

# Evaluation multidimensionnelle

**Pr Dominique Somme**  
**Université Rennes 1, CHU Rennes**  
**[dominique.somme@chu-rennes.fr](mailto:dominique.somme@chu-rennes.fr)**



**minitest**

# Evaluation définition 1

- **L'évaluation est une procédure complexe qui comporte une phase d'observation et d'analyse, une opération mentale de jugement, et enfin l'expression de ce jugement sous forme quantitative (note chiffrée) ou qualitative, verbale ou non verbale.**
- **L'évaluation implique des critères (principe auquel on se réfère pour porter un jugement ou une appréciation).**
- **C'est l'action de mesurer, à l'aide de critères objectifs, une situation donnée, dans le but de prendre une décision**

## Evaluation définition 2

- **Mots proches parfois synonymes : « analyse, appréciation, approximation, caractérisation, estimation, comparaison, discernement, mesure... »**
- 1) **Attribuer une valeur ou produire une estimation**
  - 2) **Démarche en amont de la production d'une opinion, d'un jugement = d'un plan**

Demande d'aide

Repérage du niveau requis d'analyse

Évaluation

Observation/recueil d'information

Analyse

Appréciation/jugement/mesure

Planification

Monitorage

# Evaluation MAIA et gestion de cas

## Une des composantes centrales du dispositif MAIA

Concertation

Guichet intégré

Gestion de cas

### Outils d'évaluation multidimensionnel standardisé

Plan de services individualisé

Système d'information partagée

## Une des composantes conceptuelles de la gestion de cas

Éligibilité

### Évaluation multidimensionnelle standardisée

Planification de services individualisée

Mise en place du plan

Monitorage du plan

Réévaluation périodique des besoins par l'évaluation multidimensionnelle standardisée

Suivi au long cours

# Evaluation et Intégration

## L'évaluation multidimensionnelle est une dimension essentielle de la traduction clinique de l'intégration

Par la mise en cohérence des référentiels d'évaluation les professionnels partagent la responsabilité de l'action globale réalisée auprès d'une personne

Cela est rendu possible parce que leurs employeurs acceptent que les professionnels qu'ils emploient changent leur mode d'évaluation en tenant compte de façon programmée de l'évaluation des autres

Cela permet au final d'informer les décideurs des besoins de la population, les décideurs se placent comme facilitateurs de la diffusion du changement de pratique que cela soulève car ils y trouvent du sens

## Evaluer : un acte à haut risque éthique

- *« Il y a dans l'évaluation quelque chose d'humainement sensible et délicat, un jugement extérieur porté sur « l'état » physique et psychique d'une personne dont l'autonomie, « capacité à se gouverner soi-même », peut être altérée. On voit comme cette étape du processus d'aide touche alors la dignité même de la personne voire même à sa liberté. » (DESIR, une démarche professionnelle)*
- *« Évaluer le besoin d'aide...c'est d'abord et avant tout émettre des réserves sur la capacité de la personne à formuler une demande qui corresponde à ce qu'elle ressent comme étant son besoin. » (B Ennuyer)*



# Grands principes de l'évaluation

**La personne est informée de ce qui est fait**

**Centrée sur la personne en tenant compte:**

**De ses difficultés, retentissement, facteurs précipitants**

**De ses ressources (atouts) +++**

**Globale = multidimensionnelle (aspects physiques, psychiques, sociaux, fonctionnels)**

**Ce n'est pas un examen clinique médical (ne porte pas un diagnostic)**

**Multidisciplinaire**

**Par étapes si nécessaire**

**À l'aide d'un outil d'évaluation standardisé**

# Conditions pour l'évaluation 1

## Exposer à la personne

L'évaluation

Les enjeux de celle-ci

La communication des résultats

## Tenter d'obtenir son accord

## État stable

Savoir différer une évaluation de quelques jours si la situation est sur le point de se modifier profondément

## Conditions pour l'évaluation 2

- **Attitude positive et rassurante (confiance)**
- **Insister sur l'aide à trouver des solutions et contribuer à la qualité de vie**
- **Installation correcte lors de l'évaluation**
  - éviter lumière directe, pièce mal éclairé...
  - Aidant et aidé cote à cote
- **Avoir un temps avec la personne**
- **Rencontrer entourage et professionnels quand troubles mémoire**
- **Ne pas éterniser un entretien**

# Évaluation au domicile

- **Lieu de pouvoir de la personne**
- **Disponibilité de la personne et relations avec entourage**
- **Histoire de vie**
- **Mesure des capacités de la personne en situation**
- **État du logement: accès sanitaires, confort, sécurité, température, liens avec l'environnement extérieur**
- **Les points clefs: la salle de bain, le couloir, le couchage, le réfrigérateur**
- **Observance thérapeutique et la pharmacie**

# Les dimensions

**La santé physique**

**Le statut fonctionnel**

**La santé psychologique**

**La santé cognitive**

**L'environnement social**

**La statut économique**

**La situation administrative**

**L'environnement et les aspects de sécurité**

**(+/- les besoins spirituels)**

# Logique multidimensionnelle

**Sortir de son champ « d'expertise »**

**Accepter d'avoir un « savoir profane » qui a de la valeur sur l'ensemble des dimensions d'une personne**

**Donner de la valeur, et faire s'exprimer le « savoir profane » de l'utilisateur et des proches**

**Tout le monde peut parler des médicaments!**

**Tout le monde peut parler des finances!**

## Logique multidimensionnelle 2

**Ne pas se contenter d'être une caisse enregistreuse des avis des « experts »**

**Exercer son esprit critique**

**Le gestionnaire de cas est responsable de l'évaluation multidimensionnelle de la personne**

**Il peut s'entourer des compétences d'autres professionnels pour les compléter mais doit garder à l'esprit que c'est son travail de mettre en relation l'ensemble des informations dans un tout cohérent**

Travail de compréhension des langages professionnels spécifiques

**L'évaluation multidimensionnelle n'est pas une fin en soi, la plupart du temps la bonne approche sera de déclencher des évaluations professionnelles dans des dimensions qui paraissent en déséquilibre et qui n'ont pas encore été évaluées.**

# Sortir du factuel

## **Il a une démence**

Qui l'a dit?

