



Références bibliographiques

**1ères rencontres scientifiques sur l'autonomie
organisées par la CNSA :
« Evaluer pour accompagner »**

12 février 2009

Ont participé à ce référencement bibliographique par ordre alphabétique:

Marie-Aline Bloch, Gaëlle Richard, Lauriane Robert, Thomas Rouault

TABLE DES MATIERES

- **Méthodologie de recherche documentaire pour le colloque « évaluer pour accompagner » p.3**

- **Bibliographie présentée en fonction du programme p.5**

Plénière P1.2 : Contexte / Perspective historique et internationale sur les politiques d'accompagnement p.5

Introduction : Qu'entend-on par « évaluation des besoins des personnes » ? p.11

Plénière 1.1 :

- Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité p.11

- Autonomie, pouvoir d'agir, vulnérabilité dans le regard de l'autre: des relations et des définitions à repenser

Pourquoi évaluer ?

Séance plénière du matin

Plénière P1.3 : Les rôles et métiers du « prendre soin » (care) p.16

Plénières P1.4. : Le processus de choix d'un outil d'évaluation : l'exemple de la Belgique p.22

Première série d'ateliers (matin)

A.1.1 – Atelier 1 : La place de la personne et la prise en compte de son projet de vie dans l'évaluation p.24

A.1.2 – Atelier 2 : Les relations triangulaires dans l'évaluation entre la personne, ses aidants informels et les professionnels p.30

A.1.3 – Atelier 3 : Impact du mode d'organisation du " médico-social " (aide et soins de longue durée) : le cas de la Suède,) p.36

A.1.5 – Atelier 5 :L'évaluation aux États-Unis : une approche culturelle sur la place de la personne p.36

A.1.6 – Atelier 6 : Les professionnels de l'évaluation et de l'accompagnement : du modèle allemand au modèle luxembourgeois p.37

Comment évaluer ? A la recherche de nouveaux repères ...

Deuxième série d'ateliers (après-midi)

A.2.2 – Atelier 7 : Quelle organisation et quelle équipe pour évaluer p.39

A.2.1 – Atelier 8 : Les outils et leur place dans le processus d'évaluation p.46

A.2.6 – Atelier 9 : Comment dépasser les tensions pour un service de qualité ? p.64

A.2.3 – Atelier 10 : L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer p.67

A.2.4 – Atelier 11 : La scolarisation d'enfants ou d'adolescents présentant un handicap mental ou psychique p.69

A.2.5 – Atelier 12 : L'évaluation des besoins en aides techniques pour une meilleure participation sociale p.70

Plénière de l'après-midi

Plénière 2.1 / 2.2 : L'évaluation : Pratiques et perception d'un processus pluridisciplinaire p.71

Plénière 2.3 : Le recours à des compétences spécifiques dans le cadre de l'évaluation de situations complexes p.73

Plénière 2.4 : Comment conjuguer les enjeux sociétaux, les questionnements éthiques et les réalités économiques et organisationnelles du point de vue des professionnels, des usagers et des décideurs p.75

1ères rencontres scientifiques sur l'autonomie organisées par la CNSA : « Evaluer pour accompagner »

Méthodologie de recherche documentaire pour le colloque « évaluer pour accompagner » par Thomas Rouault, Chargé de mission documentation CNSA

1. Sources bibliographiques et bases de données consultées

France :

- Exploitation du fonds documentaire de la Direction scientifique CNSA : une cinquantaine de documents ont été sélectionnés
- BDSP/ Banque de données Santé Publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>)
- SAPHIR / CTNERHI (http://www.ctnerhi.com.fr/ctnerhi/pagint/centre_doc/base_donnees/saphir.htm)
- Base bibliographique de la FNG (Fondation Nationale de gérontologie) : http://www.fng.fr/html/documentation/recherche_base/fng/Default.htm
Ce centre de documentation a effectué une sélection bibliographique complémentaire à notre recherche

Sources utilisées en complément pour trouver certains documents :

- Articles INIST : <http://services.inist.fr/public/fre/conslt.htm>
- Catalogue médecine de la BIUM (Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine) : <http://www.bium.univ-paris5.fr/medecine/debut.htm>

International :

- PUBMED-MEDLINE (Etats-Unis NLM-National library of medicine/ NIH-National Institute of Health) : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
- GERMAIN / IUGM (Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal) : <http://catalogue.iugm.qc.ca/Main.htm>
- CINAHL Soins infirmiers (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature): accès via EBSCOhost
- AGELINE (AARP. American Association for Retired Persons): accès via EBSCOhost

Enfin plusieurs sites Internet français et internationaux ont été consultés en complément du travail de sélection de la bibliographie

2. Stratégie de recherche et de sélection documentaire

- *Langue* : français, anglais
- *Type de documents* : ouvrages de synthèse, rapports gouvernementaux, articles de revues à comité scientifique, revues de la littérature, manuels et guides méthodologiques, actes de colloques scientifiques ou de niveau national, thèses, mémoires de formation (niveau CAFDES/EHSP)
- *Recherche rétrospective* : > 2001, recherche antérieure pour les ouvrages ou rapports importants
- *Pays ciblés* : France, Allemagne, Belgique, Canada, Espagne, Etats-Unis, Royaume-Uni, Suède, organisations internationales

- *Mots clés (à partir du thésaurus BDSP et du MESH) dans les champs « mots-clés » en priorité mais également sur les champs « titre » et « abstract » des bases de données* : Pour les populations personnes âgées, personne handicapée. Ces termes ont été croisés avec : évaluation, besoin, besoin social, analyse besoin, échelle dépendance (puis spécifiquement sur certains outils : Aggir, Rai, Smaf, map-promap, ...etc), alzheimer, intégration scolaire, needs assessment, health needs assessment, health services needs assessment, geriatric assessment, personal needs, mental needs assessment, questionnaires, problem solving, disability evaluation, aged 65+ years, 80 and over, 80+ years, caregiver

Une première sélection a été réalisée par le chargé de mission documentaire CNSA puis une cotation a été effectuée par Marie Aline Bloch en fonction de l'intérêt de chaque document:

Niveau 1 : très pertinent

Niveau 2 : pertinent

Niveau 3 : en réserve, à exploiter éventuellement

Niveau 4 : rejeté

3. Résultats

Tous les documents sélectionnés ont été traités sous une base de données avec le logiciel End-Note (importation par un filtre automatique ou saisie manuelle) qui permet l'édition d'une bibliographie normalisée.

Le champ disciplinaire couvert par cette sélection bibliographique est très vaste et recouvre des publications de nature très diverse :

- Expertises scientifiques sur les outils et méthodes d'évaluation
- Expérimentations d'outils de mesure et de diagnostic clinique et sur la situation psychosociale des personnes
- Documents de recommandations de niveau national et international sur les méthodes et les normes d'évaluation
- Rapports sur les politiques en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées
- Etudes sur les dispositifs de soins à domicile ou en établissement pour les populations en situation

La bibliographie finale contient 301 références bibliographiques.

Chaque référence a été attribuée à un atelier correspondant au programme du colloque (exceptionnellement à deux ateliers pour quelques références).

Les documents qui ont été étudiés dans le cadre des comités de lecture de la CNSA sont intégrés en italique.

Pour chaque séance ou atelier, les documents sont classés par catégories :

- articles de revue scientifique
- autres articles
- thèses
- livres et chapitres de livres
- rapports
- communications
- guides

Par ailleurs, sur le site internet des 1ères rencontres scientifiques sur l'autonomie, sont indiquées les CV et certaines **publications des différents intervenants** qui viennent compléter cette bibliographie : www.ptolemee.com/cnsa

Nota bene :

R.A. : résumé de l'auteur

P.1.2. Contexte/Perspective historique et internationale sur les politiques d'accompagnement

Loi sur les ESMS :

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi sur le droit des malades :

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi handicap :

LOI no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

la loi créant la CNSA :

LOI no 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

La loi créant l'ANESM (prolongement de la loi 2002-2 sur ce point, en remplaçant le Conseil national d'évaluation... par l'Agence nationale) :

LOI n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

Bibliographie (24)

Articles de revues scientifiques : (4)

Cohu, S., D. Lequet-Slama, D. Velche (2006). **La prise en charge des personnes handicapées en Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Suède. Une étude de cas types.** *Etudes et Résultats, DREES* (n°506): 1-12.

Cette étude analyse les réponses concrètes apportées par les pouvoirs publics à une dizaine de situations types de personnes handicapées. Ces réponses ont été appréciées par des experts nationaux dans quatre pays européens : les Pays-Bas, la Suède, l'Allemagne et l'Espagne.

Cohu S., Lequet-Slam, D. Velche D. (2005). **Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens.** *Revue Française des Affaires Sociales* (n°2 avril-juin): 11-33.

Dans cet article qui porte sur cinq pays européens, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, l'accent est mis sur les grandes tendances et les dynamiques qui marquent aujourd'hui les politiques en faveur des personnes handicapées : non-discrimination, évolution vers des "politiques d'activation", décentralisation, privatisation.

Il semble se dessiner, ces dernières années, une tendance générale à mettre l'accent, en termes de prise en charge, sur les personnes les plus lourdement handicapées.

Didier-Courbin P., Gilbert P.(2005). **Eléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005.** *Revue Française des Affaires Sociales* (n°2): 209-227.

Massé R., Dumont D. (2006). **Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles. Actes du Forum franco-québécois sur la santé. Québec - Septembre 2005,** *Santé, société et solidarité: revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, n°1, 164 p.*

Ce document présente les actes du premier Forum franco-québécois de la santé organisé par l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS) les 25 et 26 septembre 2005 au Québec, sous le thème "Idées reçues, idées nouvelles". Ce Forum, consacré à la recherche des meilleures pratiques et à leurs applications, est l'occasion privilégiée d'analyser certaines idées préconçues quant aux réalités liées au vieillissement, de débattre de leurs fondements et de dégager des idées nouvelles sur ces questions.

Autres articles : (3)

André S., Maerel M.-J. (2005). **La prestation de compensation. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.** Actualités sociales hebdomadaires vol.2397 / 2398: 19-25 / 21-25.

Chantier présidentiel lancé en 2002 par Jacques Chirac lors de la traditionnelle cérémonie du 14 juillet, la réforme du droit des personnes handicapées connaît sa première traduction concrète avec le vote, le 3 février, de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dont les auteurs nous présentent aujourd'hui les grandes lignes.

Barreyre, J.-Y. (2007). **Capacité à agir et incapacités à l'heure du choix de vie.** Informations Sociales (n°138): 30-44.

Après un rappel des étapes qui ont mené la notion de dépendance à celle de "capabilité", l'auteur montre l'enjeu de l'évaluation des incapacités dans l'évolution des politiques sociales. Plutôt que l'évaluation des capacités des personnes, il est préférable de prendre en compte les réalisations effectives d'activités. Mais cela nécessite de s'interroger sur l'échelle de mesure de la difficulté à agir. (RA)

Ennuyer, B. (2005). **Dépendance et handicap, définitions, évaluations et politiques publiques.** Bulletin du CREAI Bourgogne vol.246: 5-12.

Livres et chapitres de livres : (2)

Le Bihan-Youinou (Blanche), M. C. (2003). **Comparer les paniers de services aux personnes âgées dépendantes en Europe**, dans La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?, Martin (Claude) Rennes, Editions ENSP: 339-355.

Ce chapitre présente les résultats d'une recherche menée dans 6 territoires de l'Union Européenne, (en Allemagne, Espagne, Italie, France, Royaume-Uni et Suède) pendant l'année 2001, sur la question de la dépendance des personnes âgées. La spécificité de cette recherche, est de proposer une comparaison des droits individuels ouverts à une série de cas de personnes dépendantes : une comparaison qui, en somme, adopte le point de vue des usagers et non des systèmes. Concrètement, nous avons étudié les réponses que donneraient des collectivités territoriales de ces différents pays à des situations spécifiques de dépendance. Il s'est intéressé au panier de services (type de prise en charge retenu, prestations en espèce, contribution versée par l'utilisateur et les pouvoirs publics, actes médicaux, soins d'aide à la personne, aide-ménagère) proposé dans telle ou telle situation de dépendance dans chacun des cas.

Legrand P., Aubijoux J., Deveau A. (2002). **Handicap et dépendance : l'évaluation.** Paris, Berger-Levrault 448p.

L'évaluation des incapacités et des handicaps varie selon leur origine. L'ouvrage répertorie les principales méthodes d'évaluation actuellement utilisées en France dans les différentes situations rencontrées. Le lecteur est guidé dans l'appréciation du degré de handicap et de dépendance à partir des différents barèmes et grilles ainsi que par la jurisprudence. L'ouvrage reproduit tous les barèmes publiés au JO pour la réparation des accidents du travail, des maladies professionnelles (régimes des salariés et des fonctionnaires), celui utilisé par les CDES, les COTOREP ainsi que le guide de remplissage de la grille AGGIR.

Rapports : (13)

Blanc P. (2007). **Rapport d'information n°359 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.** Paris, Sénat 95p.

Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r06-359/r06-3591.pdf>

L'adoption de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a soulevé chez ces personnes et leur famille un immense espoir : celui d'une compensation effective des conséquences de leur handicap et de leur intégration pleine et entière à la vie de la cité. Deux ans plus tard, c'est désormais sur l'application concrète de la loi que la commission a souhaité se pencher : deux ans après son adoption, qu'a-t-elle changé concrètement pour les personnes handicapées et ceux qui les accompagnent ? La prestation de compensation du handicap répond-elle aux attentes de ses bénéficiaires ? Le regard sur les personnes handicapées a-t-il évolué ? Incontestablement, le bilan est contrasté : la loi a enclenché une dynamique inédite et des efforts considérables ont été déployés, notamment

au niveau local, pour en rendre applicables les grands principes et installer les maisons du handicap. Mais les mentalités changent lentement et le législateur doit rester vigilant pour ne pas décevoir les attentes suscitées. Le rapport d'information présente le bilan de ces deux ans.

Blanc P., Berthod-Wurmser M. (2006). **Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge**. Paris : Ministère délégué à la sécurité sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 99 p.

L'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées pose de nombreuses questions, notamment en termes de prises en charge, pour les personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles et les professionnels qui leur apportent leur concours. Sur la base de ce constat et compte tenu de la loi de février 2005 en faveur des personnes handicapées, Paul Blanc avance des recommandations à court terme : plein usage des dispositions de la loi, offre de solutions diversifiées à destination des personnes concernées et de leur famille, mobilisation des compétences des professionnels, prise en compte de l'évolution de la démographie des personnes handicapées. A moyen et long terme, l'auteur souhaite voir converger les dispositifs "dépendance" et "handicap" (hébergement, prestations, prises en charge, sources de financement...).

Bonnet M. (2004). **Pour une prise en charge collective - quel que soit leur âge - des personnes en situation de handicap**. Paris, Conseil Economique et Social, 100p.

Chossy J.-F. (2004). **Egalité des droits et des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées**. Paris, Assemblée Nationale, Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales 515p.

Commission Européenne. Bruxelles. BEL (2004). **Définitions du handicap en Europe : Analyse comparative**. 273.

Cette étude analyse et évalue les implications politiques des différentes définitions du handicap sur les politiques en faveur des personnes handicapées dans les 15 États de l'Union européenne. Elle identifie un large éventail d'approches pour montrer que des définitions variées du handicap s'appliquent à différentes politiques et que les tentatives d'utiliser une même définition pour toute une série de politiques peuvent aboutir à un mauvais ciblage des politiques. La plupart des exemples se situent dans le domaine de la politique de l'emploi et de l'aide sociale. L'étude présente quatre modèles de détermination du handicap dérivés de deux paramètres : le degré de médicalisation et l'étendue de la discrétion dans la prise de décision. L'étude démontre clairement que la définition de ce qui constitue le handicap influence en particulier la manière dont les personnes présentant un handicap sont considérées et traitées par les administrations et les autres organismes.

Commission Européenne. Direction générale de l'emploi et des affaires sociales. Luxembourg. LUX (2005). **MISSOC. La protection sociale dans les États membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et en Suisse. Situation au 1er janvier 2005**. Sécurité sociale & insertion sociale: 994 p.

Le MISSOC "Système d'information mutuelle sur la protection sociale", est né en 1990 de l'initiative de la Commission européenne afin de permettre l'échange permanent et complet d'informations sur la protection sociale entre les États membres de l'Union européenne. Depuis, le MISSOC est devenu une source d'information importante sur l'état actuel de la législation relative à la protection sociale. Le système d'information regroupe actuellement l'ensemble des 25 États membres de l'Union européenne, les trois États de l'Espace économique européen, à savoir l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège, ainsi que la Suisse. Le MISSOC se fonde sur la collaboration étroite entre la Commission européenne, le réseau des représentants officiels des États participants et le secrétariat nommé par la Commission européenne. La Commission européenne, Direction Générale "Emploi, affaires sociales et égalité des chances", l'Unité E/4, prend en charge la coordination globale du MISSOC. Chaque État participant est représenté par un ou deux correspondants des ministères nationaux ou des institutions nationales responsables de la protection sociale afin de garantir la fiabilité des informations publiées par le MISSOC.

Conseil de l'Europe. Strasbourg. EUR (2002). **Evaluation du handicap en Europe. Similitudes et différences. Rapport réalisé par le Groupe de travail sur l'évaluation des critères individuels régissant l'octroi d'allocations et d'aides personnelles aux personnes handicapées**. 167 p.

Cette étude comparative des méthodes d'évaluation du handicap analyse les divers critères régissant l'octroi des allocations et des aides aux personnes handicapées dans vingt-deux pays membres du Conseil de l'Europe. Quatre approches fondamentales ont été identifiées et examinées : la méthode des barèmes, l'évaluation des besoins en matière de soins, la détermination des capacités fonctionnelles et l'estimation du dommage économique. Les barèmes utilisés en Angleterre, Belgique, France, Italie, Allemagne, Islande sont

présentés. Des comparaisons sont proposées avec des barèmes d'autres pays. La méthode de travail utilisée pour cette évaluation, est décrite ; la CIH est utilisée. En outre, le rapport décrit le rôle des équipes pluridisciplinaires dans la prise de décision pour l'octroi d'allocations et d'aide personnelle, et, plus particulièrement, pour l'évaluation des capacités de la personne en vue de sa réadaptation et (ré) intégration professionnelle et sociale ("la réadaptation prime sur la rente"). Le rapport souligne la nécessité d'une communication transfrontalière accrue ainsi que d'une harmonisation des méthodes d'évaluation du handicap en Europe.

Conseil de la santé et du bien-être, Québec (Province). (2001). Vieillir dans la dignité. Québec, CSBE:89p.

Fardeau M. (2001). **Personnes handicapées : Analyse comparative et prospective du système de prise en charge. Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Secrétaire d'Etat à la Santé, à l'Action Sociale et aux Handicaps, DGAS.**

Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/handicaps/index.htm> le 29/02/2008.

Inspection générale de la sécurité sociale, CEPS (2007), **L'assurance dépendance: les personnes dépendantes vivant à domicile, évaluation de leur situation. Etude réalisée pour le compte de la cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance.** Luxembourg, Ministère de la sécurité sociale, CEPS, International networks for studies in technology environment alternatives development, **Luxembourg**, 80p.

La procédure d'évaluation de l'assurance dépendance luxembourgeoise est présentée, analysée et évaluée dans son fonctionnement. Le document commence par une courte présentation de l'outil CTMSP puis aborde les instruments et la procédure d'évaluation pour mesurer la dépendance (médicale, le rôle de l'évaluateur, règles de détermination...).

Keefe J., Légaré J. (2005). **Developing new strategies to support future caregivers of the aged in Canada : projections of need and their policy implications.** Hamilton, McMaster University, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population: 28 p.

L'objectif de cet article vise la projection de taux annuels de croissance entre 2001 et 2031 du besoin d'aide formelle et informelle à l'endroit des aînés canadiens. On y examine également les implications en terme de politiques suscitées par la demande croissante pour les aidants naturels. En employant le modèle de micro-simulation LifePaths de Statistique Canada, ces projections combinent les taux d'incapacité ainsi que la disponibilité potentielle d'aidants naturels informels. Les auteurs concluent qu'à long terme, il sera impossible de répondre aux besoins des personnes âgées canadiennes sans améliorer les systèmes de soutien à leur disposition. De nouvelles stratégies permettant d'offrir un meilleur appui aux aidants naturels canadiens sont suggérées et leur faisabilité dans les domaines public et privé est évaluée.

Le Bouler S. (2006). **Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix.** Rapport de la mission Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes. Paris: Centre d'analyse stratégique, 174 (tome1) + 305 (tome 2).

la mission a choisi de développer quatre axes, qui intègrent évidemment l'ensemble des thématiques d'intérêt de la commande ministérielle.

1. La diversité de l'offre et les possibilités d'intégration

Au lieu d'envisager en propre l'établissement en considérant les autres éléments de la gamme d'équipements et de services comme des compléments, le premier souci de la mission a été d'explorer cette palette dans toute sa diversité, y compris en dehors du champ médico-social. Cela suppose une typologie fine des équipements et services et une réflexion sur leur articulation dans le cadre d'une planification des ressources attentive aux parcours, aux trajectoires des personnes. Un accent particulier est mis sur les expériences d'intégration innovantes, aussi bien en France qu'à l'étranger.

2. La quantification du nombre de places aux différentes échéances 2010, 2015 et 2025

Quels critères pour bâtir le scénario du libre choix, : quel taux d'entrée en institution cible ? Pour quelles populations ? Comment évaluer les besoins de prise en charge intermédiaire ? Quels besoins prendre en compte à domicile ? Il convenait ensuite d'étalonner la croissance de l'offre de services, de vérifier l'adéquation de la réponse et de considérer les besoins humains liés à cette prise en charge : prospective des métiers, attractivité des professions, etc.

3. Accessibilité financière, évaluation budgétaire et dispositifs de financement

La question des capacités contributives des personnes âgées et de leurs familles est doublement importante : en termes de mobilisation des financements possibles et d'exercice de la liberté de choix. Les éléments de

revenus et de patrimoine des personnes âgées prises en charge et de leurs familles doivent donc être mis en perspective sur le long terme et croisés avec l'évolution des coûts à charge de l'hébergement et du soutien à domicile. L'évaluation budgétaire se conçoit non seulement en termes de soutenabilité pour les finances publiques mais aussi de capacité à mobiliser à bon escient les initiatives publiques et privées pour faire face aux besoins. Il convient ainsi d'analyser de près l'ensemble des incitations, des ressources et des contraintes des opérateurs. La typologie et la quantification des éléments d'offre nécessaires permettent ensuite de tracer les contours d'un compte de la prise en charge de la dépendance dans le scénario envisagé. Cela suppose non seulement d'évaluer les coûts d'équipement (en construction neuve et en rénovation) pour les différents types de structures mais aussi et surtout de quantifier les besoins de financement afférents en fonctionnement (et donc de reprendre la question des taux d'encadrement sous l'angle financier).

4. La répartition territoriale des efforts

Un des objets de la deuxième phase des travaux de la mission était de rassembler les éléments permettant de dégager une appréciation plus fine des disparités territoriales. Le souci d'agrèger les initiatives individuelles dans un sens plus conforme à l'optimum collectif renvoie à la question de la planification gérontologique mais aussi aux conditions d'autorisation des créations de services. Les exercices de planification gérontologique départementale - marqués par une grande hétérogénéité suivant les territoires - exploitent les ressources d'une observation décentralisée et il est dès lors important de repérer les "bonnes pratiques", la politique gérontologique étant un "laboratoire" intéressant de l'action publique locale. Au-delà, les questions de péréquation impliquent de disposer d'une vision plus large de la répartition des ressources et des besoins, en ne s'en tenant pas aux indicateurs un peu frustes habituels. Tracer les contours d'un dispositif de péréquation rénové était incontestablement un enjeu important de la seconde phase de la mission. Enfin, la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social avait déjà été pointée dans le premier rapport de la mission. Elle recouvre les questions d'articulation entre les différentes formes de planification. Elle appelle aussi une réflexion ouverte sur le rôle des structures (hôpitaux locaux, USLD, HAD...), la répartition des tâches entre soignants, les dispositifs de coordination (au-delà de l'incantation). Elle recèle enfin des questions plus larges liées à l'organisation du système de santé dans un contexte de transition épidémiologique, la prise en charge des personnes âgées ne faisant qu'exacerber ou territorialiser un certain nombre de difficultés génériques.

Ministère de la santé et des services sociaux (Province du Québec) Direction des communications (2004). **Chez soi, le premier choix: précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile.** Québec: 39 p.

À la suite de la diffusion de la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » en février 2003, le ministère a préparé un document intitulé Précisions pour favoriser l'implantation de la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix ». Ce document constitue un moyen devant contribuer à l'harmonisation des pratiques concernant le soutien à domicile dans toutes les régions, tous les territoires locaux et pour l'ensemble des personnes ayant besoin de services de soutien à domicile, y compris les proches-aidants et les familles.

*Roussillé, Inspection Générale des Affaires Sociales (2004). **L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation.** Paris, Documentation Française 107p.*

Une mission de l'IGAS a été diligentée pour mener une "réflexion approfondie" sur les outils d'évaluation du handicap à élaborer dans le cadre de la création de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le rapport s'attache à dégager les caractéristiques du nouveau droit à compensation et de la prestation à compensation telles qu'elles ressortent du projet de loi sur "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" dans la version du 15 juin 2004 votée à l'Assemblée nationale et à les resituer dans le cadre plus large des évolutions conceptuelles et des pratiques internationales. Il a pour objectif de cerner leurs implications sur la nature de l'évaluation du handicap. Il brosse ensuite un tableau des principaux outils existants en France et à l'étranger en les présentant de façon synthétique dans leur lien avec une visée de compensation. Il s'interroge ensuite, à la lumière de cet état des lieux et de ces analyses, sur le cadre conceptuel et les lignes directrices afin de construire un ou des outils opérationnels susceptibles d'assurer cette fonction d'évaluation et de permettre l'attribution de la prestation de compensation. Après avoir étudié les conditions qu'un outil d'évaluation doit remplir pour être validé et donner des garanties de qualité, la dernière partie énonce quelques propositions à effet immédiat pour avancer dans le sens de la construction d'un nouvel outil.

Communications : (1)

Heuston J. (2004). **Meeting the health, social care and welfare services information needs of older people in Ireland : conference proceedings**, Dublin, National Council on Ageing and Older People.134 p.

Ce document présente les actes du colloque "Meeting the health, social care and welfare services information needs of older people in Ireland" qui a eu lieu en Irlande en 2002 sur le thème des besoins en information des personnes âgées en santé et services sociaux. La conférence a mis l'accent sur deux thématiques : renforcer les capacités des personnes âgées afin qu'ils puissent accéder aux informations et améliorer la capacité des dispensateurs de services à fournir des informations aux personnes âgées.

Table of content:

- Session One : Meeting the Health, Social Care and Welfare Services Information Needs of Older People - Geraldine Prizeman
- Adjusting to Transitions in Later Life: The Importance of Information for Successful Ageing - Geraldine Kenny
- Parallel Sessions: Building Older People's Capability to Access Information
- Planning for Transitions in Later Life: Retirement - Eamon Donnell, /Michael O'Halloran
- Report of Workshop - Discussion Chair: Bernard Thompson
- Planning for Other Transitions in Later Life - Dónal McManus, Dr Shelagh Wright
- Report of Workshop - Discussion Chair: Mary McDermott
- Enhancing Older People's Capacities to Access Information in the Computer Age - Paddy Carey, Joan Galvin
- Report of Workshop Discussion Chair: Úna Ní Fhaircheallaigh
- Overcoming Literacy and Health Literacy Barriers - Lil MacDermott, Anne McCarthy
- Report of Workshop Discussion Chair: Inez Bailey
- Empowering Older People as Information Seekers - Éilís Redmond, Frank Dorr
- Report of Workshop - Discussion Chair: Sylvia Meehan

Matinée: Pourquoi évaluer?

0. Introduction – Qu’entend-on par « évaluation des besoins des personnes » ?

Cette introduction a pour but de repréciser de quelle **évaluation** il est question (évaluation de la situation et des besoins de compensation des personnes), comme une démarche dynamique en lien avec le projet de vie, comme une étape précédant celles de la préconisation des aides, de l'éligibilité, du plan d'aide et le suivi. Elle reprendra les principaux éléments de la plaquette pédagogique de la CNSA sur l'évaluation de la situation et des besoins des personnes. Elle fera un rappel des bases conceptuelles du handicap (CIH puis CIF) avec en particulier l'importance de l'interaction de la personne avec son environnement. Elle évoquera aussi la différence entre demande, besoins et réponse. Elle repositionnera l'évaluation individuelle des besoins par rapport aux autres types d'évaluations (des établissements et services, des pratiques professionnelles, des besoins collectifs). Elle donnera un ou deux exemples de situation d'évaluation en indiquant que d'autres exemples seront présentés dans le cadre des 3 ateliers thématiques de l'après-midi.

P 1.1. Plénière de cadrage :

Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité

Cet exposé présenté par une jeune philosophe permettra de préciser les notions d'autonomie, de dépendance et d'interdépendance tels que définis par les philosophes. Il apportera un regard transversal entre les personnes âgées et personnes handicapées, en introduisant la notion de vulnérabilité. Il évoquera l'interaction entre ces différents concepts qui peuvent sembler parfois contradictoires. Il évoquera la question de la place de l'individu d'une part mais mettra en avant la question de la relation en particulier entre la personne vulnérable et ceux qui l'accompagnent. Il permettra aussi d'évoquer l'évolution de ces différents aspects avec l'évolution de la société.

Autonomie, pouvoir d'agir, vulnérabilité dans le regard de l'autre : des relations et des définitions à repenser

Cet exposé qui sera en résonance avec l'exposé précédent posera plus concrètement les questions d'autonomie et de pouvoir d'agir pour les personnes vulnérables en apportant le point de vue d'une avocate canadienne étayé par des exemples de situations concrètes et aussi d'axes politiques pris au Canada ou dans d'autres pays comme la Suisse dans ce domaine. Elle mettra en regard la notion de vulnérabilité en particulier liée à la vieillesse et comment l'âge doit être reconsidéré.

Bibliographie (17) :

Articles de revues scientifiques: (5)

Albrand S. (1998). **De la maladie vers la dépendance. Evaluation de la personne âgée malade** " La revue de Gériatrie vol.23 (n°5): 439-446.

Il est indispensable de bien différencier l'autonomie de la dépendance. La dépendance est le résultat fonctionnel d'une ou plusieurs atteintes organiques. Le concept de Wood qui détermine trois niveaux d'atteinte liée à la maladie permet de mieux apprécier les causes de la dépendance et de mieux cerner les approches thérapeutiques. L'entrée en dépendance est le fruit de l'interaction d'un ou plusieurs processus pathologiques avec le vieillissement physiologique normal. L'évaluation de la dépendance est indissociable de l'expertise approfondie de l'état de santé d'un sujet âgé. Cette stratégie médicale comporte quatre grandes étapes : l'évaluation physique ; psychique ; fonctionnelle et l'évaluation de l'environnement. Seule cette connaissance précise de l'individu âgé permet de définir et mettre en place un programme de soins médico-social individualisé et adapté garant de sa qualité de vie.

Crews D.E., Zavotka S. (2006). **Ageing, disability, and frailty: implications for universal design.** *Journal of Physiological Anthropology* vol.25 (n°1): 113-8.

Throughout the world all populations are seeing burgeoning numbers of "elders", defined as persons aged 65 year and older. In many countries, including Japan, the United States, Norway, Sweden and the United Kingdom, those aged over 65 are at or approaching 15% of the population. As their numbers have increased, so have their health care expenses, leading to extensive research on the health, well being, and life expectancy of these increasingly older elders. Today this group is further sub-divided: the young-old ages 65-74, the old-old

ages 75-84, and the oldest-old ages 85+, for both health care and research purposes. However broad variation still characterizes even these groupings. Rates of frailty and disability increase with increasing age among these elders. For example, inability to complete at least one activity of daily living increased from about 5-7% at ages 65-69 years to about 28-36% at ages 85+ in 1987. Death rates continue to decline at all ages past 50 years and rates of disability seem to be doing the same. For the foreseeable future, we may expect increasing numbers of older, frail elders than in previous decades. Thus, people are not only living longer, they generally are healthier at advanced ages than were previous cohorts, thus "old age" disabilities of the 20th century will be put off to even older ages during the 21st century. As yet there is no clear way to assess senescent changes in humans, although activities of daily living, allostatic load, and **frailty indices** have all been suggested. One future need is greater development and use of universal and **accessible design** in all aspects of the built environment.

De Saint-Hubert M., Swine C. (2007). **Evolving definitions of frailty** *Ageing Health* vol.3 (n°5): 589-593.

This article presents the current status of the definitions of frailty. The theoretical definitions are summarized, and the main elements of these definitions are developed. Frailty as a geriatric syndrome is briefly put into debate, and a model showing the relationships between the **factors involved** and the outcomes of frailty is proposed. The dynamics of functional decline and geriatric syndromes are put into the perspective of different stages of frailty. For the practical use of the concept, the operational definitions and the principal tools, indices and scales from the literature are briefly described, along with their main characteristics.

Lezzoni L. I. (2006). **Going beyond disease to address disability.** *The New England journal of medicine* vol.355 (n°10): 976-979.

