



# L'évaluation du handicap psychique

## 1-Les définitions

### a/ définition du handicap psychique

#### **LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

#### **M.Barrès : La notion de handicap psychique au travers des lois et politiques publiques in Annales Médico-psychologiques 168 (2010) 760-763.**

Tout d'abord qu'appelons-nous handicap ? Les associations de personnes handicapées et des professionnels qui les accompagnent ont fait considérablement évoluer le concept de handicap au cours des 30 dernières années, évolution traduite dans la Classification Internationale du Handicap (CIH, OMS 1980), puis dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS 2001) : la seconde s'éloigne encore du modèle linéaire médical et propose :

- Une terminologie renouvelée, moins stigmatisante, permettant de décrire tant la situation de handicap que ce que l'on pourrait appeler la situation de santé : altération des fonctions, limitation d'activités et restrictions de participation sociale (versus déficiences, incapacités et désavantages) ;

- Une importance forte donnée à la dynamique du processus interactif entre une personne et son environnement ;

- Une approche en termes de situation vécue par la personne et ses proches, qui se trouvent être les premiers « experts » du handicap.

#### **V.Boucherat-Hue, Pascale Perretti : Du handicap revisité au handicap psychique : un nouveau concept qui pourrait faire date ? in Annales Médico-Psychologiques 170 (2012) 622-627.**

Ce sont les associations de familles de malades psychiques (UNAFAM, FNAPsy) qui revendiquent de donner un statut à une population dont les troubles psychiques sont « handicapants », c'est-à-dire invalidants, sur l'usage des capacités intellectuelles, les apprentissages, l'insertion socio-professionnelle et l'adaptation relationnelle.

Le terme handicap psychique est alors avancé pour le différencier du handicap mental réservé aux effets de la déficience intellectuelle. On avait proposé un temps le terme de handicap par maladie mentale pour désigner « ... les conséquences de la maladie mentale dans le registre des incapacités et du désavantage social » (Livre blanc de Santé mentale Révision 2006), ce qui apportait une nuance : le handicap n'était pas seulement social, mais la maladie mentale en elle-même, dans ses symptômes, était reconnue comme handicapante. Puis on en est finalement resté à l'acception sociale du handicap en parlant de personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques, et, par raccourci, de handicap psychique.

(...) En 2002, la ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées engage une commission parlementaire pour « mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques, et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches ». Le rapport dit « Charzat », qui en découle, est un très intéressant travail d'expertise qui permet de faire connaître les handicaps psychiques non seulement des personnes diagnostiquées hors du traditionnel « handicap mental » comme les grands psychotiques, les grands obsessionnels et les grands dépressifs par exemple, mais aussi, ce qui est plus novateur, ceux qui sont « en souffrance psychique » sans diagnostic médical déterminé ni traitement psychiatrique engagé. Une place est faite aux états de « mal-être » existentiel, exacerbés par les dysfonctionnements sociétaux (la clinique des ruptures du lien social) pour peu que les souffrances de l'individu soient « cliniquement significatives »...

Ces catégories larges font ainsi indirectement une place, pour la première fois dans le système de reconnaissance social, aux troubles narcissiques et « limites » de la personnalité, dont les handicaps d'origine psychique sont particulièrement variables, aléatoires, souvent invisibles et instables. La notion de fragilité, de vulnérabilité, d'imprévisibilité, de durabilité, d'évolutivité, vont s'inscrire peu à peu au cœur des représentations sociétales du handicap psychique pour en nuancer l'abord.

Cela découle de l'objectif d'individualiser la situation de handicap de chaque personne prise dans sa singularité, en comprenant qu'il peut y avoir, dans certains cas, une disproportion entre la gravité de la maladie et le poids du handicap associé. Ainsi des déficiences graves peuvent entraîner des incapacités modérées, comme dans certaines formes de psychoses chroniques bien encadrées au long cours. Inversement certaines configurations « péri-névrotiques » paraissent plus légères mais leur capacité à « donner le change » est justement un des symptômes d'une structure qui souffre de sévères difficultés à établir une relation sociale ou affective.

