

L'article que nous publions est une synthèse de la recherche-action, réalisée par Jean-Yves BARREYRE et son équipe, sous l'autorité de la CNSA. Portant sur l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique, elle s'est déroulée dans 15 départements français et a mobilisé 300 professionnels et des chercheurs de différents CREAL.

Evaluer les situations de handicap d'origine psychique¹

par **Jean-Yves BARREYRE**,
directeur du CEDIAS Délégation ANCREAI Ile de France

La loi 2002-2, en définissant officiellement pour la première fois l'action sociale et médico-sociale stipulait, dans son article 2 (deuxième phrase) que celle-ci reposait sur « l'évaluation des besoins » des personnes ou groupes en situation de difficulté. Cette définition allait faire basculer la conception même de l'action publique, rejoignant ainsi l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé considérant l'individu dans ses environnements. L'article 2 de la loi 2005-102 reprenait cette notion forte d'évaluation des besoins en considérant le handicap comme l'interaction des caractéristiques des personnes et des caractéristiques des environnements dans lesquels ils vivent.

Cependant, les administrations chargées de mettre en pratiques ces orientations réglementaires se sont aperçues que l'exercice n'était pas si simple et entraînait même en contradiction parfois avec les pratiques institutionnelles et professionnelles. Certes, la Direction Générale de l'Action Sociale, relayée par la Caisse Nationale Solidarité Autonomie, avaient préparé un « guide » d'évaluation multidimensionnelle, mais celui-ci nécessitait une formation à l'approche globale et de plus trouvait ses limites dans certaines situations plus complexes. Parmi elles, les situations de handicap d'origine psychique posaient des problèmes d'évaluation liés aux particularités des troubles psychiques et aux cadres de l'évaluation posés par la réglementation.

Ces situations, dans le cadre du droit à compensation du handicap qu'instaure la loi 2005-102, sont difficiles à évaluer du fait même des caractéristiques multiples des altérations psychiques et de la variabilité et de l'imprévisibilité des phases des maladies mentales. C'est pour cette raison que la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie a lancé un appel à projet de recherche ciblé sur ces situations particulières, dans le cadre d'un programme d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap.

¹ Cet article est un condensé de l'article plus développé paru ou à paraître dans la Revue Française d'Action sociale (2009). Egalement publié dans la Revue Informations du CREAL Languedoc-Roussillon (n° spécial - n° 206 - juillet 2009).

La deuxième raison de l'appel d'offres tenait au fait que la nouvelle loi, qui instituait les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), avait omis ou écarté la question de la collaboration des secteurs de santé mentale ou des professionnels de la psychiatrie dans le cadre de l'évaluation des situations comme cela se pratiquait auparavant dans l'ancien système des commissions départementales de l'éducation spéciale ou dans les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnelle.

Nous reprenons ci-dessous les principaux résultats de la recherche appliquée aux territoires que nous avons coordonnée de 2007 à 2009, sur quinze départements français et qui a mobilisé plus de 300 professionnels, étudié 120 situations enfants et adultes, interviewé 42 usagers ou leurs représentants.

Les limites de l'enquête concernent la population ainsi prise en compte, qui exclut les personnes qui ne font pas de demande à la MDPH et sont parfois dans le déni de leur maladie, et celles qui font appel uniquement à un médecin généraliste pour communiquer les informations médicales nécessaires (certificat médical). De plus, du point de vue des acteurs de l'évaluation, seuls les secteurs de psychiatrie du secteur public ont participé à l'expérimentation (à l'exception d'un réseau de santé en Isère) et la recherche action n'a pas visé par conséquent à expérimenter des formes de collaboration entre la MDPH et la psychiatrie libérale.

La méthode d'évaluation s'appuyait sur l'outil réglementaire d'évaluation des besoins de compensation (GEVA) lui-même construit à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap (CIF). Ce qui importait dans la démarche était moins l'usage stricto sensu de l'outil réglementaire que la mise en œuvre d'une approche situationnelle partagée.