Rameix S. (2004). **La décision médicale. Du paternalisme des médecins à l'autonomie des patients.** *Cahiers Philosophiques, CNDP* (n°98): 42-69.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (information exhaustive, consentement obligatoire, accès direct au dossier médical, droit de refus de traitement, "personne de confiance" représentant le patient incompetent, indemnisation de l'alea médical, ...) traduit une évolution considérable de la relation médicale : la décision médicale appartient désormais au patient. Comment comprendre cette évolution ? Notre hypothèse est la suivante : nous passerions d'un modèle moral paternaliste bienfaisant à un modèle autonomiste ou autodéterministe. Le premier est téléologique, donne priorité au principe de bienfaisance, est centré sur le bénéfice thérapeutique et s'appuie sur le paradigme de la responsabilité parentale bienveillante et non réciproque ; il est méta-éthiquement hétéronomique naturaliste. Le second est déontologique, donne priorité au principe du respect de l'autonomie, est centré sur la libre volonté des patients et s'appuie sur le paradigme du contrat entre partenaires libres et égaux ; il est méta-éthiquement autonome individualiste. Cependant, ce second modèle n'est pas, comme tel (habeas corpus, individualisme politique et juridique des pays de common law, conception autorégulatrice libérale du politique) compatible avec certaines de nos représentations et valeurs partagées dans une démocratie républicaine adossée à un État providence fort. Ce qui semble donc se dessiner c'est un modèle mixte, entre paternalisme solidaire et respect de l'autonomie, une « troisième voie ». Peut-on le valider ? Comment le construire ?

Autres articles : (3)

Ennuyer, B. (2005). **Dépendance et handicap, définitions, évaluations et politiques publiques.** *Bulletin du CREA Bourgogne* vol.246: 5-12.

Le CREA a organisé le 23 novembre 2004, une journée d'étude et de formation pour présenter le "Guide d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées âgées". Cet article présente la conférence de Bernard ENNUYER, qu'il a adapté pour tenir compte de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Sa réflexion se construit autour des notions de dépendance et de handicap. Il s'arrête tout d'abord sur l'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Puis il s'intéresse aux définitions de dépendance, handicap, situation de handicap. Enfin, il termine son intervention sur la question de l'évaluation de la dépendance et du handicap et sur l'avenir des politiques publiques en direction des personnes en situation de handicap.

Weber A. (2005). **L'appréciation de l'Allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéficiaires ou leurs proches**, DREES études et résultats, n°371, 8 p.

Cette enquête réalisée en 2003 auprès des bénéficiaires de l'APA, s'attache à connaître leurs appréciations ou celles de leurs proches (conjoint, enfants, amis...) sur le dispositif. Elle permet de décrire la manière dont ont été vécues les différentes étapes préalables au bénéfice de l'allocation, de dresser le bilan du contenu du plan d'aide auquel celle-ci permet d'avoir accès et enfin de mieux connaître les facteurs influençant l'appréciation du dispositif.

Ylieff M., Buntinx W., Lepeleire I. D. (2004). **La dépendance des personnes âgées. Définition, causes et conséquences**. L'observatoire (n°44): 25-28.

Cet article s'attache à décrire les différentes acceptions que recouvre le mot dépendance. Schématiquement, on distingue deux lectures de la dépendance, l'une restreinte (ou biomédicale) et l'autre globale (ou multidimensionnelle) incluant les aspects socio-économiques.

Livres et chapitres de livres : (5)

Clément S., Rolland C., Thoer-Fabre C. (2007). **Usages, normes, autonomie. Analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population**. PUCA 240p.

La bibliographie proposée permet de faire l'état des lieux de la recherche et des expériences innovantes en croisant les questions de l'habitat avec celles du vieillissement. L'analyse des 550 références françaises, européennes et québécoises met au jour diverses figures du vieillissement, chacune d'elle donnant la plupart du temps qu'une vision très partielle de la **complexité** du phénomène de l'avancée en âge.

Ennuyer B. (2003). **La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ? Histoire d'une catégorie : personnes âgées dépendantes**. Rennes, PUR, Editions ENSP: 95-129.

Ce chapitre va s'interroger sur le pourquoi et le comment de la construction d'une catégorie "personnes âgées dépendantes" à travers l'analyse des définitions de la dépendance, les outils d'évaluation, les représentations sociales et la politique publique en direction de la dépendance.

Ennuyer B. (2002). **Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social** Action sociale. Paris, Dunod 330p.

Cet ouvrage s'intéresse à la construction de la notion de dépendance, voir comment cette notion a structuré peu à peu le champ de la vieillesse et comment elle a conduit à une nouvelle catégorisation "les personnes âgées dépendantes", stigmatisées comme l'un des mauvais objets de la société actuelle. Or, la dépendance, est le fondement de notre autonomie individuelle et la base de la cohésion sociale. Cet ouvrage désire affranchir le lecteur de la stricte définition biomédicale de la dépendance, en lui faisant prendre conscience des représentations négatives que cette dernière induit : spécificité inéluctable du grand âge, nécessité du recours à l'hébergement, incapacité à faire et à être, menace et défi pour la société, source de dépenses importantes pour la collectivité (4è de couverture).

OMS - Organisation Mondiale de la Santé (2001). **Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)**. Editions de l'OMS - Organisation Mondiale de la Santé (Genève) 304p.

Nouveau membre de la famille des classifications internationales de l'OMS, la CIF décrit comment les gens font face à leurs problèmes de santé. Il s'agit d'une classification de la santé et des domaines liés à la santé décrivant les structures et fonctions organiques, les activités et la participation. Les domaines sont classés du point de vue de l'organisme, de celui de la personne en tant qu'individu et de celui de la personne en tant qu'être social. Le fonctionnement et le handicap s'insérant dans un contexte, la CIF comprend également une liste de **facteurs environnementaux**. La CIF est utile pour comprendre et mesurer les conséquences sanitaires. Elle peut être utilisée dans des cadres cliniques, dans les services de santé ou dans les enquêtes au niveau individuel ou de la population. Ainsi, la CIF complète la CIM (Classification internationale des Maladies) et va au-delà de la mortalité et des maladies.

Thouez J-P. (2001). **Territoire et vieillissement**. Paris, PUF (coll. médecine et société).

Plaider pour l'instauration d'une différence entre le vieillissement de la population et le vieillissement de l'individu, tel est le but de cet ouvrage. Le vieillissement de la population est généralement retenu pour évaluer, dans le temps, les problèmes de santé et la demande potentielle en soins de santé de la population âgée. En réalité, en dépit de l'effort soutenu par les pays au cours des dernières décennies, les renseignements fiables sur l'état de santé régionaux ou globaux restent limités. Il semble, de plus en plus, que l'on doive retenir le

concept de vieillissement de l'individu pour mieux cerner la demande réelle des personnes âgées, en particulier, leur maintien à domicile. En effet, le vieillissement varie selon les histoires de vie propres à chacun. Il faut donc replacer l'aîné dans son contexte social et environnemental pour mieux organiser les soins de proximité (résumé de l'auteur).

Rapports : (3)

Bonnet M. (2004). Pour une prise en charge collective - quel que soit leur âge - des personnes en situation de handicap. Paris, *Conseil Economique et Social*, 100p.

Leur environnement de vie ne permet pas aux millions de personnes de tous âges en situation de handicap de compenser les incapacités d'origine très diverses dont elles sont atteintes. Dans cet avis le Conseil économique et social explore les voies et les moyens permettant de faire face à ces difficultés et de mettre fin aux cloisonnements, aux discriminations et aux inégalités qui caractérisent actuellement la prise en charge de toutes ces personnes en offrant à chacun, quel que soit son âge, une compensation adaptée (résumé éditeur).

Cour des Comptes (2005). Les personnes âgées dépendantes. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. 447p.

Ce rapport sur les personnes âgées dépendantes a été présenté par la Cour des comptes le 9 novembre 2005. Disponible sur <http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RPT/Rapport.pdf>

Dans ce rapport, la Cour dresse un état des lieux des besoins issus du vieillissement et de la multiplication des situations de dépendance et met l'accent sur l'ampleur des problèmes que pose l'hébergement - à domicile ou en institution - des personnes âgées dépendantes. Elle examine ensuite la mise en œuvre des décisions prises depuis le milieu des années 1990 pour humaniser, moderniser et médicaliser les dispositifs de prise en charge et dresse également un premier bilan des réponses actuelles, en termes de capacités d'hébergement et d'offres de services. Puis elle décrit la complexité du système de financement actuel qui rend difficile la mesure précise des efforts consentis par la collectivité nationale pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle met l'accent sur les modalités de répartition des charges entre les différentes institutions et attire l'attention sur l'ampleur des besoins de financement à venir. Enfin, la Cour porte un intérêt particulier aux problèmes d'organisation et de pilotage à un moment où le jeu complexe d'acteurs institutionnels et professionnels très nombreux est modifié par l'accélération de la décentralisation : elle souligne la nécessité de mesures de coordination et de simplification permettant de **mieux prendre en compte les besoins des personnes âgées** et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Da Silva, O., Roche-Bigas B., Burbaud F. (2006). Autonomie et limitations fonctionnelles chez les personnes âgées vivant à domicile en Limousin. Limoges, *Observatoire Régional de la Santé du Limousin, Observatoire Social du Limousin, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Limousin*, 37p.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le handicap et la dépendance des personnes âgées vivant à domicile en Limousin. Cette étude repose sur une enquête transversale de type descriptive visant à mesurer la prévalence de critères de dépendance ou de handicaps dans la population âgée en Limousin. Elle a bénéficié d'un excellent taux de réponse (80% après relance) et a permis de quantifier la fréquence de la dépendance, d'en mesurer le degré, d'en analyser les caractéristiques et d'identifier la fréquence et la nature des aides apportées. Son but est d'évaluer les comportements et l'utilisation de huit outils usuels. La grille de dépendance de Colvez, et l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, test de Lawton) ont été utilisés. Cette étude, conduite avec la collaboration des principales caisses de retraite de la région a reposé sur un questionnaire postal adressé à un échantillon aléatoire de 1 600 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile, tiré au sort à partir des fichiers des caisses.

Sanchez J.-L., Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée, Avenard, et al., Eds. (2007). Soutien à l'autonomie : nouveau regard, nouvelles réponses. Paris, *ODAS* 26p.

Le vieillissement de la société française est un sujet de préoccupation déjà ancien pour les pouvoirs publics, mais il a fallu attendre la canicule de l'été 2003 pour que l'opinion s'intéresse aux personnes âgées elles-mêmes, à la place qui leur est faite dans la société, à l'isolement social dont elles sont souvent les premières victimes. Une prise de conscience qui s'affirme aussi au travers de la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes en situation de handicap, qui demandent avant tout à accéder à une vie sociale ordinaire en tant que citoyens à part entière. L'action des conseils généraux, dont la responsabilité dans le domaine du soutien à l'autonomie a été renforcée avec l'acte 2 de la décentralisation, s'affirme en ce sens, avec un changement majeur dans la manière d'appréhender le soutien aux personnes âgées et aux adultes handicapés, longtemps marqué par une approche assistancielle, mais qui commence à s'irriguer d'une éthique et d'un projet de

développement social local. Car l'enjeu aujourd'hui est bien de repenser non seulement nos modes d'accompagnement et d'accueil mais aussi le traitement de l'environnement des personnes pour préserver, voire enrichir leur vie sociale. Cette évolution vers le **développement social dans le soutien à l'autonomie** ne sera toutefois réellement opérationnelle que si elle s'inscrit dans une observation mieux organisée des attentes nouvelles et des besoins des personnes concernées (I). C'est à cette condition que pourra être mis en œuvre un processus d'adaptation des réponses (II) qui nécessitera une réforme de la gouvernance dans un domaine caractérisé par l'éclatement des financeurs et des acteurs (III). (R.A.)

Guides : (1)

Zribi G., Poupée-Fontaine D. (2004). **Dictionnaire du handicap**. Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique 351p.

Le dictionnaire présente en des termes compréhensibles par tous, des définitions des déficiences, des établissements spécialisés et des structures d'accueil, des concepts clés (intégration scolaire, méthodes éducatives...), des dispositions législatives et réglementaires, des professions sanitaires et sociales, des instances administratives, les courants de pensée, les principaux éléments de politique sociale, les caractéristiques des prestations. Le plus souvent les articles sont accompagnés de références bibliographiques, juridiques ou pratiques. On trouve en outre un index de 360 entrées ; un guide pratique destiné aux usagers. Trois pages sont consacrées aux repères chronologiques retraçant la politique sociale du handicap.

Séance plénière du matin

P.1.3. Les rôles et métiers du « prendre soin » (care)

Dans un troisième temps, nous ne pouvons parler de l'évolution du concept d'évaluation des besoins des personnes sans aborder celle des métiers du « care ». Ces derniers ont en effet un rôle de compensation de la perte d'autonomie et d'accompagnement des personnes. **En quoi ces métiers ont-ils changé dans leur dimension sociale, leurs compétences et leurs finalités ?** Professionnels, administrateurs et usagers ne sont pas sans influence sur le processus de la relation d'aide, passée de l'assistance à l'accompagnement. On peut alors s'interroger sur la façon dont ces métiers ont évolué par rapport à ce que l'on attend d'eux. Les attentes des usagers et le rôle des associations ont notamment joué un rôle sur la définition des métiers du care. Permettent-ils une offre collective de services qui réponde au besoin collectif, donc à la somme de chaque besoin individuel ? Par ailleurs, on encourage de plus en plus **la pluridisciplinarité** au sein des équipes, mais aussi au niveau des connaissances du professionnel afin de répondre à la fois aux **besoins de santé** et aux **besoins sociaux**. La question aussi autour des métiers de l'accompagnement pourra être posée.

Bibliographie (23)

Articles de revues scientifiques : (8)

Boult C., Reider L., Frey K. (2008). **Early effects of "guided care" on the quality of health care for multimorbid older persons : a cluster-randomized controlled trial.** *Journal of gerontology* vol.63A (n°3)

Background : The quality of health care for older Americans with multiple chronic conditions is suboptimal. We designed "Guided Care" (GC) to enhance quality of care by integrating a registered nurse, intensively trained in chronic care, into primary care practices to work with physicians in providing comprehensive chronic care to 50-60 multimorbid older patients. Methods: We hypothesized that GC would improve the quality of health care for this population. In 2006, we began a cluster-randomized controlled trial of GC at eight practices (n=49 physicians). Older patients of these practices were eligible to participate if they were at risk for using health services heavily during the coming year. Teams of two to five participants rated the quality of their health care by answering validated closed-ended questions from telephone interviewers who were masked to group assignment. Results : of the 13,534 older patients screened, 2391 (17,7 %) were eligible to participate in the study, of which 904 (37,8 %) gave informed consent and were cluster-randomized. After 6 months, 93,8 % of the GC and UC participants who remained alive and eligible completed telephone interviews. GC participants were more likely than UC participants to rate their care highly (adjusted odds ratio=2.0, 95 % confidence interval, 1.2-3.4,p=.006), and primary care physicians were more likely to be satisfied with their interactions with chronically ill older patients and their families (p<.05).

Conclusions : GC improves important aspects of the quality of health care for multimorbid older persons. Additional data will become available as this trial continues.

Butler R. (2004). **Evaluating an education project in mental health of older people.** *Nurs Times* vol.100 (n°35): 38-40.

This article describes the development and evaluation of an education and training pathway for older people's mental health. It aimed to increase the knowledge and skills of non-specialist NHS-registered and support staff working on acute wards for older people. The article makes recommendations to improve future training.

Landers M.G., McCarthy G.M. (2007). **Person-centered nursing practice with older people in Ireland.** *Nurs Sci Q* vol.20 (n°1): 78-84.

This column presents an analysis of McCormack's conceptual framework for person-centered practice with older people as a theoretical basis for the delivery of care of older adults in an Irish context. The evaluative process is guided by the framework proposed by Fawcett (2000) for the analysis and evaluation **of conceptual models of nursing**. The **historical evolution**, philosophical claims, and an overview of the content of the model are addressed. The following criteria are then applied: logical congruence, the generation of the theory, the credibility of the model, and the contribution of the model to the **discipline of nursing**.

Long M., Reis S. C. (2005). **Le rôle de l'équipe médico-sociale "APA" *Gérontologie* (n°135): 36-37.**
Description du rôle des travailleurs sociaux de l'équipe médico-sociale APA. Sa principale activité est de faire des visites à domicile pour y effectuer des évaluations que ce soit pour les premières demandes d'APA, les aggravations et les accompagnements.

McKeown F. (2007). **The experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse.** *J Clin Nurs* vol.16 (n°3): 469-76.

AIMS AND OBJECTIVES: The aim of the study was to explore the experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse. The objectives of the study were to: (i) identify **needs as perceived by older people**, (ii) examine if older people felt that these needs were met, (iii) examine the support/care/services received by older people, and (iv) explore any unmet needs of older people. **BACKGROUND:** A review of the literature revealed that discharge from hospital remains an area of concern as older people had varying degrees of met and unmet need following discharge from acute hospital. **DESIGN/METHODS:** A qualitative study using a phenomenological approach was undertaken. The researcher carried out interviews with a purposive sample of 11 older people in their homes two weeks following discharge from acute hospital. Data were analysed using Colaizzi's method. **RESULTS:** Older people experienced a wide variety of difficulties in managing aspects of their own care. A reassuring finding of this study is that older people received assistance in this initial discharge period, i.e. they experienced significant informal support complemented by statutory and voluntary support. Even though these older people were assessed by the public health nurse, their need to access services, for statutory service provision, **social aspects of their lives and safety** measures in their environment were not met. Older people expressed the wish to remain in their own homes. **CONCLUSION:** Assessment of older people by the public health nurse is meaningful to identify the needs of older people and provide for the needs of older people though this does not necessarily mean that all the needs of older people can be met by the public health nurse. This study supports the findings of other studies of the problems after discharge and provides an understanding of the experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse from their perspective. **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:** The study will provide information that will contribute to current **public health nurse practice** and will contribute to the understanding of public health nurse practice.

Shield F., Enderby P., Nancarrow S. (2006). **Stakeholder views of the training needs of an interprofessional practitioner who works with older people.** *Nurse Educ Today* vol.26 (n°5): 367-76.

*This paper, reports on United Kingdom research to examine the education and training requirements of an interprofessional practitioner for older people. The research was part of a larger study, funded by a local Workforce Development Confederation to identify whether there is a **need for an interprofessional practitioner**, and if so, determine their role and training requirements. Views of clients, carers and service providers were elicited using multiple methods including interviews, focus groups and questionnaires. The majority of service providers identified the need for an interprofessional practitioner and confirmed that these staff already exist within many multi-disciplinary community teams. The range of educational needs identified reflects the understanding that rehabilitation for older people requires a broad spectrum of knowledge and skills that cover both **'health' and 'social'** needs. It was felt that education and training should be established and accredited at a national level, with a career structure and appropriate recognition of the interprofessional role. Clients and carers identified unmet needs and want a 'Jack of all trades' who will complement the existing workforce. They recommended that recognised qualifications would provide interprofessional workers with 'status' and therefore acceptance by other professionals. This paper, discusses the implications of the stakeholder views on interprofessional education and training.*

Soulier E., Grenier C., Lewkowicz M.(2006). **La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession.** *Revue médicale de l'assurance maladie* vol.37 (n°2): 99-107.

L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît même si la plupart des indicateurs révèlent qu'elle n'a ni fondements économiques objectifs ni fondements démographiques avérés. Par son ampleur et son caractère inattendu, le mouvement de revendication des médecins généralistes démarré à l'automne 2001, et qui s'est cristallisé début 2002 autour du mot d'ordre de la consultation à 20 euros, constitue une étape dans la crise que traversent ces professions depuis près de 20 ans. D'où vient ce malaise ? L'étude met à jour une crise identitaire doublée d'une crise de régulation qui s'ancrent dans un ensemble de variables touchant le travail, le métier et le médecin lui-même. Elle esquisse des recommandations.

Voutilainen, P., Isola A., Muurinen S.(2004). **Nursing documentation in nursing homes-state-of-the-art and implications for quality improvement.** Scand J Caring Sci vol.18 (n°1): 72-81.

This study was designed to gain information on the quality of nursing care based on the comments in nursing records. The specific aims of the study were to find out if the patients' (i) individual needs are assessed, the goals for nursing care are set, and the nursing interventions are determined; (ii) if the patients' needs are met and (iii) if goal achievement is regularly evaluated by including comments in nursing documents. In addition, the study aimed to describe the **up-to-dateness of nursing care plans** as well as the frequency of making daily notes. The data were collected on 36 wards of four residential homes. A 30% sample of the nursing documents on each ward was collected (n=332) using the Senior Monitor instrument. The documents studied were mainly nursing care plans and daily note sheets. Seventy-three per cent of the nursing home residents had an up-to-date nursing care plan at the time of data collection. The main results demonstrated that a **written statement on the patient's mental ability** was lacking in **every fourth** document although 75% of the patients suffer from at least moderate dementia in Finnish long-term care institutions. Development activities should also be targeted to the documentation of clear and concrete means by which patients' independent functioning is supported. In addition, evaluation was the area that warranted attention and development activities since only every fourth record included information on changes in the patients' functional capability. Although a lot of in-service training has been focused on **improving the documentation practices**, there is still a need for development. The means by which knowledge is transferred to guide the practice should be carefully considered. Also forms should be developed to meet the special requirements for recording nursing care in long-term care settings.

Autres articles : (3)

Bally-Sevestre D., Chaumeil M., d'Erceville D. (2003). **Démarche d'évaluation en ergothérapie.** ErgOThérapies vol.12: 23-36.

Depuis quelques années, un processus dynamique se construit autour de cette notion d'évaluation. Plus les formes s'élargissent, plus le regard porté sur cet objet polymorphe se précise et s'affine. A terme, l'idée est de proposer une réflexion autour d'une méthodologie professionnelle, qui pourrait évoluer vers un référentiel. Ce besoin est toujours d'actualité pour les ergothérapeutes.

Boukelal A. (1997). **Fiches pratiques : Réflexions sur l'évaluation en travail social. Eléments en vue de la mise en place d'une démarche d'évaluation dans les structures médico-sociales.** Les cahiers de l'actif vol.256-257: 123-146.

Il faut évaluer. Ces trois petits mots qu'on entend, ici ou là sous forme de recommandation, de suggestion ou d'injonction, interpellent comme on dit aujourd'hui, les travailleurs sociaux. Quelquefois démunis d'outils et de connaissances sur le sujet de l'évaluation, ne trouvant pas toujours matière à mettre en place une réflexion au sein des équipes, certains responsables de structures médico-sociales et gestionnaires de programme semblent se désintéresser de la question. Beaucoup s'interrogent : de quoi s'agit-il, pourquoi, comment et pour quel résultat ? La réflexion qui suit se propose d'éclairer le lecteur sur les différentes dimensions de la démarche d'évaluation en travail social. Presque sans transition, elle propose dans sa seconde partie un schéma permettant aux responsables d'établissement de mettre en place au sein de leurs équipes une réflexion sur **l'évaluation des besoins** des usagers et sur les pratiques d'intervention. Le tout sans aucune prétention d'exhaustivité. L'objectif est moins d'apporter un savoir expert et complet (qui n'existe pas en soi) ou une réflexion critique de fond, que de suggérer aux lecteurs une présentation synthétique de ce qui s'écrit, se fait ou se dit à propos de cette discipline somme toute nouvelle dans le champ du travail social en France, comparativement à des pays comme les Etats-Unis ou le Canada.

Kalfat H. (2006). **L'évaluation en ergothérapie: quelles possibilités et quelles règles?** ErgOThérapies vol.21: 15-19.

Pour une bonne lisibilité de l'ergothérapie et de son fonctionnement, le processus d'évaluation qui concerne sa démarche doit être structuré dans l'application fidèle de ses propres préceptes. Pour ce faire, l'ergothérapeute choisit et utilise des **outils** qui prennent en compte les dimensions de la personne, les domaines d'activités nécessaires à son développement, ainsi que les caractéristiques environnementales qui la concernent. Une évaluation psychosociale accompagne la dynamique d'évaluation clinique.

Thèses : (2)

Beguïn Botocro R. (2002). **Évaluer le handicap ? De l'évaluation des handicaps à l'évaluation du fonctionnement du sujet.**"

A partir de l'étude de quatre ouvrages présentant des modèles d'évaluation du handicap (la classification internationale du handicap, CIH ; le processus de production du handicap, PPH ; la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF et le système d'identification et de mesure du handicap, SIMH), l'auteur de cette thèse, ergothérapeute de formation et consultant auprès d'organisations de personnes handicapées en Afrique s'interroge sur la pertinence des évaluations des situations de handicap et des méthodes à mettre en œuvre pour les conduire. Elle examine les divergences et les convergences des quatre classifications. Puis se demande comment élaborer des missions d'évaluation avec tous ces différents modèles existants ? Permettent-ils réellement d'évaluer des situations de handicap dans le respect des personnes considérées ?

Mercereau D. (2007). **Impact des CLIC sur l'évaluation et la prise en charge de la dépendance des personnes âgées par le médecin généraliste.** Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Montpellier, Université de Montpellier 1, 124p.

Livres et chapitres de livres : (7)

Amistani C., Schaller J.-J. (2008). **Accompagner la personne gravement handicapée: l'invention de compétences collectives.** Ramonville Saint-Agne, Erès: 201 p.

*Barreyre J.-Y., Peintre C. (2004). **Evaluer les besoins des personnes en action sociale.** Paris, Dunod 146p. Cet ouvrage fait part des travaux les plus récents en France concernant les modes d'évaluation des situations de vie, des attentes et des besoins des personnes. Il donne très concrètement une méthode et des outils aux professionnels et décideurs pour évaluer les besoins des personnes en situation de handicap (par rapport aux activités quotidiennes, à l'emploi, aux loisirs, etc.) auprès desquelles ils interviennent. Trois exemples de grille d'observation partagée, co-construites avec les acteurs de terrain, dans le secteur de l'enfance handicapée, de l'insertion sociale et de la santé mentale, viennent notamment illustrer cette démarche d'observation. Enfin, ce livre propose une lecture critique de la nouvelle classification internationale du handicap (CIF) et ses applications possibles dans les différents travaux d'évaluation. Les auteurs ont en particulier construit, à partir de la CIF, une échelle globale d'évaluation de l'autonomie (EGEA), pouvant constituer une base commune d'évaluation des besoins et être complétée par des modules adaptés aux spécificités de chaque population.*

Chauvière M. (2004). **Le travail social dans l'action publique.** Sociologie d'une qualification controversée. Paris, Dunod 304p.

Le travail social se réinvente sous nos yeux depuis deux décennies. Il développe de nouvelles cibles, de nouveaux savoir faire et de nouveaux rapports avec les administrations publiques. L'ouvrage de Michel Chauvière propose une radioscopie du travail social dans ses rapports avec la clinique et l'action publique. A la fois généalogique et prospectif, il dessine une architecture souvent peu perçue et fera date dans la gamme des essais réflexifs sur un champ essentiel de notre société.

Ion J. (2005). **Travail social et souffrance psychique**, Dunod. 208p.

Quand l'État providence semble se déliter, quand perdent de leur force les cadres collectifs de l'existence sociale et que chacun est sommé de construire sa propre personne, quand s'efface l'idée même de progrès, comment un travail social sur les individus est-il encore possible ? Comment traiter alors ce qu'il est devenu convenu d'appeler la souffrance psychique ou sociale ? Cet ouvrage entend explorer les transformations des pratiques des intervenants sociaux confrontés à ces situations extrêmes mais de plus en plus courantes où toute visée de ré-insertion paraît impossible.

Ministère du Travail des Relations Sociales et de la Solidarité, Ladsous / dir, Bouquet / dir, et al. (2007). **L'usager au centre du travail social. De l'énoncé des droits de la personne à l'exercice de la citoyenneté. Conditions d'émergence de pratiques professionnelles novatrices.** Rapports du CSTS. Rennes, ENSP 165p.

La loi du 2 janvier 2002 positionne l'usager au cœur de l'action sociale. Examiner l'effectivité de la mise en actes des principes réaffirmés par la loi, éclairer la manière dont le travail social s'en empare : tel était le mandat confié au groupe de travail dirigé par Jacques Ladsous et Brigitte Bouquet. Le rapport passe en revue

la posture requise, tant des professionnels et des administrations que des usagers eux-mêmes, le processus de la relation d'aide, passé de l'assistance à l'accompagnement, et enfin les procédures indispensables à une refondation des relations entre travailleurs sociaux et usagers. Le droit à vivre sa sexualité est l'objet d'un chapitre entier.

Vercauteren R., Hervy B. (2006). **Animateur auprès des personnes âgées. Un métier à part entière. Enquête : quelles attentes en soins de longue durée ?** D. Gérontologie. Revigny-sur-Ornain, Doc Editions: 74-80.

Dans le cadre de la création ou de l'évolution d'un projet institutionnel de vie, il est intéressant d'effectuer une enquête afin de cerner les attentes exprimées par les personnes âgées. Cet article décrit l'exemple d'une structure parisienne.

Rapports : (1)

*Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (2007). **Etude prospective sur les métiers de demain : tendances d'évolution à 5/10 ans.** Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités 177p.*

Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations

Guides : (2)

Anderson M., Parent K. (2002). **Favoriser la santé mentale des personnes âgées : guide à l'intention du personnel des soins et services à domicile.** Toronto, Association canadienne pour la santé mentale.

Le guide est le fruit d'une étude nationale effectuée en 2001 par l'Association canadienne pour la santé mentale qui visait à évaluer les besoins en santé mentale des personnes âgées ainsi que le rôle que jouent et peuvent jouer les soins et services à domicile pour répondre à ces besoins. L'étude a conclu qu'il fallait, pour favoriser la santé mentale des personnes âgées, améliorer la capacité des organismes de soins et services à domicile à cerner les problèmes de santé mentale des aînés et à soutenir ces derniers, tant sur le plan de la nature des services offerts que celui de leur prestation.

Structure du guide :

Le présent guide s'appuie sur les résultats de l'étude et offre des outils pratiques et des listes de contrôle pour aider le personnel de première ligne à répondre aux besoins en santé mentale des personnes âgées. Il examine le concept de santé mentale et énonce des principes et un cadre pour aborder les questions touchant la santé mentale des aînés. Il propose ensuite des mesures que le personnel des soins et services à domicile peut mettre en oeuvre pour favoriser la santé mentale chez cette population et l'aider à naviguer dans le système en lui fournissant de l'information et des services coordonnés. Le guide présente également des stratégies pour parfaire les compétences du personnel dans trois secteurs clés :

- * communication
- * participation des clients à la prise de décision
- * défense des droits.

Il se termine par un examen des facteurs pouvant avoir une incidence sur la santé mentale des personnes âgées et des moyens de les aborder. Ces facteurs sont les suivants :

- * isolement social
- * déclin fonctionnel
- * toxicomanie
- * violence à l'égard des personnes âgées

D'Erceville D., Détraz M.-C., Eiberle F. (2000). **Ergothérapie : guide de pratique.** Arcueil, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 107p.

Environ quatre mille ergothérapeutes exercent leur profession en France, dans divers domaines du sanitaire et du social. Mais qu'est-ce que l'ergothérapie, d'où vient-elle ? Quelle est la démarche qui caractérise les ergothérapeutes aujourd'hui ? Quelle est leur formation ? Profession **en pleine évolution**, il était souhaitable de donner des références d'actualité aux personnes pouvant en bénéficier, aux prescripteurs, aux employeurs, aux décideurs institutionnels et aux ergothérapeutes. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes tient à marquer cette année 2000 d'événements favorisant la promotion de cette profession et la formation des ergothérapeutes français ou européens. De l'histoire de la pratique, du cadre conceptuel au référentiel de la

démarche du praticien, de la formation au cadre légal de l'exercice en France, les auteurs mandatés par l'ANFE proposent ici d'offrir les bases d'une réflexion pour expliquer et faire connaître l'ergothérapie. L'objectif : fournir des repères et susciter l'échange, dans un contexte politique et social favorable au développement des services auprès des personnes ayant des déficiences ou étant en situation de handicap. (Préface d'Anne Moreau)

P.1.4. Le processus de choix d'un outil d'évaluation : l'exemple de la Belgique

Le dernier point de la séance plénière matinale abordera la question du processus de choix d'un outil. **Pourquoi prendre la décision de choisir un outil référentiel ? Quels critères sont à prendre en compte au cours de ce processus ?** En effet, pour Henriette Gardent (2001) « l'impact de l'outil utilisé n'est pas neutre, il conditionne l'efficacité du résultat obtenu ». L'auteur déplore dans le domaine gérontologique, un manque de réflexion conceptuelle et une pauvreté méthodologique qui conduisent à un foisonnement anarchique d'instruments. Si certains prônent une harmonisation au niveau national pour une meilleure performance, une universalité et une égalité de traitement, d'autres y voient un « risque sclérosant des normes administratives à la dynamique de l'échange » (Chauvière et al., 2006). Afin de mieux cerner la question et comprendre quels objectifs sont visés, **l'exemple concret de la mise en place du RAI en Belgique sera présenté.** Cet exposé sera surtout axé sur le processus de mise en place de l'outil, (comment les acteurs de terrain en particulier ont été associés) et sur les principes identifiés qui ont amené à choisir cet outil. Les problèmes liés à la mise en place effective pourront être soulevés

Bibliographie (9) :

Articles de revues scientifiques : (5)

Buntinx, Paquay, Fontaine, et al. (2004). **Options for a new procedure for determining care needs in Belgium : an initial exploration.** *Archives of Public Health* vol.62 (n°3-4): 173-184.

Broad consensus exists among Flemish care providers and policymakers that the KATZ scale variables, which are widely used in Belgium, are not the ideal way of compiling a list of care needs or of preparing for care planning. However, deciding on a new and better procedure is not easy. One of the key tasks of the Qualidem project was to choose and support this procedure. In recent years, a limited multidisciplinary reflection group has attempted to formulate the concepts underlying this choice and to compile a list of the most important options. This took place through monthly discussions based on a draft text. The knowledge and experiences of the first Qualidem project were drawn from extensively for both the draft text and for the adjustments, as well as the experiences of other groups described in the literature (1; 2). In addition to the authors, the reflection group consisted of F. Falez, L. Delesie, J.P. Bronckaers, J. Pacolet and C. Swine. The text below is a description of the decisions and proposals made by this reflection group. (Introduction)

Cassou B. (1998). **Ethique et évaluation de la dépendance.** *Gérontologie* vol.107: 48-51.