### Synthèse

[cf. document CReHPsy PL « Handicap psychique Histoire et Définitions » 8 p. Février 2014 ]:

On appelle handicap d'origine psychique (dit « handicap psychique ») la somme des altérations des fonctions, limitations d'activités et restrictions de participation sociale présentée par une personne en lien avec une maladie ou trouble mental (à différencier du handicap mental en lien avec la déficience). Parmi les caractéristiques majeures du handicap psychique influant sur son évaluation et les compensations possibles : il est sensible au contexte, évolutif, invisible.

## b/définitions de l'évaluation du handicap psychique

**B. Falissard : Réflexion autour de la question de l'évaluation du handicap psychique in *Annales Médico-psychologiques* 168 (2010) 768-769.**

Pour Bruno Falissard, une évaluation (étymologiquement donner une valeur) repose non seulement sur une arrière-pensée morale (la valeur) mais de façon plus technique sur la question de la mesure. D'où la question : comment mesurer, comment représenter numériquement, de façon simple, une caractéristique comme le handicap psychique ?

Pour lui, la mesure de la santé mentale relève de deux paradigmes ou modèles :

L'un qui relève de la phénoménologie, c'est-à-dire de l'appréciation globale et intuitive de certaines caractéristiques. Par exemple, on peut mesurer assez simplement le niveau de tristesse de quelqu'un avec qui l'on discute en attribuant un numéro de 1 à 10, comme on le fait pour mesurer un niveau de douleur avec une échelle visuelle analogique. Cela est possible parce que la notion de tristesse est élémentaire.

L'autre paradigme doit être utilisé lorsque le concept est trop compliqué (et c'est le cas du handicap psychique). Il faut alors le diviser en plusieurs éléments que l'on mesurera d'abord un à un pour les assembler ensuite en une seule mesure. Cela est possible à condition de définir de façon explicite et consensuelle le phénomène que l'on mesure, et que les éléments isolés puissent être regroupés, additionnés de façon à ce que l'ensemble donne un résultat significatif.

[...] Il est utile d'aborder dans un premier temps, selon lui, la question du « fonctionnement ». L'auteur rappelle à ce propos la définition donnée dans le Dictionnaire de l'Académie : « Niveau de réalisation des activités, obligations et devoirs inhérents à notre existence ». Ce qui revient à dire, souligne-t-il que « fonctionner c'est réaliser des choses, et en particulier ses devoirs » ; une définition qu'il met en regard d'une autre définition du fonctionnement : « Rôle joué par un individu dans la société ».

Ces définitions entraînent donc un certain nombre de questionnements : quels sont les obligations et devoirs d'un sujet dans son existence ? Comment les mesurer, et plus généralement, comment mesurer le niveau d'aspirations et de réalisations ? [...]

Et l'on arrive au concept de handicap proprement dit : « ce sont les aspects négatifs de l'interaction entre l'individu et son contexte » selon l'OMS. Encore une fois Bruno Falissard se demande : en quoi consistent ces interactions ? Ici aussi cela pose la question de l'homme dans la vie, dans la société, dit-il. Et cela conduit à réfléchir à la manière de mieux traiter les patients, de sortir de notre triade –symptômes, diagnostic, traitement- à laquelle on ajoute l'observation des symptômes résiduels, et voir comment il est possible d'améliorer les choses. Pourquoi ne pas demander au sujet lui-même ce qu'il veut réaliser dans sa vie ? Mais le contexte dont parle l'OMS, autrement dit la société dans laquelle vit l'individu, peut-il permettre à celui-ci de vivre comme il en a envie ? Cela sans provoquer de tensions...

[...] Ces remarques ont pour objet de montrer que le handicap est toujours révélateur d'une tension entre plusieurs modèles pour décider de la prise en charge d'une personne, notamment dans le cadre d'une maladie chronique, et, d'autre part, de souligner qu'une idée de compensation est toujours sous-tendue.

Avec l'évaluation du handicap, il y a débat sur ce que devrait être la prise en charge de nos semblables qui sont en difficulté et qui risquent d'y rester un certain temps. Que devons-nous compenser ? Comment ? Jusqu'où ? Qu'est-ce que la société est prête à accepter en termes de compensation ?

