



## Evaluation

PRISMA France  
Projet et Recherches sur l'intégration des services  
pour le maintien de l'autonomie en France  
Dominique Somme

- « Ne demandez jamais à une personne âgée comment elle va s'il vous reste autre chose à faire le même jour. »

● Joe Restivo (humoriste)

Diaporama de Pr L. Rubenstein EAMA 2001

- « CE QUE JE FAIS OU PEUX FAIRE EST MOINDRE... CE QUE JE SUIS OU PEUX ÊTRE NE DIMINUE PAS ET PEUT MÊME GRANDIR »

– Une personne âgée

Diaporama de Dr L. Bonin 2002

## Dépendance

- « les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

● Loi 1997

- « la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».

● Albert Memmi

## Autonomie

- Loi: ce qui est mesuré par AGGIR
- « la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir »
  - Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement qui rendait compte en 1984 des travaux de la commission ministérielle de terminologie

## Les problèmes---Les objectifs

de l'évaluation des personnes âgées

- Trop de maladie curable ou de perte d'autonomie réversible non identifiée
- Trop de placement prématuré
- Possibilités de réhabilitation souvent négligées
- Trop de traitement médicamenteux et de iatrogénie
- L'identification du Dg ne suffit pas à expliquer l'importance du retentissement et sa seule prise en charge insuffisante
- Certains utilisent beaucoup de services et d'autres n'y ont pas accès
- Améliorer la précision diagnostic
- Optimiser le lieu de vie
- Améliorer l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie
- Optimiser le traitement médical
- Améliorer le devenir médical
- Améliorer la pertinence de l'utilisation des services

## Objectifs

- Clinique :
  - apprécier finement le retentissement des déficiences et maladies (en interaction avec l'environnement) sur le niveau de participation afin d'aider au mieux la personne
  - transmission d'information et de langage commun conduisant à une meilleure coordination des soins et services
- Tactique :
  - pour un groupe d'individu permettant de caractériser le niveau moyen requis d'intervention et ses implications financières, donc de faire de la gestion et de négocier
- Stratégique :
  - suivre au cours du temps l'apparition ou l'évolution du niveau d'autonomie et/ou de dépendance d'une population en fonction des interventions préventives ou curatives mises en œuvre

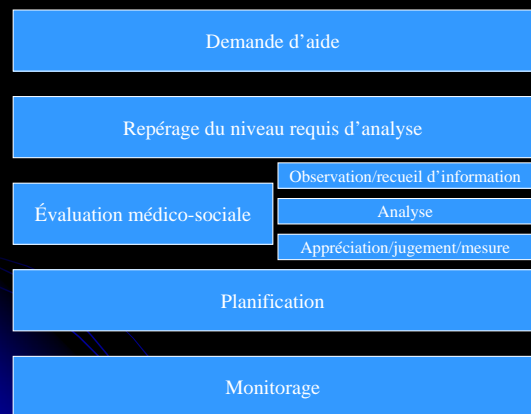
## Que signifie évaluer ?

- « analyse, appréciation, caractérisation, estimation, comparaison, discernement, mesure... »
- Attribuer une valeur ou produire une estimation
- Démarche en amont de la production d'une opinion, d'un jugement=d'un plan

## Que signifie évaluer ?

Dans le contexte de l'évaluation médico-sociale

- Ce que n'est pas l'évaluation:
  - Elle fait suite à un processus de repérage ou de dépistage dont elle est distincte
  - Elle est une condition préalable nécessaire et indispensable à la planification d'aide dont elle est également distincte



## Évaluer quoi

- L'évaluation tend à identifier les besoins d'une personne.
  - Mais qu'est ce qu'un besoin?
    - Renvoie à la notion de nécessité d'exigence
    - Par extension dans la sémantique du travail social elle recouvre aussi les « aspirations »

## Les principes de l'évaluation

- L'évaluation est centrée sur la personne et non sur ses handicaps, maladie, désavantages...
- L'évaluation tient compte des atouts de la personne et ne la réduit pas à ses déficits
- L'évaluation doit être multidimensionnelle
- L'évaluation doit être multidisciplinaire
- L'évaluation doit être standardisée et commune