Les instruments utilisés pour l'évaluation de la personne âgée ne peuvent servir à tout et à n'importe quoi. Le risque est de se servir "d'instruments" dans un autre contexte que celui pour lequel ils ont été construits, d'oublier les problèmes méthodologiques inhérents à leur élaboration et méconnaître qu'ils sont porteurs de pratiques sociales et de représentation de la vieillesse et du vieillissement (tiré de l'introduction).

Chauvière M., Ginisty B., Ward J., et al. (2006). **Le temps des référentiels.** *Vie Sociale* (n°2): 130.

L'usage du mot "référentiel" s'est imposé dans le lexique de l'action sociale ces dernières années. D'où vient-il exactement ? Dans le contexte contemporain, que signifie-t-il ? Pourquoi certains s'en méfient-ils presque instinctivement, pendant que d'autres n'y voient pas malice, et tout au contraire veulent y croire ? Modernes, les référentiels ? Libéraux, les référentiels ? Performatifs, les référentiels ? Mais à qui donc profite ce mot ? C'est sur ces bases que nous avons conçu ce nouveau numéro de la revue "Vie sociale". Les contributions qui ont été rassemblées à cette occasion en proposent une exploration dans trois directions principales. Tout d'abord, plusieurs auteurs tentent de situer l'émergence des référentiels dans le domaine de l'intervention sociale, pour mieux en repérer le sens et les limites. Puis, une seconde série d'auteurs aborde de façon critique les usages de cet outil dans différents domaines empiriques de l'action sociale : la formation des acteurs sociaux, les prestations d'accueil, d'hébergement et d'insertion dans le secteur des CHRS, les politiques de la dépendance avec la grille AGGIR. Enfin, deux auteurs cliniciens nous entraînent dans un pas de côté, à partir de leur expérience de terrain et opposent le risque sclérosant des normes administratives à la dynamique de l'échange et de la parole signifiante du sujet. (R.A.).

Gardent H. (2001). **Evaluer : avec quoi ?** *Gérontologie et Société* (n°99): 97-109.

La nécessité d'évaluer est à l'ordre du jour mais il n'en va pas de même de la réflexion sur les outils pour la mettre en oeuvre. Or l'impact de l'outil utilisé n'est pas neutre, il conditionne l'efficacité du résultat obtenu. Cet article passe rapidement en revue les divers aspects confondus sous le terme "évaluation". La diversité des

optiques (de soins, de gestion, de recherche) et des destinataires-utilisateurs (au domicile, en institution, pour l'allocation de ressources, etc...) entraîne légitimement la diversité des instruments utilisés, dont quelques exemples sont donnés parmi tant d'autres. Mais, dans le domaine gériatrique en France, on constate que le manque de réflexion conceptuelle et de culture méthodologique ont conduit à un foisonnement anarchique et/ou à la pauvreté méthodologique de nombreux instruments, même très utilisés. Quelques conditions de la réussite, d'une évaluation donc de son utilité sont envisagées, en particulier l'utilité-pertinence (production d'informations compréhensibles et utiles).

Reilly S., Challis D., Burns A., et al. (2004). **The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland.** *Aging Ment Health* vol.8 (n°3): 249-55. (Voir dans outils A.2.1)

Rapports : (4)

Gosset C., Filée D., Londot A., Polomé L., Sprengheiti N., Declercq A., Wellens N., Van Audenhove C., Moons P., Milisen K. (2007). **Recherche-action concernant l'utilisation de l'outil RAI/MDS dans les hôpitaux de jour gériatriques, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et domicile (via les services intégrés de soins à domicile).** Liège, Université de Liège 324p.

Le vieillissement de la population voit la nécessité de repenser la politique de prise en charge de la personne âgée. L'augmentation de la demande de soins est liée à l'accroissement des coûts pour la sécurité sociale avec une offre limitée. La politique de santé vis-à-vis de la personne âgée est devenue une question primordiale pour nos gouvernants. Un groupe de travail intercabinets a pris position sur l'utilisation d'un instrument de base commun permettant une continuité dans les soins réservés aux personnes du troisième âge. Le service public fédéral a demandé une première étude qui est résumée dans le projet INTERFACE publié en 2005. Cette recherche a testé trois instruments : l'échelle de Katz, l'ensemble PATHOS / AGGIR / SOCIOS et le RAIMDS. Le groupe de recherche a recommandé l'utilisation du RAIMDS pour plusieurs raisons :

- Le RAIMDS permet d'évaluer la qualité des soins, ce qui offre la possibilité d'un suivi longitudinal sur base de données agrégées.
- Le RAIMDS offre une plus value pour la préparation et l'élaboration de plan de soins individuels?
- L'approche est pluridisciplinaire.

La recherche-action BELRAI 2006 fait suite au projet INTERFACE. Elle concerne l'utilisation de l'outil RAIMDS dans les hôpitaux de jour gériatriques, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et le domicile (via les services intégrés de soins à domicile).

de Lepeleire J., Swine C., Ylieff M., Pepersack T., Buntinx F. (2005). **INTERFACE : Organisation et financement offre de soins transinstitutionnelle secteur soins aux personnes âgées.** 441p.

L'objectif primaire de cette étude est "le développement d'instruments et de procédures politiques, pour tracer la problématique d'une personne âgée nécessitant des soins permanents, formuler des objectifs individuels, déterminer et suivre les besoins en soins informels, de soins professionnels et éventuellement d'hospitalisation, estimer les frais y adhérents et comparer les résultats avec la situation actuelle". En effet, aussi bien au sein du secteur que chez les assureurs et auprès des autorités, il existe une grande insatisfaction concernant les procédures actuelles pour déterminer les besoins en soins des personnes âgées dépendantes et le support financier à attribuer à cet effet. Les objectifs secondaires de cette étude sont, en premier lieu, de familiariser les prestataires de services actifs dans le secteur du troisième âge, avec les instruments et les procédures aptes à être considérés pour un usage plus général à l'avenir, et en deuxième lieu, d'adapter nos connaissances des besoins de la population en question, de la relation entre les besoins et l'offre et du cours du processus de soins au-delà des organisations et institutions ; et enfin la réconciliation d'informations quantitatives avec des opinions qualitatives subjectives et des préférences dans la direction d'un consensus éventuel.

*Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2000). **Comité avisé sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile.** Québec, Gouvernement du Québec 45p.*

Qualidem (s.d). **Protocole étude terrain Texte intégral,** Université de Liège, Katholieke Universiteit Leuven. Disponible sur <http://www.ulg.ac.be/psysante/qualidem/Protocole%20etude%20de%20terrain.doc> le 20/02/2008.

* * *

Première série d'ateliers

A.1.1. Atelier 1 : La place de la personne et la prise en compte de son projet de vie dans l'évaluation

Un des ateliers proposés portera sur le projet de vie et la compensation globale. Philosophes, sociologues, usagers et personnes de terrain français et étrangers pourront échanger sur **la notion de l'individualité et la place de l'individu par rapport à la collectivité. En quoi le concept de l'individu a évolué et influé sur la notion d'autonomie ?** Pour Suzanne Rameix, « l'autonomie est un postulat de raison morale ». Selon elle, nous passons « d'un modèle moral paternaliste bienfaisant à un modèle autonomiste ou autodéterministe ». Des exemples concrets de prise en compte du projet de vie des personnes âgées et handicapées permettront d'illustrer sous quelles formes ce projet de vie est intégré dans l'évaluation, quels en sont les avantages mais aussi les limites. Nous chercherons également à déterminer en quoi la compensation peut être définie comme globale. Il sera intéressant d'intégrer au mieux les expériences internationales où le modèle environnemental et la prise en compte des habitudes de vie ont été davantage intégrés que dans le modèle français. Cet atelier sera aussi l'occasion de présenter les résultats de l'étude conduite par le cabinet ASDO sur la place réservée à l'usager par les outils d'évaluation, et présentera en particulier les typologies d'usagers et de professionnels déstagés.

Bibliographie (28)

Articles de revues scientifiques : (15)

Carpenter Van H., Ruckdeschel, et al. (2000). **The psychosocial preferences of older adults : a pilot examination of content and structure.** *The Gerontologist* vol.40 (n°3): 335-348.

L'individualisation des soins destinés aux personnes âgées dépend de la connaissance des préférences psychosociales du patient. Actuellement, cependant, il n'existe aucun instrument empirique complet permettant d'évaluer ces préférences. Dans une tentative de développer un tel instrument d'évaluation, cette étude pilote examine le contenu et la structure des préférences psychosociales des personnes âgées en utilisant une technique statistique : la fonction concept . Les résultats devraient aider les soignants formels et informels à personnaliser leurs interventions afin de prodiguer des soins individualisés qui améliorent la qualité de vie des patients âgés.

Crestin-Billet, C. (2002). **Pratiques soignantes: La négociation dans l'évaluation gérontologique, leurre ou réalité ?** *Soins Gériologie* (n°38): 16-19. (voir partie A.2.6 : Dépasser les tensions)

Croff B., Mauduit M. (2006). **Le projet de vie en formation et sa mise en œuvre dans une organisation apprenante de travail.** *Gérontologie et Société*: 15.

Cet article se propose de montrer ce que "projet de vie" veut dire, à l'occasion d'une demande d'aide à domicile par une personne âgée bénéficiaire ou non de l'allocation personnalisée autonomie. A travers des situations racontées par les aides à domicile, lors de sessions de formation, nous essayons de rendre lisible dans le détail, tout ce qui doit être pris en compte dans la mise en œuvre d'une prestation pour impliquer la personne aidée dans les actes de sa vie quotidienne, afin qu'elle re-mobilise un désir de vivre. Nous montrons également comment la reformulation par un tiers de ce qui est fait par l'aide à domicile est indispensable pour révéler un travail qui sinon demeure invisible.

Cette reconnaissance du travail et par la même de la compétence mise en œuvre valorise la personne qui travaille et lui permet de mobiliser (elle ou lui aussi) des compétences et d'avoir du plaisir à faire un métier qui, à ce jour, fait encore l'objet de représentations dévalorisantes.

Nous montrons enfin que ce n'est pas uniquement en formation que cette reconnaissance doit se faire mais de façon continue à travers une organisation apprenante de travail, ou le rôle des responsables de secteur, si tant est qu'ils soient formés à leur fonction, sera déterminant.

De Jouvencel M., Hamonet C., Magalhaes T. (2007). **La subjectivité: la dimension à ne pas oublier dans la réadaptation de l'hémiplégique.** *Journal de réadaptation médicale* vol.27 (n°4): 128-132.

Les connaissances médicales et psychologiques pour les besoins des personnes handicapées ne doivent pas être limitées aux méthodes applicables pour le diagnostic et le traitement des maladies. Aborder le handicap

secondaire à un accident vasculaire cérébral (AVC), oblige à prendre en compte l'aspect **situationnel et subjectif** des personnes handicapées. L'objectif est d'associer la personne concernée à sa propre évaluation, mais aussi de mieux connaître son interprétation personnelle sur les circonstances de survenue, son état actuel et les possibilités d'évolution. Le service de réadaptation médicale et le centre de réadaptation fonctionnelle sont des lieux de passage de la maladie au handicap. Il est indispensable de poursuivre, au-delà d'une rééducation-réadaptation médicale, une réinsertion satisfaisante pour la personne. C'est, de notre point de vue, une démarche éthique qui replace la personne handicapée, non seulement au centre du dispositif de soin, mais aussi comme **auteur de son projet de vie**. Des outils d'évaluation sont constamment développés pour décrire les lésions et les troubles de l'AVC (neurologiques, moteurs et neuropsychologiques). Le système d'identification et de mesure du handicap (SIMH) que nous proposons permet de répondre, au-delà des aspects lésionnels et fonctionnels, à l'aspect situationnel et subjectif de la personne victime d'un AVC. C'est-à-dire une victime, un malade, un handicapé, non pas objet d'une rééducation, mais **sujet de sa réadaptation** pour se réinsérer dans sa vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Filliote (2003). **De la qualité de vie au projet de vie... Une expérience de management stratégique dans un EHPAD**. *Soins Gérontologie* vol.40: 35-37.

Comment penser "projet de vie" dans un lieu où l'expression du désir n'est plus de mise, où la parole se perd dans le brouhaha de l'organisation des activités quotidiennes, où la dimension personnelle se noie dans des obligations normatives au service de la gestion des risques ?

Janlöv A. C., Hallberg I. R., Petersson K. (2006). **Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it?** *Health Soc Care Community* vol.14 (n°1): 26-36.

The aim of this qualitative study was to explore older persons' experience of participation in and influence on decisions about public home help/care when **undergoing needs assessment** and receiving public home help. A purposive sample of **28 home help** recipients over the age of 75 were selected. Data were collected by means of in-depth interviews. A content analysis revealed one overarching category: 'Having to be satisfied, adjust, and walk a fine line when balancing between needs and available help'; and three principal categories: Balancing the comfort and guilt receiving help from the family at the limits of their capacity; 'A necessary evil' balancing feelings and resources against having no choice but to accept; Incorporating the home help into daily life to gain a sense of continuity. The findings indicate that older persons have **difficulties coping and adapting to their new life situation** and have no actual influence over the decisions about their home help. The officer told them what was available. This implies a need to pay **attention to the frail persons' mental state** in the needs assessment and to ensure adequate understanding of information. Further, it suggests that the needs assessment and the home help officer should to a larger extent focus on **individual needs as a whole**, involve and encourage the older person to strengthen his or her sense **of being in control**.

Leduc F. (2002). **La démarche d'évaluation du sujet âgé dans le champ de l'aide à domicile** *Gérontologie*, (124): 2-7.

La nécessité d'évaluer les besoins des personnes âgées a fait l'objet, depuis une vingtaine d'années de réflexions, d'outils, de démarches visant à décrire la situation de chaque personne, dans des dimensions sociales, psychologiques, environnementales, afin de déterminer le niveau d'intervention professionnelle apte à compenser les incapacités, dans le respect de l'autonomie des personnes (tiré de l'intro).

Le Reun N., Deniel M., Lelias H., et al. (2002). **L'évaluation de la satisfaction des résidents et de leurs familles, un outil d'amélioration de la qualité**. *Soins Gérontologie* vol.38: 20-22.

La démarche qualité implique de mieux connaître les besoins des résidents. L'enquête décrite ici a permis de les mesurer, afin d'apporter des réponses précises en termes d'amélioration de la qualité de vie. Un suivi et une évaluation ont ainsi pu être mis en place.

Medvene L., Grosch K., Swink N. (2006). **Interpersonal complexity: a cognitive component of person-centered care**. *Gerontologist* vol.46 (n°2): 220-226.

PURPOSE: This study concerns one component of the ability to provide person-centered care: the cognitive skill of perceiving others in relatively complex terms. This study tested the effectiveness of a social motivation for increasing the number of psychological constructs used to describe an unfamiliar senior citizen. **DESIGN AND METHODS:** Forty-four certified nurse aide students participated. Students were mostly 30-year-old (M = 31) females (86%) with a high school education (72%). A quasi-experimental design was used. Early in training, participants completed the Role Category Questionnaire (RCQ), which measured their interpersonal cognitive complexity. On the basis of their RCQ scores, participants were matched and assigned to the experimental or

control condition. Five weeks later, participants viewed a 15-min videotaped biography of an unfamiliar senior citizen--Mitch. Participants in both conditions were told they would be asked to describe Mitch as a person after watching the video. Only participants in the experimental condition were additionally asked to imagine that they would be having a personal conversation with him afterward. RESULTS: As hypothesized, participants in the experimental condition ($M = 14.6$) used more constructs to describe Mitch than did participants in the control condition ($M = 11.8$): $F(1, 41) = 4.03, p < .05$. Participants' RCQ scores were significantly correlated with the complexity of their descriptions of Mitch. IMPLICATIONS: The findings suggest that new training materials should be created that include experienced certified nurse aides' modeling how biographical and personal information can be used in caregiving tasks to gain residents' cooperation.

Mette C., Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (2004). **L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide.** *Etudes et Résultats* (n°293): 11.

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place le 1er janvier 2002, s'est substituée à la Prestation spécifique dépendance (PSD) et à une part des prestations prises en charge par les caisses de retraite au titre de l'action sociale extra-légale. Elle vise à permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus, reconnues dépendantes au sens des Gir 1 à 4 de la grille AGGIR de conserver le libre choix de leur lieu de vie, à domicile ou en établissement pour personnes âgées. Elle leur permet aussi de recourir aux aides nécessaires pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Cette étude s'attache à décrire, à partir d'une enquête réalisée à la fin 2002 auprès des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile (55% des 758 000 bénéficiaires), les plans d'aide mis en œuvre dans le cadre de ce dispositif.

Ploton L., Gaucher J., Talpin J.-M., et al. (2000). **Psycho-gérontologie. De la gériatrie à la psychogériatrie.** *Pratiques Psychologiques* (n°3): 3-9.

La dimension psychologique est trop souvent évacuée de la pratique gérontologique. La démarche en usage avec les personnes âgées est généralement trop économe de tentatives d'explications des conduites irrationnelles et de temps d'analyse des difficultés. De fait il s'agit d'une démarche essentiellement volontariste, qui recourt implicitement à la loi du plus fort dans la résolution des difficultés. C'est ainsi qu'on assiste quotidiennement à des solutions visant à obliger un patient à faire ceci ou cela ou à tenter de lui interdire physiquement (ou encore chimiquement). C'est tout l'angle de la négociation, relative à une prescription et à un projet thérapeutique, qui est ainsi négligée. Or pour avoir de bons résultats, il ne suffit pas de prendre les bonnes mesures, il est également indispensable de trouver la "manière de faire" déterminante de l'adhésion de tout un chacun, y compris du patient.

Rameix S. (2004). **La décision médicale. Du paternalisme des médecins à l'autonomie des patients.** *Cahiers Philosophiques, CNDP* (n°98): 42-69. (Voir dans 0. Introduction)

Smith F., Orrell M. (2007). **Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care?** *Age Ageing* vol.36 (n°6): 628-31.

OBJECTIVES: To investigate the effect of a general practitioner's 'patient centredness' on identification of **unmet needs** in older adults. DESIGN: Correlational questionnaire based study with a descriptive element. SETTING: Two south London general practice surgeries. PARTICIPANTS: Sixty seven patients over the age of 65 visiting their general practitioner (GP) for a new episode of care. MAIN OUTCOME MEASURES: Assessment of unmet needs and patients' perceptions of GP patient centredness. RESULTS: Having one or more unmet needs on the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) was not associated with evaluations of GP patient centredness ($t(64) = -0.334, P = 0.740$). After their GP consultation, 35 (52.2%) participants **still had at least one unmet need** on the CANE. The most common unmet needs were **information** (13, 19.4%), eyesight/hearing (11, 16.4%) and benefits (11, 16.4%). A large proportion of the patient sample (28, 41.8%) who perceived their problems were dealt with by the consultation, had unmet needs on the CANE. CONCLUSIONS: The patient-centred approach was highly valued but was not linked to reduced unmet needs. Many older people tolerate unmet needs and seem reluctant to acknowledge them or mention them to their GP.

Somme D., Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (2003). **Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution.** *Dossiers Solidarité et Santé* (n°1): 35-47.

L'auteur de cet article analyse les filières d'admission des personnes âgées hébergées en établissement et la participation des résidents sur la décision d'entrée. Deux éléments sont plus particulièrement analysés : l'acteur

de la demande d'entrée dans l'établissement - professionnels sociaux ou de santé, famille, personne âgée elle-même et la raison de cette démarche (décision personnelle, état de santé).

Steele M., Pinquart M., Sörensen S. (2003). **Preparation dimensions and styles in long-term care.** *Clinical Gerontologist* vol.26 (n°3-4): 105-122.

Psychological effects of preparation for possible future care needs were examined in community dwelling elders. Two dimensions of preparation (**becoming aware of care needs and concrete planning**) and four styles of preparation (being an **avoider, thinker, planner, and consenter**) were investigated. Greater awareness of future care needs was related to more worry and depression and lower satisfaction with preparation ; **concrete planning** was associated with less worry and depression and more satisfaction. Concrete planning buffered the effect of awareness on older adult's worrying, but not on depression and satisfaction. With regard to styles of preparation, seniors who thought about future care needs without finding a solution (thinkers) had the highest levels of worry and depression, and the lowest levels of satisfaction. In addition, individuals who had made concrete plans (**planners**) and who had adopted plans from confidants (consenters) had the highest levels of satisfaction with preparation.

Autres articles: (1)

Gustavsson, A. (2006). **La notion d'autodétermination en Suède.** *Bulletin du CREAL Bourgogne* (n°264): 5-27.

En Suède, la critique principale de la politique de l'Etat Providence portait sur le fait que les mesures collectives ou individuelles prises en faveur des personnes handicapées ne tenaient pas suffisamment compte de leurs souhaits. Pourtant, elles visaient à les rendre socialement indépendantes. Depuis 1994, les personnes handicapées disposent davantage de pouvoirs de décision sur la manière de concevoir leur propre assistance... Mais des questions importantes restent en suspens : l'aptitude à définir et formuler les besoins varie d'une personne handicapée à l'autre. Les plus aptes ou les plus citoyens bénéficieront-ils d'une plus grande liberté de choix ? L'assistant salarié de la personne handicapée devra-t-il être qualifié ou non ? L'auteur a présenté les avantages inattendus de l'introduction de la logique de marché à l'intérieur de l'Etat Providence. Peut-on en déduire qu'une synergie entre un Etat fort garant des droits individuels et du financement public d'une part, et un marché fort garant d'une offre élargie publique et privée d'autre part, renforcent la **liberté de choix** des handicapés ? (RA).

Thèses: (3)

Brision-Veillard C. (2004). **Impulser une démarche d'évaluation au service de la promotion de la vie sociale en EHPAD.** Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Social, CAFDES Option Personne Âgée. Rennes, *Ecole Nationale de la Santé Publique*, 85p. (voir partie A.2.6 : Dépasser les tensions)

Lembezat J. (2001). **Pour une prise en charge plus globale des personnes âgées dépendantes en maison de retraite.** Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Social pour personnes âgées. Rennes, *Ecole Nationale de la Santé Publique*, 70p.

Les établissements pour personnes âgées ont connu au cours du XXe siècle une évolution importante. Au fil des années, la prise en charge des personnes s'est considérablement améliorée. Autrefois strictement hôtelière, c'est ensuite, par le renforcement du dispositif de médicalisation, que des établissements ont tenté de répondre à l'entrée de plus en plus tardive des personnes en institutions. Sur le plan social, la restructuration est bien moins engagée. Même si elle est affaiblie du fait de son âge, une personne âgée n'est pas forcément malade ; la réponse doit en conséquence être plus large et porter davantage sur ses centres d'intérêts, sur l'aide à la réalisation de ses choix, sur un accompagnement à la satisfaction de ses attentes. C'est par l'élaboration d'un projet de vie que l'établissement a pu répondre à la nécessaire prise en compte de la personne dans sa globalité. (R.A.)

Sacriste D. (2001). **Développer le projet personnalisé, levier de resocialisation de la personne âgée en maison de retraite.** Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Social pour personnes âgées. Rennes, *Ecole Nationale de la Santé Publique*, 87p.

L'évolution, ces dernières années, des établissements hébergeant des personnes âgées s'est faite vers une forte médicalisation des prestations afin de répondre à l'apparition et à l'augmentation de la dépendance. Cette

réponse n'est toutefois pas satisfaisante car elle a transformé insidieusement l'être âgé en objet de soins aux dépens des autres dimensions humaines et sociales de celui-ci. L'Hôtel de Retraite de Ruelle, depuis sa création en 1973, a toujours eu le souci d'aider les résidents à se maintenir dans une **démarche citoyenne**. La centration des prestations autour de l'ensemble des **besoins, des désirs et des attentes** de chaque résident est un nouveau défi qui vient à point nommé avec l'actualité politique du secteur. L'objectif principal est de permettre une resocialisation du résident dans le canevas qui lui a permis, jusque là, de se bâtir sa propre vie. Le directeur s'emploie à organiser le changement culturel, au sein de l'organisation, afin de proposer des **projets personnalisés** qui redonnent toute sa légitimité à l'établissement. (R. A).

Livres et chapitres de livres : (3)

Chauvie Peorazzi, Piquignot, et al. (1997). **J'aimerais que l'on évalue ensemble mes besoins pour améliorer mon quotidien : une démarche centrée sur les personnes polyhandicapées**. Aspects. Lucerne, Editions SPC 48p.

Animés par la volonté de mieux cerner les besoins des personnes polyhandicapées, les membres du Groupe Romand sur le Polyhandicap Profond (GRPP) - parents et professionnels - ont entrepris une démarche originale. En tant que professionnels, ils ont tenté de se mettre à la place de certaines personnes polyhandicapées et de s'exprimer en leur nom. En tant que parents, ils se sont efforcés de se situer par rapport à ce qui leur paraît essentiel dans l'environnement de leur fille ou de leur fils. Ces réflexions ont été partagées, confrontées et enrichies dans un jeu d'allers et retours entre les réunions du GRPP et les travaux de préparation réalisés par les uns et par les autres ; dans certaines institutions, des équipes entières ont accepté de "jouer le jeu". La démarche a par la suite fait l'objet d'une présentation dans le cadre d'une rencontre du Groupe européen d'échanges sur le polyhandicap. En deuxième partie, la publication retrace les éléments essentiels retenus lors de cette rencontre autour de la notion de besoin placée dans une perspective tenant compte de la personne et de ses partenaires dans leurs environnements quotidiens. Enfin, quelques exemples concrets de changements apportés par les collaborateurs d'une institution illustrent les perspectives de mise en application sur lesquelles une telle démarche permet de s'ouvrir.

Pilon W. (1993). **Evaluation des besoins individuels et planification des interventions**. La déficience intellectuelle : Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce. I. Nathan. Paris: 137-151.

Les programmes et les services dispensés à la personne présentant une déficience intellectuelle doivent servir de réponses aux besoins de cette personne ou l'aider à répondre à ses propres besoins et à se prévaloir de ses droits. Dans ce contexte, la personne présentant une déficience intellectuelle doit bénéficier de l'ensemble des services offerts à toute personne dans la communauté, tout en recevant, lorsqu'il y a lieu, les services spécifiques que nécessite son état. L'évaluation des besoins (de développement et d'apprentissage) de la personne s'avère, donc, primordiale pour la planification des interventions qui lui permettront de s'intégrer à la communauté.

En général, l'évaluation des besoins consiste à identifier l'ensemble des manques, carences ou déficiences chez une personne et à déterminer leur importance relative par rapport à son projet de vie. Pour ce faire, le statut actuel ou le niveau de fonctionnement de la personne doit être identifié tout comme le statut désiré ou le niveau de fonctionnement attendu. L'analyse des besoins permet de déterminer la différence ou l'écart entre les deux niveaux de fonctionnement (actuel et attendu) et sert de point de départ à la planification des interventions.

La démarche d'évaluation des besoins et de planification des interventions (par le plan de services individualisés) qui est présenté dans ce chapitre s'appuie sur une réflexion concernant les définitions fonctionnelles de la déficience intellectuelle et les différentes définitions du concept de besoin. Etant donné la nature de ce chapitre, essentiellement méthodologique, et pour des raisons d'espace, cette réflexion ne sera présentée ici.

Vercauteren R., Hervy B. (2006). **Animateur auprès des personnes âgées. Un métier à part entière. Enquête : quelles attentes en soins de longue durée ?** D. Gérontologie. Revigny-sur-Ornain, Doc Editions: 74-80. (voir partie P.1.3)

Dans le cadre de la création ou de l'évolution d'un projet institutionnel de vie, il est intéressant d'effectuer une enquête afin de cerner les attentes exprimées par les personnes âgées. Cet article décrit l'exemple d'une structure parisienne.

Rapports : (3)

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002). **Soins axés sur les besoins du client.** Toronto, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario: 70 p.

Fondation de France (2007). **Jusqu'au bout de la vie: vivre ses choix, prendre des risques... : 12 expériences autour du: respect du droit au choix, droit au risque des personnes âgées.** Paris, Fondation de France: 39 p.

Tousignant M., Hébert R., et al. (2003). **Détermination du profil d'autonomie fonctionnelle et du taux de réponse aux besoins de la clientèle long terme du programme soutien à domicile des CLSC de la Montérégie.** Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement: 10 p.

Cette recherche menée par des chercheurs de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke poursuit deux types d'objectifs. D'abord, pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) : déterminer le profil d'accueil de la clientèle du Programme SAD des CLSC de la Montérégie, mesurer l'écart entre les heures de soins requises et fournies pour les soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance; comparer le budget théorique estimé à partir des profils ISO-SMAF au budget alloué pour les soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance; pour les autres services, identifier les services fournis offerts par le CLSC. Pour les personnes présentant une déficience physique (DP) ou intellectuelle (DI) : déterminer le profil d'accueil du programme SAD-long terme des établissements de la Montérégie.

Guides : (3)

APF-Association des Paralysés de France (2006). **Comment bien préparer l'évaluation de vos besoins?** Paris, Association des Paralysés de France.

http://www.moteurline.apf.asso.fr/Droits_des_usagers/documents/Autres_doc/guide%20evaluation%20besoins.pdf le 21/02/2008.

La loi du 11 février 2005 prévoit la mise en place d'une procédure d'évaluation des besoins des personnes handicapées et l'élaboration d'un plan de compensation.

Ce guide a pour objet d'aider les personnes handicapées à exposer aux professionnels l'ensemble de leurs besoins lors de l'évaluation afin de bénéficier de financements au plus près de ceux-ci.

Le premier chapitre présente les droits des personnes handicapées (PCH, aide humaine, aménagements du véhicule...), et les deux chapitres suivants ont pour objectif d'aider les personnes handicapées à préciser leurs projets, leurs besoins et les réponses qu'elles souhaitent y apporter.

Gignac, Office des Personnes Handicapées du Québec (1993). **Je commence mon plan de services : guide pour l'évaluation globale des besoins à l'intention des personnes handicapées adultes.** Drummondville (CAN), Office des Personnes Handicapées du Québec, 65p.

En publiant ce guide, l'office des personnes handicapées du Québec veut aider les personnes handicapées adultes à participer activement à l'évaluation globale de leurs besoins. Après avoir identifié, sous forme de questionnaires, les attentes et les besoins, le guide explique les démarches à suivre pour se préparer à l'élaboration du plan de services. La personne handicapée qui complète ce guide peut se faire aider par sa famille, ses proches ou encore se joindre à des intervenants ayant une bonne connaissance des ressources du milieu.

Gignac, Office des Personnes Handicapées du Québec (1993). **Je commence son plan de services : guide pour l'évaluation globale des besoins à l'intention des parents ayant un enfant handicapé.** Drummondville (CAN.), Office des Personnes Handicapées du Québec 57p. (Voir dans triangle A.1.2)

A.1.2 Atelier 2 : Les relations triangulaires dans l'évaluation entre la personne, ses aidants informels et les professionnels

Un autre atelier se consacrera à la **relation triangulaire entre la personne en perte d'autonomie, le proche qui est parfois aidant et le professionnel**. Tous vont répondre à la question « pourquoi évaluer ? » à travers leurs propres expériences. Selon B. Ennuyer, « le processus d'évaluation est d'abord un processus de rencontre, de mise en relation » (Ennuyer, 2006). **Chacun pourra partager sa vision du rôle qu'il a joué dans le processus d'évaluation**, et montrer en quoi il y contribue de manière pertinente. Il existe parfois des guides pour aider la personne en perte d'autonomie ainsi que ses proches, les aidants naturels, à participer activement au processus d'évaluation et identifier au mieux leurs besoins (guide de l'Office des Personnes Handicapées du Québec). Les aidants informels sont pris de plus en plus en considération. Il est aussi parfois nécessaire d'aider les **aidants** et chercher à mieux connaître leurs aspirations voir de leurs **besoins**. Au sein de ce processus rythmé d'échanges, quels sont **les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés par chacun de ces trois types d'acteurs** ? Existents-ils des enjeux sous-jacents et des compétitions entre ces différents acteurs dus à d'éventuelles « chasses gardées » ? Les facteurs de tension peuvent avoir également pour origine un désaccord sur la définition de l'évaluation.

Bibliographie (27)

Articles de revues scientifiques : (9)

Billé M. (2003). **Pour une éthique de la relation d'aide**. *Gérontologie* (n°127): 30-36.

Après avoir défini la relation d'aide, l'éthique et la morale, l'auteur livre ses réflexions sur la recherche de l'éthique dans l'exercice d'une relation d'aide.

Cory C., Sabir M., Zimmerman S., et al. (2007). **The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression**. *Journal of Gerontology* vol.63B (n°5): 8.

We explore the association between family caregiver depression and the quality of staff-family relationships, and we test burden as a mediator of this relationships. Using structural equation modeling, we used data from a representative sample of 932 family members from 20 nursing home in Central New York to examine the association between staff-family relationship quality and family caregiver depression. We then tested family caregiver burden as a mediator of the relationship between staff-family relationship quality family caregiver depression. Staff-family relationship quality, specifically perceived conflict with staff, is significantly associated with family caregiver depression. Further, caregiver burden mediates this relationship. Interventions to improve staff-family relationships may impact family caregiver depression by reducing the stress that family caregivers experience.

Eideliman J.S. (2008). **La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques** *Retraite et société* (53): 90-111.