### **Handicap d'origine psychique et évaluation des situations. 1<sup>ère</sup> Phase : recherche documentaire : Synthèse Décembre 2007. CEDIAS CNSA**

#### *Méthodes et outils d'évaluation du fonctionnement individuel, psychique et social*

Peu ou prou les outils d'évaluation des situations de handicap (d'origine psychique) se réfèrent à des outils ou des méthodes d'analyse que sont les classifications internationales (Classification Internationale du Fonctionnement, de la santé et du handicap et processus de production du handicap) comme nomenclatures et surtout comme structure dynamique d'articulation entre les champs d'information et de connaissance : c'est l'interaction entre les caractéristiques de la personne et celles de ses environnements, en fonction des habitudes de vie, qui permet d'appréhender la situation de vie de la personne.

A partir de ces outils sont présentés les trente-deux principaux outils de mesure existants et utilisés en France et à l'étrangers, en mettant en exergue :

- les outils directement issus de la CIF ou du PPH (WHODAS II, MAH-VIE, GEVA, etc.)

-l'outil d'évaluation des situations de handicap réglementaire qu'est le GEVA [cf. *infra* NDLR]

- et la compatibilité des outils de mesures présentés avec l'outil réglementaire

Nous différencions d'autre part de manière commode :

-les outils d'évaluation du fonctionnement individuel, psychique et social ;

-les outils d'évaluation de l'estime de soi ;

-les outils d'évaluation de la qualité de vie.

Certains des outils de mesure sont mixtes [...]

[...] *Les besoins de connaissance pour cette évaluation :*

-l'évaluation est un processus « dynamique » : ce qui fait sens, c'est moins les informations collectées et fixées à un moment donné sur la situation que l'analyse des écarts entre des temps T1, T2 ou T3.

-les informations nécessaires à la compréhension d'une situation ont de multiples sources : elles proviennent des experts médicaux ou médico-sociaux, de la personne, de ses proches, des différents intervenants sociaux, etc. ;

-les dimensions et domaines de la vie participant au bien-être social d'une personne (les six plans proposés par l'UNAFAM [cf. *infra* ; NDLR]) sont interdépendants ;

-enfin, il convient de préciser qu'il y a interdépendance entre les temps d'évaluation et de construction partagée d'un plan personnalisé et le temps de la mise en œuvre de ce plan.

*Qu'est-ce qu'on doit connaître avant l'évaluation proprement dite de la situation ?*

-le diagnostic médical et psychiatrique

-le projet de vie ou les buts de la personne

-l'évaluation du fonctionnement cognitif

-le parcours de vie

*Qu'est-ce qu'on veut connaître par la mise en œuvre de ce processus ?*

-le rapport à la maladie ;

-les compétences sociales et leurs limites temporaires, définitives ou variables ;

-les ressources propres à la personne ou à l'entourage

A partir de l'ensemble de ces éléments nous proposons un *Processus d'Evaluation du Handicap d'Origine Psychique*

## **GEVA Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation des personnes handicapées**

(décret n° 2008-110 du 6 février 2008 et arrêté du 6 février 2008 paru au Journal Officiel du 6 mai 2008.)

**+ Manuel d'accompagnement du GEVA Mai 2008 ; Le GEVA Evaluer les besoins de compensation - Les cahiers pédagogiques de la CNSA Septembre 2012.**

Le GEVA est l'outil de référence national pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH depuis 2008

Le GEVA constitue le support de la démarche d'évaluation, multidimensionnelle et pluridisciplinaire, des situations et besoins des personnes handicapées, en vue d'assurer l'équité de traitement des situations sur l'ensemble du territoire.

Le GEVA repose sur la définition du handicap énoncée dans la loi du 11 février 2005 :

« Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles,

mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Art. L. 114 du CASF).

Cette définition du handicap, inscrite désormais dans la loi du 11 février 2005, s'appuie sur la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (la CIF, adoptée en 2001 par l'OMS). La CIF met effectivement en évidence les interactions existantes entre le problème de santé de la personne, les fonctions organiques et les structures anatomiques, les activités réalisées, la participation sociale de la personne et les facteurs environnementaux et personnels.

Il doit s'adapter à chaque type de handicap.

