

Rapport final

L'évaluation psychologique des enfants en situation de handicap, synthèse et recommandations

Léonard Vannetzel, Robert Voyazopoulos

Psychologues, chefs de projet

Janvier 2016

a.p.p.e.a

association francophone de
psychologie et psychopathologie
de l'enfant et l'adolescent

Avec le soutien de la

 **CNSA**
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

TABLE DES MATIERES

PRÉAMBULE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
PARTIE 1 - LA RECHERCHE-ACTION SUR L’EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP	5
1. Problématique de la recherche, contexte, intérêt et enjeux	5
Remarque	5
1.1 Aux origines du projet	5
1.2. Evaluation du handicap : une conception revisitée	7
1.3. L’évaluation psychologique de l’enfant et de l’adolescent	8
1.4. Le GEVA au cœur du dispositif d’évaluation.....	10
1.5. Objectifs initiaux du projet, implications et enjeux	14
1.6. Résultats attendus	15
2. Méthodologie et déroulement.....	17
2.1. Mise en place et fonctionnement	18
2.2. Pilotage, éthique et vigilance scientifique.....	19
2.3. Phase documentaire	22
2.4. Phase expérimentation recherche et recueil des données.....	22
2.5. Phase de communication, de diffusion et d’accompagnement	24
PARTIE 2 - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES	27
1. Synthèse et analyse du module comptes rendus d’évaluation psychologique	27
1.1. Rappel de la méthodologie	27
1.2. Modalités d’analyse et principaux résultats	30
1.3. Les enseignements et les questions qui se posent.....	42
2. Synthèse et analyse du module focus groups et du module questionnaires.....	48
2.1. Rappel de la méthodologie	48
2.2. Modalités d’analyse et principaux résultats	52
2.3. Les enseignements et les questions qui se posent (synthèse des analyses des FG et des questionnaires)	61
3. Synthèse et analyse du module entretiens avec les psychologues.....	68
Préambule	68
3.1. Rappel de la méthodologie	68
3.2. Modalités d’analyses et de traitement des données	71
3.3. Les enseignements et les questions qui se posent.....	71
PARTIE 3 - LES LEVIERS DU CHANGEMENT : ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS.....	78
1. Observations générales et limites de l’étude.....	78
1.1. Observations générales.....	78
1.2. Limites méthodologiques.....	80
2. Et maintenant ?	82
2.1. Les psychologues face aux missions qui les attendent	83
2.2. Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires dans les MDPH	84
3. Les recommandations prioritaires	85
3.1. De quoi le handicap est-il le nom ?	85
3.2. Psychologue, qui es-tu ? Que fais-tu ?	85
3.3. Garantir la confidentialité et la juste exploitation des données psychologiques dans l’intérêt de l’enfant	86
3.4. Ajustement des compétences des psychologues aux attentes des équipes d’évaluation en MDPH... Et inversement	87
3.5. Evolution des écrits psychologiques et avenir du volet psychologique du GEVA.....	87
LISTE DES ANNEXES.....	88

PRÉAMBULE

Le présent document constitue le rapport définitif de la recherche-action initiée par l'APPEA en janvier 2013 avec le soutien de la CNSA sur l'évaluation psychologique des enfants et adolescents en situation de handicap.

Cette étude a donné lieu à un colloque les 9 & 10 avril 2015 à Paris. Elle a aussi fait l'objet de plusieurs rapports intermédiaires de recherche et de communications, témoignant de l'intensité des travaux et du long processus intellectuel collectif qui ont conduit à l'élaboration du présent rapport.

Face aux bouleversements législatifs et administratifs depuis le début des années 2000 - dont la loi 2005-102 est certainement la plus emblématique -, l'APPEA a initié ce travail de grande ampleur en étudiant, d'une part, les pratiques d'évaluation psychologique et, d'autre part, le traitement qui en est fait en MDPH.

Ce travail avait pour objectifs généraux :

- de renseigner et de renforcer les pratiques d'évaluation psychologique tout en améliorant leur visibilité pour les partenaires professionnels et les usagers,
- d'étudier et d'accompagner le déploiement de la logique d'évaluation des situations de handicap dans l'esprit des lois sociales des années 2000,
- d'étudier l'utilisation du volet psychologique du GEVA et sa pertinence.

Le présent rapport s'articule autour de trois axes principaux :

- le rappel des origines de la recherche, des objectifs et de la méthodologie,
- la synthèse des trois principaux axes de la recherche,
 - o les analyses, constats, représentations et attentes des équipes de MDPH vis-à-vis de l'évaluation psychologique
 - o les analyses, constats, représentations et attentes des psychologues conduisant des évaluations auprès d'enfants en situation de handicap
 - o l'étude d'un corpus de comptes rendus d'évaluation psychologique adressés aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées
- la synthèse, les conclusions et les recommandations pouvant être formulées au terme de ce travail.

Malgré les limites que comporte cette étude, les résultats présentés ici ont pour but de constituer un état des lieux, mais aussi d'établir un levier de changement. Ils permettent aux différents acteurs du tissu social de prendre conscience d'une partie des changements observables et de l'intensité des chantiers qu'il reste à initier.

REMERCIEMENTS

Merci infiniment à toutes celles et tous ceux¹ qui nous ont accompagnés durant presque trois années, depuis la première ébauche de projet, sa soumission à la direction scientifique de la CNSA, pendant la conduite de la recherche-action et jusqu'à la finalisation aujourd'hui du rapport.

C'est prioritairement aux membres du comité de pilotage que nous réservons notre gratitude, qu'ils voudront bien partager avec les experts, les personnalités et membres du comité d'éthique et du comité scientifique et de suivi. Nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à nos collègues psychologues qui se sont portés volontaires pour participer aux entretiens de la recherche, ainsi qu'aux équipes des MDPH qui ont contribué et donné de leur temps pour le recueil des données.

Tant de personnes dont la confiance, la présence, l'intelligence critique et l'exigence à l'égard de la réflexion et de la réalisation nous ont été précieuses.

Enfin, que les trente-et-une organisations, associations et institutions qui ont soutenu ce projet avec détermination soient assurées de notre conscience à leur devoir beaucoup.

A tous, le souhait que ce travail final soit à la hauteur de leurs attentes, qu'il aide à l'amélioration des dispositifs et surtout qu'il bénéficie concrètement aux enfants et adolescents confrontés aux conséquences du handicap.

Léonard Vannetzel et Robert Voyazopoulos, chefs de projets

¹ **Le comité de pilotage** : Jean-Yves Barreyre, Juliette Bloch, Sabine Caillaud, Mélanie Dupont, Roland-Ramzi Geadah, Edouard Gentaz, Pascale Gilbert, Valérie Haas, Laurence Joselin, Virginie Leclercq-Faure, Typhaine Mahé, Renaud Michel, Frédéric Tallier

Les experts Alain Blanchet ; Agnès Florin, Daniel Mellier, Bertrand Michel, Renaud Michel, Marion Mouret, Luc Vandromme

Le comité d'éthique : Brigitte Bouquet, Roland-Ramzi Geadah, Marc Grassin, Danièle Sommelet

Le comité scientifique et de suivi : Anne Andronikof, Françoise de Barbot, Eva Drozda-Senkowska, Odile Faure-Fillastre, Jacques Grégoire, Frédérique Henry, Claire Meljac, Régine Scelles, Catherine Tourrette, Jeanne-Marie Urcun, Marie-Luce Verdier-Gibello, Catherine Wieder et **les représentant(e)s des organisations et institutions** : Christine Auché-Le Magny, Corinne Bernardeau-Sironneau, Richard Bourque, Marie-Michèle Bourrat, Annie Cadelnel, Jean Canneva, Sylvie Champion, Caroline Clément, Sophie Cluzel, Monique Colasse, France-Line Côme, Jean-Michel Coq, Liliane Cotton, Olivier Desmazeaud, Christiane Ducret, Igor Dupin, Bernard Durand, Serge Ebersold, Hélène Fitzgerald, Françoise Garcia, Myriam Garing, Sébastien Gatineau, Nathalie Gaujac, Christine Gétin, Sibylle Gonzalez-Monge, Nathalie Groh, Philippe Joubert, Sandrine Lair, Geneviève Laurent, Claire Leconte, Meriem Leclair, Didier Malnoury, Martial Meziani, Marie-Hélène Marchand, Valérie Marty, Valérie Merch-Popelier, Karim Ould-Kaci, Cécile Pannetier, Marie-Christine Philbert, Hélène Prado, José Puig, Marie-Jeanne Robineau, Chantal Sartini, Benoît Schneider, Nathalie Seibel, Nathalie Touzin

Les psychologues ayant réalisé le recueil des données : Vincent Amelot, Lise Bouratchik, Mélanie Dupont, Louis-Adrien Eynard, Hugues Fauchoux, Marie Monroe, Rafika Zebdi

PARTIE 1 - LA RECHERCHE-ACTION SUR L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP

1. Problématique de la recherche, contexte, intérêt et enjeux

Remarque

Pour des raisons de clarté, de souplesse d'écriture et de lecture, et afin de ne pas alourdir le texte et le document dans son ensemble :

- nous mentionnons le mot « enfant » pour désigner à la fois l'enfant et l'adolescent.
- de même les termes « enfant handicapé », « enfant porteur de handicap » et « enfant en situation de handicap » seront indistinctement utilisés.
- enfin, le substantif « psychologue » est pris dans son sens épïcène, désignant à la fois les hommes et les femmes.

1.1 Aux origines du projet

L'activité des psychologues de l'enfance et de l'adolescence se concentre sur quelques grandes missions dont celle de l'évaluation du développement et du fonctionnement mentaux, cognitifs et psychiques est parmi les plus importantes. Les pratiques liées à l'évaluation psychologique sont basées sur une démarche clinique, des méthodes et des supports qui se sont en grande partie organisés et structurés depuis un demi-siècle sur un mode essentiellement empirique. Les premiers enseignements en formation initiale et continue ont été dispensés dans les années 60 et ont permis le développement et la généralisation des pratiques d'évaluation. Mis à part le code de déontologie des psychologues (1996, révision 2012), aucun texte réglementaire ni même professionnel spécifique n'a été publié en France pour encadrer un processus ou un ensemble d'actes souhaitables ou nécessaires à cet exercice.

L'évaluation psychologique – dont l'acte même est nommé le plus souvent examen psychologique ou bilan psychologique – a fait l'objet de nombreux travaux cliniques et méthodologiques, mais ceux-ci sont restés pour la plupart dispersés et n'ont pas abouti à une formalisation collective reconnue par la discipline et la profession.

Seule la Conférence de consensus sur l'examen psychologique et l'utilisation

des mesures en psychologie de l'enfant (2008 – 2011) avec les 32 recommandations pour la pratique de l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent qui en ont été issues, ont initié un premier mouvement de clarification, de structuration et d'harmonisation.

En l'absence d'un référentiel et de lignes directrices établis par la profession, les actes qui se déploient derrière les démarches d'évaluation psychologiques sont divers, mais ils partagent cependant de façon implicite un certain nombre de points communs, théoriques et effectifs, que l'on voit à l'œuvre dans les études de cas, les publications de praticiens, et d'une certaine façon à travers les écrits professionnels (comptes rendus d'évaluation psychologique) qui en rendent compte. Au-delà de leur contenu informatif formel, les comptes rendus représentent en effet un révélateur intéressant de ce que les psychologues engagent dans la rencontre avec l'enfant ou l'adolescent, de ce qu'ils en attendent, et des conceptions ou représentations qu'ils s'en font à travers les conduites professionnelles qui s'y dévoilent.

C'est dans ce sens que les écrits des psychologues pour rendre compte de leurs démarches d'investigation du développement et du fonctionnement psychologiques nous ont depuis longtemps intéressés.

Avec la promulgation de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et la publication en 2008 du GEVA - guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée - l'évaluation et l'information psychologiques ont pris une place importante, au même titre que les autres approches déjà bien identifiées comme celles relevant du champ médical, du domaine social ou encore scolaire et professionnel. Le triptyque « fonctions .../... mentales, cognitives ou psychiques... » (souligné par nous) présenté dans la définition du handicap, dont l'altération substantielle, durable ou définitive entraîne une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie, appelle en effet une évaluation globale et rigoureuse qu'il revient entre autre à la psychologie de conduire.

Le volet psychologique du GEVA prend donc toute sa place dans le processus d'évaluation des situations de handicap, compte tenu du nombre d'enfants concernés par ces 3 familles essentielles de troubles dont nous pouvons rappeler les catégories qu'elles recouvrent :

- les troubles mentaux regroupent essentiellement les retards de développement intellectuel
- les troubles cognitifs réunissent l'ensemble des difficultés importantes ou sévères d'apprentissage (qu'on définit souvent sous le terme « galaxie des troubles dys ») et certains troubles envahissants du développement
- les troubles psychiques concernent la psychopathologie et les troubles larges de la personnalité et du comportement.

Ces références nosologiques ou catégorielles étendues, appliquées à l'évaluation des situations de handicap, impliquent donc pour la plupart la contribution du psychologue de l'enfance ; dans l'esprit de la loi, il s'agit de faire le point des difficultés actuelles de l'enfant à conduire telle ou telle activité habituellement accessible ou réalisable par les enfants de son âge, et de ses possibilités d'évolution avec ou sans compensation. Dès lors, le volet psychologique nouvellement mis en valeur et les besoins de le renseigner pour participer à l'analyse de la situation de handicap des personnes ont contribué à rendre vi-

sibles les incertitudes et les interrogations soucieuses concernant les pratiques et les écrits de l'évaluation psychologique.

Notre questionnement de psychologues, membres fondateurs de l'APPEA, a rencontré les préoccupations de la CNSA vers qui les équipes de MDPH commençaient et continuent à communiquer leurs préoccupations sur la constitution des dossiers et leurs remarques inquiètes à propos de la diversité, de l'hétérogénéité et de l'inadaptation de certaines informations psychologiques reçues.

1.2. Evaluation du handicap : une conception revisitée

Le cadre de référence pour la conception du handicap et l'évaluation de la situation de handicap est désormais international : la loi du 11 février 2005 est pour l'essentiel en phase et en cohérence avec les grandes orientations et l'esprit des conventions internationales. Il s'agit donc d'établir un état de la situation de l'enfant, de ce qui entrave son parcours, son autonomie et l'exercice habituel des activités propres à son âge, bien au-delà d'un simple diagnostic catégoriel, qu'il soit médical, psychologique ou socio-familial. Ce qui compte désormais est une évaluation dimensionnelle et dynamique de la personne, où l'environnement et les diverses ressources du contexte de vie sont appelées, bien plus donc qu'une seule étiquette diagnostique qui ne rendrait pas compte à elle seule des empêchements ou incapacités de l'enfant.

Le modèle déficitaire du handicap a évolué avec l'introduction du volet social, avec les modèles conceptuels de Processus de Production du handicap, et par la place progressive accordée aux interactions handicap-environnement.

Un changement profond de droit et de paradigme, une rupture, une inversion de perspective, pour reprendre les termes les plus souvent avancés... créent désormais une situation nouvelle pour la communauté, avec des implications majeures : les institutions et les professionnels du soin, de l'éducation et du social sont amenés, s'ils n'y étaient pas encore préparés, à réviser leurs conceptions initiales et à bousculer leurs représentations parfois convenues : établissements scolaires, ESMS, services de soin et professionnels doivent s'adapter à ces nouveaux concepts et dépasser les représentations précédentes fortement attachées à la notion de diagnostic appuyé sur la défectologie.

Créé par cette même loi, un PPS - Projet Personnalisé de Scolarisation - partie du PPC - Plan Personnalisé de Compensation - est mis en œuvre après évaluation de la situation et des besoins, pour chaque enfant handicapé. Le PPS apporte des précisions sur l'orientation ou l'accompagnement appropriés, les aménagements et les adaptations pédagogiques, l'aide humaine possible et l'attribution éventuelle de matériels pédagogiques adaptés.

En ce qui concerne la scolarisation, le droit de tout enfant handicapé à être inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements les plus proches de son domicile (qui constitue son établissement de référence) est véritablement énoncé. L'école est alors appelée à accueillir la diversité des enfants, considérés comme membres à part entière de la communauté. Les enfants handicapés ne sont plus considérés comme des « visiteurs » qu'on tolère dans les établis-

sements scolaires, mais bien comme petits citoyens, élèves, membres de la communauté éducative au même titre que tous les autres.

L'école inclusive implique l'accueil de toutes les différences quelles qu'elles soient et suppose donc l'adaptation du système éducatif aux particularités de l'enfant. On comprend aisément l'importance d'avoir des informations sensibles et précises sur le développement psychologique et cognitif de l'enfant, sur ses facultés d'adaptation, ses possibilités d'apprentissage et sur les perspectives d'évolution qui lui sont propres, avec ou sans accompagnement, avec ou sans aménagement, avec ou sans compensation.

1.3. L'évaluation psychologique de l'enfant et de l'adolescent

Même si de nombreux enfants en souffrance ou avec difficultés de développement (handicaps compris au sens de la loi de 2005) font souvent l'objet d'une analyse psychologique approfondie comprenant habituellement une exploration du contexte de la demande, de l'anamnèse, des difficultés signalées et l'établissement d'une méthodologie, l'accès à ce service n'est pas généralisé et accessible à tous. Les psychologues de l'enfance dans les services publics (éducation nationale, domaine médico-social, champ sanitaire et hospitalier) n'ont pas tous la même formation universitaire, des référentiels conceptuels identiques, la même culture et la même représentation de la fonction d'évaluation clinique. De même, les objectifs et les implications de l'évaluation et des écrits qui peuvent en être issus, sont loin d'être partagés par la communauté professionnelle.

L'analyse du fonctionnement mental et intellectuel global, celle des fonctions cognitives et des processus dits « de haut-niveau » (attention, mémoire de travail, fonctions exécutives), celle du registre instrumental, du domaine affectif, imaginaire et relationnel, ainsi que l'approche de la personnalité, peuvent constituer la démarche approfondie d'évaluation psychologique, mais là encore, tous les psychologues ne sont pas en mesure de la conduire. Certains enfants particulièrement concernés par l'évaluation psychologique souffrent (problématiques non-exclusives et possiblement cumulatives) :

- de troubles neurologiques identifiés ou non
- de séquelles de prématurité ou d'anomalie périnatale
- de difficultés, retards et troubles des apprentissages (incluant les problématiques « dys »)
- de limitations ou d'entraves sur le plan intellectuel/cognitif
- de troubles émotionnels, affectifs, relationnels
- d'instabilité, d'agitation, d'hyperactivité, de TDAH, de troubles du comportement ou autre appellation générique
- de Troubles Envahissants du Développement (dont autisme)

Depuis la loi 2005-102, leurs familles se tournent vers les MDPH pour adapter ou améliorer leurs conditions de scolarisation, établir un PPS, soutenir leurs programmes thérapeutiques, valider une aide humaine ou matérielle compensatoire, concourir ainsi à un développement autant que possible harmonieux ...

Il apparaît donc essentiel de doter les équipes des MDPH d'outils suffisamment robustes et complets en termes psychologiques pour répondre au mieux à leurs demandes, permettre ainsi un travail efficace des équipes pluridisciplinaires des MDPH et mettre en évidence les ressources et difficultés des enfants concernés, vocation première de l'examen psychologique.

L'examen psychologique avec l'enfant – spécificité et expertise du psychologue

Avec une fréquence estimée à environ 400 000 actes par an en France (source associations professionnelles, éditeurs de tests, et estimations empiriques) et en évolution constante depuis une vingtaine d'années, « l'examen psychologique d'un enfant a pour but de répondre à une demande d'aide ou de conseil formulée par le sujet lui-même et/ou son entourage. Il se construit dans le cadre d'une relation du psychologue avec la personne concernée. Dans ce cadre, le praticien applique les connaissances théoriques, les méthodes et les instruments de sa discipline afin de récolter les informations nécessaires pour comprendre le fonctionnement psychique et relationnel de l'enfant et pour élaborer une réponse appropriée à la question posée. A toutes les étapes de l'examen, le psychologue tient compte du fait que les enfants sont en cours de développement physique, affectif, intellectuel, psychomoteur et social. Il est attentif à la complexité et à la singularité de chaque personne examinée qu'il situe toujours dans son contexte familial, éducatif, social et culturel » (définition de la Conférence de consensus – 2011).

Cette définition illustre bien l'implication multidimensionnelle de la démarche ainsi que sa position de liaison et de partage entre les approches, disciplines et professionnels associés autour de l'enfant. La position particulièrement favorable au dialogue interdisciplinaire est rendue possible par une épistémologie intégrative propre à la méthode, intégrant en un seul cadre plusieurs modélisations théoriques, ce qui en fait actuellement une technique potentiellement très utile pour participer à l'élaboration d'une culture commune ou interdisciplinaire.

Bien au-delà d'une simple approche de testing ou de mesure du niveau intellectuel global – on pense à la notion banalisée de QI -, l'examen psychologique de l'enfant est une méthode scientifiquement et méthodologiquement fondée et raisonnée, particulièrement complexe, qui nécessite un haut niveau d'expertise pratique, clinique et théorique, afin d'articuler l'exploration rigoureuse des besoins spécifiques d'individus singuliers avec des théories généralistes du fonctionnement de l'appareil psychique. Ceci est rendu possible par le biais de la psychométrie et des techniques issues de la psychologie appliquée, tout en tenant compte des limites de la mesure voire des approximations qui lui sont inhérentes.

L'évaluation psychologique doit la plupart du temps donner lieu à un compte-rendu oral et écrit dans lequel figure l'ensemble des informations recueillies par le psychologue, analysées dans une perspective intégrative et dynamique et répondant aux problématiques rencontrées par l'enfant.

Longtemps critiquée, remise en cause voire attaquée sur le plan idéologique, cette pratique spécifique au psychologue, considérée comme une dimension identitaire pour la profession, a progressivement acquis ses lettres de noblesse : suite à un important mouvement professionnel destiné à renforcer et améliorer les pratiques, la première conférence de consensus en psychologie a permis de produire des recommandations pour les pratiques de l'examen psy-

chologique avec l'enfant et l'utilisation des mesures.

Ces 32 recommandations sont réparties en 6 rubriques :

- les compétences nécessaires pour réaliser un examen psychologique
- les critères d'acceptation de la demande
- le cadre de l'examen
- les sources d'information et le choix des méthodes
- l'interprétation des données et la formulation de recommandations
- la communication des résultats

Sur ces bases, et dans la continuité de cette évolution majeure pour les pratiques de l'examen, les psychologues de l'enfance devraient être dotés de références solides, scientifiquement et cliniquement fondées, ainsi que d'un important corpus bibliographique. Les premières études sur les comptes rendus montrent que ce n'est pas encore le cas et qu'il est nécessaire de prolonger les travaux.

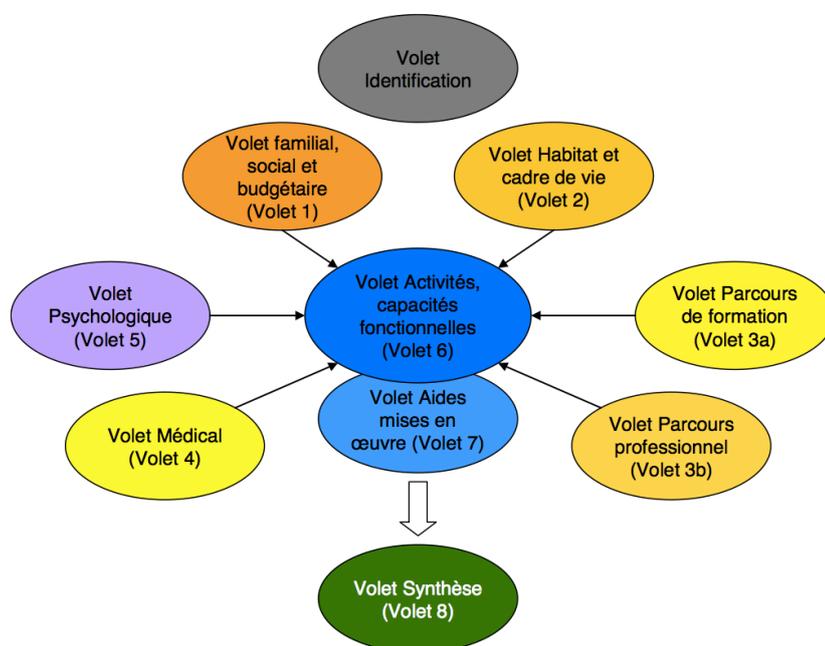
1.4. Le GEVA au cœur du dispositif d'évaluation

➤ 1.4.1. Le GEVA

Prévu par l'article L-146-8 du Code de l'action sociale et des familles, rendu officiel par la parution de deux textes réglementaires – décret 2008-110 et arrêté du 6 février 2008, le GEVA (Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation) est le support officiel pour la mise en place de l'égalité des traitements à l'échelle nationale et de l'élaboration d'une culture pragmatique commune autour du handicap.