Est-ce que la diagnostic est posé ou suspecté?

Y a-t-il quelque chose à faire? À éviter?

## **Il a fait un AVC**

Qui l'a dit?

Quel risque qu'il en refasse un? Que faut-il faire? Eviter?

## **Il doit être mis sous tutelle**

Qui le dit?

Pourquoi?, quel besoin cela concerne



# Sortir du factuel

**Il ne peut plus se déplacer**

**Il ne peut plus se faire à manger**

**Développer la capacité d'analyse**

**Mettre en relation les différentes dimensions de l'évaluation**

Du fait des douleurs liés à son arthrose il ne se déplace plus

- → Une action efficace sur les douleurs pourra peut-être lui rendre sa mobilité

Du fait de sa dépression il ne se fait plus à manger

- → Une action efficace sur sa dépression pourra peut-être lui redonner le goût de se faire à manger

**Mme B**

**Les représentations et l'évaluation**

# Compétence définition 1

« Aptitude légale à instruire et juger une affaire »

## Compétence professionnelle

Une dimension de savoirs (savoir scientifique, technique, savoir faire, savoir être...) à mobiliser (à bon escient)

Une dimension de performance (la partir mesurable et/ou observable de la compétence)

Une dimension réflexive permanente

## Compétence définition 2

### Etre compétent c'est

Avoir des savoirs particuliers

Savoir les mobiliser, les organiser et gérer les émotions que cela suscite

Analyser le contexte pour rester performant

Réguler sa compétence au cours même de l'action et à distance pour améliorer la performance en continu

Transférer la compétence éventuellement à différentes familles de situation en gardant le niveau de performance attendu

Se préparer aux conflits éthiques inévitables de l'application de sa compétence et de ses limites

# ÊTRE COMPÉTENT ≠ AVOIR DES COMPÉTENCES



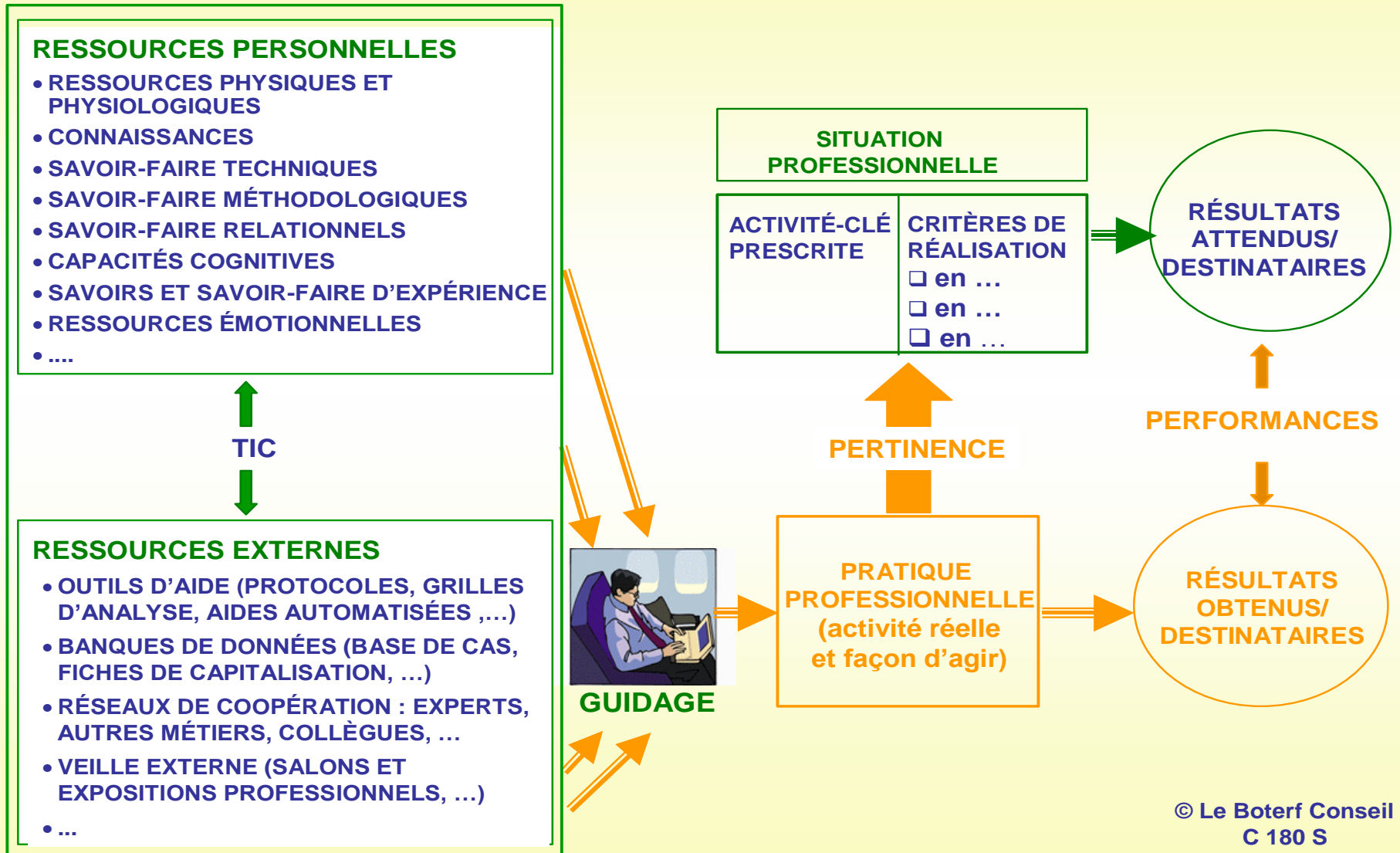
**« AGIR AVEC COMPÉTENCE »**  
(Mettre en œuvre des pratiques  
professionnelles  
et des combinatoires  
de ressources pertinentes)