I - Les informations à collecter : trois focus

Les différentes dimensions de la situation explorées par les équipes étaient les suivantes :

- Le projet de vie
- L'entourage
- Les conditions de logement et d'habitat
- Les activités participant à l'exercice de la citoyenneté: activités sociales et de loisirs, scolarité et activité professionnelle
- La problématique de santé
- Les capacités et activités fonctionnelles
- Les ressources personnelles (les potentialités, habiletés et savoirs faire)

Nous ne ferons ici que trois focus sur les huit dimensions : le projet de vie, la problématique de santé et l'activité professionnelle.

1.1 Le projet de vie

La notion de projet de vie apparaît peu claire aux personnes qui ne perçoivent pas l'intérêt de cette demande (qui est vécue parfois comme intrusive notamment lorsqu'elle est demandée par écrit). En fait l'expression des attentes des personnes se comprend comme un processus inscrit dans le temps des échanges afin de leur permettre de comprendre ce que signifie l'évaluation de leur situation, ce qu'est le plan personnalisé de compensation en construction, et quelle est la place qu'elles entendent occuper dans la stratégie globale d'intervention qui se met en place. Il convient donc de prendre en compte le **temps nécessaire à la maturation du projet de vie**, qui entre dans le processus d'évaluation, et se construit dans **l'interaction** entre la personne, les proches et les professionnels, et évolue souvent à partir des mises en situation proposées (de travail, de logement, d'accompagnement, etc.).

L'expression d'un projet de vie, mais aussi la démarche pour faire une demande à la MDPH, se heurte de plus à la **stigmatisation** vécue par ce dispositif (dans le nom « des personnes handicapées » et une entrée par la « déficience »).

1.2 La problématique de santé

De manière générale, l'enquête relève une pauvreté des informations contenues dans le dossier, en particulier sur les répercussions des troubles psychiques *sur les limitations rencontrées* dans la vie quotidienne et les relations sociales (ainsi qu'une non prise en compte des troubles somatiques pourtant fréquents).

D'autre part un diagnostic n'est pas toujours posé et/ou il est non précis, sans référence à une classification, donné pour des personnes que les médecins voient parfois pour la première fois.

Ensuite, la grille d'autonomie qui est prévue dans le certificat médical pour décrire les répercussions de la maladie sur les activités quotidiennes n'est pas adaptée au le handicap psychique.

Enfin, pour les enfants et les jeunes, les contenus du volet médical sont très hétérogènes, liés à une crainte des médecins de « fixer » le handicap de l'enfant.

Les préconisations du rapport sont de deux ordres :

D'une part, il préconise un engagement plus important des médecins dans la rédaction du certificat médical. Il s'agit en particulier de référencer le diagnostic à une classification et de l'établir uniquement dans le cadre d'un suivi psychiatrique minimum. Il apparaît également essentiel de sensibiliser les équipes psychiatriques aux informations attendues des équipes MDPH et de donner plus d'indications sur le fonctionnement cognitif de la personne (en s'appuyant notamment sur l'observation quotidienne des proches) afin, notamment, d'étayer les formes spécifiques d'accompagnement et de favoriser les échanges avec la personne dans le cadre du processus d'évaluation.

D'autre part pour les enfants, si référencer un diagnostic à une classification n'est pas toujours pertinent (enfant en développement / prévention du handicap), il est de la responsabilité du médecin de transmettre une description des troubles de l'enfant et ses répercussions sur la vie quotidienne, la communication, les apprentissages, ou encore ses relations avec les autres.

1.3 L'activité professionnelle

Dans le cadre de l'expérimentation, les éléments disponibles dans le dossier des personnes se sont avérés souvent insuffisants pour juger de la capacité de la personne à s'inscrire ou non dans un parcours professionnel, hors ou dans le cadre du dispositif spécialisé. Pourtant des équipes spécialisées sur la question de l'insertion professionnelle existent généralement dans les MDPH. Mais elles sont souvent **très cloisonnées** et concernent ainsi uniquement des personnes faisant explicitement une demande de RQTH, d'orientation professionnelle ou de formation.

En terme de formation, les participants à l'expérimentation soulignent le manque de souplesse dans le parcours de qualification pour des personnes présentant pourtant une grande fluctuation des capacités selon l'évaluation de la maladie et nécessitant ainsi de pouvoir ajuster sur le long terme le projet de formation.