*Le GEVA ne se substitue pas aux outils cliniques ni aux outils d'éligibilité*

L'utilisation du GEVA vise à mettre en perspective des informations venant de champs différents et donc potentiellement produites avec des outils différents. Son niveau de précision est généralement insuffisant pour l'exercice au quotidien de chacun des champs professionnels. Il est en fait destiné à recueillir les données utiles à la connaissance des situations individuelles, produites par les différents praticiens à partir de leurs outils propres. Ce sont leurs résultats qui viendront s'insérer dans le GEVA.

*Concernant le handicap psychique, un des enjeux des nouveaux outils est qu'ils soient « GEVA-compatibles ».*

Ainsi : en amont de son utilisation, les partenaires de terrain fournissent aux équipes pluridisciplinaires des MDPH un certain nombre d'informations issues de la « clinique » produits avec les outils propres aux différents professionnels de terrain. Il doit permettre de présenter et synthétiser les résultats qui en sont issus.

En aval de la définition des besoins de compensation, il revient aux équipes pluridisciplinaires des MDPH d'élaborer, en lien avec la personne handicapée, le plan personnalisé de compensation. Ce dernier comporte les préconisations d'actions et/ou les propositions de décisions pour la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA), permettant de répondre à tout ou partie des besoins identifiés, de façon cohérente et appropriée aux souhaits, aspirations et attentes de la personne.

Ces différentes phases ne se confondent pas avec l'évaluation partagée conduite par l'équipe pluridisciplinaire en vue de l'élaboration du plan personnalisé de compensation (PPC) et le cas échéant du projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Pour les personnes en situation de handicap psychique, handicap sensible au contexte, évolutif, invisible, des modalités longues et plurielles d'évaluation doivent être mises en place.

**Les besoins des personnes malades et/ou handicapées psychiques, selon l'UNAFAM**

<http://www.unafam.org/-Accompagner-les-personnes-malades-.html>

Six grands types de problèmes à tenter de résoudre quand on a la charge d'un malade psychique :

- 1 - Les soins
- 2 - Les ressources
- 3 - Le logement
- 4 - L'accompagnement
- 5 - Si nécessaire une protection juridique
- 6- Si possible des activités

**A.Prouteau et al. : Mesurer le handicap psychique : enjeux et méthodes ; L'information psychiatrique ; 2014/3 - Volume 90 : 191 à 195.**

« En France, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) joue un rôle évidemment central dans la compensation du handicap, et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) doivent disposer des informations les plus complètes et précises pour analyser les attentes des personnes qui les sollicitent. Le Guide d'évaluation des besoins de compensation (GEVA) est le document de référence pour l'évaluation des personnes en situation de handicap, prévu par l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, dans le contexte des maisons départementales des personnes handicapées. En résumé, « l'évaluation de la situation et des besoins de la personne est au cœur du droit à la compensation ».

Il existe différents enjeux autour de la question de l'évaluation du handicap d'origine psychique, qui renvoient à la diversité des acteurs concernés. Si la juste évaluation des besoins de compensation est un enjeu majeur, la description fine des situations de handicap au quotidien constitue un besoin primordial pour les cliniciens et acteurs du champ sanitaire et médico-social. Cette description est une première étape vers une meilleure compréhension des situations vécues, qui intéresse tout autant les individus concernés que leurs familles et les professionnels.

Cependant, l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique tel que décrit dans la loi du 11 février 2005 reste actuellement difficile et controversée. Dans la loi, ce terme réfère précisément aux « limitations d'activité » (LA) et « restrictions de la participation » (RP), empruntées au modèle de la CIF, et consécutives à des déficits du fonctionnement psychique. On l'observe dans de nombreuses pathologies : psychoses chroniques, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, affections cérébro-dégénératives. . . Parce qu'il est dit « invisible », les particularités de ce handicap en termes de LA et de RP apparaissent difficiles à saisir et à objectiver. »

En l'absence de modèles théoriques clairement identifiés et face à l'hétérogénéité des outils d'évaluation existants : « l'évaluation du handicap d'origine psychique reste actuellement difficile et controversée. Pourtant, des sources internationales et françaises récentes permettent de cibler quelques principes pour une évaluation actualisée et rigoureuse des situations de handicap d'origine psychique :

- dépasser le modèle étiologique/médical du handicap
- différencier les limitations d'activité des restrictions de la participation
- considérer les facteurs environnementaux
- développer des mesures actualisées sur les modèles internationaux
- inclure le point de vue des personnes concernées
- développer des mesures répondant aux critères de validité scientifique. »

## 2- Les évaluations du handicap psychique

### a/ deux expérimentations

**1-Gayton R., Boulon Y. : 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. RFAS 2009 : 129-135.**

De 2000 à 2006 le réseau Galaxie ([www.reseau-galaxie.fr](http://www.reseau-galaxie.fr)) a réuni de nombreux acteurs sur le territoire national pour élaborer une première version du cahier des charges des équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique (ESEHP).