**« AVOIR DES  
RESSOURCES POUR  
AGIR AVEC  
COMPÉTENCE »**

**(G. Leboterf-  
2006)**

# SAVOIR AGIR AVEC COMPÉTENCE



## La compétence attendue

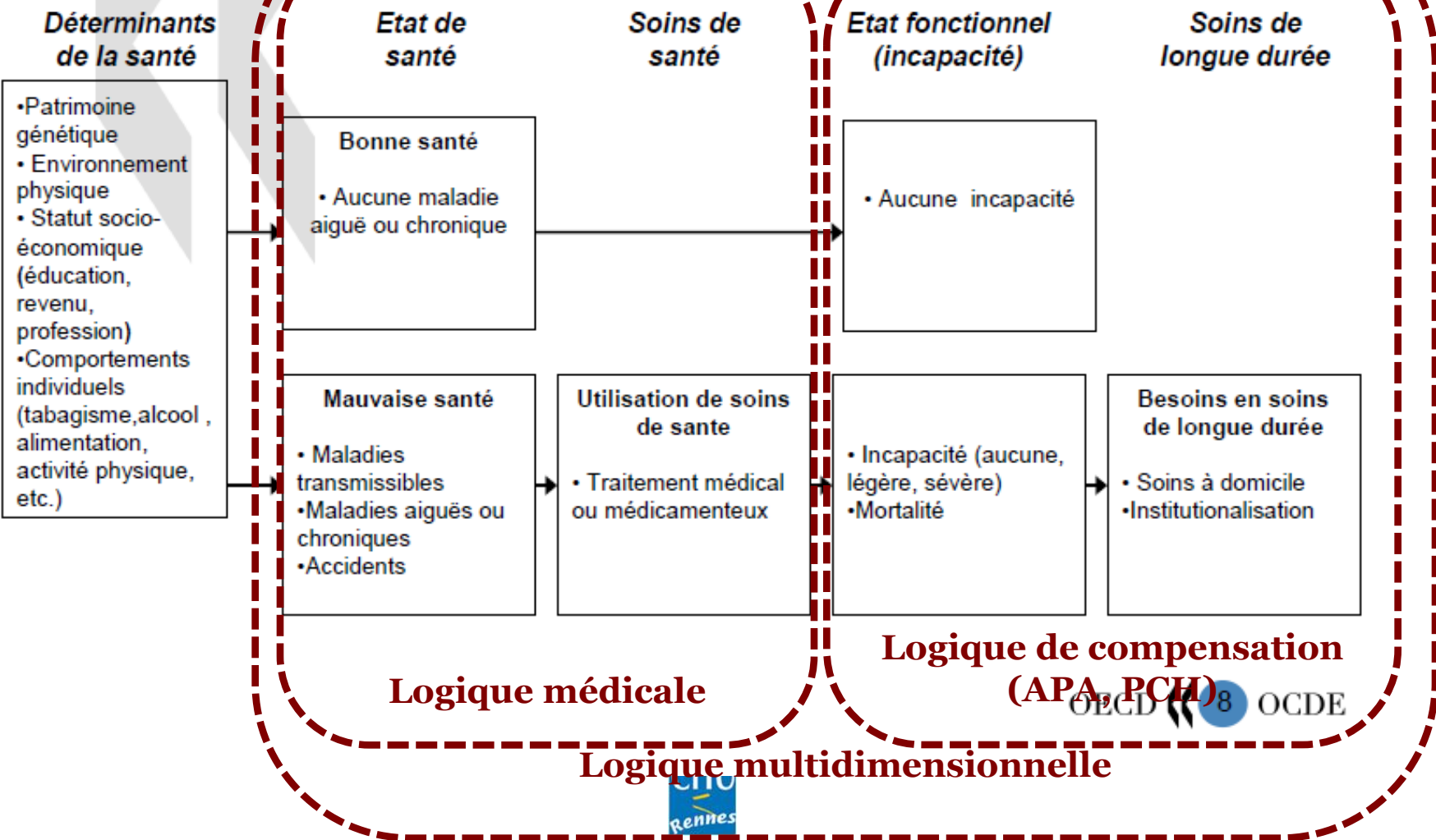
**Toute personne en gestion de cas a une évaluation de l'ensemble des dimensions qui caractérise sa situation afin d'en dégager les problématiques et d'élaborer un plan de services individualisé qui tienne compte à la fois de ces déficits et de ses capacités et dans lequel son pouvoir d'implication sera maximisé.**