Enfin, le plus souvent, les modalités de travail ou les soutiens en termes d'accompagnement prévus sur les terrains sont inadaptés aux spécificités du handicap d'origine psychique.

Aussi, le rapport préconise :

- D'intégrer *systématiquement* l'activité professionnelle parmi les différents registres à explorer dans l'évaluation globale. Comme pour les autres dimensions, il ne s'agit pas seulement d'évaluer les capacités existantes (d'apprentissage, relationnelle, etc.) mais de mettre en place une réflexion dynamique, sur une certaine temporalité, entre la personne, son entourage et les accompagnants, pour faire émerger une demande, donner du sens et adapter le projet professionnel.
- De recourir davantage à l'équipe MDPH spécialisée dans l'insertion professionnelle pour apporter leur expertise (par exemple pour des premières demandes AAH).
- D'assouplir le dispositif de formation.
- Et surtout, de créer des modes d'accompagnement à l'emploi et des environnements professionnels adaptés en permettant des **expériences professionnelles multiples et variées** comme peuvent le mettre en place certains services d'accompagnement en lien avec des établissements et services d'aides par le travail ou comme le proposent des dispositifs comme celui de l'association Messidor en Rhône Alpes ou le dispositif « passerelle » de l'AFASER en Seine Saint Denis.

II - Éléments méthodologiques pour la conduite de l'évaluation globale

Quels sont les acteurs à associer pour collecter les informations nécessaires à une compréhension globale d'une situation de handicap d'origine psychique ?

Sans doute le résultat le plus solide concerne ce que nous avons appelé le « triptyque de l'expertise », ces trois expertises nécessaires et insuffisantes, en tension, et qui influent les unes sur les autres dans le processus d'évaluation globale :

- Tout d'abord l'expertise de la personne elle-même qui, seule, peut exprimer le rapport qu'elle entretient à l'existence et au monde social ; sans la prise en compte de cette perception singulière, il est très difficile de mettre en place une stratégie globale d'intervention (ou alors on la réduit, lorsqu'on peut, à une simple intervention thérapeutique et médicamenteuse) ;
- Ensuite celle des proches (la famille, les amis, ceux qui participent à la vie quotidienne des personnes avec troubles psychiques) ; seuls les proches peuvent fournir les informations concernant les situations à risques, les comportements à éviter, les fonctionnements en situation sociale, les signes précurseurs des phases de la maladie, etc.
- Enfin, l'expertise des professionnels impliqués dans l'accompagnement de la personne (psychiatre, enseignant référent, SESSAD/SAVS/SAMSAH, tuteur, ES AEMO, AS, etc.) permet de donner du sens à un certain nombre d'informations et d'observations collectées.

C'est d'abord ce triptyque de l'expertise (personne-proches-professionnels) qui étaye ou assoit l'approche globale des situations.

Dans le cadre de l'expérimentation, la participation de l'équipe psychiatrique de secteur a été déterminante pour expliciter notamment les répercussions concrètes que peuvent avoir les troubles psychiques sur les actes essentiels de la vie courante et les conditions à réunir pour une vie dans un logement personnel (avec une critique forte des critères d'éligibilité de la PCH et de son champ d'intervention/activités domestiques). A l'inverse, des entretiens déjà conduits par des psychiatres dans le cadre du fonctionnement habituel de la MDPH n'ont pu contribuer efficacement à la définition du plan personnalisé de compensation car ils n'avaient pas exploré l'ensemble des dimensions utiles de la situation de vie.

2.1 Un processus dynamique d'évaluation

L'évaluation n'est jamais une photographie, un instantané d'une situation mais se comprend comme un processus dynamique qui s'étend sur une certaine durée pour évaluer les besoins, prendre en compte les attentes et les laisser « mûrir », c'est à dire prendre forme au regard de la situation en cours d'évaluation. Les approches des contextes de vie

supposent de comprendre les interactions entre les différentes dimensions (individuelles, familiales, sociales) et l'accord sur une stratégie globale d'intervention demande des ajustements permanents entre les acteurs qui évoluent. De plus, le parcours de vie d'une personne souffrant de troubles psychiques suppose, dès lors qu'il y a intention d'aides et/ou de soins, une succession de temps d'évaluation dans la trajectoire de vie.