Il repose sur les principes fondamentaux de « l'appréciation individualisée et globale de la situation de la personne » introduits par la loi du 11 février 2005 et s'appuie largement sur les fondements conceptuels de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé) illustrés par la définition du handicap dans la loi 2005-102 : « 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 ».

Composé de 8 volets complémentaires (dont un volet de synthèse), le GEVA est un outil de synthèse multidimensionnel à destination des équipes pluridisciplinaires des MDPH chargées de faire le lien vers les CDAPH afin de définir au mieux le PPC ou le PPS (Projet Personnalisé de Compensation - Projet Personnalisé de Scolarisation pour l'enfant). Il permet aux équipes des MDPH de recueillir, d'analyser et de synthétiser les expertises et évaluations au sujet de la personne en situation de handicap, d'établir une photographie à un moment donné, et de mettre en évidence ce que la personne peut ou sait faire, mais aussi ce que son environnement lui permet ou, a contrario, l'empêche de réaliser. (Bilan d'appropriation, 2010 ; Plan d'action pour appropriation, 2010, CNSA).



Manuel d'accompagnement du GEVA, CNSA, 2008
 Les objectifs annoncés du GEVA (source CNSA)

Il vise ainsi à :

- être le support commun aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire pour le recueil et l'analyse des observations issues de l'évaluation ;
- permettre une approche adaptée à la situation de chaque personne handicapée explorant l'ensemble des dimensions de ses activités et de sa participation à la vie en société ;
- favoriser l'harmonisation des pratiques entre les MDPH ;
- recueillir des informations permettant une meilleure connaissance des personnes handicapées.

Schématiquement, le GEVA représente la pierre angulaire du système d'aide médico-sociale pour synthétiser les informations, en aval des expertises ou évaluations cliniques et en amont de la réponse d'accompagnement, que ce soit dans les champs scolaire, professionnel, médical ou environnemental au sens large.

Deux ans après sa mise en œuvre, la CNSA a produit une étude sur l'appropriation du GEVA. Cette dernière a mis en évidence certaines forces et faiblesses de l'outil tout en renseignant sur les modalités d'utilisation des professionnels concernés. Ces analyses sont prises en compte dans le cadre du présent projet ainsi que les récents travaux autour de la scolarisation des enfants handicapés (INS HEA) et du GEVA-Sco (arrêté du 6 février 2015).

➤ 1.4.2. Le volet psychologique du GEVA (volet 5)

Dans sa forme actuelle, le volet psychologique du GEVA (*Manuel d'accompagnement du GEVA – CNSA mai 2008*) semble très insuffisant au regard de l'importance de l'information psychologique dans le champ du handicap et des ressources d'expertise des psychologues, insuffisant en termes d'analyse et de compréhension dynamique de la personne, que celles-ci s'appuient ou non sur des méthodes standardisées.

Mis en contraste avec l'architecture globale du GEVA et la structure des autres volets, le volet 5 psychologique apparaît, en l'état, comme un maillon manquant, sous-développé dans la chaîne globale de l'aide à la personne, particulièrement dommageable si l'on considère la question même de l'enfant en situation de handicap.

En l'état, le volet 5 ne comprend que deux rubriques :

- **une rubrique « Tests »** où il est recommandé au psychologue d'inscrire les outils utilisés, la date de passation et les résultats chiffrés avec une brève interprétation au regard de l'espace consacré ;
- **une rubrique « Analyse psycho-clinique de la situation »** qui invite le psychologue à rendre compte de la synthèse des éléments pertinents en relation avec la situation de handicap issus de l'évaluation psychologique.

guide d'évaluation VOLET 5
 Nom de la personne concernée :
 VOLET PSYCHOLOGIQUE Date de l'évaluation :
 Date de l'évaluation :

Si un bilan psychologique ou neuropsychologique, ou un bilan mémoire a été réalisé, préciser :

Tests	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (préciser les tests et les résultats)		
	Test et sa version	Date de passation	Résultats chiffrés et interprétations
Analyse psycho-clinique de la situation			

Mise en forme CNSA - Mai 2008

La mention introductive de ce très court document - 1 ligne en haut de page :
Si un bilan psychologique ou neuropsychologique, ou un bilan mémoire a été

réalisé, préciser : - laisse supposer une similitude entre bilan psychologique, neuropsychologique et bilan de mémoire (ce dernier étant d'ailleurs généralement inscrit dans la démarche neuropsychologique). Il s'agit en fait de démarches différentes, complémentaires certes, mais sans substitution possible.

Une note d'information, très succincte, diffusée dans le Manuel d'accompagnement du GEVA (mai 2008 ; II.7 - Volet 5 : volet psychologique - p. 35) vient en compléter cette présentation :

La nécessité d'un bilan psychologique est appréciée en fonction de la situation ou du handicap de la personne. De même pour les bilans mémoire, ou les bilans neuropsychologiques concernant les difficultés cognitives, les troubles spécifiques des apprentissages etc ...

Il appartient au psychologue d'indiquer en clair d'une part le type de test utilisé avec ses objectifs (un test projectif, ou un test psychométrique, ou un test neuropsychologique ...) avec le cas échéant la version et le type de cotation utilisé, des commentaires sur le contexte de l'examen et sa date de passation, ainsi que la synthèse du résultat et les éventuelles préconisations qui en découlent.

L'analyse psycho-clinique de la situation peut être un compte rendu en texte libre apportant la synthèse des éléments pertinents en relation avec la situation de handicap issus de l'évaluation psychologique faite par le psychologue.

Enfin, dans le document *Évaluer les besoins de compensation - Les cahiers pédagogiques de la CNSA - septembre 2012*, le volet 5 est ainsi résumé :

Le volet psychologique dresse une synthèse des examens réalisés, qu'ils soient appuyés par des tests ou échelles ou qu'ils découlent de méthodes qualitatives telles que l'entretien clinique, qu'ils soient à visée psychodynamique, psychométrique ou neuropsychologique. Les éléments à recueillir sont uniquement les éléments utiles au regard de la situation de handicap, avec la synthèse des résultats et les préconisations qui en sont issues.

Par ailleurs, pour la constitution des dossiers (demande d'étude de la situation de l'enfant par les familles), de nombreuses MDPH proposent un formulaire de renseignements psychologiques repris des anciennes versions des CCPE et des CDES où les termes « examen psychométrique » et « résultats aux tests » sont mis en avant aux dépens de tout autre information clinique pertinente, laissant entendre qu'elle serait secondaire.

Partant de ce rapide constat, il n'est pas étonnant que la littérature portant sur le volet psychologique du GEVA soit quasiment inexistante : on retrouve quelques considérations très brèves dans le manuel d'accompagnement du GEVA, une dizaine de lignes paraphrasant la version graphique-tableau. Aucune référence ou mention à son sujet n'apparaît dans la littérature spécialisée.

Particulièrement préjudiciable pour une approche complète de la personne en situation de handicap, ce vide contraste avec les apports de la psychologie reconnus comme majeurs à tous les âges de la vie, que le handicap soit qualifié de psychique, cognitif, mental, ou même physique, somatique ou sensoriel.

Pour l'enfant en souffrance et/ou avec trouble du développement, toutes étiologies et manifestations confondues, l'examen psychologique constitue pourtant un éclairage central et rigoureux pour la compréhension dynamique de son fonctionnement psychique. Il peut conjointement, pour l'enfant confronté aux difficultés de la vie et à la construction de soi dans des situations douloureuses et complexes, ouvrir un espace de rencontre, d'écoute et de reconnaissance, un moment rare qui aidera également à porter dans la mesure du possible sa parole auprès de ceux qui ont en charge les grandes décisions qui le concernent. En prenant en compte les facteurs développementaux propres à l'enfance, la vulnérabilité spécifique qui y est liée, la place de l'environnement familial (incluant la famille élargie et la fratrie), l'examen psychologique et l'écrit qui en traduit les grandes lignes aideront à la compréhension globale de la situation et au déploiement des aides qui lui seront nécessaires, notamment dans les cadres scolaire et familial.

➤ 1.4.3. Informations psychologiques et « GEVA compatibilité »

La question d'une terminologie spécifique, de méthodologies d'exploration et de cultures communes, c'est-à-dire le travail d'une véritable interdisciplinarité, n'apparaît pour l'heure que comme une juxtaposition courtoise de points de vue professionnels divers et hétérogènes. La spécificité de la culture psychologique invite à penser sa contribution dans une perspective d'ouverture et de complémentarité aux autres apports disciplinaires, sans hiérarchie ou domination de l'une ou l'autre, dans une perspective d'intégration et de synthèse des informations utiles.

1.5. Objectifs initiaux du projet, implications et enjeux

La recherche-action vise à évaluer les conditions, les modalités et la faisabilité d'adaptation du volet psychologique du GEVA en tenant compte :

1. des habitudes d'exploitation du GEVA par les différentes équipes pluridisciplinaires ;
2. de l'éventail de ressources disponibles en psychologie ;
3. de l'état des pratiques du compte-rendu écrit de l'examen psychologique.

Il s'agit, en résumé, de rechercher et d'identifier les freins et les conditions de réussite pour une collaboration optimale entre les pratiques psychologiques et les approches médico-sociales, sanitaires et éducatives telles qu'elles se structurent dans le panorama français actuel.

Les objectifs ont donc été les suivants :

- a- Objectif premier** : préparer, accompagner et promouvoir la refonte du volet psychologique du GEVA à destination des enfants en situation de handicap en tenant compte des expériences françaises récentes et de la structuration du panorama médico-social, sanitaire et éducatif.
- b- Objectifs secondaires** et répercussions positives attendues visent autant

le renforcement et l'enrichissement des pratiques professionnelles en psychologie que l'élaboration d'une culture et politique communes en termes d'interdisciplinarité :

- Promouvoir et contribuer à la GEVA-compatibilité ;
- Tenir compte des items de la Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap, de laquelle est issu le GEVA, et de la CIF Enfants et Adolescents (postérieure au décret de 2008) ;
- Inscrire le volet psychologique enfant du GEVA dans une logique d'adéquation avec les autres volets, particulièrement les volets *Médical, Scolarité et Synthèse* ;
- Contribuer à l'appropriation du GEVA par les équipes pluridisciplinaires et « faire remonter » les informations de terrain sur son utilisation ;
- Renforcer, enrichir et promouvoir les pratiques de l'examen psychologique, leurs conditions de réalisation, de formations initiale et continue ;
- Participer à la promotion de l'homogénéité des pratiques médico-sociales interdépartementales ;
- Dégager des éléments méthodologiques exploitables pour d'éventuelles démarches ultérieures d'adaptation du volet psychologique adulte et personnes âgées.

Ce projet et les objectifs qui sont visés, mentionnés dans le document initial ayant servi de base à la convention de recherche entre la CNSA et l'APPEA, concernent non seulement les psychologues et leurs organisations, mais aussi l'ensemble de la communauté : les parents et les familles, les professionnels des disciplines associées ou voisines de la psychologie (santé, soin, éducation, social, justice, prévention ...), les pouvoirs publics dans leurs différents niveaux structurels, les acteurs et responsables des institutions accueillant des enfants, les représentants des associations d'utilisateurs et les élus ...

Si les enfants et les adolescents sont bien évidemment les premières personnes directement confrontées aux pratiques et aux conclusions de l'évaluation psychologique, leurs paroles sont particulièrement difficiles à recueillir dans un tel processus de recherche. Elles auront, nous en faisons l'hypothèse, été en partie prises en compte par le regard que les psychologues portent sur leur métier et par la préoccupation constante que les enfants inspirent à tous ceux qui les accompagnent.

1.6. Résultats attendus

↗ *Sur le plan quantitatif*

Il s'est agi de recueillir et d'analyser les données issues des différents modules de la recherche globale (analyse et synthèse de la littérature, enquêtes par questionnaire, analyse itémisée de comptes rendus, entretiens individuels et collectifs) permettant l'évolution de l'architecture, des contenus et des modalités d'utilisation du volet 5 du GEVA afin de faciliter la cohérence du travail global sur le plan de la communication et de la transmission des informations cli-

niques avec éthique et dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

➤ *Sur le plan qualitatif*

Le projet global a visé la possibilité d'une amélioration qualitative significative pour les réalisations psychologiques auprès de la personne, et pour la communication des résultats aux commissions CDAPH (Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

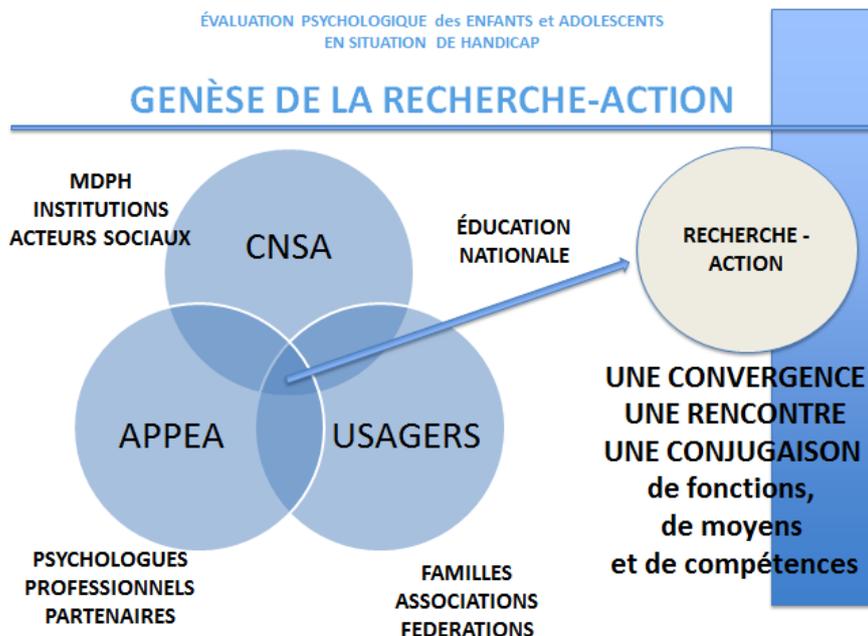
Il a recherché et tente de promouvoir la GEVA-compatibilité en faisant remonter aux décideurs les éléments qualitatifs observables à propos de l'appropriation du GEVA et des modalités d'utilisation par les professionnels concernés.

Les questions d'interdisciplinarité, ainsi que de développement de représentations et de langage communs, ont été également recherchées.

2. Méthodologie et déroulement

Une première analyse nous a conduits à envisager ce travail de recherche en collaboration avec tous les partenaires concernés, à savoir :

- la CNSA et ses collaborateurs directs que sont les MDPH, les institutions et établissements du domaine médico-social de l'enfance, et les différents acteurs sociaux concernés
- l'Éducation nationale, directement impliquée pour les questions de scolarisation, d'inclusion scolaire et de compensation
- les usagers à travers les organisations, les associations familiales
- la profession de psychologue elle-même avec la contribution des fédérations de psychologues, des associations de psychologie, des disciplines et des professions associées (pédopsychiatres, orthophonistes ...).



Nous avons souhaité dès le début poser les bases d'une collaboration largement ouverte, pour établir autant que possible une dynamique de convergence, une rencontre, une conjugaison des points de vue et des compétences de tous ceux qui sont concernés, en tant que citoyens ou comme professionnels, individuellement ou au titre d'une institution, par l'évaluation de la situation de handicap chez l'enfant et l'adolescent et ses implications.

Des temps de travail interne, de conception méthodologique et des moments d'échanges avec les responsables de la CNSA ont permis d'affiner le projet, de le soumettre en septembre 2012 et de signer une convention de recherche au

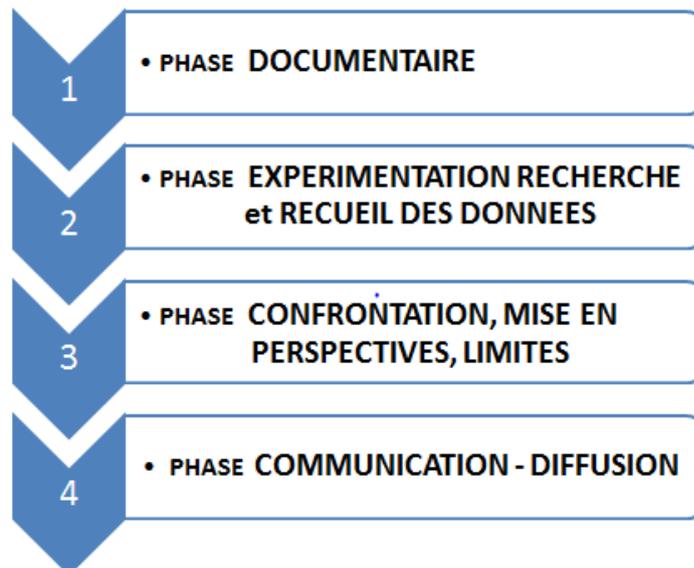
titre de la section V du budget de la CNSA en mars 2013 – intitulée Projet de recherche-action sur le volet psychologique enfant du GEVA.

Il a été accepté par la direction scientifique de la CNSA et bénéficie d'une contribution financière à hauteur de 80 % des dépenses totales, 20 % étant assurées en budget propre par l'APPEA.

2.1. Mise en place et fonctionnement

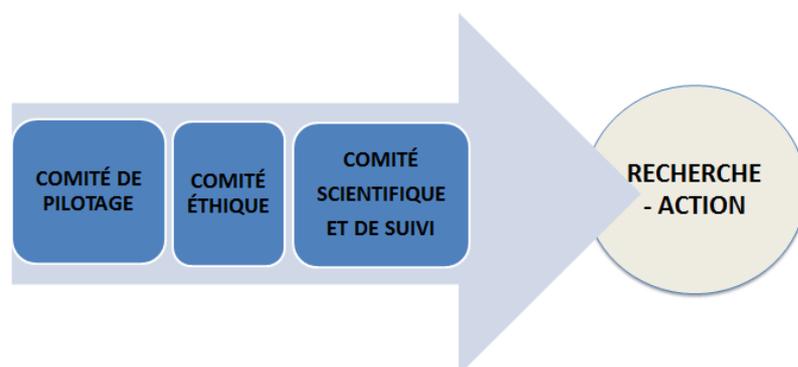
La mise en place de la recherche-action a reposé sur un déroulement en 4 phases indissociables et complémentaires qui s'articulent en un ensemble cohérent :

- la phase documentaire
- la phase expérimentation de la recherche avec recueil des données, analyse et synthèse des différents résultats
- la phase de confrontation des études, mise en perspective, limites et conclusion
- la dernière phase de synthèse, de rédaction, de communication et de diffusion de l'étude et des éventuelles préconisations



Le fonctionnement a été établi selon le schéma habituel d'une recherche-action, mais avec le souci initial et constant d'une participation ouverte et d'une démarche commune.

2.2. Pilotage, éthique et vigilance scientifique



Un comité de pilotage constitué de 13 membres a conduit le processus en toute indépendance et responsabilité totale.

Composition :

- Responsables de projet
- Léonard Vannetzel - Robert Voyazopoulos
- Secrétariat général :
- Mélanie Dupont (jusqu'août 2014) ; Renaud Michel
- Membres :
- Jean-Yves Barreyre - CEDIAS et ANCREAI
- Sabine Caillaud - Université Paris-Descartes
- Ramzi Geadah - CICERF
- Edouard Gentaz - Université de Genève
- Pascale Gilbert - MDPH 77
- Valérie Haas - Université Lumière Lyon 2
- Laurence Joselin - INS HEA
- Virginie Leclercq-Faure - INS HEA
- Membres associés (experts contribution méthodologique) :
- Alain Blanchet - Université Paris-Nord-Saint-Denis
- Bertrand Michel - Université Paris-Pierre et Marie Curie
- Renaud Michel - Université Paris-Descartes
- Marion Mouret - EPP Paris
- Représentants de la CNSA :
- Juliette Bloch - direction scientifique (jusqu'en février 2015)
- Typhaine Mahé - direction de la compensation
- Frédéric Tallier - direction de la compensation

Le comité de pilotage s'est réuni en moyenne une fois par trimestre depuis le

début de l'année 2013, avec une dernière réunion en mai 2015. Les échanges par mails ont été multiples tout au long de l'étude et ont permis une régulation constante de l'organisation. Les experts, membres associés, ont participé à plusieurs réunions spécifiques ou séminaires du comité de pilotage selon le calendrier et l'actualité.

Toutes les réunions de comité de pilotage n'ont pas fait l'objet d'un compte rendu. Les décisions prises dans les principales réunions du comité de pilotage sont inclus dans les rapports intermédiaires approuvés par tous les membres du CP.

Le comité de pilotage a été accompagné par **un comité d'éthique** composé de 4 personnalités :

- Bouquet Brigitte, professeur émérite de travail social - CNAM ; membre Conseil supérieur de travail social
- Geadah Roland-Ramzi, psychologue, professeur de philosophie morale et de droit médico-social, directeur du CICERF
- Grassin Marc, maître de conférences en philosophie et éthique médicale ; Universités catholiques de Paris
- Sommelet Danièle, professeur émérite de pédiatrie

Les avis du comité d'éthique nous ont été transmis oralement ou par mail au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, au cours des comités de pilotage et des comités scientifiques où ils étaient invités, avec un apport synthétique essentiel au moment du colloque en avril 2015.

Un large comité scientifique et de suivi a été constitué avec **12 personnalités** (universitaires, chercheurs, experts, ...) siégeant à titre personnel :

- Andronikof Anne, professeur de psychologie - UFR de Psychologie - Université Paris-Ouest Nanterre-La Défense
- Drozda-Senkowska Eva, professeur de psychologie - Institut de Psychologie - Université Paris-Descartes
- Faure-Fillastre Odile, inspectrice de l'Éducation nationale - ASH Paris
- Grégoire Jacques, professeur de psychologie - Département de Psychologie - Université de Louvain - Belgique
- De Barbot Françoise, psychologue, CRTLA - CHU Bicêtre
- Henry Frédérique, orthophoniste - CNRS - Université de Nancy
- Meljac Claire, psychologue - UPPEA - CHS Ste-Anne - Paris
- Scelles Régine, professeur de psychologie - UFR de Psychologie - Université de Paris-Ouest-Nanterre-La Défense
- Tourette Catherine, professeur émérite de psychologie - UFR de Psychologie - Université de Tours
- Urcun Jeanne-Marie, médecin de santé scolaire - DGESCO
- Verdier-Gibello Marie-Luce, psychologue, formatrice
- Wieder Catherine, maître de conférences honoraire en psychologie

Trente-et-une organisations ou institutions sont présentes au comité scientifique et de suivi que nous avons voulu très ouvert et représentatif de toutes les sensibilités, des professions, des institutions et des associations impliquées dans le domaine de l'évaluation des situations de handicap.

Y sont ainsi membres actifs :

- ✓ des organisations de psychologues :
 - FFPP - Fédération Française des Psychologues et de Psychologie
 - AEPU – Association des Enseignants-Chercheurs en Psychologie des Universités
 - AFPEN – Association Française des Psychologues de l'Education nationale
- ✓ des établissements de recherche et de formation :
 - INS HEA - Institut National Supérieur de formation et de recherche pour l'Éducation des jeunes Handicapés
 - CEDIAS - Centre d'études et de documentation d'information et d'action sociale
 - Université Lyon 2 – Groupe de recherche en psychologie sociale
 - Université Paris-Descartes - Laboratoire de psychologie sociale Menaces et société
- ✓ des organisations professionnelles des disciplines associées :
 - SFPEA-DA – Société française de Psychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence et Disciplines associées
 - FNO – Fédération nationale des Orthophonistes
 - ADERE – Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
 - Association des Directeurs de MDPH
- ✓ des associations d'établissements :
 - FDCMPP – Fédération des Centres médico-psycho-pédagogiques
 - ANECAMSP - Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico Sociale Précoce
 - AIRe – Association des ITEP et de leurs Réseaux
 - ANCREAI - Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
 - Association des Centres Référents pour les Troubles du langage et des apprentissages
- ✓ des fédérations d'organismes gestionnaires d'établissements :
 - FNPEP – Fédération nationale des Pupilles de l'Enseignement Public
 - Croix Rouge française
 - Fondation OVE – Œuvre des Villages d'Enfants
- ✓ des mutuelles et partenaires privés :
 - MGEN – Mutuelle Générale de l'Education nationale
 - MAIF – Mutuelle d'assurance des Instituteurs de France
 - ECPA – Editions du Centre de Psychologie appliquée
- ✓ des associations familiales, d'usagers, de parents d'élèves ou d'enfants handicapés :
 - UNAFAM – Union Nationale des Associations Familiales
 - FNASEPH - Fédération nationale des Associations au Service des Elèves présentant une situation de Handicap
 - UNAPEI Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes handicapées mentales et de leurs amis
 - FCPE – Fédération des Conseils de Parents d'Elèves
 - PEEP - Fédération des Parents d'Elèves de l'Enseignement Public
 - La Fondation motrice
 - FFDYS – Fédération Française des DYS
 - TDAH-France - Association française pour aider les familles, adultes et enfants concernés par le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité

La DGESCO (Ministère de l'Éducation nationale) est membre invité.