# **Le savoir Les connaissances**



# Cadre d'analyse des déterminants de la santé et de l'incapacité



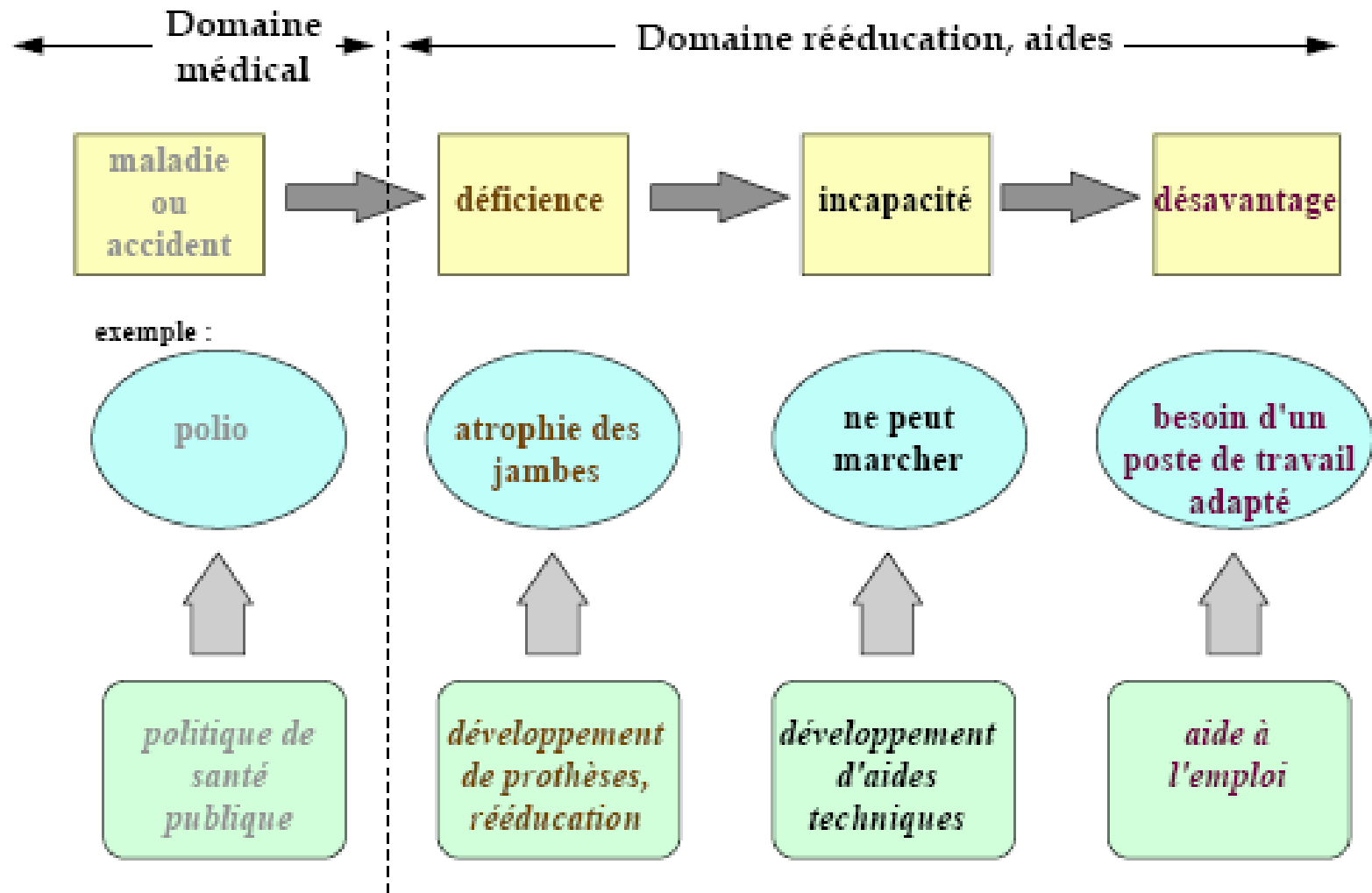
## Un cadre conceptuel

◎ **La classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH, Dr Wood, OMS 1980 révisée pour devenir CIF en 2001)**

◎ **Un cadre conceptuel n'est pas en soi un outil:**

plusieurs outils peuvent s'inspirer du même cadre conceptuel  
Un outil fait dans un cadre conceptuel donné peut parfois être utilisé avec bénéfice dans un autre

# SCHEMA DE WOOD



# Evolution nécessaire

## Les critiques faites à la CIH

### Critiques conceptuelles

- fondée sur le modèle médical du handicap
  - causalité linéaire de la déficience au désavantage
  - insuffisante description des désavantages
  - absence de la dimension environnementale
- Description des situations en termes négatifs

### Critiques techniques

- Complexité et lourdeur
- Obsolescence de certaines appellations
- Obsolescence de certains classements
- Chevauchement de catégories

# Les modèles explicatifs du handicap

## *Pour résumer*

(Ex. personne en fauteuil roulant devant les marches d'un bureau de vote)

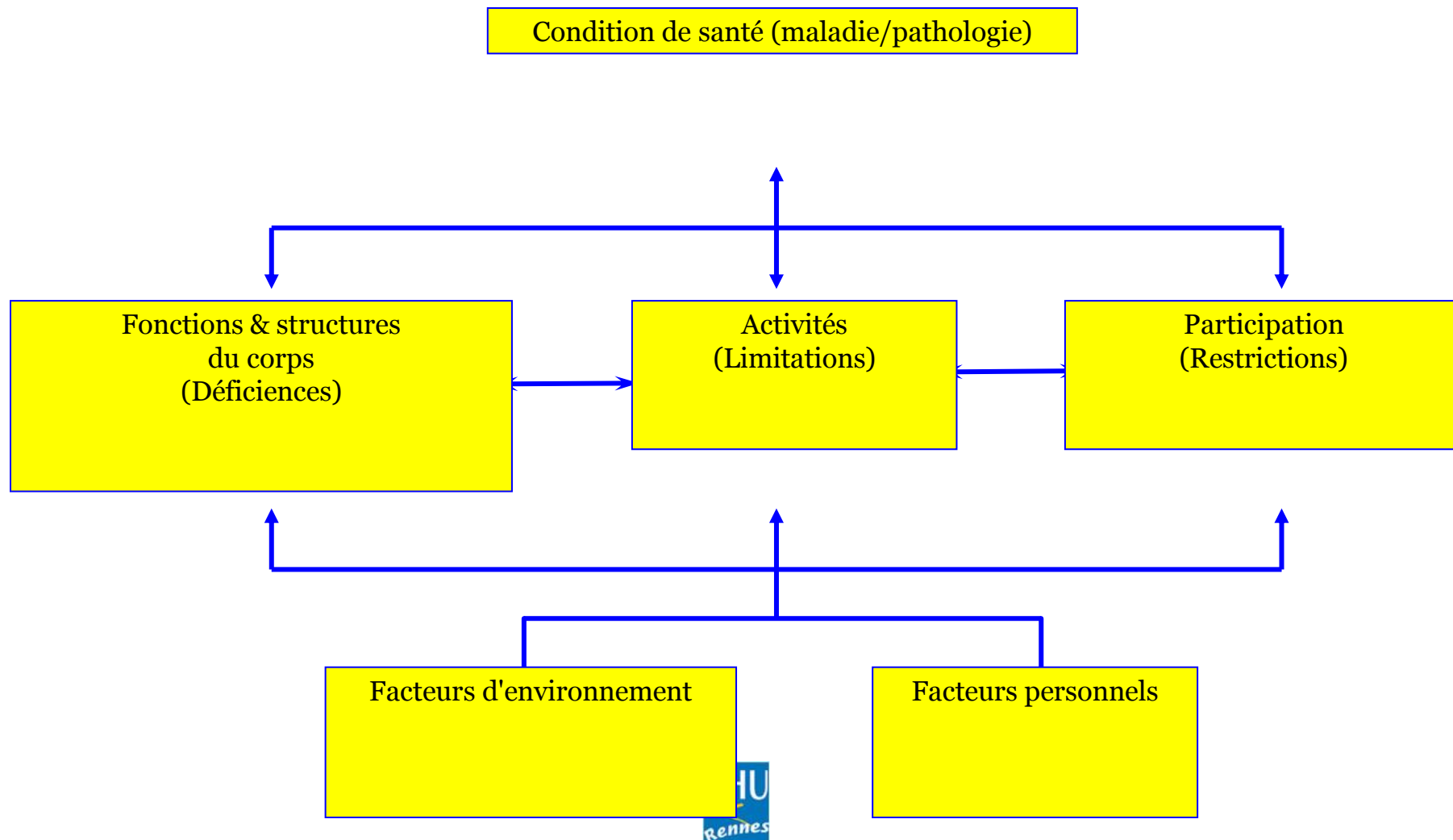
### **Les 2 variantes du modèle individuel ou médical :**