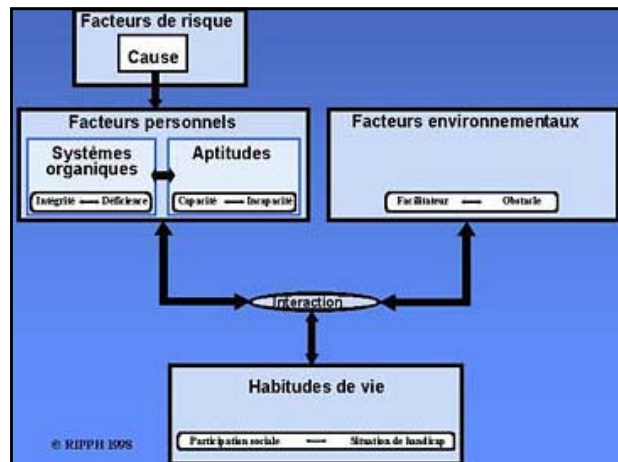
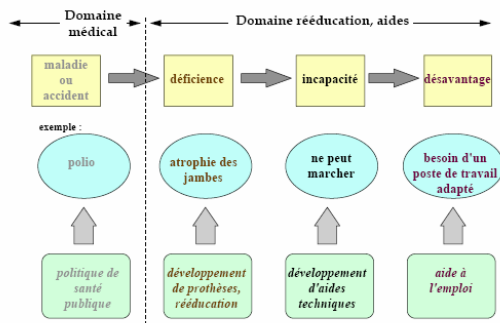
## Pourquoi standardisée?

- Compréhension commune de l'évaluation des besoins
- Langage commun à toutes les disciplines
- Harmonisation du contenu de l'évaluation biopsychosociale (paramètres)
- Communication interprofessionnelle et inter-services, inter-clientèles et réseau facilitée
- Diminution du dédoublement des évaluations
- Intervention préventive et précoce
- Pour une plus grande équité (basé sur une plus grande objectivité) quand des ressources rares sont en jeu
- Pour avoir des informations de planification au niveau régional, et national

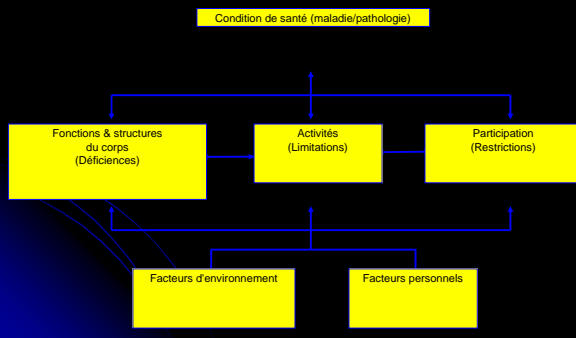
## Un cadre conceptuel

- La classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDH, Dr Wood, OMS 1980 révisée pour devenir CIF en 2001)
- Un cadre conceptuel n'est pas en soi un outil:
  - plusieurs outils peuvent s'inspirer du même cadre conceptuel
  - Un outil fait dans un cadre conceptuel donné peut parfois être utilisé avec bénéfice dans un autre

### SCHEMA DE WOOD



## Classification internationale du fonctionnement 2001



## Définitions

- **Déficience** « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique, psychologique ou anatomique »
- **Limitation d'activité (incapacité)** : « les limitations d'activités sont les difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement de ses activités ».
- **Restriction de participation (handicap)** : « La présence d'une restriction de la participation se détermine en comparant la participation d'un individu à celle qu'on attend dans telle culture ou telle société d'un individu sans limitations d'activités »
- **SITUATION+++**

## Les outils d'évaluation



Reuters News Service, Dateline: Cairo Egypt :Dépêche

- « Des archéologues ont découverts aujourd'hui les restes d'une personne dont ils pensent qu'elle est le premier case-manager de l'histoire. Les archéologues croient que cette femme s'est perdue dans une tempête de sable en rentrant chez elle après une réunion avec des partenaires. Ils supposent qu'elle essayait de les convaincre d'utiliser son outil multidimensionnel. Les archéologues ont conclu que sa mort était due à son écrasement sous les poids de ses tables d'évaluation hiéroglyphiques »