Le comité scientifique et de suivi s'est réuni à 5 reprises en plénières entre 2013 et 2015 et a participé au colloque de finalisation en avril 2015

Réunions du Comité scientifique et de suivi

- 31 janvier 2013
- 17 octobre 2013
- Séminaire 10 janvier 2014
- 19 juin 2014
- 7 février 2015
- Colloque 9-10 avril 2015

2.3. Phase documentaire

Les recherches bibliographiques et les travaux documentaires ont débuté dès le lancement du projet et ont abouti à une publication finalisée dans le cours de la recherche.

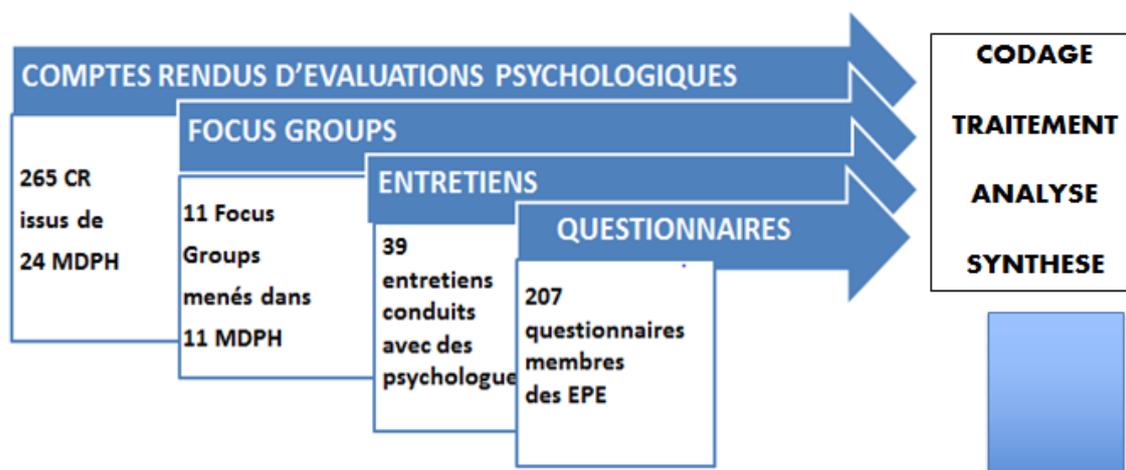
La phase documentaire a fait l'objet d'un important travail de synthèse remis au Comité de pilotage de la recherche et à la direction scientifique de la CNSA (novembre 2014) difficile à intégrer ici, mais accessible en annexe (Vannetzel L., 2014. Rapport de recherche documentaire – publication APPEA). Nous y renvoyons volontiers le lecteur.

2.4. Phase expérimentation recherche et recueil des données

La phase d'expérimentation recherche est donc partie d'une préoccupation commune, d'une volonté partagée d'avancer dans la clarification de la fonction d'évaluation des psychologues et de l'attente collective, des professionnels comme des citoyens, d'harmoniser les écrits psychologiques. Malgré la diversité des points de vue et les différences de regards, il s'agit de viser l'équité de l'évaluation psychologique pour tout enfant ou adolescent, de faire en sorte que chacun puisse accéder à un service psychologique de qualité et à un écrit dont les standards minimaux seraient partagés par tous.

➤ 2.4.1. Processus et déroulement de la recherche

Pour atteindre ces objectifs, notre méthodologie de recherche a envisagé 4 recueils de données qui constituent le cœur de notre travail, associés à diverses techniques d'analyse :



- Les comptes rendus d'évaluation psychologique transmis par les psychologues aux équipes pluridisciplinaires des MDPH dans le cadre de la constitution des dossiers de demande de reconnaissance du handicap de l'enfant ou de l'adolescent et d'attente de mesures de compensation – 265 comptes provenant de 24 MDPH ont été réunis et analysés : la méthode, les analyses, les résultats et les enseignements font l'objet de la partie 2-1 de ce rapport.
- Des focus groups d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation, réunions de membres d'EPE qui ont échangé sur les thématiques de notre objet d'étude : 11 focus groups menés dans 11 MDPH, dont les échanges ont été décryptés et analysés – la méthode, les analyses, les résultats et les enseignements font l'objet de la partie 2-2 de ce rapport.
- Un questionnaire (nombre : 207) remplis par des membres des EPE, dont le traitement et les informations qui en sont issues sont également exposés dans la partie 2-2 de ce rapport.
- Des entretiens de recherche conduits individuellement avec 39 psychologues qui adressent leurs évaluations psychologiques et leurs comptes rendus écrits aux EPE – la méthode, les analyses, les résultats et les enseignements font l'objet de la partie 2-3 de ce rapport.

Toutes ces données recueillies ont nécessité codages, traitements statistiques et analyses, elles ont fait chacune l'objet d'un rapport, d'une synthèse et d'une mise en perspective présentées dans ce rapport.

➤ 2.4.2. Calendrier récapitulatif des principales étapes

21 mars 2013 : signature de la convention de recherche-action entre la CNSA et l'APPEA

Dates de remises des rapports intermédiaires à la CNSA

- 31 janvier 2014 : premier rapport intermédiaire
- 10 octobre 2014 : second rapport intermédiaire
- 18 novembre 2014 : rapport documentaire

Dates de remises des rapports d'analyse au comité de pilotage par les experts

- 20 janvier 2015 : rapport d'analyse lexicométrique des entretiens avec les psychologues
- 15 mars 2015 : rapport d'analyse lexicométrique des focus groups dans les équipes pluridisciplinaires de MDPH
- 15 mars 2015 : rapport d'analyse textuelle des comptes rendus d'évaluation psychologique
- 25 mars 2015 : rapport d'analyse de contenu des entretiens avec les psychologues
- 30 mai 2015 : rapport final d'analyse descriptive et statistique des comptes rendus d'évaluation psychologique
- 10 juin 2015 : rapport d'analyse des questionnaires membres des équipes pluridisciplinaires

2.5. Phase de communication, de diffusion et d'accompagnement

Dernière étape et aboutissement de la recherche-action, cette phase se décompose en plusieurs niveaux indépendants.

➤ 2.5.1. Les publications

La première étape du travail a permis la réalisation d'un important corpus bibliographique à destination des professionnels du médico-social, de l'éducation nationale et plus précisément de l'ASH - éducation spécialisée, des psychologues de l'enfance et de leurs partenaires de travail réguliers (pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, enseignants, ...), des responsables et des professionnels des MDPH, enfin à destination des associations et des usagers.

Tout au long du processus, les rapports intermédiaires et les actes du colloque d'avril 2015 ont été adressées à tous les partenaires et accessibles en ligne sur le site de l'apea.

Plusieurs articles ou notes d'information pour présenter la recherche-action ont été publiés dans des revues spécialisées : Le Journal des psychologues, Fédération (bimestriel de la FFPP), Pratiques en santé mentale, ANAE ... ou à public plus large : lettre de la FNASEPH, l'École des parents, ...

A venir en 2016 :

- ✓ articles de synthèse développés à partir du présent rapport et destinés à promouvoir les préconisations ou propositions qui en sont issues.
- ✓ une version adaptée du présent rapport, comprenant toutes les étapes, réalisations et conclusions du processus de recherche, accompagnée d'un document de synthèse. Elle devrait comprendre des propositions et recommandations argumentées pour rénover les informations actuelles sur le volet psychologique du GEVA ainsi qu'une méthodologie possible pour son appropriation et son utilisation par les professionnels et les équipes concernées.
- ✓ les documents de clarification, de promotion interdisciplinaire et de présentation concernant la démarche du psychologue, de sa déontologie et des principes éthiques afférents, de ses compétences spécifiques et partagées avec d'autres professionnels, de ses principes d'exercice clinique avec l'enfant, des outils qu'il utilise (nature, objectifs, intérêts, limites, ...), des modalités de communication des résultats de l'examen psychologique.

Prolongements possibles :

- un guide pratique/méthodologique de référence sur la réglementation des écrits en psychologie selon le contexte de réalisation (fonction publique hospitalière, Éducation nationale, secteur privé libéral, ...) et les considérations déontologiques

➤ 2.5.2. *Les conférences et communications scientifiques et professionnelles*

Des communications invitées, ou en réponse à appel à projets, ou sur nos propositions directes ont déjà été assurées lors de colloques, congrès, journées d'études locales ou nationales dont :

- congrès de la FFPP (Nancy mai 2015)
- colloque RIPSIDEVE (Amiens mai 2015)
- journées nationales de la FASM Croix-Marine (Marseille septembre 2015)

Chacune des grandes étapes de la recherche-action, et en particulier le colloque d'avril 2015, a été accompagnée d'une communication (e-mail et internet) en direction des universités, des équipes de recherche et de formation sur le handicap, des directions de MDPH, et de toutes les institutions, fédérations et associations œuvrant dans le champ du handicap chez l'enfant.

Le principe d'une communication dynamique et soutenue, en direction des mêmes structures, et vers les professionnels concernés, est retenu pour les deux années 2016 et 2017. L'appea développera dans ce sens un cahier des charges, un programme et un calendrier.

➤ 2.5.3. Les formations initiales et continues

Elles concernent les psychologues et les professionnels engagés dans les pratiques et les commissions d'évaluation des situations de handicap (entre autres les médecins de santé publique, les médecins de santé scolaire, les pédopsychiatres, les responsables des CRTLA, les cadres d'ESMS, les IEN ASH, les enseignants référents ...).

Formation initiale :

- plan de communication vers les instances universitaires en charge des formations initiales et diplômantes
- propositions pédagogiques pour les responsables des maquettes des enseignements et diplômes universitaires
- relais auprès des associations et organisations professionnelles (pour les psychologues : AEPU, FFPP, SFP, AFPEN, ACOP-F) ;

Formation continue :

- pour les psychologues de l'enfance, à travers les offres de formation de l'appea - stages et sessions déjà programmés en 2015 et 2016 – et par les programmes d'autres organismes de formation continue (COPES, ANAE formation ...), avec formations par académie pour l'Education nationale (plusieurs sessions déjà accomplies ou en cours d'engagement) et sur site pour les organismes gestionnaires d'ESMS (exemple : formation continue de l'appea pour la Fondation OVE Rhône-Alpes en juin et octobre 2015).
- pour les professionnels des MDPH (membres des équipes pluridisciplinaires, des CDAPH), des institutions (ESMS, ...), et des responsables des associations familiales ou d'utilisateurs.

Ce vaste programme de diffusion, de communication et d'accompagnement, incluant différents degrés organisationnels et de nombreux partenaires, devrait faire l'objet d'une étude méthodologique plus poussée et peut-être indépendante de la présente recherche-action.

PARTIE 2 - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES

1. Synthèse et analyse du module comptes rendus d'évaluation psychologique

Cette étude et le rapport de synthèse remis au Comité de pilotage de la recherche et à la direction scientifique de la CNSA (mai 2015) et accessibles en annexe (Michel R., Michel B., 2105. Analyse Statistique descriptive des écrits de psychologues – Synthèse ; publication APPEA) ont été conduits dans le cadre d'une convention de recherche par :

- **Renaud Michel**, docteur en psychologie, Laboratoire PCPP, EA 4056, Université Paris-Descartes
- **Bertrand Michel**, Maître de Conférences, Laboratoire LSTA - EA3124, Université Paris-Pierre-et-Marie-Curie

1.1. Rappel de la méthodologie

➤ 1.1.1. Présentation succincte de la démarche

On pourra se référer aux publications précédentes et aux annexes pour prendre connaissance avec précision de la méthodologie retenue pour le recueil des données et leur analyse.

En résumé : l'étape du compte rendu écrit d'évaluation psychologique représente un des moments clé de la procédure d'évaluation de la situation de handicap. Le volet psychologique (volet 5) du GEVA concentre les informations psychologiques concernant les enfants et les adolescents. Le compte rendu d'évaluation psychologique est un document sensible qui réunit les informations utiles à l'évaluation des limitations de l'enfant ou l'adolescent dans son milieu de vie, son développement personnel et son adaptation sociale et scolaire.

Notre étude est donc un travail de compréhension du fonctionnement actuel de dispositif de production et de diffusion de l'information psychologique ; c'est une analyse exploratoire et descriptive de comptes rendus d'évaluations psychologiques d'enfants et d'adolescents (format, fond et forme, structure, analyse psycholinguistique, items cliniques, contenu, qualité et niveau de l'information psychologique, cohérence ...) transmis depuis 2 ans aux équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Elle vise à répondre à des objectifs principaux :

1. décrire le contenu de ce qui est adressé aux MDPH par les psychologues et la forme par laquelle cela est communiqué
2. dégager d'éventuelles typologies de CR (en fonction des MDPH, des types de demandes, de la provenance des psychologues, ...)
3. comprendre dans quelles mesures ces CR répondent ou non aux attentes des équipes pluridisciplinaires des MDPH (croisement des données avec celles entre autres d'un autre recueil = focus groups)
4. établir comment ces CR peuvent prendre sens dans le cadre de loi 2005-102
5. mettre en perspective les écrits des psychologues avec le discours sur la pratique de bilan et d'écriture (croisement des données avec celles des entretiens de recherche conduits avec des psychologues)

Des questions générales et plus spécifiques ont guidé notre démarche.

Les questions principales :

- Comment le psychologue communique-t-il aux MDPH ?
- Quelles sont les informations communiquées dans les CR aux MDPH ?
- Y a-t-il des formes générales communes (régularités) dans les informations transmises ?

Des questions plus spécifiques portant sur le contenu du compte rendu :

- Quelles informations sont transmises aux MDPH ?
- Quels thèmes sont abordés dans les CR ?
- Quels sont les tests, examens, méthodes et épreuves utilisés et présentés ?
- La clinique de la passation est-elle abordée ? Le retentissement des troubles diagnostiqués, l'avis de l'enfant et de sa famille au regard de la demande ... etc, sont-ils mentionnés ?

Des questions plus spécifiques portant sur le "comment c'est communiqué" :

- Quelles sont les formes et les structures de l'écrit ?
- Y a-t-il des points communs ou des formes préétablies dans les présentations et dans les styles (argumentatif / descriptif / narratif) ?
- Peut-on éventuellement dégager des typologies de CR ?

➤ 1.1.2. *Le recueil des données*

- 265 comptes rendus d'évaluation psychologique d'enfants et d'adolescents ont été rassemblés via les services de communication de la CNSA, avec la contribution de 24 MDPH volontaires ; les contacts locaux ont été le plus souvent assurés par des responsables d'équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, enseignants spécialisés ...) ou de chefs de service dans les pôles Evaluation ou les pôles Enfance.

- Règles de recueil, de protection et d'anonymat : les CR nous sont parvenus anonymés et numérotés, mais les services devaient garder la trace de ce qui nous était envoyé. Toutes les familles concernées par les CR étaient informées de l'étude en cours, de la contribution du document concernant leur enfant à cette étude, et avaient la possibilité de refuser qu'on utilise le compte rendu d'évaluation psychologique anonymé. Seules 2 familles ont signifié leur désaccord et le CR a été retiré par les responsables de la MDPH partenaire.

- L'anonymat de chaque CR a reposé sur l'effacement de tous les noms, prénoms (enfant, famille, psychologue ...), de la suppression des marques d'identification nominative des établissements d'éducation et de soins. Nous devons, par contre, pouvoir connaître :

- Le sexe et l'âge de l'enfant, la classe suivie

- La nature de l'établissement scolaire ou de soin fréquenté par l'enfant

- L'appartenance institutionnelle du psychologue (éducation nationale, domaine médico-social, secteur hospitalier ou sanitaire, activité libérale)

- Les dates de rédaction et réception du CR par les EPE des MDPH

- Critères d'inclusion/exclusion : nos intermédiaires dans les MDPH avaient pour consignes de nous envoyer sans sélection, tirés au hasard, une dizaine de CR d'évaluation psychologique d'enfants et d'adolescents reçus dans leurs services au cours des derniers mois.

- Accord CNIL : la démarche de validation pour le recueil, et de protection des données, a été engagée auprès de la CNIL et aucune expression de réserve de la part de cet organisme ne nous a été communiquée.
- Supervision par la CNSA : les responsables de la CNSA ont suivi et accompagné cette étape et vérifié que toutes les conditions de la convention de recherche étaient respectées.

1.2. Modalités d'analyse et principaux résultats

Deux grands modes d'analyse pour ces comptes rendus ont été retenus :

- une analyse statistique via des descripteurs
- une analyse textuelle

➤ 1.2.1. Analyse descriptive et statistique via des descripteurs avec les logiciels Access et « R »

Deux logiciels ont été utilisés : Access pour la base de données et le stockage des informations, et « R » pour le traitement des données.

L'analyse concerne donc le fond et la forme.

Le traitement a porté sur 265 CR, et 189 variables (ou « descripteurs ») ont été déterminées.

Parmi les 189 variables, 13 variables dominantes dites directrices ont été dégagées, identifiées comme des entrées clé pour analyser et explorer les données.

Le traitement statistique a été abordé sous 2 angles, intra variables (univarié avec présentation variable par variable) et inter variables (le traitement bivarié, croisement entre 2 variables directrices).

Trois types de variables ont été élaborés :

- 6 variables numériques : par exemple le nombre de pages du CR
- 76 variables catégorielles à choix unique (de 2 à 21 modalités possibles) Ex : *Classe de l'enfant (PS ... CLIS ... CM2 ... Terminale)*
- 34 variables catégorielles sont à choix multiples (de 2 à 18 modalités possibles) ou plusieurs items peuvent se cumuler. Ex : *Types de difficultés de l'enfant à l'origine de la consultation (comportementales, émotionnelles, scolaires ...)*
- 73 variables étaient également à réponse libre (réponse écrite qui permettait de préciser).

Une base de données a été créée en utilisant le logiciel Access. Un formulaire de cotation Access a été construit pour faciliter la démarche de saisie en permettant de cocher la présence ou non de la variable recherchée. La protection et la sécurisation des données par l'anonymisation des CR ont amené la perte de quelques informations sensibles : certaines données ne portent donc pas sur la totalité des 265 CR.

Un guide de cotation pour renforcer la standardisation et la fidélité du codage ont été élaborés pour les 9 psychologues engagés dans ce long travail. L'objectif a été constamment d'uniformiser la démarche pour viser la plus

grande objectivité de cotation et renforcer la fidélité inter-juges.

Pour des raisons d'organisation, 13 grandes classes de variables ont été créées et présentées par chapitres :

Chap. I	Caractéristiques formelles
Chap. II	Structure du document
Chap. III	Caractéristiques du rédacteur
Chap. IV	Caractéristiques de l'enfant dans son environnement
Chap. V	Critères de la demande et motif de la consultation
Chap. VI	Difficultés de l'enfant à l'origine de l'évaluation
Chap. VII	Evaluation de la situation de handicap et compensation attendue
Chap. VIII	Démarche et cadre de l'évaluation
Chap. IX	Méthodes et étapes de l'examen
Chap. X	Clinique de la relation
Chap. XI	Tests utilisés
Chap. XII	Présentation et interprétation des résultats
Chap. XIII	Synthèse ou conclusion

Toutes les informations sur la construction de la base de données, la saisie, la cotation, la fidélité et la validation de la méthode sont données dans l'annexe Rapport d'analyse statistique descriptive des écrits de psychologues.

Pour les données statistiques et chiffrées, on se reportera à l'annexe Analyse statistique descriptive des écrits de psychologues.

Nous avons été confrontés à une réelle difficulté méthodologique et technique : la très grande richesse des variables décrites et étudiées à partir d'un matériel lui-même divers et hétérogène par certains de ses aspects est un véritable obstacle intellectuel. Comment en effet dégager les points saillants, signifiants et caractéristiques dans un ensemble aux multiples expressions sans trop lisser toutes les nuances ?

L'étude d'un matériel aussi complexe et volumineux ne se prête pas aisément aux simplifications. Nous avons souhaité ne pas céder aux réductionnismes, ne

pas appauvrir les multiples dimensions observées, ne pas limiter notre analyse aux informations les plus manifestes. Parallèlement, il a bien fallu se concentrer sur l'essence même de ce travail, garder en tête les objectifs assignés et rendre compte de l'essentiel sans lequel l'étude elle-même serait inutile ou sans suite.

➤ 1.2.2. Principaux résultats de l'analyse descriptive et statistique

1.2.2.1. Pour les variables uniques

1/ Caractéristiques formelles et structure des comptes rendus (chap. I et II du rapport d'analyse statistique descriptive)

Nous avons maintenant une bonne idée générale de la forme des comptes rendus d'évaluation psychologique remis aux MDPH : qu'ils portent le titre de Compte-rendu d'examen – ou de bilan – psychologique ou une dénomination différente (comme Bilan psychométrique ou Evaluation intellectuelle), ils font 2 à 3 pages, sont majoritairement rédigés sur ordinateur, adoptent un style rédactionnel descriptif et souvent argumenté, mais sans format général bien structuré.

Pourtant, près d'un sur deux utilise une trame type proposée par la MDPH du département (censée être une aide à la structure de l'écrit), ce qui n'empêche pas l'absence de plan ou un plan peu détaillé. Ils sont dotés, pour 2/3 d'entre eux, d'une conclusion.

La confidentialité du document est rarement mentionnée, de même que le destinataire du document. Les parents de l'enfant ne sont jamais mentionnés en tant que destinataires, sauf dans quelques CR rédigés par des psychologues en libéral.

Commentaire : en l'absence de textes de référence, les comptes rendus présentent une certaine unité dans leur format. Une base commune implicite et minimale est donc reconnue et partagée par les psychologues, bien que certains CR s'écartent considérablement du format moyen. En résumé, on pourrait énoncer que pour ces aspects formels, il se dégage une base commune minimale avec de grandes différences entre les extrêmes (cumul de présence ou d'absence de critères).

2/ Caractéristiques du rédacteur (chap. III du rapport d'analyse statistique descriptive)

Le psychologue exerce majoritairement à l'Education nationale, secondairement dans le champ médico-social.

Commentaire : c'est une information importante par ses implications et ses conséquences. Cette donnée modifie considérablement, dans les faits, les missions initiales des psychologues dans le système éducatif (pour l'essentiel dans le 1^{er} degré – école maternelle et élémentaire). Il y a inadéquation entre les pratiques professionnelles effectives et les textes officiels qui mentionnent secondairement l'évaluation et l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

3/ Caractéristiques de l'enfant dans son environnement (chap. IV du rapport d'analyse statistique descriptive)

Il est particulièrement difficile ici de caractériser une typologie de l'enfant en situation de handicap. Le recueil des comptes rendus, s'il est représentatif de ce qui est reçu et traité par les MDPH, ne reflète pas stricto sensu la démographie des enfants et adolescents en situation de handicap. On peut seulement avancer que les données analysées représentent majoritairement un garçon (70 % des CR) scolarisé à l'école élémentaire et âgé de 5 à 8 ans ou de 11 ans. Il a souvent du retard dans sa scolarité avec mention d'un redoublement.

Les autres informations le concernant sont trop peu apportées dans les écrits pour pouvoir dégager ne serait-ce qu'une vague typologie. On doit surtout retenir que des écrits psychologiques oublient de rappeler l'âge de l'enfant, sa date de naissance, la classe suivie au moment de l'examen ... la majorité des comptes rendus ne donnent aucune information sur la composition familiale ni le contexte de vie de l'enfant. Enfin, les mesures d'aide engagées (soutien, soins, prises en charge) sont peu évoquées, qu'elles émanent de l'Education nationale, du secteur médico-social ou du libéral.

Commentaire : l'hétérogénéité des informations apportées, l'importance diverse et relative accordée au contexte de vie de l'enfant, l'absence de mise en situation des informations psychologiques semble témoigner ici de l'empirisme qui préside à la rédaction. Les psychologues ne paraissent pas avoir une idée centrale et partagée de ce qui est attendu par les destinataires de l'écrit qu'ils transmettent. Les niveaux d'information sont très étendus, des écrits donnant un maximum d'informations jugées utiles par le rédacteur, d'autres cumulent les oublis ou les absences.

4/ Critères de la demande, motif de la consultation, difficultés de l'enfant à l'origine de l'évaluation et compensation attendue (chap. V, VI et VII du rapport d'analyse statistique descriptive)

L'identité du demandeur de l'examen et de l'écrit n'est mentionnée que dans 1 CR sur 3 et cette absence concerne logiquement les écrits des psychologues de l'Education nationale, rédacteurs les plus nombreux proportionnellement.

Quand la finalité de l'écrit est renseignée (moins de la moitié des CR), elle spé-

cifie une demande ou un renouvellement de PPS.

Quand les difficultés à l'origine de la consultation psychologique sont mentionnées (dans 3 CR sur 4), ce sont les difficultés scolaires, relationnelles et comportementales de l'enfant qui sont très largement représentées et souvent associées.