Cette définition de l'évaluation comme processus dynamique est valable pour tous les types de handicap mais est accentué encore pour ce public du fait de la méconnaissance des personnes vis-à-vis de leur maladie et par conséquence de leurs difficultés à exprimer des demandes (déli), du fait aussi que le contexte environnemental joue un rôle majeur qui nécessite des mises en situation réelles, du fait enfin de l'écart écart entre les besoins identifiés et la mise en place des aides « supportables » pour la personne.

2.2 Un poids majeur des environnements

Si l'approche situationnelle fait aujourd'hui consensus dans l'appréhension des situations de handicap en général, la prise en compte de l'environnement dans les situations de handicap psychique semble incontournable dans la mesure où les conséquences des troubles psychiques apparaissent d'abord dans les relations avec les autres. Ainsi, la prise en compte du contexte de vie actuel, et en particulier des soutiens existants et des conditions de vie défavorables, est un facteur essentiel pour analyser les besoins mais aussi définir les réponses les plus adaptées.

Une des préconisations forte de la recherche action est la nécessité de faire *des expériences de vie* (de logement, de scolarité, de travail) *et d'être accompagné dans le parcours de vie de façon soutenu au moment des changements*, avec une souplesse de l'adaptation du plan personnalisé de compensation (services d'accompagnement, référent de parcours).

2.3 Un écart entre l'évaluation des besoins et la définition des réponses

Nous avons aussi constaté une tendance au renouvellement automatique des aides et ceci afin de « ne pas nuire à la personne ». Cette tendance est fonction du contexte local : dans certains départements où le taux de chômage et celui des personnes bénéficiant du RMI sont importants, on hésitera fortement à retirer une allocation à taux plein, et cela même si la personne a recouvré la santé et est inscrit dans un processus d'insertion sociale et professionnelle.

D'autre part, l'absence actuelle de la prise en compte des besoins relatifs aux activités ménagères et domestiques peut compromettre le maintien à domicile. Or ce besoin n'est pas systématique ; il se comprend en fonction de la demande des personnes, de l'avis des proches, de la stratégie des soins et ce n'est que la prise en compte de ces trois points de vue qui justifie ou pas la demande d'aides ménagères. Son exclusion de la prestation de compensation du handicap (PCH) est d'autant plus curieuse que lorsqu'une personne avec troubles psychiques accepte le principe de l'aide ménagère, elle est par contre beaucoup plus rétive à un intrusion trop importante de personnes étrangères à leur domicile, et c'est elle qui réduira de fait, le niveau des interventions domestiques.

Le troisième écart entre l'évaluation des besoins et la définition des réponses concerne l'approche encore trop « comptable » de la définition des réponses dans le calcul de la PCH (comme peut l'induire le décret par des fourchettes minutées du niveau d'aide humaine pour chaque type d'acte essentiel), approche particulièrement peu opérante pour les situations de handicap d'origine psychique. En effet, de multiples facteurs viennent impacter l'importance du besoin d'aide à domicile. Il peut notamment varier selon l'impact du suivi thérapeutique, selon un besoin de sollicitation et de surveillance difficilement mesurable, et une intervention à domicile conditionnée à ce que la personne peut supporter. Par ailleurs, l'aide à domicile ne pourra se mettre en place sans prévoir une formation adaptée et une nécessaire supervision des professionnels concernés. On constate ainsi un décalage important entre le nombre d'heures estimées dans un calcul « comptable » de la PCH et les préconisations de l'équipe psychiatrique ou de l'équipe expérimentale lorsqu'elle synthétise les aides de manière globale.

2.4 Une démarche d'évaluation intrusive ?

Au début de l'expérimentation, des craintes ont été exprimées par les participants concernant l'exploration par l'équipe expérimentale de domaines de vie qui n'ont pas fait l'objet d'une demande.

Or, sur les situations étudiées, l'équipe de recherche a reçu un très bon accueil de la part des professionnels rencontrés, des personnes et de leur entourage. La démarche globale telle qu'elle a été présentée, -avec les rencontres et les entretiens-, a été perçue comme moins administrative et plus proche de leurs besoins.

