ou au maintien dans l'emploi.

Cette analyse repose sur un **bilan médico-psycho-socio-professionnel**. Différentes compétences doivent être associées. Le médecin du travail est un intervenant incontournable qui, au-delà de sa propre contribution, s'entourera en tant que de besoin d'avis spécialisés. Certaines compétences seront plus fréquemment sollicitées:

- le médecin psychiatre, les troubles psychiques étant parmi les plus générateurs d'exclusion, et tout handicap mobilisant une dimension psychologique, parfois majeure,
- le médecin de médecine physique et de réadaptation, plus des deux tiers des inaptitudes étant aujourd'hui liés à des problèmes ostéo-articulaires ou neurologiques.

L'équipe en charge de cette évaluation devra également pouvoir avoir recours aux médecins d'autres spécialités (ophtalmo, ORL ...), aux ergothérapeutes, ergonomes, psychologues du travail, neuro-psychologues, assistantes sociales ...

25 Instrument permettant à la personne interrogée de situer graphiquement sa réponse à une question sur un continuum (subdivisé ou non entre différents points de repère) figuré entre deux extrêmes (ex : échelle de douleur)

Des facteurs personnels, comme l'âge, tantôt facilitateurs ou obstacles à la démarche d'insertion, sont également à prendre en compte.

d. La situation et l'environnement.

Au-delà des classiques adaptations du poste de travail, de nombreux paramètres sont à identifier dans l'environnement :

- l'organisation de l'entreprise, ses capacités à s'adapter à la personne et à ses besoins spécifiques,
- l'accessibilité, qui doit être considérée au travers des données physiques de l'entreprise, dans toute la chaîne du déplacement, ainsi que par sa dimension d'accueil, d'accompagnement et de soutien humain à la personne en fonction des situations (accessibilité « sociale »), ainsi que, plus généralement, toutes les accessibilités promues par la loi de 2005,
- l'environnement au-delà de l'entreprise : réglementaire, social, familial.

Les quatre catégories de facteurs identifiées ci-dessus, constituent, en l'état actuel des connaissances, un **faisceau d'indices** et ne peuvent pas être pondérées *a priori* les unes par rapport aux autres.

Dans l'immédiat, l'appréciation de leur impact sur la situation, et la mise en évidence des leviers permettant d'améliorer celle-ci, seront à évaluer qualitativement au cas par cas.

La mise en situation, qui est l'une des modalités de réalisation de l'évaluation, reste, de l'avis de l'ensemble des personnes auditionnées, décisive et indispensable. Elle permettra notamment la reconnaissance par la personne de ses propres capacités, compétences, mais aussi limites, tout en lui donnant l'opportunité d'éprouver le bénéfice des compensations proposées. Cette mise en situation doit pouvoir être réalisée quel que soit le statut de la personne au regard de l'emploi : sous indemnités journalières, en phase de soins y compris

hospitaliers, comme lors de la perception d'une AAH, d'indemnités de chômage, voire sans aucune prestation.

p.41 La MDPH se trouve ainsi nécessairement en position d'« animateur de réseau » (voir chapitre V infra) qu'elle ne peut à elle seule prétendre représenter pour tous les concours nécessaires.

- La mobilisation d'autres acteurs-partenaires sera d'autant plus souhaitable que *l'évaluation de l'employabilité devra être conduite concomitamment aux soins de réhabilitation et à l'accompagnement de la démarche d'insertion dans le cadre de mises en situations*. La méthodologie pratique de ces approches conjointes devra s'inspirer de différentes expériences et réalisations, conduites localement, qui ont démontré leur efficacité (cf. annexe):
 - Comète France avec la DPI (démarche précoce d'insertion professionnelle initiée dès le séjour hospitalier en soins de suite et de réadaptation)[1] (cf annexe) ;
 - Record : expérimentation de développement de réseaux partenariaux départementaux coordonnés de l'ensemble des professionnels impliqués dans l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées ;
 - mobilisations du Service Appui Projet financé par l'AGEFIPH ;
 - Contrats de Rééducation Professionnelle [2], y compris les expériences d'accompagnement médico-social en formation professionnelle de droit commun ;
 - pratique d'un entretien d'évaluation d'employabilité en MDPH ;
 - en matière de handicap psychique, de nombreuses expériences de terrain, notamment celles du réseau GALAXIE [3], de l'œuvre FALRET, du réseau REHPI en Isère, avec l'aide ou non d'outils comme TACTIS [4].

Ces expériences, dont les résultats convergent, doivent être promues et leur disponibilité sur l'ensemble du territoire doit être progressivement assurée. Les enseignements de ces expériences et réalisations locales doivent pouvoir être encore enrichis par les recherches-actions proposées plus haut, qui doivent connaître un développement majeur.

[1] *Association Nationale regroupant 35 établissements/services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en médecine physique et de réadaptation qui initient dès l'hospitalisation la démarche précoce d'insertion*

<http://www.cometefrance.com>

[2] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F212.xhtml>

[3] <http://www.reseau-galaxie.fr/accueil.aspx>

[4] *Test d'Aptitude et de Compétence au Travail, outil créé par le CEPPEM de Lorient*

p.67 LES CINQ MESSAGES des auteurs du rapport sur l'évaluation de la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi

1 La conception d'un outil d'évaluation automatisé permettant de mesurer l'employabilité des personnes handicapées est impossible.