La question du maintien à domicile de personnes handicapées ou dépendantes est ici abordée à partir d'une analyse secondaire de l'enquête "Handicap-Incapacités-Dépendance" menée par l'Insee en 1999 auprès de personnes vivant en domicile ordinaire. Les auteurs cherchent à comprendre les conditions d'une mobilisation familiale et le recours à des professionnels de l'aide. Pour l'ensemble des personnes confrontées à d'importantes difficultés quotidiennes, quatre formes d'arrangements pratiques émergent, selon le type d'incapacités et la place dans la structure familiale : l'autonomie domestique - situation où l'absence d'aidants déclarés peut s'interpréter comme le résultat d'une réorganisation interne au ménage -, l'aménagement - situation où l'ancienneté des incapacités permet de se passer d'aide humaine -, la dépendance situation où les personnes âgées ne restent à domicile qu'avec le recours à des aidants professionnels - et le handicap - situation où des personnes bénéficiant d'une reconnaissance officielle de leur handicap sont prises en charge par leur famille. Alors que les deux derniers types d'arrangements correspondent peu ou prou aux cibles des politiques sociales de la vieillesse et du handicap, les deux premiers désignent des situations où les individus ne déclarent pas d'aide humaine ; leur interprétation suppose d'avoir repensé les notions de besoin d'aide et d'aidants. (R.A.)

Hancock G. A., Reynolds T., Woods B., et al. (2003). **The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff.** International Journal of Geriatric Psychiatry vol.18 (n°9): 803-11.

L'évaluation individuelle des besoins est reconnue comme l'outil le plus approprié pour l'attribution des ressources sanitaires et sociales. Ces évaluations sont souvent effectuées par une équipe ou un aidant qui agissent comme des avocats pour les patients eux-mêmes. On ne connaît pas beaucoup de choses sur la comparaison entre les évaluations faites et la manière dont les patients perçoivent leurs propres besoins. Le but de cette étude est de mesurer et de comparer les besoins chez des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale évalués par les patients eux-mêmes, leur aidant et un membre approprié de l'équipe soignante. Cette étude a lieu auprès de 101 personnes soignées dans plusieurs services de santé mentale. **BACKGROUND:** Individual assessment of needs has been recognised as the most appropriate way to allocate health and social care resources. These assessments, however, are often made by the staff or by a carer who acts as an advocate for the user themselves. Little is known about how these proxy measures compare to how individual patients perceive their own needs. **AIM:** The aim of this study was to measure and compare ratings of need for older people with mental health problems by the older person themselves, their carer, and an appropriate staff member. **METHOD:** One-hundred and one older people were identified from various mental health services and 87 users, 57 carers, and 95 staff were interviewed using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) to identify met and unmet needs. **RESULTS:** Users identified significantly fewer of their needs (5.5) than either staff (8.1) or carers (8.3) did, but this difference was accounted for by people with dementia reporting less needs. Users identified fewer psychological or social needs (e.g. daytime activities, company, or carer distress) than staff or carers did. The average Kappa indicating level of agreement between staff and user was 0.52, between user and carer was 0.53, and between carer and user was 0.58. This showed only a fair level of reliability between different ratings of need. **CONCLUSIONS:** User perspectives should be given a high priority when assessing individual needs. Fears that assessment of need would be unduly time-consuming or would simply reflect individual demands should be allayed. A user-based assessment will assist healthcare providers to **prioritise needs** according to what the user themselves consider to be most important, beneficial, and acceptable to them. Reliance solely on assessment by staff or carers may not lead to the most equitable or appropriate use of services.

Janlöv A.-C., Hallberg I. R., Petersson K. (2006). **Family members' experience of participation in the needs of assessment when their older next of kin becomes in need of public home help: a qualitative interview study.** International Journal of Nursing Studies vol.43 (n°8): 1033-46.

BACKGROUND: The policy that older people should be able to live in their own homes in spite of extensive care and social service needs means that close **family members are increasingly involved in help provision**. Ways must be found to facilitate their situation. Their participation in the needs assessment of their next of kin may be crucial. **OBJECTIVES:** The aim of the study was to illuminate close family members' experience of having an older next of kin becoming in need of public home help, their participation in the needs assessment procedure and the decisions about their next of kin's public home help. **PARTICIPANTS:** The sample was 27 close family members (mean age 63, range 42-93 years) chosen by their older needs-assessed next of kin. **METHODS:** An interview using a thematic interview guide formed an everyday dialogue jointly constructed by the interviewer and the interviewee. Thereafter an interpretative content analysis was conducted on the transcribed interviews. **RESULTS:** One overarching category was illuminated: "Feeling disconfirmed or confirmed in the needs assessment, when feeling pressed by the responsibility and struggling to balance the needs of the family." Four principal categories with sub-categories were derived: (1) Experiencing existential ruminations and the need to help. (2) Help giving and receiving as a difficult balance between needs. (3) Feeling overlooked or acknowledged as having an influence on the needs assessment. (4) Hopes about the home help being fulfilled or dashed. **CONCLUSION:** The findings imply that the main focus is on the help seeker, **overlooking the contribution of family members representing** and providing help. A more holistic needs assessment approach is required with a framework and working methods that involve and support **the family as a whole**.

Laprise R., Dufort F., Lavoie F. (2001). **Construction et évaluation d'une échelle d'attentes en matière de consultation auprès d'aidant(e)s de personnes âgées.** Canadian Journal on Aging : La Revue Canadienne du Vieillissement vol.20 (n°2): 211-232.

Cette étude vise à décrire et à tester la fidélité et la validité d'une échelle mesurant les attentes des aidants s'occupant de personnes âgées en matière de consultation sur la base du modèle de consultation en santé mentale de Gérard Caplan. Cette échelle permet aux aidants de déterminer leurs besoins, d'exprimer leurs difficultés vécues au cours de leur carrière de soignant informel et de formuler leurs attentes auprès d'un consultant amené à leur venir en aide.

Spiers P. (2006). **Supporting older people: care needs and care fees.** *Br J Community Nurs* vol.11 (n°2): 56-8.

In this article, brought to you in association with Help the Aged, Phillip Spiers discusses the different options for older people who are not coping at home, and directs carers to sources of financial support with care.

Webster J. (2004). **Person-centred assessment with older people.** *Nursing Older People* vol.16 (n°3): 22-7; quiz 28.

This article describes the principles behind the assessment of older people's needs and the challenges inherent in developing a person-centred framework for assessment. It suggests that person-centred assessment calls for skilled, empowered and well-supported nurses who are able to work in creative, innovative ways and who recognise that the needs of the older person are at the centre of all therapeutic working.

Autres articles: (4)

Assous L. and Ralle P. (2000). **La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale:** 41. Collection Etudes. Document de travail.

Ennuyer B. (2006). **Les personnes âgées en situation de dépendance. Le processus d'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes.** *Actualité et Dossier en Santé Publique* (n°56): 59-60.

Les outils de mesure et d'évaluation de la dépendance ont, en majorité, été conçus par des médecins gériatres. L'auteur prend comme exemple la grille AGGIR, qui, selon lui, ne mesure pas la dépendance mais donne une interprétation plus ou moins pertinente de l'état de capacité ou d'incapacité fonctionnelle d'une personne. Selon lui, avant d'être un processus technique plus ou moins scientifique, plus ou moins objectif, plus ou moins neutre, le processus d'évaluation est d'abord un processus de rencontre, de mise en relation entre deux personnes.

Olson L. K. (2006). **The Inner World of Nursing Homes.** *Gerontologist* vol.46 (n°2): 293-297.

Sebern M., Whitlatch C. (2007). **Dyadic relationship scale : a measure of the impact of the provision and receipt of family care.** *The Gerontologist*. 47: 10.

This study evaluated the psychometric properties of the Dyadic Relationship Scale (DRS), which measures negative and positive dyadic interactions from the perspective of both the patient and the family caregiver. An important aspect of evaluating the DRS was that it be statistically sound and meaningful for both members of the dyad.

Design and Methods : The study used a cross-sectional design. Survey packages were mailed to home health care patients and their family caregivers. The unit of analysis was the dyad, and exploratory and confirmatory factor analyses were conducted. We examined the reliability, discriminant, and concurrent validities of the instrument.

Results: The data supported a two-factor DRS that included negative dyadic strain (patient=84; caregiver=89) and positive dyadic interaction (patient=86; caregiver=85). The analysis supported the DRS's construct, discriminant, and concurrent validity, as well as its reliability for both patients and family caregivers.

Implications: Using the DRS to measure the impact of family care on positive and negative interactions inclusive of patients and caregivers can assist in identifying areas of difficulty and guide interventions to improve outcomes for both members of the dyad.

Livres et chapitres de livres : (3)

Amistani C., Schaller J-J. (2008). **Accompagner la personne gravement handicapée: l'invention de compétences collectives.** Paris, *Erès* (coll. l'éducation au quotidien).

Fruit de la collaboration entre quatre équipes de professionnels, des formateurs et des universitaires, dans le cadre d'une recherche-formation, cet ouvrage présente des situations professionnelles, des réflexions et des avancées méthodologiques sur la question de l'accompagnement des personnes fortement déficientes. En effet, l'accompagnement est devenu un concept majeur dont les fondements théoriques doivent être revisités et les pratiques innovantes mises en lumière. Loin des conceptions sanitaires de malades à soigner et des logiques d'intervention limitées aux seuls actes techniques, les auteurs soutiennent une approche globale et transversale de l'accompagnement social personnalisé, fondé sur la prise en compte de la personne – et non plus seulement sa prise en charge – et l'écoute de ses demandes. Ils rendent compte ici d'une dynamique institutionnelle qui crée des compétences collectives étayées sur les spécificités de chaque profession et

nourries par la richesse des situations rencontrées. La notion d'accompagnement prend alors le sens de partage et d'échange, d'implication et d'engagement réciproque entre les accompagnants et les accompagnés. Au-delà de la trace d'une expérience qui a enthousiasmé les participants, cet ouvrage constitue un outil réflexif sur le travail d'accompagnement pensé comme le fruit d'une intelligence collective. Le DVD qui l'enrichit de témoignages et de moments de vie collective, constitue à la fois une illustration, une introduction et une mise en débat du contenu du livre (résumé éditeur)

Chauvière M., Godbout J., et al. (1992). **Quand les usagers et producteurs de service ne se rencontrent pas: à propos d'une recherche sur le maintien à domicile des personnes âgées**

Les usagers entre marché et citoyenneté. L'Harmattan. Paris: 7.

Discordances entre proches et professionnels concernant les capacités de la personne âgée.

Le Bras F. (2002). **La prise en charge des personnes âgées dépendantes**. Paris, Marabout 317p.

Il vient un moment où une personne âgée ne peut plus faire les choses comme avant. Il faut alors trouver des solutions pour l'accompagner et parfois la prendre en charge dans son quotidien. La prise en charge d'une PAD s'accompagne toujours de beaucoup de désarroi, d'interrogations et de doutes. Il faut se mobiliser pour trouver des solutions d'assistance, prendre des décisions, assumer un soutien logistique, moral et parfois financier. Ce livre a été conçu pour accompagner les familles dans leurs réflexions et leurs démarches. Il apporte des solutions à la carte pour l'organisation la mieux adaptée, les aides sociales, l'obtention d'aides financières et la protection juridique. Il prend aussi en compte la souffrance psychologique de la famille qui, en dépit des difficultés, se doit d'être un appui, un soutien, une référence, un secours tout au long du chemin qui reste à parcourir. (4ème de couverture.)

Rapports : (6)

Coudin G., Gely-Nargeot M. C., Fondation Médéric Alzheimer (2004). **Recours aux services : les facteurs de réticence**. Rapport final. Paris, Fondation Médéric Alzheimer 103p.

Cette étude a pour finalité de rendre compte des motivations et freins des aidants de personnes âgées dépendantes à avoir recours aux services gérontologiques, d'explorer les besoins et attentes relatifs aux services formels pour élaborer une offre pertinente, correspondant à la demande. Les objectifs de la recherche se structurent en deux grandes dimensions: existence éventuelle d'une réelle **réticence des aidants, inadéquation éventuelle** de l'offre de services. Ils renvoient à des interrogations à la fois cliniques et psychosociales. Plus précisément, ils peuvent être formulés à la fois en termes de **"psychologiques"** des aidants et en regard de **la représentation** sociale qu'ils se font des services gérontologiques et d'une dynamique psychique particulière (extrait de l'introduction).

Dionne C., Rousseau N., Université du Québec à Trois-Rivières (2006). **Evaluation qualitative de la situation des familles où vit une personne handicapée**. Drummondville, Université du Québec à Trois-Rivières, Office des personnes handicapées du Québec 130p.

Le but de cette étude était de donner la parole aux parents, qu'ils aient eux-mêmes des incapacités ou que leur enfant en ait, afin de partager leurs perceptions des effets de l'incapacité sur leur parcours de vie ainsi que leurs expériences d'utilisation des services et leurs besoins. Les parents d'enfants ayant des incapacités considèrent que les services devraient être mieux pensés de manière à agir lors de certains moments cruciaux du processus, telles l'annonce du diagnostic et les situations d'urgence. Des types de services gagneraient à être développés. L'importance du soutien et de l'accompagnement psychologique est reconnue pour l'enfant et ses parents, mais également pour l'ensemble de la famille. Les parents mentionnent aussi que des mesures facilitant l'adaptation devraient être mises en place. Les parents ayant des incapacités suggèrent un accès plus rapide aux services, une augmentation des services professionnels, mais également du soutien apporté aux démarches administratives, aux tâches quotidiennes de type "administratif", à l'entretien ménager, à l'aide aux devoirs... Ils soulignent l'importance de se voir offrir du soutien psychologique, non seulement à eux, mais également aux membres de la famille (enfants, conjoint) et aux aidants naturels. En général, les parents ayant des incapacités et ceux dont un enfant a des incapacités souhaitent tous offrir un milieu familial agréable et les descriptions et les suggestions des parents interviewés permettront de mieux saisir la réalité quotidienne de ces familles pour ensuite apporter des mesures d'aide appropriées.

Guberman N., Keefe J., Fancey P., et al. (2001). **L'aide-proches pour connaître les aspirations, interrogations, décisions et espoirs des proches.** Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak 38p.

Leroy X, N. I. (2003). **Etude relative à la mise en oeuvre par les pouvoirs publics de mécanismes de soutien en faveur des personnes ayant besoin d'aide dans leur vie journalière.** Louvain, Université Catholique de Louvain (Ecole de Santé Publique)

Le choix des futurs mécanismes d'aide aux personnes en perte d'autonomie dépendra des définitions déjà variables, de ce qu'on appellerait la "dépendance", et des méthodes d'évaluation qui seront sélectionnées par les pouvoirs publics, outils parfois peu fiables ou peu validés. L'évaluation de la dépendance dans une population donnée reste donc une simple appréciation, sujette à de nombreuses possibilités de dérives, dont certaines sont déjà bien établies telle une possible sous-évaluation des besoins de la population - du fait de l'absence d'évaluation des personnes n'entrant pas dans le système et par contre une surévaluation dans l'usage qui est fait de l'aide subsidiée ; le montant des forfaits étant lié au niveau de dépendance, l'intérêt du gestionnaire est de maximiser ce dernier. Cependant, quel que soit l'outil utilisé, il reste acquis que la dépendance s'aggrave avec l'avancée en âge et est en corrélation positive mais partielle avec les indicateurs de santé. Des différences régionales sont à relever et dans les AIVJ, des différences dues au sexe (sauf en cas de dépendance sévère).

Mestheneos E., Triantafillou J., EuroFamCare Group (2005). **Services for supporting family carers of elderly people in Europe: Characteristics, coverage and usage. Pan-European Background Report - PEUBARE-The Eurofamcare consortium.**

Disponible sur http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/peubare_a5.pdf le 02/04/2008.

EUROFAMCARE will provide a European review of the situation of family carers of elderly people in relation to the existence, familiarity, availability, use and acceptability of supporting services. Six countries and the WHO Europe will form a trans-European core group. A pan-European wide integration of expertise will be achieved by National Background Reports from 23 European countries, integrated into a Pan-European Background Report showing the state of family carers and support services in 2003/2004. National Surveys in the six core group countries will analyse 6, 000 family care situations in different regional sites. Socio-economic evaluation calculates the economic consequences from individual quality of life to European-wide politico-economic implications. EUROFAMCARE will push a change management process at various policy levels to promote social policies towards family carers of the elderly.

Percival R., Kelly S. (2004). **Who's going to care? Informal care and an ageing population.** Canberra, University of Canberra, National Centre for Social and Economic Modelling: 43 p.

Ce rapport de l'Australian Institute of Health and Welfare analyse jusqu'à quel point la santé et l'utilisation des services de santé par les personnes âgées peuvent être affectés par les problèmes de démence. Le rapport met l'accent sur la prévalence et l'incidence de la démence dans la population, l'impact sur les services de santé et les coûts qui y sont reliés. This study is concerned with projecting the future demand for and supply of informal carers of older persons (persons aged 65 years and over) in Australia. The motivation for study is the co-existence of two continuing trends-the ageing of Australia's population and a shift in the balance of care, from formal care provided in institutions to informal care provided in homes. The projections were undertaken using a purpose built model, based on ABS population and household projections, and information on the probability of needing and providing care, based on the ABS Disability, Ageing and Carers survey. The study projected a significant increase in the numbers of older persons likely to need informal care in Australia between 2001 and 2031 along with a smaller increase in the numbers likely to be carers. At the same time shifts in the composition of the disabled and carers populations were also projected: both being characterised by a greater concentration of the elderly. **Abstract** : Over the past few years Australia's demographic pattern and the ageing population has become a major public policy issue, which is likely to be a focus of attention for many years to come as the changes and full implications are felt. The debate so far has largely concentrated on sustaining our economic growth and living standards; managing the pressure on public finances, particularly in relation to spending on health, aged care and pension payments; and encouraging individuals to save more to fund their own retirement and reduce the demand on the public purse now and in the future. This study by the National Centre for Social and Economic Modelling adds a new dimension to the debate by exploring not only the demand for care but contrasting it to the likely supply of informal care over the next 30 years.

Communications : (3)

Croff B. (1997). **La distribution des taches entre salariés usagers et aidants naturels au coeur du processus de professionnalisation de l'aide à domicile.** Colloque personnes âgées - qualité de vie. IRTS Lorraine, Lorraine.

La distribution des taches entre salariés usagers et aidants naturels au coeur du processus de professionnalisation de l'aide à domicile.

Family caregiver alliance and National Center on caregiving (2006). **Caregivers assessment: principles, guidelines and strategies for chang: report from a national consensus development conference**, San Francisco, Family caregivers alliance. Vol.1, 43p.

Family caregiver alliance and National Center on caregiving (2006). **Caregivers assessment: voices and views from the field: report from a national consensus development conference**. San Francisco, Family caregiver alliance, Vol.2, 109 p.

Guides : (2)

Gignac, Office des Personnes Handicapées du Québec (1993). **Je commence son plan de services : guide pour l'évaluation globale des besoins à l'intention des parents ayant un enfant handicapé.** Drummondville (CAN.), Office des Personnes Handicapées du Québec 57p.

En publiant ce guide, l'office des personnes handicapées du Québec veut **aider les parents à participer activement** à l'évaluation globale des besoins de leur enfant handicapé. Le guide permet d'identifier les besoins de l'enfant. Il explique ensuite les démarches à suivre pour compléter l'évaluation des besoins et se préparer à l'élaboration du plan de services. Pour ces parties du guide, il est important de se joindre à des intervenants qui **connaissent bien les ressources du milieu** et l'approche du plan de services.

Guberman N., Keefe J., et al. (2001). **La grille de dépistage auprès des aidants-es.**, Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak: 9 p.

Ateliers étude de cas pays (Suède (A.1.3), Espagne (A.1.4), Etats-Unis (A.1.5), Allemagne(A.1.6))

Les quatre ateliers en parallèle prennent une dimension davantage internationale. Chacun des ateliers va **mettre en lumière un modèle à travers un pays et sera propice à des comparaisons internationales dans le but de susciter des réflexions sur ce qui pourrait être transposable d'un pays à l'autre.** Ce sera également l'occasion de mettre en évidence les différences culturelles faisant qu'une même personne en perte d'autonomie ne sera pas accompagnée de la même façon en Allemagne, en Espagne, aux Etats-Unis, en Suède ou en France.

- La **Suède** est souvent perçue comme un **pays novateur** en matière de développement social. Il sera intéressant d'essayer de comprendre comment s'organise son système « médico-social » (aide et soins de longue durée) qui encourage notamment au maintien à domicile. La notion d'autodétermination est la base de la politique de 1994 qui octroie aux personnes handicapées davantage de pouvoirs de décisions sur la manière de concevoir leur propre assistance (Gustavsson, 2006). Mais qu'en est-il de l'aptitude de chacun à formuler ses besoins ?

- Un atelier portera également sur l'évaluation des besoins et les aides techniques en **Espagne. Quelles leçons la France peut-elle tirer ?**

- Le **modèle libéral** des **Etats-Unis** sera présenté afin d'avoir une vision différente de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. L'accent sera mis notamment sur l'individu, la personne ou l'aidant, dans le processus d'évaluation. Par exemple, la notion de besoins et de son corollaire, celle des besoins non comblés, sont largement étudiées dans la littérature américaine.

- Le cas du **Luxembourg et de l'Allemagne** et en particulier des professionnels de l'accompagnement fera l'objet du dernier atelier portant sur un pays étranger. Quels parallèles peut-on faire avec la France ?

Bibliographie tous pays (9)

Articles de revues scientifiques : (1)

Le Bihan, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (2002). **La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types.** Etudes et Résultats (n°176): 12.

Réalisée durant l'année 2001 dans six territoires européens d'Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède, une étude des modes d'évaluation et de prise en charge de « cas-types » de personnes âgées dépendantes propose une comparaison des réponses concrètes qui leur sont données. Les systèmes de prise en charge de la dépendance de ces différents pays privilégient de façon commune **le maintien à domicile** de la personne âgée dépendante, et centrent l'évaluation sur la détermination du besoin d'aide, mais selon des logiques différentes. Ainsi, offrent-ils des paniers de services distincts combinant ou non **soins d'aide à la personne et soins médicaux**, soins à **domicile et/ou recours** aux centres de jour. La combinaison entre les prestations en nature et en espèces diffère également (**rôle faible des prestations en espèces en Suède** et important en Allemagne). Bien qu'il semble difficile de mettre en correspondance des logiques de prise en charge et des pathologies, surtout pour la dépendance physique, plus la dépendance des personnes est élevée, plus le nombre d'heures d'aides attribuées est partout important, excepté en Espagne. Deux principales logiques sous-tendent par ailleurs l'articulation des financements publics et des contributions de la personne âgée ou de sa famille au paiement des services : le co-paiement (en Suède et au Royaume-Uni) ou l'aide sociale (notamment en Italie et en Espagne). Ces logiques s'appuient sur des modes de prise en compte des revenus et des avantages fiscaux, également divers selon les pays. En définitive, dans tous les pays mais particulièrement dans les pays du Sud où l'offre de soins est plus limitée, **la famille demeure** le pivot de la prise en charge de la personne âgée dépendante, même si des alternatives se développent. La reconnaissance du **travail de l'aidant se traduit** dans certains pays, notamment au Royaume-Uni ou en Suède, par des aides financières et par la **prise en compte de ses besoins** au moment de l'élaboration du plan d'aide (résumé d'auteur).

A.1.3. Atelier 3 : Impact du mode d'organisation du « médico-social » (aide et soins de longue durée) : le cas de la Suède

Autres articles: (1)

Gustavsson A. (2006). **La notion d'autodétermination en Suède.** Bulletin du CREAL Bourgogne (n°264): 5-27. (Voir dans projet de vie A.1.1)

A.1.5. Atelier 5 : L'évaluation aux Etats-Unis : une approche culturelle sur la place de la personne

Articles revues scientifiques : (5)

Fetter M. S. (2003). **Geriatric assessment and management protocols: issues for home infusion therapy providers.** J Infus Nurs vol.26 (n°3): 153-60.

The accurate assessment of patients' health, functional abilities, and sociobehavioral status is essential for providing quality, cost-effective infusion services to home-based elders. Baseline and ongoing assessment identifies serious current, emerging, and potential problems, and facilitates interventions to prevent significant comorbidities and premature mortality. Three types of assessment (screening, intermediate or evaluation, and comprehensive) have been used successfully with geriatric populations across a variety of settings to improve patient outcomes. Further, Medicare now requires the completion of an OASIS assessment for the reimbursement of home health services to all seniors. Geriatric assessment has been found to improve care quality and cost effectiveness, but protocol development and evaluation can be challenging. Home infusion therapy providers, encouraged to implement and evaluate evidence-based assessment and management protocols, question the usefulness of these protocols, especially for short-term geriatric patients. Research, education, and policy strategies can be used to overcome the many barriers to developing quality, cost-effective assessment and management protocols for elderly home infusion therapy recipients.

Harrington C, Leblanc A. J., et al. (2001). **State Medicaid programs offering personal care services.** Health care financing review, **22**(4): 155-173.

This study examined the met and unmet need for Medicaid personal care services (PCS) and home-and community-based service (HCBS) waivers across the states. Medicaid directors and state officials working with PCS and HCBS were interviewed by telephone in 1998-1999 to collect descriptive and statistical data. A total of 26 states offered PCS to 467 487 participants in 1998-1999, and 49 states offered waiver services to 561 510 participants in 1997. In spite of wide variations in total HCBS participants per capita, 42 states reported inadequate waiver slots and waiting lists. Even in states with the highest participant rate per capita, state officials reported waiting lists for the HCBS waiver program and many target groups that were not adequately covered by the current HCBS waivers. A number of barriers existed to expanding HCBS services, including an inadequate supply of home-and community-based providers, limited state legislative support for the programs, and federal regulatory barriers such as restrictions on need criteria.

LeBlanc A.J., Tonner M.C., Harrington C. (2000). **Medicaid 1915(c) Home and Community-Based Services Waivers Across the States.** Health care financing review vol.22 (n°2): 159-174.

This article provides State-level data on the Medicaid 1915(c) home and community-based services (HCBS) waivers program. Medicaid 1915(c) waiver participants were 32 percent of the Medicaid participants in institutional care in 1997. These data document wide interstate variation in organizational oversight and program policies for the waivers. Many structural barriers to HCBS waiver growth existed. Case management services, in some form, were normative for most HCBS waiver participants, but formal mechanisms to assess client satisfaction and service quality were less common. Substantial new growth in this program may require fundamental changes in HCBS waiver policies.

McClane K. S. (2006). **Screening instruments for use in a complete geriatric assessment.** Clin Nurse Spec vol.20 (n°4): 201-7.(**Voir dans outils A.2.1**)

Wieland D., Ferrucci L. (2008). **Multidimensional geriatric assessment: Back to the Future.** Journal of Gerontology **63A**(3): 3.

Cycling of events, modes, and cultural movements pervades history and art. Almost every time a new idea emerges, we are prompt to spot the roots of its inspiration in the past. Theories and practices once widely popular fade for decades until they are rediscovered, almost always with a different flavour or viewed from a different angle. Of course, because of improved experience, knowledge, and technology, the old and pale idea often turns into a modern and glamorous motif. Geriatric medicine is no exception: we can trace the origin of Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) to the experience of the Sepulveda Geriatric Evaluation Unit, perhaps the single most important experiment in modern geriatrics conducted well over two decades ago.

A.1.6. Atelier 6 : Les professionnels de l'évaluation et de l'accompagnement : du modèle allemand au modèle luxembourgeois

Articles de revues scientifiques : (1)

Pinquart S. (2002). **Older adults'preferences for informal-formal and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States.** The International Journal of Aging and Human Development vol.54 (n°4): 291-314.

En s'appuyant sur un modèle complémentaire de recours aux aides, les auteurs se sont intéressés aux préférences exprimées par les personnes âgées en matière de besoins futurs en soins à court et à **moyen terme** au sein d'un **échantillon américain et allemand** (65 ans et plus).

Autres articles : (1)

Association luxembourgeoise des organismes de protection sociale, Kerger Andrée, et al. (2006). **Long-term care for older persons**, Bulletin luxembourgeois des questions sociales, 2005, vol.19

The Luxembourg Presidency Conference on "Long-term Care for Older Persons", which took place on 12 and 13 May 2005, was organised in the context of work carried out at European social policies based on the

principles of social justice, cohesion and equity. Over the next few decades, European societies must deal with the challenges resulting from an ageing European population. Social protection in particular will need to be modernised and adapted to the new demographic, economic and social conditions brought about by the ageing of the population. The conference aimed to offer a comprehensive and contemporary assessment of long-term care for older persons within the European Union. The central topic of the conference was analysed from four different points of view trying to identify, within the different national contexts, common lines of reflection leading to a common social policy in this field. The four approaches were: the need of older people for long-term care and social justice and long-term care. Key conclusions from the conference refer to the growing number of older persons and the resulting needs of support and care services in order to ensure decent living conditions. It also stressed the importance of prevention and an active life to reduce the risk of dependency later in life. The common importance in all countries of informal support and care provision, mainly by family members, and a smooth coordination of it with formal support and care services was highlighted. Informal carers, mostly women, need also to be supported in various ways, to allow them to care for a dependent person without having to give up their own life goals. A concluding presentation pointed out that public financing of long-term care, through either a social insurance or tax based system, seems to be more efficient than private financing solutions, whereas both private or public providers, or a combination of both, can provide support and care services. The conference also showed how important it is for national, regional and local authorities to learn from each other's solutions and experiences.

Après-midi : Comment évaluer ?

A la recherche des nouveaux repères...

Deuxième série d'ateliers

A.2.2. Atelier 7 : Quelle organisation et quelle équipe pour évaluer

Cet atelier va se concentrer sur la problématique de l'organisation. On peut en premier lieu **s'interroger sur ce que l'on considère comme une évaluation réussie et quels sont les critères retenus pour l'apprécier**. Ainsi, on peut tenter de définir ce qu'est une organisation optimale. De plus en plus, chercheurs et professionnels prônent une **approche globale et pluridisciplinaire**. Partage et réseau sont des réponses organisationnelles possibles pour faire face à l'enjeu de coordination (Jeandel, 2005). On cherchera aussi à connaître les effets d'un décloisonnement horizontal (entre disciplines) et vertical (entre les instances locales et nationales). Cet atelier offre la possibilité à chacun d'agrémenter cette séance de divers exemples de coopérations pluridisciplinaires voir interdisciplinaires. Les résultats de l'étude Deloitte sur les pratiques et les organisations des besoins des personnes en perte d'autonomie seront présentés et ils constituent un état des lieux en France dans ce domaine, en particulier vis-à-vis des MDPH et des équipes Médicaux Sociales des conseils généraux pour l'APA : un zoom sera fait sur les typologies d'organisation et de partenariat.

Bibliographie (22)

Articles de revues scientifiques : (10)

Challis D., Hughes J, *Personal Social Services Research Unit. Faculty of Medicine. University of Manchester (2002). **Frail old people at the margins of care : some recent research findings.** British Journal of Psychiatry vol.180 (n°2): 126-130.*

Background Community-based care at the margin is a substitute for institutional care. Three factors are considered critical: definitions of eligibility, assessment procedures and balance of care. Aims to examine determinants of the margin between institutional and home-based care, review current practice, identify the implications and contribute to planning of integrated long-term care services. Method: a selective review was made of findings from research conducted after the community care reforms. Results : Marked variability and inconsistency in eligibility and assessment processes may contribute to misplacement of frail older people. There remains capacity to shift the balance of care from institutional to home-based care within reasonable cost parameters, particularly with more integrated services. Conclusions: Greater standardisation of approaches to the determination of eligibility for social care and to assessment of need is required. Providing care at home for some of those currently entering care homes is feasible, but will require different service structures and staff roles, including specialist clinicians.

Da Silva B. (2005). **La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA.** Revue médicale de l'assurance maladie vol.13 (n°4).

Avec une revue de la littérature, nous avons décrit les expériences de gestion intégrée des soins de Kaiser permanente (KP) et de Vétérans health administration (VHA), aux USA. Ces organisations de santé (une HMO à but non lucratif et une institution publique) permettent une maîtrise des coûts, compatible avec un haut niveau de qualité des soins. Nous avons analysé les innovations d'organisation et de pratique de soins qu'elles apportent et les principes à retenir pouvant améliorer l'efficacité du système français. Les résultats de KP et de VHA sont attribués à : - Une pratique basée sur l'évidence, basée médiane et la gestion par pathologie (disease management) adaptée récemment aux affections chroniques. Par rapport au National health service du Royaume-Uni, KP ne réalise que le tiers des entrées en court séjour et les durées de séjour sont réduites de 20%. - Une direction unique et une absence d'enveloppes financières étanches. - Une organisation réalisant une intégration à tous les niveaux: gestion conjointe de l'administration avec les médecins, intégration d'un système d'assurance avec un système de soins, des soins ambulatoires avec les soins hospitaliers, de la prévention avec les soins curatifs (managed care et case management). Cette cohérence organisationnelle permet aux acteurs interdépendants de trouver du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques, et à s'impliquer dans un travail d'équipe. En France, l'intégration est lente à s'imposer comme une nécessité pour les acteurs de santé. Cependant, une active gestion par pathologie des 7,5 millions de patients ayant une

affection de longue durée pourrait être porteuse d'une dynamique de changement. Comme le suggère le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la médecine-conseil a une opportunité à saisir avec la protocolisation des soins de ces patients.

De Boer W., Besseling J., et al. (2007). **Organisation de l'évaluation de l'incapacité au travail dans 15 pays.** *Pratiques et Organisation des Soins* 38(3): 14.

La législation, les concepts et les approches dans les assurances sociales diffèrent entre les pays. En 2002-2003, nous avons comparé 15 pays sur l'organisation de l'évaluation de l'incapacité au travail. Les modes d'évaluation cette incapacité dans chacun de ces différents pays ont été décrits. L'objectif était de déterminer si les différences dans ces modes d'évaluations étaient liés aux différences de critères juridiques.