La Caisse nationale pour l'autonomie et la solidarité (CNSA) a soutenu un projet d'expérimentation des ESEHP en collaboration avec les conseils généraux de six départements pilotes (Ain, Haute-Garonne, Loire, Nord, Maine-et-Loire et Sarthe).

Entre juillet 2007 et décembre 2008, des « équipes spécialisées » (ESEHP) ont réalisé près de 200 prestations de bilan d'évaluation pour des personnes présentant un handicap psychique, à la demande des équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) des six départements pilotes selon les principes et modalités préconisées par le cahier des charges des ESEHP. Parallèlement, le réseau Galaxie a assuré une mission d'animation de l'expérimentation, de consolidation et d'analyse des données.

Cette expérimentation a fait l'objet d'un rapport de mission ([http://www.reseau-galaxie.fr/upload/modulepublication/esehp\\_Rapport\\_final.pdf](http://www.reseau-galaxie.fr/upload/modulepublication/esehp_Rapport_final.pdf)) dont voici quelques extraits :

#### *-Le cadre de la prestation d'évaluation*

Le choix a été fait de définir *a priori* un cadre pour la prestation d'évaluation :

- durée : 35 heures en moyenne par personne réparties sur 6 à 10 semaines ;
- exploration de cinq champs : habiletés professionnelles, aptitudes cognitives, compétences professionnelles, identité personnelle et éléments psychopathologiques résiduels ;
- modalités d'observation diverses : entretiens individuels, ateliers en groupes, visites à domicile, mises en situation écologique...

Cette option n'avait pas pour objectif de formater les pratiques, puisque les équipes ESEHP avaient toute liberté pour y déroger, mais celui d'offrir un cadre de référence permettant d'analyser les pratiques de terrain en questionnant les écarts entre le cadre théorique et ce qui a été réalisé.

#### *-Évaluation du handicap psychique et des besoins de compensation*

Même dans les situations où la demande est très ciblée, l'ESEHP procède systématiquement à une exploration de tous les secteurs (professionnel, social et médical), soit en interne du dispositif, soit en lien avec les acteurs externes. Cette approche globale, rendue nécessaire par l'extrême imbrication et interdépendance entre ces champs dans les situations de handicap psychique, offre également la possibilité d'explorer d'autres pistes et solutions d'insertion ou de compensation « plus adaptées » que la réponse aux demandes formulées.

Se pose alors la question du « retour » qui est fait aux intéressés dans l'hypothèse où les préconisations diffèrent de la demande initiale. [...]

Les modalités d'information précoces de la personne avec l'aide de l'ESEHP en amont de la demande auprès de la MDPH doivent être explorées. Le concept de Centre ressource pour le handicap psychique (CReHPsy) dont l'objectif général « vise à apporter une réponse

opérationnelle globale et coordonnée aux situations de handicap psychique confrontées à des difficultés pour concrétiser un projet de vie personnalisé » peut être alors pertinent. [Dimension territoriale des CReHPsy : équipes d'appui aux évaluations cf. lettre d'information n° 4 [www.reseau-galaxie.fr](http://www.reseau-galaxie.fr) ; NDLR ].

*-Place des ESEHP et articulation entre équipes des ESEHP et des MDPH*

[...] La présence des équipes ESEHP auprès des MDPH est apparue nécessaire à toutes les équipes pluridisciplinaires. Le besoin d'appui exprimé par ces dernières en matière d'évaluation du handicap psychique, d'une part, et les compétences des équipes ESEHP en la matière, d'autre part, ne suffisent pas pour définir une collaboration et pour légitimer l'intervention des équipes ESEHP en complément des missions de l'équipe pluridisciplinaire. C'est donc dans la nature des activités que les ESEHP ont été amenés à avoir, qu'il faut chercher.