Les différentes démarches scientifiques ou expérimentales, menées tant en France qu'à l'international, sont concordantes et nous permettent d'affirmer qu'il est impossible de concevoir un outil d'évaluation permettant de mesurer et encore moins de quantifier l'employabilité, qu'il soit destiné à des personnes handicapées ou non. Cette position concorde avec les avis exprimés unanimement par l'ensemble des personnes auditionnées.

Les auteurs préconisent en conséquence de développer une démarche reposant sur un processus d'évaluation, associant recueil d'informations, accompagnement et mise en

situation. Un tel processus aurait en outre l'intérêt, au-delà de la seule évaluation, de constituer un véritable outil d'aide à l'insertion professionnelle.

Les différents éléments permettant d'apprécier l'employabilité portent sur 4 dimensions : la motivation, les compétences, les capacités et la situation de la personne dans son environnement. L'ensemble de ces paramètres permet de constituer un faisceau d'indices concordants, qui ne repose pas seulement sur des éléments personnels subjectifs (déclaration de la personne) ni sur des données préétablies (contraintes supposées de telle ou telle activité professionnelle).

2 La réussite d'une politique visant à améliorer l'insertion professionnelle des personnes handicapées suppose qu'une priorité soit donnée à la prévention de la désinsertion et au maintien dans l'emploi.

Près de deux demandeurs d'AAH sur trois ont déjà exercé une activité professionnelle et en arrivent à solliciter le bénéfice d'une allocation au terme d'un long parcours de désinsertion.

Une prise en charge précoce des personnes en emploi mais en risque de désinsertion professionnelle du fait de problèmes de santé liés à des maladies évolutives ou à des accidents de la vie doit permettre de sécuriser le parcours professionnel.

Toute perte d'emploi doit être accompagnée sans rupture, ce qui suppose de lever certains freins administratifs mais aussi d'améliorer la cohérence et la complémentarité des dispositifs, qu'ils soient de droit commun ou spécialisés.

Les auteurs préconisent de confier aux services de santé au travail une mission prioritaire de prévention de la désinsertion professionnelle :

- en leur assignant pour objectif la réalisation d'un véritable bilan médico-psychosocio-professionnel, mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire, pour chaque personne concernée par une démarche d'inaptitude au poste de travail ;
- en leur permettant d'attribuer en urgence une reconnaissance « provisoire » de la qualité de travailleur handicapé, pour un accès immédiat aux mesures spécifiques en amont de la désinsertion professionnelle.

Ils recommandent également d'impliquer l'AGEFIPH et le FIPHFP non pas uniquement en aval de la démarche d'évaluation mais aussi en amont de celle-ci, afin de permettre au réseau CAP EMPLOI de jouer pleinement son rôle dans la démarche d'insertion professionnelle des personnes handicapées, de participer financièrement à des prestations spécifiques mises en œuvre par des opérateurs spécialisés, dont la collaboration aux démarches d'évaluation et d'insertion doit être développée, dans le cadre d'un réseau constitué sur la base de conventions locales.

3 L'accès précoce aux droits pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées doit être résolument facilité.

L'accès des personnes handicapées au droit commun du service public de l'emploi, sans nécessité de passer par le dispositif handicap et la MDPH, doit être amélioré.

L'accès à des mesures non spécifiques, par exemple en ouvrant un droit à un contrat du type du contrat de transition professionnelle, pour toute personne perdant son emploi du fait d'un problème de santé doit être ouvert.

Aucune catégorie de bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ne doit être *a priori* récusée pour bénéficier des soutiens nécessaires à la réalisation de son parcours dès lors que le projet de la personne comporte une dimension professionnelle.

Pour atteindre ces objectifs, les auteurs préconisent la mise en place d'une allocation transitoire associée au processus d'évaluation et d'accompagnement, facilitant la mobilisation de la personne handicapée dans une démarche de projet professionnel.

4 Les MDPH doivent jouer un rôle central dans le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées, grâce à l'action de leurs référents.

Les référents insertion professionnelle doivent assurer l'animation, la coordination et la mise en réseau de l'ensemble des acteurs concernés par l'insertion professionnelle des personnes handicapées. La mise en place de conventions entre les différents partenaires doit permettre de développer cette stratégie. Le processus dynamique d'évaluation et d'accompagnement permet d'alimenter le GEVA, outil actuellement en cours de déploiement dans les MDPH. Pour être utilisé de façon optimale et constituer une base de données exploitable, l'appropriation du GEVA, y compris pour la dimension insertion professionnelle, doit être soutenue et **la CNSA doit poursuivre sa mission d'animation notamment auprès des référents insertion professionnelle des MDPH.**

Des **recherches-actions** doivent permettre d'enrichir cet outil et d'améliorer en continu le processus d'évaluation/accompagnement des personnes handicapées dans leur démarche d'insertion professionnelle.

5 Plus généralement, la philosophie d'une approche davantage centrée sur les besoins individuels des personnes doit être promue, et se traduire dans la réglementation, les processus, les pratiques.

A court terme, les moyens d'évaluation et d'accompagnement doivent être renforcés, la coordination des acteurs améliorée, la sécurisation des parcours professionnels et la prévention de la désinsertion prioritairement recherchées.

A plus long terme, des recherches et expérimentations doivent être engagées afin d'améliorer les connaissances dans le champ du handicap, notamment pour objectiver les déterminants de la désinsertion, et, *a contrario*, les conditions de la réussite de l'insertion, et afin de promouvoir et généraliser les bonnes pratiques.