- 1 – la personne est paralysée : approche médicale (*déficience*)
- 2 – la personne ne peut pas marcher : approche fonctionnelle (*incapacité / limitation d'activité*)

### **Les 2 variantes du modèle social :**

- 1 – l'immeuble est inaccessible : approche environnementale (*aménagement de l'environnement*)
- 2 – la société est discriminative et ségrégative : inégalité des droits de l'homme et du citoyen : approche politique (*non-discrimination*)

## Classification internationale du fonctionnement 2001



# Définitions

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

## Situation d'autonomie

- **Indépendance, juste équilibre entre les limitations d'activités fonctionnelles et les ressources pour y pallier conduisant à une participation sociale satisfaisante**
- **Différent de l'autonomie (« la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir »)**
- **Autonomie fonctionnelle : capacité à réaliser des activités que l'on peut relier au « fonctionnement »**
  - On peut donc être en perte d'autonomie fonctionnelle et être une personne autonome



# Dépendance

- ◎ **« les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».**
  - Loi 1997
- ◎ **« la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».**
  - Albert Memmi

## Les différentes dimensions du fonctionnement 1

### Actes essentiels de la vie

Se nourrir

Se laver

Entretenir sa personne (dents, cheveux, ongles, rasage,  
maquillage)

S'habiller

Fonction vésicale

Fonction intestinale

Utiliser les toilettes

## Les différentes dimensions du fonctionnement 2

### Mobilité

Transferts

Marcher (intérieur, extérieur)/Utiliser le Fauteuil roulant (idem)

Installer ses prothèses

Escalier

### Communiquer

Voir

Entendre

Parler (se faire comprendre)

## Les différentes dimensions du fonctionnement 3

**Fonctions mentales → ne pas confondre problème de mémoire et maladie (activité non diagnostique)**

Mémoire

Orientation

Compréhension

Jugement

Comportement

## Les différentes dimensions du fonctionnement 4

### **Tâches domestiques (« instrumentales »)**

Entretien de la maison

Préparation du repas

Courses

Lessive

Utilisation du téléphone

Utilisation des moyens de transport

Gestion du traitement médicamenteux

Gestion du budget

(... loisir, gestion du temps libre...)

## Evaluer l'autonomie fonctionnelle 1

### **Avoir une photographie la plus complète possible**

Les activités ne se perdent pas « au hasard »

D'abord les activités domestiques (surtout complexes)

Puis les actes essentiels de la vie

■ +/- avec mobilité seul

■ +/- avec atteinte des fonctions mentales seules

■ +/- avec atteintes des deux

**Activités réalisées: Se prononcer sur ce que fait la personne non sur ce qu'elle pourrait ou devrait faire**

**Que se passe-t-il? Attention à l'utilisation « à stimuler » pour combler un déficit d'information (quelque chose « à faire » mais non fait)**

**Capacité restante +++++**

## Evaluer l'autonomie fonctionnelle 2

### Sortir du dichotomique

Aucune limitation

Limitation dans l'activité mais ne gênant pas sa réalisation effective de façon sécuritaire (difficultés, lenteur)

Limitation dans l'activité nécessitant qu'une personne intervienne sans que cette personne ne participe à l'activité (appel, stimulation, supervision, réassurance...)

Limitation dans l'activité nécessitant qu'une personne intervienne et participe à la réalisation de l'activité sans quoi l'activité n'est pas réalisée (d'une intervention ponctuelle à quasi-totale)

Limitation complète de l'activité nécessitant qu'une personne exécute l'activité à la place de l'utilisateur (attention à cette notation+++)

## **Evaluer l'autonomie fonctionnelle 3**

### **Evaluer l'autonomie fonctionnelle nécessite de se poser la question**

Des aides techniques (facile)

De l'aide humaine (plus délicat)

**Une personne peut ainsi avoir une limitation d'activité mais ne pas être en situation de restriction de participation sociale en raison de l'intervention d'un tiers (voire de sa propre adaptation)**

L'aide apportée est-elle adéquate?

Est-elle complète et suffisante?