Elle est apparue dans certaines situations comme une véritable opportunité pour « raccrocher » éventuellement des soins ou envisager avec la personne une activité professionnelle ou sociale.

Enfin, le processus d'évaluation en continu tel qu'il a pu être amorcé dans les contacts dans la durée avec les proches et les professionnels de proximité, permet d'être attentifs aux signaux qui relèvent d'une aggravation des troubles et d'une détérioration des conditions de vie et/ou d'anticiper des ruptures (par exemple en fonction du vieillissement des aidants familiaux).

2.5 Le soutien des aidants familiaux

Les équipes ont rencontré des difficultés pour évaluer le montant du dédommagement à l'aidant familial proposé par la PCH. En effet, l'aide concrète des parents n'est pas prioritairement, comme dans les situations de polyhandicap, une substitution, une sollicitation ou une aide permanente à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne. L'investissement des aidants familiaux tient le plus souvent dans la charge mentale, la tension nerveuse, la mise en alerte permanente des proches, les moments intenses de surveillance. Il est dans ce cas difficile d'évaluer le temps effectif passé par l'aidant et de juger de l'intérêt de ce mode de compensation pour la personne.

La recherche préconise d'éclaircir (particulièrement pour ce handicap) l'intérêt, l'objectif et le mode de calcul de cette aide, en développant parallèlement d'autres formes de soutien, et notamment l'intervention d'un tiers (intérêt de la triangulation de la relation), de type SAVS/SAMSAH.

2.6 Une réorganisation nécessaire de l'action sociale

La mise en œuvre d'une évaluation globale suppose trois conditions nécessaires :

- *Une organisation interne des MDPH qui rompe avec la logique des demandes administratives juxtaposées* : l'entrée priorisée devrait être celle par la situation et non par la ou les demandes ; il convient de mettre en œuvre une approche globale et non une succession d'évaluations relatives à tel ou tel type de prestation.
- *Un partenariat étroit* dans la construction des réponses *avec le sanitaire et le social*, avec un plan personnalisé de compensation *qui dépasse le seul champ de compétence de la MDPH* : il n'y a pas d'opposabilité du plan personnalisé de compensation mais sa logique suppose un partenariat étroit, avec la psychiatrie pour participer à un « rattachement » à des soins, mais aussi avec les villes pour un accès aux équipements de droit commun, etc.
- Une réorganisation des dispositifs sanitaires et sociaux qui passe *d'une logique d'établissement à une logique de services rendus*, voir de plate-forme de services dans le cadre d'une stratégie concertée de réponses territoriales fixée par les schémas sanitaires et médico-sociaux.

III - Discussions

La recherche ouvre sur quatre objets de discussion.

3.1 Utiliser les ressources du territoire

S'il est apparu que c'est à la MDPH d'être à l'initiative, d'encadrer et de valider cette évaluation globale, et d'être le pivot des différentes collaborations à construire, elle ne pourra le faire, notamment du fait du nombre bien trop important de situations à évaluer, qu'en s'appuyant fortement sur les ressources du territoire, et notamment au niveau infra-départemental, sur les secteurs (pédo)psychiatriques, sur les services de l'Éducation Nationale, sur les structures médico-sociales (et en particulier les services qui ont souvent déjà cette culture de l'évaluation partagée et accompagnent les personnes dans leur milieu ordinaire de vie).

Encore faut-il, pour ces différents partenaires, que cette collaboration soit inscrite dans leurs missions et leur financement², et que les disparités locales en termes de moyens ne pèsent pas trop sur la collaboration (notamment secteur psychiatrique).

² Jean-Yves Barreyre « Achever la loi 2002-2 », Revue *Actualités Sociales Hebdomadaires*, février 2009

3.2 Un référent de parcours ?

Dans certaines situations, il est apparu nécessaire de pouvoir disposer d'un *professionnel chargé de suivre l'évolution* des besoins et attentes de la personne, et de solliciter de façon réactive et adaptée les acteurs nécessaires pour ajuster la stratégie globale d'intervention. Ce coordonnateur vise à harmoniser les différentes actions et permet de réagir rapidement en cas d'aggravation des troubles ou d'événements susceptibles de remettre en cause la stratégie décidée. Ce n'est donc pas un « super tuteur » qui s'imposerait aux personnes.