– Les ESEHP ont dû souvent « relancer » à plusieurs reprises les personnes pour arriver à fixer un premier rendez-vous, lui-même parfois aménagé (courte durée, amorce progressive de la démarche). Dans certains cas, le premier rendez-vous a été réalisé au domicile de la personne concernée. Une équipe ESEHP s'est même systématiquement déplacée pour aller à la rencontre des personnes (le taux de non-réalisation de la prestation a été de 7 %, alors qu'il atteint 50 % sur les autres départements). Ce n'est qu'au prix de ces aménagements et de cet important investissement en énergie et en temps – que les équipes pluridisciplinaires n'ont pas les moyens de faire – que la plupart des personnes ont pu s'engager dans la prestation d'évaluation. Il s'agit là d'une illustration de la problématique des personnes en situation de handicap psychique.

– Par ailleurs, dans bon nombre de situations, la démarche d'évaluation a, pour partie, consisté à « recoller les morceaux » d'une histoire et d'un présent éclatés ; chaque intervenant (familles, équipes de soins, travailleurs sociaux...) étant dépositaire d'une partie du puzzle. L'identification de tous ces acteurs et le recueil des informations auprès de chacun d'eux ont constitué un pan important du travail réalisé par les ESEHP. Au-delà de l'identification des sources d'information, il a fallu organiser et réaliser le partage de cette information.

Un rôle important des ESEHP est leur fonction d'interface notamment avec le secteur sanitaire. Même si la question du secret professionnel a été soulevée au cours de l'expérimentation, de façon plus ou moins formelle, l'information nécessaire a pu circuler. [...]

*Cette expérimentation a permis de questionner :*

- les moyens en direction des personnes présentant un handicap psychique sur la plupart des territoires;
- les dispositions prises en matière d'accompagnement et d'accueil des personnes après l'identification des besoins de compensation.

L'approche proposée au travers du concept de « CReHPsy » est innovante pour le handicap psychique. Ce dispositif pourrait constituer la colonne vertébrale de la compensation du handicap psychique, à partir d'une approche collective, confrontant les cadres existants avec les besoins des acteurs concernés, ce qui exigera sans doute d'aller au-delà des normes établies.

[cf. Etude CReHPsy Rapport final, décembre 2012 : [www.reseau-galaxie.fr](http://www.reseau-galaxie.fr) ; Colloque National Galaxie 20 mars 2013 Comment mieux répondre aux enjeux de la santé mentale ?



Du concept à la concrétisation du « Centre Ressources Handicap Psychique » : [www.reseau-galaxie.fr](http://www.reseau-galaxie.fr) ; NDLR ]

## **2- Handicaps d'origine psychique. Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes.** CEDIAS CNSA. [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr).

- Volet 1 Source documentaire, 2007.
- Volet 2 Terrains, synthèse 2009.
- Colloque national Mars 2009.

Dont « **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.

[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/synthese\\_CNSAbiblio\\_volet1.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/synthese_CNSAbiblio_volet1.pdf)

Les cinq principaux enseignements de cette recherche action sont les suivants :

- L'élaboration d'un projet de vie, l'évaluation d'une situation et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de compensation sont des processus interactifs, qui s'inscrivent dans le temps et une dynamique relationnelle.
- La pertinence d'une évaluation globale repose sur le triptyque des expertises en tension : celle des personnes – celle de l'entourage – celle des professionnels.
- Le processus d'évaluation ne peut être isolé de l'organisation des réponses sur les territoires.
- Les différentes dimensions et réponses sont interdépendantes et supposent des possibilités d'articulation entre elles (logement, accompagnement, soins, ressources, activités, protection).
- Pour ce type de situations de handicap (plus que tout autre), il y a nécessité d'une souplesse et de *réactivité* pour évaluer et accompagner les personnes. Cette souplesse et cette réactivité comprise dans une évaluation en continu soulignent la nécessité d'une écoute et d'une veille sur les territoires mise en évidence au cours de ce travail et viennent renforcer tout l'intérêt des groupes d'entraide mutuelle et de la mission préventive des services d'accompagnement et de la psychiatrie de secteur.