Commentaire : on note l'importance des difficultés scolaires et plus largement d'apprentissage à l'origine des demandes d'évaluation psychologique, qui sont considérées comme des manifestations relevant du handicap ou accompagnant le handicap. Les troubles du comportement souvent mentionnés témoignent de l'intensité de ces symptômes à l'école, de la difficulté d'accueil de l'enfant et de son adaptation au cadre scolaire.

5/ Evaluation de la situation de handicap et compensation attendue (chap. VII du rapport d'analyse statistique descriptive)

Moins d'1/4 des CR indiquent en début de document l'objectif de renseigner la demande de reconnaissance de handicap. Et ceux qui le mentionnent ne précisent pas la compensation attendue.

Commentaire : le fait d'écrire à la MDPH s'accompagne peut-être pour le psychologue de l'idée implicite de contribuer à l'analyse de la situation de handicap. La mention de l'objectif du travail d'évaluation psychologique serait pourtant bienvenue.

6/ Démarche et cadre de l'évaluation ; méthodes et étapes de l'examen (chap. VIII et IX du rapport d'analyse statistique descriptive)

Les informations anamnestiques ne sont présentes que dans 1/4 des CR, ce qui est conforme au point 3 relatif à l'environnement de l'enfant. Même fréquence en ce qui concerne la mention d'un entretien avec l'enfant et/ou d'un entretien avec les parents.

Si 86 % des CR font référence à l'usage de tests psychologiques, la méthodologie, les étapes de l'examen et les objectifs d'exploration sont très rarement renseignés.

Commentaire : les psychologues ne présentent pas vraiment leurs démarches ni pourquoi ils engagent telle ou telle technique d'investigation. Ils ne rendent pas vraiment compte de leurs méthodes comme si celles-ci allaient de soi, qu'elles ne relevaient pas d'un choix, alors qu'il n'existe pas de cadre réellement défini pour mener à bien et à terme une évaluation psychologique.

7/ Clinique de la relation (chap. X du rapport d'analyse statistique descriptive)

La relation avec l'enfant, son adhésion, son comportement pendant les consultations, les manifestations émotionnelles, le langage dans sa fonction de communication et la qualité de la relation sont décrits dans la plupart des comptes rendus. Les nécessités d'intervention ou d'accompagnement du psychologue sont parfois ajoutées.

Commentaire : c'est à travers la dimension relationnelle que la sensibilité du psychologue s'exprime le plus. Cette information, la plus subjective sans doute de tout l'écrit, tente de dessiner succinctement un profil plus personnel de l'enfant qui permet au lecteur de mieux se le représenter. Mais elle s'y déploie avec retenue, et certains CR ne lui accordent même aucune place, laissant les données techniques et numériques prendre toute la place.

8/ Tests utilisés (chap. XI du rapport d'analyse statistique descriptive)

Nous avons vu précédemment que très peu de CR expliquent le choix des tests utilisés, alors qu'ils sont 86 % à rendre compte de leurs résultats chiffrés. L'évaluation de l'efficacité intellectuelle est quasi systématique (sans être justifiée) et les échelles de Wechsler – essentiellement le WISC-IV – s'imposent massivement dans les examens psychologiques. Les évaluations d'inspiration neuropsychologique sont rares, celles concernant le domaine logico-mathématique quasi inexistantes.

Le dessin est utilisé plutôt dans son versant épreuve de personnalité et parfois complété par une épreuve thématique projective.

Dans leur ensemble, les écrits des psychologues insistent sur les épreuves multi-tâches d'intelligence type Wechsler qui occupent quasiment tout l'espace descriptif et explicatif.

Commentaire : on peut être logiquement surpris de la limitation du choix des tests par les psychologues eux-mêmes. Aucun crédit ne semble être accordé à d'autres échelles composites que les échelles de Wechsler qui paraissent alors incontournables. Les autres activités d'évaluation semblent considérées comme secondaires, ou en tout cas ne pas intéresser le lecteur destinataire de l'écrit.

Les arguments méthodologiques et cliniques manquent pour justifier la suprématie d'un modèle d'évaluation de l'intelligence sur les autres. Comment expliquer une telle auto-restriction de pratiques et de techniques, quand aucun texte professionnel ni aucune recommandation ne vient l'encourager ?

9/ Présentation et interprétation des résultats (chap.XII du rapport d'analyse statistique descriptive)

Les données chiffrées et les présentations de résultats numériques issues des tests sont omniprésentes. Les notes d'indices généraux ou partiels, de QI total ou par secteurs, de zones descriptives ou d'âges de développement sont présentes dans plus de 9 CR sur 10. La place qu'elles occupent, avec les explications et interprétations qui les accompagnent, représentent la part essentielle des comptes rendus.

Commentaire : le psychologue insiste sur les données chiffrées et semble ainsi leur accorder beaucoup d'importance. Ces expressions numériques sur le niveau de développement et de fonctionnement intellectuel et cognitif de l'enfant, dont il a la prérogative, et qui paraissent fournir des indications sur des bases objectives et scientifiques, remplissent sans doute un rôle majeur d'assise et de reconnaissance professionnelle.

Il s'agit aussi probablement de satisfaire les destinataires et leurs attentes imaginées.

10/ Synthèse ou conclusion (chap. XIII du rapport d'analyse statistique descriptive)

Près de 9 CR sur 10 présentent une conclusion ou une synthèse.

La conclusion résume ou synthétise les informations de l'écrit dans les 2/3 des CR. Ce qui y est mentionné rappelle les difficultés rencontrées par l'enfant (principalement de type scolaire, secondairement sur le versant émotionnel et comportemental) et les principaux résultats quantitatifs, plus rarement les ressources internes favorables et mobilisables chez l'enfant.

Des recommandations ou des préconisations sont avancées en conclusion dans la plupart des cas, surtout en termes de scolarité et de prise en charge thérapeutique.

Les demandes de compensation (dans 2 CR sur 3) sont avancées (pour moitié avec insistance) pour appuyer plutôt une demande d'AVS dans un dossier sur 5, un peu moins fréquemment pour l'appui d'un SESSAD ou un accueil en CLIS ou ITEP.

Commentaire : le rôle de la synthèse/conclusion et son impact chez le lecteur potentiel semble bien perçu par le psychologue qui cherche à y résumer l'essentiel des informations et des besoins de l'enfant tels qu'il les a évalués et analysés, dans le but d'appuyer ses propositions d'aide ou de compensation.

Les conditions de lecture du compte rendu rédigé par le psychologue et de prise en compte des informations psychologiques complexes et variées en font un exercice difficile que le psychologue tente de faciliter : la conclusion use par exemple d'un style convaincant ou insistant pour faire valoir les mises en place de compensation souhaitées pour l'enfant.

1.2.2.2. Pour le croisement bivarié

Pour les détails de l'analyse, se reporter au rapport Analyse statistique descriptive des écrits de psychologues pp. 43-53.

Rappel des 13 variables directrices, désignées pour leur pertinence ou leur forte signification (parmi les 189 variables descriptives) afin d'étudier les liens de dépendance entre certaines d'entre elles.

Variables directrices avec réponse en choix unique (CU) ou multiple (CMP)

n° 24 Utilisation d'un modèle type pour rédiger le CR (Choix unique ou « CU »)

n° 41 Appartenance institutionnelle du psychologue-rédacteur (CU)

n° 68 Sexe de l'enfant indiqué (CU)

n° 74 Classe de l'enfant indiquée (CMP) avec version simplifiée par fusion d'items

n° 118 Finalités de l'écrit, lorsqu'il est spécifiquement adressé à la MDPH (CU)

n° 123 Difficultés de l'enfant évoquées à l'origine de la consultation (CMP)

n° 131 Objectifs anticipés de l'évaluation (CMP)

n° 140 Présence d'une anamnèse (CU)

n° 146 Mention d'un entretien avec la famille sans autre mode d'évaluation (CU)

n° 175 Difficultés de l'enfant décrites en conclusion (CMP)

n° 183 Recommandation ou préconisation indiquées en conclusion (CMP)

n° 185 Demande de compensation au titre de handicap en conclusion (CU)

L'étude statistique de 21 croisements de variables directrices montre bien, de façon significative, que :

Thème 1 : appartenance institutionnelle du psychologue rédacteur (versus autres variables)

Les psychologues de l'Education nationale rédigent davantage que leurs collègues du médico-social leurs CR en fonction de modèles-types (format pré-établi le plus souvent par les MDPH).

- Les psychologues du 1^{er} degré renseignent majoritairement les de-

mandes de PPS, le renouvellement de PPS étant plutôt accompagné par les psychologues du médico-social.

- Il n'y a aucun lien entre le type de difficultés de l'enfant à l'origine de la consultation psychologique ou évaluées au cours de l'examen psychologique, et l'appartenance institutionnelle du psychologue.
- Les psychologues du 1^{er} degré conduisent la grande majorité des évaluations psychologiques des enfants d'âge scolaire (école maternelle et école primaire).
- Les conseils et préconisations de type scolaire en conclusion sont essentiellement avancés dans les CR des psychologues de l'Éducation nationale.
- Les demandes de reconnaissance de handicap et de proposition de PPS émanent surtout des psychologues de l'Éducation nationale.

Thème 2 : difficultés de l'enfant relevées à l'origine de la consultation (versus autres variables)

- Quand l'objectif et le destinataire du CR sont précisés, les difficultés de l'enfant à l'origine de la consultation sont précisées dans le CR.
- Les informations anamnestiques ne sont pas plus fréquentes dans les CR spécifiquement rédigés pour les MDPH, contrairement à la mention d'un entretien avec la famille.

Thème 3 : CR suivant la forme d'un modèle-type (versus autres variables)

- Les informations anamnestiques ne sont pas plus fréquentes dans les CR rédigés sur des modèle-types.
- L'utilisation d'un modèle-type de CR ne favorise pas la finalité de l'écrit spécifiquement rédigé pour la MDPH.
- Les demandes de compensation sont plus présentes dans les CR rédigés sur des modèle-types.

Thème 4 : Types de préconisations indiquées en conclusion (versus autres variables)

- L'absence d'informations anamnestiques s'accompagne d'absence de préconisations et/ou recommandations en conclusion
- La mention dans le CR d'un entretien avec la famille est le plus souvent suivie de préconisations, notamment de type scolaire.
- Aucune dépendance observée entre le niveau de scolarisation de l'enfant et les préconisations en conclusion.

Thème 5 : Types de difficultés décrites en conclusion (versus autres variables)

- Les difficultés de type scolaire sont décrites essentiellement pour les enfants scolarisés en école et collège (y compris SEGPA), pour une première demande de PPS. Lorsque l'enfant est scolarisé en maternelle, en CLIS, en ULIS, il n'y a pas mention de difficultés scolaires.
- Pas de lien entre le fait d'exprimer des préconisations (au sens large) et le niveau de classe de l'enfant.
- Pas de lien entre le sexe de l'enfant et les difficultés décrites en conclusion.

Commentaire : de nombreux croisements bivariés ou multivariés étaient possibles. Nous n'avons retenu que les plus pertinents en mesure de répondre aux questions principales et spécifiques qui étaient posées.

Ce qui se dégage de ces croisements est la confirmation du rôle des psychologues de l'Éducation nationale, surtout ceux du premier degré, qui reçoivent la grande majorité des enfants de 4 à 11 ans et renseignent le volet psychologique en utilisant plus volontiers les modèle-types de comptes rendus. Ils apportent leur expertise pour tous les types de difficultés, proposent souvent des préconisations pour la scolarité de l'enfant et appuient les demandes de PPS.

A propos des aspects plus formels de l'écrit, on note que le format-type de compte rendu ne favorise pas l'apport d'informations sensibles comme celles de l'anamnèse ou de la mention de l'entretien avec la famille. Il n'est pas exclu de penser que, n'y invitant pas dans le cadre restreint qu'il propose, il encourage même le rédacteur à en faire l'impasse.

Le modèle-type de compte rendu d'examen psychologique influence la rédaction et le contenu des informations transmises, dans un sens favorable et défavorable selon les paramètres. Il est un point sensible d'évolution possible des pratiques d'examen psychologique et de transmission des informations qui en sont issues.

Enfin, la question de la scolarité préoccupe les psychologues avant la reconnaissance de la situation de handicap. Quand le PPS est engagé et que l'enfant est en inclusion scolaire (CLIS, ULIS), les préoccupations sur le niveau scolaire et les apprentissages deviennent secondaires. Comme si la reconnaissance de handicap faisait baisser le niveau d'attente dans ce domaine.

➤ 1.2.3. Analyse textuelle avec le logiciel Alceste

L'analyse avec Alceste² a été envisagée afin de répondre plus précisément à certaines questions concernant le contenu des comptes rendus :

- Comment le psychologue communique-t-il son analyse ?
- Y a-t-il des spécificités à observer dans la rédaction (notamment lexicale) de ces comptes rendus ? Trouve-t-on des « modèles » de rédaction qui pourraient s'apparenter à l'idée d'un *script* par exemple ?
- Y a-t-il un langage commun aux professionnels rédigeant ce compte-rendu ? Un langage psychologique et de quel type ?
- Comment la thématique du handicap ressort-elle ?
- Certaines variables s'avèrent-elles prégnantes ?

² Alceste : Analyse des Lexèmes Co-occurrents dans les Énoncés Simplifiés d'un Texte

Une codification spécifique des CR a été faite à partir de différentes variables choisies pour leur pertinence.

Toutes les informations sur la cotation, les variables choisies, le traitement lexicométrique des données traitées et les détails des résultats sont présentées dans l'annexe Rapport de recherche Analyse Alceste des comptes rendus des psychologues

Alceste est un outil qui offre une approche lexicale du discours et permet de décrire « de quoi parle » le discours étudié. L'organisation topique du discours à travers la mise en évidence de « mondes lexicaux » permet de rendre compte de ce qui est appelé les « lieux communs de discours ».

➤ 1.2.4. Principaux résultats de l'analyse textuelle avec le logiciel Alceste

Cinq classes de mots ont été dégagées :

Classe 1 : observations, descriptions du comportement de l'enfant

Classe 2 : passation de tests avec vocabulaire qualitatif et cognitif

Classe 3 : passation de tests avec vocabulaire technique

Classe 4 : prise en charge de l'enfant et de son orientation future

Classe 5 : anamnèse, description de l'environnement psychosocial de l'enfant

Des représentations graphiques (réseaux de forme) présentent les classes de mots et permettent l'analyse des combinaisons ou des associations et les espaces de référence les plus marquants du compte rendu.

Deux grands types de lexique, de mots, de termes, de verbes sont utilisés de manière différente dans le compte-rendu effectué par le psychologue : un premier axe qui serait de l'ordre d'une forme d'observation de l'enfant, en lien avec son environnement social et familial (classe 1 de laquelle seront ensuite issues les classes 4 et 5) donnant lieu à un suivi et à une prise en charge.

Un deuxième axe (classe 2 et 3) qui se construit de manière autonome et qui découle de la passation et lecture d'une batterie de tests cognitifs à travers lesquels l'enfant est évalué.

Il peut s'avérer suffisant de reprendre ici les points dominants de la synthèse de l'analyse des CR avec Alceste, proposée par les deux universitaires-chercheurs qui l'ont conduite :

- L'ensemble des résultats laisse apparaître une sorte de script de rédaction de compte-rendu psychologique relativement homogène pour les

psychologues puisqu'aucun type de compte-rendu ne se distingue véritablement, ni aucune origine institutionnelle (seule la variable « psychoscolaire » se distingue dans la classe 4).

- Les psychologues rédigent ainsi un corps de texte qui s'oriente dans un premier temps vers l'observation de l'enfant et/ou la passation d'une batterie de test de type « scientifique » à l'issue de laquelle ils proposent un suivi. Ce suivi est étayé par l'anamnèse du sujet et ancré dans l'environnement psychosocial et psychoaffectif de l'enfant.

Commentaire : l'analyse proposée avec Alceste apporte des compléments d'information intéressants bien que modestes. Elle vient affirmer le lien psychologues de l'éducation nationale - passation des tests, et confirme ce que nous avons conclu avec l'analyse descriptive : les comptes rendus présentent une certaine unité dans leur format, et une base commune implicite et minimale est donc reconnue et partagée par les psychologues quelle que soit leur appartenance institutionnelle.

- La conclusion du compte-rendu correspond davantage à des préconisations, à un « avis », qu'à la synthèse de leurs évaluations. Cela donne le sentiment de deux temps très distincts dans la rédaction (visibles à travers la séparation des mondes lexicaux), presque déconnectés l'un de l'autre.

Commentaire : Le contenu des conclusions, plus tourné vers des avis que véritable synthèse des résultats de l'évaluation psychologique et du compte rendu, montre que cette partie finale de l'écrit prend une place tout à fait particulière et symbolique dans l'esprit du psychologue.

- La passation de tests cognitifs serait la seule forme d'expertise reconnue pour le psychologue (visible dans les classes 2 et 3). La partie observations de son compte-rendu est-elle, peut-elle être aussi reconnue comme une forme d'expertise ou reste-t-elle un avis intuitif et subjectif ?

Commentaire : cette remarque des experts analystes d'Alceste témoigne de leur étonnement à ce que les classes de mots n'identifient pas les approches évaluatives autres que celle utilisant les tests cognitifs. L'omniprésence des tests dans l'examen psychologique fait en quelque sorte écran aux autres pratiques d'observation et d'écoute qui s'exposent timidement dans les comptes rendus : les psychologues ont sans doute bien compris que les tests légitiment et valident l'évaluation psychologique aux yeux de leurs interlocuteurs et de leurs partenaires, en lui donnant une base scientifique. Leur utilisation massive dans les examens psychologiques alimente en retour ces représentations auprès des usagers et des autres professionnels, de toute évidence aux dépens d'autres formes moins techniques mais plus basées sur l'observation sensible et la relation.

- Un intérêt particulier a été accordé au mot handicap et à son utilisation. Celui-ci (dans la classe 4) apparaît très rarement, dans moins

d'un CR sur 10, et ne fait même pas partie des extraits du dictionnaire du corpus, du fait de sa faiblesse d'apparition.

Commentaire : le mot handicap est peut-être sous-entendu et n'aurait pas besoin d'être mentionné. Mais qu'il soit utilisé si parcimonieusement dans l'écrit psychologique témoigne de la possibilité d'une ambivalence des psychologues à l'égard du concept de handicap.

1.3. Les enseignements et les questions qui se posent

Il est possible de réunir déjà quelques informations centrales des analyses des écrits que les psychologues adressent aux MDPH. On propose de dégager 4 grands axes :

➤ 1.3.1. Un profil démographique et professionnel des psychologues

- Les psychologues de l'éducation nationale sont fortement mis à contribution pour renseigner le volet psychologique du GEVA. Ils conduisent en très grande majorité les évaluations psychologiques des enfants primo-consultants et participent à l'étude de la reconnaissance de handicap et l'ouverture du dossier à la MDPH
- De ce fait, les grandes tendances qui se dégagent des différentes analyses des CR peuvent leur être attribuées
- Les psychologues du secteur médicosocial (CMPP, IME, CAMSP, IME ...) apportent principalement leur concours dans le cas d'un renouvellement de PPS ; on note quelques CR issus des consultations dans les CRTLA
- Les psychologues en secteur sanitaire ou en libéral contribuent très peu au dispositif d'évaluation psychologique

➤ 1.3.2. L'enfant dans les comptes rendus d'évaluation psychologique

- Pas de profil psychologique type chez les enfants concernés, mais pour presque tous, une scolarité en panne ou en souffrance et d'importantes ou sévères difficultés d'apprentissage
- Après les troubles cognitifs ou troubles « dys », les troubles du comportement sont les plus fréquemment décrits ou invoqués
- Les enfants concernés sont des garçons, trois fois plus nombreux que les filles (confirmation de l'observation faite précédemment)
- Une tranche d'âge sensible pour la reconnaissance de la situation de handicap : entre 5 et 8 ans

- Le psychologue restreint ses informations cliniques et relationnelles sur la rencontre avec l'enfant ; les informations personnelles et sensibles sur l'enfant sont comme « censurées » ou données avec retenue, et le plus souvent même absentes des CR
- On observe de rares présentations cliniques de l'enfant qui prennent en compte sa parole, son avis et les dimensions globales de sa personnalité
- Le portrait de l'enfant est souvent réduit à ses compétences intellectuelles et cognitives (résultats psychométriques des épreuves psychologiques), à son niveau scolaire, et aux contraintes auxquelles il est confronté dans les apprentissages.
- La famille de l'enfant, le choix et la parole des parents sont peu présentés ou rappelés

➤ 1.3.3. Une analyse descriptive et objective de ce qu'écrivent les psychologues

La forme du compte rendu : une homogénéité de façade

- Les CR présentent une certaine unité dans leur format et dans les données principales qui concernent l'enfant.
- L'utilisation de modèle-type pour la transmission des informations psychologiques y invite fortement et permet de dessiner les contours d'un contenu minimal ou standard dont se contenteraient les psychologues.
- Cette apparente représentation commune ou partagée cache de grandes différences dans le niveau des informations et leur étendue, le volume et la richesse du contenu, la structure et le plan du document...
- Il existerait une sorte de consensus implicite des psychologues sur ce qu'il serait nécessaire voire incontournable de transmettre aux membres des EP avec la centration sur les données psychométriques
- L'importance considérable accordée à l'évaluation de l'intelligence et aux données chiffrées qui lui est fort souvent associée
- Les formes de l'écrit sont diverses et reflètent sans doute fortement le rapport personnel que le psychologue entretient avec la langue écrite
- Les étapes de l'examen, la méthodologie, le choix des épreuves proposées ... sont rarement présentés ou expliqués
- La synthèse-conclusion est une partie fondamentale du CR : le psychologue y rappelle souvent les informations majeures issues de son évaluation et y utilise des termes insistants pour convaincre les lecteurs potentiels de la pertinence de ses analyses et des demandes de compensation.

Le fond du compte rendu : le psychologue se fait psychométricien

- Les informations « objectives » basées sur la psychométrie dominent, les données techniques et numériques, même pondérées, prennent la plus grande part de l'exposé ; la place accordée au domaine psycho-affectif, aux informations personnelles et émotionnelles, à l'écoute clinique en général, reste succincte. En quelque sorte, les psychologues penseraient que tests, par leurs bases scientifiques, jouent un rôle de légitimité et de validation de l'évaluation psychologique aux yeux de

leurs interlocuteurs et de leurs partenaires.

- Au-delà de la psychométrie et des données chiffrées, une conception tempérée de l'intelligence générale et du facteur g avec un QI total souvent donné, mais pondéré par de nombreux autres calculs exprimant des performances dans des domaines partiels de l'intelligence ou de la cognition (modèle multidimensionnel), ou parfois des commentaires qui visent à le relativiser
- L'absence de mention ou de renseignements dans de nombreux domaines de la vie de l'enfant (informations factuelles sur le parcours personnel et scolaire, motifs de l'évaluation, santé générale, entretien avec les parents ou même l'enfant, éléments d'anamnèse, contexte de vie et dynamique familiale ...)
- Cumuls de ces absences de renseignements ou, au contraire et plus rarement, de leur présence, dessinent des contrastes saisissants entre les écrits extrêmes et leurs niveaux d'information
- Les motifs de la consultation et les raisons de l'évaluation apparaissent dans peu de comptes rendus

➤ 1.3.4. Une déduction prudente des pratiques évaluatives des psychologues avec les enfants en situation de handicap

- Les comptes rendus d'évaluation psychologique peuvent donner une représentation partielle de ce que les psychologues de l'enfance et de l'adolescence conduisent dans le cadre de l'examen psychologique : la considération accordée à la demande, les objectifs, l'accueil et la rencontre, la démarche, la méthode, la dimension clinique, la relation, les outils, la place accordée aux entretiens, aux moments plus informels avec l'enfant comme le dessin, le jeu, l'espace relationnel ... mais le CR, s'il exprime une certaine conception de l'examen psychologique, n'en est pas une description fidèle. Par expérience et culture, nous savons que les psychologues de l'enfance sont attachés à la qualité de la rencontre, à l'expression de la demande et aux moments libres nécessaires à créer la relation et permettre à l'enfant de se sentir à l'aise.
- Les tests ou épreuves psychologiques utilisés par les psychologues se concentrent, pour l'intelligence et la cognition, autour des échelles de Wechsler – essentiellement le WISC-IV. Cette limitation dans le choix des batteries multi-tâches pose question et devrait être soulevée au regard des pressions ou des contraintes institutionnelles, du financement du matériel de tests, de la formation initiale et continue ; les instances professionnelles et universitaires devraient s'interroger sur ces pratiques méthodologiques et cliniques limitées et rechercher les raisons d'une suprématie d'un modèle d'évaluation de l'intelligence sur les autres. Une telle auto-restriction des professionnels eux-mêmes dans les pratiques et les techniques d'évaluation nécessite de s'interroger sur leurs motivations explicites ou implicites.
- L'insistance sur les activités d'évaluation centrées sur l'intelligence laisse entendre que les autres approches sont secondaires, ou qu'elles n'intéresseraient pas les destinataires de l'écrit.
- Le rôle supposé des informations évaluatives chiffrées auxquelles les psychologues accordent de l'importance : ces expressions données en langage mathématique et statistique (indices, percentiles, intervalles

de confiance, moyennes, écart-type ...) bénéficient d'une représentation « scientifique », savante et objective auprès du grand public et, dans une certaine mesure, auprès des professionnels de l'éducation et de la santé, et des psychologues eux-mêmes. Attribués à des dimensions comme l'intelligence, la mémoire, le langage ou le raisonnement, ils renforcent l'impression de maîtrise et de qualité de l'évaluation et confortent probablement l'assise et la reconnaissance professionnelles que les psychologues recherchent.