Drennan V., Iliffe S., Tai S. S., et al. (2007). **Can primary care identify an 'at risk' group in the older population.** *Br J Community Nurs* vol.12 (n°4): 142-8.

The promotion of health and independence for older people through preventative strategies is rising up the public health agenda in many countries and has been made a government policy objective in the UK. Despite forty years of experimentation, community nursing and general practice involvement in this field has been characterized by a lack of evidence to support broad screening and surveillance programmes and a failure to reach consensus on the most effective approaches to health promotion in later life. One initiative brought together community nursing, general practice and the voluntary social welfare sector in an inner urban setting to proactively identify and address unmet need and promote health through short term case management in an older population. This paper reports on the ability of the primary care teams to identify 'at risk' groups in the older population, which can then be targeted for comprehensive assessment.

Duke C. (2005). **The Frail Elderly Community-Based Case Management Project.** *Geriatr Nurs* vol.26 (n°2): 122-7.

Nationally, the older population is expected to double in numbers through the year 2030. Health care providers are challenged to develop new models of care delivery for this unique population. Described in this article is one project that demonstrates successful outcomes for a community in eastern North Carolina. The model implemented community-based geriatric case management for frail elderly citizens residing in a private home or in an assisted living facility. Conventional hands-on delivery was combined with the distance-based convenience of telehealth. The outcomes prove this model to be cost-effective while improving quality of life for enrollees.

Goodman C., Woolley R., Knight D. (2003). **District nurses' experiences of providing care in residential care home settings.** *Journal of Clinical Nursing* vol.12 (n°1): 67-76.

Little research describes the involvement and contribution of primary health care services in residential homes, despite policy and research concerns that older people in residential homes are a vulnerable population for whom care must be improved. The aim of this research was to explore the actual and potential contribution of primary care nurses in residential homes for older people, particularly district nurses. Five focus groups were held with district nurses in one county in England, to explore how participants represented their views, values and experiences of working in residential homes. Our major finding was the importance of context in shaping the experience of district nursing involvement. General practitioner attachment determined the frequency of visiting homes and affected workload. District nurses had regular contact with residential homes for discrete nursing tasks, but appropriateness of referrals and input was not agreed. The focus group discussions with district nurses revealed how problematic their work in residential homes was and a lack of consensus about their role. The data suggested that uncertainty about providing care in a setting that straddles the health and social care, public and private divide, and anxieties about managing their workload overshadowed their acknowledged concerns about the older people in residential care homes. Further research is needed to substantiate the findings, obtain residents' views and address issues of how to achieve integrated and equitable health and social care for this group.

Hirdes J. P. (2006). **Addressing the health needs of frail elderly people: Ontario's experience with an integrated health information system.** *Age and Ageing* vol.35 (n°4): 329-331.

Disponible sur <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/4/329>

Iliffe S., Orrell M. (2006) **Identifying unmet health needs in older people: comprehensive screening is not the answer.** *British Journal of General Practice* 56, 404-406.

Disponible sur <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1839013>

Melis R., Adang, Teerenstra S., et al. (2008). **Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people.** *Journal of Gerontology* vol.63A (n°3): 7.

Background : There is growing interest in geriatric care for community-dwelling older people. There are, however, relatively few reports on the economics of this type of care. This article reports about the cost-effectiveness of the Dutch Geriatric Intervention Program (DGIP) compared to usual care in frail older people at 6 month follow-up from a health care system's point of view.

Methods : We conducted this economic evaluation in an observer-blind randomized controlled trial (Dutch EASY care Study : ClinicalTrials.gov Identifier NCT00105378). Difference in treatment effect was calculated as the difference in proportions of successfully treated patients (prevented functional decline accompanied by improved well-being). Incremental treatment costs were calculated as the difference in mean total care costs. The incremental cost-effectiveness ratio (ICER) was expressed as total cost per successful treatment. Bootstrap methods were used to determine confidence intervals (CI) for these measures.

Results : The average cost of the intervention under study (DGIP) was 998 euros (95 % CI, 888-1108). The increment in total cost resulting from DGIP was a little over 761 euros (-3336 to 4687). Hospitalization and institutionalization costs were less; home care, adult day care, and meals-on-wheels costs were higher. There was a significant difference in proportions of successful treatments of 22,3 % (4,3-41,4). The number needed to treat was approximately 4.7 (2.3-18.0). The ICER is 3418 euros per successful treatment (-21.458 to 45.362). The new treatment is cost-effective at a willingness-to-pay of 34,000 euros.

Conclusion : the results of this economic evaluation suggest that DGIP is an effective addition to primary care for frail older people at a reasonable cost.

Melis R., Van Eijken M., Teerenstra S., et al. (2008). **A randomized study of a multidisciplinary program to intervene geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (dutch EASY care study).** *Journal of gerontology* vol.63A (n°3): 7.

Background : The effectiveness of community-based geriatric intervention models for vulnerable older adults is controversial. We evaluated a problem-based multidisciplinary intervention targeting vulnerable older adults at home that promised efficacy through better timing and increased commitment of patients and primary care physicians. This study compared the effects of this new model to usual care.

Methods : Primary care physicians referred older people for problems with cognition, nutrition, behaviour, mood, or mobility. One hundred fifty-one participants (mean age 82,2 years, 74,8 % women) were included in a pseudocluster randomized trial with 6 month follow-up for the primary outcomes. Eighty-five participants received the new intervention, and 66 usual care. In the intervention arm, geriatric nurses visited patients at home for geriatric assessment and management in cooperation with primary care physicians and geriatricians. Modified intention-to-treat analyses focused on differences between treatment arms in functional abilities (Groningen Activity Restriction Scale-3) and mental well-being (subscale mental health Medical Outcomes Study MOS - 20), using a mixed linear model.

Results : After 3 months, treatment arms showed significant differences in favor of the new intervention. Functional abilities improved 2.2 points (95 % confidence interval CI, 0.3-4.2) and well-being 5.8 point (95 % CI, 0.1-11.4). After 6 months, the favorable effect increased for well-being (9.1 ;95 % CI, 2.4-15.9), but the effect on functional abilities was no longer significant (1.6; 95 % Ci, -0.7 to 3.9).

Conclusions : This problem-based geriatric intervention improved functional abilities and mental well-being of vulnerable older people. Problem-based interventions can increase the effectiveness of primary care for this population.

Autres articles : (3)

Biasotto, Memin R. (2006). **Le système combiné d'analyse de la prestation, un outil d'insertion partagé.** *Soins Cadres* (n°57): 33-35.

Utilisé depuis 2000 par un service travaillant dans l'insertion sociale, le Système combiné d'analyse de la prestation (Scap) est un outil d'évaluation qui permet de décliner la nature des prestations mises à la disposition de la personne en situation de handicap, prise en charge par une équipe pluridisciplinaire issue des secteurs sanitaire et médico-social. La communication entre ces deux secteurs est rendue possible par l'adoption d'indicateurs communs tendant vers la même finalité : la réadaptation et le retour à domicile ou la réinsertion. Enfin, en qualifiant et quantifiant l'activité de réadaptation de cette équipe sanitaire ou médico-sociale, cet outil constitue un nouveau support à la contractualisation avec les financeurs, qui s'exprime tout à la fois en termes d'objectifs et de moyens. (R.A.).

CREAI Rhône-Alpes (2007). **Handicap Psychique, De la reconnaissance aux réponses de terrain.** DOSSIER vol.139: 24p.

Disponible sur http://www.creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier139.pdf

Avec la reconnaissance légale du handicap psychique, la demande va être forte sur les réponses sociales et médico-sociales, existantes ou à inventer, et il faudra soigneusement les articuler en "aval" du dispositif sanitaire. Ces réponses sont d'autant plus à inventer qu'elles permettront de lever le cloisonnement entre les dispositifs et entre les intervenants, tant la labilité des parcours des personnes handicapées par la maladie mentale oblige à un réglage permanent du soin, de l'hébergement, de la formation, de l'insertion professionnelle, dans un projet d'accompagnement en mouvement permanent. L'urgence de réponses appropriées aux besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques va obliger les acteurs associatifs, les professionnels et les décideurs à s'entendre rapidement sur des bases partagées de "bonnes pratiques". Ce dossier explore quelques-unes de ces entrées, en renonçant délibérément à toute prétention d'exhaustivité.

Thomas R., Worall G., Elgar F., et al. (2007). **Can they keep going on their own ? A four-year randomized trial of functional assessments of community residents.** *La revue canadienne du vieillissement*. 26: 11.

Objectif : Des personnes âgées de 75 ans et plus peuvent-elles demeurer plus longtemps à domicile si elles sont l'objet d'évaluation annuelles ou sont dirigées vers des services sociaux ou de santé plutôt que si elles sont l'objet d'évaluations seulement ou d'aucune évaluation ?

Concept : Essais cliniques aléatoires

Participants : 520 personnes de 75 ans et plus demeurant dans leur propre maison

Interventions : En IEP (Instrument d'évaluation du pensionnaire) - soins à domicile (RAI-HC/Résident Assessment Instrument for Home Care) a informatisé des évaluations fonctionnelles. Groupe d'intervention 1 : les aînés et les principaux dispensateurs de soins ont reçu les résultats et étaient invités à prendre les mesures appropriées. Groupe d'intervention 2 : les aînés et les principaux dispensateurs de soins étaient dirigés vers des services sociaux ou de santé.

Mesures/effets : décès, institutionnalisation, soins à domicile, résultats de l'IEP - soins à domicile, santé autoévaluée par l'aîné, et charge du dispensateur de soins.

Résultats : A la fin de l'étude, l'évaluation fonctionnelle annuelle et les offres de réacheminement vers des services sociaux ou de santé ont permis d'utiliser d'avantage les service à domicile (6.3 %) que les évaluations annuelles seules (1.8 %), mais il n'y avait aucune différence importante entre les groupes en taux de mortalité, degré d'institutionnalisation, l'autoefficacité, perçue, l'autoévaluation de santé, ou le fardeau du dispensateur de soins.

Conclusions : Nous avons constaté que ce groupe d'aînés était en bonne santé. Le système multidimensionnel d'évaluation fonctionnelle exige beaucoup de temps et de main-d'œuvre et doit être réservé au petit nombre d'aînés les moins autonomes.

Livres et chapitres de livres : (1)

Detraux J.J (2001). **Evaluation des compétences et mises en place de projets personnalisés chez des personnes polyhandicapées.** Euforpoly II Europe-Formation-Polyhandicap Programme : Communautaire Leonardo da Vinci 2000-2001. A. C. Euroforpoly : AIR, AP3, CEFES, NEXE, FUNDACIO/APPS, PAMIS, Euforpoly: 45-52.

Dans toute interrelation il faut considérer trois dimensions : la dimension liée au contact particulier dans lequel se déroulent les interactions, la dimension comportementale et la dimension du vécu de chaque acteur en présence. Dans ce contexte, l'auteur tente de montrer comment peut se mettre en place une évaluation de la personne polyhandicapée dans le cadre d'un partenariat entre professionnels et entre professionnels et parents. Il s'en suit une analyse à faire en équipe : quelles manifestations comportementales observe-t-on, que peut-on connaître du vécu subjectif des personnes et jusqu'à quel point ce vécu et les représentations qui les accompagnent définissent-ils la nature des relations entretenues ? Les équipes utilisent des outils d'observation existant ou sont invitées à en fabriquer lorsque l'équipe définit les rubriques de l'outil d'observation, elle fixe, en fait, les grandes axes de son projet.

Rapports : (4)

David A. (2006). **Aide méthodologique à l'analyse et à l'amélioration de l'outil AGGIR**. Paris, Ecole des Mines de Paris ARMINES 29p.

Le décret n°97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités de l'attribution spécifique dépendance (PSD) aux personnes âgées dépendantes adopte, dans son article 6, l'outil AGGIR pour permettre "d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne [...] AGGIR est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seule par la personne âgée et de définir en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources". Produit d'une histoire longue qui a vu, depuis les années 60 avec, notamment, le rapport Laroque de 1962 sur la politique de la vieillesse, apparaître progressivement la notion de dépendance, l'outil AGGIR est utilisé pour l'allocation de ressources aux personnes dépendantes, bien qu'un certain nombre de travaux en fassent, parallèlement, une analyse très critique. Pas de prise en compte de la dépendance psychologique, pertinence de l'outil pour décider si une personne est éligible à l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie, qui remplace la PSD) mais pas pour établir un plan d'aide individuel, difficultés pour décider sur des critères fondés si le groupe 4 (GIR 4) doit faire l'objet d'une attribution de ressources ou non, manque de conceptualisation de la dépendance et confusion, en conséquence, entre le phénomène de la dépendance et sa mesure, problèmes de robustesse avec, notamment, des changements brusques de groupe iso-ressource pour une variation faible sur tel ou tel paramètre, opacité de l'algorithme qui sous-tend le dispositif, fort taux de recours et changements de GIR consécutifs nombreux dans certains départements : telles sont les critiques les plus régulièrement faites à AGGIR. Ajoutons que la conception d'AGGIR implique et a impliqué des acteurs nombreux, dans des relations parfois conflictuelles. Début 2003, le rapport du Comité Scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, conclut qu'il faut conserver l'outil mais émet sept recommandations. Il s'agit, notamment, de conserver l'outil AGGIR mais de lui donner la place qui lui revient, c'est-à-dire comme préalable pour déterminer si une personne est ou non éligible à l'APA, une analyse multidimensionnelle personnalisée fixant ensuite le niveau et la nature des prestations fournies pour chaque personne reconnue éligible. En juin 2003, le cabinet du Secrétaire d'Etat aux personnes âgées met en place un groupe de travail pour avancer concrètement sur un certain nombre de propositions émises par le Comité scientifique, mais l'étude se concrétise finalement début 2005 : un comité de pilotage, dirigé par la DGAS (Direction Générale des Affaires Sociales, sous-direction des âges de la vie, bureau 2C "Personnes âgées"), se réunit pour concevoir un protocole permettant de tester la reproductibilité d'AGGIR entre investigateurs, d'analyser l'influence éventuelle de la détérioration intellectuelle des personnes âgées sur la procédure d'évaluation AGGIR et d'étudier la dispersion des temps d'aide dans chaque groupe GIR. Le protocole est, dans ses grandes lignes, le suivant, pour ce qui concerne la reproductibilité d'AGGIR :

- sélection de cinq départements au sein desquels l'étude sera menée, et des personnes à interroger dans chaque département. 684 personnes seront finalement interrogées
- premier test, dans les conditions normales, utilisées pour l'attribution de l'APA
- second passage chez les personnes âgées, avec la même procédure AGGIR mais un évaluateur différent, avec en plus un questionnaire complémentaire rempli en face-à-face, pour évaluer les temps d'aide nécessaires.

Les résultats complets de cette étude statistique, menée par Alain Colvez et son équipe de collaboration avec les départements concernés, figurent dans le rapport remis par Alain Colvez.

New Zealand Guidelines Group, Ministry of Health (2003). **Assessment of Older People with Complex Needs, Specialist Services. Best Practice Evidence-Based Guideline Summary**. Wellington, New Zealand Guidelines Group (NZGG) 4p.

Disponible sur http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0030/Specialist_summary.pdf

The New Zealand Guidelines Group has developed a best practice, evidence-based guideline providing recommendations for appropriate and effective processes for assessment of personal, social, functional and clinical needs in older people. This summary covers the important issues for specialist services. Older people with 'complex needs' are those who have multiple health, functional and/or social problems, vulnerable health, or are at risk of functional decline and/or hospital admission. Older people with complex needs should receive a comprehensive, multidimensional assessment when they come into contact with health or social services, or when an assessment is requested by carers, family, health or social service professionals involved in their care and support. All older people attending an emergency department must receive an assessment by a specialist trained assessor.

New Zealand Guidelines Group, Ministry of Health (2003). **Best Practice Evidence-Based Guideline, Assessment Processes for Older People.** Wellington, New Zealand Guidelines Group (NZGG) 82p.

This guideline was commissioned as part of the Positive Ageing Strategy to develop an effective and integrated assessment pathway for the health and disability needs of New Zealand's older population. To date, assessment and provision for older peoples' physical and mental health needs and need for social support have been fragmented between various health and disability support services. The purpose of the guideline is to provide evidence-based recommendations for appropriate and effective assessment processes to identify personal, social, functional and clinical needs in older people. That is, this is a guide to the processes required for effective assessment, and is not intended to address the specific details of assessments to be performed as part of these processes. 'Older people' generally refers to people aged 65 years and over, the age identified in the Health of Older People Strategy. In some cases, such as in the use of the term 'older Māori', the age is lower.

New Zealand Guidelines Group, Ministry of Health (2003). **Screening and Assessment Tools, Best Practice Evidence-Based Guideline Summary.** Wellington, New Zealand Guidelines Group (NZGG) 2p.

Disponible sur http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0030/tools_summary.pdf

The New Zealand Guidelines Group has developed a best practice, evidence-based guideline providing recommendations for appropriate and effective processes for assessment of personal, social, functional and clinical needs in older people. This summary covers key content on screening and assessment tools. An assessment tool (a collection of appropriate measures) is a key part of an assessment programme for screening or assessing for the needs of older people. Any tool will need to be compatible with a standardised, nationally and internationally comparable database/dataset for storing records and other information pertaining to assessment.

Communications: (3)

Association canadienne de soins et services à domicile (2005). **La gestion de cas à domicile : Table ronde sur invitation 3 et 4 mars 2005 Résumé des délibérations**

Disponible sur http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-cas-mgmt-gest/2005-cas-mgmt-gest-fra.pdf

Sensible à la reconnaissance accrue de l'importance de la gestion de cas aux échelons national, provincial et territorial, l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD), avec l'appui de Santé Canada, a été l'hôte d'une Table ronde sur invitation consacrée à la gestion de cas. Le but de la rencontre, à laquelle ont participé des chefs de file du secteur des soins à domicile de chaque province et territoire, était de définir la gestion de cas afin de s'entendre sur sa place dans les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile. Les participants ont travaillé en collaboration en vue de définir les principes et les éléments de la gestion de cas tout en reconnaissant l'importance de maintenir un cadre de travail souple pouvant être adapté aux besoins des provinces et des territoires. Le dialogue a pris appui sur le partage des expériences et des pratiques exemplaires au pays. Certes, les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile et communautaires se distinguent de par leur portée, accessibilité et contenu, mais il y a un élément qui les unit : la gestion de cas. Tout au long des discussions, les participants ont tous convenu que la gestion de cas n'est pas une tâche indépendante ou une tâche qui appartient à une discipline en particulier. Elle est plutôt une stratégie ou un processus entrepris par tous les professionnels de la santé; en fait, une stratégie que les clients eux-mêmes emploient à des degrés divers suivant leurs circonstances et la place qu'ils occupent dans le continuum des soins. Elle est une stratégie qui permet d'optimiser le mieux-être et l'autonomie du client, suivant ses circonstances particulières, par la revendication, la communication, l'éducation, l'identification des ressources et la facilitation des services. La gestion de cas s'intègre dans tous les aspects de la pratique des professionnels de la santé. Le gestionnaire de cas, en tant que membre d'une équipe, aide à déterminer les services et les choix appropriés à toutes les étapes du continuum des soins de santé en tenant compte de l'efficacité de l'utilisation des ressources afin d'optimiser la valeur pour le client et le système.

Jeandel C., Parent H., Eds. (2005). **Soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. Les entretiens du Carla** 128p.

Cette conférence de consensus a réuni 23 experts représentant toutes les disciplines afin d'établir des recommandations concernant le soutien à domicile des personnes âgées. Elle s'articule autour de 3 sessions : les besoins de la personne ; les acteurs, où, avec qui, et comment ? outils et moyens pour optimiser le soutien à domicile. Les recommandations énoncées s'appuient sur quelques idées forces. La première est celle du partage, partage entre tous les acteurs du même langage, des mêmes concepts et des mêmes outils. La

seconde est celle du réseau, la seule réponse organisationnelle possible pour faire face à l'enjeu de coordination. La troisième est celle de la globalité, notamment dans l'analyse des besoins de la personne âgée. La quatrième est celle de l'évaluation toujours répétée, car sans objectif ni mesures on ne peut garantir l'efficacité des actions menées.

Social Care Institute of excellence. (2005). Developing social care: the current position. S. i. f. excellence. The context for a review of the needs of older people, the services provided and their impact is set by the 1990 NHS and Community Care Act, the guidance and directives that followed, and policy initiatives taken by the labour government since 1997. Some key elements of these policy changes and recommendations need to be highlighted here, with further contextual material introduced as needed below.

Guides : (1)

Blanchard N., Villebrun D., Colvez A. (2004). **Guide pour l'évaluation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**. 66.

Le guide présenté dans ce document est l'aboutissement de plusieurs missions confiées à l'INSERM par le Ministère de la santé et de la prospection sociale (Direction Générale de l'Action Sociale-DGAS). La DGAS a confié à l'INSERM en 2001-2002, puis en 2002-2003, l'évaluation de CLIC expérimentaux. En 2003-2004, elle lui confie la réalisation d'un guide d'évaluation destiné à accompagner la généralisation du dispositif en capitalisant les enseignements tirés des phases précédentes. Ce guide a pour but de structurer le recueil des informations sur les CLIC et d'évaluer leurs activités dans les dimensions suivantes : accueil et information, évaluation des situations individuelles, actions collectives et animation territoriale. Il permettra aux CLIC d'engager une observation dynamique qui dépasse le seul compte-rendu d'activité. Les informations réunies à l'aide du guide doivent aider les CLIC à réfléchir à leurs orientations et méthodes de travail et à avoir une vision tournée vers l'avenir. Cet outil va guider chaque CLIC et financeurs au sein d'un département pour le choix des critères d'évaluation et la construction d'outils communs (trames de rapport d'activité et de demandes de financement...). Ce guide permettra de réunir des informations comparables qui pourront être utilisées à l'échelle départementale (COPIL), régionale ou nationale (Ministère) sur l'action des CLIC. La proposition de critères d'évaluation, d'outils méthodologiques d'évaluation et de pilotage des CLIC présentés dans ce guide, doit permettre d'aller au-delà de la seule description quantitative de l'activité d'un CLIC pour approcher la qualité des services rendus.

A.2.1 Atelier 8 : Les outils et leur place dans le processus d'évaluation

Le processus d'évaluation ne peut généralement se faire sans recourir à un outil. Cet atelier a pour objectif de faire se rencontrer des concepteurs d'outils, des utilisateurs et des usagers concernés par l'emploi d'un outil d'évaluation. Il est alors intéressant de **situer la place de l'outil dans le processus et savoir comment il est construit et utilisé afin de répondre au mieux aux besoins de la personne en perte d'autonomie**. Le nombre de variables et le type de variables prises en compte varient d'un outil à l'autre. **Les variables environnementales, de bien-être et de qualité de vie sont de plus en plus intégrées**. L'évaluation se destine en effet à quantifier mais aussi à qualifier le besoin d'aide. On peut alors se demander en quoi un outil répond bien à ces objectifs. Quelles sont les perceptions des usagers lors de cette utilisation ? Une typologie des différents outils existants réalisée par la CNSA, pourra alors être présentée et discutée. Enfin, si certains sont spécifiques à certains types de handicap, d'autres ont une visée plus large. En France, le GEVA qui vient d'être rendu obligatoire pour l'évaluation des besoins des personnes handicapées dans le cadre des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées). Cet outil vise une meilleure compréhension de la situation de la personne, de ses objectifs et de ses besoins sans être restreint à l'éligibilité à la prestation de compensation qui peut en découler, comme l'outil AGGIR peut l'être souvent en tant qu'outil essentiellement d'éligibilité à l'APA.

Loi/décrets APA :

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

+ 2 décrets sur l'APA/grille AGGIR

Décret no 2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR

Textes réglementaires GEVA :

Décret no 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article

R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles

Bibliographie (96)

Articles de revues scientifiques : (48)

Asadi-Lari M., Gray D. (2005). **Health needs assessment tools: Progress and Potential**. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* vol.21 (n°3): 288-297.

Objectives: Health needs has attracted the interest of policy-makers, health economists, and health professionals as modern health services try to satisfy individual and population health needs to optimize resource utilization. Health needs can be assessed by administering various types of survey or interview-based instruments. If health needs are to be satisfied in changing health agendas in developed and developing countries, it is essential to employ valid and reliable tools. Despite the importance of needs assessment, no comprehensive review of tools is currently available. We carried out a literature search to define and categorize existing health needs assessment tools.

Methods: We reviewed medical and social search engines for items containing specific health needs-related words to identify needs tools across a range of specialties. Papers were reviewed in terms of design, subject matter, psychometric features, and method of administration method.

Results: Thirty-one employed in 52 studies including cancer, mental health, palliative care, multiple sclerosis, and cardiovascular disease tools were identified.

Conclusions: This report summarizes available health needs instruments in a range of diseases to assist researchers in accessing health needs resources more easily and to encourage further research in this field.

Bentot, Chassagne, Gallois, et al. (2005). **La Consultation d'évaluation gérontologique du CHU de Rouen. Une priorité : le maintien à domicile.** *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie* (n°29): 19-26.

L'évaluation gérontologique standardisée (EGS) s'adresse à une population âgée communautaire, le plus souvent fragile. Les bénéfices de l'EGS ont été largement démontrés dans la littérature. Ses principaux objectifs concernent la prise en charge globale du malade, des maladies et de ses aidants pour améliorer le maintien à domicile. Parmi les missions de l'EGS figurent par exemple, le dépistage des déficiences ou encore la prévention (ex : chutes) en utilisant des outils standardisés, validés. Depuis mai 2001, le CHU de Rouen a mis en place une consultation d'Évaluation Gérontologique. Dans cet article, nous présentons notre expérience (résumé auteurs).

Bernabei R., Landi F., Onder G., et al. (2008). **Second and third generation assessment instruments : th birth of standardization in geriatric care.** *Journal of gerontology* vol.63A (n°3): 5.

The systematic adoption of "second-generation" comprehensive geriatric assessment instruments, initiated with the Minimum Data Set (MDS) implementation in US nursing homes, and continued with the uptake of related MDS instruments internationally, has contributed to the creation of large patient-level data set. In the present special article, we illustrate the potential of analyses using the MDS data to : (a) identify novel prognostic factors; (b) explore outcomes of interventions in relatively unselected clinical populations; (c) monitor quality of care; and (d) conduct comparisons of case mix, outcomes , and quality of care. To illustrate these applications, we use a sample of elderly patients admitted to home care in 11 European Home Health Agencies that participated in the AgeD in Home Care (AD-HOC) project, sponsored by the European Union. The participants were assessed by trained staff using the MDS for Home Care, 2.0 version. We argue that the harmonization by InterRAI of the MDS forms for different health settings, referred to as "the third generation of assessment", has produced the first scientific, standardized methodology in the approach to effective geriatric care.

Boissy P., Brière S., Tousignant M., et al. (2007) **The e-smaf : a software for the assessment and follow-up of functional autonomy in geriatrics.** *BMC Geriatrics* 7, 10.1186/1471-2318-7-2: 10.1186/1471-2318-7-2.

Disponible sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/2> le 20/02/2008.

Background: Functional status or disability forms the core of most assessment instruments used to identify mix and level of resources and services needed by older adults who possess common characteristics. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF) is a 29-item scale measuring functional ability in five different areas. It has been recommended for use for home care, for allocation of chronic beds, for developing care plans in institutional settings and for epidemiological and evaluative studies. The SMAF can also be used with a case-mix classification system (Iso-SMAF) to allocate resources based on patients' functional autonomy characteristics. The objective of this project was to develop a software version of the SMAF to facilitate the evaluation of the functional status of older adults in health services research and to optimize the clinical decision-making process.

Results: The e-SMAF was developed over an 24-month period using a modified waterfall software engineering process. Requirements and functional specifications were determined using focus groups of stakeholders. Different versions of the software were iteratively field-tested in clinical and research environments and software adaptations made accordingly. User documentation and online help were created to assist the deployment of the software. The software is available in French or English versions under a 30-day unregistered demonstration license or a free restricted registered academic license. It can be used locally on a Windows-based PC or over a network to input SMAF data into a database, search and aggregate client data according to clinical and/or administrative criteria, and generate summary or detailed reports of selected data sets for print or export to another database.

Conclusion: In the last year, the software has been successfully deployed in the clinical workflow of different institutions in research and clinical applications. The software performed relatively well in terms of stability and performance. Barriers to implementation included antiquated computer hardware, low computer literacy and access to IT support. Key factors for the deployment of the software included standardization of the workflow, user training and support.

Cabatoff K. (1997). **Au delà des modèles "rationnel" et "pluraliste" dans l'analyse des politiques publiques: le cas de la CTMSP.** *The Canadian journal of Program Evaluation* 12.

Cambois E., Robine J.-M. (2004). **Vieillesse et dépendance. Concepts et mesure de l'incapacité.** *Problèmes Politiques et Sociaux* (n°903): 32-35.

Cerese-Feurra V., (2001). **Le Resident assessment instrument (RAI) : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée.** *Gérontologie et société*. 99, 161-177.

Evaluer la qualité des soins est devenu une préoccupation majeure en milieu hospitalier, et les soins de longue durée ne sont pas épargnés. Dans ce secteur, nombreuses particularités ne facilitent pas la démarche de l'évaluation de la qualité et l'on ne reconnaît, à ce jour, aucun « outil de référence ». Aux Etats-Unis, une évaluation multidimensionnelle des résidents âgés vivant en institution est réalisée de façon régulière et systématique à l'aide du Résident Assessment Instrument (dit démarche RAI). C'est à partir des données, essentielles et standardisées, produites par le RAI qu'une série de 24 Marqueurs ou Indicateurs de Qualité (IQ) a été définie. Les IQ représentent des événements indésirables dans 11 domaines d'intervention, pouvant refléter la qualité des soins promulgués aux personnes âgées. Ils sont utilisés dans un système de contrôle et suivi de la qualité.

Closon M. C., Habimana L., Laokri S., et al. (2006). **Apport du modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS en complément des APR-DRGs pour expliquer la charge et la durée moyenne de séjour en gériatrie aiguë.** *La Revue de la Gériatrie* vol.tome 31, p.21-30.

Closon M-C., Neiryneck I., Habimana L., et al. (2006). **Le modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS : un instrument potentiel pour le financement, la programmation et la gestion interne des services de gériatrie et de réadaptation.** *La Revue de Gériatrie* vol.tome 31, p.31-40

Colvez A. (2003). **Mesure de la dépendance des personnes âgées. Evaluation multidimensionnelle. Plan d'aide. Eligibilité aux prestations.** *Regards* (n°23): 62-77.

Cet article aborde le problème de la santé des personnes âgées dans le contexte plus large de l'ensemble des états chroniques invalidants. Aujourd'hui, l'approche de la santé des personnes âgées a évolué vers la réduction du désavantage que la maladie entraîne dans la vie du sujet. L'article présente les principaux concepts utilisés pour définir les conséquences des états cliniques, établi par l'OMS. Il aborde ensuite les principaux instruments de mesure de la dépendance et l'évaluation multidimensionnelle, la construction d'un plan d'aide, le financement des prestations, la coordination et les instruments d'éligibilité.

De Jong G. Jenny (2006). **A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness.** *Research and Aging* vol.8 (n°5): 16.

Loneliness is an indicator of social well-being and pertains to the feeling of missing an intimate relationship (emotional loneliness) or missing a wider social network (social loneliness). The 11-item De Jong ierveld Loneliness Scale has proved to be a valid and reliable measurement instrument for overall, emotional, and social loneliness, although its length has sometimes rendered it difficult to use in large surveys. In this study, the authors empirically tested a shortened version of the scale on data from two surveys (n=9,448). Confirmatory factor analyses confirmed the specification of two latent factors. Congruent validity and the relationship with determinants (partner status, health) proved to be optimal. The 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale is a reliable and valid measurement instrument for overall, emotional, and social loneliness that is suitable for large surveys.

Desrosiers J et coll. (2004). **Validity of the Assessment of Life Habits (LIFE-H) in older adults.** *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36 (4), pp. 177-182.

<http://jrm.medicaljournals.se/article/pdf/10.1080/16501970410027485>

OBJECTIVE: To study the construct validity of a participation scale, the Assessment of Life Habits, with older adults having functional limitations. More specifically, the study aimed to verify the ability of the Assessment of Life Habits to discriminate between clienteles in 3 living environments, and to compare participation scores to functional independence scores obtained with the Functional Autonomy Measurement System (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle). **DESIGN:** Participants were evaluated once with the Assessment of Life Habits and the Functional Autonomy Measurement System. **Subjects:** Eighty-seven older adults (mean age 78.0 years (8.2)) living in 3 types of environment: own home, private nursing home or long-term care centre. **RESULTS:** Results suggest that the Assessment of Life Habits scores discriminate between different levels of participation according to the living environments of the participants. The Assessment of Life Habits measures some similar aspects to the Functional Autonomy Measurement System scale but also additional concepts not included in the Functional Autonomy Measurement System. **CONCLUSION:** This study supports the validity of the Assessment of Life Habits as a participation measure. It suggests the importance of going beyond disability measures to evaluate the overall functioning of older adults correctly.

Falez F., Swine C., Pepersack T., Lucas P. (2007). **Étude comparée de trois échelles d'évaluation de la dépendance des personnes âgées en Belgique.** *La revue de gériatrie* vol tome 32(1), pp 13-24
En Belgique, la dépendance des personnes âgées est évaluée par deux échelles (échelle de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité - INAMI et échelle APA). En France, elle est évaluée à l'aide de l'échelle AGGIR. Cependant, aucun de ces instruments n'a été validé suivant des standards métrologiques. Cet article présente les données de quatre enquêtes réalisées en vue de comparer la validité de ces trois instruments. (R.A.).