## **b/ Trois outils d'évaluation**

### **1-La prise en charge du handicap psychique IGAS 2011**

Dont l'annexe 7 *Evaluation de la situation de handicap psychique « Le tryptique de l'évaluation » MDPH 78.*

Le rapport de l'IGAS met en évidence que « les missions d'évaluation et d'orientation des MDPH reposent sur l'établissement de relations partenariales qui ne sont pas harmonisées sur l'ensemble du territoire Le rapport annuel d'activité des MDPH 2009 note que « *la question de l'accès ou du maintien dans l'emploi et le champ du handicap d'origine psychique sont considérés comme les plus complexes par les équipes pluridisciplinaires, car ils nécessitent d'agir ensemble dans le cadre d'un réseau suffisamment réactif*»<sup>167</sup>. Ainsi, « *les relations partenariales constituent unanimement un élément facilitateur dans la mise en œuvre des missions de l'équipe pluridisciplinaire*».

[...] Elle a pu relever la nécessité d'adapter les outils d'évaluation, d'orientation, de compensation et de suivi des MDPH au regard des spécificités du handicap psychique.

Une évaluation globale et dynamique de la situation de handicap psychique nécessaire, y compris pour l'employabilité ».

Le rapport reprend les conclusions des recherches-actions CEDIAS et ESEHP (cf.supra) et préconise la diffusion du « tryptique de l'évaluation » (Annexe 7)

Ce document élaboré par la MDPH des Yvelines repose sur un triple questionnaire : un volet à destination de l'équipe soignante, de l'entourage et enfin du demandeur. Ce tryptique permet de mesurer les écarts éventuels entre les difficultés/ressources évaluées par les professionnels, l'entourage et les demandes d'aide et de soutien demandées par l'utilisateur.

Il a été proposé comme support de l'évolution possible du GEVA et nouvelle base d'échanges avec les familles, équipes de soins et d'accompagnement. L'évaluation à deux ans de l'impact de sa diffusion était envisagée.

**2- Chr.Passerieux : « Une contribution à l'évaluation du handicap psychique : l'échelle des processus d'évaluation des processus du handicap psychique (EPHP)» ALTER, *European Journal of Disability Research* 6 (2012) 296–310.**

Résumé : « Ce travail a porté sur le développement d'un outil d'évaluation des processus de handicap psychique en lien avec un trouble schizophrénique. Deux buts étaient poursuivis : apporter des éléments utiles aux prises de décision par les acteurs des MDPH et donner des éléments d'éclairage aux acteurs de terrain et à la pratique de l'« aide aux aidants ». Cet outil a été construit à partir d'un consensus d'experts sur les mécanismes de production du handicap tels que les neurosciences cognitives permettent de les décrire. Quatre mécanismes ont été retenus : les troubles de la cognition, de la motivation, de la cognition sociale (communication avec autrui) et de la métacognition (capacité à s'évaluer et à savoir demander de l'aide). La recherche a impliqué l'ensemble des parties prenantes du territoire Yvelines Sud et ce sont des aidants familiaux ou professionnels qui ont élaboré les rubriques de l'outil. Cette méthodologie participative est présentée. Les implications de cette recherche sont discutées : qualité métrologique de l'outil, pertinence pour les aidants de ce niveau de description explicatif des difficultés de la personne handicapée psychique qu'ils accompagnent dans sa vie quotidienne, outil d'aide à la construction d'un projet personnalisé ou de psychoéducation. »

*Les grands domaines explorés dans cette évaluation du handicap psychique*

- les troubles cognitifs : fonctions exécutives, attention, mémoire, et capacités d'apprentissage
- l'atteinte de la motivation et des capacités d'initiative
- l'altération des compétences à comprendre autrui et à communiquer
- l'altération des capacités d'auto-évaluation et de prise en compte de ses limites, de besoins d'aide et de soins

**3- Koleck M. et al. : Un nouvel outil pour mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique ou cognitif : la G-MAP ; 2014 *L'information psychiatrique* ; 2014/3 - Volume 90 : 197 à 205.**

« La G-MAP évalue les limitations d'activité (LA), les restrictions de participation (RP) et les facteurs environnementaux (FE : soutien social, attitudes, systèmes et politiques). En effet les RP particulièrement ont été peu évaluées jusqu'ici par manque d'outils compréhensifs.