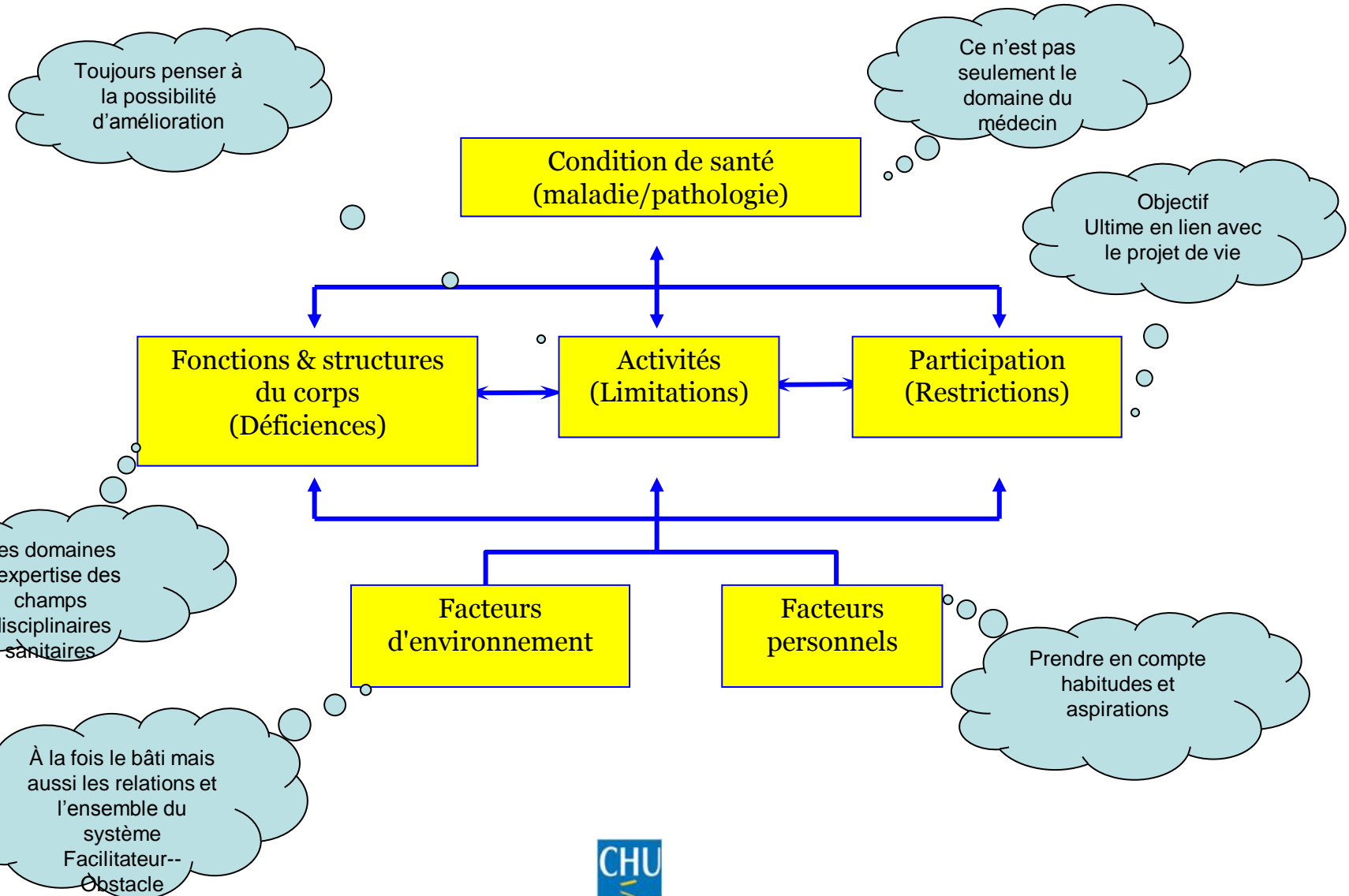
Est-elle stable dans le temps?



## **Evaluer l'autonomie fonctionnelle 4**

**Lorsque les ressources qui compensent une limitation d'activité parviennent à améliorer partiellement la situation mais pas totalement on a en fait une situation NON satisfaisante**

**Il ne faut pas se satisfaire de demi-compensation.  
Toute situation encore en déséquilibre même si elle est partiellement compensée doit être traitée  
COMME les situations non compensées**



# Pour résumer

## Sur toutes les dimensions du fonctionnement

Se préoccuper des causes et des interactions

Toujours évaluer les facteurs environnementaux

- Humains
- Physique (bâti, mobilier, etc..)
- Sociétaux

Toujours évaluer les facteurs personnels

La résultante de l'interaction entre la limitation d'activité (capacité) et la réalisation (performance) et des facteurs indique le niveau de participation possible

Les actions peuvent donc toucher

- La/les causes → le « biomédical » : guérir
- La rééducation au fonctionnement → le domaine fonctionnel : améliorer la performance
- L'environnement → action sociale voir sociétale : améliorer la participation



## Pourquoi faire?

*« Un instrument qui devrait faciliter et supporter le travail de l'intervenant, ou celui de l'équipe multidisciplinaire, lors de la traduction des demandes en besoins, de la traduction des besoins en services et de l'allocation des ressources disponibles en fonction des besoins de la clientèle »* Rapport Kaufman. 2000 Comité adviseur 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

## Les règles de l'évaluation avec un outil

**Évaluer ce n'est pas remplir un formulaire (ou un « outil »)**

**Le jugement professionnel est nécessaire**

**Meilleure information disponible (jugement clinique) Rechercher la meilleure information possible**

Ne pas s'arrêter à la première information

« au cas où »

« est-ce que vous avez essayé sans... »

Qu'est ce qui fait que?

Que se passe-t-il sinon?