Fetter M-S. (2003). **Geriatric assessment and management protocols: issues for home infusion therapy providers.** *J Infus Nurs* vol.26 (n°3): 153-60, voir dans étude de cas Etats-Unis A.1.5)

Francesconi P., Cantini E., Bavazzano E., et al. (2006). **Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III).** *Aging Clinical and Experimental Research* vol.18 (n°2): 133-40.

BACKGROUND AND AIMS: Samples of nursing homes in Tuscany (Italy) classify their residents and determine their case-mix according to the Resource Utilization Groups System, Version III (RUG-III). **METHODS:** A large sample of nursing homes was selected, based on willingness to participate, representation of both public and private institutions, and wide geographic representation. Two registered nurses assessed all residents using the RUG questionnaire. The information collected was then used to group residents into 44 RUGs, and facility-specific case-mix indices were calculated using the RUG-specific weights previously validated in Italy. **RESULTS:** A total of 3981 residents from 93 nursing homes were assessed. Most residents were over 75 years old (87.4%) and women (68.6%). A large percentage was classified into RUGs within the following primary categories: reduced physical function (33.6%), impaired cognition (17.6%) and clinically complex (17.6%). The resulting nursing home case-mix indices ranged from 0.627 to 1.108 (mean 0.807+/-0.110). No significant association was found between type of facility, level of fees, or extent of staff in the nursing homes and their case-mix indices. **CONCLUSIONS:** RUGIII can provide information on types of nursing home residents and their care needs. This is useful for monitoring and evaluating long-term care services for the elderly, and allows for more effective planning and allocation of staffing and financial resources.

Fries B.E., Morris J. N. (2007). **Rethinking the resident assessment protocols.** 2 *The American Geriatrics Society*.

La démarche RAI (Resident Assessment Instrument) est utilisée dans tous les nursing homes aux Etats-Unis, en Ontario et en Islande pour évaluer la situation des résidents des établissements de longue durée, identifier leurs problèmes de santé ; les analyser avant de mettre en oeuvre un plan d'aide et de soins. Elle permet la mise en oeuvre régulière, auprès de chaque résident, d'évaluations multidimensionnelles et pluriprofessionnelles. Ce guide présente la méthodologie de cette démarche, qui permet de constituer des groupes homogènes de résidents en fonction de leur consommation de ressources (groupes iso-ressources ou RUG), qui répondent aux objectifs des questionnaires.

Gilbert P. (2007). **Evaluer pour construire le Projet personnalisé de scolarisation: place du guide d'évaluation "GEVA".** *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* N°39: 12.

Répondre de façon adaptée aux besoins de compensation des personnes handicapées et traiter leurs problématiques autrement que par une démarche "administrative" d'attribution de prestations ou d'orientation vers les dispositifs spécialisés suppose l'emploi et auparavant la production d'outils d'évaluation des besoins. C'est à cette fin qu'a été élaboré le GEVA, conçu comme multidimensionnel en relation avec le nouveau modèle conceptuel du handicap. Cinq MDPH volontaires ont été sollicitées pour le tester afin d'identifier et d'analyser les obstacles ressentis dans son emploi par les acteurs de terrain de façon très concrète autour de situations réelles.

Hancock G. A., Woods B., Challis D., et al. (2006). **The needs of older people with dementia in residential care.** *International Journal of Geriatric Psychiatry* vol.21 (n°1): 43-9.

On sait peu de choses sur les besoins non satisfaits des personnes âgées démentes institutionnalisées. Cette étude, menée auprès de 238 personnes âgées démentes, les besoins insatisfaits les plus courants sont les activités diurnes, les problèmes sensoriels, la détresse psychologique, les troubles mnésiques et la solitude. Les résultats montrent que le fait de souffrir de dépression accentue le sentiment de besoins non satisfaits. **BACKGROUND:** People with dementia often move into care homes as their needs become too complex or expensive for them to remain in their own homes. Little is known about how well their needs are met within care homes. **METHOD:** The aim of this study was to identify the unmet needs of people with dementia in care and the characteristics associated with high levels of needs. Two hundred and thirty-eight people with dementia were recruited from residential care homes nationally. Needs were identified using the Camberwell Assessment

of Needs for the Elderly (CANE). RESULTS: Residents with dementia had a mean of 4.4 (SD 2.6) unmet and 12.1 (SD 2.6) met needs. Environmental and physical health needs were usually met. However, sensory or physical disability (including mobility problems and incontinence) needs, mental health needs, and social needs, such as company and daytime activities, were often unmet. Unmet needs were associated with psychological problems, such as anxiety and depression, but not with severity of dementia or level of dependency. CONCLUSION: Mental health services and residential home staff need to be aware that many needs remain unmet and much can be done to improve the quality of life of the residents with dementia.

Harari, D., Martin F., Buttery A., et al. (2007). **The older persons' assessment and liaison team 'OPAL': evaluation of comprehensive geriatric assessment in acute medical inpatients.** *Age Ageing* vol.36: 670-675.

BACKGROUND: Reducing hospital length of stay (LOS) in older acute medical inpatients is a key productivity measure. Evidence-based predictors of greater LOS may be targeted through Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). OBJECTIVE: Evaluate a novel service model for CGA screening of older acute medical inpatients linked to geriatric intervention. SETTING: Urban teaching hospital. SUBJECTS: Acute medical inpatients aged 70+ years. INTERVENTION: Multidisciplinary CGA screening of all acute medical admissions aged 70+ years leading to (a) rapid transfer to geriatric wards or (b) case-management on general medical wards by Older Persons Assessment and Liaison team (OPAL). METHODS: Prospective pre-post comparison with statistical adjustment for baseline factors, and use of national benchmarking LOS data. Pre-OPAL (n = 46) and post-OPAL (n = 49) cohorts were similarly identified as high-risk by the CGA screening tool, but only post-OPAL patients received the intervention. RESULTS: Pre-OPAL, 0% fallers versus 92% post-OPAL were specifically assessed and/or referred to a falls service post-discharge. Management of delirium, chronic pain, constipation, and urinary incontinence similarly improved. Over twice as many patients were transferred to geriatric wards, with mean days from admission to transfer falling from 10 to 3. Mean LOS fell by 4 days post-OPAL. Only the OPAL intervention was associated with LOS (P = 0.023) in multiple linear regression including case-mix variables (e.g. age, function, 'geriatric giants'). Benchmarking data showed the LOS reduction to be greater than comparable hospitals. CONCLUSION: CGA screening of acute medical inpatients leading to early geriatric intervention (ward-based case management, appropriate transfer to geriatric wards), improved clinical effectiveness and general hospital performance.

Hébert R., Desrosiers J., Dubuc N., et al. (2003). **Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).** *La Revue de Gériatrie* vol. Tome 28 (n°4): 323-336.

Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la CIH. Cet article présente le cadre conceptuel ayant présidé à son développement et résume ses modalités d'application. Les travaux ayant vérifié sa fidélité, sa validité et sa sensibilité au changement sont ensuite passés en revue.

Idee S., B. J. (1997). **L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle donne-t-elle les mêmes résultats au domicile et à l'hôpital ?**, *La revue de gériatrie* 22(7): 447-450.

Cette étude compare les résultats obtenus lors de l'utilisation en centre hospitalier et au domicile de la grille d'évaluation SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle), résultats collectés le même jour pour un patient donné. Elle analyse les différences dans les résultats et distingue plusieurs facteurs (âge, sexe, degré d'autonomie) pouvant expliquer ces différences.

Kerjosse J. (2001). **La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide.** *DREES études et résultats* (n° 136): 12 p.

Ce fascicule présente les résultats d'une enquête réalisée auprès des conseils généraux en 2000 sur un échantillon de dossiers de demandeurs de la PSD vivant à domicile. Outre des éléments d'évaluation de la PSD, cette enquête informe sur les aides dont la personne âgée dispose avant sa première demande de prestation et sur la façon dont les besoins des personnes âgées dépendantes sont pris en compte à travers le plan d'aide proposé par l'équipe médico-social. Une comparaison avec le montant de la PSD accordée et son équivalence en nombre d'heures d'aide à domicile permet de préciser la réponse qui était apportée jusqu'ici à ces besoins.

Laokri S., Habimana L., Prévost P., et al. (2006). **Adaptation au secteur de la réadaptation hospitalière du modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS développé en gériatrie.** La Revue de la Gériatrie vol.tome 31 , p.41-46

Leduc F. (2001). **L'évaluation des situations individuelles : une démarche nommée DESIR.** Gérontologie et Société (n°99): 223-239.

Les personnes âgées vivant à domicile, en situation de besoin d'aide et ayant formulé une demande de recours à l'aide professionnelle font l'objet d'une démarche dite d'évaluation destinée à quantifier et qualifier le besoin d'aide. Or, cette notion d'évaluation ne va pas de soi : est-elle une expertise, un mode d'entrée dans une prestation, quelles institutions et quels professionnels sont porteurs de légitimité à son égard ? Dans ce contexte, l'UNASSAD a constitué un groupe de travail chargé de produire une analyse critique de la grille AGGIR et du référentiel CNAV. Les travaux ont abouti à l'élaboration d'un outil qui repose sur l'idée initiale d'un rapprochement entre les champs du handicap et de la gérontologie. La Démarche d'Evaluation d'une Situation Individuelle et de Réponse, DESIR, a pour objectif de rassembler les professionnels autour d'une démarche commune pour répondre de manière adéquate à des besoins spécifiques, tout en clarifiant les missions des professionnels et le contenu de leur métier (résumé de l'auteur).

McClane K. S. (2006). **Screening instruments for use in a complete geriatric assessment.** Clin Nurse Spec vol.20 (n°4): 201-7.

The rapid population growth of individuals 65 years and older in the United States is predicted to continue through 2050. As people age, the complexity of their healthcare needs increase and can be attributed to the normal aging process as well as an increased frequency of chronic illness with associated morbidity. There are many geriatric assessment instruments that can be used to evaluate the complex health needs of the older adult, but there is a need for a geriatric screening assessment process that can address the domains of the aging individual in a practical, holistic, and cost-effective manner. There are multiple quality-of-life instruments that can be used for this screening of health needs in the aging population, and 3 will be discussed, the LEIPAD instrument, the Medical Short Form-36, and the WHOQOL-BREF. The rationale for introducing a screening assessment into the clinical practice of the clinical nurse specialist for positive patient outcomes will be examined.

McConachie H, Colver A.F., Forsyth R.J., Jarvis S.N., Parkinson K.N.. (2006). **Participation of disabled children: how should it be characterised and measured?** Disability and Rehabilitation, 28(18):1157-64.

PURPOSE: The aim of the paper is to explore the issues involved in measuring children's participation. METHOD: The concept of participation as encapsulated in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is discussed as it applies to children. The essential components of any measure of children's participation are outlined, including participation essential for normal development and survival, leisure activities, and educational participation. Some existing instruments are briefly reviewed in terms of their coverage of the essential components and the adequacy of their approach to measurement. RESULTS: Key issues regarding the content of an adequate measure of participation include the need to consider the child's dependency on the family, and their changing abilities and autonomy as they grow older. Instruments may be most appropriate where they ask the child directly, implying use of visual as well as verbal presentation. Their focus should be on 'performance' such as whether and how often an activity is taken part in, and not incorporate degree of assistance within the measurement scaling. CONCLUSIONS: Currently available measures of children's participation all have some limitations in terms of their applicability across impairment groupings, whether the child can directly respond, and in the ICF components covered. The feasibility of developing measurement instruments of children's participation at different ages is discussed

Neal-Boylan L. (2007). **Health assessment of the very old person at home.** Home Health Nurse vol.25 (n°6): 388-98; quiz 399-400.

Home health clinicians are adept at performing comprehensive histories and physical examinations. The very nature of home care requires that clinicians assess the whole person. In fact, the Outcomes Assessment Information Data Set (OASIS) demands a detailed evaluation of past and current medical status. As more people are living into their eighties and beyond, home health clinicians are finding themselves assessing patients who present with signs and symptoms that may be specific to very old persons. This article discusses age-related changes in the very old patient and attempts to help clinicians differentiate abnormal findings and make critical decisions regarding whether intervention is needed. This article assumes that the reader is well versed in basic health assessment and focuses on specifics related to the assessment of the very old patient living at home.

Neiryck I., Closon M.C., Swine C., et al. (2006). **Epreuves de validation du modèle AGGIR-PATHOS-SOCIOS dans les services gériatriques et de réadaptation.** *La Revue de la Gériatrie* vol.tome 31.

Noreau L., Lepage C., Boissière L., Picard R., Fougere P., Mathieu J., Desmarais G., Nadeau L. (2007). **Measuring participation in children with disabilities using the Assessment of Life Habits.** *Dev Med & Child Neuro*;49:666-71.

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118482501/PDFSTART>

The objectives of this study were: (1) to examine the psychometric properties of the Assessment of Life Habits (LIFE-H) for children; and (2) to draw a profile of the level of participation among children of 5 to 13 years of age with various impairments. The research team adapted the adult version of the LIFE-H in order to render it more appropriate for the daily life experiences of children. Content validity was verified by an expert panel of 29 people, made up of parents, paediatric clinicians, and researchers. Reliability and construct validity of the LIFE-H for children (interview-administered form) was tested during an experiment that comprised three sessions of interviews with a group of 94 parents of children with disabilities (36 males, 58 females; mean age 8y 10mo [SD 2y 6 mo]; diagnostic groups: cerebral palsy, myelomeningocele, sensory-motor neuropathy, traumatic brain injury, and developmental delay). Overall, the LIFE-H showed high intrarater reliability with intraclass correlation coefficient values of 0.78 or higher for 10 out of 11 categories. The correlations between the LIFE-H and the tools used in pediatric rehabilitation varied, and categories with similar constructs generally led to higher correlations. The psychometric properties of the LIFE-H are appropriate and its content allows a complete description of participation among children with disabilities.

Noreau L. et coll. (2004). **Measuring social participation: Reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities.** *Disability & Rehabilitation*, 26 (6), pp. 346-352.

PURPOSE: Much more attention should be paid to instruments documenting social participation as this area is increasingly considered a pivotal outcome of a successful rehabilitation. The purpose of this study was to document the reliability of a participation measure, the Assessment of Life Habits (LIFE-H), in older adults with functional limitations. METHODS: Eighty-four individuals with physical disabilities living in three different environments were assessed twice with the LIFE-H, an instrument that documents the quality of social participation by assessing a person's performance in daily activities and social roles (life habits). RESULTS: The intraclass correlation coefficients (ICC) computed for intrarater reliability exceeded 0.75 for seven out of the 10 life habits categories. For interrater reliability, the total score and daily activities subscore are highly reliable (ICC \leq 0.89), and the social roles subscore is moderately reliable (ICC=0.64). 'Personal care' is the category with the highest ICC, and for five other categories ICCs are moderate to high (<0.60). CONCLUSION: LIFE-H is a valuable addition to instruments that mostly emphasize the concepts of function or functional independence. It is particularly meaningful to evaluate the participation of older adults in significant social role domains such as recreation and community life. It may be considered among the instruments having the best fit with the ICF definition of participation (the person's involvement in a life situation) and a majority of its related domains.

Peix R. O., Parverie A., Thomas P. (2006). **Le "N.O.S. GER." outil d'aide au diagnostic : du NOSGER au plan de soins.** *La revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie.* (n°127): 357-361.

L'échelle NOSGER (Nurse's Observation Scale for Geriatric Patients) est un outil d'évaluation développé en Suisse et traduit dans plusieurs langues. C'est un outil d'évaluation des comportements des malades psychogériatriques. Il est particulièrement utile pour le plan de soins, et son évaluation. Le score global du NOSGER reflète la charge en soins.

Philopoulos, Hamonet (2005). **Méthodologie de l'estimation du besoin en tierce personne en pratique médico-légale.** *Journal de réadaptation médicale* vol.25 (n°4): 167-178.

L'estimation du besoin en tierce personne pose souvent un problème majeur lors des expertises médicales. Les auteurs dressent ici un portrait des difficultés à partir d'une méthodologie qui tient compte des activités de la vie quotidienne de la PH. Ils présentent un nouvel outil d'évaluation des besoins au moyen d'une analyse micro-situationnelle interactive qui intègre la participation de la personne handicapée. Cet outil, Handi-Aide, est une adaptation de Handitest, outil de mesure de la dépendance. Les microsituations pertinentes choisies dans cet outil touchent à tous les aspects de la vie susceptibles d'influencer sur l'estimation du besoin en tierce personne, notamment les actes de la vie quotidienne, les déplacements, les transferts et la sécurité. Handi-Aide permet aussi à l'expert médical d'intégrer des variations quotidiennes de la dépendance dans son estimation du besoin d'aide.

Pinsonnault E., Desrosiers J., et al. (2003). **Functionnal autonomy measurement system: development of a social subscale.** *Archive of gerontology and geriatrics*,(n°37): 223-233.

L'objet de cette étude était de développer une échelle spécifique d'évaluation de l'insertion sociale à partir du modèle SMAF à partir de la consultation d'experts de santé et de la prise en charge au Québec, au Canada et en France.

*Pinsonnault, E., Desrosiers J., Dubuc N., Kalfat H., Colvez A., Delli-Colli N. (2001). **Développement d'une dimension sociale au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle.** Le Gérontophile; 24:11-17*

Les soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie ne doivent pas se limiter aux fonctions physiologiques de base. En effet, une optimisation des composantes sociales de la vie des personnes âgées est susceptible d'améliorer leur bien-être psychologique et leur état de santé. L'ajout d'une dimension sociale dans le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) devrait aider les cliniciens et les chercheurs à évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de façon plus complète et permettre d'améliorer la qualité des services qui leur sont dispensés

Poirier, Bonin, Lesage, et al. (2000). **Dossier : itinérance. Evaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach.** Santé Mentale au Québec vol.25 (n°2): 195-215.

L'article décrit la perception des membres de l'équipe itinérance-outreach d'un centre local de services communautaires situé à Montréal, de l'impact de leur intervention auprès des personnes sans domicile fixe ayant de graves problèmes de santé mentale. Les besoins de cette clientèle ont été évalués à l'aide du Camberwell Assessment of Needs (CAN-F, PELAN et al., 1995). La qualité de vie a été mesurée à l'aide du questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin (Version intervenant ; BECKER et al., 1993). L'étude démontre que l'intervention clinique est associée à une amélioration de la qualité de vie des itinérants ayant des pathologies mentales graves. Elle suggère que la démarche de l'équipe itinérance-outreach touche les aspects cliniques et s'associe à l'amélioration des problèmes sociaux de cette population.

Power J. (2006). **Spiritual assessment: developing an assessment tool.** Nurs Older People vol.18 (n°2): 16-8.

Patients' 'spirituality' is widely considered to be a factor that nurses need to consider in their assessments. But Jeanette Power suggests ways in which assessments can be undertaken, and questions whether one assessment tool can prove adequate in measuring the significance of spirituality in the lives of individuals, all of whom may interpret its meaning differently?

Raïche M., Hébert R., Dubois M.-F., et al. (2007). **Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation.** La Revue de Gériatrie vol.32 (n°3): 209-218.

Une part importante des personnes âgées vit à domicile avec des incapacités significatives. Certaines de ces personnes ne sont pas connues par le réseau de santé. La région de l'Estrie au Québec a mis en place diverses approches pour les repérer. L'outil PRISMA-7 a ainsi préalablement été développé et validé pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. Ses seuils de sensibilité et spécificité sont présentés, tout comme son utilisation et son implantation.

Rawlings-Anderson K. (2004). **Assessing the cultural and religious needs of older people.** Nurs Older People vol.16 (n°8): 29-33.

Patients' cultural and religious needs can become particularly important during ill health. This article describes two different frameworks and how they can be used by nurses to assess those needs among older people in their care.

Reilly S., Challis D., Burns A., et al. (2004). **The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland.** Aging Ment Health vol.8 (n°3): 249-55. (voir P.1.4 Choix outil)

Implementation of the Single Assessment Process in the UK is designed to ensure that more standardized assessment procedures are in place across all areas and agencies, that practice improves and older people's needs are comprehensively assessed. This study provides a unique picture of the range and prevalence of standardized scales used within Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland, reported by 73% of old age psychiatrists. Most services (64%) used three or more standardized assessment scales (range 1-12). Sixty-two separate instruments were identified. The six most used measures were the Mini Mental State Examination (95%), the Geriatric Depression Scale (52%) and the Clock Drawing (50%), the Clifton Assessment Procedures for the elderly (26%), the Barthel Index (18%) and the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) 65 + (18%). A number of factors were associated with greater use of certain standardized assessment scales. Shared documentation, along with other indicators of integration between health and social

care were associated with greater use of standardized scales. The provision of a memory clinic was associated with greater use of neuropsychiatric scales and lower levels of use of cognitive scales. These results provide key material for shaping the provision of psychiatric services for older people

Reynolds T., Thornicroft G., Abas M., et al. (2000). **Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), Development, validity and reliability.** *British Journal of Psychiatry* vol.176: 444-452.

Background: There exists non instrument specifically designed to measure comprehensively the needs of older people with mental disorders. Aim: To develop such an instrument which would take account of patients', staff and carers' views on needs. Method: Following an extensive development process, the assessment instrument was subjected to a test-retest and interrater reliability study, while aspects of validity were addressed both during development and with data provided by sites in the UK, Sweden and the USA. Results: The Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) comprises 24 items (plus two items for carer needs), and records staff, carer and patient views. It has good content, construct and consensual validity. It also demonstrates appropriate criterion validity. Reliability is generally very high: $k > 0.85$ for all staff ratings of interrater reliability. Correlations of interrater and test-retest reliability of total numbers of needs identified staff were 0.99 and 0.93, respectively. Conclusions: The psychometric properties of the CANE seem to be highly acceptable. It was easily used by a wide range of professionals without formal training. Declaration of interest: This study was funded by a grant from the North Thames National Health Service Executive.

Rockwood K., Rockwood M. R.H, et al. (2008). **Reliability of the hierarchical assessment of balance and mobility in frail older adults.** *Journ. of American geriatrics society* Vol.56(n°7): 1213-1217p.

Roudier M., Al-Aloucy M.J. (2004). **Analyse en composante principale de la grille AGGIR chez les patients âgés déments.** *Revue de Neurologie*, vol.160 (5) : pp 555-558

La grille AGGIR est utilisée pour évaluer la dépendance chez les sujets âgés en ville et à l'hôpital. Le tarif d'hébergement dans les services de soins de longue durée ainsi que l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'autonomie (APA) dépendent de la classification des personnes âgées dépendantes en Groupes Iso-Resource (GIR), de GIR1 à GIR6 en fonction de la sévérité de leur dépendance. Le but de cette étude est de valider, par une analyse factorielle, la grille AGGIR chez les déments. Nous avons étudié 120 patients déments (critères DSMIV et NINCDS-ADRDA) dont l'état cognitif a été apprécié par un MMS et une SIB. La grille AGGIR a évalué l'état de la dépendance. Une analyse en composantes principales (ACP) a permis d'obtenir une validation factorielle de la grille AGGIR. L'ACP trouve une solution à cinq facteurs : facteur 1, que nous appellerons facteur propreté (27 p. 100 de la variance), facteur 2 ou facteur dynamique (21 p. 100), facteur 3 ou facteur cognitif (20 p. 100), facteur 4 ou facteur mobilité extérieure (11 p. 100) et facteur 5 ou facteur communication (11 p. 100). Le résultat montre que la grille AGGIR prend en compte essentiellement la dépendance physique. L'évaluation de la dépendance chez les déments nécessite une réadaptation de la grille AGGIR en ajoutant d'autres variables prenant en compte les troubles cognitifs et psycho-comportementaux qui dominent le tableau démentiel.

Schoevaerds D., Bieltlot S., et al. (2004). **Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences: présentation de la grille SEGA.** *La revue de gériatrie* Tome 29(N°3): 10.

Le nombre et la proportion de patients âgés fragiles admis de manière non programmée à l'hôpital, souvent par la voie des urgences, sont en augmentation. Une identification précoce de leur profil gériatrique et des risques qui y sont associés, devrait contribuer d'une part à une meilleure orientation vers les services appropriés, d'autre part à initier rapidement les interventions nécessaires pour prévenir les complications fonctionnelles ainsi que de préparer le plan de sortie pour éviter les séjours prolongés.

Nous avons élaboré un outil baptisé SEGA (Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission) qui évalue le profil gériatrique des patients âgés aux urgences. Partis des données de la littérature, d'avis d'experts et des données de la cohorte Declic, cet outil a été utilisé de façon prospective dans le service d'urgence d'un hôpital universitaire belge.

Sorocco K. H., McCallum T. J. (2006). **Mental health promotion in older adults: addressing treatment approaches and available screening tools.** *Geriatrics*: 4.

Twenty percent of the adult population over age 65 has a mental illness. As the population of older adults increases, the number of individuals with a mental health disorder will more than double to 15 million by 2030.

Souchon S., Cressot V., Mathieu A.-M. (2002). **Du remplissage de la grille AGGIR en institution gériatrique.** *Soins Gériatologie* (n°33): 36-37.

Quatre ans après le début de sa mise en application en institution gériatrique, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe ISO-Ressources) reste souvent mal utilisée par les soignants, qui la "sous-cotent". Mise au point pratique sur l'utilisation de cette grille d'évaluation de la dépendance.

Verna, D., Edan G., Moreau T., Visy J.M., Gury C.. (2007). **Ose, Outils Simple d'Evaluation dans la SEP.** *Neurologie*, vol.10, n°96

http://www.neurologies.net/pathologies/contenu/NE96_scleroseenplaque.opti.pdf

En mars 2004, nous avons débuté une étude destinée à évaluer l'aide apportée au neurologue par OSE, "Outil Simple d'Evaluation", dans la communication par le patient des symptômes de SEP qu'il ressent, sans pouvoir toujours les exprimer facilement lors de la consultation. Il s'agit d'une étude multicentrique auprès de 69 neurologues. Nous présentons ici les résultats préliminaires, obtenus sur 183 patients au cours de 2 visites successives, qui montrent une bonne acceptabilité et une bonne appropriation de l'outil OSE.

Vernay D., Gerbaud L., Rybarczyk P., Mulliez A., Girard S.. (2005). **HOLE : Un Outil Léger d'Evaluation du Handicap**, *Ann. Readapt. Med. Phys.*, 48, 568

Wei L., Fearing M., Sternberg E., et al. (2008). **The confusion assessment method : a systematic review of current usage.** *The American Geriatrics Society*. 56: 823-830.

OBJECTIVES: To examine the psychometric properties, adaptations, translations, and applications of the Confusion Assessment Method (CAM), a widely used instrument and instrument and diagnostic algorithm for identification of delirium.

DESIGN: Systematic literature review.

SETTING: Not applicable.

MEASUREMENTS: Electronic searches of PubMed, EMBASE, PsychINFO, CINAHL, Ageline, and Google Scholar, augmented by reviews of reference listings, were conducted to identify original English-language articles using the CAM from January 1, 1991, to December 31, 2006, two reviewers independently abstracted key information from each article.

PARTICIPANTS: Not applicable.

RESULTS: Of 239 original articles, 10 (4%) were categorized as validation studies, 16 (7%) as adaptations, 12 (5%) as translations, and 222 (93%) as applications. Validations studies evaluated performance of the CAM against a reference standard. Results were combined across seven high-quality studies (N=1,071), demonstrating an overall sensitivity of 94 % (95 % confidence interval (CI) = 91-97%) and specificity of 89 % (95% CI=85-94%). The CAM has been adapted for use in the intensive care unit, emergency, and institutional settings and for scoring severity and sub-syndromal delirium. The CAM has been translated into 10 languages where published articles are available. In application studies, CAM-rated

delirium is most commonly used as a risk factor or outcome but also as an intervention or reference standard.

CONCLUSION: The CAM has helped to improve identification of delirium in clinical and research settings. To optimize performance, the CAM should be scored based on observations made during formal cognitive testing, and training is recommended. Future action is needed to optimize use of the CAM and to improve the recognition and management of delirium. *J Am Geriatr soc* 56:823-830,2008.

Tousignant M., Hébert R. et al. (2003). **Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities**, *Age and ageing* Vol.32(n°1): 60-66.

Williams C.-M., Petrelli J., Murphy M., et al. (2000). **Development and implementation of a geriatric care/case management program in a military community-based family medicine residency.** *Military Medicine* vol.165 (n°11): 809-815.

This article discusses how the development of a longitudinal geriatric assessment form facilitated a case management program in identifying high-risk frail elders within a military family practice clinic. A careful review of geriatric assessment tools was performed. From this review, a model geriatric assessment form was developed. A "SWOT" (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) analysis of the family medicine department was completed to determine if the environment was ready for case management. Analysis of the SWOT data revealed that the environment was favorable for a population-based approach to case management. Results of this initial study are encouraging. The new longitudinal - geriatric assessment form has assisted family practice residents in organizing problems and data while seeing elderly patients. As a direct result, higher-risk frail elders have been identified for closer evaluation and follow-up. Future goals are to measure outcomes-based data and to refine the geriatric assessment process.

Autres articles: (5)

Braungart Fauth E., Zarit S., Malmberg B., et al. (2007). **Physical, cognitive, and psychosocial variables from the disablement process model predict patterns of independence and the transition into disability for the oldest-old.** *The Gérontologist*. 47: 11.

Purpose : This study used the Disablement Process Model to predict whether a sample of the oldest-old maintained their disability-free status over a 2- and 4-year follow-up, or whether they transitioned into a state of disability during this time.

Design and Methods : We followed a sample of 149 Swedish adults who were 86 years of age or older over a period of 4 years; we grouped them by ability in activities of daily living as being functional survivors (nondisabled over time), increasingly disabled (initially nondisabled but later disabled), chronically disabled (disabled at all waves), or deceased. We used variables from baseline to predict group membership into these four longitudinal outcome groups.

Results : Results indicated that demographic factors, physical impairment, physical and cognitive limitations, and psychosocial variables at baseline predicted membership into the functional survivor group after 2 years and most continued to distinguish between functional survivors and other groups after 4 years.

Implications : These findings indicate key variables that may be useful in predicting shorter term longitudinal changes in disability. By understanding the physical, cognitive, and psychological variables that predict whether a person develops a disability within the next 2 or 4 years, we may be better able to plan for care or implement appropriate interventions.

Duhamel C. (2006). **Un outil pour mesurer la dépendance des personnes âgées.** *Directions - Mensuel des Directeurs du secteur sanitaire et social* vol.32: 18-19.

L'établissement de la Madeleine à Bergerac en Dordogne, s'est approprié une méthode venue du Canada, le Smaf, ou système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, pour évaluer les capacités de la personne âgée. Ce système de mesure est désormais intégré aux pratiques des salariés en contact avec les résidents.

Le Berre Y. (2002). **Modèle d'Accompagnement Personnalisé (MAP) et PROMAP.** *Les Cahiers de l'Unapei. Aide à la décision. Technic Handicaps* (n°6): 3-19.

MAP prend comme point de départ l'observation de la situation réelle des personnes pour évaluer leurs besoins et comprendre leur spécificité, ce qui permettra par la suite de déterminer les actions et les solutions d'accueil à mettre en œuvre pour répondre le plus exactement possible à leurs attentes. Poursuivant ses travaux, l'UNAPEI a élaboré des outils d'évaluation destinés aux structures d'offre de services, PROMAP comprenant 3 sous ensembles PROMAP évaluation, PROMAP usagers et PROMAP professionnels. Cette démarche qualité, à l'instar du modèle MAP, a été conduite par référence aux objectifs fixés dans "La Charte pour la Dignité des personnes handicapées mentales".

MAP, un outil qui permet d'évaluer les besoins de la personne handicapée mentale. (2001) *Réadaptation* (n°480): 49-50.

Avec le modèle d'accompagnement personnalisé (MAP), l'UNAPEI propose une nouvelle grille pour évaluer les besoins d'accompagnement des personnes handicapées mentales. Le MAP s'attache uniquement à l'observation de la personne et de ce qu'elle fait seule, dans son milieu de vie ordinaire. Il s'intéresse à 36 variables qui touchent aux relations et comportements, aux activités domestiques et sociales, aux activités mentales et corporelles, aux aptitudes et aux capacités sensorielles. Cinq profils se dégagent de MAP1 (accompagnement total et permanent) à MAP5 (soutien léger et occasionnel). Le résultat de l'observation se synthétise sur une page. Un logiciel, Arcade, est livré avec la grille. L'outil peut servir également à gérer les structures et les services pour personnes handicapées. La grille est disponible à l'UNAPEI au prix de 3.000 Frs.

McCusker J., Verdon J., Veillette N., et al. (2007). **Standardized screening and assessment of older emergency department patients : a survey of implementation in Quebec.** *La revue canadienne du vieillissement*. 26: 9.

Des méthodes efficaces ont été développées pour aider le personnel des départements d'urgence (DU) à s'ajuster au nombre croissant de patients âgées, leur procurant des outils de dépistage et d'évaluation permettant d'identifier les patients plus à risque ainsi que les besoins spécifiques à ceux-ci. ce sondage des informateurs-clé de tous les départements d'urgence (n=111) de la province de Québec porte sur l'implantation de ces outils ainsi que sur les barrières à leur implantation. Les questionnaires (complétés soit par téléphone ou auto-administrés) incluaient : les caractéristiques du département d'urgence (Du), les caractéristiques des répondants, l'utilisation d'outils ainsi que le mode d'implantation. Les barrières à l'implantation de ces outils sont : le manque de ressources pour dépister et faire le suivi, la méconnaissance de la différence entre outils de dépistage et d'évaluation et enfin, la nécessité d'adapter les outils aux contextes locaux. La formation des intervenants et des essais préalables sont nécessaires à l'implantation fructueuse.

Thèses : (4)

Closon M-C., N. I., Habimana L., Baeyens JP., Swine C., (2006). **Résumé Gériatrique Minimum : Prise en compte des spécificités des services gériatriques.** Bruxelles Centre interdisciplinaire en Economie de la Santé.Thèse. 244p.