Elle a été administrée à 4 groupes : traumatisme crânien, troubles schizophréniques, troubles bipolaires, témoins. Les premiers résultats de validation montrent la cohérence interne des facteurs LA et RP et la pertinence des FE dans l'évaluation des restrictions de participation. »

Des versions parallèles de la G-MAP sont actuellement développées à destination des proches et des soignants dans le but d'obtenir une évaluation multi-source qui nous permettra d'avoir une vision plus complète des situations de handicap psychique.

Les objectifs de la G-MAP sont, d'une part, de mieux connaître les situations de handicap psychique, d'autre part, de mettre à jour des profils individuels de handicap grâce à l'évaluation des limitations d'activité et des restrictions de la participation en tenant compte du contexte dans lequel évolue le patient, contexte qui est encore trop souvent laissé de côté.

### 3-Une réflexion complémentaire

**St. Zygart : La notion de handicap psychique : continuités, possibilités, dangers.**

***L'Information psychiatrique 2014 ; 90 : 177-81.***

« (...) Actuellement, l'attribution d'une qualité exclusivement somatique, fonctionnelle et cognitive à notre esprit est moins un savoir bien constitué qu'une hypothèse de recherche et de traitement. On peut penser qu'elle s'impose par sa réussite pratique. Mais celle-ci suppose sans aucun doute un changement tout aussi pratique que théorique: cet abandon de la question de la signification de la folie, cet arrêt de la volonté paradoxale de rendre raison de la folie et de la soigner tout en la comprenant, de la dissoudre et de lutter contre elle par la raison qu'il lui reste et qui peut accéder à elle, suivant Gladys Swain.

Indépendamment de la question des racines, théoriques et pratiques, de ce changement, il faut s'interroger sur sa valeur. Par lui, nous échappons certainement à certaines impasses. Mais en partant, dans notre mise en place des soins, d'un modèle de vie centré sur l'efficacité et la participation sociale, en prenant acte de la fragilité incomplètement effacée des malades mentaux de telle sorte que compterait avant tout le maintien de leurs capacités et des conquêtes prudentes, sans cesse assistées, nous courrons deux risques, celui de promouvoir une conception étriquée de la liberté et de réduire la nôtre. Ne pas s'interroger, par moments, sur la signification et les causes des folies peut être très utile d'un point de vue thérapeutique et quotidien. Cependant, les habitudes comme les fonctions sont toujours prédéterminées et, par elles, les évaluations n'ouvrent pas l'avenir, mais le tracent. Le premier risque est ainsi, en se concentrant sur l'autonomie comme efficacité à long terme ou à longue distance, telle qu'elle est définie par exemple dans les guides barèmes de la législation française, d'empêcher le sens premier de l'autonomie comme liberté, possibilité de faire n'importe quoi ou de courir un danger.

Précisément dira-t-on, c'est tout ce qu'on ne peut pas accorder aux fous. Mais si l'attention que nous pouvons porter à leur autonomie comme efficacité doit aussi passer par l'oubli de ce que peut avoir de relationnel la folie, cette attention risque non plus d'exprimer un progrès thérapeutique, mais un dogmatisme beaucoup plus général sur ce qu'est une vie bonne. Nous risquons de réduire notre liberté en l'utilisant comme modèle pour l'appliquer aux fous, si seule la vie quotidienne des fous nous importe et nous interroge, sans grande

possibilité, alors, de remise en cause. Loin de signifier que les troubles des fous et de ce qu'ils entrevoient sont souhaitables, il faut sans doute avoir ce problème à l'esprit pour ne pas reproduire par le handicap psychique la fixité des rôles et des existences qui se produisait dans les asiles, fixité dans laquelle Franco Basaglia voyait un de leur principal effet et défaut. Peut-être faut-il laisser place au conflit entre le malade et les autres, en ne cherchant pas à effacer systématiquement les relations dissymétriques qui peuvent exister sur les plans thérapeutiques et sociaux entre les soignants et les malades mentaux. Jugements, mensonges, empathie et rejets des uns et des autres doivent assurer des mouvements possibles qui assurent le soin et la liberté des uns et des autres, malades, proches et médecins.

***Mise à jour 15 04 2014 :***

Etienne-Max Gabriel, Armelle Grenouilloux, Hervé Guillas, Alice Rampazzo

CReHPsy PL