- Quand elle se manifeste, l'ambivalence ou la prudence des psychologues à l'égard des données chiffrées se traduit dans certains CR par l'absence totale de notes comme le QIT alors qu'une échelle d'intelligence a été proposée à l'enfant, dans d'autres CR par des expressions pondérées (choix de fourchette de notes et d'intervalles de confiance), par des réticences de certaines données ou des approximations (exemple : « QI inférieur à la moyenne »).

➤ 1.3.5. Pour aller plus loin : vers les recommandations

L'ambivalence à l'égard du concept et du mot handicap

On aura noté la parcimonie avec laquelle les écrits psychologiques évitent l'utilisation des mots handicap / handicapé, alors qu'ils usent volontiers des termes difficultés, troubles, déficits, retards, problèmes, souffrance ... Ces mots seraient-ils à ce point sous-entendus qu'il ne serait pas utile ou nécessaire de les mentionner ? Plus probablement, la représentation du handicap chez les psychologues – partagée peut-être avec d'autres professionnels des champs de l'enfance, de la santé et de l'éducation – est instable et conflictuelle, et l'inhibition à en utiliser le mot traduirait l'ambivalence à son égard.

Les enfants pour lesquels un PPS est déjà engagé voient par exemple les niveaux d'attente scolaire à leur égard, exprimés dans les écrits, fortement baisser.

- Les implications de l'exercice clinique et de l'évaluation des troubles de l'enfant dans le champ du handicap inquiètent les psychologues : ils sont en difficulté pour se positionner sur le caractère handicapant ou non des difficultés exprimées par l'enfant.

Parallèlement, une meilleure connaissance des dispositions législatives, réglementaires et organisationnelles concernant le statut du handicap et des personnes handicapées, et un travail de coopération et de partenariat avec les acteurs et les partenaires de la MDPH et du secteur médicosocial permettraient de dépasser en partie ces réserves.

Modèle-type pour les CR

Si le format-type de compte rendu, conçu en général par des non-psychologues – en tout cas pour ceux que nous connaissons – est éventuellement dans un premier temps une aide à la rédaction, il tend à limiter les initiatives et les apports personnels du psychologue et à focaliser le rédacteur et les lecteurs sur les données factuelles chiffrées. En dehors des informations sur les apprentissages et le niveau scolaire sur lesquels insistent les écrits en général, le format-type invite à rendre secondaires les informations pourtant sensibles sur la vie de l'enfant, comme son comportement socio-adaptatif, ses dispositions personnelles favorables, les conditions de son environnement. Il a tendance à éloigner le psychologue du modèle dimensionnel et fonctionnel pourtant porté par l'esprit de la loi de 2005 et à encourager le diagnostic catégoriel autour des dispositions intellectuelles et des QI.

- Il sera nécessaire, si un format-type de compte rendu est par la suite recommandé ou diffusé par les MDPH, de créer un groupe de travail pour produire un véritable support de rédaction en cohérence avec les orientations conceptuelles, les compétences cliniques du psychologue et les besoins d'information des équipes pluridisciplinaires.

Ajustement des compétences des psychologues et des attentes des équipes pluridisciplinaires

Il n'est donc pas étonnant qu'un certain empirisme préside à la rédaction des comptes rendus chez les psychologues qui ne souhaitent pas se contenter de transmettre les performances intellectuelles des enfants : sortir du cadre donné ouvre à la subjectivité et peut conduire à l'errance en laissant le psychologue seul juge de l'intérêt des informations pertinentes à transmettre. Les psychologues donnent alors l'impression de ne pas avoir de connaissance suffisante sur les informations souhaitées et attendues par les destinataires de l'écrit qu'ils transmettent. En se concentrant sur les résultats des tests et en réduisant leur niveau d'information psychologique, pensent-ils alors satisfaire leurs lecteurs. Par cet usage, les psychologues alimentent sans en avoir conscience leur intérêt pour les données psychologiques chiffrées.

- On insistera sur le besoin des psychologues à être mieux informés des attentes et besoins des membres des équipes pluridisciplinaires et des CDAPH pour le volet psychologique du GEVA

L'examen psychologique serait-il clandestin ?

L'évaluation psychologique de l'enfant apparaît, à travers les CR, comme un acte professionnel isolé, n'impliquant pas les autres pratiques, interventions et missions du psychologue. L'absence de mention d'accompagnement de l'enfant, de suivi de la situation, de lien avec les parents et la famille aboutit à se représenter le temps d'examen psychologique séparément du reste de la vie de l'enfant. Bizarre sentiment qui donne à penser que l'évaluation psychologique est presque clandestine ... d'autant que les CR prennent peu en compte le fait que les parents (et l'enfant devenu grand) sont, par la loi, les premiers lecteurs concernés.

- La formation continue des psychologues pour mieux connaître les dispositions législatives sur les écrits et clarifier la fonction des comptes rendus pourra être un support utile d'aide à la rédaction et à l'amélioration de la transmission des informations psychologiques

Les informations psychologiques transmises et le contenu des comptes rendus

Les analyses précédentes ont décrit des comptes rendus qui, dans leur grande majorité, ne permettent pas de se faire une représentation suffisante de la situation de handicap de l'enfant et de ses éventuels besoins de compensation. Le manque d'études sur les CR d'évaluation psychologique ne nous permet pas de comparer les CR adressés aux MDPH avec ceux adressés aux familles, aux centres de consultations médico-psychologiques ou à diverses commissions. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils ne s'en différencient pas particulièrement. Mais l'absence presque totale dans les écrits psychologiques aux MDPH de référence à la nature et à la caractérisation des troubles mentaux, des troubles psychiques ou des troubles cognitifs – mentionnés dans la définition du handicap en préambule du texte de la loi 2005-102 – et de référence aux limitations d'activité ou de restrictions de participation à la vie en société qui leur sont consécutives, pose sérieusement question : les psychologues ne semblent pas avoir intégré les conceptions contemporaines et les orientations introduites par la loi.

- Afin de mieux répondre aux attentes sociales, institutionnelles et citoyennes, les psychologues devraient bénéficier de moyens importants d'accompagnement et de formation pour permettre l'évolution de leurs pratiques d'évaluation et l'amélioration de la transmission des informations psychologiques dans le champ du handicap.

2. Synthèse et analyse du module focus groups et du module questionnaires

- Ces études, du recueil des données aux analyses et au rapport de synthèse remis au Comité de pilotage de la recherche et à la direction scientifique de la CNSA (mai 2015 pour les focus groups et juillet 2015 pour les questionnaires) et accessibles en annexe (Caillaud S., Haas V. 2105. Rapport d'analyse lexicométrique des focus groups dans les équipes pluridisciplinaires de MDPH ; publication APPEA. Caillaud S., Haas V. 2105. Rapport d'analyse des questionnaires membres des équipes pluridisciplinaires des MDPG ; publication APPEA) ont été conduites dans le cadre d'une convention de recherche par :
- **Sabine Caillaud**, Maître de conférences – EA 4471 Laboratoire de psychologie sociale Menaces et société – Université Paris-Descartes
- **Valérie Haas**, Professeur, EA 4163 Groupe de recherche en psychologie sociale - Université Lumière-Lyon 2

Les focus groups et les questionnaires ayant été conçus pour s'éclairer mutuellement, ils font l'objet d'un traitement dans ce même chapitre.

2.1. Rappel de la méthodologie

➤ 2.1.1. Présentation succincte de la démarche

On pourra se référer aux publications précédentes et aux annexes pour prendre connaissance avec précision de la méthodologie retenue pour le recueil et l'analyse des focus groups et des questionnaires.

En résumé : les membres des équipes pluridisciplinaires sont, avec les parents qui en ont copie, destinataires premiers des informations psychologiques contenues dans le volet 5 du GEVA (volet psychologique). Ces EPE se réunissent régulièrement pour étudier les dossiers complets qui sont transmis à la MDPH en vue d'apprécier la situation de handicap de l'enfant et ses besoins éventuels de compensation. Leur composition relève de la responsabilité de la direction de la MDPH et réunit souvent des professionnels et des experts pour évaluer les besoins de la personne – ici de l'enfant ou de l'adolescent - selon son handicap, son environnement, et le projet de scolarité et de vie porté par la famille. Y siègent généralement³ : un médecin de la MDPH (généraliste ou spé-

³ Le décret n° 2015-85 du 28 janvier 2015 relatif à la composition et au fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles – publié postérieurement aux recueils de données de cette étude - prévoit que, lorsque l'équipe pluridisciplinaire au sein des MDPH doit se prononcer sur des questions relatives à la scolarisation, elle comprend nécessairement au moins un enseignant du premier ou du second degré. Il précise également les conditions dans lesquelles certains experts peuvent apporter leur concours à l'équipe pluridisciplinaire, notamment les membres de la commission d'orientation vers les enseignements adaptés ou les professionnels de santé.

cialisé en santé publique, en santé scolaire, en pédiatrie, en pédopsychiatrie...); un psychologue de la MDPH ou le plus souvent un psychologue invité (de l'Education nationale ou du secteur médico-social) ; un cadre d'établissement médicosocial ; un assistant social ; occasionnellement un professionnel de santé paramédical ou tout autre professionnel si la situation individuelle de l'enfant le nécessite.

L'évaluation globale et individualisée basée sur le GEVA aboutit le plus souvent à une première proposition qui est soumise pour décision à la CDAPH.

Le fonctionnement des EPE est donc un lieu sensible d'analyse de la situation et de préparation des propositions qui concernent l'enfant et qui seront ensuite notifiées à la famille. Le compte rendu d'évaluation psychologique, rédigé par le psychologue qui a conduit les rencontres et les consultations, va dans la très grande majorité des dossiers en constituer une pièce essentielle au même titre que celles des autres volets. Il est censé apporter des informations sur le développement et le fonctionnement psychologiques de l'enfant, sur les facilités et les difficultés que celui-ci rencontre dans ses activités quotidiennes en famille, à l'école ou dans les autres espaces de socialisation.

Le projet de recherche avec la technique des FG⁴ et des questionnaires a été d'étudier la représentation sociale, professionnelle et culturelle des informations psychologiques attendues ; puis de comprendre les besoins et les nécessités, justifiées ou supposées, de l'information psychologique et clinique pour la compréhension et l'étude des difficultés ou incapacités des enfants, et leur traduction éventuelle en termes de compensation ou d'aides appropriées.

Avec des interrogations générales :

- Comment les équipes des MDPH utilisent les informations psychologiques au sujet d'enfants en situation de handicap ?
- Quels sont leurs constats, attentes et besoins dans ce domaine ?
- Comment elles se représentent les fonctions, les rôles, les apports et les limites des psychologues et de leur évaluation ?

De nombreuses questions plus spécifiques concernaient :

a) l'évolution du champ du handicap et la psychologie :

- Comment les membres des EPE appréhendent les évolutions du handicap suite aux lois des années 2000 (terminologiques, sémiologiques, institutionnelles, logistiques, ...) ?
- Comment les différentes catégories de handicap sont envisagées et quelles places elles trouvent dans les discours des équipes ?
- Quelle est la place du psychologique dans le discours de ces professionnels experts de l'évaluation du handicap ?

b) l'évaluation et les écrits psychologiques :

- - Quelles informations sont recherchées dans les écrits des psychologues par les EPE et sont les autres données mises en perspective ?
- - L'importance accordée aux données chiffrées
- - En rapport avec la scolarité de l'enfant en situation de handicap, et en tenant compte de la variété des situations, quelles informations les équipes des MDPH disent avoir besoin

c) les psychologues, leurs rôles, fonctions, apports et limites :

- - Comment les équipes des MDPH se représentent l'activité d'évaluation psychologique et ce qu'elles en attendent ?
- - Selon la présence ou non d'un psychologue dans les réunions, peut-on observer des variations dans les représentations du psychologue et de la psychologie ?
- - En rapport avec l'activité des médecins et le champ de la santé, comment les EPE situent les apports et limites du psychologue et de la psychologie ?

Les objectifs étaient donc de montrer les attentes et besoins de ces équipes vis-à-vis des écrits et de l'évaluation psychologiques, de mettre en évidence et de comprendre l'importance de certaines informations psychologiques pour l'évaluation globale de la MDPH, d'évaluer l'intérêt actuel du volet 5 du GEVA, ses limites et ses manques pour l'évaluation des situations d'enfants, enfin de rechercher l'homogénéité et l'hétérogénéité du rapport au psychologique en fonction des MDPH, de la composition des équipes et des typologies de situation.

Ce qui était recherché : comprendre comment les dynamiques de l'équipe pluridisciplinaire construisent et transforment la fonction du psychologue et la place du compte rendu d'évaluation psychologique. Avec un objectif concret : mettre en évidence des leviers pour initier des changements ou renforcer des pratiques existantes.

Le choix des focus groups

Le FG est un groupe de discussion pensé comme une source d'informations, réuni volontairement avec une finalité de recherche. Une discussion est générée, qui sera plus ou moins structurée, et le chercheur amène au départ de l'échange un certain nombre de thématiques ou de supports. Il s'agit d'étudier les échanges entre les personnes, d'analyser ce qui provoque les discussions et les interactions entre les membres : la dimension collective est prioritairement recherchée.

La dynamique de la discussion comme de l'échange lui-même, la circulation et les prises de parole sont étudiées avec précision.

Les thématiques centrales des FG ont porté sur :

- Les comptes rendus : motifs et niveaux des informations psychologiques qui sont nécessaires aux membres des équipes pluridisciplinaires.

- Les représentations concernant le psychologue : ses fonctions, ses spécificités par rapport à d'autres disciplines dans l'évaluation des situations de handicap, et les difficultés auxquelles il doit faire face.
- Les représentations du travail de l'EPE elle-même, donc de son propre travail, les idées que les membres se font du travail idéal, comment ils envisagent ensemble la question de la pluridisciplinarité, le rôle de chacun et surtout celui du psychologue au sein de cette équipe.
- Enfin la question des représentations du handicap, l'impact de la loi de 2005 pour les équipes, les éventuelles catégories qui structurent le handicap dans les discours et les pratiques, et la place du psychologue dans cet ensemble.

Le choix des questionnaires

L'intérêt des questionnaires à destination des membres des EPE réside dans le recueil direct et instantané des opinions et des représentations individuelles des professionnels sollicités. Contrairement aux Focus groups, les questionnaires ne prennent pas en compte la dynamique collective du savoir et des représentations partagées. En revanche, ils permettent de recueillir un plus grand nombre de données sur le territoire national pour comprendre si certaines caractéristiques dépendent de critères institutionnels, catégoriels, géographiques ... etc.

La finalité du questionnaire est de proposer des sollicitations ciblées et adaptées aux différents profils professionnels des équipes.

➤ **2.1.2. Le recueil des données : les Focus groups**

Un guide de conduite des FG a été construit avec des questions relatives aux objectifs et aux thématiques envisagées. Il a été structuré autour de 4 axes principaux :

- La composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, la place et rôle des professionnels membres
- Le compte-rendu d'évaluation psychologique
- L'étude de la dimension psychologique dans un cas fictif
- Le volet psychologique du GEVA

La durée de chacun des 11 entretiens FG, conduits dans 11 MDPH volontaires réparties sur le territoire national (avec critères de représentativité) a été en moyenne d'une heure et demie. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés et stockés sur une base numérique sécurisée. Ils ont tous fait l'objet d'une retranscription intégrale selon les standards requis. L'ensemble a été traité de manière anonyme.

➤ 2.1.3. Le recueil des données : les questionnaires

Proposé à tous les professionnels qui interviennent dans les équipes pluridisciplinaires enfant et adolescent des MDPH, il a été diffusé par internet avec le soutien des réseaux d'échanges de la CNSA.

Le questionnaire a été construit (après pré-test) sur la base de l'analyse des Focus groups. Il comprend des questions relatives aux domaines suivants :

1. les attentes vis-à-vis des comptes rendus psychologiques : les informations utiles ou inutiles, le caractère indispensable ou non selon les situations, l'opinion sur le positionnement pour la reconnaissance du caractère handicapant des troubles, les attentes à l'égard du volet psychologique du GEVA ;
2. les représentations du travail d'une EPE : la place et l'influence du modèle médical, le rôle perçu de l'équipe (réponse à une demande ou proposition de compensation), la représentation de la pluridisciplinarité (entre transdisciplinarité et addition de compétences), la définition du handicap en adéquation avec les représentations et les pratiques ;
3. les représentations du psychologue : sa place et son rôle dans les équipes pluridisciplinaires, ses références conceptuelles, les qualités professionnelles et personnelles attendues ;

Les répondants étaient identifiés selon plusieurs variables individuelles : profession, présence, fréquence et ancienneté dans les réunions, rattachement institutionnel.

Les MDPH étaient classées selon qu'elles employaient ou non directement un ou des psychologues.

Les participants ont pu répondre en ligne (temps de passation de 30 mn environ), avec protocoles de réponses anonymés et conservés sur un site protégé d'hébergement des données.

2.2. Modalités d'analyse et principaux résultats

➤ 2.2.1. Focus groups : analyse inférentielle, typologique et quantitative et principaux résultats

Le principe d'analyse suivant, adapté à la méthode des FG avec ses différentes phases a été retenu :

- 1- Pour chaque FG : une première analyse au cas par cas avec utilisation d'un principe de codage ouvert (à partir des données, tout en tenant compte des objectifs de la recherche et du contexte général de l'étude). Appui ensuite sur des indicateurs du discours pour faire des inférences (exemple : adverbes, connecteurs, pronoms...) et essayer de saisir les représentations qui sont véhiculées par le discours.

Des codes ont été créés qui concernent :

- le travail d'équipe pluridisciplinaire
- la représentation du handicap
- le compte-rendu d'examen psychologique
- la place et le rôle du psychologue et du domaine psychologique
- la dynamique de la discussion

2- Après codage, mise en évidence des patterns de discussion (enchaînements de thèmes redondants, manières de répondre et de débattre). Ce travail permet de dégager une typologie de discussion de groupe,

3- La typologie de discussion est ensuite confrontée à des analyses quantitatives (les thèmes plus ou moins fréquents en fonction des types de discussion, des tours de paroles, etc.) jusqu'à obtention d'un modèle d'analyse rendant compte de l'ensemble des données.

Principaux résultats de l'analyse inférentielle, typologique et quantitative des Focus groups.

Les analyses ont permis de dégager 3 principales façons de se représenter le handicap, le travail de l'équipe pluridisciplinaire, les fonctions du psychologue et les informations psychologiques à travers le compte rendu.

1/ L'approche dite globale et transdisciplinaire

Le travail de ces équipes d'approche dite globale s'inscrit bien dans l'esprit la loi de 2005 et il y est défini par elles-mêmes comme un mode de travail transdisciplinaire, avec importance égale accordée aux diverses évaluations. Cependant, tous les éléments du dossier doivent être articulés entre eux, sans qu'un élément ne soit remis en cause ou effacé par l'un ou l'autre des professionnels : la recherche du consensus y est forte.

L'approche systémique du handicap domine (approche globale où chaque élément du dossier a toute sa place) et le sentiment de remplir une mission sociale est très présent. Les professionnels n'y ont pas qu'une vision individuelle de la situation, mais ils l'enrichissent au contraire en considérant les autres regards.

Le psychologue apparaît comme un expert ayant une approche globale de l'enfant. Dans ces équipes, les médecins expriment l'importance de l'approche psychologique. Le psychologue est le professionnel à qui l'on attribue une connaissance générale et approfondie de l'enfant.

On y attend du compte rendu d'évaluation psychologique toutes les informations possibles et/ou utiles, aussi bien sur le plan cognitif que sur celui de l'affectif. Et statistiquement, les psychologues y prennent autant la parole, si ce n'est plus, que les médecins ou les autres membres.

Commentaire : cette approche qui paraît bien en phase avec la conception développée dans la loi de 2005 est valorisante pour les psychologues : ils sont reconnus comme des professionnels de qualité, de qui les membres de l'équipe pluridisciplinaire attendent des éléments précieux d'informations sur l'enfant, son développement, ses difficultés et ses compétences, son profil psychologique général et spécifique autour des dispositions ou empêchements d'accès aux apprentissages. Les données psychométriques y sont bien accueillies, mais elles doivent cependant être complétées par des analyses cliniques et un avis circonstancié du psychologue.

Si ce modèle de fonctionnement invite le psychologue à communiquer des informations pertinentes et argumentées, le niveau d'exigence à son égard n'est peut-être pas toujours possible à satisfaire : il ne va pas de soi pour tous les psychologues et dépend à la fois de la qualité d'écriture des comptes rendus, de la richesse de leur contenu et de la manière dont le psychologue présent en équipe en fera le retour et la synthèse. On peut imaginer que cette attente exigeante d'éléments psychologiques élaborés puisse être délaissée en cas de déception ou de non satisfaction répétées. La qualité clinique et rédactionnelle généralisée des examens psychologiques et de leurs comptes rendus devra alors être recherchée.

2/ L'approche dite biomédicale

Dans ce fonctionnement d'équipe, on y souligne l'importance du partage des informations et chacun des professionnels y a un rôle reconnu. Mais il s'agit pour chacun, et en particulier pour le psychologue, de s'en tenir à son propre domaine de compétences. Si l'objectif est d'amener au croisement des regards des différents professionnels, y sont recherchées prioritairement la cohérence et la convergence des informations concernant l'enfant, l'essentiel étant de déterminer ou non la situation de handicap (avec expression du taux de déficience venant éventuellement remplir une fonction régulatrice en séparant ce qui est de l'ordre du soin de ce qui est de l'ordre du handicap).

Le handicap y est expliqué par la déficience d'un ou de plusieurs domaines, et l'on s'attache à vérifier l'assise et la crédibilité des informations psychologiques.

Dans les représentations et attentes de cette équipe, le QI est une information importante, et une interprétation de la part du psychologue est bienvenue.

On y apprécie particulièrement le CR synthétique avec des évaluations chiffrées.

L'approche psychopathologique est par contre réservée au psychiatre et on n'en reconnaît pas la compétence ou la légitimité au psychologue.

Commentaire : le diagnostic catégoriel et structurel des déficiences et des retards, posé par le médecin, est recherché avec insistance par ces équipes qui accordent une place limitée au psychologue. On attend surtout que celui-ci fournisse des évaluations chiffrées sur les différentes fonctions psychologiques, essentiellement dans le domaine intellectuel et le registre des apprentissages.

Avant tout « technicien du cognitif », son avis sur les dimensions plus subjectives de la personnalité n'y est pas beaucoup attendu ni reconnu.

3/ L'approche dite « des situations limites »

Dans ce fonctionnement d'équipe pluridisciplinaire, le partage des informations avec tous les partenaires et la famille est important, ce qui aboutit parfois à des compromis difficiles. Les demandes insistantes et les préconisations trop précises de compensation de la part des partenaires et de la famille sont ressenties comme des écarts aux missions confiées. L'attachement à considérer les déficiences objectives pour accéder à la reconnaissance du handicap s'accompagne d'une réflexion critique, notamment pour toutes les situations appelées « limites » où le critère médical reste alors dominant.

Le psychologue y est reconnu pour ses expertises dans le domaine cognitif, et pour les informations qu'il peut apporter dans les dimensions socio-affectives, comportementales et plus personnelles de l'enfant, mais celles-ci restent secondaires et n'ont pas vraiment de validité scientifique.

L'intérêt et la nécessité d'un compte rendu d'évaluation psychologique y sont discutés et leur caractère imposé ou systématique est écarté. Par contre, l'apport du CR d'évaluation psychologique pour les dossiers « limites » est bien accueilli et permet souvent de mieux comprendre la situation et de mieux définir les compensations.

Commentaire : il s'agirait là effectivement d'une situation intermédiaire de fonctionnement : le modèle médical traditionnel de représentation du handicap cède le pas à une approche plus descriptive et fonctionnelle des empêchements qui limitent les activités habituelles chez l'enfant, notamment dans les situations particulièrement complexes. Il semble que les équipes qui relèvent de cette typologie soient animées par une dynamique de changement et que les psychologues aident à une transformation des regards. Néanmoins, par leur présence dans les réunions ou par les écrits qu'ils transmettent, ceux-ci peinent encore à trouver toute leur place et leur pleine reconnaissance.