Cette recherche est la prolongation d'une recherche financée par le Ministère de la Santé Publique, menée en 1996 sur la spécificité des services gériatriques. Le modèle AGGIR permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités courantes de la vie quotidienne effectuées par la personne âgée et de définir, en fonction de la perte d'autonomie, le groupe iso-ressources auquel cette personne appartient. Un groupe iso-ressources comprend des personnes âgées dont le niveau de perte d'autonomie nécessite une mobilisation de ressources significativement proches. Les activités évaluées sont : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts et les déplacements intérieurs. Cet outil est transversal : il s'applique aussi bien à des situations de vie en hébergement que de vie à domicile ou des situations d'hospitalisation. Le modèle définit 6 niveaux de dépendance (groupe GIR6 à GIR1), de l'indépendance totale à la dépendance totale. Il est essentiel de comprendre que ces niveaux regroupent les patients dont le niveau de perte d'autonomie impose une mobilisation des ressources significativement proche, même si leurs dépendances sont de natures différentes.

Falez F. (2006). **Contribution à la validation d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées.** Docteur en Sciences Médicales. Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine.Thèse. 202p.

Garreau, H., Henrard J.C. (Dr mémoire). (1998). "Etude de la perception des utilisateurs d'une nouvelle démarche d'évaluation du résidents – le Resident Assessment Instrument – expérimentée dans des établissement de soins de longue durée." DESS de Santé Publique, 33+12 p.

Dans le cadre de l'expérimentation de la démarche de soins R.A.I. une partie de l'évaluation finale a porté sur la perception qu'ont les utilisateurs de la démarche qu'ils emploient depuis 2 ou 4 ans. Après l'exposé de la problématique, l'auteur définit, dans une première partie, ce que sont l'évaluation, les recueils d'informations standardisés et le R.A.I. Ensuite, elle présente l'évaluation de la perception des utilisateurs de cette nouvelle démarche expérimentée dans des établissements de soins de longue durée. Cette étude apporte des éléments sur la perception des utilisateurs à prendre en compte dans l'optique d'une extension de l'utilisation du R.A.I. En outre, elle soulève un débat plus général concernant l'inscription d'une telle démarche dans une procédure d'accréditation des établissements pour personnes âgées.

Langlais M.E. (1999). **Estimation et comparaison de la sensibilité au changement de trois échelles d'indépendance fonctionnelle couramment utilisées en réadaptation gériatrique.** Sherbrooke, Univ. de Sherbrooke, Canada: 91 p.

Echelle utilisées:Indice de Barthel; mesure de l'Indépendance fonctionnelle, système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), la Mesure de la performance des membres supérieurs (TEMPA), la Mesure de l'équilibre (Echelle de Berg), échelles d'indépendance fonctionnelle

Livres et chapitres de livres : (9)

Barreyre J.-Y., Peintre C. (2004). **Evaluer les besoins des personnes en action sociale.** Paris, Dunod 146p. (voir dans rôles et métiers du « prendre soin »)

Bentot, C., Druésne L., Chassagne P. (2005). **Évaluation gérontologique standardisée - intérêt pour le dépistage des troubles cognitifs** L'année gérontologique (vol. 19) : pp. 259-269

L'évaluation gérontologique standardisée s'adresse à une population âgée communautaire, le plus souvent fragile. Le dépistage est une des principales missions de l'évaluation gérontologique. Ce chapitre décrit une étude prospective, réalisée au Centre Régional d'Évaluation Gérontologique du CHU de Rouen. Les auteurs ont analysé, sur une cohorte de 447 nouveaux consultants, les diagnostics retenus (ex : maladie d'Alzheimer, dépression) à l'issue d'un dépistage standardisé. La pratique d'un dépistage systématique permet dès la première consultation : d'établir un diagnostic de syndrome démentiel méconnu jusqu'alors chez 20% des malades, de révéler l'existence d'un trouble cognitif justifiant un suivi.

Bowling A. (2005). **Measuring Health A review of quality of life measurement scales.** *Open University Press* 211p.

Ce livre constitue un guide des instruments de mesure de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. Les différents chapitres abordent les principales mesures de l'état santé, des capacités fonctionnelles, du bien-être psychologique, du réseau social, et de la qualité de la vie en détaillant pour chaque instrument son contenu et sa viabilité.

Colvez A., Gardent H. (1990). **Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie: Information, Validation, Utilisation.** Paris, Co-édit INSERM / CTNERHI 111p.

Ce rapport fait le point sur les indicateurs d'incapacité en gérontologie qu'il s'agisse du développement des outils (questionnaires ou grilles d'appréciation) ou de la collecte d'information. La première partie présente une synthèse de plusieurs enquêtes régionales effectuées en France entre 1978 et 1988. Les deuxième et troisième parties traitent du problème de la validation des indicateurs d'incapacité utilisés en gérontologie. (adapté du résumé des auteurs).

Hébert, Tourigny, Gagnon, Eds. (2004). **Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes.** Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA). Québec, EDISEM 335p.

Cet ouvrage présente les travaux du groupe PRISMA "Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie" mis en oeuvre pour mettre au point des mécanismes et outils permettant l'intégration des soins de première ligne et des services à domicile. Il s'agit ici de remplacer le modèle traditionnel hospitalo-centrique qui s'avère inadapté par un modèle de soins axé sur les lieux de résidence des personnes âgées.

Martin-Laval H., Harvey M. (1993). **Méthodologie d'évaluation de la qualité de vie.** La déficience intellectuelle : Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce. I. Nathan. Paris: 153-162.

La pleine valorisation des rôles sociaux (VRS) de la personne présentant une déficience intellectuelle amène, de proche en proche, une séquence ininterrompue d'adaptations de la part des milieux d'encadrement (Magerotte et al., 1991; Pilon, 1990; Association des centres d'accueil du Québec, 1987; Kebbon, 1987; Association canadienne pour les déficients mentaux, 1978). Avec l'évolution des terminologies précisant les cibles de l'intervention - avec, à l'origine, l'utilisation du terme plus ou moins discutable de désinstitutionalisation (Harvey, 1980, Wolfensberger, 1972), suivie par celui d'intégration sociale, puis par l'expression, finalement adoptée, de valorisation des rôles sociaux (Wolfensberger, 1991; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988) - et avec l'évolution, plus lente, des mentalités, le mouvement VRS s'est, en effet, traduit par une série d'actions et de transformations : hébergement des personnes déficientes intellectuelles en petits groupes, à l'image de la petite famille nucléaire contemporaine; abandon du paradigme médical à visée thérapeutique au profit d'approche éducatives cherchant à combler les besoins fonctionnels; délaissement de la mesure du QI pour l'utilisation de mesures d'adaptation et de développement permettant de générer des objectifs visant l'amélioration de l'autonomie; recherche de formation et de perfectionnement pour les intervenants appelés à jouer des rôles de plus en plus nombreux auprès des personnes déficientes. Au tableau des multiples transformations des milieux d'encadrement qui s'enclenchent avec le processus de désinstitutionalisation, s'ajoute la préoccupation, récente, pour la mesure de la qualité de vie des personnes déficientes intellectuelles. En effet, ce n'est qu'assez récemment que les administrateurs des centres de réadaptation en sont venus à s'intéresser à la satisfaction de la personne déficiente, à sa qualité de vie; c'est, en partie peut-être, parce que la clientèle des centres d'accueil a vieilli (Poulin et Harvey, 1992), qu'on ne peut pas lui conserver à perpétuité le statut "d'élève" ou "d'apprenti à temps complet", et que, pour un adulte, le critère de la réussite sociale consiste à agir, dans toute la mesure du possible, comme la majorité des membres de sa communauté. Sensible à cette réalité contextuelle, le centre Butters a commencé par mesurer la qualité de vie de ses clients en utilisant divers outils américains dont il sera question plus loin; puis, insatisfait des résultats, il a élaboré, en collaboration avec l'Institut des Erables, et grâce à l'aide financière d'une subvention du Ministère des Affaires sociales du Québec, son propre index de la qualité de vie, l'I.Q.

McDowell I. (2006). **Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires.** *Oxford University Press Inc* 748p.

This book provides in-depth reviews of 104 of the leading health measurement tools and serves as a guide for choosing among them. Now in its third edition, this book provides a critical overview of the field of health measurement, with a technical introduction and discussion of the history and future directions for the field. This latest edition updates the information on each of the measures previously reviewed, and includes a complete new chapter on anxiety measurement to accompany the one on depression. The author, Ian McDowell, is

Professor in the Department of Epidemiology and Community Medicine at the University of Ottawa. Ce livre passe en revue 104 instruments de mesures de santé et s'utilise comme guide pour choisir un outil parmi les autres. Maintenant dans sa 3^{ème} édition, il propose une analyse critique de ces instruments, ainsi qu'une introduction technique et une discussion sur l'histoire et les directions futures dans ce domaine. La dernière version met à jour les informations sur chacune des mesures et inclut un nouveau chapitre sur les mesures de l'anxiété qui accompagnent celles sur la dépression. L'auteur, Ian McDowell est professeur au Département d'épidémiologie et de Médecine Communautaire à l'Université d'Ottawa.

Placiard J.-C., Ed. (2005). **Evaluation des besoins des usagers. Sens, méthodes et outils.** Paris, Weka 142p.

Cet ouvrage s'intéresse à l'évaluation des besoins dans le champ médico-social. Un premier chapitre situe l'évaluation en général dans son contexte actuel. Le deuxième traite de l'évaluation gériatrique (AGGIR). L'UNAPEI présente ensuite son modèle d'accompagnement personnalisé (MAP) qui a pour fonction d'aider les équipes à mettre en oeuvre une réponse adaptée aux besoins de chaque PH mentale. Le 4^{ème} chapitre est consacré à l'évaluation dans le secteur de la protection de l'enfance en Angleterre, le 5^{ème} au parcours d'insertion. Enfin, sont présentés 2 entretiens de représentants d'associations directement concernées par l'évaluation des besoins des usagers: un de l'APF et la présidente du CODERPA du Tarn.

Streiner D. L., Norman G. (2006). **Health Measurement Scales, a practical guide to their development and use.** Oxford University Press

Ce livre constitue un guide des instruments de mesure de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. Synthèse des théories de constructions d'échelles de mesure, il donne des conseils venant de la littérature et des experts, pour valider ces outils de mesure en sciences sociales. Il aborde le problème des biais, les pré-tests et un chapitre concerne les problèmes éthiques.

Rapports : (13)

Barreyre J.-Y., Makdessi Y. (2007). **Handicap d'origine psychique et évaluation des situations.** Paris, Délégation ANCREAI Ile-de-France - CEDIAS 87p.

L'évaluation du handicap psychique est plus complexe que les autres formes de handicap.

Ce rapport sur "Le handicap d'origine psychique et l'évaluation des situations" a été réalisé pour la CNSA par J.Y BARREYRE et Y.MAKDESSI du CEDIAS-Délégation ANCREAI Ile de France. (CEDIAS :Centre d'Etudes et documentation d'Information et d'Action Sociales) Il aborde la définition des situations du handicap psychique et de leurs méthodes d'évaluation à partir d'une revue de la littérature scientifique. Il constitue la première partie d'une expérimentation sur l'évaluation du handicap psychique. La seconde partie a démarré début 2008 et porte sur une coopération de terrain entre les équipes pluridisciplinaires des MDPH (Maison Départementale de Personnes Handicapées) et des équipes de santé mentale autour de dossiers concrets d'usagers. Plusieurs études sur ce même thème sont en cours et seront partagées en 2009 lors d'un colloque national, qui diffusera l'ensemble des résultats de cette démarche mise en place depuis octobre 2007.

Barreyre J.-Y., Marty J.-P, Eds. (1999). **L'observation dans le secteur médico-social : enjeux et méthodes.** . Politiques et interventions sociales. Rennes, ENSP 144p.

Cet ouvrage présente les enjeux et les outils d'une observation participante et concertée des populations handicapées et/ou inadaptées, et des dispositifs mis en place pour répondre à leurs besoins. Il présente les sources d'informations existantes et leurs modalités d'accès, et donne des conseils méthodologiques pour mener à bien l'exploitation des enquêtes disponibles. Il propose des indicateurs simples en expliquant leur utilité. Il montre les limites des sources d'informations et des indicateurs. Il formule des propositions concrètes et argumentées de nouvelles informations à collecter et de nouveaux indicateurs à construire. Il propose une démarche pour élaborer des schémas d'action sociale avec la participation de tous les acteurs. Il montre le rôle des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) dans cette fonction d'observation.

Barreyre J.-Y., Peintre C., Délégation Ancreai Ile de France (2006). **Outil d'observation partagée et continue des besoins et attentes des personnes handicapées vivant dans les Yvelines : évaluer les situations, co-construire le projet personnalisé, présentation des résultats du test.** Paris, Délégation ANCREAI Ile-de-France, CEDIAS 82p.

Suite à l'élaboration du schéma d'organisation sociale des Yvelines (2003-2007), le département des Yvelines a souhaité mettre en place un dispositif d'observation partagée des besoins et attentes des personnes handicapées du département. La Délégation ANCREAI Ile-de-France a été retenue pour accompagner l'élaboration de l'outil d'observation et son test. L'objectif consistait à concevoir un outil informatisé permettant d'articuler et de traiter les différentes dimensions intervenant dans la situation de handicap afin d'aider à l'élaboration du projet personnalisé, au suivi des situations, à l'évaluation des besoins et au relevé des données.

Biasotto R., Memin, et al. (2000). **Système combiné d'analyse de la prestation : outil d'évaluation de l'accompagnement médico-social auprès des personnes handicapées physiques ou sensorielles en milieu ordinaire.** Grenoble, Conseil Général de l'Isère 70p.

On propose ici la mise en place d'outils d'évaluation des dispositifs d'accompagnement médico-social pour la personne handicapée moteur ou sensorielle. Cette évaluation est généralement menée par un travailleur social et un ergothérapeute afin de couvrir tous les champs des besoins de la vie quotidienne. L'outil d'évaluation de la situation de la personne, de ses objectifs et de ses besoins se présente sous forme de fiches d'accès à un droit, un service ou une activité : par exemple accès aux droits administratifs, aux moyens de financements, aux transports, à l'aménagement du domicile, à l'emploi, aux loisirs... C'est donc en quelque sorte un système d'évaluation des besoins à satisfaire que les auteurs se sont attachés à définir.

*Chauvie J.-M., Cornaz J., Iribagiza R., et al. (1994). **Polyhandicap : qualité de vie et communication.** Lucerne, SPC : 40 pages*

Les auteurs de cette brochure, membres du Groupe Romand sur le Polyhandicap Profond, sont tous des professionnels qui accompagnent depuis de nombreuses années des personnes profondément polyhandicapées dans diverses institutions de Suisse romande. Alliant action et réflexion, ils ont réussi à conceptualiser leur pratique et proposent aujourd'hui deux outils destinés à soutenir l'observation et à encourager la réflexion de toute personne (professionnel ou parent) concernée par l'accompagnement des personnes profondément polyhandicapées. Les deux sujets traités, à savoir les modes d'expression et la qualité de vie des personnes profondément polyhandicapés, sont des thèmes centraux face auxquels les intervenants se trouvent encore trop souvent démunis. Les outils présentés devraient permettre à la fois de modifier le regard porté sur la personne polyhandicapée et d'élaborer de nouvelles pistes de travail.

CNAMTS (2006). **Modèle "AGGIR: Répercussion du nouveau guide de codage sur la classification en GIR.: 8.**

Etude de la répercussion du nouveau guide de codage sur la classification en groupes iso-ressources. L'objectif de cette étude est de vérifier que le nouveau guide de codage du modèle AGGIR, élaboré en 2004 à l'initiative de la CNAMTS, ne modifie pas la classification en GIR des personnes évaluées par la méthode habituelle. Un groupe de travail a été constitué début 2004 à l'initiative de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés, suite au rapport du comité scientifique sur la grille AGGIR créé par la loi du 20 juillet 2001 relative à la "prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées" et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le groupe de travail a associé les créateurs d'AGGIR à des professionnels de la CNAMTS, de la DGAS, des Conseils Généraux, de SSIAD et de l'ENSP. L'objectif fixé était de compléter le guide pratique AGGIR paru au journal officiel en précisant le contenu des diverses variables ainsi que la méthode d'observation et de questionnement à l'aide des quatre adverbes (spontanément, totalement, correctement et habituellement) dont il convenait de préciser la signification particulière pour chacune des variables.

Colvez A., Berthie S., Royer V., et al. (2007). **Test de terrain relatif au Guide d'évaluation multidimensionnelle à l'usage des équipes pluridisciplinaires des Maisons Départementales des Personnes Handicapées.** Montpellier, Pôle d'étude et de formation en gérontologie du Languedoc Roussillon 68p.

L'évaluation multidimensionnelle constitue le premier temps nécessaire pour entreprendre un accompagnement de qualité des personnes qui connaissent une situation entraînant un handicap. Le GEVA comprend 8 volets couvrant 6 domaines de recueil d'information et permet de renseigner les éléments nécessaires à l'ouverture des droits à la prestation de compensation. Avant d'officialiser un tel instrument, la CNSA a souhaité qu'un test en situation soit effectué pour la validation de cet instrument. L'objet de ce rapport est de décrire les résultats de ce test de terrain en terme de facilité de remplissage et de reproductibilité.

Colvez A., Royer V., Berthié-Mourgau S. et al. (2005). **Etude de la fiabilité de l'instrument AGGIR : Reproductibilité (test/re-test) entre évaluateurs. Dispersion des temps d'aide requise entre Groupes Iso Ressources.** Montpellier, Pole d'étude et de formation en gérontologie du Languedoc Roussillon 49p.

Colvez A. (2003). **Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie.**

Rapport final du Comité Scientifique mis en place par la loi du 20/07/2001, dont la mission était d'adopter des outils d'évaluation de l'autonomie. Dans ce cadre, le comité a dressé un bilan de l'utilisation de la grille AGGIR, il propose des adaptations de cette grille par des données sur l'environnement physique et social des personnes en perte d'autonomie et des modalités de sa compensation pour les personnes âgées de plus de 60 ans et pour les personnes handicapées.

Colvez, A. (2003). **Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie.**

Rapport final du Comité Scientifique mis en place par la loi du 20/07/2001, dont la mission était d'adopter des outils d'évaluation de l'autonomie. Dans ce cadre, le comité a dressé un bilan de l'utilisation de la grille AGGIR, il propose des adaptations de cette grille par des données sur l'environnement physique et social des personnes en perte d'autonomie et des modalités de sa compensation pour les personnes âgées de plus de 60 ans et pour les personnes handicapées.

Davey J. A. (2002). **NZ Guidelines Group, Needs Assessment for the Over 65s, Overview of Literature to inform the Guidelines Development Team.** Wellington, New Zealand Institute for Research on Ageing 12p.

Department of health and U. Kingdom (2002). **The single assessment process : assessment tools and scales.** Londres, Department of Health.

Prévost P., Vuillemin C., Fender P. (2003). **Etude Pathos sur l'échantillon "Ernest" 2001 : Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national, CNAMTS / DSM.**

Disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/etude_PATHOS.pdf le 21/02/2008.

Roussillé, Inspection Générale des Affaires Sociales (2004). **L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation.** Paris, Documentation Française 107p. (voir dans perspective historique)

Royal College of Nursing, P. Ford (2004). **Nursing assessment and older people : A royal College of Nursing toolkit.** London, Royal College of Nursing 19p.

Communications : (3)

ANFE (Association nationale française des ergothérapeutes, d. M.-P. (2003). **Evaluer les situations de handicap : Pour qui, Pourquoi, Comment ? Quelle démarche d'accompagnement peut on proposer à une personne en situation de handicap pour l'amener à construire son projet de vie ?**

Colloque ANFE délégation Midi-Pyrénées - Salon Autonomie Sud-Toulouse, 23 Mai 2003, Midi-Pyrénées, ANFE.

Pôle d'Etude et de Formation en Gérontologie du Languedoc Roussillon, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Ecole des Mines de Paris, et al. (2007). **Rencontre du 18 juin 2007 ASIEM-PARIS. Restitution des études sur la grille AGGIR. Présentation du nouveau guide d'utilisation de l'outil AGGIR.**

Paris Les présidents des Conseils Généraux (CG) ont été conviés le 18 juin 2007 à participer avec leur service en charge de l'APA, à la journée de restitution des études réalisées sur la grille AGGIR par l'équipe du Dr Alain Colvez de l'INSERM et celle de l'école des Mines de Paris. L'étude conduite en partenariat avec les CG des Alpes-Maritimes, du Puy de Dôme et des Yvelines a permis de mesurer les discordances observées entre test et re-test et de statuer sur leurs causes. L'importance du contexte organisationnel dans lequel travaillent les équipes médico-sociales a été mis en évidence par le Centre de gestion de l'école des Mines. Le rapport réunit différents documents: étude de la fiabilité de l'instrument AGGIR, répercussion du nouveau guide de codage sur la classification en GIR, guide d'utilisation de l'outil AGGIR, aide méthodologique à l'analyse et à l'amélioration de l'outil AGGIR.

Quinet M. (2005). **Politique fédérale en matière de soins aux personnes âgées: le Protocole 3 et le Programme de soins gériatriques** Congrès de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de DINANT - UOAD asbl, Dinant, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Guides : (14)

Association Audoise Sociale et Médicale, Groupe d'étude et de recherche en Gérontologie (2000). **Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME)**. Limoux.

Le BME est un outil d'évaluation d'un processus de production des handicaps chez la personne âgée dépendante, pour un besoin de prise en charge en ergothérapie. Ce concept d'évaluation se fait par l'analyse systématique, simultanée et conjuguée des potentialités (compétences), des performances, ainsi que des facteurs environnementaux, facilitateurs ou obstacles au développement de la personne âgée, dans le milieu considéré lors de l'évaluation. Cet instrument guide notre connaissance sur la nature désadaptative (problèmes d'identité psychosociale), et/ou pathologique de la phénoménologie observée. En termes d'handicapologie ceci nous aide à comprendre la nature et la prévalence des paramètres constituant la situation des handicaps, ainsi que le processus pouvant lier ces notions. L'objectif de l'outil est d'être la pièce maîtresse d'une méthode animant un concept de réhabilitation en ergothérapie. Le raisonnement clinique lié à son action s'intègre dans une démarche intra et transdisciplinaire.

Cavanagh S., Chadwick K. (2005). **Health needs assessment: A practical guide**, NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence.

http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/health_needs_assessment_a_practical_guide.jsp le 02/04/2008. Health needs assessment (HNA) is a systematic method for reviewing the health issues facing a population, leading to agreed priorities and resource allocation that will improve health and reduce inequalities.

The purpose of this guide is to provide practical assistance to everyone engaged in undertaking HNA, including strategic managers at regional and local levels, facilitators, and practitioners in primary care trusts, local government and the voluntary and community sectors.

CNAMTS (2007). **Le modèle AGGIR Guide d'utilisation**. CNAMTS

Fougeyrollas P., Noreau L., St Michel G.(1997). **Instrument de mesure des habitudes de vie (MHAVIE 2.1) et instrument de mesure de la qualité de l'environnement**. Lac St-Charles, CQCIDIH.

Disponible sur http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/instrument_de_mesure4.html le 26/03/2007.

Institut Régional du Vieillissement de Franche Comté (2006). **Guide d'accompagnement à l'élaboration de la demande d'aide d'une personne en perte d'autonomie**. Besançon, Institut Régional du Vieillissement de Franche Comté

Israël L., Kozarevic D., et al. (1984). **Evaluations en gérontologie: manuel de références des moyens d'investigation et de mesure des fonctions mentales**. Organisation mondiale de la santé, Karger: 20.

Les quinze dernières années du millénaire vont être marquées par une révolution démographique due à un vieillissement sans précédent dans l'histoire des peuples. Dans la plupart des pays industrialisés, les septuagénaires vont augmenter de 50% et les nonagénaires vont doubler sans que croisse la population totale.

Laboratoire Eisai, Laboratoire Pfizer (2004). **Géront'test. Gestionnaire de tests et d'études. Analyse statistique mono et bivariée**. Paris, ORSMIP: Logiciel cederom.

Géront'test est un applicatif qui permet de gérer une bibliothèque de tests parus dans la littérature internationale concernant les tests les plus fréquemment utilisés dans des démarches d'évaluation notamment pour l'aide au diagnostic.

Murphy, Nonemaker, et al. (2002). **RAI-institution version 2.0. : manuel de formation et guide d'utilisation Inter- RAI**. Rennes, Editions de l'ENSP 376p.

La démarche RAI (Resident Assessment Instrument) est utilisée dans tous les nursing homes aux Etats-Unis, en Ontario et en Islande pour évaluer la situation des résidents des établissements de longue durée, identifier leurs problèmes de santé ; les analyser avant de mettre en oeuvre un plan d'aide et de soins. Elle permet la mise en oeuvre régulière, auprès de chaque résident, d'évaluations multidimensionnelles et

pluriprofessionnelles. Ce guide présente la méthodologie de cette démarche, qui permet de constituer des groupes homogènes de résidents en fonction de leur consommation de ressources (groupes iso-ressources ou RUG), qui répondent aux objectifs des gestionnaires.

Noreau, L., Fougeyrollas P., Tremblay J. **Mesure des habitudes de vie MHAVIE Guide de l'utilisateur.** 50p.

RAI (Resident Assessment Instrument) (2003). **RAI Domicile : Méthode d'évaluation pour les clients des services à domicile et guide d'utilisation, version 2.0.** Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique 280p.

UNAPEI (2000). **Modèle d'accompagnement personnalisé (MAP).** Handicaps et Références. Paris, UNAPEI 54p.

Le MAP est une méthode adaptée de la grille AGGIR destinée à évaluer l'autonomie de la personne handicapée mentale en se fondant sur l'observation des activités qu'elle effectue seule. Elle comporte deux domaines d'évaluation principaux : relations et comportements ; activités domestiques et sociales ; aptitudes exercées dans l'exercice d'activités et deux parties complémentaires : activités mentales et corporelles ; pôle sensoriel.

UNAPEI (2004). **Guide pratique MAP version 3-16 ans** 47p.

UNAPEI (2002). **PROMAP - Démarches qualité de l'UNAPEI - Outils techniques d'aide aux plans d'action d'amélioration continue de la qualité.** 20 p.

PROMAP - Evaluer les services rendus aux usagers

Poursuivant ses travaux et plaçant les personnes au cœur de ses préoccupations, l'UNAPEI a élaboré un système d'évaluation de la qualité des services rendus aux usagers des structures qui les accueillent. Promap constitue le prolongement indispensable de MAP et permet à la structure, de façon pragmatique, d'évaluer l'adéquation entre les besoins recensés d'un groupe de personnes et les solutions mises en œuvre pour y répondre.

UNASSAD (2003). **DESIR Guide d'utilisation Démarche d'Evaluation d'une Situation Individuelle et de Réponse.** UNASSAD 15p.

A.2.6. Atelier 9 : Comment dépasser les tensions pour un service de qualité ?

Tel que mentionné auparavant, l'évaluation est un processus parfois complexe qui intègre une multitude d'acteurs dans un environnement particulier. Pour B. Ennuyer (2001), « avant d'être un processus technique, plus ou moins scientifique, l'évaluation et les outils d'évaluation sont l'expression d'un rapport de force ». **Chacun peut avoir à faire face à des réticences, des questionnements et sentir certaines tensions au cours de cette procédure.** Il sera intéressant de les mettre en lumière. La grille AGGIR est souvent décriée pour être davantage un instrument d'éligibilité que d'évaluation des besoins. Comment faire pour dissocier évaluation et éligibilité ? Par ailleurs, si une personne fragile peut avoir le sentiment d'être dominée ou dépossédée d'elle-même, une certaine forme de pression peut aussi se faire sentir sur le travailleur social ou le gérontologue qui va évaluer une personne en perte d'autonomie. Comment ne pas aussi être trop influencé par les limites de l'offre actuelle et ne pas générer de l'autocensure dans l'identification des besoins ? Travailler davantage en interdisciplinarité permet-il de faire baisser ces tensions ? Quels compromis peut-on trouver ? Comment gérer les inévitables tensions et à quel niveau ? Les difficultés et les leviers de changement identifiés au cours de l'étude Deloitte, 2i conseil, TNF Healthcare seront aussi présentées. Ce thème sera aussi abordé du point de vue des assureurs privés.

Bibliographie (10)

Articles de revues scientifiques : (6)

Brun E., De Pourvoirville G., Ulmann (2002). **Le déni de soins aux personnes âgées en France.** Santé et Systémique vol.6 (n°1-2-3): 27-40.

Le déni de soins aux personnes âgées est une réalité en France, que cet article étudie à travers une revue de la littérature, orientée sur les lacunes de la prise en charge des personnes âgées par le système de soins. Ces lacunes sont essentiellement financières, elles tiennent également à l'inadaptation de l'offre de soins aux besoins et à la reconnaissance des spécificités du sujet âgé. Le déni de soins lié à l'âge s'est confirmé dans l'analyse des exemples de la maladie d'Alzheimer, et de la prise en charge des suites d'AVC.

*Crestin-Billet C. (2002). **Pratiques soignantes: La négociation dans l'évaluation gérontologique, leurre ou réalité ? Soins Gérontologie** (n°38): 16-19.*

L'évaluation gérontologique peut s'exercer autant au domicile des personnes âgées qu'à l'entrée en institution, ou lors d'un bilan hospitalier, afin d'optimiser les fonctions des patients, améliorer les diagnostics et traitements, assurer une meilleure orientation des personnes, diminuer le nombre d'institutionnalisation et ainsi, de façon globale, améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes âgées. Ces visées constituent un référentiel pour l'évaluateur auquel s'ajoutent ceux du cadre législatif et institutionnel. Le déclenchement de ce processus d'évaluation initie un contexte de négociation entre soignants et soignés, une mise en tension entre les valeurs des uns et des autres. (tiré de l'introduction).

*Ennuyer B. (2001). **Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! Gérontologie et Société** (n°99): 219-232*

D'une façon générale, un processus d'évaluation, dans le champ des sciences humaines, renvoie d'abord à un jugement porté par des hommes sur d'autres hommes. La question fondamentale est donc celle de la légitimité de ce jugement porté sur autrui. Dans le champ de l'aide à domicile, la mise en œuvre systématique de l'évaluation du "besoin" d'une personne dans le regard et le jugement qu'elle peut porter sur elle-même. Avant d'être un processus technique, plus ou moins scientifique, l'évaluation et les outils d'évaluation sont donc l'expression d'un rapport de forces. L'arrivée, en 1997, dans le champ de l'aide à domicile, de l'outil AGGIR, outil non validé et imposé par le pouvoir politique avec la complicité des gériatres, a renforcé ce pouvoir de domination des experts sur la vie des gens qui vieillissent mal. Les outils d'évaluation contribuent donc un peu plus, sous couvert d'expertise "scientifique et objective", à déposséder du peu de vie qui leur reste des gens qui ont le malheur d'être fragiles en vieillissant. (Résumé de l'auteur)

*Jorg B., Huijsman, et al. (2002). **Objectivity in needs assessment practice: admission to a residential home.** Health and Social Care in the Community vol.10 (n°6): 445-456.*

En 1997, le gouvernement néerlandais a mis en place des agences indépendantes chargées d'évaluer les besoins individuels en terme de soins de longue durée et de conseiller sur l'attribution de services adaptés.

Leur rôle est, entre autres, d'évaluer l'éligibilité des clients demandant une admission en institution. Selon les recommandations, les évaluateurs doivent le faire en toute objectivité, indépendamment des producteurs et financeurs des soins. Cet article examine la manière dont les évaluateurs explorent les besoins exprimés des clients, déterminent leurs besoins normatifs et conseillent les producteurs de soins.

Jourdain (2001). **L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles, réticence à payer le prix de la dépendance.** *Gérontologie et Société* (n°99): 255-270.

Au début des années 90, en France, la politique en faveur des personnes âgées dépendantes se caractérisait par l'absence de vision partagée entre les acteurs. La formation d'une politique cohérente a suivi trois phases : expérimentation d'une gestion cohérente des aides dispersées offertes par les différentes institutions de protection sociale, choix d'un opérateur unique (Conseil Général) avec définition de critères nationaux d'attribution de la prestation (PSD), enfin, définition d'un niveau financier accessible aux classes moyennes et conforme aux standards européens (APA). Le modèle suivi n'est pas le cycle expérimentation-évaluation-généralisation, mais plutôt l'apprentissage collectif par les acteurs de la gestion d'allocations financières à partir des problèmes de la population, dont les résultats validés seraient pris en compte par le décideur politique.

Tilquin C. (1999). **Effets pervers associés aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dépendantes : Apports d'un financement fondé sur la mesure des ressources requises individuellement.** *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* vol.6 (n°1): 47-66.

Disponible sur <http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/EffetsPerversPLAISIR-FR.pdf>

Les modalités d'allocation des ressources aux organisations offrant des soins et de l'aide de longue durée aux personnes dépendantes, se sont diversifiées dans les dernières vingt années sous la pression des restrictions budgétaires. Même si les changements ne se sont pas opérés de la même façon et au même rythme dans les différents pays, on peut dégager des diverses expériences nationales, un modèle qui serait le suivant : au départ, les organisations ont été financées en fonction de leurs coûts; cette première phase, a été souvent suivie de celle du budget global ; ensuite, on est passé au financement basé sur le produit, celui-ci étant défini par une classification des clients ; enfin, certains pays ont opté pour un financement basé sur les ressources requises par chaque client individuellement. L'évolution des modalités d'allocation des ressources témoigne de la recherche, par les acteurs, principalement les payeurs, de la méthode qui présente le moins d'effets pervers. Nous utilisons un modèle identifiant sept risques d'effets pervers: le risque de tromper la tutelle, le risque de sélection des clients rentables, le risque de mauvaise qualité des soins, le risque de favoriser la dépendance, le risque de surproduction des soins, le risque de sous-offre de soins et le risque de favoriser l'institutionnalisation. Après avoir décrit brièvement les quatre modalités de financement et les sept risques, nous évaluons les risques que présente chacune des modalités, en mettant l'emphase sur les deux modalités actuellement les plus prisées: classification des clients et mesure des ressources requises. Nous montrons que c'est cette dernière modalité qui présente les moindres risques, et donc qui garantit la plus grande performance de la part des organisations en terme de satisfaction des besoins, de qualité des soins, de résultats des soins (indépendance) et d'utilisation appropriée des ressources.