Applebaum, R., Mayberry, P. *Long-term care case management : a look at alternative models*. *The Gerontologist*, 1996, vol. 36, no 5, p. 701-5

## Les outils d'évaluation = dimensions minimales exigibles

- l'analyse de la demande : qui demande ? Qu'est-ce qui est demandé ? Pour qui ? Quels sont les attentes et les projets de la personne ?
- une analyse de l'environnement et de ses interactions avec la personne : le support familial et social, les caractéristiques du logement, le milieu de vie (notamment les services de voisinage : le commerce, transports), les éventuels aspects professionnels. "Un état des lieux des compensations existantes pour les restrictions d'activités relevées sera dressé"<sup>64</sup>. Les éléments facilitateurs ou au contraire faisant obstacle seront identifiés.
- l'état des lieux des fonctions (motrices, sensorielles, psychiques, mentales...) avec les déficiences et les altérations.
- une analyse des activités de la personne, avec pour chacune d'elles la mention de la nécessité d'une aide partielle ou totale : actes essentiels de la vie courante, activités domestiques et de gestion de la vie quotidienne, activités relationnelles et sociales.
- l'avis de la personne sur le résultat de l'évaluation

## Les outils d'évaluation = ne pas se limiter à AGGIR 2003

- Problèmes liés à l'outil tel que construit
  - Validité douteuse
  - Reproductibilité douteuse
  - Sous-estimation de la dépendance cognitive
  - Absence de corrélation avec le besoin d'aide
  - Validation douteuse
  - Conduit à une planification de fait sur les ressources
- Problèmes liés aux limites de l'outil
  - Les variables discriminantes sont les seules « importantes »
  - Description des besoins de la personne uniquement en regard de ses activités de la vie quotidienne

## Les outils d'évaluation = ne pas se limiter à AGGIR 2003

Le Comité scientifique estime que "En attribuant à chaque personne une position sur une échelle à 6 niveaux, AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe GIR ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle..."

Dans ce cadre d'une évaluation globale, l'indicateur AGGIR joue le rôle d'un instrument d'éligibilité à la prestation APA. Il est donc logique qu'il s'insère dans l'évaluation multidimensionnelle mais il ne peut à lui tout seul permettre d'élaborer un plan d'aide".

## Qualité d'un outil d'évaluation

- Validité: un indicateur est valide s'il mesure correctement ce qu'il est censé mesurer. La validité implique la pertinence des variables retenues, leur caractère discriminant et leur capacité à être renseigné de façon claire et univoque (validité interne). Elle suppose aussi la comparaison des résultats à ceux d'autres paramètres de référence lorsqu'ils existent (validité externe). En cas de regroupement des données d'évaluation, la validité doit également porter sur les algorithmes de regroupement.
- Fiabilité: un indicateur est fiable dans la mesure où les résultats produits sont reproductibles d'un observateur à l'autre (interjuge) ou pour le même observateur à des moments différents sans évolution de situation (test-retest).
- Applicabilité: il s'agit d'apprécier la qualité du recueil des informations de base. Cela exige une bonne adhésion des producteurs de données (enquêteur et personne âgée), et la définition minutieuse des modalités de recueil d'information (observation, téléphone, etc.) et des qualifications requises pour l'évaluation.

## Les outils d'évaluation = choisir un outil

- Multidimensionnel
- Comprenant une évaluation de l'autonomie à partir de laquelle on peut grouper le GIR
- Adopté en équipe (idéalement en France?)
- Valide par rapport à ses dimensions
- Reproductible
- Ayant une utilité clinique et facile à comprendre
- Validé de façon externe
- Adapté aux personnes âgées et permettant leur participation

## Par qui ?

Le patient au centre de nos préoccupations...