Au-delà des typologies de représentations et de fonctionnement d'équipes, les FG ont permis de mettre en évidence des variables importantes qui interviennent dans les représentations portant sur les psychologues, leur travail et leurs productions. Ainsi :

- la constitution des équipes pluridisciplinaires, le poids symbolique de chacune des professions rassemblées, la présence ou non du psychologue dans les réunions, la compétence qui lui est concédée sont des variables particulièrement influentes
- les psychologues émettent plus fréquemment des réserves sur le CR de leur collègue, sur la focalisation du QI, sur les informations « indiscretes » ou maladroites à propos de la famille et de l'enfant (présentes dans certains CR), quand ils sont plusieurs à en discuter dans ces réunions
- les représentations du handicap et de ses propres missions d'évaluation par l'équipe modifient les attentes à l'égard du psychologue, des apports de la psychologie et donc du compte rendu.

➤ 2.2.2. Questionnaires : analyse statistique et principaux résultats

Un traitement statistique (logiciel SPSS d'analyse et de création de statistiques) visant d'abord à décrire les données, à dégager des profils de répondants et ensuite à proposer dans la mesure du possible des variables explicatives a été engagé.

Le questionnaire a été diffusé par les coordinateurs d'équipes et 205 ont été renseignés et validés. On se reportera à l'annexe pour accéder à toutes les données statistiques détaillées sur le matériel et les répondants (profession et fréquence de participation aux équipes pluridisciplinaires par exemple).

Toutes les professions sont représentées (médecins, correspondants scolarité de la MDPH, directeurs d'établissements spécialisés, enseignants référents, coordonnateurs d'équipes, travailleurs sociaux, ... et psychologues pour 27 % de l'effectif).

Principaux résultats de l'analyse statistique des questionnaires

1/ Un même objectif, des divergences sensibles selon les professions

Si les professionnels qui participent aux réunions d'EPE partagent tous un même objectif - fournir une réponse argumentée aux demandes des familles - les frontières disciplinaires restent marquées et sont revendiquées. Le point de départ pour apprécier les difficultés et incapacités de l'enfant ou de l'adolescent reste pour certains le diagnostic médical - vraiment nécessaire pour 1/4 d'entre eux, avec des avis partagés voire divergents pour les autres.

Commentaire : ces résultats traduisent assez bien les observations empiriques faites à propos des conceptions parfois contradictoires sur la méthodologie de travail qui animent les réunions d'équipe. La culture du diagnostic médical reste fortement ancrée dans les représentations du handicap chez de nombreux professionnels, principalement les médecins bien entendu.

2/ L'entrée dans le champ du handicap

Pour la reconnaissance de situation de handicap, une déficience substantielle, accompagnée de retentissements suffisamment importants, est nécessaire pour la grande majorité des professionnels. Mais plus d'1/4 des répondants évo-

quent un écart entre leurs représentations personnelles et celle de l'équipe. La variable appartenance professionnelle est influente et oriente fortement les représentations et les réponses : ainsi les médecins disent tous prendre prioritairement appui sur le guide-barème⁵, alors que les psychologues et les autres professionnels optent majoritairement pour le GEVA avec une approche globale.

La référence à la CIF-EA⁶ n'est jamais évoquée.

Commentaire : une ligne de clivage apparaît manifestement chez les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La culture médicale et la culture psychologique semblent s'opposer quand leur complémentarité devrait être recherchée. En préambule de ce guide d'éligibilité, la note de la CNSA : *Pour autant, l'évaluation de la situation et des besoins des personnes ne se limite pas à la vérification de ces critères (d'éligibilité – ndlr), qui ne suffisent en aucune façon à construire les réponses à inscrire dans le plan personnalisé de compensation* – met justement en garde contre ce possible réductionnisme critériel. La voie médiatrice, interdisciplinaire et collaboratrice, qui intégrerait les différents indices catégoriels et fonctionnels, est encore minoritaire et reste en partie à construire.

3/ Perception et représentation des psychologues et de leurs fonctions

Les membres des équipes pluridisciplinaires pensent que les psychologues relèvent aussi bien des champs de la santé, du médico-social, de l'éducation et du handicap et qu'ils ne limitent pas leurs interventions à un seul domaine d'exercice. La dispersion des réponses et l'étalement autour d'une large moyenne témoignent cependant des incertitudes sur son exercice et des hésitations concernant son identité professionnelle.

Les deux grandes fonctions qui définissent le psychologue aux yeux des personnes composant l'équipe sont la spécificité de ses instruments techniques et théoriques, ainsi que son rôle, avec d'autres professionnels, d'intervenant en équipe sur des problématiques individuelles et sociales.

Commentaire : la place et le domaine d'exercice professionnel que les membres attribuent au psychologue sont bien flous ... ces représentations reflètent cependant la réalité puisque le psychologue exerce effectivement dans tous ces espaces du soin, de la santé, de l'éducation et du social, en fait dans tous les lieux de vie et d'accueil des enfants. Mais cette représentation élargie traduit aussi une certaine fragilité de son identité professionnelle : en étant

⁵ Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées - dossier technique CNSA – dernière version mai 2013

⁶ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé – version pour enfants et adolescents, Organisation Mondiale de la Santé, 2012.

partout, le psychologue ne risque-t-il pas d'être en définitive nulle part ?

Les grandes fonctions qui lui sont attribuées sont pourtant assez proches de la réalité de son travail et de ses missions dans le champ du handicap, ainsi que de sa place au sein d'une EPE. Aux yeux de ses collègues, il est privé d'une fonction thérapeutique, ce qui est là aussi assez logique avec les représentations d'ensemble et la réalité (majorité de psychologues de l'Education nationale, opposition entre évaluation et soin, ...).

Si le psychologue travaille dans le champ de la santé, il n'est pas un professionnel de la santé - au sens du Code de la santé publique - ce qui peut ajouter à la perception confuse de son positionnement.

4/ Les qualités des psychologues

Au sein des équipes pluridisciplinaires, on s'accorde à considérer comme prioritaires chez le psychologue le fait de :

- s'intéresser au point de vue d'autres professionnels et savoir travailler de façon interdisciplinaire
- savoir analyser une situation collective et être ouvert aux savoirs d'autres disciplines
- être présent pour autrui
- maîtriser les tests et les outils psychotechniques, et connaître les classifications des troubles psychologiques.

Par contre, conduire un changement social, avoir un regard critique sur la société et avoir de l'intuition ne sont pas des qualités attendues.

Commentaire : ces représentations, fortement influencées par le contexte de participation du psychologue dans les équipes, sont assez consensuelles et pourraient concerner les autres professionnels présents dans les équipes. En dehors de ce qui concerne ses outils et ses connaissances nosologiques, elles concernent des dimensions relationnelles, sociales et citoyennes assez larges et ne sont pas spécifiques à la profession de psychologue.

5/ Les compétences évaluatives des psychologues

Leur sont reconnues des compétences relatives dans les troubles du comportement et les difficultés relationnelles chez les enfants, mais leur avis n'est pas suffisant dans le cadre des troubles psychiques graves. On considère que le psychologue est plus un professionnel de terrain qu'un scientifique, et que l'évaluation cognitive est vraiment au centre de son expertise.

Commentaire : l'insistance sur les habiletés du psychologue à l'évaluation cognitive et en partie comportementale de l'enfant ou de l'adolescent pourrait être considérée comme très favorable et positive, mais elle s'accompagne d'un doute sérieux sur ses capacités à les conduire quand il s'agit de troubles psy-

chiques. Le champ de ses interventions favorables se limiterait ainsi aux troubles d'apprentissage, les troubles psychopathologiques n'étant pas vraiment de son ressort : un regard qui devrait interroger les universitaires et les responsables des sociétés de psychologie.

6/ Le compte rendu d'évaluation psychologique pour des troubles limités

Dans les équipes pluridisciplinaires, le compte rendu d'évaluation psychologique est surtout attendu pour les situations de troubles d'apprentissage, mais on ne reconnaît pas de compétences au psychologue seul dans les cas de troubles du comportement, troubles envahissants du développement, troubles anxieux, épilepsie, troubles sensoriels ... Pour tous ces troubles, le binôme psychologue-pédopsychiatre est plébiscité, mais mis à part pour les troubles d'apprentissage, le pédopsychiatre apparaît seul comme compétent et légitime pour donner des informations cliniques et diagnostiques.

Commentaire : la limitation des compétences accordées au psychologue, essentiellement réduites aux évaluations des troubles d'apprentissages, est manifeste et sans appel : il apparaît seulement comme un professionnel utile pour compléter les informations sur les difficultés rencontrées par les enfants. Il ne contribue pas, contrairement au pédopsychiatre, à un apport fondamental pour comprendre la situation de l'enfant. Ce regard interroge bien entendu sur les origines d'une représentation défavorable de la profession maintenue à un rôle subalterne dans l'approche clinique de la situation de handicap.

7/ Le compte rendu d'évaluation psychologique et les propositions de compensation

Pour les membres de l'équipe pluridisciplinaire, les propositions d'accueil en CLIS, en ITEP et les troubles cognitifs nécessitent d'avoir un volet psychologique renseigné. Cette attente reste forte, mais est plus contrastée et discutée par tous quand il s'agit de répondre aux demandes de compensation (essentiellement pour AVS), aux interrogations sur l'origine des difficultés ou sur l'état psychologique général de l'enfant.

Commentaire : l'apport du psychologue devrait se confiner, pour les équipes, aux troubles relevant de la sphère cognitive et comportementale au sens large. Quand le handicap est d'origine sensorielle ou motrice, on n'estime pas utile d'avoir une information psychologique sur le développement de l'enfant. Cette restriction mérite d'être interrogée, car elle écarte une partie des enfants en situation de handicap du bénéfice possible apporté par la rencontre avec un psychologue.

8/ Les informations utiles et inutiles du compte rendu d'évaluation psychologique

Les plupart des informations possibles apportées dans le compte rendu paraissent utiles aux membres de l'équipe. Tout ce qui concerne le développement de l'enfant, sa vie familiale, son histoire personnelle, son comportement et ses dispositions émotionnelles pendant les séances, les évaluations intellectuelles et cognitives, les données psychométriques (qui suscitent de l'ambivalence, notamment pour le QI) est reçu avec intérêt. Il ne semble pas y avoir vraiment de limitation à la nature et au volume des informations transmises.

Commentaire : tout ce qui permet une meilleure connaissance de l'enfant et de son parcours de vie est bien accueilli. On ne s'étonnera pas du besoin d'informations utiles aux analyses de la situation relevant ou non du handicap, et souvent indispensables pour construire les réponses et les éventuelles propositions de compensation qui en seront issues.

9/ Le positionnement du psychologue vis-à-vis de la demande de compensation

Les psychologues sont très majoritairement favorables à ce que, dans le compte rendu, soient mentionnés la position et l'avis du psychologue rédacteur à l'égard de la demande de reconnaissance du handicap et éventuellement de la compensation attendue. Inversement, une majorité de membres (non-psychologues) comme les coordinateurs d'équipe par exemple, réfutent ce principe et pensent que le psychologue ne doit mentionner ni son avis ni sa position. Cette question divise néanmoins fortement toutes les professions représentées.

Commentaire : que le psychologue, après son évaluation, puisse mentionner une préconisation ou une recommandation concernant la reconnaissance de handicap et une compensation souhaitable paraît logique et devrait correspondre à l'aboutissement naturel de son intervention, surtout si son écrit est argumenté. Par son activité même d'écoute, d'analyse et d'évaluation, il détient de très nombreuses informations et a souvent une approche globale et synthétique de la situation de l'enfant : son regard peut aider les membres de l'équipe qui travaillent sur dossier à mieux prendre en compte certaines dimensions. L'avis du psychologue devrait rester un conseil ou une suggestion invitant à prendre telle ou telle disposition dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille : en aucun cas, il ne s'agirait pour lui de se substituer aux missions de l'équipe pluridisciplinaire qui seule peut intégrer l'ensemble des regards et des données multiples d'évaluation au sein d'un volet de synthèse.

10/ Le modèle-type du volet psychologique proposé dans le GEVA

Il n'est pas positivement apprécié des psychologues, contrairement aux autres professionnels qui expriment une opinion moyennement favorable à son égard.

Commentaire : l'opinion négative des psychologues sur ce support censé les

aider à la communication des informations psychologiques est bien connue et on la retrouve exprimée dans d'autres recueils de données (Focus groups, entretiens). Néanmoins, des psychologues utilisent des formats issus des anciens feuillets des commissions CCPE et CDES d'avant 2005, ou des modèle-types aux apparences moins réductrices produits par certaines MDPH.

2.3. Les enseignements et les questions qui se posent (synthèse des analyses des FG et des questionnaires)

➤ 2.3.1. *Le psychologue : une représentation ambivalente, entre technicien confiné à la psychométrie et humaniste aux méthodes non scientifiques*

Dans les focus groups comme dans les réponses aux questionnaires s'exprime une représentation ambivalente et contrastée du psychologue. Ambivalente car c'est un professionnel certes reconnu et apprécié, mais dont l'identité n'est pas bien définie et dont on doute des compétences en dehors de ses évaluations basées sur les techniques d'investigation psychologique et sur la psychométrie.

Contrastée parce que chacun des professionnels semble animé tour à tour par des mouvements de confiance et d'attente positive, puis à l'opposé par de la méfiance et du doute.

Seules les équipes pluridisciplinaires fonctionnant sur le mode approche globale et transdisciplinaire attendent du psychologue qu'il contribue à partager une connaissance générale et approfondie de l'enfant, connaissance dont il aurait la responsabilité et les compétences pour la construire.

L'attente limitée des autres équipes serait-elle l'expression d'un renoncement à partager plus et mieux avec le psychologue ? Signe-t-elle un enjeu de pouvoir et d'ascendance au sein des équipes ? Un positionnement prudent à son égard suite à des expériences et des retours décevants ? Ou encore une représentation implicite de la psychologie comme science humaine approximative, servie par des professionnels trop enclins à l'interprétation libre et aux conclusions non justifiées ?

En limitant l'apport du psychologue et de la psychologie à la spécificité de quelques instruments techniques et théoriques, et aux résultats que ceux-ci permettent d'obtenir, les membres de l'EPE résolvent à leur manière les nombreuses tensions et contradictions qui les animent. Avec une particularité supplémentaire en ce qui concerne la majorité des médecins : leurs doutes concernant la démarche psychologique et ses méthodes d'évaluation les encouragent à ne retenir que les résultats psychométriques et invitent en quelque sorte les psychologues à la stricte transmission d'informations évaluatives chiffrées.

➤ **2.3.2. Représentation du handicap dans les équipes pluridisciplinaires : le diagnostic catégoriel médical encore dominant**

L'approche systémique du handicap où chacun des volets du dossier est étudié, croisé et confronté avec l'ensemble des informations, est une démarche adoptée apparemment par une minorité des équipes. De même pour la synthèse de la situation, élaborée avec l'ensemble des évaluations et enrichie par les différents regards professionnels et celui de la famille, sans restriction d'informations concernant les différents volets : elle est peu engagée dans les équipes.

Il existerait ainsi une tension entre 2 modèles conceptuels du handicap :

- celui qui vise à déterminer prioritairement le taux de handicap à partir du taux de déficience, avec référence forte aux guides barèmes successifs. Les données psychométriques y détiennent ici une place importante aux dépens des autres dimensions, y compris psychologiques. Et le diagnostic médical semble rester l'élément central pris en compte pour répondre aux éventuels besoins de compensation.
- celui qui consiste à évaluer la situation et les besoins de l'enfant et ne se limite pas à la vérification des critères d'éligibilité à remplir pour les éventuelles prestations. L'ensemble des dimensions impliquées dans les limitations ou restrictions d'activité de l'enfant est envisagé, et l'intérêt pour les informations psychologiques contenues dans le compte rendu va bien au-delà des simples données psychométriques. Le psychologue est alors invité à communiquer des éléments se rapprochant d'une approche dynamique, dimensionnelle et fonctionnelle, éloigné du modèle médical classique à visée catégorielle.

La référence au GEVA, support réglementaire du recueil des éléments d'évaluation de la situation de handicap, est très largement partagée, mais la réalité du fonctionnement des équipes pluridisciplinaires montre que les principes de complémentarité et d'éclairages conjoints qui le fondent ne sont pas toujours appliqués ou suivis.

Comme mentionné précédemment dans l'analyse détaillée, le diagnostic catégoriel (posé par le médecin) des déficiences et des retards est généralement recherché et cette démarche accorde une place très limitée aux éléments psychologiques non chiffrés. Le « technicien du cognitif », en communiquant surtout des éléments statiques figés mais d'apparence scientifique que sont les QI, les indices, les écart-types et toute autre mesure psychologique, contribuerait à maintenir la persistance d'un modèle diagnostique catégoriel.

Les situations individuelles complexes désignées dans la présente étude comme « dossiers limites » ouvrent par nécessité un espace différent de prise en compte des dimensions socio-affectives, comportementales et plus personnelles de l'enfant, du moins pour les équipes ouvertes aux évolutions.

➤ 2.3.3. *Le travail et les missions de l'équipe pluridisciplinaire par elle-même*

Nous ne disposons pas de données très abouties ou nouvelles concernant le regard des équipes pluridisciplinaires sur leurs propres activités et missions. L'objectif annoncé par les membres, à savoir fournir une réponse argumentée aux demandes des familles et remplir une mission sociale, exprimé d'abord sur un mode déclaratif et consensuel, ne prête pas collectivement à discussion.

Pourtant abordée directement dans les FG, la question du travail en équipe n'est pas vraiment analysée et développée : on observe que les conceptions parfois divergentes ou contradictoires des différents professionnels entre eux, voire au sein d'une même discipline, ne vont pas au-delà de la formulation de convenance : un consensus de surface s'instaure au prix sans doute de compromis, d'inhibitions ou de silences des uns et des autres.

Il ne semble pas y avoir d'espace d'analyse et de réflexion critique sur les modalités de travail et d'échanges internes à l'équipe, sur les interactions qui conduisent à l'énoncé de préconisations ou de propositions de notifications, sur les influences et les avis prépondérants, sur la production des droits ... Les acteurs locaux d'une EPE forment un groupe au fonctionnement assez isolé, sans régulation réelle, sensible aux leaderships visibles ou invisibles et à leurs effets inducteurs. C'est donc une équipe trop « confinée » où s'élaborent de fait les principales décisions concernant l'enfant.

➤ 2.3.4. *Le compte rendu d'évaluation psychologique vu par les équipes pluridisciplinaires*

Le compte rendu d'évaluation psychologique est l'écrit par lequel sont communiquées les informations psychologiques. Il est lu la plupart du temps par le psychologue présent au moment de la réunion de l'équipe (ou en son absence par le médecin présent), parfois à haute voix, partiellement ou dans sa totalité, sinon simplement résumé. C'est une des pièces importantes du dossier de l'enfant constitué le plus souvent du GEVAsco pour les informations scolaires et les contraintes d'apprentissage, du ou des comptes rendus médicaux et paramédicaux éventuels, des informations socio-familiales, et des renseignements d'ordre administratif, tous nécessaires à l'étude la plus approfondie possible.

Les attentes des EPE à l'égard de l'information psychologique sont très hétérogènes, selon l'approche culturelle et pragmatique dominante de travail qui les caractérise : nous avons vu précédemment qu'elles allaient :

- d'un profil psychologique global avec toutes les informations possibles et/ou utiles dans l'ensemble des domaines cognitif et psycho-affectif avec des données psychométriques complétées par des analyses cliniques et un avis circonstancié
- à des évaluations chiffrées sur le niveau de développement mental et intellectuel de l'enfant, accompagnées si possible de commentaires explicatifs.

Dans les équipes où l'avis médical et le diagnostic catégoriel sont prépondérants, le compte rendu d'évaluation psychologique est un élément certes complémentaire mais secondaire, voire parfois subalterne d'appréciation de la situation, surtout en cas de troubles comportementaux ou psychiques. A l'opposé, dans d'autres, il contribue à la compréhension fine de la situation de l'enfant malgré l'ambivalence manifestée à l'égard de l'information psychologique affaiblie généralement par des incertitudes méthodologiques ou scientifiques.

Deux autres points critiques se dégagent des analyses précédentes :

- l'absence éventuelle d'avis argumenté et d'explication suffisante des éléments chiffrés d'évaluation qui diminuent l'intérêt de leur transmission.
- la position et l'avis du psychologue rédacteur à l'égard de la demande de reconnaissance du handicap et éventuellement de la compensation attendue.

Néanmoins, au-delà des différents modèles d'approche et de travail spécifiques à chaque équipe dans les MDPH, on perçoit bien qu'il reste au psychologue à mieux cerner la nature et la qualité des données utiles à l'examen de la situation. Et de même à considérer que tout ce qui peut permettre aux membres de mieux connaître le développement propre de l'enfant, le contexte éducatif et le parcours de vie, est et sera évidemment bien accueilli.

Le croisement avec les données issues des entretiens conduits avec les psychologues devrait permettre de comprendre quels sont les freins à une meilleure adéquation entre les rédacteurs des CR et les lecteurs des EPE.

➤ 2.3.5. Pour aller plus loin : vers des recommandations

Les études des FG et des questionnaires ainsi que leur première synthèse nous permettent de relever quelques grands points prioritaires et d'esquisser les premières tendances vers des recommandations

Une nécessaire clarification des missions, des actes et de la fonction d'évaluation par les psychologues eux-mêmes

Auprès de leurs partenaires des MDPH, les savoirs et les référentiels des psychologues apparaissent comme non déterminés et non stabilisés, leurs pratiques et leurs techniques semblent incertaines et vagues, leurs actes ne sont pas suffisamment définis ni codifiés, l'hétérogénéité des interventions psychologiques paraît être encore la règle générale ... la profession de psychologue donne aux autres professionnels une image brouillonne, floue et non coordonnée, d'où les représentations contrastées de ce métier, entre « technicien du cognitif » et humaniste aux méthodes empiriques.

- La profession devrait rapidement envisager une clarification de la nature et de l'exercice des actes professionnels les plus caractéristiques de son domaine, au risque sinon de laisser se développer des représen-

tations sociales approximatives du métier, et de favoriser les possibilités d'instrumentalisation ou de réductionnisme des modèles, des outils et des données psychologiques qui en sont issues.

Un accompagnement des nouvelles représentations du handicap par l'approche dynamique et dimensionnelle

La tension entre les 2 modèles conceptuels du handicap dégagés par les analyses reste forte. La démarche d'évaluation qui part du taux de déficience, avec référence essentielle aux guides barèmes (modèle médical) ne peut rendre compte à elle seule des besoins de compensation. Les données psychométriques mentionnées isolément s'inscrivent dans ce modèle et sont bien insuffisantes pour expliquer les difficultés auxquelles l'enfant est en prise, leur caractère durable ou évolutif et les aides éventuelles à lui apporter.

- Inviter les psychologues à ne pas limiter leurs évaluations et leurs comptes rendus à des transmissions de données psychométriques. Aussi valides soient-elles et même accompagnées d'explications, elles alimentent le diagnostic catégoriel de type médical aux dépens des informations psychologiques plus larges et autrement descriptives et explicatives pour comprendre les difficultés auxquelles est confronté l'enfant en situation de handicap.

Un écart entre les objectifs partagés au sein des équipes et la réalité de leur fonctionnement

Le sentiment de participer à une mission de caractère social et de répondre aux besoins des enfants, des adolescents et de leur famille est manifeste pour tous les membres, quelles que soient leurs professions ou leur appartenance disciplinaire. Mais quand on confronte les regards, les analyses et les propositions formulées par chacun des membres, on découvre que le fonctionnement de nombreuses équipes ne semble pas aussi efficace et équilibré qu'il pourrait montrer en apparence. Ce que nous pouvons appelé un consensus de surface paraît masquer l'absence d'analyse dans le processus de prise de décisions et le manque de réflexion interne sur les conduites des échanges, sur les effets d'interaction, d'influence ou de leadership, et sur la méthode interne à l'équipe pour définir et ouvrir le droit des personnes.

L'équipe pluridisciplinaire travaille en partie à huis clos, avec souvent un petit nombre de personnes, et nous pouvons nous interroger sur les éventuelles ressources de la CDAPH et de la MDPH pour aider à leur régulation, à leur fonctionnement et au développement de leur compétences.

- Une réflexion sur le processus d'analyse des dossiers et de production des propositions ou des dispositions pour les enfants en situation de handicap pourrait utilement se mettre en place dans les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Elle viserait à permettre une meilleure régulation et équité dans le traitement des dossiers, à améliorer les conditions dans lesquelles sont étudiées les situations, à éviter autant que possible les positions d'autorité, et à faciliter l'évolution vers une évaluation dimensionnelle et fonctionnelle plus propice à déterminer, si besoin, les mesures de compensation.