# Les objectifs d'un outil

## Clinique :

apprécier finement le retentissement des déficiences et maladies (en interaction avec l'environnement) sur le niveau de participation afin d'aider au mieux la personne

transmission d'information et de langage commun conduisant à une meilleure coordination des soins et services donc à une meilleure continuité

## Tactique :

pour un groupe d'individu permettant de caractériser le niveau moyen requis d'intervention et ses implications financières, donc de faire de la gestion et de négocier

## Stratégique :

suivre au cours du temps l'apparition ou l'évolution du niveau d'autonomie et/ou de dépendance d'une population en fonction des interventions préventives ou curatives mises en œuvre

# Les attendus de la standardisation

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



## Les malentendus de la standardisation

**Un outil n'est pas standardisé parce qu'il n'est constitué que de case à cocher.**

La standardisation conduit à savoir où chercher l'information utile dans les différentes section de l'outil, cette information peut être

- Objective
- Subjective

## Exercices pratiques

Mme Ros → savoir évaluer l'autonomie fonctionnelle

Mme Boy → inclure le cadre conceptuel dans son analyse

Mr Cha → ne pas conclure trop vite

# De l'évaluation à la synthèse

**La synthèse est le lieu d'expression de la compétence globale des gestionnaires de cas**

Moment où les informations sont

- Classées
- Priorisées
- Hiérarchisées
- Synthétisées
- (et donc pas seulement recopier et additionner)
- (passer des constats à une mise en problème à résoudre)

Pour que la personne elle-même et les autres professionnels (dont le médecin traitant) puissent comprendre ce qui y est exprimé (caractère concis important+++)

En vue de la planification

C'est là qu'il est fait mention des conditions de l'évaluation



**savoir technique**  
**Usage d'un outil d'évaluation**  
**multidimensionnel standardisé**

## Pourquoi faire?

*« Un instrument qui devrait faciliter et supporter le travail de l'intervenant, ou celui de l'équipe multidisciplinaire, lors de la traduction des demandes en besoins, de la traduction des besoins en services et de l'allocation des ressources disponibles en fonction des besoins de la clientèle »* Rapport Kaufman. 2000 Comité adviseur 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

## Les règles de l'évaluation avec un outil

Évaluer ce n'est pas remplir un formulaire (ou un « outil »)

Le jugement professionnel est nécessaire

Meilleure information disponible (jugement clinique) Rechercher la meilleure information possible

Ne pas s'arrêter à la première information

« au cas où »

« est-ce que vous avez essayé sans... »

Qu'est ce qui fait que?

Que se passe-t-il sinon?

# Les objectifs d'un outil

## Clinique :

apprécier finement le retentissement des déficiences et maladies (en interaction avec l'environnement) sur le niveau de participation afin d'aider au mieux la personne

transmission d'information et de langage commun conduisant à une meilleure coordination des soins et services donc à une meilleure continuité

## Tactique :

pour un groupe d'individu permettant de caractériser le niveau moyen requis d'intervention et ses implications financières, donc de faire de la gestion et de négocier

## Stratégique :

suivre au cours du temps l'apparition ou l'évolution du niveau d'autonomie et/ou de dépendance d'une population en fonction des interventions préventives ou curatives mises en œuvre

# Les attendus de la standardisation

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



## Les malentendus de la standardisation

**Un outil n'est pas standardisé parce qu'il n'est constitué que de case à cocher.**

La standardisation conduit à savoir où chercher l'information utile dans les différentes section de l'outil, cette information peut être

- Objective
- Subjective

## Les outils d'évaluation

= ne pas se limiter à AGGIR 2003

### ⊙ **Problèmes liés à l'outil tel que construit**

Validité douteuse

Reproductibilité douteuse

Sous-estimation de la dépendance cognitive

Absence de corrélation avec le besoin d'aide

Validation douteuse

Conduit à une planification de fait sur les ressources

### ⊙ **Problèmes liés aux limites de l'outil**

Les variables discriminantes sont les seules

« importantes »

Description des besoins de la personne uniquement en regard de ses activités de la vie quotidienne

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

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

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

Modification en 2008 sur proposition  
d'études menées par l'école des Mines



Pas de nouveau rapport du comité depuis

Débat dépendance : [dependance.gouv.fr](http://dependance.gouv.fr)

# L'outil choisi : le GEVA-A

## ATOOUTS

- ⊙ Multidimensionnel
- ⊙ Comprenant une évaluation de l'autonomie à partir de laquelle on peut grouper le GIR
- ⊙ Adopté en France
- ⊙ Formation assurée par CNSA et organismes agréés

## LIMITES

- ⊙ Validité dans toutes les dimensions à vérifier
- ⊙ Reproductibilité à vérifier
- ⊙ Aide à la problématisation, à la production d'alertes à améliorer puis à chainer au PSI (enjeu de standardisation)
- ⊙ Production de profil à construire puis valider
- ⊙ Adapté aux personnes âgées et permettant leur participation à vérifier et améliorer
- ⊙ Informatisation à faire
- ⊙ Sensibilisation au changement à mesurer

# GEVA-A

## Absolue nécessité de savoir technique

Le gestionnaire de cas DOIT savoir utiliser le GEVA-A pour l'évaluation de la situation d'une personne → Formation spécifique

Il doit savoir transmettre cette information et accompagner la diffusion de l'outil comme outil d'évaluation multidimensionnel standardisé quel que soit le lieu où la personne se trouve

Il doit savoir prendre du recul par rapport aux données du GEVA-A et amener son propre jugement au moment de la mise en problématique

Connaitre les enjeux (restrictifs) d'une logique d'accès aux droits différente des enjeux (inclusifs) d'une logique de réponse aux besoins et savoir qu'il faut du temps pour passer de l'une à l'autre

# De l'évaluation à la synthèse

**La synthèse est le lieu d'expression de la compétence globale des gestionnaires de cas**

Moment où les informations sont

- Classées
- Priorisées
- Hiérarchisées
- Synthétisées
- (et donc pas seulement recopier et additionner)
- (passer des constats à une mise en problème à résoudre)

Pour que la personne elle-même et les autres professionnels (dont le médecin traitant) puissent comprendre ce qui y est exprimé (caractère concis important+++)