Cette notion de « référent de parcours » renvoie à celle de « case manager », connue outre atlantique et expérimentée en France pour les situations complexes en gérontologie (et notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Dans le cadre des quinze terrains de la recherche, l'expérience de la MDPH54 avec des conseillers handicap assurant le suivi des mesures « PCH » est un exemple de référent de parcours.

La question qui reste en suspens est : qui choisit le référent de parcours ? Qui valide ce choix ? Qui saisit la MDPH (l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, l'équipe de suivi ?)?

3.3 Vers un plan personnalisé de soins et d'autonomie ?

Dans le prolongement des discussions issues de cette recherche-action et au regard des enjeux actuels en termes de modifications en profondeur de l'organisation de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale sur les territoires, plusieurs analyses et « scénarii » peuvent être avancés sur l'organisation future de l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique.

La première analyse concerne la fin de la barrière des âges dans les politiques sociales, vers laquelle nous allons à grand pas, même si nous n'allons pas vers la convergence des politiques et donc des droits et prestations : le rapprochement entre les politiques des personnes âgées et celles des personnes handicapées, vers une politique commune en compensation de la perte ou du manque d'autonomie, à l'horizon 2010, concernera moins la mise en place d'une 5^{ème} branche (qui semble trop onéreuse à l'exécutif) qu'une même approche des situations de manque d'autonomie. A court terme, ce qui est à l'ordre du jour d'un point de vue organisationnel, au-delà de la transformation prévisible des MDPH en « maisons départementales de l'autonomie » (MDA), c'est une même approche situationnelle, des réponses communes (plateforme de services en fonction de la perte ou du manque d'autonomie, modes possibles de cohabitation) et la prise en compte des singularités en fonction du projet de vie.

La seconde analyse porte sur la réforme en cours du système de santé et la mise en place des Agences Régionales de Santé. Cette réforme vise une rationalisation de l'administration sanitaire et un rapprochement entre le sanitaire et le médico-social autour de la notion de parcours continu de soins. A terme, la gestion régionale des deux champs (sanitaire et médico-social) devrait aboutir à un rapprochement entre les instruments de planification et de programmation dans les champs sanitaire et médico-social. Le danger en l'occurrence est de déplacer la séparation qui existait entre le sanitaire et le médico-social vers une séparation entre la santé (gérée par l'Etat) d'un part, concentrée autour des parcours de soins, et le social (géré par les collectivités territoriales) qui concerneraient l'ensemble des autres domaines de vie.

En effet, les départements ont aujourd'hui, dans l'organisation de leurs politiques, à donner sens à la notion de *parcours de vie* là où l'Etat entend donner sens au *parcours de soins* : comment concilier la cohérence du sanitaire et du médico-social que vise la réforme des ARS avec la notion de parcours de soins et l'articulation entre les différents domaines de vie (logement, formation, activités, emploi, vie avec les autres) que visent les schémas ? A quelles conditions les deux logiques sont elles compatibles ?

Même si on conserve la cohérence des secteurs de santé, qui se justifie par une organisation équitable et efficace de l'infrastructure et des services de soins sur le territoire, il conviendrait d'aboutir à **des zones cohérentes infra départementales sanitaires et sociales** (ou extra départementales quand l'exige la cohérence d'un bassin de vie).

Enfin, la conception des schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale, celle des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et celle des schémas d'organisation sanitaire devrait partager une même analyse des besoins ou, pour le moins, un tronc commun. Basés sur une approche à la fois territoriale et situationnelle, partageant les notions de « parcours » (de soins et de vie) et de « plans personnalisés », dans une logique prospective, chaque schéma ou plan devrait faire l'objet d'une commission paritaire « Etat/collectivités territoriales » afin de mettre en adéquation les planifications et programmations d'équipements et de services. Des actions communes pourraient être menées en matière de formation des acteurs, d'information des publics. Des commissions communes pourraient être créées dans le cadre de plans personnalisés requérant une dimension soins et une dimension sociale ou médico-sociale.

Conclusions : les cinq principaux enseignements de la recherche

En résumé, 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 situation de handicap (plus que toute 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.