## Par qui ?

- L'évaluation globale nécessitera forcément que plusieurs professionnels entrent en contact avec la personne
- L'aspect contemporain de ces rencontres est l'objet d'une négociation
  - Avec la personne
  - Entre partenaires
- Ce sont les cliniciens qui rencontrent les personnes, pas les cadres, pas les gestionnaires

## Par qui ?

- Place des bénévoles
  - Ce ne sont pas des professionnels
    - Ils ne doivent pas servir d'alibi pour une rencontre faussement multi
  - Les évaluations ne peuvent pas reposer seulement sur leur « bonne volonté »
    - Une évaluation par un bénévole ne doit pas être une sous-évaluation! Nécessité de formation, temps de formation... gain de temps?
    - Bénévoles versus **AUTO-EVALUATION** ????
    - (bénévoles=relais de « promotion de la santé »)
  - Ils peuvent envisager une évaluation ou demander un résultat d'évaluation pour l'accès à un service qu'ils offrent. **EVITER LES DEDOUBLEMENTS.**

## Par qui ?

- Travailler en binôme?
  - Ce n'est pas parce que l'on est deux que l'on est un binôme!
  - C'est forcément plus difficile
    - Barrière pour entrer en contact/relation avec la personne
    - Respect de la place de l'autre soit accaparante soit échec
  - Nécessite de bien se connaître et respecter
  - Renforce la nécessité d'avoir recours à des outils standardisés pour parler le même langage
- Ce n'est pas parce qu'on ne va pas tous ensemble au domicile de la personne que l'on ne pourra pas travailler en multidisciplinarité.

## Avec qui ?

- Tout le monde mais pas forcément tous en même temps
- On devrait toujours si possible rencontrer la personne seule mais parfois c'est par l'intermédiaire d'un autre professionnel (MT)
- La famille et l'entourage doivent être rencontrés systématiquement en cas de troubles de la mémoire
- Le médecin traitant apporte des informations mais il n'est le plus souvent pas nécessaire ni forcément souhaitable qu'il assiste à l'entrevue

## Comment mener l'entretien

- La mise en confiance et l'explication du sens et des aboutissants de la démarche doivent prendre du temps.
- Faire émerger la demande / le besoin
  - Rebondir sur les questions de la personne
  - Reformuler pour donner le temps de réfléchir
  - Question ouverte « comment »
  - Transcrire la demande dans les termes de la personne, dater, identifier

## Comment repérer les besoins et attentes? Critères de l'évaluation?

- Pas de réponse stéréotypée
- Jugement professionnel
- **Ce n'est pas parce qu'une demande dépasse les possibilités d'offre qu'elle n'est pas un besoin.**
- Les critères de l'évaluation sont ceux de l'outil



## Que peut-on déduire de l'observation du domicile?

- Le domicile doit être appréhendé à la fois comme symptôme et comme facteur de risque.
- Le domicile comprend l'entrée dans le domicile
- Le sur-équipement du domicile peut être symptôme d'un « vol » d'autonomie ou d'un « retrait » d'autonomie. Savoir qui est à l'origine
- Un domicile sale peut être le signe d'une personnalité « autonome » et un point sur lequel on peut travailler de façon positive
- Ne pas couper l'analyse du domicile de l'analyse de l'historique de la personne dans ce domicile
- Les points clefs: la salle de bain, l'éclairage, le couloir, le couchage, le réfrigérateur

## Quelle place donner à la parole de la personne âgée et à celle de l'entourage?

- La parole doit le plus possible être retranscrite «*verbatim*», car:
  - Entre ce que je pense,
  - Ce que je veux dire,
  - Ce que je crois dire,
  - Ce que je dis,
  - Ce que vous voulez entendre,
  - Ce que vous entendez,
  - Ce que vous croyez comprendre,
  - Ce que vous voulez comprendre
  - Et ce que vous comprenez... Au moins 9 possibilités de ne pas s'entendre
- ⇒ Au moins 9 possibilités de ne pas se transmettre les bonnes informations, de ne pas travailler sur les besoins de la personne, de ne pas travailler en multidisciplinarité