Thèse : (1)

Brisson-Veillard C. (2004). **Impulser une démarche d'évaluation au service de la promotion de la vie sociale en EHPAD.** Mémoire ENSP de Directeur d'Établissement Social, CAFDES Option Personne Âgée. Rennes, *Ecole Nationale de la Santé Publique*, 85p.

Poursuivre la visée de l'expression optimale de la vie sociale de la personne âgée dépendante en établissement passe d'abord par l'amélioration de la qualité de son accompagnement. La dépendance occasionne quasi inéluctablement des difficultés de communication susceptibles de faire glisser la personne de la place de sujet à celle de simple objet de soins. Processus identificatoires et usure professionnelle peuvent, dans un lieu de vie collectif, amener à tout décider pour elle, sans elle. Impulser une démarche d'évaluation des pratiques doit permettre à mes collaborateurs du Château de Beaurecueil, EHPAD, situé près d'Aix-en-Provence, d'enrayer ce risque. Réfléchir et communiquer autour des missions, des normes, des valeurs et aussi des représentations sociales de la vieillesse traduisent l'essence même de l'auto évaluation qui tient à la fois des logiques de contrôle et d'évaluation. L'enjeu dépasse le cadre d'une exigence légale à l'aide d'outils préconçus : il s'agit d'aider les personnels à formaliser dans un référentiel les valeurs à l'oeuvre dans leurs pratiques professionnelles et à s'impliquer, pour aller au-delà des besoins de la personne, tendre vers l'affirmation de ses droits fondamentaux et cheminer véritablement à sa rencontre pendant cette nouvelle étape de la vie. (R.A.)

Rapports : (2)

Agence de santé et des services sociaux de Montréal (2007). **Enquête de satisfaction auprès des personnes en perte d'autonomie: rapport global**. Montréal, Agence de santé et des services sociaux de Montréal: 124p.

Ce document contient les résultats de l'enquête de satisfaction auprès des personnes en perte d'autonomie de l'ensemble des CSSS de Montréal. Les données ont été recueillies dans le cadre de l'enquête de satisfaction menée au sein des douze CSSS de Montréal. L'objectif principal est d'évaluer, conjointement avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS), la satisfaction des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que celle des proches aidants d'usagers des soins à domicile (SAD) à propos des services qu'ils ont reçus. Les douze enquêtes par CSSS sont également disponibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/presse/documents.html>

*Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France (2004). **Enquête perte d'autonomie**. Paris, URML IDF 40p.*

D'après l'INSEE, 700 000 personnes en Ile de France ont besoin d'aide en raison de leur état de santé. Cette dépendance augmente sensiblement avec l'âge. Environ 66% des franciliens de 80 ans ou plus ne sont pas autonomes. L'hétérogénéité des handicaps et le vieillissement de la population française imposent de mener une réflexion globale sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche. La Commission "Exercice à Domicile" a conduit une étude en 2003 visant à identifier les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans cette démarche. Les objectifs affichés étaient plus particulièrement les suivants : évaluer les difficultés rencontrées par les médecins franciliens dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ; connaître les modalités de cette prise en charge ; connaître l'organisation de la coordination ; initier une réflexion globale autour des personnes en perte d'autonomie.

Guide : (1)

Passe R Aile (2008). **Une route vers l'autonomie, Guide pratique pour le défi de nouveaux projets**. Magny le Hongre, Seine et Marne. 1: 244 p.

* * *

Les 3 ateliers suivants sont des études de situations. Chercheurs, décideurs, équipe d'évaluation et usagers pourront faire part de leur expérience et échanger sur ces différents sujets.

A.2.3 Atelier 10: L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Cet atelier va se concentrer sur la problématique toute particulière de la maladie d'Alzheimer. Pour de nombreux gérontologues, **la prise en charge de patients atteints de démence et l'identification de leurs besoins constituent une tâche complexe**. De plus, maintenant que la maladie est mieux connue, il ressort qu'un **soutien pour accompagner et aider les personnes et leur famille s'avère indispensable**. Différentes approches ont été développées, notamment au Québec afin de répondre aux besoins spécifiques de cette population.

Bibliographie (8)

Articles de revues scientifiques : (3)

Allen, Ferrier, Sargeant, et al. (2005). **Alzheimer's disease and other dementias: an organizational approach to identifying and addressing practices and learning needs of family physicians**. Educational Gerontology vol.31 (n°7): 521-539.

Prendre en charge des patients atteints de démence est une tâche complexe et astreignante. Étant donné que les médecins de famille assurent une grande partie de cette prise en charge les auteurs ont examiné leurs pratiques, leurs besoins en formation et les obstacles en matière de soins concernant les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démences. Ils ont effectué une enquête auprès de 392 (environ 50%) médecins généralistes de Nouvelle Écosse et ont mené des entretiens auprès des différents acteurs de la prise en charge des malades : médecins de famille, personnel des unités de soins de longue durée, le personnel soignant en institution, les patients et leurs aidants informels, médecins de famille ayant une formation avancée en gériatrie, des gériatres et des psychiatres.

Trigg R., Jones R. W., et al. (2007). **Can people with mild to moderate dementia provide reliable answers about their quality of life?** Age and Ageing 2007(36:663-669doi:10.1093/ageing/afm077): 7.

Background cognitive limitations and lack of insight have been seen as barriers to self-reporting in quality of life (QoL) assessment of people with dementia. However growing evidence suggests that people with mild to moderate dementia may be able to complete standardized questionnaire items and articulate feelings, providing reliable evaluations of their health and QoL.

Turyn R. M. (2001). **Developing Programs to Meet the Needs of Alzheimer's Families in Rural Maine**. The Journal of Applied Gerontology vol.20 (n°2): 241-250.

In 1992, Maine had only the rudiments of an integrated system of diagnostic and supportive services for people with Alzheimer's disease. Needs assessments confirmed that caregiver attitudes, geography a lack of awareness of available services, and limited diagnostic and other specialized resources were major barriers to establishing an effective, comprehensive, and coordinated system of services for people with Alzheimer's disease. Responding to this situation, Maine received funds to develop the capacity to respond to the immediate needs of individuals with Alzheimer disease and their families and to promote service system development. This article outlines the objectives of the project and highlights the successes and challenges experienced in Maine. Several important themes emerge that should be considered when developing programs to meet mental health needs in rural areas.

Autres articles: (2)

Hugonot-Diener (2005). **Comment conseiller les familles des malades d'Alzheimer ?** Gérontologie Pratique (n°171): 10-12.

La maladie d'Alzheimer est maintenant mieux connue. Dès que le diagnostic est posé, il faut informer les aidants sur la maladie et ses conséquences pour qu'ils comprennent et ainsi acceptent mieux. Il faut aussi les aider et les assister en leur donnant un certain nombre de conseils utiles.

Lalande, Leclerc (2004). **Deux modèles québécois d'hébergement et d'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : l'approche Carpe Diem et l'approche prothétique.** Vie et Vieillesse vol.3 (n°2): 19-26.

Diverses approches d'organisation et de dispensation des soins destinés aux personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ont été mises en place dans les pays occidentaux. Au Québec, les premières unités prothétiques ont été implantées vers le milieu des années 80. Puis "l'approche prothétique élargie" a été développée dans un CHSLD à l'instigation d'Anne Monat, ergothérapeute. Cette approche s'efforce d'offrir un milieu répondant aux besoins spécifiques d'une clientèle hébergée composée désormais de personnes présentant des atteintes cérébrales dans une proportion de 60 à 75%. Par ailleurs, l'idée de créer pour les personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer, un milieu de vie familial dans des résidences hébergeant un nombre restreint de personnes, avec un personnel stable cherchant à établir avec elles et leur famille des relations respectueuses et chaleureuses vient de la Belgique et de la France. En 1996 la Société Alzheimer de la Mauricie concrétisait un modèle semblable et ouvrait la Maison Carpe Diem. Cette étude comparative et descriptive aborde ces deux approches.

Thèse : (1)

Boudre F. (2005). **Contribution au diagnostic de démence : utilisation d'échelles cognitivo-comportementales destinées aux proches : à propos d'une étude prospective.** Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université d'Auvergne Clermont 1. Clermont-Ferrand, 123p.

Livres et chapitres de livres : (1)

Fondation Médéric Alzheimer, Fior S., et al. (2003). **Vivre avec la maladie d'Alzheimer. L'aide aux aidants : approche internationale.**, Fondation Médéric Alzheimer.

Après avoir dressé, dans un précédent ouvrage, un panorama de la situation en France, la Fondation Médéric Alzheimer souhaite mettre en lumière ce que d'autres pays industrialisés peuvent apporter dans le domaine de la prise en charge médicale, psycho-sociale, socio-économique et juridique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et le soutien à leurs aidants naturels. (tiré de la 4ème de couverture).

Rapport : (1)

Présidence de la république française, Létard V., Bertrand X. P. d. I. r. (2008). **Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.** Paris: 84 p.

Près de 350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD 25) de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Étroitement liée au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée moyenne de vie, cette affection devrait continuer à progresser dans les prochaines années. Ces chiffres font de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés un enjeu majeur de santé publique. Celui-ci commence à être mieux pris en compte avec le lancement de deux plans d'action en 2001 et en 2004. Mais le défi à relever - en matière de recherche médicale, de prise en charge des malades et d'accompagnement des familles - nécessite des moyens à la hauteur des enjeux. Présentation de 44 mesures, dont 10 prioritaires, déclinées en 3 axes: Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société. Présenté au début du mois de novembre 2007, le plan Alzheimer 2008-2012 traduit cette mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs sanitaires et sociaux, en proposant des mesures et des moyens supplémentaires et innovants (notamment une enveloppe de 1,6 milliard d'euros jusqu'en 2012).

A.2.4 Atelier 11 : La scolarisation d'enfants ou d'adolescents présentant un handicap mental ou psychique

Le handicap mental et psychique chez les enfants et adolescents ainsi que les problèmes de scolarisation méritent également une attention particulière. Dans le cadre de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, il apparaît nécessaire d'accompagner les élèves handicapés dans leur scolarité. Ainsi, avec ces nouveaux objectifs, comment mieux évaluer les besoins de ce type d'accompagnement ?

Bibliographie (4)

Articles de revues scientifiques : (2)

Espagnol P., Prouchandy P. (2007). **La scolarisation des enfants et adolescents handicapés**. DREES – Etudes et résultats. (564): 8

En 2005-2006, 235 400 enfants et adolescents en situation de handicap ont été scolarisés en France. Les structures de l'Education nationale ont accueilli 151 500 d'entre eux. Parmi ces derniers, 69% étaient scolarisés dans des classes ordinaires ou dans des classes adaptées à des élèves présentant des difficultés scolaires ou sociales (scolarisation "individuelle"). Cette proportion est en hausse (52% en 1999-2000). Les autres (31%) étaient scolarisés dans des classes dédiées aux enfants handicapés (scolarisation "collective"). Les élèves affectés par des déficiences physiques sont les plus en mesure de suivre un cursus ordinaire en collège et lycée.

Maffre T., Hazane F. et al. (2005). **Troubles psychiques, déficience intellectuelle et scolarisation en milieu ordinaire** : 13. EMC – Psychiatrie 2 (2005) 225-237.

L'important mouvement en faveur de l'intégration scolaire des enfants handicapés qui existe en France depuis une vingtaine d'années, concerne également les enfants qui présentent des troubles psychiques avec ou sans déficience intellectuelle. Après avoir proposé quelques définitions et des repères historiques et réglementaires, les auteurs présentent un état des lieux quantitatif (données chiffrées disponibles) et qualitatif. Sont ensuite abordées successivement la place du soin dans le dispositif d'intégration en France, les places et les rôles des différents partenaires (notamment le soin et le scolaire) sont décrits et discutés. La dynamique qui est désormais à l'oeuvre, les progrès de ces dernières années, les textes de loi récents sur le handicap et la réflexion menée au niveau européen, devraient favoriser une évolution vers une intégration de plus en plus individualisée et de plus en plus inclusive.

Rapport : (1)

Geoffroy G. (2006). **Réussir la scolarisation des enfants handicapés**. Paris, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille 28p.

Disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000842/0000.pdf>

Comment mieux accompagner les élèves handicapés dans leur scolarité ? Quels sont les moyens de rendre plus attractif le métier d'auxiliaire de vie scolaire, dont le rôle est d'accompagner ces élèves ? C'est notamment à ces questions que tente de répondre le député Guy Geoffroy dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi prévoit que tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé a le droit de s'inscrire dans "l'école de son quartier".

Communications : (1)

Thimeur J.-C., Huchet J.-C., L'Azou J.-J., et al. (2006). **Le SESSAD et l'environnement de l'enfant et de l'adolescent** 115. CREAL de Bretagne.

Les actes de ce colloque consacré à la question des SESSAD et de l'environnement, présentent tout d'abord les données de cadrage : le nombre de places et les taux d'équipement, la clientèle, les professionnels, l'évolution des dispositifs "Annexes XXIV", puis restituent les interventions : - L'ambition participative ou la « managerialisation » des problèmes sociaux ; - Potentialités ? Environnement ? Construire des outils pour

restituer au mieux les réalités des enfants et ouvrir les droits ; - Les pratiques sociales et médico-sociales aujourd'hui : que veut donc dire "interventions" ? - Compensation et reconnaissance par l'environnement. Le document se termine sur les travaux des ateliers : - Les indicateurs de l'activité du SESSAD. Une démarche et des outils pour servir les enfants et adolescents et rendre lisible l'activité du SESSAD ; - Ce que chacun attend de l'autre dans le soutien à l'intégration scolaire. Le pari de l'inclusion. Les nouveaux métiers de l'intégration scolaire. Comment fait-on appui aux enseignants ? - Aux premiers âges, comment fait-on ? Les aspects nécessaires de la prise en charge précoce ; le lien avec le secteur sanitaire ; le diagnostic partagé ; les logiques des différents acteurs pour déterminer les accompagnements conjoints ; - Le SESSAD diplomate. Une histoire de transaction. Quand le SESSAD coordonne les interventions ; Le SESSAD : jusqu'où allez dans la prise en compte du polyhandicap ? Le SESSAD : intercesseur, notamment, pour l'acceptation des regards ; Les SESSAD au service des jeunes âgés de 16 ans et plus : de la spécificité d'un public à la spécificité de l'accompagnement socio-professionnel ; - Le SESSAD et la mission "soin" dans le pari de l'intégration. Réaffirmer la mission "soin" dans la fonction du SESSAD. Par exemple dans l'accompagnement à la formation ; - Service public, commande privée. La nouvelle demande de prestations. Ensemble, famille et SESSAD, pour évaluer les besoins et les réponses ? - Le SESSAD comme centre ressource pour les partenaires de l'intégration. Initiatives médico-sociales et sanitaires. Au près des équipes pluridisciplinaires des pôles d'accueil, d'observation et d'évaluation des besoins ; - "Vers une charte Qualité des SESSAD".

A.2.5 Atelier 12 : L'évaluation au service d'une meilleure participation sociale : le cas des aides techniques

Un autre atelier sera consacré à l'évaluation des besoins en aides techniques pour une meilleure participation sociale. L'environnement influe sur les situations de handicap et la vie quotidienne (Ravaud, 2005). La notion d'accessibilité est alors un des enjeux de l'évaluation. Comment prendre en compte l'accessibilité au cours du processus d'évaluation ? Certains pays comme le Canada mettent à disposition des guides sur le choix et l'utilisation des aides fonctionnelles. Qu'en est-il de la France ? En quoi une évaluation globale peut favoriser l'identification des aides techniques le plus appropriés à la personne ?

Bibliographie (3) :

Articles de revues scientifiques : (1)

Crews D.E., Zavotka S. (2006). **Ageing, disability, and frailty: implications for universal design.** Journal of Physiological Anthropology vol.25 (n°1): 113-8. **(Voir introduction)**

Communications : (1)

Ravaud J.-F., Lofaso F. (2005). **Handicap et Environnement, de l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cité.** Actes des 18ièmes entretiens de la Fondation Garches, Paris, Editions Frison-Roche, 261. Obstacle ou facilitateur, l'environnement influe sur les situations de handicap et sur la vie quotidienne des personnes handicapées. L'objet de cet ouvrage est d'analyser la situation actuelle, en France et à l'étranger, ainsi que les développements attendus au vu des avancées de la recherche dans le domaine de l'accessibilité. Il traite à la fois de l'accessibilité de l'environnement et de la cité au sens large mais aussi de l'adaptation individualisée de l'environnement immédiat, que celui-ci concerne les objets usuels, le domicile ou les moyens de communication.

Guides : (1)

Gouvernement du Canada (2002). **Allez-y! Guide sur le choix et l'utilisation des aides fonctionnelles.** Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada 64p. Disponible sur http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/go_for_it/pdf/goforit_f.pdf

* * *

Séance plénière de l'après-midi

P.2.1 et P.2.2 L'évaluation : pratiques et perception d'un processus pluridisciplinaire

La présentation partie, sur l'évaluation en tant que processus continu et dans sa dimension organisationnelle, constituera l'occasion de présenter les études de la CNSA réalisées par les cabinets Deloitte, TNS Healthcare et 2i conseil. Il sera intéressant de connaître les résultats de l'étude en particulier sur les pratiques. On pourra discuter également de la complémentarité de chacun au cours de ce processus et montrer la nécessité de la mutualisation et de la pluridisciplinarité : cet exposé fera autant part de constats à partir des 5 questions posées que d'axes d'améliorations identifiés. Un zoom pourra être fait sur les résultats de l'étude quantitative sur les CG et MDPH.

Bibliographie (12)

Articles de revues scientifiques : (8)

*Bocquet H., Grand A., Andrieu S. (2001). **L'évaluation de la prise en charge à domicile des personnes âgées : d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée.** Gérontologie et Société (n°99): 207-232.*

La prise en charge d'une personne âgée à son domicile est une activité complexe qui peut durer plusieurs années, faire intervenir conjointement des aidants naturels et des aidants professionnels, combiner différents objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs. L'action doit être individualisée, respectant les désirs de la personne et de sa famille : elle peut être de ce fait subordonnée au "besoin ressenti" échappant alors à des règles normatives définissant trop strictement les modalités de recours aux services. Son évaluation ne peut qu'être complexe elle aussi, mais les acteurs en gérontologie sont désormais capables de s'accorder sur des grands critères de qualité susceptibles de constituer un référentiel d'évaluation. Ce référentiel peut être décliné dans une approche plus globale à l'échelon territorial et populationnel. La participation des professionnels de terrain est ici importante : en impulsant une dynamique et une collaboration à l'échelon local, elle peut faire progresser non seulement la qualité des prestations mais aussi l'efficacité du dispositif gérontologique. (résumé des auteurs)

*Castelein P., Noots-Villers P. (2001). **Pour un projet de santé individualisé : ESOPE (Evaluation Systémique des Objectifs Prioritaires en Réadaptation).** Kinésithérapie Scientifique (n°409): 33-40.*

ESOPE est une méthodologie pluridisciplinaire d'évaluation destinée à objectiver le handicap d'une personne en quantifiant la corrélation entre ses capacités et leurs répercussions sur la conservation ou le recouvrement de ses habitudes de vie dans un environnement donné. Il procure aux thérapeutes une aide à la décision thérapeutique et de définition d'un véritable projet de réadaptation individualisé qui tient compte de la réalité des besoins de la personne au-delà du moule uniforme et impersonnel de la pathologie. Ce processus s'inscrit dans une approche structurée de l'écoute du patient dans toutes les dimensions de son handicap. (R.A.)

*Clegg A., Abley C., Tindle N., et al. (2006). **Ask the experts. Single assessment process.** Nurs Older People vol.18 (n°2): 14-5.*

Person-centred assessments must reduce duplication of effort, promote effective communication between professionals and organisations, and lead to optimum, timely interventions with better patient outcomes. Wilson et al (2005) say: 'Successful implementation of SAP requires local agencies to develop effective approaches to whole system working and the delivery of integrated care. Little new seems to have been learnt about what makes integrated care work best since studies reported in the late 80s. However, in the implementation of SAP, effective improvements in joint working arrangements have been observed in areas where high level strategic understanding, commitment, and strong project leadership are present.' The benefits of an electronic system to support information exchange and workflow management are obvious. Some areas have managed to implement small scale IT pilots, but electronic versions of SAP are only a reality in those areas that are already piloting SAP solutions with their local service provider as part of the NPfIT (National Programme for IT in the NHS). Nurse consultants have expressed frustration that the speed of IT development is not keeping pace with the appetite for SAP implementation. Contributors demonstrate how those not in the forefront of IT developments can make good use of the interim time by promoting the principles of the single assessment process and ensuring a commitment to SAP is maintained.

Colvez A. (2003). **Mesure de la dépendance des personnes âgées. Evaluation multidimensionnelle. Plan d'aide. Eligibilité aux prestations.** Regards (n°23): 62-77. (voir partie A.2.1)

Dunnion, M. E., Kelly B. (2005). **From the emergency department to home.** Journal of Clinical Nursing vol.14 (n°6): 776-85.

AIM: The purpose of this study was to explore dimensions of the management of the older person following care in an emergency department in preparation for discharge home by identifying perceptions and attitudes of staff in both emergency department and primary care sectors. BACKGROUND: It is recognized that older people discharged home directly from the emergency department are a vulnerable group. Effective communication and liaison are seen to be keys to the provision of high quality care for older people in the emergency department and in ensuring a seamless care between sectors. DESIGN: A purposeful sample was collected that comprised the total population (n = 222) of all grades of medical and nursing staff in both the emergency department and all nursing (Public Health Nurses & Practice nurses) and medical staff (General Practitioners) in the primary care area. METHODS: Methodology used was that of a survey approach of nursing and medical staff in both the emergency department and primary care services. Standardized questionnaires were employed which comprised both open and closed questioning style. Raw statistical data were analysed using SPSS for Windows while the qualitative data arising from the open-ended questions were content analysed for themes. RESULTS: Many staff in the primary care area reported the level of communication between the emergency department and the primary care area as unsatisfactory with confusion regarding follow-up care and a lack of support for older people on discharge. Hospital staff reported the level of communication to be much greater than that perceived by their colleagues in primary care. There was agreement of staff in both sectors in relation to the perceived usefulness of a discharge liaison nurse in the emergency department. CONCLUSIONS: Previous research highlights communication difficulties when patients are discharged from hospital. Findings from this study indicate that this problem can also be applied to the emergency department. RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: Implications for practice include a need for a multidisciplinary approach to developing referral guidelines, staff training and a comprehensive dissemination of information between sectors ultimately to improve quality and continuity of care for the older person.

Ennuyer B. (2006). **Les personnes âgées en situation de dépendance. Le processus d'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes.** Actualité et Dossier en Santé Publique (n°56): 59-60. (Voir triangle A.1.2)

Ennuyer B. (2006). **Le processus d'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes.** Actualité et Dossier en Santé Publique 56: 59-60.

Les outils de mesure et d'évaluation de la dépendance ont, en majorité, été conçus par des médecins gériatres. L'auteur prend comme exemple la grille Aggir, qui, selon lui, ne mesure pas la dépendance mais donne une interprétation plus ou moins pertinente de l'état de capacité ou d'incapacité fonctionnelle d'une personne. Selon lui, avant d'être un processus technique plus ou moins scientifique, plus ou moins objectif, plus ou moins neutre, le processus d'évaluation est d'abord un processus de rencontre, de mise en relation entre deux personnes.

Kagan, Nguyen (2004). **Perte d'autonomie récente.** Revue du soignant en gériatrie (n°8): 10-16.

Devant une perte récente de l'autonomie, l'objectif est le retour à l'autonomie antérieure. Pour mener à bien cette mission, il convient de se « hâter lentement ». Se hâter, car la désinsertion sociale et le confinement surviennent vite, surtout si l'on se contente du constat défaitiste d'un « coup de vieux ». Lentement pour trois raisons : l'évaluation d'une perte d'autonomie déborde largement le simple cadre médical ; les actions thérapeutiques sont multiples, du médicament à la discussion du choix du logement en passant par la réadaptation ; un délai de 6 mois à 1 an est nécessaire avant de conclure trop prématurément à une perte d'autonomie établie.

Autres articles : (1)

Barreyre J.-Y. (2002). **L'évaluation des soins, un processus continu.** Cahiers du Cleirppa (n°8): 13-15.

Disponible sur http://www.cleirppa.asso.fr/SPIP-v1-8/imprimer.php3?id_article=153

Le thème des besoins est souvent lié à celui de l'évaluation. Mais les outils d'évaluation dépendent de la conception que l'on a du besoin. Dans cet article, il est proposé une méthodologie sous l'angle d'un processus.

Rapports : (1)

ANAES, Service des recommandations professionnelles (2004). **Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance**. Saint-Denis: 138p.

Ce travail a été réalisé par l'Anaes à la demande du ministère de la Santé. Il propose une méthode de réalisation d'une démarche de soins type pour une situation clinique donnée. Ce document propose des principes généraux d'organisation des soins fondés sur une approche interprofessionnelle des situations de dépendance. Ce guide a été réalisé à partir d'une analyse documentaire nationale et internationale et d'entretiens avec des représentants des infirmiers libéraux et repose essentiellement sur un consensus professionnel.

Communications : (2)

Barreyre J.-Y. (2006). **Potentialités ? Environnement ? Construire des outils pour restituer au mieux les réalités des enfants et ouvrir les droits**. Le SESSAD et l'environnement de l'enfant et de l'adolescent, Journées nationales SESSAD à Saint-Malo, CREAI de Bretagne, 27-35.

Que signifie évaluer les besoins d'une personne ou évaluer les situations de handicap ? Dans son analyse, l'auteur distingue ce qu'il appelle observations cliniques au service de pratiques thérapeutiques, celles qui permettent de construire un diagnostic, d'analyser l'évolution d'une pathologie, d'une déficience ou d'une carence, de ce qu'il appelle observation partagée, c'est-à-dire celle qui permet d'approcher la situation globale de la personne inscrite dans des environnements et qui permet de mettre en place des stratégies d'interventions. L'auteur rend compte de son choix pour l'approche de la méthode globale de la situation dans son étude sur l'enfance handicapée. Il présente les outils mis en place dans le cadre de cette évaluation et souligne la nécessité de construire les outils sur un territoire donné (pour être plus facilement critiquables et révisables) et aussi, la possibilité pour les personnes d'évaluer leur propre situation pour pouvoir éventuellement entrer en contradiction avec les propositions des professionnels. Il donne enfin quelques exemples de ce qui s'est construit autour de la CIF ainsi que les apports et les limites de la CIF Enfants, classification dérivée pour enfants.

Jeandel C., Parent H., Eds. (2005). **Soutien à domicile des personnes âgées dépendantes**. Les entretiens du Carla 128p. (voir partie A.2.2)

Cette conférence de consensus a réuni 23 experts représentant toutes les disciplines afin d'établir des recommandations concernant le soutien à domicile des personnes âgées. Elle s'articule autour de 3 sessions : les besoins de la personne ; les acteurs, où, avec qui, et comment ? outils et moyens pour optimiser le soutien à domicile. Les recommandations énoncées s'appuient sur quelques idées forces. La première est celle du partage, partage entre tous les acteurs du même langage, des mêmes concepts et des mêmes outils. La seconde est celle du réseau, la seule réponse organisationnelle possible pour faire face à l'enjeu de coordination. La troisième est celle de la globalité, notamment dans l'analyse des besoins de la personne âgée. La quatrième est celle de l'évaluation toujours répétée, car sans objectif ni mesures on ne peut garantir l'efficacité des actions menées.

P.2.3. Le recours à des compétences spécifiques dans le cadre de l'évaluation de situations complexes

La présentation suivante portera sur les compétences spécifiques nécessaires afin de pouvoir répondre au mieux à la diversité des situations, notamment dans le cas de handicaps complexes comme les handicaps rares. La lumière pourra être mise sur le maillage indispensable des centres de ressources au niveau national et local, tout en montrant le positionnement et le rôle de chacun. Ce sera également l'occasion de revenir sur le dispositif administratif d'ensemble pour les handicaps rares.

Bibliographie (4) :

Articles de revues scientifiques : (1)

Souriau J., Gimenes M., et al. (2005). **CHARGE Syndrome: Developmental and Behavioral Data.** American journal of medical genetics **133A:278-281**: 4.

CHARGE Syndrome has only been recognized for a little over 20 years. Most reports in the literature concern only the clinical and medical aspects of the condition. Although parents and professionals often bring up the subject of "behavioural problems" and "developmental concerns", very little information is available. With a group of families, we decided to collect data in order to have an overview of the problem.

Autres articles: (1)

Lelievre M.-C., Dubourg D., Robert C. et al. (2007). **Atelier pluridisciplinaire gérontologique du CLIC de Rennes. Bilan de 3 ans de fonctionnement expérimental (2003-2006).** Cahiers Techniques de l'Action Sociale (n°169): 16.

Le vieillissement de la population est un des enjeux majeurs des années à venir, y compris dans des départements jeunes, tel que celui de l'Ille et Vilaine. Au delà de la nécessaire adaptation de l'offre de services à domicile et de places en établissement d'accueil, cette évolution démographique nous conduit à prendre en compte les aspirations des personnes qui avancent en âge à partir des valeurs fondamentales inscrites dans le schéma gérontologique départemental. Dans ce sens, le conseil général d'Ille-et-Vilaine a impulsé une démarche partenariale depuis plusieurs années avec la mise en place des CODEM (Comité d'observation de la dépendance et de médiation), instance locale de concertation entre des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées. Plus récemment des CLIC, outils opérationnels des CODEM. Ce sont des espaces d'accueil des usagers et de coordination entre les professionnels relevant du secteur médico-social et de la santé. Au sein du CLIC de Rennes, un atelier pluridisciplinaire sur l'analyse des situations complexes dans le champ gérontologique a vu le jour en février 2003. Ce document présente le bilan de 3 années de fonctionnement à partir des contributions des permanents à cet atelier, de disciplines et d'institutions différentes. Il s'adresse à tous les professionnels de l'action sociale et de santé, qu'ils interviennent ou non dans le champ gérontologique.

Livres et chapitres de livres : (1)

Souriau J. (2008). **Surdi-cécité, communication et construction du sens pour les personnes sourd-aveugles.** 8. Wiley-Liss Inc.

Il existe parmi les personnes sourd-aveugles deux grandes catégories au développement assez différent : les personnes sourd-aveugles de naissance et les personnes devenues sourd-aveugles. Cet exposé s'intéressera essentiellement aux personnes du premier groupe dont le développement constitue un défi pour les éducateurs et un thème de recherche plein de promesses pour les chercheurs de tous domaines.

Rapports : (1)

Faivre, Antonini, Prier, et al. (2004). **Connaître les personnes multihandicapées et leurs besoins.** Paris, CEARPHPEH, CLAPEAHA 63p.

Les personnes multihandicapées relevant de difficultés multiples, justifiant de situations complexes sont insuffisamment présentes dans les études de besoins. Elles sont souvent repérées pour une de leurs difficultés. Cette situation révèle des insuffisances dans les pratiques d'observation, de révélation des besoins et conduit à des difficultés pour les familles confrontées à des refus de prise en charge dans les établissements. Le but de cette journée d'études était donc de contribuer à la meilleure connaissance des besoins des personnes multihandicapées et des attentes des familles et de développer la réponse adaptée et individualisée à ces besoins.

P.2.4. Comment conjuguer les enjeux sociétaux, les questionnements éthiques et les réalités économiques et organisationnelles du point de vue des professionnels, des usagers et des décideurs.

Enfin, la dernière section de la plénière rejoindra un des thèmes abordés dans les ateliers précédents, celui des tensions. Elles peuvent être dues à la confrontation entre l'éthique et l'économique, notamment pour le professionnel quand évaluation et éligibilité se confondent, quand les contraintes sur l'offre induisent une autocensure dans l'évaluation. Chez le décideur, adapter l'offre et faire remonter l'information des besoins individuels pour connaître le besoin collectif peut aussi être source de tensions. Il sera intéressant de voir comment elles sont vécues du point de vue des usagers.

Bibliographie (1) :

Articles de revues scientifiques : (1)

Coutton V. (2005). **Dynamiques actuelles et perspectives d'évolution des coûts de prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France.** Journal d'Economie Médicale vol.23 (n°5): 267-292.

L'auteur tente d'évaluer le coût de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En raison du haut niveau de complexité du système de prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France, le recours à l'approche systémique s'est révélé indispensable. Dans cette optique, un processus de modélisation comportant quatre étapes a été adopté : 1) définir le projet de recherche, 2) dessiner le modèle par une représentation descriptive, 3) déterminer le comportement du modèle par une représentation dynamique, 4) utiliser le modèle par le recours à la simulation. Le résultat principal de ce processus systémique de modélisation est que les coûts de prise en charge de la dépendance ne cesseront pas d'augmenter au cours des vingt prochaines années. En effet, les coûts de prise en charge de la dépendance pourraient atteindre (seulement pour le dispositif de l'APA) un montant de 10 748 milliards d'euros en 2020 (+121,5% par rapport à 1998). (Résumé d'auteur).