Compte rendu d'évaluation psychologique : des visions et des attentes décalées et contrastées

Nous avons pu mettre en évidence les attentes très hétérogènes des équipes pluridisciplinaires à l'égard de l'information psychologique. Elles sont liées aux représentations et conceptions du handicap et des fonctions du psychologue, aux modalités de fonctionnement interne propres à chacune des EP, aux influences prépondérantes de tel ou tel membre dont le statut professionnel permet parfois un positionnement d'autorité (modèle biomédical par exemple): ce qui est attendu des comptes rendus psychologiques est dépendant de ces dimensions, mais aussi dépendant d'autres facteurs explicatifs dont certains peuvent être avancés ici.

- L'absence d'homogénéisation minimale des pratiques d'évaluation psychologique et des écrits qui en rendent compte crée un contexte singulier de production empirique chez les psychologues. On peut alors considérer que les attentes des membres des EPE à l'égard des CR d'évaluation psychologique se sont aussi construites sur les expériences précédentes et les habitudes données par les psychologues eux-mêmes : pendant de très nombreuses années, ceux-ci ont envoyé, sans régulation ou réflexion suffisante de leur profession et de leur discipline, des données surtout psychométriques. Ils les pensaient sans doute suffisantes ou pertinentes pour leurs destinataires, basées sur le modèle du diagnostic médical de la déficience mentale qui impose des quotients intellectuels. En l'absence d'informations plus descriptives et convaincantes sur le plan personnel, motivationnel, adaptatif et comportemental, les mesures psychologiques chiffrées, en apparence faciles à comprendre par des non-initiés, ont pris ainsi une place dominante et envahissante dans les dossiers, rendant secondaires ou inutiles les autres informations psychologiques qui sont plus difficiles et délicates à communiquer.
- Les conditions de présentation des éléments psychologiques à l'équipe (accès direct à l'écrit, lecture orale complète du compte rendu, présentation partielle ou résumée, centration sur la conclusion, identité professionnelle du lecteur – par exemple s'il s'agit ou non d'un psychologue, insistance sur certaines données) et le temps consacré à cette présentation sont également des facteurs qui jouent sur les attentes positives ou non des CR.
- Enfin, ajoutons que le contenu et la qualité de l'écrit mettent en jeu le professionnalisme de celui qui l'a produit. Traduction de la connaissance et de la compréhension du développement et du fonctionnement psychologique de l'enfant (précision psychologique, technique et clinique ; acuité de l'analyse ; conclusions), l'écrit dévoile les compétences et la qualité clinique du rédacteur. Trop d'écrits psychologiques n'ont pas tenu compte de ces qualités indirectes, invitant alors les lecteurs à baisser leur niveau d'attente et leur exigence, alimentant un repli vers les informations considérées comme plus fiables, c'est-à-dire les techniques d'investigation intellectuelle et leurs expressions numériques.

- Pour une meilleure adéquation entre les écrits des psychologues et les attentes des membres des EPE, quelques perspectives peuvent être avancées :
 - développer des formations continues communes des professionnels membres des MDPH et des psychologues sur la mesure en psychologie, les caractéristiques de l'examen psychologique et les apports des autres composantes du dossier
 - encourager les psychologues à clarifier et homogénéiser leurs pratiques d'évaluation et d'examen psychologiques des enfants en situation de handicap et à développer leurs compétences dans les écrits en direction des MDPH

3. Synthèse et analyse du module entretiens avec les psychologues

Préambule

Les observations et conclusions présentées ici sont l'aboutissement d'une analyse de propos recueillis auprès de psychologues conduisant des évaluations auprès d'enfants et communiquant leurs conclusions aux équipes des MDPH.

Ce travail d'analyse a été rédigé par Marion Mouret et remis au Comité de pilotage de la recherche et à la direction scientifique de la CNSA (janvier 2015 pour l'analyse lexicométrique des entretiens – mars 2015 pour l'analyse de contenu) et est accessible en annexe (Marion M., 2015. Rapport d'analyse lexicométrique des entretiens avec les psychologues ; Marion M., 2015. Rapport d'analyse de contenu des entretiens avec les psychologues).

Le traitement de ces propos et le déploiement d'éventuelles mesures qui y sont liées ont tenu compte :

- 1) du fait qu'il s'agit de propos recueillis dans le cadre d'entretiens et donc susceptibles de contenir l'ensemble des biais relatifs à cette technique de recherche,
- 2) des éventuelles conclusions qui pourraient être portées de manière générale sur les psychologues et la psychologie ;
- 3) du fait que des constats équivalents pourraient être observés auprès d'autres professionnels du champ de l'enfance (orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, médecins, professionnels de l'éducation, etc),
- 4) de la période temporelle précise (2014) dans laquelle ces propos s'inscrivaient
- 5) de la démarche volontaire des professionnels entendus pour participer à la recherche

3.1. Rappel de la méthodologie

➤ 3.1.1. Présentation brève de la démarche

Parmi les quatre modules qui composent le processus de recherche-action proprement dit, deux portent spécifiquement sur les psychologues, leurs évaluations, la manière dont ils en communiquent les résultats, leurs analyses et constats vis-à-vis de leurs pratiques et de leurs partenaires dans la chaîne évaluative.

Dans cette étude sur l'évaluation psychologique des enfants en situation de handicap, il est apparu nécessaire de recueillir les propos des professionnels psychologues conduisant au quotidien ces évaluations :

- Quelles sont leurs représentations du handicap ?
- Quelles sont leurs connaissances de la loi 2005-102, du GEVA, du fonctionnement des MDPH ?
- En rapport avec leur appréhension du « système » d'évaluation des situations de handicap, comment communiquent-ils les résultats de leurs propres évaluations ? Quels éléments transmettent-ils ou au contraire, gardent-ils sous silence ?
- Quelles places prennent les données chiffrées dans leurs évaluations et avec quels éléments d'interprétation ?
- Présentent-ils des attentes spécifiques vis-à-vis du dispositif évaluatif en place ?

Autant de questions qui ont été posées à 39 psychologues de l'enfance réalisant des évaluations d'enfants en situation de handicap dans quatre secteurs d'activité différents (l'Education nationale, le médico-social, la santé, le libéral).

➤ 3.1.2. Les objectifs du module Entretiens avec les psychologues

- Dégager les représentations et connaissances des psychologues de l'enfance au sujet des répercussions des lois handicap sur la pratique de l'évaluation psychologique,
- Evaluer les connaissances des psychologues sur le GEVA et plus particulièrement sur le volet 5 psychologique,
- Mettre en évidence les analyses et représentations dont disposent les psychologues sur le fonctionnement des MDPH, leurs partenaires institutionnels et le devenir de leurs écrits dans le champ du handicap,
- Dégager les besoins et attentes des psychologues dans leurs pratiques d'évaluation telles qu'elles évoluent ces dernières années.

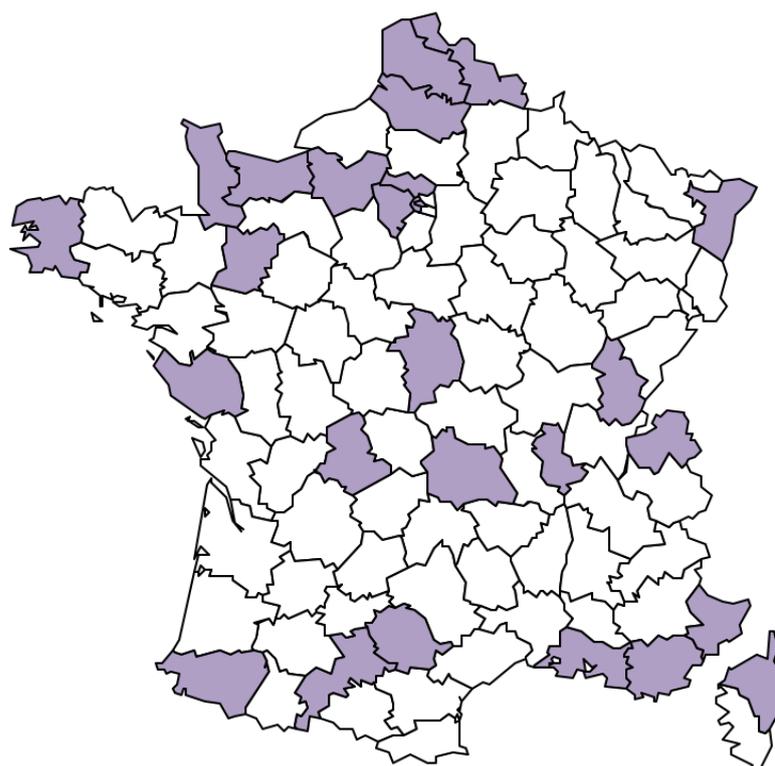
➤ 3.1.3. Le recueil des données

Les 39 entretiens ont été conduits de manière semi-directive. Ils ont été réalisés entre janvier et juillet 2014 à partir d'un guide décrit ci-après.

Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits selon les standards en vigueur. Le recueil des données a été réalisé par quatre psychologues ayant au préalable été formés à l'entretien de recherche avec le guide d'entretien (Mélanie Dupont, Louis-Adrien Eynard, Renaud Michel et Rafika Zebdi).

Les entretiens se sont déroulés dans l'environnement souhaité par les participants à condition que le lieu d'échange permette de bonnes conditions de dialogue et d'enregistrement (calme, silencieux).

➤ 3.1.4. Composition de l'échantillon, critères de sélection des participants et répartition géographique



Composition de l'échantillon
Education nationale
- 8 Primaire
- 8 Secondaire (COP)
Santé 8 (CRTL, Pédopsychiatrie, hôpital, ...)
Médico-social 8 (IME, SESSAD, CMPP, ...)
Libéral 7
Critères
- En poste depuis 5 ans minimum
- Conduisant des évaluations pour la MDPH
- Volontaires pour participer aux entretiens
27 départements
Légère surreprésentation du 92 et 78

➤ 3.1.5. Guide d'entretien : réalisation et structure

Le guide d'entretien a été réalisé par Valérie Haas (Université Lumières Lyon 2) et Sabine Caillaud (Université Paris-Descartes). Il a fait l'objet d'une pré-expérimentation qui a été suivie d'ajustements.

Le guide comportait cinq axes thématiques :

- L'activité de psychologue vue par des psychologues,
- La perception de l'évolution des pratiques depuis la loi de 2005,
- Le handicap de l'enfant : représentations des psychologues,
- La MDPH, le volet 5 du GEVA et le CR psychologique : connaissances et représentations,
- La construction du CR d'évaluation psychologique.

3.2. Modalités d'analyses et de traitement des données

Le traitement des données issues des entretiens a été réalisé en deux phases :

➤ 3.2.1. Analyse lexicométrique au moyen du logiciel Iramuteq

Cette phase de traitement est considérée comme semi-quantitative. Iramuteq permet en effet d'obtenir des résultats statistiques à partir du discours des participants, de dégager des patterns de réponse selon les thématiques abordées dans l'entretien puis de revenir dans le discours des participants pour interpréter les classes de mots mises en évidence par le logiciel.

➤ 3.2.2. Analyse qualitative du discours

La seconde phase de traitement, l'analyse de contenu, a permis de préciser les résultats obtenus avec l'analyse lexicométrique au moyen d'une analyse de protocole individuel.

Les résultats que nous présentons sont une synthèse de ces deux analyses.

3.3. Les enseignements et les questions qui se posent

➤ 3.3.1. Pour les psychologues de l'enfance, de quoi le handicap est-il le nom ?

Il semble avant tout essentiel de souligner l'ambivalence des psychologues de l'enfance au sujet du terme handicap et au fait de caractériser un enfant comme tel. Cette ambivalence paraît liée à :

- 1) l'évolution des représentations associées au handicap suite aux lois sociales des années 2000,
- 2) la méconnaissance encore forte des nouveaux paradigmes (CIF, PPH),
- 3) la violence des représentations classiquement associées au terme « handicap », a fortiori lorsqu'un enfant est concerné.

Si les psychologues entendus en entretien ont tous connaissance de la « mutation » du concept de handicap au tournant des années 2000, beaucoup d'entre eux sont tiraillés entre l'idée d'une notion qui serait devenue « dynamique » (« *situation de handicap* ») et la représentation « classique » du handicap, profondément tragique et statique, celle de l'enfant abîmé, fauché dans son développement, limité dans son avenir, stigmatisé et diminué, etc...

En tenant compte de l'évolution des classifications durant les 30 dernières an-

nées sur la scène internationale (Disability studies, CIH, CIF, PPH), force est de constater que la vision tragico-statique du handicap (modèle dit individuel ou médical) prédomine encore chez les psychologues entendus dans le cadre de la recherche. On constate, dans les discours, un conflit cognitif important entre cette vision « classique » du handicap – qui renvoie à l'idée d'une personne abimée – et les nouveaux paradigmes dynamiques (CIF, PPH) qui sous-tendent les politiques actuelles.

De ce fait, les psychologues s'efforcent de « traduire » cette nouvelle approche du handicap au sens de la loi 2005-102, en hésitant entre plusieurs termes relevant de registres différents : « *situation de handicap* », « *déficit* », « *différence* », « *conséquence d'un trouble* », « *pathologie* », « *trouble* », ou encore, « *variation de la normale* ».

Ainsi le handicap est-il parfois décrit comme « toute atteinte qui limite le développement, l'autonomie de la personne que ce soit physique ou psychique » (Psychologue libéral) ou encore « ce qui empêche l'enfant d'accéder à l'environnement (scolarité, activités sportives, relations familiales) comme les autres enfants de son âge » (Psychologue dans le domaine médico-social).

Cette évolution des représentations, nettement marquée par des ambivalences (qui pourraient certainement être observées auprès d'autres professionnels), s'accompagne, dans les discours, d'une absence totale de mention de la CIF et de l'histoire des paradigmes sociaux depuis leur émergence dans le monde anglo-saxon au tournant des années 60 jusqu'à l'avènement de la CIF qui a influencé la définition « moderne » du handicap telle qu'elle figure dans la loi de 2005.

En lien avec cette confusion, les psychologues relient aussi parfois la notion de handicap à une problématique d'ayant-droit administratif. Il s'agirait pour certaines familles de « *passer par la case handicap* » pour obtenir des aides désormais encadrées par la loi : « *l'entrée dans le champ du handicap est facile, on va vers la reconnaissance du handicap pour obtenir des aides ou des orientations même si l'enfant ne relève pas du handicap* » (Psychologue dans le domaine de la santé).

➤ 3.3.2. *Psychologues, handicap et troubles de l'enfance : le choc épistémologique*

Historiquement, la psychologie et les psychologues ont été fortement influencés par la pédopsychiatrie et les classifications médicales qui y sont utilisées (CIM, CFTMEA, DSM), renvoyant à des entités nosologiques cliniques (autisme, retard mental, troubles du développement, ...).

Aussi les psychologues s'interrogent-ils à propos de notions qui ne relèvent pas des mêmes approches ni des mêmes niveaux épistémologiques : « *est-ce que les troubles DYS, les TED, les troubles de la personnalité, les troubles cognitifs s'inscrivent dans le champ du handicap ?* » (Psychologues à l'Education nationale)

Ces confusions entre une approche diagnostique/médicale des troubles et une approche civique/sociale des limitations d'activités renvoient à un conflit théorique qu'il faut prendre en compte : la collusion entre des paradigmes et des « secteurs » différents qui sont déjà, par le passé, rentrés en tension en suscitant force controverses.

Quand on aborde la notion de handicap psychique dans l'entretien, les psychologues interrogés - dont la culture conceptuelle relève plutôt des approches cliniques que civiques - n'évoquent pas la question de l'autonomie, des limitations d'activités ou de restriction de participation à la vie en société, mais l'associent à une problématique génétique, chromosomique ou psychiatrique. Ils relient cette typologie de handicap au registre médical, à des pathologies mentales lourdes ou encore à des éléments organiques. Par ailleurs, certains psychologues interrogés n'utilisent pas le terme de handicap psychique considérant « *qu'il ne veut rien dire* », alors que pour d'autres participants, ce type de handicap existe et renvoie à une pathologie psychiatrique.

↗ 3.3.3. Les psychologues, leurs partenaires, les MDPH et le GEVA : quelle visibilité des pratiques respectives ?

Dix ans après la mise en place des MDPH, les psychologues de l'enfance ayant participé aux entretiens font globalement part des mêmes observations et interrogations :

- 1) le fonctionnement des équipes d'évaluation en MDPH comporte de nombreuses zones d'ombre,
- 2) le dialogue entre les psychologues « de terrain » et les MDPH est peu, voire pas présent,
- 3) les psychologues craignent de ne pas être représentés au sein de l'équipe d'évaluation des besoins de compensation,
- 4) le GEVA n'est pas ou peu connu.

Sollicités sur la question du fonctionnement de la MDPH, les psychologues sollicités font globalement part de leur incertitude et des zones d'ombre qui gênent leur visibilité sur le dispositif d'évaluation. Ils établissent en général des suppositions à ce sujet (utilisant les termes « *je pense, je crois, j'imagine* ») ce qui traduit une incompréhension partielle de leur part. Autrement dit, ils ne savent pas précisément « à quoi » ni « à qui » ils adressent leurs comptes rendus écrits qu'ils considèrent pourtant comme confidentiels, intimes, dont les informations à caractère sensible ne connaissent pas de destinataire/lecteur clairement établi.

➤ 3.3.4. Le CR d'examen psychologique : une bouteille à la mer ?

L'analyse des discours recueillis auprès des psychologues permet de saisir un double consensus au sujet de leurs pratiques :

- 1) l'importance de l'écrit dans la démarche d'évaluation et les risques/difficultés qui y sont liés,
- 2) l'incertitude partielle du devenir du CR et les conséquences y afférant en matière de construction de l'écrit.

Concernant l'importance de l'écrit, tous les psychologues entendus lors des entretiens s'accordent sur l'extrême délicatesse de la communication de données intimes, sensibles, souvent confidentielles. Tirillés entre la nécessité de communiquer, la complexité de l'acte rédactologique et le souci éthique de figer une situation ou de stigmatiser l'enfant, les psychologues font tous part d'un conflit intrinsèque à la communication même des informations : « *Les enfants sont tous dans une dynamique en constante évolution. Les données actuelles ne sont pas figées et ne figent en aucun cas l'enfant dans l'ici et le maintenant pour toujours* » (Psychologue de l'Education nationale). La majorité des participants insistent sur la nécessité de ne pas être réducteur dans les éléments transcrits, de veiller à ne pas figer la situation avec des termes négatifs, de mettre en avant l'aspect évolutif de l'enfant, sa dynamique de développement, de trouver un équilibre entre les points forts et les points faibles, de toujours valoriser les capacités de l'enfant.

Les psychologues sont globalement d'accord pour considérer que certains éléments doivent prioritairement apparaître dans leurs écrits :

- la conclusion (incluant les préconisations en termes d'aide, d'orientation, de soins, l'argumentaire qui étaye la demande, le projet de l'enfant et de la famille),
- les résultats de l'évaluation (les outils utilisés, l'interprétation détaillée des chiffres, les chiffres / le QI, les graphiques de résultats),
- l'anamnèse (la présentation détaillée de l'enfant, le contexte de la consultation, les éléments d'anamnèse qui permettent l'interprétation du bilan).

Plusieurs psychologues évoquent également d'autres éléments qu'il leur semble important de transmettre : les ressources de l'enfant, la nature de la demande d'évaluation, l'analyse clinique ou encore le comportement de l'enfant pendant l'évaluation.

Pourtant, malgré ces éléments, plusieurs facteurs paraissent gêner les psychologues dans la composition de leurs écrits : ils soulignent que « *ce n'est pas agréable de ne pas savoir ce que devient leur CR, de ne pas savoir entre quelles mains il va tomber et quel usage il va en être fait* » (Conseiller d'orientation psychologue). Cette absence de clarté concernant le(s) lecteur(s) potentiels du CR d'évaluation s'ajoute à la faible visibilité portant sur la composition et le fonctionnement de l'EP de la MDPH et amène les psychologues ayant participé aux entretiens à douter des éléments qu'ils peuvent/doivent communiquer et notamment les données chiffrées :

- Faut-il les indiquer ou non ?
- Sont-ils réducteurs alors que la MDPH semble les demander ?
- Les chiffres peuvent-ils se substituer aux éléments cliniques ?
- Un CR sans données chiffrées invalide-t-il la demande auprès de la MDPH ?

Face à ces interrogations, les psychologues envisagent plusieurs solutions :

- Ne pas donner de chiffres sans intervalle de confiance pour ne pas engendrer d'interprétation brutale, pour éviter la focalisation sur les scores bruts.
- Donner peu de chiffres et privilégier les explications narratives afin d'éviter la confusion entre chiffres et notes scolaires.

Ainsi, observe-t-on des ambivalences dans les discours dont l'anamnèse est un bon exemple : alors que les psychologues considèrent globalement que l'anamnèse fait partie des éléments les plus importants de leur évaluation, ils confient aussi leur crainte, leur réserve, voire leur inhibition à communiquer l'anamnèse par écrit. Faute de connaissance du parcours que connaîtra leur CR, du destinataire exact, du ou des lecteurs potentiels, les psychologues en viennent parfois à s'autocensurer sur la communication de certaines informations.

➤ 3.3.5 Pour aller plus loin : vers des recommandations

Vers une clarification des modèles et des concepts ?

Dans l'analyse des discours des psychologues, un des points saillants concerne la méconnaissance :

- de la CIF et du GEVA,
- des éléments historiques qui ont précédé leurs conceptions,
- de leur importance dans la définition du handicap au sens de la loi 2005-102 et dans l'évaluation des besoins de compensation.

Si la France dispose bien – en théorie – d'un système administratif et logistique susceptible d'harmoniser les approches des uns et des autres, cette amélioration n'ira pas sans une familiarité progressive des « logiciels théoriques » officiels communs à l'ensemble des acteurs.

Au regard de l'évolution des représentations, il apparaît possible, voire nécessaire, de passer d'une approche clinique traditionnelle à une approche civique interdisciplinaire, sans pour autant altérer les cultures théoriques ni les identités professionnelles des uns et des autres. La CIF constitue le seul trait d'union possible entre la situation actuelle, l'harmonisation interdépartementale nécessaire et, in fine, l'égalité des droits et des chances.

- Diffuser les connaissances nationales et internationales sur les nouveaux paradigmes biopsychosociaux (CIF, PPH), ainsi que leur importance dans la définition du handicap et dans l'utilisation du GEVA.

Les psychologues et la GEVA compatibilité

Les psychologues – particulièrement de l'EN – ont globalement connaissance de l'existence du GEVA-Sco, sans pour autant connaître le GEVA, ni son volet 5, ni la CIF... Alors qu'ils paraissent de plus en plus sollicités pour l'évaluation globale des besoins d'enfants en situation de handicap, les psychologues ne connaissent pas ou peu l'outil d'évaluation officiel GEVA.

Par ailleurs, leur appréciation du volet 5 tel qu'il est suggéré dans les documents de la CNSA est claire et consensuelle : au regard de ce que recouvre l'évaluation psychologique, ce dernier apparaît, en l'état, au mieux réducteur et simpliste, au pire susceptible de déclencher des mésusages relatifs à l'utilisation des données chiffrées ...

En tout état de cause, la politique de « GEVA compatibilité » n'a pas encore imprégné la psychologie de l'enfant... Mais sa diffusion apparaît peu contournable si l'on souhaite faire évoluer les pratiques mutuelles vers une authentique interdisciplinarité, avec un langage neutre et des représentations partagées.

- En parallèle à la diffusion de la CIF, informer les professionnels de l'évaluation (pas seulement psychologues) sur le fonctionnement de l'outil officiel - le GEVA - et des outils « GEVA compatibles ». Ceci peut permettre d'éclairer les zones d'ombres et les incertitudes relatives aux attentes de l'EP et, in fine, aux contenus attendus dans les évaluations.

Eclairer le fonctionnement de la MDPH, améliorer la lisibilité de l'évaluation psychologique et nourrir le dialogue

Il semblerait qu'entre le psychologue écrivant son CR et le destinataire en MDPH subsistent de part et d'autre des zones d'ombre bilatérales conduisant à des difficultés de communication et de compréhension.

D'une part, le fonctionnement évaluatif des MDPH, leurs attentes en termes d'information, la composition professionnelle des équipes ne sont pas toujours clairs... D'autre part, les demandes que reçoivent les psychologues paraissent souvent révéler que leur pratique n'est pas bien comprise par les demandeurs (MDPH).

Alors qu'eux-mêmes sont parfois dans l'ignorance de la composition et des attentes de l'équipe pluridisciplinaire, les psychologues voient parfois leur pratique de l'évaluation psychologique (longue, complexe et chronophage) réduite à son stéréotype le plus réducteur : la mesure chiffrée, la psychométrie, le testing. Au-regard de l'histoire de la psychologie et des dérives qu'elle a connues en la matière, il est bien légitime que les psychologues s'inquiètent d'être parfois perçus comme des « wiscolgues » ou des psychotechniciens dont la pratique serait réduite au remplissage de grilles de chiffres.

- Informer clairement les MDPH de ce que recouvre la complexe et délicate

démarche d'évaluation psychologique, au risque de priver les familles et les partenaires professionnels de la richesse de ses apports. On se reportera à ce sujet aux aboutissements de la conférence de consensus sur l'utilisation des mesures dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent (FFPP, AFPEN, SFP, ACOP-F).