En vue de la planification

C'est là qu'il est fait mention des conditions de l'évaluation

# Exercices pratiques

Mme Loget

# Apprendre le langage des autres

## Cognition :

### le MMSE ou MMS

un score entre 1 et 30

5 à 15 min

référence internationale

< 24 : troubles probables

effet plafond

sert à communiquer

### le test de l'horloge

un test composite

multiples versions mais bon sens++

rapide



# Apprendre le langage des autres

## Cognition :

**Nombreux autres tests (5 mots de Dubois, MOCA, etc...)-> Que font vos partenaires en général? en quoi est-ce utile de les connaître?**

## Dépression :

**Echelle GDS pour Geriatric Depression Scale**

**Peu utile en pratique quotidienne**

**Connaître l'avis diagnostic est plus utile**

# Apprendre le langage des autres

## Comportement

Echelle NPI ou NPI ES interview structurée sur 12 domaines de comportement (langage accessible, reproductible) à chaque fois : existence; fréquence et gravité et retentissement

Expression du score en total (peu utilisé); en FxG par item (le plus fréquent) + retentissement

Peut être fait par un soignant (ES)

Si 1 score ES > 7 → possiblement éligible UHR

Si 1 score ES > 3 → possiblement éligible PASA

# Apprendre le langage des autres

**ADL : activity of daily living ou activités de la vie quotidienne ou échelle de Katz**

**les besoins « primaires » ou « actes essentiels de la vie » qui ont rapport à la maintenance du corps**

**Nombreuses versions de passation donc aucun consensus**

**IADL : Instrumental activité of daily living ou activité instrumentale de la vie quotidienne ou Lawton**

**Les besoins « domestiques » ou en rapport avec « l'environnement ». Même remarque mais dépistage par IADL  
PAQUID : téléphone, transport, médicaments, finance**

# Apprendre le langage des autres

**Risque de dénutrition ; poids, perte de poids et BMI (<21) (Poids/taille<sup>2</sup>) mais aussi albuminémie (< 35) et MNA : Mini-Nutritional assessment**

**score de 1 à 30 ou 30 est normal**

**score de dépistage sur < 12/14 : risque →**

**score total < 17/30 : risque avéré**

**Get up and Go**

**Test d'équilibre**

**Normal < 12 sec**

**Aidant**

**Fardeau (sic!) à éviter mais savoir qu'il existe**

## Le temps de l'évaluation

- ▶ [*« Ne demandez jamais à une personne âgée comment elle va s'il vous reste autre chose à faire le même jour. »*]
  - Joe Restivo humoriste américain

# Le temps de l'évaluation

- ▶ **Nutrition: 1-10min**
- ▶ **Mobilité: 1-10min**
- ▶ **Cognition: 3-10min**
- ▶ **Dépression: 1-5min**
- ▶ **ADL: 2-5min**
- ▶ **IADL: 2-5min**
- ▶ **Vision-Audition: 1-6min**
- ▶ **Réseau social: 5-15min**
- ▶ **Peau: 1-5min**
- ▶ **Fardeau: 1-5min**
- ▶ **Incontinence: 1-5min**
- ▶ **Douleur: 1-5min**
- ▶ **DONC: 20-86min pour première évaluation rapide d'orientation**

# **Quelques questions courantes de savoir faire**

# Quand

**À l'admission: évaluer la situation sur les quelques jours précédents (unité de temps récent)**

**En continue tous les X mois**

Repérer +++ (ce qui passe inaperçu)

Avoir le temps hors situation aiguë pour faire de la prévention

**Lors de modifications de l'état de santé en situations de crise**



## Par qui ?

**L'évaluation globale nécessitera forcément que plusieurs professionnels entrent en contact avec la personne**

**L'aspect contemporain de ces rencontres est l'objet d'une négociation**

Avec la personne

Entre partenaires

**Ce sont les cliniciens qui rencontrent les personnes, pas les cadres, pas les directeurs de structures**

**Le gestionnaire de cas s'assure que les MEILLEURES données sont prises en compte mais n'a pas besoin d'une évaluation professionnelle pour compléter son évaluation qui est TOUJOURS multidimensionnelle**

**On devrait toujours si possible rencontrer la personne seule mais parfois c'est par l'intermédiaire d'un autre professionnel (MT)**

**La famille et l'entourage doivent être rencontrés systématiquement en cas de troubles de la mémoire**

**Comment repérer les besoins et attentes?**

**Critères de l'évaluation?**

**Pas de réponse stéréotypée**

**Jugement professionnel**

**Ce n'est pas parce qu'une demande dépasse les possibilités d'offre qu'elle n'est pas un besoin.**

**Les critères de l'évaluation sont ceux de l'outil**



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

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

# Usage des données d'évaluation à des visées intégratives

**Exemple de données issues de l'évaluation multidimensionnel standardisée qui peuvent être traitée à un niveau de prise de décision managérial ou stratégique.**

Les personnes qui sont en GC actuellement ont des besoins non couverts dans en moyenne ... dimensions, elles ont en moyenne ... problèmes de santé en déséquilibre

On retrouve chez ...% des personnes en GC tel marqueur de mauvaise pratique que les partenaires ont décidé de voir baisser (chute sans évaluation, neuroleptique et Alzheimer...)

La fréquence de tel problème chez les personnes en gestion de cas est de ... (isolement; épuisement de l'aidant, abus financier, surendettement, adaptation du logement...), la variation à l'intérieur du territoire est ...

Le profil d'autonomie des personnes en GC est le suivant ... ce qui suggère des besoins principalement dans les champs...

La durée de tels ou tels problèmes avant résolution pour les personnes en gestion de cas est de..., la variation à l'intérieur du territoire est...

...

# Conclusion générale

**Évaluer la situation d'une personne est un acte extrêmement sensible pour lequel il est impératif**

D'être formé

De se sentir compétent

D'avoir confiance dans ses outils d'évaluation

De ne pas se limiter aux premières informations

D'aller toujours à la recherche de la cause

**Évaluation est une démarche en plusieurs étapes qui nécessite d'être formé, se sentir compétent, confiant dans les outils et à la recherche du pourquoi**

**Fédérateur pour tous les intervenants avec développement pratiques communes**

**Adéquation entre besoins et services et amélioration qualité**