Le Volet 5 du GEVA : une page à écrire ?

On constate un écart important entre les éléments que les psychologues considèrent comme fondamentaux pour l'évaluation des besoins de l'enfant (forces et faiblesses de l'enfant, histoire de son développement, interprétation des données cliniques, etc) et ceux que proposent le volet 5 du GEVA. Il serait possible, à la suite de cette étude, de penser l'évolution du volet psychologique du GEVA, à condition bien entendu de se placer dans le cadre de la CIF et de tenir compte des apports reconnus de l'évaluation psychologique.

- Dans la continuité de la présente recherche, mettre à l'étude la refonte du volet 5 du GEVA largement perçu comme insuffisant en l'état actuel, voire réducteur pour les pratiques psychologiques et pour l'apport des psychologues à l'évaluation globale des besoins de l'enfant.

Des guidelines pour la communication des résultats de l'évaluation psychologique ?

La majorité des psychologues ayant participé aux entretiens s'interrogent sur les contenus de leur CR d'évaluation en rapport avec les attentes des équipes en MDPH. Sans uniformiser à outrance des pratiques de l'évaluation, peut-on, doit-on penser, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays occidentaux, la réalisation de recommandations pour l'évaluation des situations de handicap qui feraient consensus dans les pratiques tant auprès des équipes de MDPH que des psychologues eux-mêmes ? Un travail dans ce sens ne pourrait faire l'économie des autres points sus-mentionnés.

- Interroger la faisabilité, la nécessité, les risques et les avantages à produire un groupe de travail sur la question de guidelines pour l'évaluation psychologique des situations de handicap et la communication des résultats.

PARTIE 3 - LES LEVIERS DU CHANGEMENT : ORIENTATIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Observations générales et limites de l'étude

Ce travail de recherche a nécessité une multitude de contributions, d'expertises, de compétences, de disponibilités et de coopérations : son aboutissement témoigne de la mobilisation intellectuelle qu'il a su impulser et de la confiance de tous dans la démarche générale.

La méthodologie retenue dans le projet initial a sensiblement évolué au cours du déroulement et de la réalisation, mais n'a pas fondamentalement variée. Discutée dans la période de soumission du projet, remaniée, améliorée, elle a été approuvée par l'ensemble des acteurs du comité de pilotage et des partenaires impliqués dans le comité scientifique et de suivi et le comité éthique. Les objectifs initialement posés et établis dans la convention de recherche entre la CNSA et l'APPEA ont toujours guidé le processus et servi de balises dans le cheminement intellectuel tout au long de ces deux années pleines. Le recours à quelques mois supplémentaires ont été nécessaires pour bien intégrer les apports des analyses séparées et en dessiner la synthèse générale présentée dans ce document.

Pour autant, l'indispensable regard constructif et critique de chacun a permis de relever quelques limites ou faiblesses méthodologiques voire conceptuelles apparues progressivement. Exprimées et partagées dans les différents moments de coopération et de régulation, celles-ci ne pouvaient cependant pas faire l'objet d'aménagement concret en cours d'étude. Principes de cohérence et de fidélité au projet initial, mais surtout, et le plus souvent, faisabilité limite, impossibilité matérielle ou logistique ou plus simplement contraintes dans la gestion du temps ont permis de ne pas déroger au cap initial et aux objectifs fixés.

D'éventuels prolongements ou extensions à cette étude pourront cependant partir des remarques pertinentes auxquelles nous avons-nous-mêmes abouti ou qui nous ont été confiées.

1.1. Observations générales

➤ *Les familles et les associations d'usagers*

La FCPE, la FFDys, la FNASEPH, la PEEP, l'UNAFAM, l'UNAPEI et TDAH-France ont, à travers leurs dynamiques représentant(e)s, apporté un concours constant, critique et constructif à la démarche de recherche. Ils ont, à mi-parcours, manifesté leur étonnement au fait que le recueil des représentations et des

attentes des familles sur l'évaluation et l'information psychologiques n'étaient pas envisagés comme données d'étude au même titre que celles des professionnels. Dans ce sens, des remarques et des questions suivantes ont été exprimées, telles que :

- A qui le CR d'évaluation psychologique de l'enfant est-il concrètement adressé et quel professionnel va le lire ?
- Des parents n'y ont pas toujours accès, comment y remédier ?
- Est-il obligatoire pour toute demande à la MDPH ? Et dans ce cas, n'y aurait-il pas un risque de « sur-psychologisation » des situations ?
- Qui demande concrètement cette évaluation psychologique ?
- Qu'apporte-t-il réellement comme bénéfice à l'étude de la situation, pour l'enfant lui-même, à la famille ?
- Comment sont discutées et partagées les informations qu'il contient ?

Les familles attendent surtout des psychologues :

- Davantage d'attention et d'écoute, davantage d'explications sur ce qui se déroule avant et après l'évaluation, et un moment de restitution plus respectueux de leurs possibilités de compréhension et de leur propre expertise
- Davantage de précautions et de pondération dans les paroles et les écrits, de confidentialité de leur part pour rétablir une confiance souvent altérée
- Une évaluation conjointe des capacités et des compétences de l'enfant comme autant de leviers pour faire face aux difficultés et aider à les dépasser ... « pour inscrire du possible » a-t-on insisté.
- Le dépassement d'une logique de place et de prise en charge encore trop fréquente à une logique de prise en compte des attentes et de réponses à des besoins, pour impulser des choix de vie collectivement construits.

A été clairement exprimé le souci assez unanime et partagé d'une évaluation psychologique qui vienne éclairer, soutenir ou bien aider les familles à faire des choix, plutôt qu'à en déterminer d'autres à leur place.

La communication préalable à l'intéressé (principalement les parents dans le cas d'un examen psychologique d'enfant) ne semble pas toujours respectée. Dans de trop nombreuses circonstances, la transmission à des tiers ne tient pas compte des obligations législatives et réglementaires relatives aux informations communiquées et transmises qui devraient s'imposer aux professionnels des champs de la santé, de l'éducation et du social.

La confidentialité des informations ne paraît pas toujours respectée, et des indications non utiles à l'évaluation et l'étude de la situation de l'enfant ou de l'adolescent, relevant de l'intimité ou de la vie privée, sont présentes dans certains comptes rendus. **La numérisation des dossiers** actuellement en cours dans les MDPH interroge avec inquiétude les associations de familles et d'usagers. Une protection des informations psychologiques est-elle envisagée ?

1.2. Limites méthodologiques

Ecart probable entre ce que conduisent réellement les psychologues, leur rencontre avec l'enfant, et ce qu'ils en écrivent

- Il serait imprudent de déduire directement des comptes rendus d'évaluation psychologique un état des lieux exhaustif des actes réels des psychologues et de leur pratique clinique habituelle. Nous avons noté plus haut (dans Synthèse et analyse du module comptes rendus d'évaluation psychologique) que les CR ne sont qu'une représentation partielle des conduites d'évaluation psychologique : s'ils expriment une certaine conception de l'examen psychologique, ils n'en donnent pas la description fidèle. Nous pouvons ainsi penser que la considération accordée à la dimension clinique et relationnelle, à la place accordée aux échanges et aux moments plus informels avec l'enfant (dessins, jeux) et à la fonction d'accompagnement, rarement évoquée dans les CR, est bien plus présente que ce qu'ils en montrent (comme en témoigne l'étude des entretiens).
- Il eût été intéressant qu'une étude préliminaire sur les pratiques de l'examen psychologique soit proposée.
- En l'état, seule l'expérience, la connaissance du milieu professionnel et les rencontres avec les psychologues de l'enfance dans les formations continues nous invitent à penser que les collègues développent au quotidien une pratique et une clinique plus sensibles que celles qui s'en dégagent dans les écrits.
- L'étude de la conduite de l'évaluation et des pratiques réelles des psychologues dans les consultations avec un enfant ou un adolescent reste à mener.
- Pas de comparaison entre les évaluations psychologiques conduites pour les enfants en situation de handicap et celles engagées pour d'autres motifs ou objectifs
- Nous ne savons pas si l'évaluation psychologique des enfants en situation de handicap est différemment conçue, dans ses actes professionnels même, de celle des enfants qui ne relèvent pas de ce champ.
- Nous ne pouvons que supposer (hypothèse non vérifiée) que les examens psychologiques que mènent les psychologues avec les enfants et les adolescents sont en grande partie similaires, quels que soient les motifs de la consultation et de la demande d'évaluation.
- Pas de comparaison entre les CR d'évaluation psychologique destinés aux MDPH et ceux écrits pour d'autres destinataires
- Aucune étude portant sur l'analyse quantitative et qualitative des CR d'évaluation psychologique (quel qu'en soit le destinataire) n'est à ce jour publiée ou disponible.
- Nous n'avons pas pu envisager de comparaison entre les CR d'évaluation psychologique adressés aux MDPH et ceux adressés habituellement à d'autres dispositifs de soins ou de consultations (services hospitaliers, établissements du secteur médicosocial, ...), ou ceux écrits par exemple pour les parents.
- Une étude préliminaire sur les comptes rendus à destinataires divers eût alors été nécessaire pour permettre cette étude comparative.

Le grand nombre d'experts et d'intervenants

Quelques difficultés de communication et de mise en commun des analyses et des résultats sont apparues dans le cours de la recherche. Le nombre d'experts et d'intervenants différents a pu contribuer à rendre les relations et les échanges intellectuels et scientifiques plus complexes que prévus.

Un retard dans les dates de remise des différents rapports intermédiaires et le document final est en partie la conséquence de cette nécessaire coordination rendue parfois difficile par les éloignements et les participations aléatoires aux réunions de travail.

L'absence d'analyse de contenu des CR

Nous n'avons pas conduit d'analyse classique de contenu des comptes rendus et cela limite un peu notre compréhension de la logique et de la construction intellectuelle des écrits psychologiques.

Les articulations entre les différentes parties du texte, les figures de langage et de style, les éléments de cohérence du « récit », les contradictions éventuelles ou les justifications dans les diverses informations transmises, enfin tout ce qui constitue la symbolique du langage écrit nous ont en partie échappés. Le sens propre et le sens figuré des mots, la ou les logiques singulières de ce qu'on peut appeler une forme de narration n'ont pas été étudiés : quelques analyses de contenu de CR pour en dégager les éléments principaux auraient pu utilement éclairer et compléter la recherche.

Les risques d'un travail trop technique ?

Nous relatons simplement ici le paradoxe apparent émanant de la recherche-action : la dimension technique et scientifique, le traitement rigoureux mais « froid » des données sélectionnées inviteraient à faire l'impasse sur les fonctions habituelles d'accueil, d'écoute et d'accompagnement du psychologue de l'enfance.

En nous focalisant sur la fonction d'évaluation, nous y aurions concentré les regards aux dépens des autres fonctions et missions de la discipline, et des réelles modalités diverses d'intervention du psychologue.

Certes, l'image de la profession pourrait sortir affaiblie ou froissée d'une généralisation hâtive des résultats présentés. Mais nous faisons confiance à la vigilance et l'esprit éveillé du lecteur pour ne pas simplifier la recherche et les résultats présentés et en détourner le sens et les intentions.

D'autres professionnels sont directement concernés par les résultats de ces travaux. Nous sommes persuadés qu'ils sauront, comme les psychologues, en prendre connaissance avec le souci constant de l'ouverture, du mouvement, et la volonté d'améliorer nos interventions et nos pratiques auprès des enfants et des citoyens.

2. Et maintenant ?

La rencontre approfondie avec le monde singulier mais aujourd'hui ouvert du handicap a permis d'en découvrir encore plus intimement la complexité des dispositifs, l'engagement et les interrogations d'une partie de ses acteurs, tout autant que les faiblesses ou les limites de quelques-unes de ses étapes de fonctionnement.

Avec cette recherche et les résultats présentés, qu'avons-nous présenté qui ne soit auparavant connu ou énoncé ? Qu'avons-nous appris de vraiment important ou fondamental sur le volet psychologique du GEVA ? Qu'avons-nous compris de la complexité des processus d'évaluation en jeu qui ne l'ait déjà été ? Qu'avons-nous mis en évidence qui éclairerait différemment les études et les pratiques des équipes pluridisciplinaires ? Enfin qu'allons-nous proposer qui soit utile à tous pour améliorer le fonctionnement des dispositifs et des professions ?

Autant de questions fondamentales auxquelles pas à pas nous avons tenté de répondre, en suivant rigoureusement le protocole et la méthodologie de la recherche-action, en restant vigilants sur les objectifs initiaux, avec constamment le souci de rester en lien avec les préoccupations des enfants, des adolescents et des familles concernés par le handicap. La conscience des contraintes et des impératifs des différents professionnels engagés dans les missions d'évaluation des situations de handicap, et leurs obligations d'y répondre par des propositions et des décisions souvent difficiles, ne nous a jamais quittés.

Nous avons tenté d'éclairer une des zones sombres de cet espace où se croisent les aspects réglementaires, économiques, sociaux, médicaux, culturels, psychologiques : celle de la contribution des psychologues à l'évaluation des capacités, des difficultés et des besoins de l'enfant en vue de favoriser son autonomie dans différents actes quotidiens de la vie.

Chaque étape de ce document présente les analyses, les résultats, les enseignements, les questions qui se posent, et leur prolongement par les réponses possibles à leur apporter. Aussi multiples soient-elles, nous avons tenté d'en dégager les idées centrales et de présenter, dans les toutes dernières pages, les préconisations et recommandations qui nous paraissent prioritaires pour que les transformations nécessaires soient rapidement et concrètement engagées.

Face aux attentes et aux changements, deux éléments majeurs se sont dégagés et méritent de s'y consacrer en priorité : les apports des psychologues à l'évaluation de la situation de l'enfant, et le fonctionnement des EPE.

2.1. Les psychologues face aux missions qui les attendent

Si le volet psychologique renseigné est attendu et souhaité par les membres des EPE dans les cas de troubles psychiques, troubles mentaux, troubles cognitifs et d'apprentissage (qui représentent ensemble les trois quarts des dossiers d'enfants et d'adolescents étudiés en MDPH), il n'est pas pour autant obligatoire. Dans les usages, il s'est pourtant largement imposé, parfois aux dépens de la liberté de choix des familles qui n'en comprennent pas toujours les objectifs et l'enjeu.

L'évaluation psychologique doit venir en complément des autres informations et volets renseignant le dossier présenté en MDPH par les familles ou la personne référente qui les accompagne.

Le psychologue de l'enfance, sollicité par la famille qui peut s'adresser au professionnel de son choix, devrait replacer son intervention et sa fonction d'évaluation dans la démarche générale d'étude du dossier, anticiper les questions centrales qui se posent à l'enfant et aux adultes qui en ont la responsabilité (parents, professionnels de la santé et du soin, professionnels de l'éducation et du social ...) et inscrire ses écrits dans la perspective de compatibilité avec le GEVA.

Le constat issu de nos travaux montre clairement, chez les psychologues, deux points de fragilité qui freinent leur contribution et leur éclairage pertinent de la situation de l'enfant :

- une culture insuffisante du champ du handicap, de sa dimension complexe et hétérogène, depuis les conceptions et représentations contemporaines, jusqu'aux dispositions, textes réglementaires et notions d'accès aux droits ; une connaissance trop partielle de l'organisation des procédures et des dispositifs ; une perception opaque des différentes étapes du fonctionnement et des modes de décision (pour la reconnaissance de la situation de handicap, le choix et le niveau des compensations, les propositions de scolarisation, les notifications) ; des interrogations inquiètes sur le destin des écrits psychologiques
- une conception très variable des principes de l'évaluation psychologique, au-delà d'une apparente similitude dans les utilisations des tests et les modèles-types de comptes rendus, depuis la démarche même de consultation et d'examen psychologique jusqu'aux actes les plus représentatifs de la méthode et de la clinique. L'évaluation psychologique de l'enfant repose en fait sur d'étroites formes consensuelles et empiriques qui imposent désormais d'être clarifiées et approfondies.

2.2. Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires dans les MDPH

Les interrogations sur les modalités de fonctionnement et les contradictions entre les différents types d'approche du handicap dans les équipes pluridisciplinaires au sein des MDPH multiplient les hésitations des psychologues à contribuer ouvertement et en confiance à leurs travaux.

Il ne s'agit pas seulement d'encourager les psychologues à progresser dans les pratiques de l'évaluation et de rendre leurs écrits plus adaptés aux besoins des enfants et des acteurs du champ du handicap, ou de se rapprocher du modèle bio-psycho-social porté par la loi de 2005. Il est indispensable de créer au sein des EPE les conditions d'une coopération équilibrée, d'une collaboration confiante entre ses différents membres, et de s'assurer d'un équilibre réel entre les différents volets qui renseignent la situation de l'enfant.

Si l'amélioration du travail des psychologues et leurs aspirations à progresser dans leurs contributions au service de tous continuent de se heurter aux formes actuelles du travail de nombreuses EPE, à leur lecture pressée et trop centrée sur les données psychologiques chiffrées en apparence faciles d'accès mais limitées et réductrices du profil et des besoins de l'enfant, leurs efforts s'avèreront inutiles.

Dans certaines EPE, malgré l'engagement et la responsabilité de leurs professionnels (et souvent à leur insu), la persistance d'une approche médicale du handicap, le maintien de démarches d'étude et de formes décisionnelles éloignées de l'esprit de la loi de 2005, sont un empêchement d'accéder à une véritable évaluation multidimensionnelle, civique et dynamique.

Ce sera sans doute au prix d'une révision manifeste des conditions d'analyse et de traitement des dossiers en EPE, et pour partie de leurs membres, par une transformation des représentations du handicap (surtout ceux liés aux troubles psychiques, mentaux et cognitifs) associée à un nouveau regard sur les apports de la discipline psychologique, que pourront conjointement s'engager les nécessaires évolutions professionnelles des psychologues.

Il s'agit maintenant de proposer une traduction concrète de ces analyses et de mettre en relief quelques recommandations prioritaires pour répondre rapidement aux besoins d'évolution et d'amélioration du processus d'évaluation des situations d'enfants confrontés aux conséquences du handicap.

3. Les recommandations prioritaires

3.1. De quoi le handicap est-il le nom ?

➤ *Constat*

Tant du côté des psychologues que des membres des équipes pluridisciplinaires d'évaluation entendus dans le cadre de la recherche, on constate encore de fortes ambivalences, incompréhensions et méconnaissances liées à l'usage du terme handicap, liées aux paradigmes qui sous-tendent les lois sociales des années 2000 (CIF, PPH), et également au fonctionnement des outils CIF-compatibles sur lesquels s'appuient les politiques actuelles de l'évaluation des besoins. Les tensions entre une approche médicale du handicap (culture du diagnostic) et une approche biopsychosociale (civique) sont encore fortement présentes ; elles témoignent d'un important besoin de diffusion des concepts actuels et de leurs conséquences pratiques.

➤ *Recommandations*

- Soutenir la politique de GEVA compatibilité, la diffusion des paradigmes modernes, de leur histoire et de leur vocation conceptuelle
- Promouvoir une approche civique de l'évaluation au-delà d'une approche clinique
- Adapter la logique d'évaluation « diagnostique médicale » à une logique d'évaluation civique, dynamique et fonctionnelle reposant sur les besoins de l'enfant et de son environnement

3.2. Psychologue, qui es-tu ? Que fais-tu ?

➤ *Constat*

L'étude des représentations qu'ont les EPE des MDPH au sujet des psychologues et de l'évaluation psychologique laisse percevoir un flou important quant aux méthodes et techniques d'évaluation que ces derniers mettent en œuvre. Entre techniciens du cognitif, psychotechniciens et empiristes humanistes dont le périmètre d'évaluation est mal défini, les psychologues de l'enfance - et particulièrement ceux de l'Education nationale - sont souvent attendus et sollicités pour des actes de psychométrie « pure », réducteurs de leur pratiques, demandes parfois systématiques alors que, selon les situations, l'évaluation psychologique n'est pas toujours pertinente ni nécessaire.

➤ **Recommandations**

- Favoriser la lisibilité du périmètre évaluatif des psychologues – et notamment ceux de l'Éducation nationale - pour les partenaires professionnels, les équipes des MDPH et les familles concernées
- Diffuser conjointement les aboutissements de la conférence de consensus sur l'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures (2008-2011) et ceux du code de déontologie des psychologues (2012),
- Demander aux praticiens de la psychologie une clarification sur la nature et l'exercice des actes les plus caractéristiques de leur domaine, entre autres pour l'évaluation psychologique de l'enfant et de l'adolescent, en faisant appel aux organisations et associations professionnelles pour conduire la réflexion sur les applications, les apports et les contributions de la psychologie à l'espace social et citoyen afin de réunir les conditions du changement.

3.3. Garantir la confidentialité et la juste exploitation des données psychologiques dans l'intérêt de l'enfant

➤ **Constat**

Face à la crainte de ne pas être représentés par un confrère au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, les psychologues de l'enfance expriment leurs réserves à diffuser des informations sensibles utiles à l'évaluation de la situation, quitte à s'autocensurer (éléments d'anamnèse, de contexte ou de parcours de vie, données chiffrées indicatrices ...). Craignant des mésusages dans l'interprétation des indices numériques (QI ou équivalents) qu'ils communiquent, ils usent dans leurs écrits de précautions parfois extrêmes, paradoxalement susceptibles de complexifier l'évaluation globale réalisée en MDPH par les l'EPE.

➤ **Recommandations**

- Garantir la présence d'un psychologue dans l'équipe d'évaluation lorsque des données psychologiques et un CR y sont présentés
- Améliorer le dialogue entre les équipes pluridisciplinaire d'évaluation et les professionnels sur le terrain

3.4. Ajustement des compétences des psychologues aux attentes des équipes d'évaluation en MDPH... Et inversement

➤ *Constat*

On constate, d'une part, une importante méconnaissance des psychologues à l'égard des attentes des MDPH en termes de communication d'information, d'autre part une faible visibilité des MDPH sur la nature même de l'évaluation psychologique. Ces éléments sont intrinsèquement liés dans une dynamique de cécité partielle bilatérale qui nourrit le flou et l'incompréhension.

➤ *Recommandations*

- Encourager des travaux de recherche-action et de concertation en invitant des psychologues de terrain, des usagers et des membres des équipes d'évaluation de MDPH à y participer
- Clarifier, par un travail commun des partenaires, d'une part les attentes des EPE, et d'autre part le périmètre d'évaluation des psychologues sur le terrain

3.5. Evolution des écrits psychologiques et avenir du volet psychologique du GEVA

➤ *Constat*

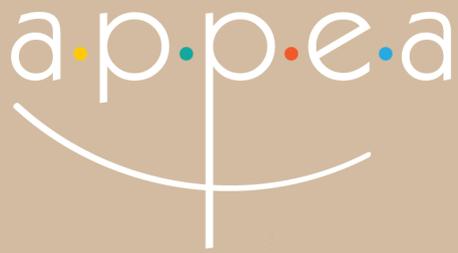
Alors qu'on constate la forte présence de CR « modèles-types » (inspirés par les anciens formulaires utilisés dans les commissions de la loi de 1975), il apparaît impossible, en l'état des pratiques, de formuler des guidelines qui satisfassent les attentes et besoins des uns et des autres. Par ailleurs, le volet 5 psychologique du GEVA ne permet pas de se reposer sur une base officielle satisfaisante et pourrait très prochainement faire l'objet d'une réflexion raisonnée pour être refondu au plus près des attentes des EPE, des usagers et des psychologues.

➤ *Recommandations*

- Interroger les modalités d'évaluation psychologiques d'enfants en situation de handicap sur la base de la CIF-EA, du GEVA et des outils GEVA-compatibles
- Penser les modalités de refonte du volet 5 du GEVA en conciliation avec le GEVA-Sco
- Interroger la faisabilité de guidelines à destination des psychologues afin d'optimiser la cohérence de leurs écrits.

LISTE DES ANNEXES

- Résumé de la recherche-action
- Convention de recherche-action CNSA – APPEA 21-03-13
- Avenant n°2 convention CNSA-APPEA
- Présentation synthétique projet recherche-action janvier 2013
- Synthèse Comité scientifique 31-01-2013
- 1^{er} rapport intermédiaire 31-01-14 + annexes
- 2^{ème} rapport intermédiaire 10-10-14 (annexes comprises)
- Rapport étude documentaire 18-11-14
- Rapport analyse lexicométrique Entretiens avec psychologues - janvier 2015
- Actes colloque finalisation 9-10 avril 2015
- Rapport synthèse analyse Focus groups + questionnaires + analyse lexicométrique des comptes rendus d'évaluation psychologique – juin 2015
- Rapport analyse qualitative Entretiens avec psychologues – juin 2015
- Rapport technique synthèse analyse Comptes rendus d'évaluation psychologique – juillet 2015



ASSOCIATION FRANCOPHONE DE
PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE
DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT