

**RAPPORT**  
ETUDE PERCEPTION PAR LES  
USAGERS DES OUTILS D'ÉVALUATION  
DES BESOINS DE COMPENSATION DE  
LA PERTE D'AUTONOMIE

CNSA



Décembre 2008

Sommaire .....	1
Note de synthèse .....	3
Rapport détaillé .....	14
<b>La méthodologie de l'étude .....</b>	<b>14</b>
1. Rappel des objectifs de l'étude .....	14
2. Une méthodologie fondée sur l'observation et sur les regards croisés concepteur, évaluateur et usager .....	15
3. L'échantillon : 10 outils, 16 sites, 116 observations de situations d'évaluation et entretiens avec des usagers .....	15
4. Un bon accueil mais un terrain difficile à construire .....	23
<b>La perception par les usagers des outils.....</b>	<b>26</b>
1. L'utilisateur perçoit peu de choses.....	26
2. La place de l'utilisateur pour l'utilisateur se situe aujourd'hui moins sur le champ de l'évaluation que sur le plan d'action qui en découle .....	36
3. Une typologie des utilisateurs selon leur perception des outils/démarches .....	39
a. Premier axe de la typologie : le degré d'information de l'utilisateur .....	40
b. Deuxième axe : l'appétence et les ressources de l'utilisateur pour comprendre et participer à la situation d'évaluation.....	40
c. Les utilisateurs « exclus » .....	40
d. Les utilisateurs « inquiets » .....	41
e. Les utilisateurs « dominés » .....	43
f. Les utilisateurs « éclairés » .....	45
<b>Postures des professionnels face à l'utilisateur .....</b>	<b>48</b>
1. La place de l'utilisateur : un non sujet ? .....	48
2. Les différentes postures des professionnels face à l'utilisateur.....	53
a. L'axe « utilisateur sujet/utilisateur objet ».....	53
b. La catégorie des « professionnels de terrain » .....	54
c. Les « paternalistes » .....	56
d. Les « scientifiques » .....	56
e. Les « avant-gardistes » .....	57
f. Les « idéalistes ».....	57
<b>Typologie des outils selon la place de l'utilisateur .....</b>	<b>58</b>
1. Des outils avec des finalités différentes qui de fait assignent une « place à l'utilisateur ».....	58
2. Une typologie des outils selon la place de l'utilisateur .....	61
a. Premier axe : le degré de participation de l'utilisateur .....	61
b. Deuxième axe : la logique de l'évaluation, « push » ou « pull » .....	63
c. La place du projet de la personne selon les familles d'outils .....	64

Les fiches outil - usager.....	65
1. AGGIR.....	66
2. GEVA .....	73
3. DESIR .....	84
4. MAP .....	85
5. GEMAPA .....	86
6. RAI .....	87
7. SMAF .....	88
8. OSE .....	89
9. HOLE.....	90
10. EGS ODGAM.....	91
Annexes .....	92
1. Comptes-rendus « minutes » de quelques situations d'évaluation .....	92
2. Exemples de courriers type et documents d'information envoyés aux usagers ...	107
3. Les outils .....	123
4. Détails sur l'échantillon.....	157

# Perceptions par les usagers des outils et démarches d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie

*Dans le cadre de ses missions de veille et d'expertise la CNSA nous a confié en début d'année 2008 la réalisation d'une étude sur la perception par les usagers des outils d'évaluation utilisés dans le cadre de l'identification des besoins liés à la perte d'autonomie.*

*L'objectif de cette étude est de relater les expériences vécues par les usagers en identifiant de quelle manière ils sont informés, associés aux différentes étapes de la démarche d'évaluation. Les investigations devaient notamment porter sur le cœur de l'évaluation, à savoir l'entretien d'évaluation. L'analyse des situations d'évaluation et des effets des outils doit nous renseigner sur la place accordée à l'usager dans le processus d'évaluation en indiquant les limites des pratiques actuelles et le sens qu'elles revêtent.*

*Le champ des outils et démarches couvert est assez large puisque sont pris en compte dans cette étude les outils AGGIR et GEVA, les outils DESIR, SMAF, MAP, GEMAPA, RAI, HOLE, OSE et EGS ODGAM.*

*La méthodologie de l'étude est centrée sur les usagers. Différentes techniques de recueil d'information ont été utilisées. Le recueil de la parole de l'usager a été recherché autant que possible. Les situations d'évaluation ont fait l'objet d'observations de notre part avec dans la plupart des cas un débriefing avec les professionnels de terrain.*

## Les usagers rencontrés...

- 83 situations d'évaluation observées, 33 entretiens formels avec des usagers
- Près de deux tiers des interviews/observations ont concerné les outils AGGIR et GEVA, les autres outils étant à ce jour expérimentaux en France.
- Dans les deux tiers des situations, les usagers étaient accompagnés d'un aidant.
- Deux fois sur trois l'évaluation se déroulait à domicile, le tiers en établissement.
- Le profil des personnes âgées rencontrées est très diversifié en termes de tranches d'âge et de GIR.
- L'étude a pris en compte des usagers souffrant de troubles cognitifs, à la fois

## 1. Les usagers ont peu de visibilité sur le processus d'évaluation de leurs besoins et ses outils

C'est sans doute un enseignement basique mais majeur de l'étude menée auprès des personnes. Dans de nombreuses situations la démarche d'évaluation est méconnue par les personnes, particulièrement lorsqu'elles sont en établissement. Quant aux outils d'évaluation utilisés soit ils sont complètement invisibles pour la personne, soit ils sont peu explicités.

Schématiquement trois cas de figures peuvent être recensés.

### › Cas n°1 : les usagers ne sont pas informés que leurs besoins sont évalués

C'est souvent le cas des évaluations réalisées en établissement. L'évaluation s'opère au fil de l'eau par les équipes de l'établissement. Dans ce cas la personne n'a pas connaissance de l'existence de la démarche d'évaluation et encore moins des outils qui permettent de la réaliser. Ainsi les outils AGGIR en établissement, RAI, SMAF, MAP sont inconnus des usagers.

Ceux-ci ne sont pas informés d'une manière ou d'une autre de l'existence d'une évaluation de leurs besoins qui précéderait l'élaboration d'un plan d'accompagnement ou de soins. De fait les personnes ne vivent pas de moment d'évaluation et ne peuvent donc en parler et l'évoquer. La suite du processus, c'est-à-dire les conclusions de l'évaluation, ses conséquences sont tout aussi mystérieuses pour les personnes. Elles n'en sont pas informées et donc ne peuvent évoquer leur incidence sur leur vie et les modalités de prise en charge de leur dépendance.

### › Cas n°2 : les usagers sont informés a minima sur le processus d'évaluation

Dans ce cas de figure, les usagers (la personne elle-même et/ou ses proches) bénéficient d'une information formelle sur l'existence d'une démarche d'évaluation des besoins. Elle est effectuée par courrier et/ou par téléphone et consiste souvent à fixer un rendez-vous avec la personne pour procéder à une évaluation. Cette information est souvent « minimaliste ». Par la suite lors de l'entretien d'évaluation une information « de base » est généralement délivrée à la personne. On lui explique que l'on va parler de sa situation pour déterminer l'aide qu'on peut lui apporter. L'information sur les outils d'évaluation eux-mêmes est quasiment inexistante. Selon les pratiques des professionnels, les outils sont plus ou moins visibles lors des entretiens d'évaluation. Les outils AGGIR pour l'APA domicile, GEVA (une partie seulement), DESIR, GEMAPA et EGS sont généralement visibles, deux d'entre eux étant d'ailleurs sur support informatisé (GEMAPA et EGS). Cependant ces outils ne font quasiment jamais l'objet d'une présentation formelle aux usagers. Le professionnel indique qu'il va poser quelques questions à la personne. La séquence évaluative est d'ailleurs très liée à la séquence d'élaboration du plan d'aide. Les différents moments s'entremêlent offrant ainsi peu de visibilité à la personne sur la séquence évaluative proprement dite.

Si l'outil d'évaluation reste relativement opaque pour la personne (ce qui ne facilite pas son évocation) les « règles du jeu » de l'évaluation le sont tout autant. La personne ne dispose pas des clés pour comprendre ce à quoi elle a droit (pour l'APA et la PCH par exemple). Elle ne connaît pas le système de classification ni les critères d'éligibilité. Selon les professionnels les résultats de l'évaluation sont plus ou moins annoncés à la personne. Pour l'APA certains annoncent d'emblée que la personne relève d'un GIR 4 ou encore qu'elle n'est pas éligible à l'APA. Pour d'autres outils, les résultats de la séquence évaluative ne sont pas directement communiqués à la personne (comme pour EGS par exemple où la conclusion de l'entretien peut être l'annonce d'investigations médicales plus approfondies).

Le plan d'aide qui résulte de la séquence d'évaluation (pour l'APA, la PCH notamment) fait l'objet d'une validation formelle à l'issue de l'entretien par l'utilisateur. C'est sans aucun doute la phase qui mobilise le plus la personne car elle comporte des incidences très concrètes sur la vie quotidienne de l'utilisateur. Mais ici encore la personne ne dispose que de peu d'éléments pour dialoguer sinon à armes égales au moins en toute connaissance de cause avec le professionnel. Ne sachant pas exactement quel type d'appui et d'aide elle peut attendre, elle réagit par rapport aux propositions qui lui sont faites.

L'information formelle qui parviendra à l'utilisateur par la suite sera pour les outils AGGIR et GEVA la signification du plan d'aide. Selon les documents utilisés par les institutions ces plans d'aide sont plus ou moins compréhensibles (les modalités de calcul peuvent être compliquées notamment lorsque des aides locales s'ajoutent à l'APA par exemple). Il est à signaler également que les usagers ne sont pas systématiquement informés des motifs de rejet de leur demande d'APA par exemple. Quelques travailleurs sociaux ont élaboré des courriers expliquant à l'utilisateur pour quelles raisons ils sont classés en GIR 5 par exemple, mais il s'agit d'une minorité.

Dans ce cas de figure où l'information délivrée est souvent informelle et à géométrie extrêmement variable, l'utilisateur n'a finalement pas les moyens et la capacité d'être mécontent. Il se trouve dans une position de demandeur par rapport à une administration qui vérifie sa situation et ses droits.

### › Cas n°3 : les usagers sont informés et associés au processus d'évaluation

Ce n'est pas le cas le plus fréquent dans notre échantillon. Dans quelques cas non seulement la situation d'évaluation est identifiée en tant que telle mais elle est en quelque sorte préparée et ou accompagnée par les professionnels. Il s'agit rarement de pratiques institutionnalisées, pensées en tant que processus pour garantir à la personne un niveau d'information minimal. Il s'agit le plus souvent de pratiques individuelles tenant à l'éthique de tel ou tel professionnel. Ainsi, nous avons rencontré les cas de figure suivants.

Dans de rares cas, l'outil GEVA (même s'il n'est pas conçu pour être transmis à l'utilisateur) est envoyé en amont de la rencontre à l'utilisateur afin que celui-ci puisse préparer l'entretien. Quelques professionnels isolés font parvenir les conclusions du GEVA (et non uniquement le plan de compensation) à la personne. Parfois également, certains prestataires mandatés par une MDPH pour procéder à l'évaluation de la personne ont pu prendre le parti de confier à celle-ci des « morceaux » de l'outil (par exemple l'organisation d'une journée type) pour que la personne le complète entre deux entretiens. Ces pratiques sont ponctuelles et non institutionnalisées. Elles traduisent une manière différente d'associer l'utilisateur à l'outil en le lui rendant visible et saisissable.

Le seul outil où l'association de la personne est activement et systématiquement recherchée est OSE. L'outil est conçu comme un véritable support au dialogue et requiert la participation active (et non uniquement l'assentiment) de la personne évaluée.

## 2. Les usagers s'intéressent spontanément davantage aux conclusions du processus d'évaluation qu'à la séquence évaluative proprement dite

C'est un point important à rappeler. Dans la plupart de nos entretiens et de nos observations les usagers se centrent prioritairement sur le plan d'aide et les conditions de sa mise en œuvre. Ainsi ils vont faire état de leurs contraintes horaires pour le passage de l'aide à domicile. Certains vont préférer se passer de son appui pour le coucher si ses horaires d'intervention sont trop tôt. D'autres sont particulièrement attentifs aux qualités de la personne qui viendra à leur domicile (quelqu'un qui partage la même langue maternelle qu'eux, une personne qu'ils connaissent déjà...).

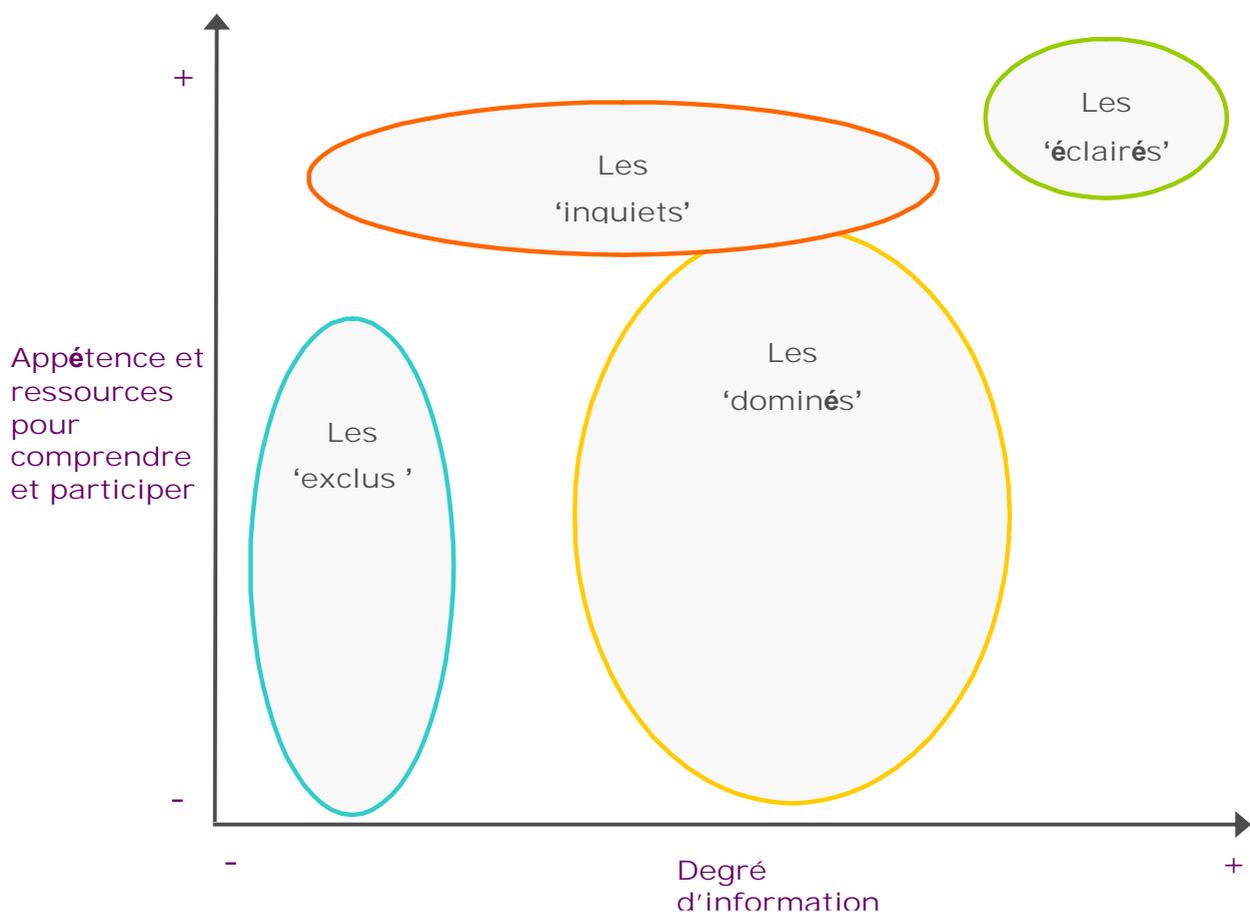
Naturellement les personnes se centrent sur l'objet même de leur demande. Elles souhaitent une aide qui leur permette de sauvegarder dans de bonnes conditions leur autonomie. La phase d'évaluation peut leur paraître nécessaire (le professionnel fait le tour de leur situation) mais prête finalement peu sujet à discussion. Le véritable enjeu aux yeux des personnes n'étant pas de discuter sur le fait qu'elles savent faire tel ou tel geste (elles-mêmes le savent et communiquent donc cette information aux professionnels) mais bien de savoir de quels types d'aides elles vont pouvoir bénéficier. C'est cette dimension qui va réellement avoir un impact sur leur vie au quotidien. C'est donc tout naturellement la phase de discussion et d'échanges sur la mise en œuvre concrète du plan d'aide qu'ils retiennent. Cette phase est d'ailleurs tellement importante que sur certains sites, un représentant des services d'aide à domicile accompagne l'évaluateur APA du Conseil Général.

Le « diagnostic » préalable les mobilise comparativement peu et appelle peu de commentaires de leur part. Seules quelques usagers font des remarques sur la méthode d'évaluation. Il peut s'agir de proches des usagers qui interpellent les travailleurs sociaux après l'entretien pour leur expliquer que les réponses de l'utilisateur ne sont pas forcément très fiables (cas de démence par exemple). Il peut s'agir d'utilisateurs qui considèrent que certaines questions sont intrusives et n'ont pas de rapport immédiat avec leur demande (cas d'un renouvellement d'ACTP et utilisation du GEVA lors de deux entretiens). Il peut également s'agir de cas où la personne n'est pas satisfaite des enseignements que le travailleur social et ses proches tirent de l'évaluation (cas d'une personne dont l'environnement souhaite qu'elle intègre une maison de retraite).

Cette focalisation de l'utilisateur sur le plan d'aide et ses conditions de mise en œuvre est d'une certaine manière « naturelle » puisqu'il s'agit de la réponse à leur demande initiale. Cependant c'est aussi une résultante du processus d'implication de la personne. Celle-ci étant peu informée sur le processus d'évaluation, ses règles et ses enjeux, elle y attache d'autant moins d'importance et s'y soumet volontiers.

### 3. Les usagers sont rarement en posture d'acteurs dans le processus d'évaluation de leurs besoins

Le constat peut paraître brutal mais lorsqu'on interroge les personnes dont les besoins ont fait l'objet d'une évaluation que cela soit par un outil ou un autre, elles traduisent un sentiment « d'ignorance » ou de « passivité » face à l'outil et à la démarche. Quatre grandes attitudes types peuvent être identifiées comme le montre le schéma ci-dessous.



#### › Les « exclus »

Ces personnes le sont tout simplement parce qu'elles ne sont pas informées du processus d'évaluation existant et encore moins des outils qui peuvent être utilisés. Cette situation est fréquente en établissement que cela soit pour les personnes âgées ou pour les personnes en situation de handicap. Les outils et grilles de questionnement utilisés par les professionnels (AGGIR, SMAF, MAP, RAI) ne sont pas connus par les personnes. Évaluées à leur insu, les personnes et leur entourage ne sont pas en capacité d'évoquer la séquence d'évaluation. Le

processus d'évaluation et ses outils sont dans ce cas l'affaire des professionnels. L'éventuelle implication de l'utilisateur dans ses modalités de prise en charge, sa parole, ses aspirations ne sont pas prises en compte à cette étape de la prise en charge de la personne. Elles le seront le cas échéant lors du Conseil de la Vie Sociale de l'établissement, lors de l'élaboration d'un projet personnalisé ou dans certains cas lors de groupes de parole. Quels sont les sentiments de l'utilisateur face à cette situation « d'exclusion » ? Il est par construction difficile de le savoir puisque l'utilisateur ne peut s'exprimer sur une situation qui « n'existe pas ». Toutefois l'attitude et la réaction des « inquiets », second type de notre typologie, tend à démontrer qu'il peut y avoir des attentes d'information et d'explications sur la démarche d'évaluation et ses outils.

### › Les « inquiets »

Pas plus informés par les institutions et les professionnels que les « exclus » ils ont cependant parfois l'opportunité d'accéder à quelques éléments d'information sur l'existence d'outils d'évaluation. Des questions apparaissent parfois notamment lorsque l'utilisateur entrevoit par hasard un support d'évaluation qui le concerne et qu'il ne comprend pas. Il peut s'agir d'un tableau récapitulatif d'un outil d'évaluation affiché ou égaré dans sa chambre ou sa salle de bain, il peut s'agir également d'un numéro de GIR qui apparaît sur une facture.... Ces usagers informés par inadvertance peuvent être sinon inquiets au moins intrigués. Quelles sont les modalités de cette évaluation, ses conclusions, ses conséquences ? Pourquoi leur cache-t-on ou ne les informe-t-on pas de ces éléments ?

### › Les « dominés »

Contrairement aux personnes « exclues » et « inquiètes » les personnes « dominées » sont, elles, informées de la situation d'évaluation. Cette information peut être assez vague et floue (souvent un courrier suite à une demande APA ou PCH) mais la personne est en situation réelle d'évaluation via un entretien à son domicile, dans un cabinet médical. De fait la séquence évaluative existe et même si la personne n'en comprend pas toujours les tenants et aboutissants, elle participe à l'évaluation de ses besoins et peut donc évoquer ce moment. Que nous apprennent les personnes et l'observation de ces situations ? D'une manière générale les usagers ont peu de choses à déclarer. Ils vivent de manière relativement passive ce moment de questionnement. Ils se prêtent de bonne grâce dans la quasi-totalité des cas au jeu de questions-réponses ou au dialogue que peut initier le professionnel. La séquence n'est pas désagréable puisqu'il s'agit d'évoquer la vie quotidienne, les difficultés rencontrées.

L'utilisateur est victime d'une relation asymétrique avec les institutions et les professionnels. Peu informé en amont sur l'objet de l'évaluation il en méconnaît de plus les règles du jeu. Il est face à une administration ou à des institutions dont il identifie peu les missions et les responsabilités (les intervenants peuvent être nombreux : Assurance Maladie, services sociaux du Conseil Général, services d'aide à domicile, services gérontologiques, caisse de retraites, services sociaux de communes ou d'établissements hospitaliers, équipes pluridisciplinaires des MDPH...). A cela s'ajoute que la personne est en posture de « demande » (d'une allocation, d'un droit à compensation ou tout simplement d'une aide), le professionnel et l'institution étant perçus comme « donnant » des aides. Tous les éléments sont réunis pour que la personne ne soit pas dans une posture « d'ayant droit ». Face à cette relation asymétrique la personne ne peut que faire état de sa satisfaction, on « s'occupe d'elle » et dans certains cas on lui apporte des aides et des appuis « inespérés ».

### › Les « éclairés »

Issus fréquemment d'un milieu socio culturel plus favorable que les personnes ressortant des types précédents, les « éclairés » sont davantage informés des processus et outils d'évaluation existants. Ils en maîtrisent mieux les enjeux. De plus ils adoptent une posture intellectuelle plus « combative ». Ils ont conscience d'avoir des « droits », le professionnel et les outils utilisés étant au service de ces droits. Dans de rares cas les outils en eux-mêmes et les pratiques des professionnels facilitent l'émergence de ce type d'attitudes (par exemple l'outil OSE facilite le dialogue entre le médecin et son patient ; de même GEVA, allié à de bonnes pratiques de professionnels, apparaît comme un facteur de réduction de la relation asymétrique entre les évaluateurs et les évalués).

Les « éclairés » du fait de leur posture ne vivent pas toujours bien les résultats de l'évaluation, notamment lorsque celle-ci ne se traduit pas rapidement par l'obtention de l'aide et des appuis escomptés.

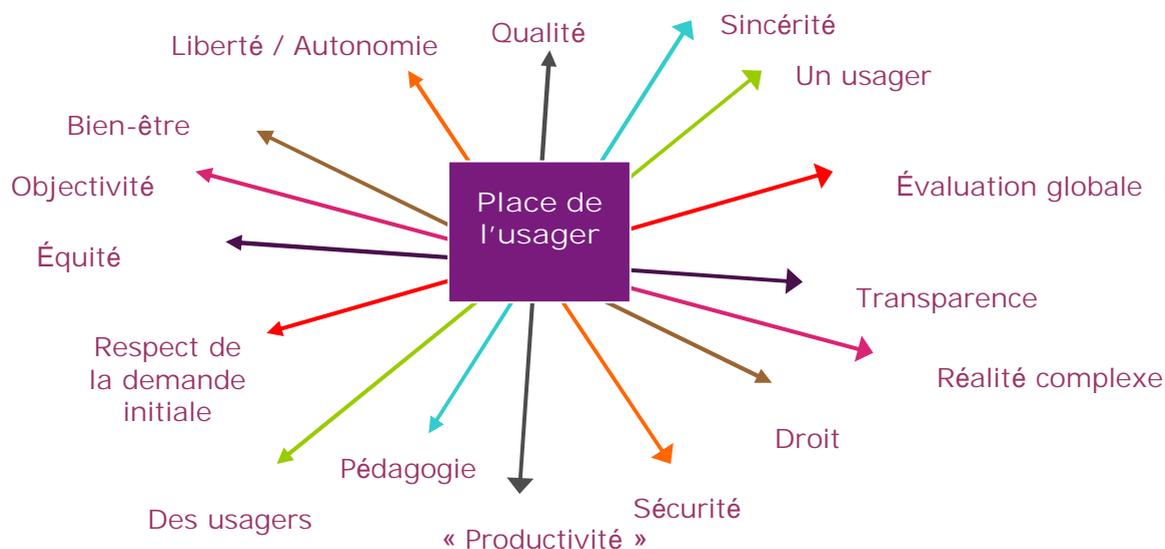
La relative « passivité » des usagers par rapport aux démarches d'évaluation ne signifie pas évidemment qu'ils adhèrent à la démarche. En caricaturant quelque peu on pourrait dire qu'en établissement ils ne sont pas en posture d'émettre le moindre avis sur la démarche d'évaluation puisque le plus souvent elle est occultée. A domicile l'évaluation et ses outils sont plus visibles mais peu explicités. A cela s'ajoute que la personne vit une relation déséquilibrée entre une institution perçue comme octroyant des aides et une personne débitrice.

Cette situation s'explique par différents facteurs et pose la question de la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation. Celle-ci tient pour partie aux pratiques des professionnels, aux situations d'évaluations et sans doute au type d'outils d'évaluation.

#### 4. L'incidence des pratiques des professionnels sur l'implication des usagers dans la démarche d'évaluation

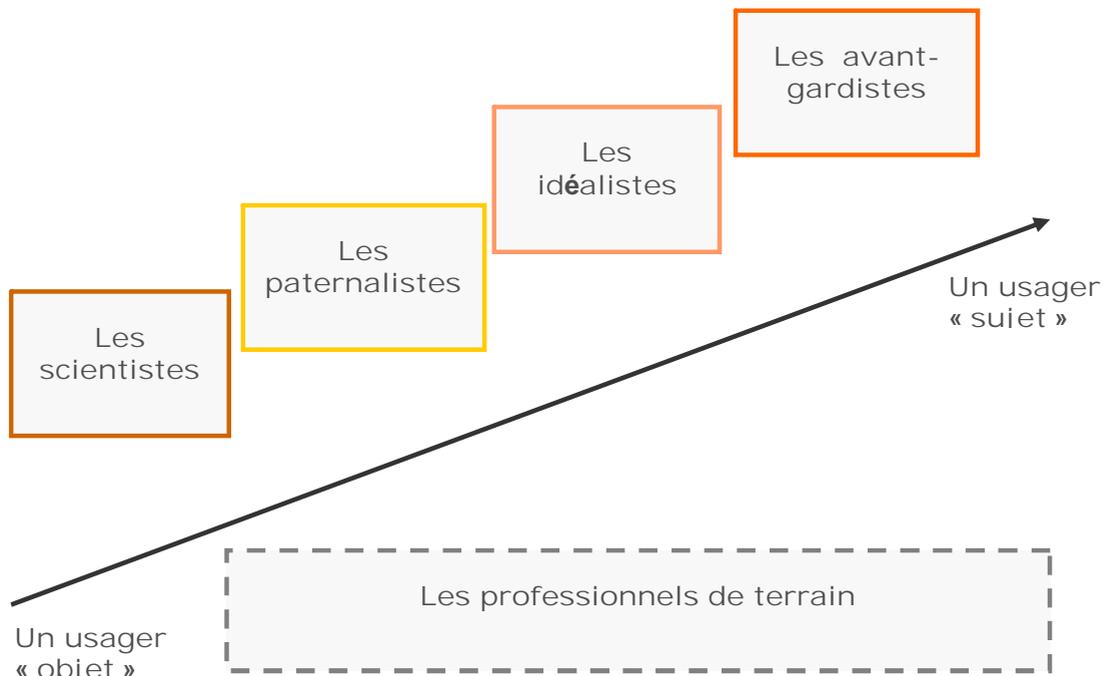
D'emblée, signalons que notre étude, notre passage et nos questionnements auprès des professionnels font « exister » un sujet qui au quotidien n'existe pas en tant que tel ou n'est pas posé en ces termes. La question « pointue » de la perception par l'utilisateur des situations d'évaluation et de ses outils est incongrue au sein des établissements qui ne rendent pas visibles les démarches d'évaluations. Elle peut paraître superfétatoire pour les praticiens de l'évaluation à domicile ou en cabinet médical, puisque dans les pratiques dominantes, l'évaluation est une affaire de professionnels. La question du projet de soins, du plan d'aide et de ses conditions de mise en œuvre peuvent faire l'objet d'une implication active de la personne. Celle de l'évaluation beaucoup plus difficilement ou alors dans la mesure où on a besoin de son témoignage (à défaut d'éléments d'évaluation plus objectifs) pour alimenter le diagnostic.

Quant à la question plus générique de la place de l'utilisateur, la parole d'un professionnel résume bien la situation actuelle : « nous n'en sommes pas encore là ». La priorité peut être à la professionnalisation des équipes, à l'adoption d'outils permettant d'homogénéiser les pratiques, à l'atteinte d'objectifs en termes de délais et de productivité....Lorsqu'ils réfléchissent à la place de l'utilisateur, les professionnels font état de multiples tensions entre des objectifs qui peuvent paraître contradictoires. Il faut personnaliser l'évaluation mais être équitable, il faut développer des démarches de qualité tout en assurant une forte productivité, il faut arbitrer parfois entre les intérêts d'un utilisateur qui de fait est multiple....



Au-delà de ces grandes tendances, nos contacts avec les professionnels montrent qu'il existe différentes logiques et des nuances de représentations sur le sujet de l'implication de l'utilisateur dans les démarches d'évaluations.

Nous avons repéré 4 figures types de professionnels, figures auxquels il faut ajouter celle du professionnel de terrain confronté de fait à toutes ces influences.



### › La figure du « scientifique »

Médecin, cadre en charge de l'organisation des évaluateurs ou concepteur d'outils d'évaluation, le « scientifique » considère que l'évaluation est avant tout une discipline scientifique et objective. Il s'agit de produire un diagnostic « reproductible », « équitable ». L'évaluation se doit donc d'être outillée. Elle est affaire de professionnels. L'utilisateur est avant tout l'objet de l'évaluation. L'évaluateur peut avoir besoin de sa parole pour bénéficier des « symptômes » mais s'il peut observer ces derniers d'une autre manière cela est préférable. **Pour le scientifique, la parole de l'utilisateur dans la démarche d'évaluation est inutile.**

### › La figure du « paternaliste »

Souvent gestionnaire d'établissement et/ou médecin, le « paternaliste » est avant tout préoccupé par la protection et la stabilité de ses résidents. La place de l'utilisateur est quelque chose d'important pour lui mais elle ne se trouve pas dans la démarche d'évaluation. Celle-ci peut d'ailleurs s'avérer anxiogène pour le résident/patient. Lui communiquer les résultats des évaluations risquerait inutilement de perturber la personne et ne lui apporterait rien de positif. S'il est souhaitable de développer la place de l'utilisateur, il faut le faire dans des cadres et actions appropriés : le conseil de vie sociale de l'établissement par exemple ou le projet de séjour. **Le paternaliste veut faire le « bien » des personnes et sait ce dont elles ont besoin.**

### › La figure de « l'idéaliste »

C'est celle que l'on (les cadres et personnels de terrain) prête volontiers au législateur et aux décideurs nationaux. Figure en quelque sorte virtuelle, les idéalistes sont suspectés de vouloir

ériger l'utilisateur au centre de tous les dispositifs en surestimant notamment leur capacité cognitive et en méconnaissant les contraintes du terrain.

### › La figure de « l'avant gardiste »

Ce sont souvent des médecins ou des concepteurs d'outils. Leur conception de l'évaluation et de la place de l'utilisateur s'inscrit souvent en décalage par rapport aux pratiques dominantes. Ils se centrent prioritairement sur les souhaits et les aspirations de la personne. Prenant de la distance par rapport aux normes établies, ils refusent de faire le bien de la personne « à son corps défendant ». La parole de l'utilisateur dans le processus d'évaluation est centrale pour eux. L'utilisateur est réellement le sujet de l'évaluation et non uniquement l'objet.

### › Les professionnels de terrain en charge de l'évaluation

Ils sont en quelque sorte tiraillés entre toutes les figures précédentes. Selon leur formation d'origine, leur conception de leur métier, leur encadrement, les contraintes de leur organisation ils vont plus ou moins développer telle ou telle pratique d'évaluation.

Sur le terrain, le professionnel en charge de l'évaluation est seul et très libre de développer telle ou telle pratique. **Autant certains outils sont normés en terme de questionnement et de critères, autant les protocoles de passation de ces outils sont quasi inexistantes.** Cela explique qu'au sein d'un même département, voire d'une même équipe les pratiques en matière de passation des outils d'évaluation diffèrent fortement. Certains montrent l'outil, d'autres non. Certains donnent des explications d'autres moins. La manière d'associer ou non les proches est différente,...

## 5. La place de l'utilisateur est largement conditionnée par les contraintes inhérentes aux « situations d'évaluation »

Au-delà des représentations des professionnels sur la place qui peut être accordée ou assignée à l'utilisateur, les situations d'évaluations sont en elles-mêmes très structurantes. Deux paramètres jouent un rôle essentiel : les contraintes organisationnelles (liées à l'institution évaluatrice) et les capacités de la personne à participer à l'évaluation.

### › L'importance des contraintes organisationnelles

Elles jouent un rôle déterminant dans les conditions de déroulement des évaluations et dans la place qui de facto va être accordée à l'utilisateur. Notre étude ne portait pas sur ce champ mais il est important de rappeler que les processus d'information des usagers, le temps qui est consacré par les personnes de terrain à l'évaluation, la diversité des compétences mobilisées, la nature de l'encadrement technique dispensé dépendent bien entendu des organisations en place. De fait, la place de l'utilisateur est aujourd'hui contrainte par tous ces éléments et dans de nombreux cas elle semble en résulter. La priorité n'est pas de réfléchir à la place de l'utilisateur à ce jour mais de délivrer des services et des prestations de manière la plus équitable possible en respectant les délais prévus par la loi.

### › Les contraintes liées à l'utilisateur

Souvent citées par les scientifiques et les paternalistes ces contraintes sont réelles. De nombreux usagers sont confrontés à des déficits cognitifs, se fatiguent très facilement. Dès lors la prise en compte de leur parole, leur implication dans la démarche d'évaluation est complexe. Les professionnels de terrain doivent ainsi traduire en mots simples des processus qui ne le sont pas toujours. Ils doivent expliquer sans entrer dans des considérations inutilement complexes un processus décisionnel, institutionnel et financier qui n'est pas toujours très lisible. L'utilisateur peut ainsi rapidement être « perdu » dans ce qui lui apparaît comme un « maquis institutionnel ». Le professionnel doit en situation rapidement arbitrer

entre plusieurs objectifs contradictoires et finalement aller au plus simple compte tenu des capacités de compréhension qu'il diagnostique et prête à son interlocuteur.

Le professionnel de terrain doit aussi arbitrer entre les différents usagers qui peuvent être partie prenante de la situation d'évaluation. De fait, dans la plupart des situations que nous avons pu observer, l'utilisateur est multiple. Accompagné par un membre de sa famille, un aidant, l'utilisateur ne parle pas d'une seule voix. Selon les professionnels l'importance accordée à la personne directement ou à son entourage varie sensiblement et ce d'autant plus que la demande n'émane pas nécessairement de la personne bénéficiaire de l'aide.

Ici encore l'absence de protocoles ou d'échanges de pratiques systématisés entre professionnels font que ceux-ci se « débrouillent » sur le terrain.

## 6. Quelle est l'influence des outils d'évaluation sur la place de l'utilisateur dans la démarche d'évaluation ?

Au terme de cette étude, la réponse que nous pouvons apporter est double. D'emblée et compte tenu de ce que nous avons décrit précédemment (l'importance des pratiques des professionnels et des conditions organisationnelles des situations d'évaluation) nous pourrions dire que cette influence est aujourd'hui marginale. Avec un peu de distance et en examinant les finalités de chaque outil nous pourrions avancer que les outils sont susceptibles d'induire (en faisant l'hypothèse que les professionnels aient des pratiques homogènes) une place conforme à la philosophie de l'outil.

A partir des éléments à notre disposition et nos observations de terrain, nous avons mis en correspondance la finalité des outils (telle qu'elle apparaît au regard des pratiques de terrain et des textes régissant les outils), ce que les professionnels attendent de l'utilisateur puis les conséquences en termes d'implication de l'utilisateur. Le tableau ci-dessous montre qu'entre les outils d'éligibilité comme AGGIR qui appellent avant toute chose une fiabilité de l'information, et un outil comme OSE qui vise à favoriser le dialogue entre patient et médecin sur la base d'un langage commun, la place accordée à l'utilisateur n'est nécessairement pas la même.

Finalité	Outil	Attentes par rapport à l'utilisateur	Implication de l'utilisateur dans le processus
Egalité de traitement	AGGIR, GEMAPA	Fiabilité de l'information	Besoin de sa parole ou celle de l'aidant pour enrichir le diagnostic
Amélioration qualité du travail des professionnels	RAI, MAP, SMAF	Aucune	Indirecte : observation au fil de l'eau
Détermination d'un plan de compensation personnalisé dans un cadre d'équité	GEVA	Expression de son projet de vie	L'utilisateur doit être acteur du diagnostic. Sa parole est importante au-delà de la seule description de ses capacités fonctionnelles.
Support au dialogue entre médecins et patients	OSE	Le patient s'auto évalue pour dialoguer avec le médecin	L'utilisateur est co auteur d'un diagnostic partagé
Prévention médico-sociale	EGS, HOLE	Fiabilité de l'information	L'utilisateur est présent pour relater ses symptômes. La présence d'un aidant est très utile.
Contractuelle pour formaliser des services d'aide à domicile	DESIR	Informations sur habitudes de vie et adhésion aux services proposés	L'accord de l'utilisateur est recherché. Un proche est souvent sollicité.

Dans le cas d'AGGIR on a besoin d'informations « objectives » pour déterminer une éligibilité et évaluer des besoins par rapport à une offre de services existante.

Dans le cas de GEVA, les équipes pluridisciplinaires travaillent sur la dimension globale de la situation de la personne en partant de ses aspirations et de ses souhaits. L'évaluation ne porte pas que sur des items auxquels l'institution pourra répondre. Elle porte sur l'ensemble des besoins de la personne. Le plan personnalisé de compensation permettra de déterminer qui pourra répondre et de quelle manière aux besoins identifiés.

## 7. La nécessité de penser la place de l'utilisateur et de la construire

L'enquête menée auprès des usagers et les échanges avec les professionnels témoignent de la nécessité de réfléchir à la place que peut occuper l'utilisateur dans les démarches d'évaluation et d'accompagnement de la personne. Aujourd'hui cette place se construit empiriquement et repose de fait sur les acteurs des terrains qui agissent en fonction des outils disponibles mais aussi en fonction de leurs représentations et de leurs conditions d'intervention.

La réflexion sur l'implication des usagers doit être guidée par les finalités de chaque démarche d'évaluation mais devrait sans doute reposer sur un socle minimal. La loi du 2 janvier 2002 met en avant des notions importantes sur le « consentement éclairé des personnes », le « droit à l'information » et l'équité de traitement. Aujourd'hui, le niveau minimal d'implication de la personne, c'est-à-dire le droit à l'information, n'est pas mis en œuvre de manière systématique. Or les initiatives prises en ce domaine et les réactions des usagers montrent que ce droit à l'information lorsqu'il est mis en œuvre et réfléchi suscite l'adhésion des personnes. Ce droit à l'information devrait être travaillé sur chacune des grandes étapes du processus d'évaluation. L'information en amont du processus (en informant clairement des objectifs de cette évaluation et des méthodes qui seront utilisées) mais aussi l'information plus en aval sur les résultats de l'évaluation et la mise en œuvre d'un plan d'aide ou d'accompagnement.

Au-delà de ce droit à l'information, la question de l'implication de l'utilisateur dans le processus d'évaluation reste ouverte. Selon les finalités des démarches et des outils, les modalités de cette implication pourront sans doute être modulées. Les outils ne poursuivant pas les mêmes objectifs, il serait peu efficace de promouvoir le même type d'implication des personnes.

En revanche ces modalités ne peuvent pas reposer entièrement sur le métier, le savoir faire et la responsabilité des professionnels de terrain. Tout en évitant de rigidifier les conditions d'intervention des acteurs, il apparaît nécessaire de réfléchir à des protocoles d'utilisation des outils. La dimension « objective » de ceux-ci ne saurait reposer uniquement sur leur contenu et les items de questionnement. Les conditions dans lesquelles se déroule l'évaluation sont déterminantes et méritent d'être posées.

Au-delà des protocoles qui pourraient être construits pour chaque démarche d'évaluation, il serait intéressant de faciliter l'échange de pratiques entre professionnels. La question de l'implication de l'utilisateur est une question complexe. Elle ne peut pas relever que de normes et de protocoles. Elle ne doit pas non plus être renvoyée à chaque individu. Certains sites ont développé des échanges de pratiques qui permettent au fil du temps de faire converger les méthodes des différents intervenants et de faire évoluer les pratiques. Généraliser les échanges de pratiques au sein d'une équipe mais également entre équipes et entre différents types de professionnels permettrait de faire avancer la réflexion sur la place de l'utilisateur. Comme nous avons eu l'occasion de le constater au cours de cette étude, le simple fait de faire exister le sujet rend difficile tout retour en arrière et permet de poser de premiers éléments d'évolution.

**Des outils diversifiés...**

- AGGIR : Outil réglementaire utilisé dans le cadre de l'attribution de la prestation APA pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Il est utilisé par des assistants sociaux, infirmiers, médecins...
- GEVA : Outil réglementaire depuis mai 2008, il s'agit d'un support partagé, destiné à recueillir l'information issue de l'évaluation réalisée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire des MDPH. Elles l'utilisent essentiellement dans le cadre de la Prestation de Compensation.
- DESIR : Démarche d'évaluation développée par une fédération de services d'aide à domicile (UNA). L'outil est développé sous différentes versions et utilisé de manière inégale et différente selon les services.
- SMAF : Importé du Canada, cet outil est destiné à mesurer l'autonomie fonctionnelle. Il est utilisé par quelques établissements pour personnes âgées en France.
- MAP : Développé par l'UNAPEI, il permet de définir les besoins d'accompagnement des personnes atteintes de déficience intellectuelle. Il est utilisé par quelques établissements.
- RAI : Importé des Etats-Unis, il permet d'évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées en établissement ou à domicile. Il est relativement peu utilisé en France.
- GEMAPA : Il s'agit d'une version développée d'AGGIR. L'outil est informatisé et fait l'objet d'une saisie directe par les travailleurs sociaux. Il est utilisé à titre expérimental dans un département (la Creuse).
- OSE : Outil de dialogue entre le médecin et le patient atteint de sclérose en plaques. Outil utilisé aujourd'hui de manière marginale.
- HOLE : Outil synthétique d'évaluation fonctionnelle pour les personnes atteintes de

## Rapport détaillé

# LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE

## 1. Rappel des objectifs de l'étude

- ) **Recueillir auprès des usagers et leur environnement leurs expériences des différents outils d'évaluation**
  - Déterminer dans quelles conditions les usagers et leurs « proches » (environnement « aidant » et « professionnels ») ont été confrontés à ces outils (sur l'initiative de qui, dans quelle finalité, avec quelle information de départ).
  - S'intéresser aux modalités de déroulement de l'évaluation. Dans quel contexte s'est-elle déroulée, sur quels lieux (domicile, établissement spécialisé, autres....) ? Comment s'est déroulée l'opération d'évaluation en elle-même ? Qu'a-t-on dit aux personnes sur le choix des outils, la finalité de l'évaluation, le déroulement du processus ? Comment s'est déroulée l'évaluation ? Qui était présent ? Combien de temps cela a pris ?
  - Aborder via la narration de la personne la totalité du processus d'évaluation : la démarche d'information avant le processus d'évaluation, l'utilisation des différents outils, l'étape formelle de l'entretien d'évaluation, les conclusions à l'issue de l'entretien d'évaluation, et...la mise en œuvre de ces conclusions (quel est le lien entre les conclusions de la démarche d'évaluation et ce qui se passe au niveau de la prise en charge de la personne).
- ) **Restituer la manière dont les personnes ont vécu « subjectivement » cette évaluation**
  - « Restituer » une parole, un vécu. On se situe sur le champ de la représentation, de la perception. Il s'agira de décrire pour chaque outil/type de personnes le type de sentiment qui émerge. Comment a-t-on vécu subjectivement cette action d'évaluation ? Qu'en a-t-on compris ?
  - Comprendre l'évaluation qu'en font les personnes. Les démarches et outils utilisés paraissent-ils répondre aux besoins de la personne, à sa situation ? Couvrent-ils l'ensemble des aspects, ou paraissent-ils partiels et/ou partiaux ? Comment sont-ils vécus en terme de finalité ? Sont-ils appropriés par les personnes ou sont-ils perçus comme étant avant tout des outils au service des personnels soignant, au service des institutions ? Destinés à rassurer les proches ? En quoi sont-ils utiles pour la personne ?
  - Comment sont vécues les différentes étapes du processus d'évaluation et singulièrement l'utilisation des grilles et le déroulement de l'entretien d'évaluation ? Que pensent les personnes des préconisations et des conclusions du processus par rapport à leurs situations et leurs besoins ?

## ⌋ Préciser la plus-value des outils ainsi que leurs limites du point de vue des usagers

- Préciser pour chaque outil/démarche son type d'apport pour l'utilisateur (ce qu'il permet d'obtenir). Préciser de manière concomitante les conditions optimales de mise en œuvre de la démarche (information de l'utilisateur, modalités d'association, modalités de collaboration avec les aidants...). Inversement nous signalerons l'ensemble des « dérives possibles » dans l'usage des outils (écueils à éviter).

## 2. Une méthodologie fondée sur l'observation et sur les regards croisés concepteur, évaluateur et usager

Nos principes méthodologiques ont été les suivants :

- **Identifier si possible 2 ou 3 sites utilisateurs de l'outil** afin de représenter autant que possible la diversité des pratiques de l'outil, et des contextes dans lequel il est utilisé
- **Privilégier l'observation des situations d'évaluation** afin d'analyser la place de l'utilisateur dans la situation au-delà du discours et des représentations du professionnel, au-delà également du discours de l'utilisateur lui-même (ou parfois de la difficulté de l'utilisateur à mettre des mots). L'observation permettant notamment d'analyser les nombreuses interactions qui ont lieu pendant l'évaluation, entre le professionnel et l'utilisateur, mais également entre les différents usagers (la personne destinataire du plan d'aide, mais aussi ses aidants : ses proches ou les aidants professionnels qui sont souvent présents lors de l'évaluation).
- **Recueillir la perception par les usagers des situations d'évaluation via des entretiens « qualitatifs » individuels**, le plus souvent après des situations auxquelles nous avons assisté
- **Comprendre, grâce à des entretiens individuels et/ou collectifs, la posture qu'ont les concepteurs et les professionnels utilisateurs des outils vis-à-vis de l'utilisateur**, la place qu'ils veulent ou tentent de lui accorder pendant le moment d'évaluation de leurs besoins. Lors des « tournées » pendant lesquelles nous accompagnons les professionnels pour observer des situations d'évaluation, nous avons pu recueillir également via des entretiens « informels » des informations précieuses sur la manière pour les professionnels d'envisager cette question de la place des usagers dans les évaluations.

## 3. L'échantillon : 10 outils, 16 sites, 116 observations de situations d'évaluation et entretiens avec des usagers

### ⌋ L'échantillon des outils

Ci-dessous la description rapide des outils faisant partie de notre échantillon. Il s'agit de rappeler quelques « fondamentaux » utiles pour la compréhension des résultats présentés ci-après. Cette description n'est que très partielle, et la CNSA mène parallèlement une étude

auprès des concepteurs et des utilisateurs de ces outils qui permettra de mieux les définir et les situer les uns par rapport aux autres.

Outil	Rapide description de l'outil	Origine /concepteurs	Utilisateurs	Usagers	Développement/ diffusion
AGGIR	Dix sept items portant sur l'évaluation de la capacité d'une personne à réaliser les actes de la vie quotidienne. Afin de définir celui des 6 groupes iso-ressources (GIR) où l'on peut « classer » la personne  La grille AGGIR est souvent enrichie par les équipes d'éléments de recueil d'information supplémentaires (éléments de contexte, ...)	Des gériatres français	Essentiellement les équipes APA des Conseils Généraux, les équipes d'évaluation pour la CRAM : AS, CESF, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, ...	Les personnes âgées de plus de 60 ans avec perte d'autonomie	Outil réglementaire depuis 1997 pour l'attribution de la PSD puis de l'APA
GEVA	Guide d'évaluation comprenant 8 volets permettant de recueillir les éléments nécessaires à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation.	Groupe de travail pluridisciplinaire, CNSA, DGAS	Les équipes des MDPH ou leurs prestataires conventionnés : AS, CESF, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, ...	Personnes en situation de handicap	Outil réglementaire dans les MDPH depuis mai 2008
DESIR	Une « méthode d'observation » pour les services d'aide à domicile : un outil à géométrie variable, car adapté par chacune des structures.  Une version informatique, « figée » en cours de développement	L'UNA (une fédération nationale de services d'aide à domicile) depuis 2002	Essentiellement des responsables de secteur au sein de services d'aide à domicile (CESF, ...)	Personnes âgées ou en situation de handicap	Outil encore assez « neuf ». Difficile d'identifier ce qui est « DESIR » et ce qui ne l'est pas : il s'agit potentiellement de tout outil de recueil d'information mis en place par les structures d'aide à domicile.
SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle sur les activités de la vie quotidienne, sur la communication, la mobilité, les fonctions mentales, ... Objectif pour les équipes qui l'emploient : adopter au fur et à mesure un langage commun autour de l'autonomie fonctionnelle, développer des systèmes d'alerte et aider à la mise en place de plans individualisés	Développé au Canada à la fin des années 80.  « Importé » depuis quelques années en France	Utilisé essentiellement aujourd'hui dans des établissements pour personnes âgées (équipes pluridisciplinaires : médecin, infirmier, aide soignant, psychologue, ...)	Personnes âgées en établissement	Encore utilisé de manière expérimentale et relativement marginale en France.

Outil	Rapide description de l'outil	Origine /concepteurs	Utilisateurs	Usagers	Développement/ diffusion
RAI	<p>Un contenu assez similaire à SMAF, permet d'obtenir un score sur différentes fonctions de la personne (cognition, communication et vision, humeur et comportement, ...).</p> <p>Une version pour les établissements et une version pour les équipes à domicile</p>	<p>Première version créée en 1990 aux Etats-Unis.</p> <p>Introduit en France depuis le milieu des années 90.</p>	<p>Utilisé en France dans des établissements mais également récemment dans quelques réseaux gérontologiques (dans sa version « à domicile ») par des « gestionnaires de cas » dont le but est de coordonner les différents professionnels aidant la personne</p>	<p>Personnes âgées en établissement ou à domicile</p>	<p>Encore utilisé de manière expérimentale et relativement marginale en France.</p>
MAP	<p>36 critères pour permettre de situer la personne dans un des 5 « profils MAP » et définir son besoin en terme d'accompagnement.</p> <p>Utilisé par les structures comme argument budgétaire vis-à-vis de leurs financeurs : reconnaître la particularité de l'accompagnement de ce type de handicap.</p> <p>Egalement servir de base à la définition en équipe d'un plan d'accompagnement personnalisé</p>	<p>Développé par l'UNAPEI en 2000</p>	<p>Etablissements d'accompagnement spécialisés, en équipe pluridisciplinaire (psychologue, éducateur, ...)</p>	<p>Personnes handicapées mentales (déficience intellectuelle)</p>	<p>Encore utilisé de manière expérimentale dans les établissements</p>
GEMAP A	<p>Un outil AGGIR « enrichi » de questions sur l'environnement de la personne notamment. Se présente sous la forme d'un logiciel : les travailleurs sociaux se rendent au domicile de la personne avec leur ordinateur portable et remplissent l'outil <i>in situ</i>. Objectif : « optimiser les temps et la fiabilité des enquêtes »</p>	<p>Le Département de la Creuse</p>	<p>Equipe APA à domicile : AS et infirmiers essentiellement</p>	<p>Les personnes âgées de plus de 60 ans avec perte d'autonomie</p>	<p>Aujourd'hui quelques travailleurs sociaux de la Creuse l'expérimentent.</p>
OSE	<p>Outil Simple d'Evaluation : le patient ou le médecin sur la base de ce que lui indique le patient indique ses symptômes au travers de 13 items. Objectifs : le dialogue entre le médecin et le patient</p>	<p>Médecin neurologue en Auvergne</p>	<p>Des médecins ou infirmiers</p>	<p>Personnes atteintes de sclérose en plaque (va être adapté pour d'autres pathologies)</p>	<p>A été testé auprès d'une soixantaine de neurologues, mais aujourd'hui c'est un outil qui a encore peu « pris » au sein de la communauté des neurologues</p>

Outil	Rapide description de l'outil	Origine /concepteurs	Utilisateurs	Usagers	Développement/ diffusion
HOLE	Handicap Outil Léger d'Evaluation : conçu pour offrir rapidement une vision globale de l'état de santé de la personne, de ses capacités fonctionnelles.	Médecin neurologue en Auvergne	Médecins, infirmiers, ergothérapeutes	Personnes atteintes de sclérose en plaque (va être adapté pour d'autres pathologies)	A été utilisé par plusieurs structures en réseau dans le Puy-de-Dôme (service d'accompagnement à la vie sociale, ...), mais l'utilisation est moindre aujourd'hui
EGS ODGAM	Evaluation Gérontologique Standardisée : 1 logiciel qui permet d'établir un bilan global de la fragilité de la personne. Objectif : mieux cerner le profil de la personne âgée, et détecter les problèmes encore non diagnostiqués	Développé par un médecin gériatre des Alpes Maritimes	Surtout des médecins ?	Les personnes âgées	Semble être encore assez peu utilisé même si déjà des modules d'enseignement en université (notamment en région parisienne)

### › L'échantillon des sites

Nous projetons de réaliser un terrain sur 2 ou 3 sites pour chacun des outils afin de représenter différents types de pratiques des professionnels.

Néanmoins pour certains outils plus expérimentaux, il a été difficile de trouver des sites utilisateurs. Cela explique la moindre représentation dans l'échantillon de certains outils.

Outil/site	Description du site	Terrain
AGGIR <i>Site 1</i>	Département soumis à un flux « massif » de demandes à instruire. Urbain. Clé d'entrée : responsable de l'équipe et médecin coordonnateur Terrain au sein de l'équipe APA à domicile auprès d'AS et de CESF Terrain dans deux établissements lors de la visite de contrôle du « GIRage », en présence du médecin du Département et de celui de l'Assurance Maladie	1 entretien clé d'entrée 15 observations/entretiens usagers (AGGIR à domicile) 20 observations (AGGIR établissement)
AGGIR <i>Site 2</i>	Département à dominante rurale Clé d'entrée : entretien 3 médecins coordonnateurs (organisation en territoires) Terrain au sein de l'équipe APA à domicile auprès de médecins coordonnateurs, d'AS et de CESF	3 entretiens clés d'entrée 4 entretiens professionnels 11 observations/entretiens usagers Observation réunion entre partenaires

Outil/site	Description du site	Terrain
AGGIR <i>Site 3</i>	Département à dominante rurale. Clé d'entrée : entretien avec le médecin coordonnateur et son adjoint Terrain au sein de l'équipe APA à domicile auprès d'AS et infirmier.	1 entretien clé d'entrée 5 observations/entretiens usagers
GEVA <i>Site 4</i>	Département soumis à un flux « massif » de demandes à instruire. Urbain. Utilisation d'un « mini-GEVA », GEVA allégé de nombreux volets à cause de contraintes en terme de flux trop importantes pour les équipes. Constitution d'une fiche de synthèse « maison ». Clé d'entrée : entretien auprès du directeur de la MDPH et du médecin coordonnateur Terrain auprès d'un psychologue, d'un ergothérapeute et d'un AS	1 entretien clé d'entrée 5 observations/entretiens usagers
GEVA <i>Site 5</i>	Département à dominante rurale. Utilisateurs « consciencieux » du GEVA avec une démarche qualité : souvent pour une même personne plusieurs visites à domicile par des professionnels qui se complètent (ex. AS et ergothérapeute). Utilisation de tous les volets du GEVA pour la PCH, mais aussi pour les demandes d'orientation sur les établissements et pour les demandes d'orientation professionnelle. Clé d'entrée : entretiens avec le chef de service et avec le directeur de la MDPH Terrain auprès d'ergothérapeutes et d'AS.	3 entretiens clé d'entrée/professionnels 10 observations/entretiens usagers
GEVA <i>Site 6</i>	Département du Sud de la France, semi-rural, semi-urbain Une MDPH qui conventionne des prestataires pour réaliser les évaluations PCH au moyen de l'outil GEVA. C'était une des MDPH qui a expérimenté le GEVA dès 2006-2007. Clé d'entrée : entretien avec le directeur de la MDPH et le médecin coordonnateur Terrain auprès d'un AS, d'un ergothérapeute et d'un éducateur de deux associations conventionnées.	3 entretiens clé d'entrée/professionnels 5 observations / entretiens usagers

Outil/site	Description du site	Terrain
DESIR <i>Site 7</i>	<p>Service d'aide à domicile d'un territoire semi-urbain, avec 109 ETP pour 140 salariés.</p> <p>Clé d'entrée : entretien avec le président de l'association et le directeur</p> <p>2 types de terrain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un terrain auprès de la « plateforme d'évaluation » pour la CRAM (GIR 5 et 6), puisque l'association est depuis peu conventionnée par la CRAM pour réaliser ses évaluations auprès des personnes âgées. Au sein de l'association ce sont des CESF qui ont été recrutées pour cela.</li> <li>- un terrain auprès des responsables de secteur lors de leurs premières visites à domicile pour un nouveau client, durant lesquelles elles utilisent un outil adapté à partir de DESIR.</li> </ul>	<p>3 entretiens clé d'entrée/professionnels</p> <p>11 observations/entretiens usagers</p>
DESIR <i>Site 8</i>	<p>Service d'aide à domicile sur un territoire urbain. Un « gros » service d'aide à domicile avec un pôle « soins » et un pôle « social ».</p> <p>DESIR utilisé aujourd'hui lors des visites des responsables de secteur et des infirmiers coordonnateurs, comme « guide d'entretien qui permet au fur et à mesure de renseigner, de prendre les mesures adaptées, et d'assurer le relais des informations dans l'équipe. ». Logiciel DESIR en train d'être mis en place.</p> <p>Terrain auprès de CESF, responsables de secteur</p>	<p>4 observations/entretiens usagers</p>
RAI (à domicile) <i>Site 9</i>	<p>Réseau gérontologique créé en 2006 en ville. Composé aujourd'hui de deux « gestionnaires de cas » qui accompagnent chacun une file active de 40 personnes.</p> <p>RAI à domicile utilisé depuis le début du réseau, inextricablement lié à la démarche de création du réseau.</p> <p>Terrain avec les deux gestionnaires de cas (infirmiers)</p>	<p>1 entretien professionnels</p> <p>3 observations/entretiens usagers</p>
RAI (établissement) <i>Site 10</i>	<p>Maison de retraite dans un département du Sud de la France. Une soixantaine de résidents.</p> <p>Expérimentent RAI depuis octobre 2006.</p> <p>Clé d'entrée : entretien avec le directeur de l'établissement</p> <p>Puis entretien de groupe avec l'équipe qui utilise le RAI : infirmiers, psychologue, ergothérapeute, référent qualité, ...</p>	<p>2 entretiens clé d'entrée/professionnels</p>

Outil/site	Description du site	Terrain
GEMAPA <i>Site 11</i>	Département de la Creuse, où a été conçu et où est expérimenté aujourd'hui l'outil Clé d'entrée : entretien avec le médecin gériatre concepteur de l'outil Terrain auprès d'un AS et d'un infirmier	1 entretiens clé d'entrée 8 observations/entretiens usagers
SMAF <i>Site 12</i>	EHPAD dans le Sud de la France. Environ 200 résidents. Clé d'entrée : entretien avec le directeur de l'établissement, puis avec l'équipe (médecin coordonnateur, infirmier chef, animateur sportif, assistant social) Entretien collectif avec 3 résidents	2 entretiens clé d'entrée/professionnels 3 entretiens usagers
MAP <i>Site 13</i>	Foyer de vie (déficients intellectuels), 20 résidents environ. Territoire semi-rural. MAP expérimenté depuis 3 ans Clé d'entrée : entretiens avec le directeur, avec le chef de service, puis avec l'équipe (moniteur éducateur, maîtresse de maison, éducateur spécialisé, AMP)	3 entretiens clé d'entrée/professionnels 5 observations/entretiens usagers
MAP <i>Site 14</i>	Etablissement 45 enfants polyhandicapés MAP utilisé depuis 3 ans Clé d'entrée : entretiens avec le directeur de l'établissement et avec un éducateur	2 entretiens clé d'entrée/professionnels
OSE/HOLE <i>Site 15</i>	CHU de Clermont Ferrand Clé d'entrée : entretien avec le concepteur/utilisateur des outils (médecin neurologue) Terrain auprès de lui pendant ses consultations	1 entretien clé d'entrée 2 observations 1 entretien collectif 5 usagers
EGS ODGAM <i>Site 16</i>	Hôpital gériatrique. Territoire urbain. Clé d'entrée : entretien auprès du médecin gériatre utilisateur de l'outil Terrain auprès de lui pendant ses consultations et auprès d'un infirmier également utilisateur	1 entretien clé d'entrée 4 observations/entretiens usager

### › L'échantillon des usagers rencontrés

- 83 observations, 33 entretiens usagers<sup>1</sup>
- Pour 67% des femmes, 33% des hommes

<sup>1</sup> Nous présentons ci-dessous quelques grandes caractéristiques de notre échantillon. Pour le détail des situations observées et des personnes rencontrées, se référer aux tableaux en annexe ('Détails sur l'échantillon').

- 72% des personnes âgées, 28% des personnes en situation de handicap
- Sur les 83 situations observées, 64 usagers étaient accompagnés d'au moins un aidant.
  - 46% des usagers étaient accompagnés par un ou plusieurs membres de leur famille.
  - 27% des usagers étaient accompagnés d'un aidant professionnel (personnel établissement, ...)
- Sur les 83 situations, 66% des évaluations à domicile, 30% en établissement (résidence, foyer de vie, hôpital, ...), 4% en MDPH
- Sur les 64 situations (hors situations AGGIR en établissement), pour 44 usagers il s'agissait de la première évaluation avec l'outil/démarche, pour 18 usagers ce n'était pas la première.
- Pour les personnes en situation de handicap :
  - Sur les 18 observations, 8 usagers avec des troubles cognitifs.
  - Différentes tranches d'âges : 6 usagers <30 ans, 3 entre 30 et 40 ans, 3 entre 40 et 50 ans, 6 usagers > 50 ans
- Pour les personnes âgées (hors situations AGGIR en établissement) :
  - Sur les 46 observations, 13 usagers avec des troubles cognitifs.
  - Différents GIR :

GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Non connu
Nombre de situations	0	6	8	14	9	3	6

- Différentes tranches d'âge : 5 usagers <70 ans, 21 entre 70 et 80 ans, 20 usagers > 80ans

## › L'échantillon des professionnels rencontrés

- 17 entretiens avec des responsables d'équipe/directeurs d'établissement
- 4 entretiens avec des concepteurs des outils
- 8 entretiens « formels », individuels ou collectifs avec des évaluateurs, et des entretiens informels après toutes les situations d'évaluation observées
- Parmi les 64 situations d'évaluation observées (hors AGGIR établissement):
  - 60 étaient réalisées par un professionnel seul.

Formation initiale du professionnel	Nombre de situations d'évaluation observées <sup>2</sup>
AS	25
CESF	19
Infirmier	7
Médecin	7
Ergothérapeute	5
Éducateur	3
Psychologue	2

#### 4. Un bon accueil mais un terrain difficile à construire

##### › Les facteurs facilitant :

Un bon accueil de l'étude, une bonne coopération

L'étude a été bien accueillie par tous nos interlocuteurs, notamment du fait de la « bonne image » de la CNSA auprès des acteurs de terrain, et ce même si le sujet a parfois été difficile à aborder avec les professionnels et les usagers (difficile à expliquer et à comprendre) :

- les « clés d'entrée » au sein des structures (directeurs d'établissement, responsables de service, ...) nous ont accueilli sans hésitation, et nous ont introduit auprès de leurs équipes ;
- les professionnels ont accepté que nous les accompagnions lors des moments d'évaluation même si la « configuration » était parfois de fait moins simple pour eux à « gérer » ;
- les usagers ont autorisé notre présence et ont accepté de se confier à nous, même s'ils ne comprenaient pas toujours les tenants et les aboutissants de notre étude sur un moment d'évaluation dont ils ont souvent du mal à percevoir les objectifs et les enjeux ... (voir ci-après)

Un sujet dans « l'air du temps » mais difficile à traiter pour les professionnels

Le sujet de la place de l'utilisateur est apparu comme un sujet légitime d'enquête, un sujet « à la mode » depuis la loi de 2002. Même si le fait de se centrer sur la place de l'utilisateur « dans les outils d'évaluation » et non à d'autres moments de leur prise en charge a pu souvent dérouter les professionnels (nous développons ce point dans le chapitre « Postures des professionnels face à l'utilisateur »).

Des usagers qui s'expriment mais qui peuvent difficilement évoquer des séquences qui n'existent pas pour eux

Les entretiens « qualitatifs » avec les usagers ont été riches. Ils se sont exprimés librement. La difficulté a parfois consisté néanmoins à les faire parler d'une séquence d'évaluation qui n'est pas toujours facile à identifier pour eux, dont ils ont pu mal saisir les objectifs et les enjeux, et qui est souvent éclipsée par la séquence de l'élaboration du plan d'aide ou de soins et par la

<sup>2</sup> Voir en annexe pour le détail par outil

discussion sur ses modalités de mise en œuvre (nous développons ce point dans la partie sur « la perception par les usagers des outils/démarches »).

## › Les difficultés rencontrées :

### Des terrains qui n'existent pas toujours

- **Le terrain « usagers » n'existe pas toujours.** Pour plusieurs outils, nous ne sommes pas parvenus à identifier des sites qui associent l'utilisateur à l'outil. L'évaluation est réalisée entre professionnels sur la base d'observations, sans que l'utilisateur soit convoqué à un entretien pour recueillir des informations de sa part, sans non plus qu'il soit informé que les professionnels utilisent un outil d'évaluation afin d'évaluer ses besoins. Quand l'utilisateur n'a pas connaissance de l'évaluation, nous ne pouvons pas de fait l'interroger sur son vécu ou sur sa perception de l'outil ni de la séquence.
- **Les sites utilisateurs de certains outils très expérimentaux n'ont pas été faciles à identifier.** Malgré la collaboration des concepteurs des outils, nous avons faiblement représenté certains outils dans l'échantillon, et ce pour différentes raisons :
  - Certains outils très expérimentaux ne sont développés à ce jour que sur un seul site (c'est le cas de GEMAPA par exemple, qui n'est utilisé aujourd'hui que par un Département en France).
  - Certains outils sont expérimentés dans des équipes, mais en réalité très peu utilisés, souvent car ils font l'objet de très fortes réticences parmi les professionnels.
  - Il est difficile d'identifier des sites qui représentent la diversité des pratiques concernant l'outil. Par exemple, pour les outils MAP, RAI Etablissement et SMAF, nous ne sommes pas parvenus à identifier de site où l'utilisateur est associé à la démarche. En l'absence de « base de données » recueillant cette information, nous avons enquêté au fil des conversations avec les professionnels, mais sans toujours pouvoir identifier des « usagers » qui connaissent ces outils/démarches.
  - Les utilisateurs des outils changent vite ... la durée de vie de certains outils dans des structures semble faible. Parfois l'outil n'est utilisé que par quelques personnes de l'équipe et un nouvel outil commun, « institutionnel », se met en place, chassant les outils qu'avaient pu auparavant s'approprier les uns et les autres.
  - Certains outils sont « adaptés » ou en tous cas la forme de l'outil, les pratiques, les « protocoles » diffèrent tant d'un site à l'autre ou d'un professionnel à l'autre, que les caractéristiques de l'outil « théorique » s'en trouvent fortement modifiées (c'est le cas de DESIR par exemple).

### Un sujet « neuf », donc pas de méthodes et beaucoup de « représentations »

Le sujet de la place de l'utilisateur dans l'évaluation de ses besoins n'est pas normalisé, pas codifié : les acteurs ont du mal à en parler, à le positionner sur un registre. Ils ne peuvent s'appuyer sur aucun « prêt à penser » quant à la manière de prendre en compte l'utilisateur tout au long d'une démarche d'évaluation.

Ils perçoivent l'injonction légale, ils ont compris l'esprit de la loi de 2005 sur le droit à la compensation, à l'information mais comment passer à l'acte ? Comment associer l'utilisateur ? Jusqu'où ? Et avec quels outils ? Les acteurs de terrain sont souvent démunis.

### Des pratiques extrêmement hétérogènes

L'outil n'est pas si structurant dans la manière d'associer l'utilisateur à la démarche. Il « s'évapore » parfois derrière des pratiques extrêmement hétérogènes.

L'approche par outil prévue initialement dans notre méthodologie a dû être complétée par une analyse plus transversale afin de faire état de grandes tendances communes à l'ensemble des outils (du point de vue de la perception qu'en ont les usagers) : du point de vue de l'utilisateur, les pratiques des professionnels sont parfois plus structurantes que les outils en eux-mêmes, tels qu'ils ont été conçus.

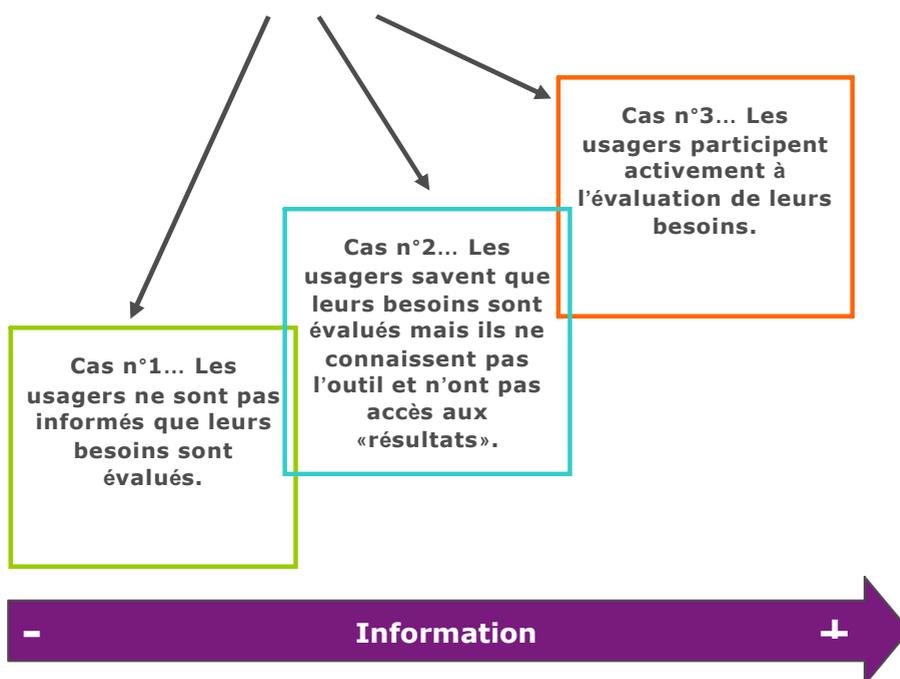
# LA PERCEPTION PAR LES USAGERS DES OUTILS

## 1. L'utilisateur perçoit peu de choses...

Etudier la perception par les usagers des outils repose sur l'hypothèse que l'utilisateur d'une part sait qu'il fait l'objet d'une évaluation de ses besoins, d'autre part que la situation d'évaluation lui est visible, qu'il en perçoit quelque chose.

Pourtant le premier résultat de l'étude est que pour plusieurs outils de l'échantillon, et sur de nombreux sites visités, l'utilisateur n'est pas au courant que ses besoins sont évalués, et n'assiste pas à l'évaluation de ses besoins par les professionnels. D'autre part quand il est présent lors de l'évaluation de ses besoins, il reste dans la grande majorité des cas un acteur relativement peu associé. Il répond à des questions sur ce qu'il est en capacité ou non de faire, ce qu'il a ou non comme projet, mais sans connaître l'outil d'évaluation employé par le professionnel. Il ignore également la manière dont le professionnel le remplit suite à l'entretien, les conclusions qu'il en tire pour le plan d'aide. Si le degré de visibilité de l'outil et de la démarche varie fortement d'un outil à l'autre, d'un site à l'autre (et même au sein d'un même site d'un professionnel à un autre), de manière générale néanmoins, **l'utilisateur est peu informé de l'existence d'une évaluation. Il méconnaît ses objectifs, les méthodes employées. Ce sont des usagers des évaluations qui s'ignorent ...**

### Différents degrés de visibilité de l'outil et de la démarche



### › Cas 1 : Pas de « situation » d'évaluation

- **Pour les outils MAP, SMAF, RAI Etablissement, AGGIR Etablissement, sur les sites rencontrés, les usagers ne sont pas informés de l'existence d'une évaluation de leurs besoins via un outil/démarche.** De fait ils n'ont pas de perception de la situation et encore moins de l'outil.

#### Observation de situations d'évaluation avec AGGIR en établissement

Chaque année, un médecin du Conseil Général et de l'Assurance Maladie vont contrôler le « GIRage » de plusieurs établissements qui hébergent des personnes âgées. L'objet de leur visite est de tirer au hasard un certain nombre de dossiers dont ils vont valider ou « corriger » le GIR. Les dossiers contrôlés sont choisis en début de journée, et par conséquent également les personnes âgées de l'établissement auxquelles les médecins vont rendre visite pour s'assurer que le « GIR » défini par le médecin de l'établissement est correct. Les personnes n'ont donc pas été prévenues en amont, les médecins montent aux étages, le médecin de l'établissement entre dans la chambre de la personne et lui demande « Il y a deux médecins de l'Administration qui sont venus pour voir comment ça allait, si vous aviez tout ce dont vous avez besoin, est-ce que vous êtes d'accord pour qu'ils viennent vous poser quelques questions ? ». Une fois « l'accord » de la personne donné, les médecins du Département et de l'Assurance Maladie entrent, et posent quelques questions à la personne faisant passer pour une conversation « normale » des questions qui en réalité doivent permettre d'évaluer les capacités de la personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Quelques minutes plus tard les médecins repartent remerciant la personne, sans lui expliquer davantage l'objet de la visite. Pour les médecins, la visite est réussie du point de vue de l'utilisateur, si celui-ci ne s'est pas inquiété et si finalement il oublie la visite aussi tôt qu'elle est terminée.

#### Observation de situations d'évaluation avec SMAF

Pour l'établissement « utilisateur » que nous avons rencontré dans le cadre de l'étude, SMAF est un outil à destination des professionnels. Il est utilisé pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées en promouvant le travail en équipe pluridisciplinaire. L'outil est utilisé pour réaliser un diagnostic partagé entre les différents accompagnants lors de réunions de travail collectives d'où sont absents les résidents. Tout est prévu pour que les résidents ne soient pas au courant de l'outil/démarche, car ce n'est pas l'objet de l'outil et cela risque de perturber l'équilibre des personnes et de l'établissement (pour plus de détails, voir la typologie des professionnels).

#### Observation de situations d'évaluation avec MAP

Comme pour SMAF, l'outil/démarche est utilisé en réunion d'équipe. Il n'y a pas d'interface « visible » pour l'utilisateur ni de communication sur l'outil auprès des résidents.

L'établissement visité est un foyer de vie qui accueille des personnes avec de fortes déficiences intellectuelles. La spécificité de ce public avec des difficultés cognitives importantes rend l'argument de la « fragilité » du public encore plus prégnant : évoquer avec eux l'outil entraînerait certainement des difficultés de compréhension de leur part, et une implication de la famille qui risque de provoquer tensions et débats avec des professionnels encore trop peu « aguerris » et solides dans leur utilisation de MAP. La dimension expérimentale de la démarche est ce qui aujourd'hui leur permet de ne pas encore associer l'utilisateur.

A l'avenir, le directeur de l'établissement estime que la communication aux usagers voire l'association des familles sera indispensable, compte tenu de l'esprit de la loi, mais il ne sait pas encore comment il s'y prendra...

#### Observation de situations d'évaluation avec RAI

Nous avons visité une maison de retraite qui accueille à la fois des personnes âgées « jeunes » et encore totalement autonomes, et des personnes âgées qui deviennent avec le temps plus « fragiles ». Pour ces dernières, l'établissement utilise depuis quelques années l'outil/démarche RAI, sur l'initiative du directeur de l'établissement, dans une perspective de « qualité » du service rendu. L'outil a pour l'équipe un rôle « d'alerte » sur la situation de personnes déprimées voire dépressives par exemple, ou sur des personnes qui commencent à perdre la mémoire. L'équipe se réunit, partage le constat à partir de leurs différentes observations, et établit un plan d'action commun qui consiste à encourager la personne « comme si de rien n'était » à faire les choses qui sont « bonnes » pour elle, comme par exemple participer à un atelier mémoire ou participer à des sorties à l'extérieur sur des thèmes qui l'intéressent, ...

Dans notre échantillon, les situations où l'utilisateur n'est pas informé de l'existence de l'outil ont toutes comme point commun d'avoir lieu dans des établissements :

- D'un point de vue « pratique », les professionnels contrairement à la plupart de ceux qui mènent les évaluations à domicile connaissent les personnes. Ce sont les mêmes qui évaluent et qui accompagnent (contrairement à une évaluation AGGIR ou GEVA par exemple : une équipe mène l'évaluation, une autre mettra en œuvre l'accompagnement, l'association d'aide à domicile par exemple). Ils ont la possibilité de consigner des informations dans l'outil d'évaluation sur la base de ce qu'ils ont pu observer des capacités et projets exprimés par les personnes dans les mois qui précèdent. Concrètement, les professionnels peuvent se passer d'un entretien avec l'utilisateur dédié à l'évaluation. Il n'y a pas nécessairement de moment de questionnement de l'utilisateur dans le cadre de l'évaluation.
- La manière de fonctionner de l'établissement avec l'outil correspond à une stratégie « globale ». Ainsi, on décidera de garder l'outil/démarche d'évaluation de type SMAF, RAI ou MAP du côté des professionnels, et on associera l'utilisateur à une démarche parallèle d'évaluation via un questionnaire satisfaction par exemple, ou la rédaction d'un projet de séjour (cas de l'établissement qui utilise RAI, site n°10) ; d'autres associeront les usagers lors d'une réunion annuelle d'élaboration du « projet personnalisé » (cas de l'établissement qui utilise MAP, site n°13). Il existe dans les établissements rencontrés deux types d'outils : les outils à destination des professionnels qui utilisent un langage « médical », des calculs « mathématiques » de critères, ... qui sont estimés comme étant inadaptés à la communication avec l'utilisateur ; les outils « faits pour » les usagers d'autre part, avec un langage « vulgarisé », une forme compréhensible, par exemple le questionnaire d'évaluation de la qualité du service rendu par les professionnels dans une maison de retraite, ou un emploi du temps avec des pictogrammes explicites dans un foyer de vie accueillant des déficients intellectuels.
- L'équilibre est « fragile » dans un établissement qui est une forme d'« institution totale » où les personnes sont présentes 24 heures sur 24, en présence de l'équipe des professionnels. La communication aux usagers autour de l'outil est chargée d'enjeux en terme d'équilibre des personnes et de l'établissement : la transparence peut apparaître comme un risque plutôt que comme une opportunité pour l'équipe dirigeant la structure. La communication doit selon eux relever d'une véritable stratégie : dans la maison de retraite utilisant RAI, la première démarche est donc d'évoquer l'outil en conseil de vie sociale, à des résidents « initiés » afin de juger avec eux de la pertinence ou non de communiquer sur l'outil auprès des résidents « évalués ». D'une manière générale, sur les sites visités, les directeurs redoutent d'avoir à faire cette communication et la font « pas à pas », avec prudence.

## › Cas 2 : Situation « nommée » mais outil pas ou peu visible

Dans les cas décrits ci-dessous, il y a un moment d'entretien « formel » pendant lequel le ou les professionnel(s) pose(nt) des questions à l'utilisateur afin d'évaluer ses capacités et de connaître ses projets. L'utilisateur est source d'information pour que le professionnel remplisse l'outil.

En revanche, l'utilisateur n'est pas associé à l'outil en lui-même : il lui est rarement présenté, il n'en a pas pris connaissance (il ne connaît pas les items, ...), il ne lui est pas soumis par le professionnel une fois renseigné. La méthode est opaque du point de vue de l'utilisateur. Là encore la perception de l'outil en lui-même est minimale ; ce sur quoi l'utilisateur a un avis, une perception, est bien davantage la situation en elle-même que la méthode employée par le professionnel.

- **Pour les outils AGGIR à domicile, et GEMAPA, la situation découle d'une demande d'APA. Les objectifs de l'entretien sont nommés et ils sont plutôt clairs pour l'utilisateur** sauf quand il n'est pas à l'origine de la demande. En effet, l'APA commence à être relativement bien connue des personnes. Pour beaucoup d'ailleurs il s'agit d'un renouvellement de l'aide. Le lien entre la visite du travailleur social de l'équipe du Conseil

Général et l'aide financière et humaine est fait par la plupart des personnes. Il s'agit d'un rendez-vous pour voir « ce à quoi on a droit ».

Dans de nombreux cas pourtant, la demande d'APA ne vient pas de la personne elle-même mais d'un de ses proches ou sur l'initiative d'un personnel social/médical qui est en contact avec elle. Dans les situations d'évaluation la confusion de l'utilisateur « final » de l'aide est perceptible, la situation est « prise en main » par le conjoint par exemple ou par les enfants, l'utilisateur « final » est dépossédé en quelque sorte de l'initiative de la démarche mais aussi de sa compréhension.

- **Dans le cas de GEVA, DESIR, ou EGS, les objectifs de la situation (évaluer les besoins) sont plus ou moins nommés et/ou compris.** Même quand ils sont exprimés par le professionnel, ils peuvent demeurer relativement flous et confus pour les usagers :
  - Parfois la situation est en décalage avec ce à quoi la personne s'attendait. Dans le cas du centre hospitalier de notre échantillon qui utilise EGS, les personnes sont adressées au centre par leur médecin traitant pour faire un bilan spécialisé sur un des aspects de leur santé, un « bilan mémoire » par exemple. Lors de l'entretien, le médecin va bien au-delà de la « commande » initiale du médecin traitant et de l'utilisateur, en menant une évaluation « globale » de la personne via EGS sans que ne lui soit présenté réellement l'objet de cette évaluation et le lien avec ce pour quoi il s'est initialement présenté.
  - La situation peut être « brouillée » du point de vue de l'utilisateur car le professionnel poursuit plusieurs objectifs, difficilement hiérarchisables et compréhensibles pour la personne (ils font référence à des contextes institutionnels complexes). Ainsi par exemple, l'utilisation de DESIR a lieu dans des situations où l'association d'aide à domicile établit le premier contact avec son futur « client » (présentation de la structure, du service rendu, ...) ; dans le même temps, le professionnel vise à définir le contenu, le calendrier et le prix du service qui va être rendu à la personne ; parfois, la situation sert au professionnel à renseigner des formulaires de demande d'aide financière pour la personne (à une caisse de retraite complémentaire, à l'Assurance Maladie, ...) ; il peut également faire une pré-évaluation de la personne avec la grille AGGIR pour voir le montant de l'aide approximatif auquel la personne peut prétendre, ...

La situation est également parfois brouillée dans des évaluations AGGIR, quand la visite sert à la fois au renouvellement de l'APA mais également à l'étude d'une possibilité de mise sous tutelle/curatelle, ou quand les deux démarches ont lieu en parallèle, même s'il s'agit de temps d'entretien différents. Auquel cas l'aspect évaluation AGGIR disparaît complètement aux yeux de l'utilisateur derrière un enjeu qui lui semble plus important, celui d'être ou non mis sous tutelle.

Situation n°61 : Femme, environ 70 ans, difficultés de mobilité (cane), renouvellement APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale : l'objectif de l'AS qui rend visite à la personne à son domicile est à la fois de faire une évaluation APA, mais aussi de lui proposer une curatelle. C'est ce dernier point que la personne retient de l'évaluation.

Situation n°26 : Femme, plus de 80 ans, sortie d'hospitalisation et difficultés de mobilité, première demande APA, évaluation AGGIR par une conseillère en économie sociale et familiale : la femme dont les besoins sont évalués est en attente d'une décision définitive pour la mettre sous mesure de protection. Sa tutelle est présente. Pendant toute la situation, l'utilisateur met en valeur son désaccord face à cette mesure et se saisit de cette situation pour exprimer sa colère. La CESF explique en début d'entretien :

- « Je suis de la ville de Paris, je viens pour vous donner une aide financière, pour payer une auxiliaire de vie ».

- « On veut m'aider, je veux pas, ça m'emmerde. Quand j'étais petite je voulais vieillir, vieillir pour être libre, pour décider de ma vie. J'ai reçu une éducation avec les principes fondamentaux, [...], je suis fatiguée, j'ai mal ».

- « Moi je n'ai rien à voir avec la tutelle... »

La personne se calme un peu, la CESF évoque l'auxiliaire de vie qui vient déjà chez elle.

- « J'en veux pas, je vais lui dire d'aller se rhabiller. J'ai un pied dans la tombe, je veux finir ma vie comme je veux ! »

La tutrice évoque la vulnérabilité de sa protégée et cette dernière répond :

- Je ne suis pas vulnérable [...] Moi quand on s'occupe de ma vie, je comprends pas ...

A la fin de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'aide, la CESF demande à la personne si elle veut bien signer : « Ca me fait chier ! Je ne signe rien. » La tutrice dit qu'alors elle va signer pour elle et elle signe devant la personne.

- En amont de la visite, la personne ne sait pas toujours à quoi s'attendre, comment se préparer. C'est souvent le cas avec GEVA puisque la prestation de compensation du handicap (la PCH) est encore relativement méconnue. Pour toutes les personnes rencontrées il s'agit de leur première demande de PCH et ils l'ont en général établi sur le conseil de la personne qui les a accueillis à la MDPH (« vous devriez faire une demande de PCH, c'est une nouvelle prestation et cela pourrait être avantageux pour vous »), alors qu'initialement leur demande auprès de la MDPH était ciblée sur un point bien particulier : renouvellement de carte de stationnement par exemple, demande d'AAH, renouvellement de l'ACTP, ...

D'autre part le fonctionnement de la MDPH est différent de celui des anciennes COTOREP qui généralement ne venaient pas au domicile des personnes sauf dans une optique de « contrôle ». C'est ainsi que certains usagers imaginent que les professionnels viennent à leur domicile pour « un contrôle », pour « contrôler mon handicap » (situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale)

Malgré le courrier de présentation de la démarche que reçoivent généralement les personnes<sup>3</sup> (Exemple : « Afin de procéder à l'évaluation de vos besoins en rapport avec votre demande de prestation de compensation du handicap, nous voudrions vous rendre visite à votre domicile. Pour cela nous vous proposons une rencontre le ... »), elles ne savent pour la plupart pas du tout à quoi s'attendre. Cela provoque chez les usagers plusieurs types de réaction :

- la surprise : un usager explique que la venue de professionnels de la MDPH a été pour lui « une grande surprise », « un grand étonnement » (situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale). Il dit ça avec une forme d'ironie douce ajoutant qu'une assistante sociale était venue il y a trois ans : « ils m'avaient dit qu'ils revenaient au printemps pour me faire passer le permis comme ils disent (fauteuil électrique) et puis ils ne sont jamais venus ».
- des malentendus : dans certains cas, la personne pense que le rendez-vous a un autre objectif que celui qu'il lui découvre finalement au cours de l'entretien.

Situation n°62 : femme, 29 ans, problèmes équilibre et vue, première évaluation PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale

L'AS commence par présenter ce qu'est la PCH et lui expliquer qu'elle est là pour les aides humaines. Elle commence à lui poser des questions :

« - Et vos revenus aujourd'hui, c'est quoi ?

- « J'ai rien... »

- « Vous n'avez pas fait de demande d'AAH, d'Allocation Adulte handicapée ? »

- « Je pensais que vous étiez là pour ça... »

- « On va voir ce qu'on peut faire, par contre comme vous vivez avec votre papa, et qu'il a des revenus, ça sera un peu moins que le maximum. »

<sup>3</sup> Voir des exemples de courrier en annexe

- « Oui mais j'ai ré-habité avec lui par nécessité, avant d'aller à l'hôpital, j'avais mon logement. Ce que je ne comprends pas, c'est que j'ai vu des assistants sociaux mais ils m'ont rien dit par rapport à ça ! J'ai rempli un dossier bleu, je pensais que c'était ça ! »
- « Oui, on va voir ça puisque là au niveau de l'AAH, il y a quelque chose qui ne va pas. »
- « Oui mais si mon père n'avait pas de revenus, comment j'aurais fait !? »

Situation n°38 : Homme, 48 ans, déficience intellectuelle faible et problèmes de dos, demande d'orientation professionnelle, évaluation avec le volet insertion professionnelle du GEVA par une assistante sociale.

Mr M. est venu à la MDPH avec sa sœur pour le rendez-vous avec l'AS. Ils sont venus à la MDPH pensant qu'on les convoquait dans le cadre de leur demande d'AAH. En réalité ils avaient dû cocher la case « Demande d'orientation professionnelle » dans le formulaire de demande à la MDPH. Et c'est dans ce cadre que l'AS les rencontre, ce qu'ils n'avaient pas compris avant de se rendre au rendez-vous.

- une forme d'inquiétude quand on ne sait pas à quoi s'attendre :

Situation n°29 : Femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande de PCH, évaluation GEVA par une psychologue.

Lors de l'entretien avec elle après la situation d'évaluation, la femme explique qu'elle n'avait pas vraiment d'attentes au départ. Elle ne savait pas comment fonctionnait la prestation, ce qu'elle pourrait avoir. Mais elle dit avoir été plutôt anxieuse avant le rendez-vous, peur d'être jugée, qu'il y ait des préjugés, peur « d'être catégorisée ».

... qui se traduit parfois par de l'agressivité. La visite du professionnel dont on ne comprend pas en amont l'objectif est parfois mal accueillie par l'utilisateur et/ou par ses proches.

Situation n°37 : Mme D. a 60 ans, bénéficiaire du RMI, vit seule avec son fils Nicolas, 21 ans, qui a une déficience intellectuelle moyenne (bénéficiaire), première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale.

La demande de PCH doit certainement venir de la curatelle, hypothèse de l'AS qui rencontre la famille pour la première fois.

Quand nous arrivons au domicile, ils nous attendent, mais attitude sèche de la maman qui a bien reçu le courrier pour informer de la visite, mais qui n'en comprend visiblement pas l'objet : « Je ne vous connais pas vous. Qui êtes vous ? ».

L'AS explique qu'elle vient à propos de la demande exprimée auprès de la MDPH : demande de carte de stationnement, d'orientation en FO, ... La mère reprend tout de go : oui la carte de stationnement ça fait deux ans que je l'attends, et de répéter que c'est un droit de son fils, qu'elle ne comprend pas, attitude très revendicatrice de la personne, qui exprime un ras le bol, et le besoin d'être soulagée. Elle explique également qu'elle ne comprend pas qu'il n'y ait toujours pas eu de place en FO pour Nicolas et qu'elle n'est pas contente de la curatelle qui ne fait pas son travail.

L'AS explique « c'est justement pour faire le point sur tout ça que je suis là ».

Peu à peu au fur et à mesure de la situation, la personne se détend.

- une attitude de « dominé » : l'utilisateur exprime souvent une forme d'attentisme sans demande initiale formulée.

Situation n°33 : Homme, 35 ans, ulcères aux jambes, ne peut plus marcher, première demande PCH, évaluation GEVA lors d'une visite conjointe de l'assistante sociale et de l'ergothérapeute).

Quelques minutes après le début de la visite :

- « Alors dites-nous, en quoi peut-on vous aider ? »
- « A vous de me le dire. Vous êtes là pour ça ... »

- **Dans tous les cas, l'outil est rarement présenté à l'utilisateur.**

- **Parfois visible parfois non.** Il est la plupart du temps visible (sous la forme d'un ordinateur portable dans le cas de GEMAPA ; ou sous la forme d'un formulaire que le travailleur social remplit pendant la visite, c'est le cas souvent d'AGGIR ou de GEVA), mais parfois l'entretien est conduit par le professionnel à la manière d'un entretien social, c'est-à-dire sous la forme d'un entretien « informel » qui ne semble guidé du point de vue de l'utilisateur par aucun outil : le professionnel n'a aucune grille sous les yeux, il prend même très peu de notes pendant l'entretien.

Les pratiques professionnelles varient d'une personne à l'autre, au sein de chacune des équipes. Elles ne font l'objet d'aucune « normalisation » et très rarement même de débats ou d'échanges formalisés par le management dans les équipes. Il s'agit du « métier » du travailleur social, il se fonde sur son expérience, son savoir faire mais rarement sur un échange de « bonnes pratiques » entre collègues.

- **Souvent présenté de manière très elliptique.** Une seule fois, dans le cadre de GEMAPA, et certainement du fait de notre présence, le professionnel a pris le soin de présenter l'outil à l'utilisateur (situation n°2, femme, 90 ans, handicap moteur et sensoriel, renouvellement APA après 3 ans, évaluation avec GEMAPA par une assistante sociale), d'expliquer que le Conseil Général utilisait un nouvel outil pour évaluer au mieux les besoins des personnes, d'où la « présence » de l'ordinateur pendant l'entretien. Mais d'une manière générale, l'entretien commence tout de suite par des questions que pose le travailleur social sur la santé de la personne, ... sans que la méthode employée ne soit explicitée : « Je vais vous poser quelques petites questions, évaluer votre degré d'autonomie » (situation n°75, femme, 71 ans, difficultés de mobilité, première demande APA, évaluation avec AGGIR par une assistante sociale) ; « Je vais vous poser des petites questions sur votre quotidien, voir comment ça va depuis que ma collègue est venue » (situation n°61, femme, environ 70 ans, difficulté de mobilité (canne), renouvellement APA, évaluation avec AGGIR par une assistante sociale). C'est souvent en milieu ou fin d'entretien que de manière indirecte le professionnel fait référence à sa grille : « Je regarde ma petite grille d'évaluation. Je vérifie pour voir que je n'ai pas oublié de poser quelques questions » (situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande de PCH, évaluation GEVA par une psychologue).

Dans le cas d'EGS, l'utilisateur voit que quelqu'un saisit des informations sur l'ordinateur sans pouvoir lire ce qui est indiqué à l'écran. L'outil est visible (l'utilisateur voit qu'il existe un outil support à la discussion), mais non présenté (l'utilisateur ne sait pas concrètement ce à quoi ressemble cet outil, les items qui le composent, l'objectif qu'il poursuit, la manière dont il va être utilisé, ...).

Dans le cas de DESIR, le ou la responsable de secteur prend généralement des notes rapides dans l'outil, mais ce dernier est quasiment invisible pour l'utilisateur. Il se voit confier d'autres outils pendant l'entretien : une proposition de contrat par exemple, un livret d'accueil, ... Il en signe certains (le formulaire de demande d'aide financière à l'Assurance Maladie ou à un caisse de retraite par exemple, le devis, ...) mais pas DESIR. La discussion avec l'utilisateur ne porte pas sur l'outil DESIR, ce dernier est quasiment « absent » pendant la situation.

**L'outil n'est donc pas un objet de discussion, d'échanges entre le professionnel et l'utilisateur.** La personne peut l'accepter sans s'en préoccuper, elle peut aussi le regretter sans oser l'exprimer. Ce n'est qu'en cas de désaccord sur les conclusions rendues par le professionnel (c'est arrivé rarement dans le cadre des situations que nous avons observées), que l'utilisateur exige de voir ce que le professionnel a écrit, la méthode qu'il a utilisée.

Situation n°79 : Entretien collectif avec des personnes suivies par le CHU, 3 femmes atteintes de sclérose en plaques et 2 hommes cérébro-lésés (site n°15) autour des outils OSE et HOLE

Ils parlent des tests mémoire qu'ils ont fait. Béatrice est allée à la fin de la séance discuter avec le professionnel de comment se passait le test. Elle explique que quand elle a été hospitalisée ici

(à cause d'une mauvaise chute), elle a également certainement été évaluée, mais elle est incapable de dire « quel outil ils ont utilisé pour me rentrer dans leur écran ... »

Asdo : - « Ils vous rentrent dans l'ordinateur ? »

Un usager : - « Nora (médecin) elle ne s'en cache pas devant ses malades. En kiné on sait aussi qu'ils ont l'ordi... »

Un autre usager : - « Mais après le détail, savoir ce qu'ils écrivent, si on est d'accord ou pas ça c'est autre chose ... »

Un autre usager : - « Mais on a accès au dossier si on veut. »

Asdo : - « Ca vous embête de ne pas voir ce qu'ils écrivent ? »

Un usager : - « On a envie de savoir ce qu'ils mettent pour en discuter après. »

Un autre usager : - « Et puis quand c'est informatique, est-ce que les données rentrées sont bien exactes et pas manipulées par le professionnel pour valoriser leur carrière. »

Un autre usager : - « Oh moi je suis pas trop parano ...en même temps c'est vrai que le test mémoire c'est censé être anonyme et à la fin ils mettent sur chaque questionnaire nos initiales et le n° du dossier ... »

Un autre usager : - « Comme le questionnaire satisfaction que tu remplis à l'hôpital... »

Un autre usager : - « D'un autre côté si on veut être bien soigné, on doit être clair sur ce qu'on a. Ne pas mentir à la société. Mais il y a des choses qu'on préfère cacher à son employeur ou à son assureur ... »

Un peu plus tard dans la conversation, Thérèse évoque l'évaluation de la MDPH, quand des professionnels sont venus à son domicile à propos de sa demande de PCH :

- « Ils posent les questions et on répond comme dans un échange. On a cette sensation de ne pas savoir qu'on est évalué. Les choses ne sont pas claires... »

Béatrice : - « Il faudrait voir l'outil qu'ils utilisent, les résultats. Ne pas laisser place aux passe droits car on a aucune connaissance de ce qui a été compris de ce qu'on a dit. Par exemple moi le médecin a écrit pour ma carte de stationnement : vous marchez bien, vous n'avez pas l'air malade, ... On ne peut pas laisser à leur appréciation à eux ... Ils ont un budget, souvent ils ne peuvent pas donner à tout le monde. Si on est dans le flou, si c'est subjectif, ils peuvent donner à l'un plus qu'à l'autre. »

Thérèse : - « Moi je n'ai pas vu le tableau qu'ils utilisaient (Marie : - « Moi je l'ai vu »). - « Ils étaient vers la fenêtre, loin, j'aurais bien aimé voir de plus près ... »

- L'accès aux résultats est également variable d'une situation à l'autre.

Dans les situations observées pour l'outil EGS, le médecin ne fait part d'aucun résultat lié à EGS à la fin de l'évaluation (il ne montre pas le tableau de synthèse par exemple, il n'évoque pas les conclusions liées à la « fragilité » de la personne). Suite à l'évaluation, l'usager se voit prescrire de nouveaux examens médicaux qui n'ont pas trait à sa préoccupation initiale (dans ce cas l'état de sa mémoire), sans que la raison de ces prescriptions supplémentaires (le bilan global réalisé grâce à l'outil EGS) ne lui soit expliquée.

Pour GEVA, les pratiques sont variables selon les professionnels et les situations : parfois en milieu d'entretien, une fois les questions liées à l'évaluation terminées, le professionnel conclue : « Il semble que vous êtes éligibles à la PCH ». Parfois le professionnel explique que son dossier va être examiné en équipe puis en commission.

Pour AGGIR, les pratiques diffèrent également : parfois la question du GIR n'est pas évoquée par le professionnel ; tandis que dans certains cas, l'évaluateur annonce à l'usager son GIR une fois l'évaluation terminée et avant de commencer l'élaboration du plan d'aide.

Situation n°28, homme, 85 ans, difficultés de mobilité (en fauteuil), 1<sup>ère</sup> demande APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale : AS - « Voilà je sais le groupe. Je sais ce que vous faites et ce que vous ne faites pas. Vous êtes en groupe 2, ça veut dire que vous avez besoin d'aide. »

Dans ce cas n°2, l'usager perçoit donc également peu de choses, et n'a que peu d'avis sur l'outil utilisé, ce dernier reste du domaine du professionnel, l'usager en est exclu.

On peut faire plusieurs hypothèses expliquant cette « pudeur » des professionnels concernant l'outil, sur la base de nos échanges avec eux et avec les encadrants (que ce soit en établissement ou pour les équipes à domicile) :

- La contrainte de la « productivité » : l'organisation de nombreuses structures que nous avons visitées est rythmée par des flux « massifs » de demandes à instruire (Conseils Généraux avec les demandes d'APA, MDPH avec les demandes de PCH, ...). Le temps passé avec la personne est de fait limité, compté ... L'explication dans le détail de la méthode exige un temps incompressible et indéfini selon la difficulté qu'aura la personne à comprendre, ou la quantité de détails qu'elle exigera.
- Le « confort » de l'asymétrie d'information : expliquer à l'usager la manière dont le professionnel évalue, les critères qu'il utilise, révéler la nature des « calculs » initiés à l'usager aux rouages internes, et en rendant le dispositif transparent, donne des arguments potentiels aux usagers pour réfuter la conclusion auquel arrive le professionnel à l'issue de l'évaluation. Le rapport de force initialement défavorable à l'usager quand la méthode est opaque, trouve un nouvel équilibre entre professionnel et usager, qui rend les choses moins simples et libres pour le professionnel. Elle induit une nouvelle forme de « contrôle » pour le travailleur social, d'une personne qui n'est pas du métier, qui n'a pas les mêmes codes, ni les mêmes intérêts ...
- L'équité de l'évaluation ? Pour les outils qui servent à instruire une demande d'aide, les outils d'éligibilité comme AGGIR, l'opacité de la méthode vis-à-vis de l'usager peut se justifier par la volonté de ne pas induire de comportement « adapté », de « tricherie ». L'évaluation de l'équipe APA à domicile par exemple ne se fonde (hormis pour les données médicales, communiquées par le médecin) que sur le déclaratif de la personne (et de son entourage), et très peu sur l'observation *in situ* du professionnel (il peut juger rapidement des capacités de déplacement de la personne, mais celle-ci peut là également exagérer ses difficultés ; il peut tester sa cohérence ; mais pour tout le reste, c'est l'usager qui déclare pouvoir oui ou non faire seul tel ou tel geste quotidien).
- Une forme de « paternalisme » vis-à-vis de l'usager : ce qui guide les professionnels dans leur non présentation de l'outil semble être avant tout leur « posture » vis-à-vis de la personne « fragile » à laquelle ils viennent rendre visite. L'attitude de beaucoup d'évaluateurs rencontrés est nourrie d'empathie, de compréhension, d'écoute, autant de qualités qui sont aujourd'hui le propre du travail social, et de la manière dont les travailleurs sociaux se représentent leur métier. Un de leurs principaux objectifs vis-à-vis de l'usager est de ne pas le « brusquer », de ne pas l'inquiéter, afin qu'il se sente « bien » pendant l'entretien quitte à lui masquer une partie de ce qui se joue pendant le rendez-vous. On retrouve cette posture chez de nombreux professionnels en établissement, mais également dans des équipes qui travaillent au domicile des personnes : il s'agit de rendre l'intrusion dans leur vie quotidienne, l'interrogatoire qui va leur être imposé le moins désagréable possible. Et la technique du travailleur social consiste souvent à faire passer la visite pour ce qu'elle n'est pas : un entretien social pour voir « comment ça va depuis la dernière fois ».
- Le difficile arbitrage entre pédagogie et transparence. Les professionnels au cours de la situation hésitent souvent entre la pédagogie qui consisterait à en dire peu, mais qu'au moins ce peu là soit compris par la personne (ex. comprendre précisément les étapes qui auront lieu ensuite pour l'instruction de leur demande, plutôt que la méthode employée pendant l'évaluation) ; et la transparence qui consisterait à tout dire

au risque de rendre l'ensemble de la démarche confuse pour l'utilisateur. Les professionnels agissent souvent comme si il existait pour chaque utilisateur rencontré un « crédit » d'attention et de compréhension, qu'ils estiment plus ou moins élevé pendant l'entretien (ils jugent de l'état de fatigue de la personne, ...) et qu'ils remplissent au cours de la visite de différentes informations jugées pertinentes et importantes pour l'utilisateur. Autrement dit, le professionnel se fonde sur une « intelligence de situation », et sur une multitude de facteurs (qui ne tiennent d'ailleurs pas qu'à l'utilisateur mais peut-être aussi à l'état de fatigue du professionnel lui-même par exemple ...) pour décider de la quantité d'informations qui sera délivrée à l'utilisateur. Les variations observées dans la manière de présenter les choses à l'utilisateur, et le niveau de détail avec lequel le professionnel le fait, sont considérables d'une équipe à l'autre, d'un professionnel à l'autre au sein d'une même équipe, mais également d'une situation à l'autre pour un même professionnel. Il n'existe pas de niveau minimum d'informations à délivrer à l'utilisateur sur lequel les professionnels d'une même équipe se seraient accordés.

### › Cas 3 : Situation « nommée », outil partagé

Dans quelques rares cas rencontrés pendant l'étude, l'outil est partagé entre le professionnel et l'utilisateur. Il n'est pas seulement présenté à l'utilisateur et tenu « à distance », l'utilisateur peut s'en saisir, se l'approprier. Dans ce cas on peut réellement parler de perception par l'utilisateur de l'outil (ou au moins d'une partie de l'outil) :

#### ▪ Les cas de pratiques « dissidentes »

Nous parlons de pratiques « dissidentes » dans la mesure où ce sont des pratiques relativement marginales dans les dispositifs d'évaluation rencontrés, et où les outils ne sont pas toujours conçus pour être utilisés comme le font dans ces cas les professionnels « utilisateurs ». Elles sont « dissidentes » par rapport aux pratiques implicitement acceptées et généralisées au sein de la « communauté » des évaluateurs. Mais ces normes n'étant nullement validées ni formalisées, les pratiques « dissidentes » n'enfreignent aucune règle : les règles à ce sujet (l'information des usagers) n'existent pas ou rarement.

- **Quand l'outil est envoyé et/ou présenté en amont de la visite à l'utilisateur.** C'est le cas rencontré sur un des départements de notre échantillon GEVA. Dans ce département, la MDPH conventionne des prestataires spécialisés sur les différents types de handicap afin qu'ils réalisent pour le compte de la MDPH les visites d'évaluation des besoins des personnes. Les deux prestataires rencontrés pour ce département ont chacun rédigé un document écrit d'information des usagers qu'ils leur envoient (parfois mais pas toujours) avant la visite par courrier (voir ces documents en annexe). Ces documents décrivent précisément les critères de l'évaluation, le système de notation, la manière dont sont calculés les résultats.
- **Quand l'outil est envoyé à l'utilisateur après l'entretien, une fois renseigné.** Dans une des MDPH rencontrées, un évaluateur de l'équipe a pris le parti d'envoyer à la personne l'outil renseigné par courrier après l'entretien. Cette pratique a duré un certain temps jusqu'à ce que la direction de la MDPH juge cela inapproprié et mette court à ce type de pratique.
- **Quand le professionnel relit avec la personne à la fin de l'entretien tout ce qu'il a consigné dans l'outil.** Une des professionnelles (CESF) d'un service d'aide à domicile que nous avons accompagnée pour des évaluations CRAM (GIR 5, et 6) a pris le temps dans certains cas de relire précisément avec la personne tout ce qu'elle a écrit pendant l'entretien. Mais la professionnelle ne l'a pas fait dans tous les cas, et sa collègue au sein de l'équipe n'a jamais eu cette même pratique pendant les situations que nous avons pu observer.

Situation n° 11, femme, 72 ans, difficultés de mobilité, première demande aide CRAM, évaluation outil DESIR aménagé par une conseillère en économie sociale et familiale.

Pendant tout l'entretien, la CESF pose des questions, prend des notes dans la grille. Elle est assise en face de la personne. A la fin de la visite, l'évaluatrice se lève et vient s'asseoir à côté de la personne, elle met l'outil entre elle et l'utilisateur afin que cette dernière puisse voir l'outil, et lit à voix haute avec elle ce qu'elle a coché dans la grille, et les informations qu'elle y a indiquées.

- **Quand l'évaluateur confie à l'utilisateur une partie de l'outil afin qu'il le renseigne lui-même.** Nous avons rencontré le cas d'une équipe d'évaluateurs GEVA (des prestataires conventionnés par la MDPH) qui prévoient plusieurs rendez-vous avec l'utilisateur afin d'affiner l'évaluation. Parfois à l'issue du premier rendez-vous ils confient à l'utilisateur la partie relative au projet de vie, et celle relative à l'emploi du temps d'une « journée-type » de la personne. Ils ont procédé au départ de manière anecdotique, puis voyant que les usagers renseignent effectivement l'outil entre les deux visites, et s'impliquent par ce biais dans l'évaluation, ils le font de plus en plus (mais là encore pas tout le temps, selon qu'ils y pensent, qu'ils le « sentent », ou qu'ils ont le temps, que ça se présente « bien » pendant l'entretien : ce n'est pas encore pour l'équipe une « bonne pratique » réfléchie et débattue entre eux, avec le management).

HOLE, comme GEVA, n'est pas conçu initialement pour être « partagé » avec l'utilisateur (langage médical utilisé, ...voir l'outil en annexe). Pourtant, il semble que dans la pratique, les « utilisateurs » se sont rendus compte que les usagers peuvent parfois renseigner eux-mêmes une partie de l'outil. Leur auto-évaluation en amont de l'examen médical permettant au professionnel d'enrichir l'évaluation menée (cette pratique nous a été contée par un professionnel « utilisateur », mais nous n'avons pas pu observer de situation telle, ni rencontrer d'utilisateur l'ayant expérimentée).

- **Les cas d'outil « atypique »**

Dans l'ensemble de l'échantillon des outils qui nous a été confié par la CNSA pour l'étude, un seul outil est conçu pour être renseigné par l'utilisateur lui-même. Il s'agit d'OSE qui a été développé par le Docteur Vernay au CHU de Clermont Ferrand. Cet outil tient sur une seule page (voir en annexe) et demande à l'utilisateur via des pictogrammes de se situer sur une échelle de difficultés concernant les différents actes importants de la vie quotidienne.

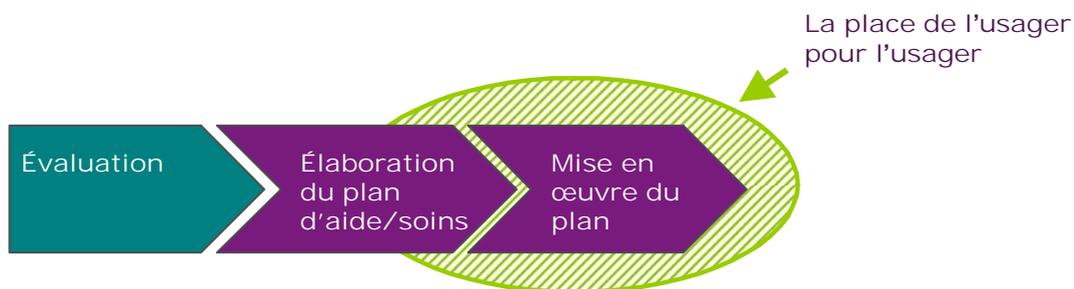
Au-delà de OSE et de notre échantillon, il existe d'autres outils en France conçus pour que l'utilisateur s'auto-évalue. Dans l'établissement accueillant des enfants polyhandicapés que nous avons rencontré à propos de l'outil MAP (Site 14), l'équipe a introduit le questionnaire QUALIN qui est confié aux familles des enfants afin qu'ils puissent mesurer la qualité de vie de leur enfant telle qu'ils la conçoivent (voir l'outil en annexe). L'outil ainsi « auto »-renseigné est un support de dialogue et d'échanges avec la famille afin de mieux diagnostiquer l'état de l'enfant, afin également de connaître les difficultés que peuvent rencontrer les familles face au handicap de leur proche. Comme OSE, le questionnaire QUALIN a ceci de différent des autres outils de l'échantillon qu'il est écrit dans un langage « universel » qui peut être entendu à la fois par le professionnel et par l'utilisateur.

Dans ce cas, il existe un réel partage de l'outil entre professionnel et usager. Tous deux confrontent leur vision des difficultés de la personne au travers d'un outil dont ils disposent tout deux, et qui leur permet de dialoguer à partir d'un référentiel commun. **On se situe ici au degré « maximum » de l'information de l'utilisateur sur l'outil et sur la démarche.**

## 2. La place de l'utilisateur pour l'utilisateur se situe aujourd'hui moins sur le champ de l'évaluation que sur le plan d'action qui en découle

Les entretiens que nous avons eus avec des usagers récemment évalués n'ont pas été faciles. L'objet était de recueillir leur perception du moment d'évaluation, de connaître quel avait été leur vécu de la situation d'évaluation en elle-même (en tentant de la distinguer de leur

perception des *résultats* de cette évaluation). Ce qu'ils retiennent de l'entretien est bien avant tout le résultat auquel il a abouti : la proposition d'une heure d'aide à domicile par semaine supplémentaire, la possibilité ou non de se faire financer un fauteuil roulant sans faire d'avance, ... De leur point de vue, la distinction entre le moment de l'évaluation (juger de leurs capacités ou non à faire seuls les actes essentiels de la vie quotidienne, connaître leur environnement, prendre en compte leurs souhaits et leurs projets) et l'élaboration du plan d'aide ou de soins n'existe pas ; d'ailleurs le lien de cause à effet entre les deux leur est relativement opaque, la manière relativement « informelle » dont se passe l'entretien la plupart du temps (réponse aux questions au fil de la conversation) interdit à l'utilisateur de penser qu'il y a une technique « scientifique » qui conduit à la proposition dudit plan d'aide. L'outil est opaque pour la personne, et elle ne connaît pas exactement les tenants et les aboutissants de la situation, sa perception en est influencée : la partie strictement « évaluative » de l'entretien est vite éclipsée dans l'esprit des personnes par les modalités pratiques de mise en œuvre du plan.



En effet, au-delà même du plan d'aide et de soins élaboré par le professionnel, ce qui préoccupe les personnes tient à la manière dont va être mis en œuvre le plan. Dans AGGIR par exemple, la plupart des usagers réagissent assez peu par rapport au nombre d'heures que leur propose le professionnel, mais en revanche sont plus avides d'information, et plus inquiets quant aux points suivants :

- Qui est la personne qui va venir les aider ? Vont-ils malgré l'augmentation du nombre d'heures pouvoir garder la même aide à domicile ? Vont-ils pouvoir changer d'auxiliaire de vie car ils n'en sont pas satisfaits ? La réponse à cette question conditionne bien souvent leur accord ou leur refus pour faire varier le nombre d'heures dans le plan d'aide ...
- A quelle heure va-t-elle venir ? Si c'est trop tôt le matin ou trop tard le soir, certains refuseront par exemple qu'une aide à domicile vienne les aider, ...
- Qu'est-ce la personne pourra aider à faire dans la maison ? ...
- Combien le plan d'aide va leur coûter ? Notamment, est-ce que l'APA est déduite de l'héritage, ... ?
- Est-ce qu'ils doivent faire une avance pour payer le matériel médical (dans le cadre de la PCH notamment) ?
- ...

Les besoins des usagers tels qu'ils se les définissent ont moins trait à un volume d'heures d'aide ou à un montant d'aide financière pour réaliser des travaux, qu'à la manière dont l'aide va être mise en place : Est-ce que je m'entendrai bien avec cette personne qui viendra tous les jours chez moi ? Est-ce que les travaux m'obligeront à quitter la maison pour un moment ? ...

De ce point de vue, les objectifs que se fixe le professionnel dans le cadre d'une évaluation APA (évaluer de manière juste un volume d'aide financière compte tenu des difficultés de la

personne) et ses marges de manœuvre (uniquement un montant financier mais en aucun cas une organisation de la prestation de service de la structure d'aide à domicile en aval de l'élaboration du plan) sont en décalage avec les objectifs qui sont importants pour l'utilisateur : la qualité du service rendu par le prestataire.

En bref, les usagers ont beaucoup plus à dire sur leur perception de l'aide qui leur est apportée que sur le moment où le plan a été élaboré, et même plus en amont sur le moment où leurs besoins ont été définis avec le professionnel. Ils ont un avis sur la qualité du travail de l'aide à domicile, sur la manière dont le prestataire a su ou non prendre en compte leurs desiderata, ... mais beaucoup moins sur le passage de l'évaluateur qui n'a duré qu'une heure en moyenne, parfois moins, et dont ils identifient parfois avec difficulté l'objet et les enjeux (ils ne connaissent pas les marges de manœuvre dont dispose le professionnel par rapport au plan d'aide qu'ils vont proposer, ils ne connaissent pas les possibilités d'action de l'évaluateur sur la structure d'aide à domicile ensuite, ...).

Pour l'utilisateur aujourd'hui, ce qui semble important c'est d'avoir son mot à dire sur la qualité des prestations, la mise en œuvre du plan, bien en aval du moment de l'évaluation, qui dans son esprit est souvent perçue comme relativement anecdotique dans la mesure où :

- il y a rarement de désaccord puisque l'utilisateur ne connaît pas le référentiel de l'évaluation. Il ne perçoit pas non plus l'importance qu'a le moment de l'évaluation, l'espace qu'il occupe dans l'ensemble du dispositif. Le moment d'évaluation est donc souvent un moment relativement « neutre », « lisse » pour l'utilisateur. Il est démuné pour réagir, il est « désinvesti ».
- on ne laisse pas entrevoir à l'utilisateur la place qu'il pourrait avoir dans le moment d'évaluation autre que la simple transmission d'informations sur son état de santé, sa capacité à se débrouiller ou non seul.
- l'utilisateur ne sait pas exactement ce qu'il peut attendre de la situation, ce à quoi elle aboutit finalement (dans la plupart du temps les résultats de l'évaluation en elle-même ne sont pas transmis, on se contente de transmettre le plan d'aide) : on est donc bien en peine pour la juger, pour porter un avis sur la qualité de l'évaluation ...

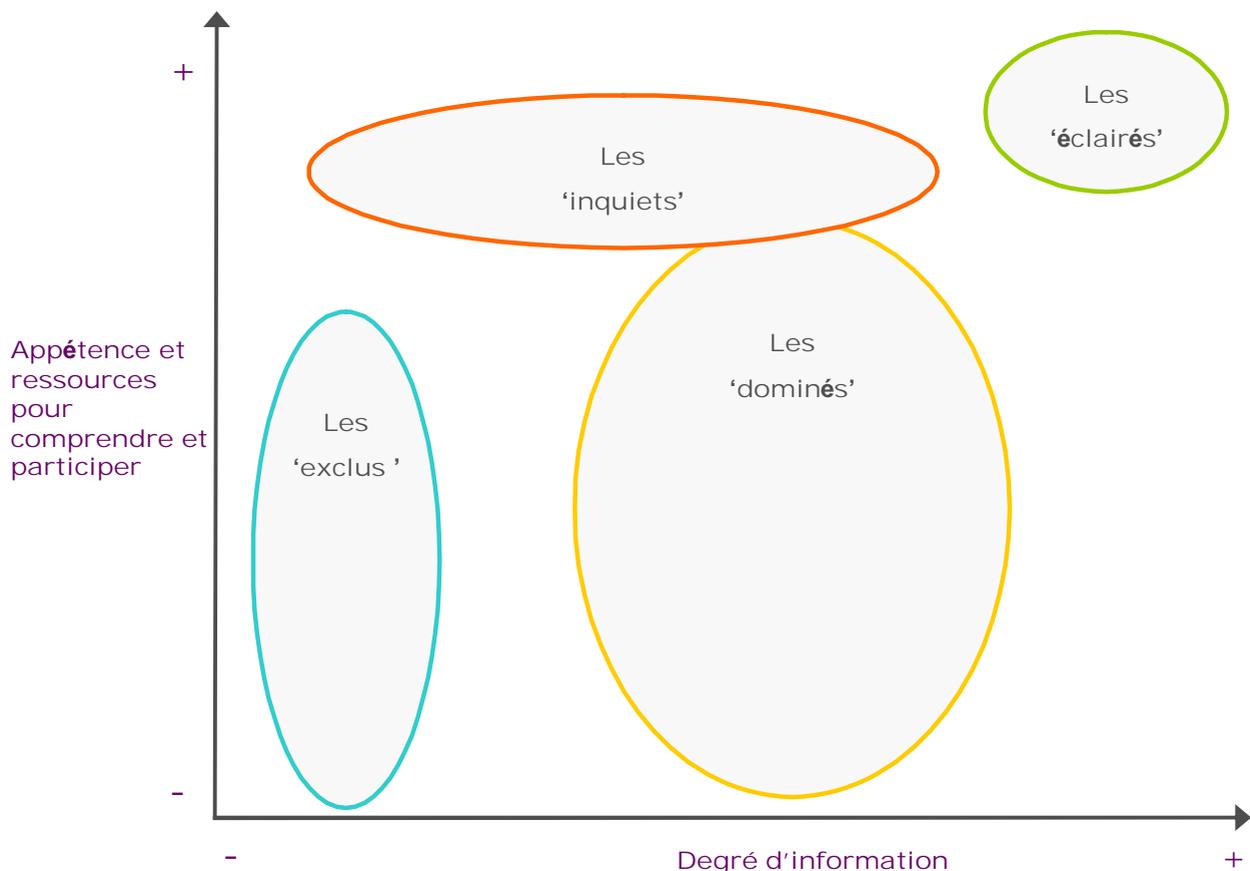
### 3. Une typologie des usagers selon leur perception des outils/démarches

Même si, comme nous l'avons rappelé dans le premier chapitre sur la méthodologie, les outils de l'échantillon sont très différents les uns des autres de par leurs objectifs, leur contenu, leur stade de développement, et le type de professionnels qui les utilise, il est possible de distinguer de manière transversale et commune à tous les outils d'évaluation des « attitudes-types » d'usagers lors des moments d'évaluation.

Pour contourner la difficulté de la faible visibilité des outils par les usagers, nous avons analysé leur perception non pas de la méthode en elle-même mais plutôt leur vécu de la situation d'une manière générale, en insistant sur ce qui nous est apparu comme un point clé : le degré de compréhension par l'utilisateur de ce qui « se trame » pendant ce moment.

Plus précisément, dans la typologie que nous avons élaborée ci-dessous, ce qui différencie nos quatre « catégories » d'usagers (les « non informés », les « inquiets », les « dominés » et les « éclairés ») repose principalement sur deux variables :

- une variable « extérieure » à l'utilisateur : le niveau d'information qui lui est communiqué à propos de la situation d'évaluation, une information qu'il aura pu recevoir de l'équipe des évaluateurs, ou de son entourage, ...
- une caractéristique « intrinsèque » à l'utilisateur : son appétence et les ressources dont il dispose pour comprendre la situation et y participer (son état de santé, son niveau socio-culturel, ...).



### a. Premier axe de la typologie : le degré d'information de l'utilisateur

Le degré d'information de l'utilisateur varie beaucoup d'une situation à l'autre, c'est ce que nous avons montré dans la partie « L'utilisateur perçoit peu de choses... ».

- Tout à gauche de l'axe des abscisses, les usagers qui ne sont pas tenus informés que les professionnels évaluent leurs besoins via un outil/démarche spécifique.
- Au centre de l'axe des abscisses, les usagers « moyennement » informés : ils savent que leurs besoins sont évalués par les professionnels, mais dans la plupart du temps l'outil ne leur est pas présenté, et n'est d'ailleurs même pas toujours visible pour l'utilisateur.
- A droite de l'axe des abscisses, les usagers les plus informés, soit parce qu'ils ont eu l'occasion de prendre connaissance de l'outil (ils ont pu en remplir certaines parties, on leur a communiqué la méthode en amont de la visite, ...), soit parce que les usagers peuvent avoir glané des informations par un autre biais que celui de l'évaluateur et connaître déjà bien les dispositifs d'évaluation, leur maladie, ... Ils sont mieux informés que les autres usagers du fait d'un « capital » qu'ils ont acquis par ailleurs. Ces usagers sont minoritaires parmi ceux que nous avons rencontrés.

### b. Deuxième axe : l'appétence et les ressources de l'utilisateur pour comprendre et participer à la situation d'évaluation

Elles dépendent :

- Des enjeux de l'évaluation pour l'utilisateur tels qu'il les perçoit (enjeu financier ; enjeu par rapport à leur projet de vie, par exemple le souhait de rester à tout prix à domicile ; désir de faire le maximum toute seule ; enjeu affectif, par exemple la nécessité de « soulager mes proches » ...)
- De sa forme physique, mentale et intellectuelle pour comprendre l'évaluation et pour y participer (difficulté pour participer quand problèmes cognitifs, grande fatigue, difficulté à se concentrer, ...)
- La manière dont il est entouré, accompagné par ses proches (un proche peut encourager l'utilisateur à participer en lui soulignant l'enjeu de l'évaluation, ou au contraire il peut faire écran et entraîner plutôt une position de retrait de l'utilisateur)
- Son degré de volonté d'avoir toujours son mot à dire, de s'exprimer, de décider pour lui-même (certaines personnes mettent plus en avant une personnalité forte, d'autres semblent avoir « baissé les bras »)
- Sa propre vision de la place de l'utilisateur, et de l'expertise du professionnel (se sent-il légitime pour parler face au professionnel ? ...)

### c. Les usagers « exclus »

Ils sont exclus du processus d'évaluation car ils ne sont même pas informés de l'existence de cette démarche.

- **Profil usager :** Ce sont des usagers résidant dans des établissements (pour personnes âgées ou pour personnes handicapées), souvent des personnes diminuées physiquement et/ou intellectuellement.
- **Type situation :** Les professionnels évaluateurs les connaissent et peuvent évaluer leurs besoins sur la base de leurs observations. Ils n'ont pas besoin de l'utilisateur comme source d'information. Les familles, l'entourage sont eux aussi tenus à l'écart de l'évaluation, ils n'en ont pas connaissance. Les professionnels leur posent parfois quelques questions pour

parfaire leur diagnostic mais dans le cadre de conversations informelles. L'évaluation en elle-même n'est jamais nommée, l'existence d'un outil jamais révélée.

- **Perception de la situation :** De fait aucune. Les usagers perçoivent et ont un avis sur la qualité de l'accompagnement mais ne connaissent pas les outils utilisés par les professionnels en amont. Quand ils sont associés ce sont à d'autres outils de prise en compte de leur parole : conseil de vie sociale, élaboration d'un projet de vie personnalisé, questionnaire satisfaction, ...
- **Pour quels outils ?** Des cas rencontrés avec RAI en établissement, SMAF, MAP, AGGIR établissement

*Exemple de situation (site n°13) :* Foyer de vie pour personnes déficientes intellectuelles. Les professionnels utilisent MAP depuis trois ans. Ils le remplissent en réunion d'équipe.

Ni les usagers, ni les familles ne sont au courant de l'utilisation de MAP par les professionnels. L'expression des souhaits et des désirs de la personne, le travail avec les familles se fait parallèlement. Tous les ans, le référent de la personne se réunit avec l'utilisateur et avec sa famille pour préparer une réunion de projet qui rassemble des membres de l'équipe et l'utilisateur afin de faire le point sur l'année et de se projeter dans l'année suivante. L'outil principal de dialogue est l'emploi du temps qui indique grâce à des pictogrammes les différentes activités du résident. Les professionnels disposent en « sous-main » de l'évaluation MAP de la personne, mais l'utilisateur ne le voit pas.

*Exemple de situation (site n°10) :* EHPAD. Les professionnels utilisent RAI depuis 2 ans. Ils le remplissent en réunion d'équipe pluridisciplinaire pour quelques résidents en perte d'autonomie (établissement accueillant des personnes à la retraite qui sont parfois en très bonne forme physique et mentale). Ils remplissent l'outil et ils élaborent un projet de soins/projet de vie avec des items tels que Projet de soins : « Lui proposer des sorties à B. » ; Projet de vie « A partir de l'enquête de satisfaction nous savons que c'est son souhait. Favoriser la prise de décision. » (voir un exemple d'outil en annexe). Les usagers ne savent pas que les professionnels se réunissent autour d'un outil pour étudier leur situation. Leur parole est recueillie via d'autres supports, notamment un questionnaire satisfaction. Récemment la question de l'évaluation a été évoquée en conseil de vie sociale.

#### d. Les usagers « inquiets »

##### ⌋ Premier cas : en établissement

- **Profil usager :** Ce sont des usagers résidant dans des établissements (pour personnes âgées ou pour personnes handicapées). Ils ont peu de difficultés cognitives.
- **Type situation :** Peu ou prou la même situation que pour les usagers « exclus ». Les professionnels ne les ont pas informés que leur situation est étudiée par les professionnels via un outil d'évaluation. Mais ils ont accès à des « bribes » d'information : par exemple un tableau de synthèse accroché dans leur salle de bains, un groupe GIR mentionné sur une facture, ou la visite d'un médecin inconnu qui explique « être un médecin de l'Administration. On vient vous poser quelques petites questions, voir si tout va bien, voir de quelles aides vous avez besoin ».
- **Perception de la situation :** Ils sont intrigués, plus curieux de savoir ce qui se trame que les usagers « non informés ». Mais ils n'ont pas suffisamment d'éléments d'information pour comprendre ou pour se sentir en situation de poser des questions. Cela se traduit par une forme d'inquiétude plus ou moins mise en avant.
- **Pour quels outils ?** Des cas rencontrés avec SMAF, AGGIR établissement

*Exemple de situation:* Situation n°34, entretien collectif autour de l'outil SMAF avec 3 résidents EHPAD. Les professionnels utilisent SMAF depuis plusieurs années, sans l'avoir jamais évoqué avec les résidents. L'outil est rempli au sein de l'équipe sur la base de leurs observations.

Lors de notre enquête, nous rencontrons trois résidents en entretien collectif. Assez spontanément l'un d'entre eux s'exclame : « Ah mais vous voulez parler de ce tableau qui est accroché dans notre salle de bains. Pourquoi on ne nous explique pas à quoi cela sert ? On aimerait bien savoir ».

Avant cette rencontre l'ensemble de l'équipe avait longuement expliqué que les résidents n'étaient pas en capacité de comprendre ces outils et qu'une telle information serait susceptible de les déstabiliser... ()

*Exemple de situation:* Situation n°88, contrôle du « GIRage » en établissement par un médecin du Conseil Général). EHPAD. Visite du médecin du Conseil Général et du médecin de l'Assurance maladie pour le contrôle du « GIRage » au sein de l'établissement. L'objet de la visite des médecins est tout à fait opaque pour les personnes. La visite n'est pas annoncée (les dossiers des personnes à rencontrer sont tirés au sort quelques minutes auparavant), et présentée comme « la visite de deux médecins de l'Administration qui viennent voir si tout va bien et qui aimeraient si vous en êtes d'accord vous poser quelques questions. »

Une des personnes évaluées (GIR 4) fait le lien lors de la visite des médecins et comprend de quoi il s'agit (c'est la seule des vingt personnes évaluées). Elle intervient : « Attention à ce que vous faites, parce que la dernière fois sur ma facture vous m'avez changé mon groupe et j'ai payé plus cher »

## › Deuxième cas : à domicile

- **Profil usager :** Ce sont des personnes âgées ou en situation de handicap qui ont peu de troubles cognitifs ou qui sont accompagnés par des aidants informels. Qui perçoivent des enjeux dans l'évaluation : financier, en terme de liberté de décision, ...

Ce peuvent également être des personnes avec des troubles cognitifs, ou des personnes avec difficultés linguistiques, qui ne se sentent pas en capacité de participer/comprendre malgré une forte envie de pouvoir le faire.

- **Type situation :** La personne participe à la séquence d'évaluation. On lui explique l'objectif de la visite, mais elle ne saisit pas toujours la complexité du dispositif, et n'arrive pas à situer précisément ce qu'elle peut attendre de la situation.

La plupart du temps, l'outil est visible mais ne lui est pas présenté. Elle ne voit pas ce que la personne écrit, les notes qu'elle prend.

Ce sont souvent des situations où il y a un décalage entre la demande initiale de la personne et les objectifs de la situation.

- **Perception de la situation :** La personne a l'impression de mal maîtriser les tenants et les aboutissants de la situation, les règles du jeu. Elle ne sait pas comment elle doit se comporter, ce qui est dans son intérêt ; ou bien elle ne sait pas ce qui en résultera et cela l'inquiète. Elle se sent fragile.

Elle dit souvent s'être inquiétée avant la visite :

« Je pensais que c'était un contrôle type Inspection du travail » (situation n°11, femme, 72 ans, difficultés de mobilité, première demande CRAM, évaluation DESIR aménagé par une conseillère en économie sociale et familiale)

Avant la visite « J'étais plutôt anxieuse, j'avais peur d'être jugée, qu'il y ait des préjugés, peur d'être catégorisée ... » (situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue)

Son inquiétude est perceptible lors de la situation de par les questions qu'elle pose pour essayer de mieux comprendre, de réduire l'asymétrie d'information.

L'inquiétude de certains peut perdurer après la situation et aller jusqu'à l'annulation de la demande d'aide ...

- **Pour quels outils ?** Cas rencontrés AGGIR, GEVA, GEMAPA, DESIR

*Exemple de situation* : Situation n°6, femme, 73 ans, problèmes de mobilité, renouvellement aide CRAM après 1 an, évaluation outil DESIR aménagé par une conseillère en économie sociale et familiale.

La CESF vient lui rendre visite pour un renouvellement de l'aide CRAM. Elle est seule, et parle mal le français. Pendant l'entretien la CESF prend du temps pour remplir l'outil, ce qui laisse de grands silences, pendant lesquels la personne baisse les yeux. Ce qui lui importe c'est de pouvoir changer sa baignoire en douche, mais l'explication de la CESF est très compliquée : explication des différentes sources de financement, ... et elle ne peut pas répondre à ses questions : « Quand ? » Et « combien ça coûte ? » L'évaluatrice lui parle du remboursement d'une partie des soins de pédicurie, et lui propose de le mettre dans le plan. L'utilisateur lui dit qu'elle n'a pas de problèmes, mais l'évaluatrice lui explique qu'à son âge elle doit en avoir, qu'elle va le mettre dans le plan, mais qu'elle ne sera pas obligée de l'utiliser. L'utilisateur laisse apparaître son inquiétude (combien ça va me coûter ?) et demande si la CESF veut bien appeler sa fille. L'évaluatrice hésite puis finalement appelle.

*Exemple de situation* : Situation n°37, homme, 21 ans, déficience intellectuelle, première demande de PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale.

Présence de sa maman, 60 ans. La mère commence, très sèche : « Je ne vous connais pas vous. Qui êtes vous ? ». Elle poursuit en expliquant que c'est scandaleux qu'ils n'aient toujours pas reçu la carte de stationnement, que son fils n'a toujours pas de place en foyer occupationnel, et que la curatelle ne fait absolument pas son travail ... Elle semble se méfier beaucoup pendant tout le début de l'entretien (elle ne semble pas comprendre précisément les objectifs de la visite), et se détend peu à peu au fur et à mesure que l'AS lui explique qu'elle peut peut-être l'aider à trouver une place en foyer occupationnel, et qu'en attendant son fils pourrait avoir des aides humaines. A la fin de l'entretien, la femme dit à son fils : 'Tu vois Nicolas, là on va peut-être avancer ...'

## e. Les usagers « dominés »

Ils le sont compte tenu de la situation d'évaluation. Peu informés, « demandeurs » d'une aide, méconnaissant leurs droits, ils subissent la situation d'évaluation.

- **Profil usager** : Il s'agit d'une grande partie des usagers rencontrés parmi ceux qui participent à la situation d'évaluation, à la fois personnes âgées et personnes handicapées, ou leurs accompagnants.
- **Type situation** : La personne est présente lors de l'évaluation de ses besoins. Le professionnel lui pose des questions pour comprendre ses besoins, remplir son outil.

L'objectif de la visite est présenté de manière variable selon le professionnel et la situation. L'outil ne fait jamais vraiment l'objet d'une présentation. Il est souvent présenté de manière elliptique par les professionnels : « Je regarde ma petite grille d'évaluation, je vérifie pour voir si je n'ai pas oublié de poser quelques questions. » (Situation n°29, femme, 20 ans, problème d'épilepsie, première demande de PCH, évaluation GEVA par une psychologue)

L'utilisateur « dominé » n'est pas toujours à l'origine de la demande d'aide. Elle peut venir de l'AS de l'hôpital dont la personne vient de sortir, ou d'un proche (AGGIR, GEMAPA, DESIR, GEVA). L'évaluation peut être établie sur l'initiative du professionnel lors d'une situation qui avait un autre but pour l'utilisateur (cas d'EGS ODGAM où le gériatre fait un bilan EGS « global » de la personne, quand son médecin traitant l'a orienté pour un bilan-mémoire ; cas de

GEVA quand les professionnels viennent faire une évaluation PCH alors que l'utilisateur était venu à la MDPH pour une carte de stationnement).

- **Perception de la situation :** Ils ont assez peu d'avis sur la situation. Très conciliants pendant l'entretien, répondant aux questions sans faire d'histoire. Ils sont même parfois très prolixes, et détaillent leur vie passée, leur famille, ... Ils se satisfont de la situation, de ses résultats, et n'ont rien à dire en particulier. Ils laissent le professionnel faire son travail, et finalement peu semble leur importer. :

« J'ai bon moral, c'est ça le plus important. » (Situation n°76, homme, 75 ans, ostéoporose, première demande d'APA, évaluation avec AGGIR par une assistante sociale)

« Si je réfléchissais trop je partirais de chez moi ... [...] Je me préoccupe pas trop de l'avenir... » (Situation n°2, femme, 90 ans, problèmes mobilité et vue, renouvellement APA après 3 ans, évaluation GEMAPA par une assistante sociale)

Ce qu'ils retiennent de la situation tient souvent à la qualité du moment passé avec le professionnel:

Le mari de la personne évaluée - « Elle était bien gentille. » (Situation n°1, femme, 79 ans, problèmes de cohérence et de mobilité, révision du plan d'aide APA suite à une hospitalisation, évaluation GEMAPA par une assistante sociale)

Ils sont parfois en retrait du fait de la présence d'un proche qui prend le « leadership » dans la conversation. Ils prennent l'aide qu'on veut bien leur donner, ils sont déjà satisfaits de ce qu'on s'occupe d'eux. Leur attitude prend la forme d'une certaine passivité, et d'un fatalisme issu à la fois de leur maladie/vieillesse, de leur « pauvreté » (ils sont contraints de faire appel à l'assistance publique), et de l'asymétrie d'information constitutive de la situation.

- **Pour quels outils ?** AGGIR, GEVA, GEMAPA, EGS, DESIR

*Exemple de situation :* situation n°32, homme, 50 ans, sclérose en plaque, ne peut plus marcher, bouge ses membres avec difficulté, première demande de PCH, évaluation GEVA conjointe par une assistante sociale et une ergothérapeute.

L'évaluation a lieu au domicile (La femme de l'utilisateur était venue à la MDPH pour un renouvellement de la carte de stationnement, et c'est à ce moment qu'on lui a conseillé de faire une demande d'évaluation PCH). L'homme est dans un fauteuil dans sa chambre, trop petite pour accueillir tout le groupe (la femme de l'utilisateur, 2 évaluateurs, une revendeuse, la personne ASDO et plus tard le kinésithérapeute). Nous nous installons sur une table ronde dehors sur la terrasse. L'utilisateur est à 5 mètres de la table, à plusieurs reprises la femme fait écran et nous ne voyons plus son mari, elle tient parfois un discours assez ironique, accusateur sur les difficultés qu'il rencontre et ce qu'il fait de ses journées. Il souhaite souvent s'exprimer mais parle avec difficultés et peine à couper les bavards ... (notamment sa femme). Pendant la visite, nous comprenons que son projet le plus important consiste à pouvoir sortir de chez lui, à avoir un fauteuil électrique adapté. Ce qu'il n'a jamais eu depuis dix ans qu'il est malade et ne peut plus sortir de sa chambre.

Entretien avec l'utilisateur quelques heures après l'évaluation : Selon lui, c'était bien que sa femme soit là « parce que c'est elle qui est au courant pour les papiers », et que lui n'aurait pas su répondre à toutes les questions notamment le taux pour l'aide tierce personne, ... Il dit que ça ne le dérange pas que tout se soit passé sur la terrasse dehors et pas dans sa pièce, il entendait ou quand il décrochait, il savait que sa femme était là pour répondre aux questions.

Il s'attendait à « un contrôle », un « contrôle de mon handicap ». Pour lui le fait que ce rendez-vous ait été fixé a été « une grande surprise », un « grand étonnement ». Il ne s'y attendait pas. Il y a trois ans, une assistante sociale était venue, ils lui avaient dit qu'ils revenaient au printemps pour « me faire passer le permis comme ils disent (fauteuil électrique) » et puis ils ne sont jamais venus.

Il s'attendait à un contrôle et à ce qui s'est passé finalement : beaucoup de bruit pour rien, pour finalement s'entendre dire qu'il fallait faire une avance, et sa femme et lui n'ont pas les moyens de la faire : « Adieu fauteuil ! ». Comme ils n'ont parlé de l'avance qu'à la toute fin, il dit avoir eu l'impression d'avoir en face de lui « des vendeurs de matériel » ....

*Exemple de situation* : Situation n°13, homme, 55 ans, sous assistance respiratoire, première visite responsable de secteur pour définir les tâches à réaliser par le service d'aide à domicile, utilisation DESIR par une conseillère en économie sociale et familiale.

C'est la sœur qui a fait la demande à l'AS de secteur que son frère soit aidé pour le ménage et pour le linge car cela devient trop lourd pour elle. L'AS de secteur s'est entendue avec la responsable de secteur (CESF) pour voir comment financer les heures de ménage pour la personne. Elles se sont entendues sur la sollicitation de la Sécurité Sociale en attendant que la demande de pension d'invalidité de l'utilisateur soit instruite. La visite à domicile consiste donc à remplir le dossier de demande d'aide à la Sécurité Sociale, à la faire signer par l'utilisateur, à lui présenter l'association, à lui faire signer la proposition de devis et à lui laisser le contrat qu'il pourra relire ensuite et renvoyer à l'association une fois signé.

Pendant l'entretien, l'utilisateur est très conciliant. Il répond posément à chacune des questions que pose la responsable de secteur sans lui en poser en retour. Il accepte tout ce que lui propose la responsable, signe ce qu'il y a à signer sans lire.

Quand la professionnelle lui explique que cela serait une intervention de deux heures par semaine et lui demande :

- « C'est ce que vous aviez imaginé ? »
- « Oui ... Je ne voulais pas tant que ça ... »
- « Et vous, vous êtes d'accord pour qu'on vienne vous aider ? »
- « Oui ... On me pousse derrière ... [Fait référence à sa sœur] »

*Exemple de situation* : Situation n°51, homme, 87 ans, début d'Alzheimer, EGS, première évaluation en présence de sa fille, évaluation avec EGS OGDAM par un médecin et une infirmière

« Médecin : - « Dites moi pourquoi vous êtes venu me consulter ? »

Patient : - « Mais c'est vous qui allez me le dire Docteur. »

En fait la personne est orientée par son médecin traitant avec l'appui de sa fille pour une consultation mémoire. La personne, elle, se « sent bien » et de toute évidence n'aurait pas consulté spontanément. L'évaluation se révèle très approfondie et porte sur de nombreux aspects de la vie de la personne. L'information qui lui sera délivrée sera « minimale ». Sa fille bénéficiera d'une information plus « détaillée », même si elle éprouve de grandes difficultés de compréhension par rapport à la terminologie médicale utilisée. « Vous pouvez me parler en Français docteur, je ne comprends rien. Cela sert à quoi tous ces examens. Quelle maladie il a mon père : est-ce Alzheimer ? »

## f. Les usagers « éclairés »

- **Profil usager** : minoritaires dans notre échantillon ce sont des usagers ou des accompagnants, personnes handicapées ou personnes âgées. Souvent d'un milieu socio-culturel favorisé, avec une habitude/culture des dispositifs, une connaissance des réseaux, une capacité à trouver les informations, une connaissance de leur maladie et une capacité à s'auto-évaluer selon le même référentiel que les professionnels. Ils connaissent le langage des professionnels, et savent échanger avec eux sur la base de leurs codes.

Ils connaissent également leurs droits en tant qu'utilisateur, et entendent qu'ils soient respectés, même s'ils ne sont pas toujours en situation de « maîtrise » suffisante pour exiger qu'ils soient respectés (le droit d'accès au dossier notamment).

- **Type situation :** Ce sont les mêmes situations que celles que vivent les usagers « dominés » et les usagers « inquiets » (deuxième cas).

Ce sont aussi les situations où les professionnels visent « l'éducation » des usagers comme levier de réussite des plans de soins/d'aide (OSE).

- **Perception de la situation :** Les usagers participent activement à l'évaluation. Ce sont les seuls à avoir un regard critique sur les outils. Ils se sentent en capacité, presque d'égal à égal avec le professionnel.

Ils savent argumenter leurs décisions, et orienter celles des professionnels en face d'eux. Ils sont en réelle posture de négociation face au professionnel.

- **Pour quels outils ?** GEVA, AGGIR, OSE, ...

*Exemple de situation :* Situation n°64, femme, 35 ans, trisomie 21, première demande PCH, évaluation GEVA par un éducateur spécialisé.

Lors de la visite à domicile de l'évaluateur (éducateur), les deux parents sont présents. Ils travaillent tous deux au Conseil Général. La maman s'est beaucoup renseignée sur la PCH, et a notamment pris contact à ce propos avec la directrice de la MDPH elle-même, ce qu'elle mentionne à l'évaluateur. Les parents ont déjà construit leur projet avec leur fille et savent l'exposer clairement, l'argumenter auprès des professionnels. Ils frappent aux différentes portes pour savoir comment le mettre en œuvre.

L'équipe évaluatrice leur avait envoyé avec le courrier d'annonce de la visite un document présentant les différents critères de l'évaluation. Au début de l'évaluation, la maman l'a sous les yeux et commence : « Donc du point de vue des déplacements, ... » Le professionnel s'arrange pour reprendre la main. Ils jouent ensuite bien le jeu de laisser d'abord leur fille s'exprimer puis de compléter si le professionnel le leur demande.

Ils n'hésitent pas à se faire expliquer ce que peut prendre en compte la PCH, ce qu'elle ne peut pas afin de voir comment ils ont le plus intérêt de s'organiser. Ils sont vraiment partie prenante de l'élaboration du plan d'aide, même si le professionnel ne sait pas répondre à toutes leurs questions tellement elles sont pointues...

*Exemple de situation* : situation n°79, au sein d'un entretien de groupe autour des outils OSE et HOLE, femme, 55 ans, sclérose en plaques depuis plusieurs dizaines d'années, elle marche encore.

Elle est très active dans des associations, ou groupes de parole avec des personnes atteintes de la même maladie qu'elle. Nous participons à un déjeuner où elle échange avec deux amies qui ont une SEP. Elles parlent de comment elles vivent leur maladie : Béatrice se refuse à tout prix à aller en fauteuil : « Le fauteuil pour moi c'est mourir ». Elle explique que les gens autour d'elle n'acceptent pas sa maladie et qu'elle-même a beaucoup de mal à l'accepter. Elle est très réflexive, se demandant pourquoi ça lui arrive à elle, elle exprime que c'est dur, qu'elle se bat contre la maladie, que la mort lente lui fait peur. Elle se bat en continuant à marcher, car pour elle le fauteuil c'est perdre ses muscles plus vite. Elle a « un coach » comme elle l'appelle, qui l'aide à conserver sa marche. Elle avait fait une mauvaise chute et s'était cassé le coude d'où six mois d'hospitalisation. Le médecin voulait absolument lui mettre une prothèse. Elle a refusé disant qu'elle voulait tenter la rééducation d'abord. Et ça a marché ... Le fait d'avoir tenu tête à un médecin semble constituer un moment fort qu'elle aime raconter.

Lors de « l'atelier » d'auto-évaluation via les outils OSE et HOLE, elle a un regard vraiment critique et constructif, rentrant dans le détail des items de l'outil, conseillant de les diviser en deux, ou d'en ajouter un, ... Elle lance la réflexion sur la communication des informations entre les professionnels qui l'accompagnent et pose le dilemme entre meilleure information donc meilleur accompagnement, et risque de dérive quand on donne toutes ces informations sur soi. Elle imagine que ce serait intéressant d'avoir une clé sur laquelle elle aurait la main, et grâce à laquelle elle pourrait décider de donner accès à telle ou telle information au professionnel qu'elle a en face d'elle.

Elle conclue à propos de l'outil OSE : « Oui c'est pas mal mais il faut que le médecin soit là. Même s'il nous le donne à remplir, après la discussion est ouverte. C'est essentiel pour savoir où on se situe pour démarrer l'entretien différemment : dire ce que nous on ressent et ce que lui il voit. C'est une ouverture sur le dialogue. Il n'y a rien de plus désagréable qu'un médecin qui a un a priori sur votre situation ... Ce sont deux façons de voir la médecine très différentes. Il y en a qui veulent tout gérer, tout maîtriser. Et eux ils n'aimeront pas cet outil. Et puis il y a ce qui n'est pas seulement médical, dans le bouquin... »

# POSTURES DES PROFESSIONNELS FACE A L'USAGER

Il est apparu clairement pendant notre terrain qu'au-delà des outils en eux-mêmes (leurs objectifs et la manière dont ils sont conçus), ce qui détermine avant tout la « place » et la perception de l'utilisateur est la posture du professionnel, sa manière de « faire place » à l'utilisateur.

Pendant les « tournées » où nous avons accompagné les évaluateurs au domicile des personnes, ou dans les établissements, nous avons pu recueillir beaucoup de matériel sur la manière dont les professionnels eux-mêmes vivent ces moments, et comment ils projettent que les utilisateurs les vivent ; la façon dont ils s'y prennent pour associer les utilisateurs et les questions que cela peut leur poser. Nous avons également rencontré au cours de l'étude les « concepteurs » de certains outils, ou leurs « ambassadeurs » en France (quand ce sont des outils qui ont été conçus à l'étranger et « importés » en France), de même que les encadrants qui ont introduit l'outil au sein de leur équipe. Cela a permis également de situer la problématique de leur point de vue.

## 1. La place de l'utilisateur : un non sujet ?

### › Un sujet d'étude difficile à appréhender pour nos interlocuteurs.

L'explication de notre sujet d'étude aux concepteurs et aux professionnels évaluateurs que nous avons rencontrés a provoqué chez tous à la fois la non-surprise devant un thème « dans l'air du temps » (notamment depuis la loi de 2002), et l'étonnement que l'on s'intéresse à la perception des utilisateurs de ce moment d'évaluation en particulier, et de leur place précisément dans cette situation-là.

Finalement, pour beaucoup de professionnels et d'équipes, la question de l'évaluation n'a souvent pas été jusqu'à ce jour abordée sous cet angle-ci.

Le pré-supposé pour la plupart consiste à estimer que l'utilisateur est de fait « content » quand on fait une évaluation de ses besoins la plus « juste » et la plus « équitable » qui soit. La finalité de l'outil d'évaluation dans sa visée « scientifique » contient à elle-seule la place de l'utilisateur puisqu'elle permet (trait) d'améliorer la qualité de l'évaluation des besoins, elle permet de mettre en place le plan d'aide/de soins le plus pertinent étant donnée la situation à ce moment de l'utilisateur.

Compte tenu de la diversité des pratiques des professionnels que nous avons pu observer, nous ne pouvons que constater que le sujet de la place de l'utilisateur (comment l'associer à l'outil/démarche d'évaluation) est un sujet neuf. Les uns et les autres commencent tout juste à se questionner sur ce sujet. Aujourd'hui il n'existe pas de référentiel de la place de l'utilisateur dans le moment d'évaluation : les professionnels ne savent pas ce qu'ils doivent viser à ce sujet. Là où nous craignons d'être confrontés à des comportements « adaptés » des évaluateurs du fait de notre présence, nous avons en réalité assisté au désarroi des professionnels, et à leur incertitude quant à ce que nous pouvions bien attendre comme « bon » comportement vis-à-vis de l'utilisateur.

### › L'utilisateur « on n'en est pas encore là »<sup>4</sup> ...

Hormis pour l'outil AGGIR, les professionnels estiment être aux premières étapes du « cycle » de développement des outils. Dans la plupart des structures, même si l'outil est utilisé par l'équipe depuis 2 ou 3 ans, il est encore considéré par les professionnels comme largement expérimental. La mise en place de ces outils, leur acceptation par les équipes est le premier défi à relever pour le responsable de la structure, un défi de longue haleine. Il apparaît en effet

<sup>4</sup> Directeur ayant introduit un nouvel outil d'évaluation dans son établissement

que l'outil est un vrai nœud de tensions au sein des équipes. A ce titre, plusieurs points peuvent être relevés :

- la difficulté à s'appropriier les grilles, à s'assurer que tous entendent bien la même chose derrière les mêmes items, s'assurer d'une homogénéité des cotations. La fiabilité « scientifique » est l'objectif premier pour les équipes. Autrement dit, ce qu'on vise lors de la mise en place d'un outil c'est avant tout la « reproductibilité » des résultats : on cherche à ce que tout le monde cote « bien », c'est-à-dire de manière homogène. Tant que tout le monde n'est pas au diapason, l'équipe ne se sent pas « solide » par rapport à l'utilisation de l'outil et souhaite dans un premier temps « se protéger » d'un éventuel désaccord de l'utilisateur en lui masquant l'évaluation ou l'outil.
- une forte réticence des travailleurs sociaux (AS, CESF notamment) à utiliser ce type d'outils quand ils ont l'habitude d'entretiens informels assez peu outillés. La mise en place des outils conduit à des tensions entre la volonté de professionnalisation/homogénéisation de la part des concepteurs/managers et la volonté de garder leurs marges de manœuvre, de défendre leur « métier » traditionnel pour les évaluateurs non outillés. Certains concepteurs expriment d'ailleurs clairement l'objectif par l'outil d'empêcher les travailleurs sociaux de faire « n'importe quoi », de « cadrer » les entretiens afin de s'assurer de la fiabilité et de la qualité de l'évaluation.
- des difficultés également d'appropriation par le corps médical mais pour d'autres raisons, notamment la sur-saturation du « marché » des outils d'évaluation médicaux.

Ces difficultés que rencontrent les « ambassadeurs » des outils au sein des structures expliquent certainement en grande partie le phénomène de « repli » sur les outils. L'outil d'évaluation semble demeurer une affaire de professionnels, car leur diffusion fait l'objet de « débats internes » encore forts. Aussi, l'utilisateur n'en est-on pas encore là. C'est un argument repris comme un leitmotiv par plusieurs responsables d'établissement rencontrés, ceux-là qui n'ont pas encore informés les résidents de l'utilisation par les équipes d'un outil d'évaluation des leurs besoins.

De même pour les outils diffusés largement et imposés par la loi que sont AGGIR et GEVA, les premiers enjeux sont à la fois en terme de productivité (afin de respecter des délais d'instruction des demandes corrects pour les usagers) et en matière d'équité entre les usagers (et donc de reproductibilité des résultats).

Associer l'utilisateur à la démarche est en quelque sorte décrit par les professionnels comme étant un luxe qu'ils ne peuvent pas encore se permettre : ils en sont encore à assurer l'appropriation de l'outil au sein d'une équipe divisée à son sujet. L'association de l'utilisateur à l'outil est donc souvent présentée par les managers/concepteurs comme une deuxième étape, après que l'appropriation des outils par les professionnels eux-mêmes sera gagnée.

### ↳ Les concepteurs et managers pensent outil et peu protocole.

La manière d'associer l'utilisateur est confiée aux professionnels et à leur « métier » avec assez peu de règles ou échanges de pratiques organisés par les concepteurs ou au sein des équipes.

Les entretiens avec les concepteurs montrent généralement que le « protocole » est laissé aux soins des structures qui les utilisent. Au niveau « national » (la structure qui a conçu/développé l'outil) on ne saura pas par exemple si l'utilisateur est généralement présent ou non lors de son évaluation, on ne connaîtra pas comment l'outil est communiqué auprès des usagers, ...

Au sein d'un établissement ou d'une équipe, le responsable ne sait pas non plus toujours comment concrètement les évaluateurs s'y prennent (peu importe la manière dont ils s'y prennent, l'important c'est qu'ils arrivent au résultat). Ils ne savent pas toujours par exemple comment l'évaluateur se présente et présente l'outil, si l'entretien est mené de manière informelle ou s'il est guidé mot à mot par la grille, si oui ou non il présente les résultats à la fin de l'entretien, combien de temps l'entretien dure en moyenne, ... Quand par exemple une institution conventionnée des prestataires pour mener les évaluations, le cahier des charges

relatif au protocole de passation de l'outil est extrêmement léger, et les retours d'information sur la manière dont cela se passe sur le terrain ne sont pas sollicités.

Ainsi, d'un évaluateur à l'autre, au sein d'une même équipe, les pratiques peuvent varier considérablement, de même que d'une situation à l'autre pour un même professionnel sans que les changements soient toujours justifiés par la situation particulière de l'utilisateur (état de fatigue, problème de santé, ...). Il est arrivé que lors de notre visite, nos échanges avec plusieurs professionnels fassent apparaître aux membres de l'équipe qu'ils ne procédaient pas de la même façon au domicile de la personne : l'un venait avec son ordinateur portable, rendant beaucoup plus « visible » l'outil à la personne, tandis que l'autre disposait de l'outil en « sous-main », format papier, et conduisait son entretien d'une manière qui paraisse « informelle » à l'utilisateur. Le « protocole » de passation de l'outil ne fait généralement pas l'objet d'un échange de bonnes pratiques entre les membres de l'équipe. C'est un sujet qui n'est pas souvent à « l'agenda ».

« On sent la nécessité de procéder à des échanges de pratiques. Celles-ci sont plus que différentes. Pour la première fois on a regardé cette année les statistiques selon les équipes. Chacun fait un peu comme il veut et on ne se sent pas toujours le droit de discuter des pratiques des uns et des autres ». (Mme R., médecin gériatre, responsable sur un territoire d'une équipe APA d'un Conseil Général, site n°2)

### **Ce que l'on entend par « protocole ». *Focus.***

Il s'agit en quelque sorte des « techniques » d'entretien qui ont une influence sur la perception par l'utilisateur du moment de l'évaluation, qui conditionnent la manière dont l'utilisateur est associé à la démarche. Cela comprend notamment :

- la manière de présenter la démarche à l'utilisateur
- la forme de l'outil tel qu'il apparaît à l'utilisateur
- la manière dont est présenté l'outil/la méthode
- l'utilisateur s'auto-évalue-t-il ou non grâce à l'outil ? Lui confie-t-on l'outil ? Si oui, sous quelle forme ? A quel moment ?
- comment s'articulent les différentes « séquences » de l'entretien : évaluation à proprement parler, élaboration du plan d'aide, conseils ? Faut-il qu'elles apparaissent comme bien distinctes aux yeux de l'utilisateur ? Comment s'y prendre ?
- qui est l'utilisateur ? Comment associer les « différents » usagers présents lors de l'évaluation : la personne elle-même, ses aidants, ... ?
- présente-t-on les résultats de l'évaluation ? Relit-on avec la personne ce qui a été écrit ? Quand ? Comment ?
- comment lui explique-t-on « la suite » ?
- ...

### **↳ Globalement un non sujet même si certains commencent à s'interroger sur la question de l'information à l'utilisateur.**

Le management a aujourd'hui davantage d'objectifs sur la « productivité » des équipes (dans de nombreuses structures, des contraintes de flux très importantes, notamment pour les outils AGGIR et GEVA), et sur la reproductibilité des résultats issus des outils (s'interroger par exemple pourquoi on a beaucoup plus de personnes « GIRées 4 » sur un territoire que sur un autre). La question de l'information à l'utilisateur est pour la plupart des structures considérée comme annexe, sauf pour quelques unes d'entre elles qui ont réfléchi ou sont en cours de

réflexion sur des manières de mieux « préparer » l'utilisateur pour l'associer aux outils et démarches d'évaluation :

- une MDPH rencontrée met en place une réflexion sur la réalisation d'une plaquette à envoyer à l'utilisateur avant la visite de l'équipe d'évaluateurs pour leur présenter la démarche.
- certains prestataires conventionnés par une MDPH pour la réalisation des évaluations PCH ont créé des documents de présentation de la démarche qu'ils envoient à l'utilisateur en même temps que le courrier informant de la visite (voir des exemples de documents de ce type en annexe).

La plupart des structures n'envoient pas de document « pédagogique » expliquant la démarche à l'utilisateur. La prise de rendez-vous se fait généralement par téléphone. Parfois mais pas toujours le contact téléphonique est suivi d'un courrier d'information rappelant la date et l'heure du rendez-vous et le nom de l'évaluateur. Ces courriers (pour AGGIR et GEVA) sont la plupart du temps écrits dans un langage juridico-administratif, mise à part quand ils viennent d'associations spécialisées sur le handicap conventionnées par la MDPH (voir des exemples de courrier-type en annexe) qui utilisent un langage plus « accessible ».

Pour les professionnels, il ne s'agit pas toujours d'un manque de temps et de priorité accordée au sujet, mais parfois d'un non-sujet, d'une question qui n'est pas considérée comme importante. Ce sont les professionnels que l'on pourrait situer dans la catégorie des « scientifiques » que nous définissons ci-après.

« Informer les patients sur les résultats de l'outil. Pour eux cela ne présente pas d'intérêt. En revanche pour nos confrères oui, car c'est pédagogique, ils peuvent voir que nos méthodes permettent d'obtenir beaucoup plus ». (Mme C., médecin gériatre, responsable sur un territoire d'une équipe APA d'un Conseil Général, site n°2)

### › Notre passage fait exister le sujet...

Dans les établissements qui ne communiquent pas auprès des résidents sur la démarche d'évaluation, notre étude remet à l'ordre du jour un questionnement qu'ils avaient à l'esprit mais qui ne faisaient pas encore partie des priorités. Notre passage a parfois fait s'accélérer les stratégies de communication envers les usagers : présentation de l'outil en conseil de vie sociale pour une maison de retraite, émergence de la question de l'évaluation lors d'un entretien avec des usagers qui de ce fait-là commencent à s'interroger et à demander des comptes aux équipes, ....

« Ah je suis content de vous entendre dire qu'il faut peut être associer l'utilisateur à l'élaboration du projet de vie. On a eu un gros débat dans l'équipe et j'étais un peu isolé. Il va falloir que l'on reprenne cela ». (Médecin coordonnateur d'un établissement)

Le sujet n'en demeure pas moins extrêmement difficile à traiter, au-delà de l'injonction de faire une « place » à l'utilisateur : oui, mais quelle place ? ...

## La place de l'utilisateur : un « casse-tête » pour l'évaluateur



Les professionnels sur le terrain doivent constamment arbitrer sur la posture à tenir face à l'utilisateur, face à ses besoins tels qu'il les exprime lui-même, tels que les expriment sa famille ou ses proches, face aux besoins que peut identifier le professionnel, ou l'institution.

Le schéma ci-dessus illustre quelques uns des « tiraillements » auxquels est confronté le professionnel, en situation d'évaluation. Il les résout la plupart du temps de manière empirique, sur le terrain. Selon la conception qu'il a de son métier, son expérience, le temps dont il dispose, sa perception des personnes qui l'entourent au moment de l'évaluation, ...

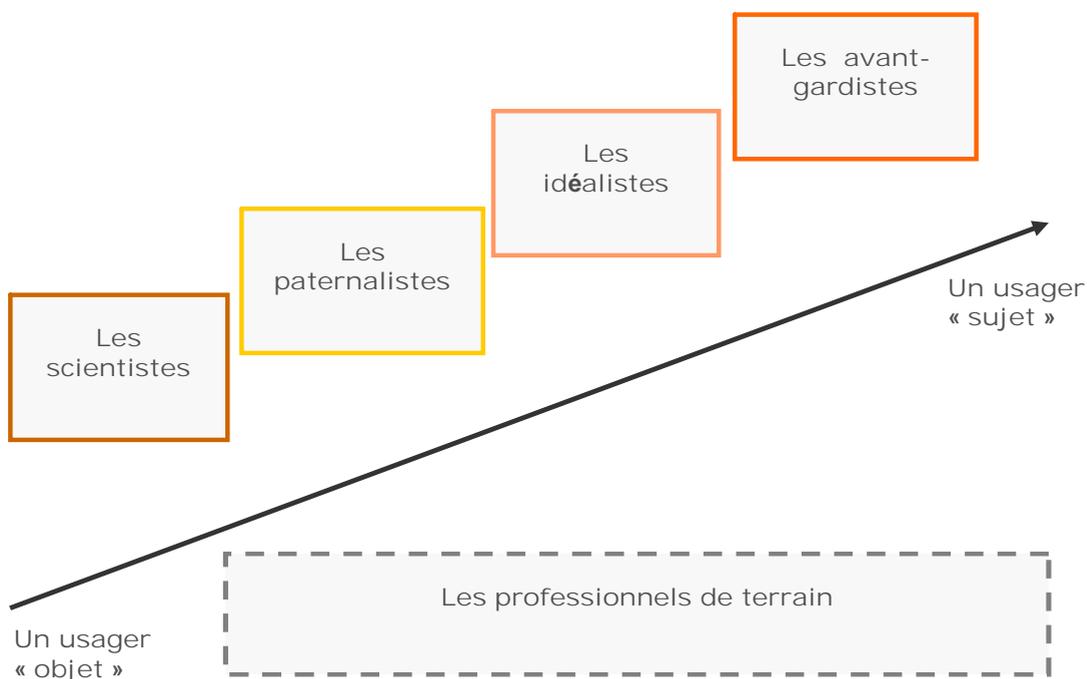
- Privilégier la pédagogie du propos quitte à sacrifier une partie de l'information permettant à l'utilisateur de réellement comprendre la situation ?
- Choisir la sécurité ou l'hygiène de la personne selon les normes en vigueur, contre les habitudes de vie, la liberté et l'autonomie de l'utilisateur ?
- Se cantonner à la demande d'aide telle que l'a formulée initialement l'utilisateur ou réaliser une évaluation globale au-delà de sa demande initiale ?
- ...

## 2. Les différentes postures des professionnels face à l'utilisateur

Parmi les professionnels que nous avons rencontrés au cours de l'étude, qu'ils soient concepteurs des outils, encadrants, ou professionnels de terrain qui évaluent, ils expriment différentes manières d'envisager la question de la « place de l'utilisateur », et affichent plus ou moins consciemment une « posture » par rapport à l'utilisateur.

Nous avons tenté de résumer ci-dessous les grandes « attitudes/conceptions-types » qu'endossent les professionnels selon qu'ils accordent à l'utilisateur plutôt une place d'« objet » de l'évaluation ou de « sujet » ... Il s'agit là de décrire quelques « idéaux-types », en forçant certains traits pour tenter de modéliser une réalité complexe et beaucoup plus nuancée ...

Typologie des professionnels selon leur posture sur la place de l'utilisateur dans l'évaluation



### a. L'axe « usager sujet/usager objet »

#### › Le pôle « sujet »

La personne est prise en compte en tant que telle dans la démarche d'évaluation. Ici sont évalués la situation de la personne mais également ses désirs, ses souhaits. Le projet de vie qu'il soit plus ou moins explicite est pris en compte et fait partie intégrante de l'évaluation.

De fait l'évaluation est centrée sur l'utilisateur final, sa parole, ses désirs, son bien-être tel que lui-même le définit. La personne est actrice de l'évaluation et non uniquement témoin.

#### › Le pôle « objet »

La personne fait l'objet de l'évaluation elle en est le sujet mais pas l'acteur principal.

Les professionnels proches de cette conception de l'utilisateur peuvent plaider pour une « irresponsabilité » de la personne (état cognitif qui ne permet pas « d'entendre la personne »).

## b. La catégorie des « professionnels de terrain »

- Profil : Ce sont **les équipes d'évaluateurs sur le terrain** qui utilisent AGGIR, GEVA, GEMAPA, RAI à domicile, DESIR et sur lesquels repose la responsabilité de la situation d'évaluation. Ce sont des AS, infirmiers, éducateurs spécialisés ou CESF de formation.
- **La manière d'associer l'utilisateur est laissée à leur libre arbitre, à leur sens du « métier ».** La place pour l'utilisateur varie donc beaucoup d'un professionnel à l'autre (au sein même d'une équipe), d'une situation à l'autre, sans que la formation initiale de la personne soit une variable vraiment explicative.
- ... Car **le protocole de passation de l'outil, de déroulement de la situation** (qui a des conséquences importantes sur la manière dont l'utilisateur perçoit et vit la situation d'évaluation) **fait l'objet dans les équipes de peu de consignes, d'échanges.**
- Pendant la situation d'évaluation ils doivent répondre à de nombreux '**dilemmes**', et prendre des décisions rapides qui ont des conséquences importantes pour l'utilisateur. Ce **pouvoir fort d'arbitrage** fait l'objet de peu de retour sur eux-mêmes et sur leurs pratiques. Ils sont pris dans le 'tourbillon' de l'évaluation.

### Différentes manières de prendre en compte la « parole » de l'utilisateur :



Exemple : situation n°2, femme, 85 ans, difficultés de mobilité (en fauteuil), renouvellement APA, évaluation avec GEMAPA par une assistante sociale.

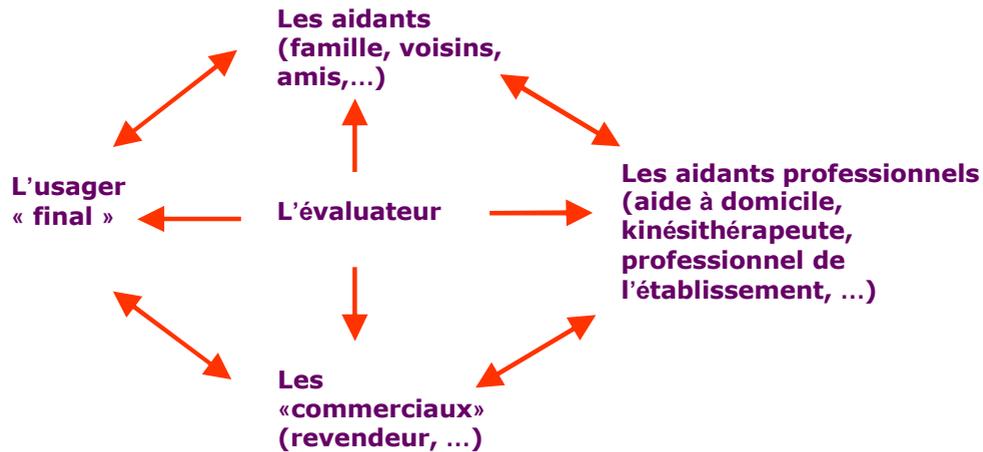
Elle ne peut sortir de chez elle, elle est en fauteuil roulant et il y a des escaliers aux deux portes d'accès à sa maison. L'évaluatrice lui demande si ça ne la dérange pas trop de ne plus pouvoir sortir. Mme B. lui répond qu'elle a pris l'habitude de « s'enfermer en soi-même » et elle lui explique qu'elle ne se voit pas se lancer dans des travaux. Plusieurs possibilités pour l'évaluatrice :

-Respect de la parole 'brute' de l'utilisateur : « D'accord. Très bien »

-Travail avec l'utilisateur sur ses désirs : s'assurer que c'est bien ce qu'elle souhaite pour elle-même, aider l'utilisateur avec ses propres dilemmes

-Priorité à l'expertise du professionnel : « De toutes façons c'est important que vous sortiez. Il faut que nous installions une rampe d'accès. »

- **Plusieurs manières d'associer les différents usagers** : dans de nombreuses situations d'évaluation, l'utilisateur n'est pas seul, il est accompagné. L'évaluateur doit jouer entre ces différentes parties prenantes de l'évaluation. Des situations complexes avec de nombreuses interactions et des enjeux, tensions souvent fortes (financiers, affectifs, de dignité, ...) qui touchent à l'intime des personnes.



- **Plusieurs manières de présenter l'outil/démarche à l'utilisateur** en fonction des catégories types desquelles se rapproche le professionnel de terrain :

<b>Support</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas d'utilisation de support pendant l'évaluation</li> <li>▪ Papier</li> <li>▪ Ordinateur</li> </ul>
<b>Méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'outil apparaît pour la personne comme très peu structurant. Il s'agit plus d'une conversation à bâtons rompus. L'évaluateur prend juste quelques notes.</li> <li>▪ L'outil est rempli linéairement par l'évaluateur. Il pose les questions plus sous la forme d'un questionnaire « fermé ».</li> </ul>
<b>Présentation de l'outil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'outil est visible mais n'est pas présenté. La personne ne voit pas ce que l'évaluateur écrit.</li> <li>▪ L'évaluateur lit ce qu'il écrit pendant l'évaluation ou reprend à la fin l'ensemble des items avec la personne.</li> </ul>
<b>Présentation du barème, de la grille (quand outil d'éligibilité)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les résultats de l'évaluation sont présentés à la personne (« Vous êtes GIR 4 », ...).</li> <li>▪ L'évaluateur explique que les résultats lui seront restitués plus tard en fonction de ce qui sera décidé par l'équipe qui analysera son dossier.</li> </ul>
<b>Présentation de la situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ On se présente sous l'étiquette de l'aide pour laquelle on vient ('l'équipe APA', 'l'équipe PCH').</li> <li>▪ On se présente seulement en tant que référent pour venir voir si tout va bien et comment on peut l'aider.</li> <li>▪ La situation est parfois floue pour la personne quand elle est le lieu de plusieurs exercices différents (DESIR).</li> <li>▪ ...Ou quand elle n'est pas à l'origine de la demande, ou que la visite ne correspond pas à ce qu'elle avait imaginé.</li> </ul>

- Figures centrales de la typologie, les professionnels de terrain peuvent être tiraillés entre les différents types existants :
  - Certains se rapprochent des scientifiques en valorisant leur expertise.
  - D'autres rejoignent les paternalistes en « décrétant le bien de l'utilisateur ».
  - Une minorité (souvent des médecins gériatres) font partie des « avant-gardistes » en pratiquant des approches évaluatives très « libres et très ouvertes ».
  - Quasiment aucun ne se retrouve parmi les « idéalistes », ils n'en ont pas les « moyens ».

### c. Les « paternalistes »

- Profil : On les retrouve surtout parmi les cadres des établissements, qu'ils soient gestionnaires ou médecins. Cette posture se retrouve sur la quasi-totalité des outils mais est dominante sur les outils utilisés en établissement.
- Les paternalistes expriment des convictions fortes sur ce que peut faire ou ne peut pas faire l'utilisateur. La séquence d'évaluation ne « le concerne pas » selon eux. Il s'agit d'une affaire de professionnels. L'évaluation se doit d'être objective et motivée. Elle est au service de professionnels. L'utilisateur est donc bien l'objet de l'évaluation.
- D'ailleurs, le professionnel sait ce qui « est bon pour la personne ». La prise en compte d'un éventuel « projet de la personne » apparaît quelque peu « surréaliste » pour les paternalistes.
- Cependant pour les paternalistes, la pratique évaluative repose également sur une conception de la relation à l'utilisateur. Il s'agit avant tout de le protéger. Une quelconque communication sur l'évaluation risquerait de « perturber », « inquiéter inutilement » la personne.
- Idéalement les paternalistes préfèrent mener des évaluations en ne mentionnant pas l'existence de ces séquences et des outils. Pour les personnes en établissement cette pratique est bien entendu possible et est de fait fréquente.

### d. Les « scientifiques »

- Profil : On les retrouve surtout parmi les cadres des établissements, qu'ils soient gestionnaires ou médecins mais également parmi les concepteurs des outils d'évaluation. Cette posture se retrouve sur la quasi-totalité des outils mais est dominante sur les outils informatisés, les outils à vocation « médicale ».
- Les scientifiques considèrent que l'évaluation relève de la Science et qu'elle repose de fait sur des données objectives. On parle ainsi de test, de reproductibilité, de preuves. Cette logique poussée jusqu'au bout plaide pour un outil informatisé limitant au maximum les possibilités d'interprétation et donc de « dérives » de la part de l'évaluateur.
- L'évaluation est une pratique qui doit être « normée ». L'utilisateur est bien entendu un objet pour l'évaluateur. Il doit communiquer une information fiable. Potentiellement il est source d'erreur. La parole de l'entourage est utile lorsqu'on ne peut pas uniquement s'appuyer sur des professionnels.
- Idéalement les scientifiques préfèrent mener des évaluations en ne mentionnant pas l'existence de ces séquences et des outils. En tout cas les expliciter ne présente aucun

intérêt pour les usagers (cela ne les intéresse pas) voire pourrait s'avérer contre-productif (risque de fausser les résultats).

### e. Les « avant-gardistes »

- Profil : On les retrouve surtout parmi les concepteurs d'outils et les médecins. On les retrouve moins parmi les professionnels de terrain, ces derniers ne disposant pas de telles latitudes d'actions. Les avant-gardistes peuvent se rencontrer sur différents types d'outil.
- Ils sont « décalés » par rapport aux pratiques normées de l'évaluation, par rapport aux outils existants, par rapport à la conception de la relation à l'utilisateur et par rapport à la conception de la dépendance et de son appréhension aujourd'hui sur le plan médico-social.
- La pratique des outils d'évaluation peut ainsi être très « libre ». Ils peuvent s'affranchir des outils existants, des items prévus pour mieux saisir la nature des besoins de la personne.
- Pour les « avant-gardistes » l'évaluation est une démarche au service du mieux être d'une personne. Celle-ci est le sujet de l'évaluation et son principal acteur. Les avant-gardistes se fondent sur la parole de la personne non seulement en tant qu'expression d'un symptôme mais également d'un « désir ».
- A l'inverse des paternalistes qui considèrent pouvoir « faire le bien » de la personne y compris à son corps défendant, les avant-gardistes arbitrent en fonction des souhaits des personnes (y compris en transgressant des normes sociales sur l'hygiène par exemple, ou en acceptant une part de risque importante).
- Les « avant-gardistes » visent non seulement l'adhésion de la personne mais le plus souvent la co-production d'un diagnostic et des solutions.

### f. Les « idéalistes »

- Profil : il s'agit d'une catégorie très minoritaire, presque « virtuelle ». Nous ne l'avons pas rencontrée en tant que telle mais elle a été évoquée par les professionnels. Cette catégorie est souvent désignée par les cadres et gestionnaires des dispositifs d'aides ou d'établissements, comme étant celle des « politiques » ou du législateur.
- Catégorie « épouvantail », les « idéalistes » seraient éloignés des réalités et des contraintes du terrain car ils privilégieraient une vision utopique de l'évaluation.
- Les « idéalistes » surestimeraient les capacités des usagers à participer à l'évaluation. L'utilisateur devrait être « au centre » du processus d'évaluation, être informé et y contribuer activement.
- La notion de projet de vie serait centrale pour les idéalistes.

# TYPOLOGIE DES OUTILS SELON LA PLACE DE L'USAGER

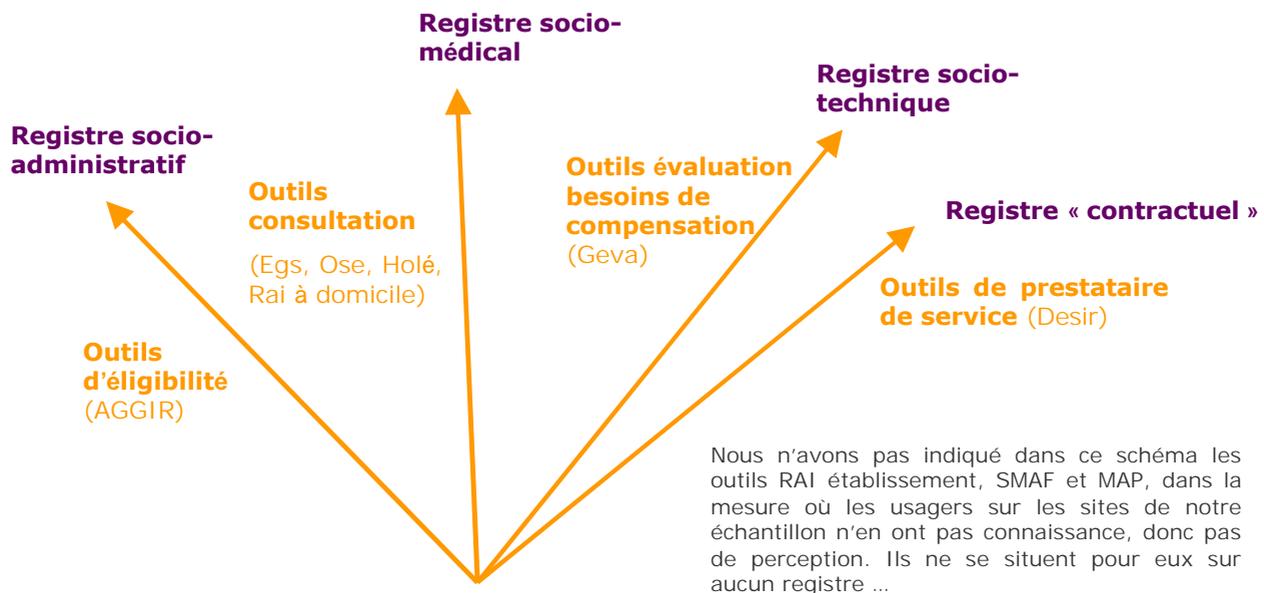
## 1. Des outils avec des finalités différentes qui de fait assignent une « place à l'utilisateur »

### ↳ Les registres sur lesquels les usagers situent les différents outils/démarches

Comme nous l'avons rappelé dans le chapitre sur la méthodologie, les outils que nous a confiés la CNSA dans l'échantillon sont paradoxalement proches et très différents.

Ils se ressemblent dans la mesure où ils ont tous comme ambition de réaliser une évaluation « globale » de la situation de la personne prenant en compte la dimension « sociale » de sa vie. Ils comportent tous des questionnaires fermés avec des « cases » à cocher pour caractériser la situation de la personne, dans le but de la situer sur une échelle de mesure, et d'élaborer ensuite un plan d'aide ou de soins. Et d'un outil à l'autre, il y a un socle commun de questionnements correspondant aux actes dit « essentiels » de la vie quotidienne (la personne peut-elle se déplacer ? peut-elle s'habiller seule ? a-t-elle des problèmes d'incontinence ? ...).

Quand on les regarde plus finement ils diffèrent néanmoins beaucoup de par le « registre » sur lequel ils se situent pour l'utilisateur, du fait des objectifs qu'ils poursuivent, et du type de professionnels qui évaluent (leur métier, mais également la structure dont ils font partie) :



- **Des outils d'éligibilité** dont l'objet consiste principalement à calculer les droits d'une personne à une prestation. Il s'agit de l'outil AGGIR dans notre échantillon. Du point de vue de l'utilisateur, et telle que la situation lui apparaît (courrier formel « juridico-administratif » qu'il reçoit, validation du dossier de demande d'aide devant une commission, ...), la situation d'évaluation se situe sur un **registre socio-administratif**. C'est un évaluateur, la plupart du temps un travailleur social, faisant partie d'une administration qui vient sur place recueillir des informations pour instruire le dossier.
- **Des outils de « consultation »**. Ce sont les outils qui sont utilisés (dans les situations observées lors de notre terrain, qui ne représentent pas bien entendu l'exhaustivité des différents types d'utilisation de ces outils) exclusivement par du personnel médical : médecins et infirmiers.
  - EGS ODGAM sur le site de notre échantillon est utilisé lors d'une « consultation » dans un centre hospitalier. Le médecin est entouré d'une équipe en « blouse blanche » (infirmiers, internes, ...). Et la personne est venue sur prescription de son médecin

traitant afin de faire un bilan médical spécialisé. Pour l'utilisateur, l'outil se situe très clairement sur le **registre médical**, dans une relation « soignant »-« patient ».

- OSE et HOLE sont utilisés aujourd'hui par des médecins neurologues, des infirmiers, ou parfois des ergothérapeutes. Les travailleurs sociaux les estiment trop « techniques » pour pouvoir les renseigner eux-mêmes. Ils sont essentiellement utilisés aujourd'hui dans le cadre de consultations.
- Le RAI à domicile sur le site que nous avons étudié est passé aux usagers par des infirmières, ce qui donne à la visite de l'évaluateur une tonalité médicale : au-delà des questions sur la situation « sociale » de la personne (les personnes de son entourage qu'elle voit et qui l'aident, son « moral » en ce moment, ...) l'infirmière demande des informations à la personne sur ses rendez-vous médicaux, lui demande son ordonnance afin de noter dans le RAI les médicaments qu'elle prend, ...
- **Des outils d'évaluation des besoins de compensation.** Dans notre échantillon il s'agit de GEVA. Sur les sites rencontrés il sert aujourd'hui avant tout dans le cadre de demandes de PCH, avec souvent un rôle important des ergothérapeutes, qui expertisent la demande de la personne au regard de ses besoins « techniques » : machine pour lire pour un malvoyant, fauteuil électrique adapté pour une personne atteinte de la sclérose en plaques, ... Les usagers retiennent donc souvent de la visite de l'équipe d'évaluation des conseils en terme d'ergonomie, des « petits trucs » pour le confort de la vie quotidienne. Plus qu'AGGIR, GEVA se situe aujourd'hui pour l'utilisateur sur un registre socio-technique, même s'il garde bien entendu une connotation administrative forte : il s'agit aussi pour l'utilisateur de l'administration qui vient sur place « vérifier » les éléments de la demande ...
- **Les outils des prestataires de service.** Dans notre échantillon, DESIR est un peu particulier dans la mesure où il est utilisé par des prestataires de service (les structures d'aide à domicile) pour les aider à mieux adapter leur service à l'utilisateur « client ». L'outil est utilisé, la plupart du temps par un responsable de secteur, dans le cadre d'une **relation contractuelle** entre le professionnel et l'utilisateur. Il s'agit pour la personne d'un registre bien distinct du registre médical et du registre socio-technique/administratif. Les attentes de l'utilisateur vis-à-vis de la structure d'aide à domicile ne sont pas les mêmes que vis-à-vis d'une administration ou vis-à-vis d'un médecin ... Les usagers s'attendent à ce que la structure leur propose grâce à leur « diagnostic » un service adapté.

Nous avons défini ces différents registres du point de vue de l'utilisateur, selon la « dominante » théorique de chacun des outils, tels qu'ils sont conçus et tels qu'ils sont généralement « pratiqués » (d'après les terrains que nous avons menés). Néanmoins il ne s'agit en aucun cas de catégories « pures » d'outil. Nous avons en effet montré précédemment que la variété des manières d'utiliser chacun des outils pouvaient modifier entièrement l'esprit dans lequel il a été conçu et donc de fait la perception qu'en a l'utilisateur.

Ainsi à titre d'exemple, une manière d'utiliser DESIR consistant à s'en servir comme d'une « pré-évaluation » APA lui accorde une tonalité « socio-administrative » plus que contractuelle, le faisant plus ressembler à la grille AGGIR qu'à un outil « qualité » d'un prestataire.

Ou encore un GEVA utilisé dans le sens restreint d'un outil d'éligibilité à la PCH pourra apparaître comme relevant d'un registre strictement administratif sans avoir la dimension initialement prévue pour GEVA d'évaluation large des besoins de compensation de la perte d'autonomie de la personne.

Autrement dit, les registres se télescopent parfois pour les usagers, qui étant donnée leur faible compréhension de la situation, peuvent confondre les différents « exercices ». D'autant qu'ils auront souvent pu connaître un long enchaînement de situations d'évaluation toutes se ressemblant, menées par des personnes dont on n'identifie pas toujours facilement la place dans des dispositifs institutionnels et organisationnels particulièrement complexes.

### › Ce que l'on attend de l'utilisateur compte tenu de la finalité de chacun des outils

Compte tenu de ce que nous avons décrit précédemment (l'importance des pratiques des professionnels et des conditions organisationnelles des situations d'évaluation) nous pourrions dire que l'influence des outils sur la place de l'utilisateur dans la démarche d'évaluation est aujourd'hui marginale. Avec un peu de distance et en examinant les finalités de chaque outil nous pourrions avancer que les outils sont susceptibles d'induire (en faisant l'hypothèse que les professionnels aient des pratiques homogènes) une place conforme à la philosophie de l'outil.

A partir des éléments à notre disposition et nos observations de terrain, nous avons mis en correspondance la finalité des outils (telle qu'elle apparaît au regard des pratiques de terrain et des textes régissant les outils), ce que les professionnels attendent de l'utilisateur puis les conséquences en termes d'implication de l'utilisateur. Le tableau ci-dessous montre qu'entre les outils d'éligibilité comme AGGIR qui appellent avant toute chose une fiabilité de l'information, et un outil comme OSE qui vise à favoriser le dialogue entre patient et médecin sur la base d'un langage commun, la place accordée à l'utilisateur n'est nécessairement pas la même.

Finalité	Type d'outil	Attentes par rapport à l'utilisateur	Conséquences pour l'utilisateur
Équité	Outils d'éligibilité (AGGIR, GEMAPA)	Fiabilité de l'information, sincérité des propos	Parole de l'aidant souvent privilégiée, car jugée plus réaliste que celle de l'aidé diminué  Une situation et des critères souvent relativement flous/ opaques pour l'utilisateur
Qualité travail des professionnels	Outils pour l'amélioration de l'accompagnement par les professionnels (RAI, MAP, SMAF)	<i>Il n'est pas associé à la démarche d'évaluation.</i>	Inquiétude quand il perçoit quelque chose, qu'il se sent manipulé mais que cela reste très flou pour lui.
Egalité de traitement et prise en compte de la personne	Outils multidimensionnels où champ d'évaluation ouvert au maximum (GEVA)	L'expression d'un projet de vie, et de ce qu'il faut compenser pour qu'il puisse vivre bien avec son handicap	Il doit se livrer sans toujours comprendre la légitimité de l'exercice. Aspect + : la générosité du dispositif. Aspect - : l'intrusion dans la vie privée
Dialogue professionnel - usagers	Outils d'auto-évaluation pour favoriser échanges entre médecin et patient. (OSE)	Qu'il devienne un patient «éduqué», qu'il fasse part de sa subjectivité	Acteur de son évaluation
Contractuelle	Outil de diagnostic pour proposer un service adapté (DESIR)	Une information concrète sur ses habitudes de vie et une adhésion pour contractualiser les services	Théoriquement il fait part de ses besoins et attentes dans la limite de l'offre existante  Parfois incompréhension du « statut de l'évaluation ». Difficulté à comprendre l'articulation entre évaluation APA et DESIR
Plan d'investigation médicale	Outil pour évaluer la situation principalement d'un point de vue médical : EGS, HOLE	Fiabilité de l'information sur la multiplicité et diversité de ses « symptômes »	Parole de l'aidant est convoquée voire privilégiée. La personne ne comprend pas nécessairement la démarche, car elle n'est pas toujours explicitement demandeuse.

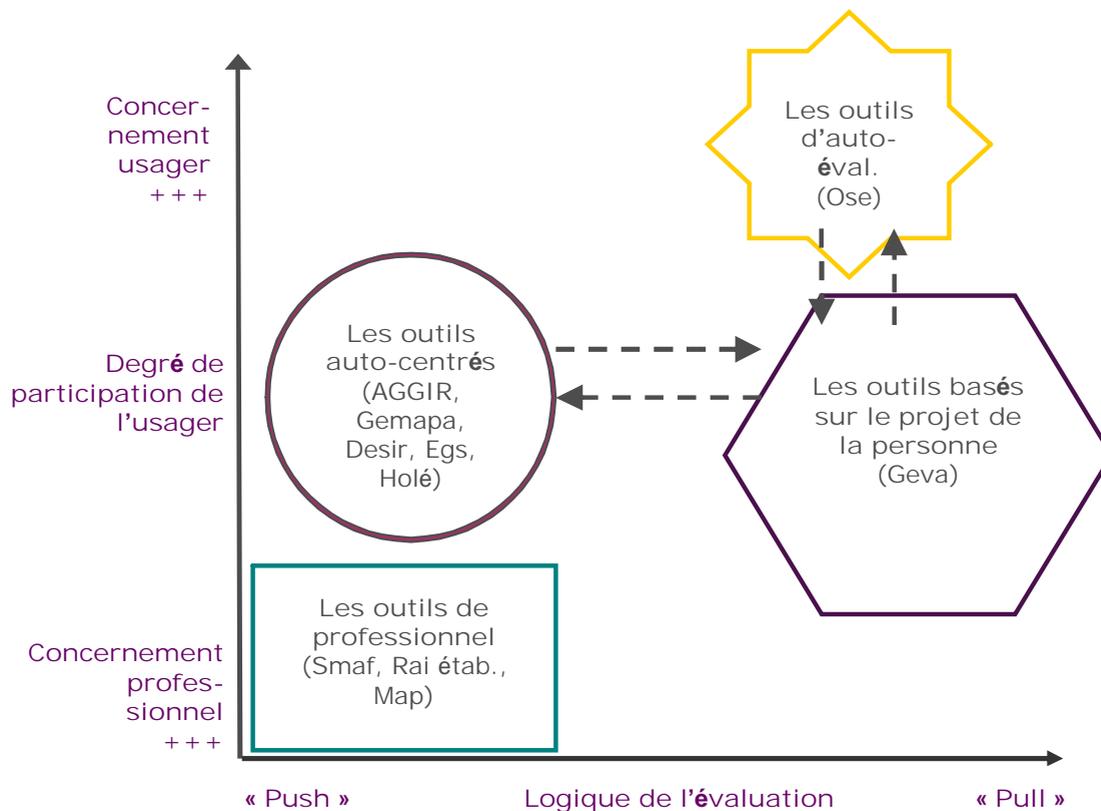
## 2. Une typologie des outils selon la place de l'utilisateur

A l'issue de cette étude, il est possible d'identifier plusieurs grandes « familles » d'outils, relativement homogènes de par la place plus ou moins importante qu'ils accordent à l'utilisateur.

Nous avons retenu pour cette typologie des outils deux variables clés eu égard à l'utilisateur :

- Le degré d'implication de l'utilisateur dans le processus d'évaluation
- Le principe méthodologique de la démarche d'évaluation qui privilégie dans sa construction soit une démarche de type « push » (j'évalue ce à quoi je peux répondre, ce que demande explicitement la personne par rapport à des normes posées), soit une démarche de type « pull » (j'ouvre le spectre de l'évaluation en me fondant essentiellement sur le projet de la personne).

Cette typologie peut être construite à partir des démarches théoriques prévues par les outils mais ces dernières doivent être examinées/nuancées au regard des pratiques des professionnels. Dans le schéma ci-dessous les flèches symbolisent ce que les pratiques de certains professionnels peuvent modifier dans la « philosophie » de l'outil tel qu'il est conçu.



a. Premier axe : le degré de participation de l'utilisateur

### › Degré 0 : Pas de place pour l'utilisateur dans la démarche d'évaluation

Les établissements utilisant les outils MAP, SMAF, et RAI en établissement, AGGIR établissement n'ont pas communiqué à leurs résidents l'existence d'une démarche d'évaluation de leurs besoins.

Les concepteurs ne semblent pas avoir énoncé de norme en la matière. La manière ou non d'associer l'utilisateur est laissée au libre arbitre du directeur d'établissement.

Dans les trois cas, ce dernier a fait le choix d'un outil de professionnel à destination des professionnels. Il doit permettre à ces derniers de mieux travailler en équipe, et d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes. Mais il n'est pas un outil de recueil de la parole de l'utilisateur, son adhésion n'est pas recherchée, et l'information qu'il pourrait communiquer est déjà connue par l'équipe.

La place de l'utilisateur, et notamment l'expression de son projet de vie réside dans d'autres outils/démarches parallèles, tels que le conseil de vie sociale, le contrat de séjour, le projet de vie personnalisé, des questionnaires satisfaction, ...

### › Degré 1 : L'utilisateur source d'information

Pour les outils AGGIR (à domicile), GEMAPA, DESIR, GEVA, HOLE, EGS, les équipes évaluant des personnes qui vivent à leur domicile, avec lesquelles elles n'ont qu'un contact ponctuel ou rare, ont besoin de la parole de l'utilisateur comme source d'information pour renseigner l'outil (« Comment vous faites pour faire votre toilette? », ...).

L'outil reste du domaine du professionnel. Le référentiel n'est pas ou peu communiqué à la personne. Aucune adhésion de l'utilisateur n'est requise sur la partie 'évaluation de ses besoins' (mais plutôt sur la partie 'élaboration du plan d'aide').

Au-delà de la philosophie générale des démarches, se dessinent des pratiques « dissidentes » comme la communication de la grille à l'utilisateur qui de fait se saisit davantage de l'évaluation, et y occupe une place plus active (possibilité d'exprimer un désaccord, ...) ou comme des pratiques d'auto-évaluation : on donne l'outil HOLE à la personne pour qu'elle le remplisse elle-même, ou des parties de l'outil GEVA qu'elle peut renseigner entre les deux visites des évaluateurs. Mais ce sont des outils qui n'ont pas été conçus pour l'auto-évaluation ce qui pose des problèmes d'adéquation du langage, ...

L'utilisateur source d'information avec peu d'information en retour... Le niveau de restitution des résultats de l'évaluation est très variable d'une situation à l'autre, mais de manière générale il est très faible. Ce que le professionnel a écrit et ce qu'il conclut fait souvent figure de mystère pour l'utilisateur ...

### › Degré 2 : L'utilisateur s'auto-évaluant et en posture de dialogue

Dans le principe de ces outils d'auto-évaluation (OSE dans notre échantillon) il est attendu beaucoup de l'utilisateur ... On ne lui demande pas de donner une information la plus « objective » possible sur sa situation afin de renseigner l'outil du professionnel mais de donner ce qu'il ressent, subjectivement, par rapport à tel ou tel symptôme, et dans son échelle à lui. L'utilisateur participe avec ses mots dans un langage qui se veut « universel » partageable entre professionnel et utilisateur.

Il est attendu de l'utilisateur qu'il soit en mesure, notamment grâce à l'outil, de qualifier ses besoins, et d'échanger à ce propos avec le professionnel afin de construire ensemble un plan adapté. La figure de l'utilisateur que vise l'outil est bien celle de l'utilisateur « éduqué ».

Dans la pratique ... L'auto-évaluation peut rapidement se transformer en dialogue entre professionnel et utilisateur sur la base de l'outil mais sans l'avoir communiqué à la personne auparavant ni pendant la consultation. L'auto-évaluation est une pratique ambitieuse en terme de temps et de logistique. Elle demande de mettre en place pour les professionnels de nouveaux réflexes ...

## b. Deuxième axe : la logique de l'évaluation, « push » ou « pull »

### › Le « push » :

L'outil d'évaluation est construit en fonction d'un référentiel établi de ce que sont les besoins « normaux » d'une personne, et en fonction de ce que la structure peut offrir (ex. on vous demande comment vont vos pieds car on a dans l'offre de services une possibilité de financer les soins de pédicurie). On va chercher chez l'utilisateur les difficultés qui peuvent correspondre à des problèmes qui semblent vis-à-vis du référentiel « essentiels », et à des solutions que l'institution peut apporter.

C'est le cas, de fait, pour les outils d'évaluation qui n'associent pas l'utilisateur (SMAF, RAI établissement, AGGIR Etablissement, MAP).

C'est le cas d'outils d'éligibilité comme AGGIR et GEMAPA, même si dans la pratique, parfois les professionnels font de l'accompagnement des personnes plus que de l'évaluation, ils s'attachent à travailler avec les personnes sur leur projet de vie de manière générale et à les orienter vers des structures adaptées quand la leur ne suffit pas : le professionnel fait alors une évaluation couvrant un champ très large de besoins dépassant ceux définis dans la grille AGGIR.

C'est le cas d'un outil 'contractuel' comme DESIR où le périmètre de l'évaluation ne peut dépasser par principe le champ de ce qu'en tant que prestataire l'association peut offrir.

### › Le « pull » :

La démarche d'évaluation consiste à partir du projet de vie de la personne, exprimé par elle ou travaillé avec elle pour construire une évaluation de ses besoins adaptée à sa demande, et qui peut demander des réponses qui dépassent le champ de l'institution qui évalue.

C'est le cas de l'outil/démarche GEVA qui a pour philosophie d'élargir au maximum le champ des thèmes et besoins couverts afin de correspondre à chaque usager et à son projet.

C'est le cas de l'outil/démarche OSE qui ambitionne de partir d'un référentiel commun usager/professionnel (des pictogrammes, un langage « universel ») afin que le professionnel entende la subjectivité de la personne, puisse dialoguer avec elle et construire une évaluation/plan d'aide adaptés.

C'est également le cas lors de certaines pratiques « dissidentes » d'outils d'évaluation tel qu'AGGIR. Le professionnel peut se saisir de ces outils comme une opportunité pour travailler plus largement les besoins de la personne (au-delà des items prévus par la grille).

Dans la pratique ... La réussite de la démarche tient à l'outil autant qu'à la pratique du professionnel (sa capacité à faire communiquer les deux « mondes », celui du professionnel et celui de l'utilisateur), et aux moyens dont il dispose : Travailler sur le projet de vie de la personne demande un véritable accompagnement qui ne peut se résoudre à une seule visite.

### c. La place du projet de la personne selon les familles d'outils

La place spécifique du projet de vie peut être examinée au sein des familles d'outils, même si tous n'ambitionnent pas de prendre en compte ce projet de vie.

- Les outils de professionnel :

**La personne exprime son projet de vie via d'autres outils/démarches que ceux de l'évaluation.** Les désirs des personnes tels que les comprennent les professionnels sont évoqués et pris en compte le cas échéant lors d'autres démarches. *Exemple type* : l'outil d'évaluation est renseigné par les professionnels. Parallèlement un projet de séjour est élaboré entre le résident, la famille et le personnel de l'établissement.

- Les outils auto-centrés :

**Le projet de vie de la personne est éventuellement pris en compte pour l'élaboration du plan d'aide, mais pas dans la séquence évaluative.** L'évaluation est faite eu égard à un référentiel pré-existant à l'utilisateur : le référentiel posé par l'organisation selon son « offre de services ». *Exemple type* : un usager évalué est pressenti pour un GIR 5. L'AS conclue l'entretien par « nous ne pouvons pas vous aider » à la grande frustration des proches de l'utilisateur confrontés à des symptômes de démence et à d'évidents problèmes d'hygiène.

- Les outils basés sur le projet de vie :

**Le référentiel (son périmètre et non ses items) est construit avec l'utilisateur sur la base de ce qui lui importe.** Le projet de vie de la personne est, en philosophie, à la base-même, un préalable à l'évaluation. Il constitue le socle de l'évaluation. *Exemple type* : lors d'une évaluation PCH, GEVA est utilisé par l'évaluateur non pas pour uniquement diagnostiquer ce que peut faire ou pas faire une personne déficiente visuelle, mais pour s'enquérir de ce qu'elle aimerait faire. En l'occurrence lire. L'utilisation dès lors d'une machine à lire va être envisagée à la grande surprise et satisfaction de l'utilisateur.

- Les outils d'auto-évaluation :

L'outil d'évaluation pose un référentiel pour aider l'utilisateur à définir ce dont il souffre et ouvre **une fenêtre de dialogue plus riche avec le professionnel.** Il permet de faire dialoguer le référentiel de la personne avec celui du professionnel. *Exemple type* : un usager a pré-rempli l'outil OSE avant la consultation avec le neurologue. La femme a renseigné la partie « Vie sexuelle », ce qui permet au médecin de parler avec elle d'une chose importante de sa vie qu'elle a voulu évoquer avec lui.

## LES FICHES OUTIL - USAGER

*Avertissement méthodologique:*

*Ces fiches par outil sont construites à partir de nos terrains d'observation. Ces « terrains » ne peuvent être considérés comme représentatifs de la diversité de l'ensemble des situations existantes (certains outils sont faiblement « représentés » et/ou faiblement utilisés).*

*L'hétérogénéité des contextes, des pratiques au sein souvent d'une même équipe pour un même outil d'évaluation appelle à la prudence quant à « d'éventuelles généralisations ». L'autonomie des acteurs de terrain dans la mise en œuvre des outils d'évaluation « restreint » la portée d'une analyse « outil par outil ». Les fiches suivantes sont donc formalisées en tant qu'illustrations des propos tenus dans le corps du rapport.*

*Les fiches AGGIR et GEVA sont plus détaillées que les autres fiches outils car il s'agit de deux outils/démarches aujourd'hui réglementaires et largement utilisés en France. Nos terrains à propos de ces deux outils sont plus nombreux et nous ont permis de construire une analyse spécifique plus approfondie.*

## 1. AGGIR

Rappel terrains réalisés	
<i>Site 1</i>	1 entretien clé d'entrée
	15 observations/entretiens usagers (AGGIR à domicile)
	20 observations (AGGIR établissement)
<i>Site 2</i>	3 entretiens clés d'entrée
	4 entretiens professionnels
	11 observations/entretiens usagers
	Observation réunion entre partenaires
<i>Site 3</i>	1 entretien clé d'entrée
	5 observations/entretiens usagers

Résumé fiche AGGIR	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Une situation placée pour l'utilisateur sur un registre socio-administratif
	Une demande à géométrie variable (parfois pas de demande explicite)
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	Un usager peu informé sur la démarche, ses tenants et aboutissants
	Un outil peu « visible » et rarement explicité
	La perception de la situation par l'utilisateur s'incarne essentiellement au travers de la relation au professionnel (dimension « affective »)
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	Une implication à géométrie variable selon les pratiques des professionnels
	La participation de l'utilisateur final est fonction de la présence d'autres usagers
	Le questionnement de l'utilisateur est plus ou moins ouvert selon les pratiques des professionnels
Place de l'utilisateur dans la démarche	Une parole minimale incontournable pour un outil d'éligibilité (recherche d'information)
	Une parole irremplaçable si le professionnel se situe au-delà de l'outil dans une perspective d'accompagnement
	Une parole, un avis sollicité dans le cadre du plan d'aide et non de l'évaluation

## › Objectifs de l'outil/démarche selon l'usager

### L'objectif de la visite de l'équipe APA : obtenir une aide financière

D'une manière générale l'objectif de la visite est clair pour les personnes, il s'agit de voir s'ils ont droit à « des heures d'aide ménagère ». L'objectif d'éligibilité de la démarche est transparent. Pour les usagers, la demande est ciblée, elle correspond à ce qu'ils pensent pouvoir obtenir grâce à l'APA.

La situation d'évaluation se place pour les usagers sur un **registre socio-administratif**.

Les évaluateurs viennent leur rendre visite suite au dépôt d'une demande d'APA. Ils se sont pour la plupart préparés à la visite en se munissant de leur dossier administratif comprenant notamment le courrier d'annonce de la visite. Ce dernier courrier utilise d'ailleurs dans les départements visités un langage très juridico-administratif.

« Elle [l'évaluatrice] est venue pour savoir si j'avais bien droit [à l'APA]. » (Situation n°27, femme, 80 ans, problèmes de mobilité, première demande APA, évaluation AGGIR par une conseillère en économie sociale et familiale)

C'est l'Administration avec un grand A qui vient leur rendre visite. Leur attitude personnelle relative à l'administration mâtime souvent la perception qu'ils ont de la situation, et la manière dont ils participent plus ou moins activement à la situation (voir notamment la catégorie des « dominés » dans l'analyse transversale de l'étude). Intériorisation d'une asymétrie de « pouvoirs » dans la situation, revendication de droits (« C'est la première fois que je demande de l'aide de toute ma vie. »), ou refus de faire appel à l'assistance publique (« Je n'ai jamais rien demandé à personne. Je me suis toujours débrouillé seul »), l'attitude de l'usager pendant l'évaluation dépend en grande partie du rapport qu'il entretient avec l'administration du fait de son histoire personnelle, de son milieu socio-culturel et de son état de fragilité actuel.

Situation n°21, homme, 90 ans, problèmes de mobilité et de cohérence, renouvellement APA, évaluation avec GEMAPA, par une assistante sociale et un médecin

- asdo « Est-ce que vous étiez d'accord avec les résultats de l'évaluation ? »
- aidant (sa femme) « On n'a pas trop le choix ... C'est ça ou rien ... [...] C'est le pot de terre contre le pot de fer ... »
- asdo « Qu'est-ce que vous auriez aimé d'autre ? Idéalement ? »
- aidant (sa femme) « Non bon ça va ... [...] Il faut accepter ce qu'on nous offre. »

### Une demande d'aide parfois précisément formulée, parfois quasi inexistante ...

Bien en amont de la visite, lorsqu'ils la prévoient, les usagers ont plus ou moins d'attentes vis-à-vis de cette visite selon qu'ils sont plus ou moins en demande d'aide.

- Les usagers demandeurs : Les personnes ont, certaines d'entre elles des attentes très précises, et qu'elles explicitent parfois en préliminaire de l'entretien :

Situation n°76, homme, sous assistance respiratoire, problèmes consécutifs à amiante, ostéoporose, première demande APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale

Premiers mots de l'échange prononcés par la fille de la personne évaluée : « Voilà, il y a plusieurs points que nous aimerions voir avec vous. D'abord, on aimerait qu'il puisse avoir la téléalarme, on s'inquiéterait moins. On voudrait aussi faire des travaux dans la salle de bains et transformer la baignoire en douche. Et puis aussi il aurait besoin de soins de pédicurie. »

- Les indécis : Ils ignorent quel type d'aide et de services ils peuvent attendre. Souvent ils ont entendu parler de l'APA par une voisine, un proche ou le personnel de l'hôpital suite à des soins. La visite du Conseil Général est l'occasion de préciser les aides existantes.

« C'est le médecin de l'hôpital qui nous a conseillé de s'adresser au Conseil Général pour l'APA. Il nous a dit qu'on pourrait obtenir de l'aide pour entretenir la maison, faire les courses. Il nous a dit qu'on y aurait droit compte tenu de notre situation. En fait ma mère il y a pleins de choses qu'elle peut difficilement faire toute seule, il faudrait que quelqu'un l'aide mais on ne sait pas ce qui est possible ou pas. »

- Les réticents : Souvent dans ce cas de figure ce n'est pas l'utilisateur final qui est demandeur mais un de ses proches qui veille sur lui. L'utilisateur final dans ce cas peut refuser l'appui proposé, voire nier le besoin.

Situation n°45, femme, 83 ans, difficulté mobilité, demande de révision APA, évaluation AGGIR par un médecin

« Pour la toilette je me débrouille. Je monte avec un petit escabeau dans le sabot, cela va bien. Je ne veux pas faire des travaux. Le maçon m'a dit qu'il fallait tout casser. Cela coûte trop cher, je ne veux pas. Je ne veux pas non plus changer pour mon lit. Je me débrouille. Je me laisse tomber par terre, je roule et après je peux me relever. »

### **Le cas particulier d'AGGIR en établissement : un objectif pour l'établissement mais pas pour l'utilisateur ...**

- La finalité de l'évaluation est ici essentiellement administrative puisqu'elle vise uniquement à déterminer le GIR moyen de l'établissement. L'enjeu est donc financier et se situe peu au niveau de personne.

« Le GIR cela nous intéresse nous. Cela à un effet très important sur notre budget. Pour les personnes c'est assez opaque. Le seul moment où elles voient le GIR c'est sur leur facture, il y est indiqué ». (Médecin coordonnateur d'un établissement pour personnes âgées, site n°1).

- Dans de rares cas semble-t-il la personne est en mesure de faire le lien entre le montant d'une facture et le GIR, même si dans ce cas ce lien n'est pas rattaché à un moment ou une séquence d'évaluation identifiée.

« Attention à ce que vous faites, parce que la dernière fois sur ma facture vous m'avez changé mon groupe et j'ai payé plus cher » (Personne âgée, GIR 4, en établissement, lors de la visite des médecins du Département et de l'Assurance Maladie pour contrôler le GIRage de l'établissement, site n°1)

## **⌋ Ce que perçoit l'utilisateur de l'outil/démarche**

### **Un utilisateur peu informé, souvent un peu déboussolé**

- **L'outil AGGIR n'est quasiment jamais présenté à l'utilisateur**, l'évaluateur explique en général de manière elliptique et place plutôt la situation sur le registre de l'accompagnement social : « Je vais vous poser quelques petites questions, évaluer votre degré d'autonomie » (Situation n°75, femme, 71 ans, première demande APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale) ; « On va faire le point et voir combien d'heures on peut vous proposer » (situation n°77, femme, 87 ans, suite AVC, demande de révision APA, évaluation AGGIR avec une infirmière) ; « Je vais vous poser des petites questions sur votre quotidien, voir comment ça va depuis que ma collègue est venue » (situation n°61, femme, environ 70 ans, difficultés de mobilité, renouvellement APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale)

Il est présenté quand il y a désaccord sur le « GIRage ».

- **Selon les pratiques professionnelles, l'usager voit que le professionnel utilise un support en particulier, ou non.**

Parfois le professionnel pose les questions les unes après les autres dans l'ordre de sa grille et note les informations au fur et à mesure quitte à laisser des silences s'installer dans la conversation. Cela peut provoquer un sentiment visible de gêne et d'inquiétude chez l'usager qui tente de glaner quelques informations en lançant un « dites donc, vous écrivez beaucoup ... », « ça fait beaucoup de papiers », ...

- **Dans certains cas, l'évaluateur annonce à l'usager son GIR** une fois l'évaluation terminée et avant de commencer l'élaboration du plan d'aide.

Exemple : Situation n°28, homme, 92 ans, problèmes de mobilité, première demande APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale : « Voilà je sais le groupe. Je sais ce que vous faites et ce que vous ne faites pas. Vous êtes en groupe 2, ça veut dire que vous avez besoin d'aide. »

- **Parfois les exercices sont mal compris par les usagers.** Ils n'ont pas les mêmes objectifs pour l'évaluation que ceux de l'équipe APA ce qui provoque des malentendus : les usagers se crispent, et cela peut aboutir finalement à un refus de l'aide.

Situation n°61, femme, environ 70 ans, difficulté de mobilité, renouvellement APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale : l'objectif de l'assistante sociale qui rend visite à la personne à son domicile est à la fois de faire une évaluation APA, mais aussi de lui proposer une curatelle. C'est ce dernier point que la personne retient de l'évaluation.

Situation n°26, femme, plus de 80 ans, sortie hospitalisation et problème mobilité, première demande APA, évaluation AGGIR par une conseillère en économie sociale et familiale

La femme dont les besoins sont évalués est en attente d'une décision définitive pour la mettre sous mesure de protection. Sa tutelle est présente. Pendant toute la situation, l'usager met en valeur son désaccord face à cette mesure et se saisit de cette situation pour exprimer sa colère. La CESF explique en début d'entretien :

- « Je suis de la ville de Paris, je viens pour vous donner une aide financière, pour payer une auxiliaire de vie. »

- « On veut m'aider, je veux pas, ça m'emmerde. Quand j'étais petite je voulais vieillir, vieillir pour être libre, pour décider de ma vie. J'ai reçu une éducation avec les principes fondamentaux, [...], je suis fatiguée, j'ai mal. »

- « Moi je n'ai rien à voir avec la tutelle ... »

La personne se calme un peu, la CESF évoque l'auxiliaire de vie qui vient déjà chez elle.

- « J'en veux pas, je vais lui dire d'aller se rhabiller. J'ai un pied dans la tombe, je veux finir ma vie comme je veux. »

La tutrice évoque la vulnérabilité de la dame et elle répond

- « Je ne suis pas vulnérable [...] Moi quand on s'occupe de ma vie, je comprends pas ... »

A la fin de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'aide, la CESF demande à la personne si elle veut bien signer : « Ca me fait chier ! Je ne signe rien. » La tutrice dit qu'alors elle va signer pour elle et elle signe devant la personne.

Situation n°28, homme, 85 ans, problèmes de mobilité en fauteuil, première demande APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale.

Sa femme est présente lors de l'évaluation. La demande APA a été déposée par la femme sur les conseils du CCAS qu'elle est allée voir pour trouver une association d'aide à domicile qui leur convienne. La femme explique : « J'ai rempli quelque chose à la mairie mais ce n'était pas du tout

fait pour ce que je voulais. L'homme : « Ce n'est pas ça dont j'ai besoin » après que l'AS lui ait expliqué ce qu'est l'APA. « Je vais quand même vous poser mes petites questions » propose l'AS.

- **Parfois la demande est du fait d'un aidant familial plus que de l'utilisateur lui-même, ou il s'agit d'un renouvellement et la personne n'en comprend pas réellement les tenants et les aboutissants.** Ce qui donne des situations rocambolesques quand l'aidant familial n'est pas là. La personne a davantage envie de s'exprimer sur ce qui fait sa vie aujourd'hui, mais pas en ce qui concerne les actes « essentiels » au sens d'AGGIR, ou la personne exprime qu'elle n'a pas vraiment besoin de plus d'aide alors que son fils affirme le contraire (situation n°61, femme, environ 70 ans, difficulté de mobilité, renouvellement APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale), ...

### **Ce qu'ils retiennent de la situation, ce qui leur importe tient donc souvent à la qualité du moment passé et aux conséquences de l'évaluation dans leur vie quotidienne : l'aide qui va leur être apportée**

- Leur perception de l'outil souvent réduite au constat : « elle m'a posé beaucoup de questions ».
- Ce que retient l'utilisateur de la situation, c'est souvent l'attitude du professionnel pendant l'entretien.

Ce qui compte pour cet aidant familial « ce sont moins les questions en elles-mêmes que l'attitude de la personne qui les pose. Il faut de la délicatesse, être respectueux des personnes et bien expliquer. » (Situation n°24, femme, 98 ans, problèmes de mémoire, première demande APA, évaluation AGGIR par une conseillère en économie sociale et familiale)

- Ce qui se passe pendant l'évaluation n'est pas toujours facile à comprendre pour la personne, elle se sent parfois un peu dépassée, démunie par rapport à ce qui s'est joué (voir la situation n°27 développée en annexe, femme, 80 ans, problèmes de mobilité, première demande APA, évaluation AGGIR par une conseillère en économie sociale et familiale).

### **Le cas particulier de l'utilisation de l'outil AGGIR en établissement : un usager qui ne connaît pas l'outil et qui n'identifie aucune séquence d'évaluation**

Dans la quasi-totalité des cas l'utilisateur méconnaît l'outil et la séquence d'évaluation. Il est évalué par une équipe sans y être associé et sans être informé des résultats de l'évaluation.

« Maintenant on fait les évaluations entre médecins, infirmières et le personnel qui est en contact au quotidien avec la personne. Avant c'était uniquement le médecin, mais on s'est aperçu que l'on manquait d'information ». (Médecin coordonnateur d'un EPHAD, lors de la visite des médecins du Département et de l'Assurance Maladie pour contrôler le GIRage de l'établissement, site n°1)

## **› Modes de participation de l'utilisateur à la situation**

### **L'utilisateur final parfois très en retrait**

L'utilisateur final c'est-à-dire la personne qui fait l'objet de l'évaluation est dans certains cas relativement peu sollicité pour l'évaluation. Dans de nombreux cas sa parole est concurrencée et/ou complétée par celle d'un proche. Plus le degré de dépendance et d'âge est élevé plus

l'entourage est convié à s'exprimer sur la situation de la personne. Il s'agit à la fois de compléter les réponses de l'utilisateur, voire de les valider.

Dans plusieurs cas de figures, l'utilisateur final est contredit par ses proches qui nuancent fortement ses déclarations par rapport à son autonomie dans la réalisation d'actes quotidiens.

Le professionnel qui réalise l'évaluation peut adopter face à ces situations diverses attitudes. Si certains s'attachent à recueillir le témoignage de l'utilisateur final (malgré ses difficultés d'élocution parfois et la fiabilité de ses propos) d'autres très rapidement s'adressent directement à l'entourage lorsqu'il est présent. La passation d'AGGIR peut dans ce cas s'apparenter à celle qui prévaut en établissement. La grille est complétée à partir du témoignage des personnes qui voient au quotidien la personne. La pratique du professionnel et la capacité de la personne à témoigner de sa propre situation sont les variables déterminantes expliquant la plus ou moins grande prise en compte de la parole de l'utilisateur.

### Les conflits entre usagers

La parole de l'utilisateur final peut être remise en question lors de l'évaluation par des personnes de son entourage. Le cas le plus fréquent est celui où le professionnel valide avec les proches ce qu'affirme l'utilisateur. Ces désaccords peuvent devenir conflictuels et le professionnel se trouve dans une situation d'arbitrage. Parfois il tente de rechercher un consensus mais il peut arbitrer (sans d'ailleurs le dire explicitement mais en le notant) entre les affirmations des deux parties.

Dans d'autres cas, le désaccord peut être ouvertement conflictuel, comme le montre cette scène :

Situation n° 42, femme, 80 ans, difficultés de mobilité, demande de révision APA, évaluation AGGIR par une assistante sociale

L'assistante sociale doit procéder à l'évaluation à domicile d'une personne âgée. Sa famille présente (3 enfants) ce jour-là considère qu'elle ne peut plus vivre seule à la maison et souhaite qu'elle intègre au plus vite un établissement. Leur mère plaide elle pour rester à son domicile en arguant de son autonomie au quotidien suffisante selon elle pour vivre chez elle si elle bénéficie d'une aide adaptée. Les échanges dégénèrent rapidement. Toutes les parties présentes insistent auprès de la mère pour qu'elle se résigne à quitter son domicile. L'utilisateur est furieuse et ne comprend pas que l'on ne respecte pas son avis. « Pourquoi vous ne voulez pas m'écouter. Je ne veux pas partir d'ici. Mon médecin traitant m'a dit que je pouvais rester à la maison mais vous ne voulez pas l'écouter. Je ne veux pas aller dans ces maisons, je sais que je ne m'y plairais pas ».

### Les questions qu'ils posent pendant l'évaluation

Ces questions sont souvent plus en rapport avec le plan d'action qui va être élaboré, ou qui s'élabore concomitamment qu'en rapport avec l'évaluation proprement dite. Ainsi l'utilisateur va se préoccuper de la personne qui va venir pour les heures de ménage, quel va être le planning d'intervention, quel va être le délai de réponse pour la mise en œuvre de l'aide....

Ce dont ils parlent et qui est « hors champ » de l'évaluation telle qu'elle est prévue par l'outil : leur vie au-delà des actes « essentiels » au sens d'AGGIR

Selon le degré d'ouverture que laisse le professionnel à l'entretien la personne est plus ou moins amenée ou incitée à s'exprimer sur ses besoins, ses désirs, ses difficultés. Les situations sont de ce point de vue très hétérogènes et vont du degré d'ouverture le plus important au degré de fermeture le plus grand. Ainsi certains professionnels se cantonnent-ils à la Check list AGGIR. Ils complètent chaque rubrique avec le maximum d'efficacité sans accorder trop de temps et d'intérêt aux propos non prévus par la grille. A l'opposé d'autres professionnels pratiquent un entretien « très ouvert » et débordent largement du questionnement de la grille AGGIR qu'ils complètent d'ailleurs dans le désordre. Ce type de pratique renvoie à la typologie des familles d'outils selon la place qu'ils accordent à l'utilisateur.

## ⌋ La place de l'utilisateur telle que la conditionne l'outil/démarche

L'utilisateur, source d'information pour définir l'éligibilité

Il s'agit ici du niveau « zéro » de la place que peut occuper l'utilisateur. Le professionnel pour l'évaluation à domicile a besoin de la parole de l'utilisateur (parce qu'il ne le connaît pas) pour qu'il l'aide à compléter l'outil.

La place pour l'utilisateur c'est avant tout de répondre aux quelques « petites questions pour voir si vous relevez de l'APA ». Selon que l'utilisateur fait plus ou moins de digressions, est plus ou moins prolix, si le professionnel a peu de temps, et qu'il a une vision restrictive de l'évaluation, il recadre l'entretien vers son objet : « évaluer votre degré d'autonomie ». Il fait de l'AGGIR « stricto sensu ».

Hors outil : quand la situation déborde vers de l'accompagnement

Selon les pratiques des professionnels, leur formation initiale, leur conception de leur métier, l'évaluation à domicile peut constituer une ponctuation d'un processus d'accompagnement beaucoup plus qualitatif. Dans ce cas, la séquence d'évaluation constitue une opportunité, un prétexte pour engager un dialogue avec l'utilisateur dans la perspective de lui apporter un « mieux être ». Le questionnement excède le champ de la grille et les items de celles-ci ne sont que des occasions pour évaluer au mieux les besoins et la demande de la personne.

Situation n° 50, homme, 77 ans, difficultés mobilité, demande de révision APA, évaluation AGGIR par un médecin

Mr P a été amputé d'une jambe il y a quelques années. Aujourd'hui il vit seul mais éprouve de grandes difficultés à se déplacer. Il a tendance à déprimer et a besoin de davantage d'aide selon ses proches. Le médecin qui le visite dans le cadre d'AGGIR s'intéresse à sa pathologie et fait le lien entre celle-ci et le plan d'aide qu'il faudrait mobiliser dans le cadre de l'APA. Elle lui pose de nombreuses questions sur son quotidien, sa pathologie, son moral, ses attentes et ses craintes. Finalement elle considère qu'il faut impérativement aider Mr P à marcher au risque sinon qu'il perde sa deuxième jambe. Elle lui propose ainsi l'appui d'une « dame de compagnie » qui l'aidera à faire quelques pas tous les jours.

Pas d'accord recherché sur l'évaluation en elle-même mais sur le plan d'aide

Dans la plupart des cas rencontrés, la place de l'utilisateur pour AGGIR à domicile est recherchée dans l'élaboration et la validation avec l'utilisateur du plan d'action qui accompagne l'évaluation. Les deux instants ne sont d'ailleurs pas toujours distingués. Ils s'entremêlent voire se confondent. Le professionnel ne recherche pas d'ailleurs l'adhésion ou l'accord de l'utilisateur sur l'évaluation (ce qui supposerait que l'utilisateur ait connaissance de ce qu'écrit le professionnel). En revanche, il sollicite son avis sur le « plan d'aide ». Le plus souvent il s'agit de préciser avec l'utilisateur le nombre d'heures d'interventions et la finalité de ces interventions. Cependant ici encore il ne s'agit pas toujours de dialoguer réellement sur le volume d'heures nécessaires par rapport à des droits possibles. Le professionnel propose un volume d'heures par rapport à des tâches à la personne. Celle-ci dans la plupart des cas n'est pas en posture de dialoguer ou d'échanger. Elle accepte ainsi comme le montre notre catégorie des « dominés » dans notre typologie ce qui lui est proposé comme un « cadeau » ou une « aide », laquelle ne saurait correspondre à un droit car on méconnaît sa teneur.

## 2. GEVA

Rappel terrains réalisés	
<i>Site 4</i>	1 entretien clé d'entrée
	5 observations/entretiens usagers
<i>Site 5</i>	2 entretiens clé d'entrée/professionnels
	5 observations / entretiens usagers
<i>Site 6</i>	3 entretiens clé d'entrée/professionnels
	10 observations/entretiens usagers

Résumé fiche GEVA	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Des usagers très variablement informés en amont de la visite
	Une demande initiale des usagers très ciblée
	Ce sont les premières visites de la MDPH, les usagers connaissent mal la nouvelle loi et le nouveau dispositif et ne savent pas à quoi s'attendre
	Certains cas particuliers d'utilisateurs : les « éclairés » qui fixent des objectifs très précis à la situation
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	Un outil peu « visible » et rarement explicité. Mise à part quelques pratiques innovantes et « dissidentes »
	Evaluation ou accompagnement ? Difficulté pour l'utilisateur à percevoir sur quel plan/registre se situe la visite
	L'effet surprise de la générosité de l'évaluation et du dispositif
	Une évaluation approfondie avec des plans d'aide ambitieux qui ouvre de nouvelles perspectives de vie : le risque de déception de l'utilisateur
	Une démarche parfois perçue comme trop intrusive
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	A la recherche du projet de vie des personnes
	L'utilisateur participe sous forme d'un échange de type entretien social plutôt que sous forme de réponses à un questionnaire fermé
	La participation de l'utilisateur final est fonction de la présence d'autres utilisateurs
	Fonction également de sa capacité à comprendre et à s'exprimer : certaines évaluations se font sans l'utilisateur.
Place de l'utilisateur dans la démarche	Philosophie de l'outil : aller au-delà de la demande initiale de la personne, besoin de la participation active de la personne pour faire ce travail
	L'utilisateur n'est pas seulement source d'information, il fait évoluer le référentiel selon le projet de vie qu'il exprime et les besoins de compensation qui semblent être les siens. Expression d'un projet de vie

## › Objectifs de l'outil/démarche selon l'usager

### Des usagers très variablement informés en amont de la visite

Parfois, la visite fait l'objet d'un courrier ; parfois elle est annoncée uniquement par un appel téléphonique. Les pratiques sont variables au sein des équipes d'évaluateurs d'un même site.

Quand il y a courrier, il peut être écrit dans un langage très juridico-administratif, et ce quand il vient des MDPH elles-mêmes.

Exemple dans une MDPH : «Madame, Monsieur. Vous avez adressé à la Maison des Personnes Handicapées de B. une demande de prestation de compensation reçue le .... Pour l'exercice de sa mission d'évaluation, la Maison des personnes handicapées de B. a passé convention avec des établissements ou services spécialisés. Je vous informe donc que X va prendre contact avec vous afin de procéder à l'évaluation de vos besoins. Cette équipe est chargée de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation, qui vous sera soumis, avant présentation à la commission des droits et de l'autonomie, qui est compétente pour se prononcer sur votre demande. Je vous engage à préparer les documents qui vous paraîtront utiles en vue de la rencontre avec les personnes chargées de l'évaluation. Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée. »

Quand il vient d'associations conventionnées, le courrier est écrit par chacune des associations dans des langages qui peuvent varier de l'une à l'autre, mais qui sont souvent moins formels que celui employé par les MDPH :

Exemple de courrier envoyé par une association conventionnée pour l'évaluation des besoins : «Madame, Monsieur, Vous avez déposé un dossier à la Maison des Personnes Handicapées de B. (MDPH) en vue d'obtenir une prestation de compensation de votre handicap. Dans le cadre d'une convention avec la MDPH, nous sommes missionnés pour vous rencontrer (Lors de nos différentes rencontres vous pouvez vous faire assister par une personne de votre choix) afin d'évaluer, avec vous et vos proches, vos difficultés, vous aider à formuler votre « projet de vie » ou vos souhaits et vous informer des aides possibles. A l'issue de nos rencontres, nous transmettrons à la MDPH nos propositions pour la constitution de votre plan personnalisé de compensation. Nous vous proposons un rendez-vous à votre domicile le ... En cas d'impossibilité, vous voudrez bien nous contacter au ... afin de convenir d'un autre rendez-vous. Dans l'attente de vous rencontrer, recevez, Monsieur, nos salutations les meilleures. »

Certaines associations joignent au courrier d'annonce de la visite, un document présentant plus ou moins précisément les objectifs de la démarche, et le référentiel de l'évaluation.

Exemple de document présentant la démarche : une petite plaquette d'information réalisée par une association intitulée « Comment bien préparer l'évaluation de vos besoins ? ». 1er chapitre « ce qu'il faut savoir » ; 2ème chapitre « mes projets et mes souhaits » ; 3ème chapitre « mes besoins ».

« Ce qu'il faut savoir. » : notamment « Pour bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap, il vous faut remplir les critères du handicap : soit présenter une difficulté absolue (une difficulté est absolue lorsque l'activité ne peut pas du tout être réalisée par vous) ; soit présenter deux difficultés graves (elle est grave quand l'activité est réalisée difficilement et de façon normale). Vous devez repérer vos difficultés absolues ou graves dans la liste des activités suivantes (...) ». « Besoins d'aide humaine. (...) Pour chaque domaine, essayez d'évaluer précisément le temps qui vous est nécessaire par jour. Vous pouvez bénéficier d'une aide pour les actes essentiels de l'existence qui comprennent : ... » (...)

En synthèse, les usagers sont très variablement informés selon :

- le niveau d'information qui leur est accordé par les professionnels. Les pratiques à ce sujet sont très peu normées et encadrées. Elles sont souvent laissées au libre arbitre de chaque évaluateur.
- l'appétence de l'usager à comprendre et à participer à l'évaluation. Qui dit avoir reçu un document de présentation de la démarche ne dit pas forcément qu'on l'a lu ...

## Une demande initiale des usagers très ciblée

Dans les cas rencontrés, l'équipe d'évaluateurs utilise le GEVA généralement pour des demandes PCH, sur certains sites également pour des orientations en établissement, ou pour des demandes d'orientation professionnelle.

La PCH est encore relativement méconnue pour la plupart des usagers, et il s'agit souvent d'une visite dans le cadre d'une première demande. D'autre part la demande de PCH ne se fait souvent pas à l'initiative de l'utilisateur, sa demande initiale a trait à d'autres aides de la MDPH. Dans les cas rencontrés, l'utilisateur ou une personne de son entourage se rend à la MDPH pour une demande de renouvellement de carte de stationnement par exemple et le professionnel qui l'accueille à la MDPH lui conseille de faire une demande de PCH. Une équipe de professionnels lui rendra visite pour évaluer ses besoins, et l'utilisateur verra ce à quoi il a droit, et s'il estime que cette prestation est avantageuse pour lui ou non.

Situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue.

Pendant l'entretien d'Asdo avec la jeune fille une fois terminée l'évaluation, elle explique concernant la demande qu'elle ne pensait pas avoir demandé cette prestation. C'est dans « une sorte de centre social » de C. qu'elle a demandé la prestation. Dans un « service spécial » ils l'ont aidé à remplir le formulaire. Elle « avait ce droit là étant jeune » mais la prestation a fini quand elle a eu 20 ans, donc « elle a rempli ce dossier ». Pour la suite sur ce qui va se passer elle va voir et « si les médicaments augmentent, alors elle demandera une augmentation »

Situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, ne peut plus marcher, bouge ses membres avec difficulté, première demande de PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale et une ergothérapeute.

La femme de l'utilisateur était venue à la MDPH pour un renouvellement de la carte de stationnement, et c'est à ce moment qu'on lui a conseillé de faire une demande d'évaluation PCH. Mais avant la visite des évaluateurs, ils ne savaient pas vraiment ce dont il s'agissait. Aujourd'hui ils touchent l'ACTP et ils ne sont pas sûrs à la suite de l'entretien que la PCH est plus intéressante. La femme explique qu'elle va « faire des calculs » pour décider.

## En amont de la visite, l'utilisateur a très peu d'idée de l'objet de la visite et de la manière dont cela va se dérouler

Dans de nombreux cas, c'est la première fois que l'administration vient à eux. Le fonctionnement de la MDPH est différent de celui des anciennes COTOREP qui généralement ne venaient pas au domicile des personnes sauf dans une optique de « contrôle ».

C'est ainsi que certains usagers imaginent que les professionnels viennent à leur domicile pour « un contrôle », pour « contrôler mon handicap. » (Situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale et une ergothérapeute)

Malgré le courrier de présentation de la démarche que reçoivent généralement les personnes (Exemple : « Afin de procéder à l'évaluation de vos besoins en rapport avec votre demande de prestation de compensation du handicap, nous voudrions vous rendre visite à votre domicile. Pour cela nous vous proposons une rencontre le ... »), elles ne savent pour la plupart pas du tout à quoi s'attendre. Cela provoque chez les usagers plusieurs types de réaction :

- la surprise : un usager explique que la venue de professionnels de la MDPH a été pour lui « une grande surprise », « un grand étonnement. » (Situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale et une ergothérapeute). Il dit ça avec une forme d'ironie douce ajoutant qu'une assistante sociale était venue il y a trois ans : « ils lui avaient dit qu'ils revenaient au printemps pour me faire passer le permis comme ils disent (fauteuil électrique) et puis ils ne sont jamais venus ».

- des malentendus : dans certains cas, la personne pense que le rendez-vous a un autre objectif que celui qu'il lui découvre finalement au cours de l'entretien.

Situation n°62, femme, 29 ans, problèmes équilibre et vue, première évaluation PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale

L'AS commence par présenter ce qu'est la PCH et lui expliquer qu'elle est là pour les aides humaines. Elle commence à lui poser des questions :

- « Et vos revenus aujourd'hui, c'est quoi ? »
- « J'ai rien ! »
- « Vous n'avez pas fait de demande d'AAH, d'Allocation Adulte handicapée ? »
- « Je pensais que vous étiez là pour ça... »
- « On va voir ce qu'on peut faire, par contre comme vous vivez avec votre papa, et qu'il a des revenus, ça sera un peu moins que le maximum. »
- « Oui mais j'ai ré-habité avec lui par nécessité, avant d'aller à l'hôpital, j'avais mon logement. Ce que je ne comprends pas, c'est que j'ai vu des assistants sociaux mais ils m'ont rien dit par rapport à ça ! J'ai rempli un dossier bleu, je pensais que c'était ça ! »
- « Oui, on va voir ça puisque là au niveau de l'AAH, il y a quelque chose qui ne va pas. »
- « Oui mais si mon père n'avait pas de revenus, comment j'aurais fait !? »

Situation n°38, homme, 48 ans, déficience intellectuelle faible, problèmes de dos. Demande d'orientation professionnelle, évaluation GEVA (volet insertion professionnelle) par une assistante sociale.

Mr H. est venu à la MDPH avec sa sœur pour le rendez-vous avec l'AS. Ils sont venus à la MDPH pensant qu'on les convoquait dans le cadre de leur demande d'AAH. En réalité ils avaient dû cocher la case « Demande d'orientation professionnelle » dans le formulaire de demande à la MDPH. Et c'est dans ce cadre que l'AS les rencontre, ce qu'ils n'avaient pas compris avant de se rendre au rendez-vous.

- une forme d'inquiétude quand on ne sait pas à quoi s'attendre :

Situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue.

Pendant notre entretien avec elle après la situation d'évaluation, l'usager explique qu'elle n'avait pas vraiment d'attentes au départ. Elle ne savait pas comment fonctionnait la prestation, ce qu'elle pourrait avoir. Mais elle dit avoir été plutôt anxieuse avant le rendez-vous, peur d'être jugée, qu'il y ait des préjugés, peur « d'être catégorisée ».

... qui se traduit parfois par de l'agressivité. La visite du professionnel dont on ne comprend pas en amont l'objectif est parfois mal accueillie par l'usager et/ou par ses proches.

Mme D. a 60 ans, bénéficiaire du RMI, vit seule avec son fils Nicolas, 21 ans, qui a une déficience intellectuelle moyenne (bénéficiaire), première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale

La demande de PCH doit certainement venir de la curatelle, hypothèse de l'AS qui rencontre la famille pour la première fois.

Quand nous arrivons au domicile, ils nous attendent, mais attitude sèche de la maman qui a bien reçu le courrier pour informer de la visite, mais qui n'en comprend visiblement pas l'objet : « Je ne vous connais pas vous. Qui êtes vous ? ».

L'AS explique qu'elle vient à propos de la demande exprimée auprès de la MDPH : demande de carte de stationnement, d'orientation en FO, ... La mère reprend tout de go : oui la carte de stationnement ça fait deux ans que je l'attends, et de répéter que c'est un droit de son fils, qu'elle ne comprend pas, attitude très revendicatrice de la personne, qui exprime un ras le bol, et le besoin d'être soulagée.

Elle explique également qu'elle ne comprend pas qu'il n'y ait toujours pas eu de place en FO pour Nicolas et qu'elle n'est pas contente de la curatelle qui ne fait pas son travail.

L'AS explique « c'est justement pour faire le point sur tout ça que je suis là ».

Peu à peu au fur et à mesure de la situation, la personne se détend.

- une attitude de 'dominé' comme nous l'avons qualifié dans notre typologie des usagers (voir analyse transversale de l'étude). L'utilisateur exprime souvent une forme d'attentisme sans demande initiale formulée.

Situation n°33, homme, 35 ans, ulcères aux jambes, ne peut plus marcher. Première demande PCH, évaluation GEVA lors d'une visite conjointe Assistante sociale et ergothérapeute

Quelques minutes après le début de la visite :

- « Alors dites-nous, en quoi peut-on vous aider ? »
- « A vous de me le dire. Vous êtes là pour ça ... »

Ainsi, d'une manière générale, les usagers n'identifient pas en amont d'objectifs précis pour une situation dont ils ne connaissent pas ou peu les tenants et les aboutissants. Face à cette asymétrie d'information constitutive de la situation, certains usagers tendent à faire partie de la catégorie des « dominés » que nous avons identifiée dans l'analyse transverse : ils n'attendent pas beaucoup de la situation et ont une attitude relativement passive (au moins au début de l'entretien). D'autres révèlent une forme d'inquiétude par rapport à la situation.

### **Certains cas particuliers, les usagers « éclairés » ...**

Certains usagers connaissent déjà bien les objectifs de l'évaluation. Soit qu'ils se sont renseignés par eux-mêmes ou ont été accompagnés par des associations d'utilisateurs ; soit que l'équipe d'évaluateurs leur a donné en amont des éléments très précis concernant la situation d'évaluation, ses objectifs, et la manière dont elle allait se dérouler. Dans un des sites de l'échantillon, deux associations conventionnés par la MDPH pour mener les évaluations ont élaboré une plaquette d'information qu'ils envoient aux usagers avant l'évaluation et qui leur indique précisément les objectifs de l'évaluation, l'outil utilisé, le barème, la manière dont se préparer, ...

Situation n°64, femme, 35 ans, trisomie 21, première demande PCH, évaluation GEVA par un éducateur

Lors de la visite à domicile de l'évaluateur (éducateur), les deux parents sont présents. Ils travaillent tous deux au Conseil Général. La maman s'est beaucoup renseignée sur la PCH, et a notamment pris contact à ce propos avec la directrice de la MDPH elle-même, ce qu'elle mentionne à l'évaluateur. Les parents ont déjà construit leur projet avec leur fille et savent l'exposer clairement, l'argumenter auprès des professionnels. Ils frappent aux différentes portes pour savoir comment le mettre en œuvre. L'équipe évaluatrice leur avait envoyé avec le courrier d'annonce de la visite un document présentant les différents critères de l'évaluation. Au début de l'évaluation, la maman l'a sous les yeux et commence : « Donc du point de vue des déplacements, ... » Le professionnel s'arrange pour reprendre la main. Ils jouent ensuite bien le jeu de laisser d'abord leur fille s'exprimer puis de compléter si le professionnel leur demande. Ils n'hésitent pas à se faire expliquer ce que peut prendre en compte la PCH, ce qu'elle ne peut pas afin de voir comment ils ont le plus intérêt de s'organiser. Ils sont vraiment partie prenante de l'élaboration du plan d'aide, même si le professionnel ne sait pas répondre à toutes leurs questions tellement elles sont pointues...

### **⌋ Ce que perçoit l'utilisateur de l'outil/démarche**

**Un outil peu « visible » et rarement explicité. Mise à part quelques pratiques innovantes et « dissidentes »**

L'outil GEVA n'est quasiment jamais présenté en tant que tel à l'utilisateur. Le professionnel peut faire référence à l'outil à certains moments, mais de manière elliptique. Par exemple, la psychologue explique à l'utilisateur en cours d'entretien « Je regarde ma petite grille d'évaluation. Je vérifie pour voir que je n'ai pas oublié de poser quelques questions. » (Situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue.).

En revanche, nous avons parfois rencontré des professionnels qui avaient des manières de faire « dissidentes » par rapport à cette pratique la plus courante d'opacité de l'outil pour l'utilisateur.

- Certaines associations conventionnées envoient des plaquettes d'information communiquant précisément le référentiel selon lequel l'utilisateur est évalué (voir ci-dessus).
- Un professionnel d'une équipe avait pour habitude d'envoyer à l'utilisateur quelques jours après la visite la grille GEVA telle qu'il l'avait renseignée suite à la rencontre avec l'utilisateur. Cette pratique a été « recadrée » par le responsable de l'équipe et aujourd'hui il n'envoie plus le document à la personne.
- Une équipe d'évaluateurs laisse parfois à l'utilisateur quelques volets de l'outil GEVA entre la première visite et la deuxième. Ils lui laisse le volet « expression du projet de vie de la personne pendant l'évaluation », et « le déroulement de votre journée ». C'est une pratique qui s'est mise en place sur le tas, presque un peu par hasard. Et les professionnels se disent « surpris » de ce que les personnes jouent le jeu et renseignent avec implication les deux documents pour la deuxième visite des évaluateurs. Cela crée pour l'utilisateur une fenêtre de visibilité de l'outil. Ils s'en saisissent et deviennent par cette communication de l'outil différemment acteurs de leur évaluation.

Mise à part ces quelques pratiques, l'outil est peu visible au cours de l'évaluation, dans la mesure où la plupart des évaluateurs renseignent l'outil une fois de retour au bureau. Ils conduisent l'entretien à la manière d'un entretien « semi-directif ». Ils ont les questions en tête, mais les posent dans l'ordre qu'impose le fil de la conversation et non dans celui prévu dans l'outil.

### **Evaluation ou accompagnement ? Difficulté pour l'utilisateur à percevoir sur quel plan/register de situe la visite**

L'évaluation prévue par l'outil/démarche GEVA se veut très large et explore l'ensemble des besoins que pourrait avoir la personne dans sa vie quotidienne. L'évaluation est l'occasion souvent d'un échange sur des sujets intimes de la personne qui touchent à ses projets les plus importants. C'est un moment qui n'est pas neutre pour l'utilisateur. En une heure quinze, une heure trente de discussion à bâtons rompus sur sa vie, ses projets, se crée déjà une relation privilégiée avec la personne. Cette dernière exprime parfois à la fin de l'entretien l'envie de revoir l'évaluateur pour qu'il puisse l'accompagner.

Situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue.

Elle évoque spontanément des problèmes d'incontinence à l'évaluatrice, mais n'ose pas en parler à son neurologue ou à son médecin traitant car ce sont des hommes et que « c'est super gênant ».

Lorsque professionnelle dit à la jeune femme qu'elle est psychologue, plutôt vers la fin de l'entretien et lui dit qu'elle semble avoir beaucoup de choses à dire : « vous devriez peut être songer à en parler à un professionnel », la jeune femme lui demande spontanément si elle ne veut pas être sa psychologue car « il y a un bon feeling ». L'évaluatrice lui répond qu'elle ne peut pas, qu'elle travaille à la MDPH à temps plein et qu'elle n'a pas son cabinet « de libérale ». Mais elle lui conseille d'aller au CMP car les libéraux coûtent très cher. Elle précise qu'en général ce sont des personnes avec des troubles psychiatriques qui y vont, mais que « ce n'est pas votre cas, je vous rassure ».

Entretien avec l'usager suite à l'évaluation : ce que retient la personne est moins lié au plan d'aide qu'à la qualité de l'accompagnement par l'évaluatrice, l'entretien se positionne sur un registre nouveau pour l'usager : Elle dit n'avoir jamais eu d'entretien de ce genre. Elle l'a plus vu comme « une discussion, une relation patient psy » et trouve qu'elle a été très bien écoutée et que l'évaluatrice a été « de bon conseil ».

Situation n°38, homme, 43 ans, déficience intellectuelle faible et problèmes de dos, demande d'orientation professionnelle, évaluation GEVA (volet : insertion professionnelle) par une assistante sociale.

Il est venu à la MDPH avec sa sœur pour le rendez-vous avec l'AS. Aujourd'hui il est suivi par Cap Emploi mais visiblement cela avance peu, il a peu de propositions d'emploi. A la fin de l'entretien, la sœur ose : « Et donc le suivi après c'est vous ? ». L'AS : « Non nous nous évaluons les droits aux prestations. »

Travailler sur le projet de vie, au-delà de la parole brute de la personne, nécessite un véritable accompagnement de l'usager. Dans certaines MDPH d'ailleurs, l'évaluation a lieu en plusieurs fois et l'évaluation se transforme en véritable accompagnement : il s'agit de faire émerger les besoins de la personne, de la convaincre parfois qu'elle en a. C'est l'affaire d'un accompagnement sur le moyen terme, et non seulement d'une évaluation en un entretien d'une heure.

Situation n°33, homme, 35 ans, ulcères aux jambes, ne peut plus marcher, première demande PCH, évaluation GEVA lors d'une visite conjointe assistante sociale et ergothérapeute.

L'usager a d'importants problèmes de santé suite à une opération des jambes il y a dix ans qui devait être bénigne mais s'est transformé en véritable fiasco médical. Du fait de ce parcours médical difficile, il exprime aujourd'hui une grande réticence à toute forme d'aide : il s'auto-prescrit des médicaments, se procure le matériel dont il a besoin par un ami d'une pharmacie qui lui donne le matériel usagé. Il continue de conduire son véhicule alors qu'il n'est pas assuré selon les difficultés qu'il rencontre, ...

Pendant l'entretien, il est très réticent à toute forme d'aide de matériel ergonomique que lui propose l'ergothérapeute car il explique que « ma priorité c'est de me soigner, c'est de guérir ». L'AS et l'ergo travaillent pendant tout l'entretien avec lui, essayant de le provoquer, d'avancer avec lui. Il semble pourquoi pas être d'accord pour être accompagné par un service d'accompagnement social ... Mais son accord semble encore très fragile.

L'AS et l'ergothérapeute lui laisse le volet du GEVA sur le « projet de vie » et viendront le voir de nouveau dans quelques semaines pour continuer l'évaluation ... Evaluation ou accompagnement ?

### L'effet surprise de la générosité de l'évaluation et du dispositif

De nombreux usagers évalués dans le cadre de l'outil/démarche GEVA se situent dans la catégorie des « dominés » de notre typologie (voir analyse transversale). Ils ne connaissent pas l'offre de services de la nouvelle MDPH, ni le sens de la démarche d'évaluation, ni son référentiel.

L'évaluation et le plan d'aide évoqué concomitamment avec eux ont un effet surprise pour eux. Le plan d'aide est beaucoup plus ambitieux que leur demande initiale, qui était beaucoup plus restrictive (de la demande d'une carte de stationnement, à l'obtention d'aide humaine...). Et le plan d'aide proposé est beaucoup plus généreux que ce qu'ils ont pu recevoir comme aide par l'Etat par le passé. Cet effet « bonne surprise » a nécessairement un impact important sur la perception par l'usager de la situation d'évaluation :

Situation n°55, femme, 25 ans, en fauteuil, première demande PCH, évaluations GEVA en deux temps: 1 première visite d'une AS, puis une seconde d'une ergothérapeute.

Elle a fait une demande de PCH sur le conseil d'autres personnes handicapées de son entourage qui lui ont parlé de cette prestation, qu'elle pourrait y avoir droit. Elle reconnaît qu'elle ne connaît pas trop ses droits, qu'elle doit aller à la « pêche aux informations ».

Sa demande initiale portait plus sur des aides humaines, pour l'aider à la préparation des repas. Avec l'AS qui était venu lui rendre visite, « ça s'était bien passé ». Elle avait même eu « une bonne surprise » lorsque l'AS lui a dit que les aménagements du logement pouvaient être possible et qu'une ergo pourrait passer voir cela chez elle.

Concernant l'entretien avec l'ergothérapeute, elle l'a trouvé très agréable. Elle trouve que ça s'est « fait naturellement, c'était plus un échange que un monologue ». Elle dit avoir été surprise qu'elle passe autant de temps à prendre les mesures, mais elle a trouvé ça très professionnel.

Elle trouve que ses explications étaient claires, elle pense s'être faite une bonne représentation des différentes solutions possibles et pense avoir été bien renseignée. Elle a aussi apprécié qu'elle prenne le temps avec son père au téléphone pour lui expliquer, « pour qu'il suive ce qui se passe ».

Elle indique par ailleurs que l'ergothérapeute doit revenir en fin de semaine avec un revendeur pour qu'ils puissent tester du matériel. Elle espère que là cela « sera plus concret ». Elle sait aussi que l'ergo a appelé le propriétaire du logement, mais que elle n'a pour le moment pas eu la responsable qui pouvait la renseigner. Elle pense désormais que ça va se résoudre, pense que l'ergo a bien pris en compte ce qu'elle voulait.

Situation n° 35, homme, 58 ans, déficient visuel, première demande PCH, évaluation GEVA par une ergothérapeute

Sur des conseils de proches qui avaient entendu parler de la MDPH il fait une demande et reçoit la visite de l'ergothérapeute. Durant l'entretien il mentionne sa passion pour la lecture, passion qu'il ne peut plus assouvir dorénavant. Il évoque l'existence de la machine à lire dont il a appris l'existence à l'AVH à Paris. Avec son épouse ils ajoutent aussitôt qu'ils ne s'autorisent pas à penser à une telle machine compte tenu de son coût. En revanche ils ont déjà acquis un plus petit matériel. L'ergothérapeute leur explique finalement que la PCH va permettre de rembourser en grande partie certains de ces achats, qu'il va pouvoir envisager l'acquisition de la machine à lire si le test qu'elle lui propose s'avère concluant.... Pour couronner le tout elle l'informe sur le forfait déficience visuelle et sur la rétroactivité des versements depuis le dépôt de la demande... Le demandeur et son épouse n'osent croire à autant de bonnes nouvelles d'un seul coup....

Situation n°37, Mme D, 60 ans, bénéficiaire du RMI, vit seule avec son fils Nicolas, 21 ans, qui a une déficience intellectuelle moyenne (bénéficiaire), première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale

Jusqu'à 18 ans il est en IME et ne rentre que le week-end chez lui. Mais il y a deux ans, sa mère décide de l'en retirer à cause d'un problème qu'il rencontre là-bas. Depuis il vit 24 heures/24 chez sa mère. Aujourd'hui elle est furieuse de n'avoir toujours pas eu de place pour Nicolas en foyer occupationnel. Nicolas s'ennuie toute la journée, a besoin de stimulation ce sur quoi la maman semble un peu baisser les bras.

Nicolas est sous curatelle. Mme D. est suivie par l'AS de secteur dans le cadre du dispositif RMI.

Dans la situation l'AS se positionne comme une nouvelle référente de la personne. Elle se montre très « généreuse » dans sa proposition d'accompagnement : « je suis là aussi pour vous aider à trouver une place en FO ». Elle donne des conseils sur beaucoup de choses qui relèvent du médecin traitant par exemple : demander des heures d'orthophoniste.

L'AS dit qu'elle va se «mettre en relation avec la curatelle et votre AS de secteur ».

Elle dit également qu'elle va proposer une aide humaine pour Nicolas en disant qu'elle ne peut pas encore s'engager sur le nombre d'heures, que ça va être calculé. Elle explique également que la MDPH peut rembourser les changes (c'est la curatelle qui donne l'argent pour les payer aujourd'hui) ; les aider à trouver une place en FO, payer une partie des transports à ce moment là. Conclusion de la maman : 'tu vois Nicolas, là on va peut-être avancer ...'

Une évaluation approfondie avec des plans d'aide ambitieux qui ouvre de nouvelles perspectives de vie : le risque de déception de l'utilisateur

L'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ouvre brusquement de nouvelles possibilités, permet de repenser que certains projets, tenus depuis longtemps pour irréalisables, redeviennent d'actualité. Pendant l'évaluation, les usagers peuvent percevoir immédiatement les conséquences concrètes qu'elle pourra avoir sur leur vie quotidienne. C'est

une situation qui promet beaucoup, et qui du coup dans certains cas peut provoquer, revers de la médaille, de forts effets déceptifs :

Situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, ne peut plus marcher, bouge ses membres avec difficulté, première demande PCH, évaluation GEVA en présence d'une assistante sociale et d'une ergothérapeute

Il est enfermé dans sa chambre depuis 10 ans, sans fauteuil et donc sans possibilité de se mouvoir hors de ses murs. La visite de l'équipe PCH est pour lui « une grande surprise » et dans notre entretien avec lui suite à l'observation, il explique avoir vraiment cru qu'enfin il pourrait peut-être avoir un fauteuil et sortir de chez lui.

Mais à la toute fin de l'entretien, comme un détail, l'AS explique qu'il faudra avancer le fauteuil, que la MDPH rembourse sur facture. Comme le couple n'a pas les moyens de faire l'avance et qu'ils ont déjà une expérience malheureuse (ont entrepris des travaux qui devaient être remboursés mais qui ne l'ont finalement jamais été), il explique s'être dit « Adieu Fauteuil ! ».

Il semble de nouveau fataliste, et ne plus y croire, il dit qu'après coup finalement il a eu l'impression d'avoir en face de lui des « vendeurs de matériel ».

### Une démarche parfois perçue comme trop intrusive

Comme l'évaluation GEVA peut dépasser de beaucoup la demande initiale de l'utilisateur, et dans la mesure où l'utilisateur n'est pas encore familier des tenants et des aboutissants du nouveau dispositif, la démarche du professionnel peut paraître intrusive à la personne.

Situation n° 36, jeune femme, 16 ans, déficience intellectuelle, demande d'ajustement ACTP, évaluation GEVA par une ergothérapeute

Jennifer et sa famille habitent une commune perdue au milieu de la campagne de l'Orne. Jennifer est scolarisée depuis plusieurs années dans un établissement spécialisé distant d'une quarantaine de kilomètres. Elle s'y rend en taxi jusqu'à présent, la prise en charge financière étant assurée par la sécurité sociale. Par ouï dire, la maman de Jennifer a appris que dorénavant les frais de taxis ne seraient plus pris en charge. Après de multiples démarches elle n'obtient toujours pas de réponse. Elle reçoit aujourd'hui la visite de l'ergothérapeute, laquelle lui pose une série de questions dans le cadre de GEVA sur l'autonomie de sa fille. La mère de Jennifer éprouve des difficultés à comprendre ses questionnements. Sa seule demande concerne le remboursement des frais de taxis. Le questionnaire est beaucoup plus large et porte sur la capacité de sa fille à se laver, à s'exprimer. La situation devient encore plus « confuse » lorsque l'ergothérapeute indique qu'elle ne peut pas répondre en l'état aux questions de la maman de Jennifer et qu'une AS de la MDPH viendra de nouveau les voir pour clarifier les questions administratives...

### Les résultats de l'évaluation pour l'utilisateur

Comme pour AGGIR, l'information sur les résultats de l'évaluation en termes d'éligibilité à la PCH et de nombre d'heures accordées dépend d'un professionnel à l'autre ou d'une situation à l'autre.

Ici quelques exemples :

Situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue

Au milieu de l'entretien, après toutes les questions sur les capacités fonctionnelles, la psychologue annonce : « Manifestement vous êtes éligible. C'est la reconnaissance que vous avez besoin d'un aidant sinon il y a mise en danger. Mais on travaille avec la loi, et il y a un temps maximum pour chaque acte. Ça va être bien peu par rapport à ce que vous avez... On travaille avec la loi. Au titre de la surveillance, ça sera 3h/jours, je vais aussi vous mettre l'alimentation même si normalement ce n'est pas pour ça, on va essayer de grappiller un peu de temps. Le dédommagement sera de 3.33 € / heure, ce qui fera environ 300 € par mois. » Puis elle explique l'ensemble du processus : la discussion avec le médecin, en équipe pluridisciplinaire, la proposition qui lui sera envoyée avec un coupon réponse, la validation par la Commission des Droits et de l'Autonomie.

Situation n°62, femme, 29 ans, problèmes d'équilibres, première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale

AS - « Il est possible de mettre en place une petite aide, une sorte de reconnaissance de ce que fait vos proches. Mais il y a beaucoup de choses qui ne sont pas pris en compte, nous on prendra en compte la surveillance. Mais ça va être un nombre d'heures minime par rapport à ce qu'ils font. »

Bénéficiaire - « Moi je pourrais pas être déçu, j'ai rien. »

AS - « En fait c'est un petit dédommagement de 3.33€ / heure. Par contre je ne peux pas vous dire combien d'heures on mettra. Moi je fais l'entretien, et ensuite on fait une réunion avec une collègue et un médecin, et là je pourrais vous donner le nombre d'heures. C'est pour que tout le monde soit à la même enseigne. Nous on a des barèmes, c'est très réglementé, y'a la loi. Une fois une dame a voulu voir [l'outil], mais on sait bien on réduit pas une personne à ça... en tous cas aujourd'hui je ne peux pas vous dire, il faut pouvoir transposer tout ce que vous m'avez dit en heures... vous m'avez demandé la dernière fois au téléphone si j'étais médecin « comment vous faites par/rapport aux données médicales ? », je vous avait dit que non, mais on travaille avec des médecins... »

Au-delà de l'éligibilité à la PCH, le résultat de l'évaluation peut prendre pour l'utilisateur la forme de conseils : l'instruction d'une demande d'AAH par exemple (situation n°62, femme, 29 ans, problèmes d'équilibres, première demande PCH, évaluation GEVA par une assistante sociale), le conseil d'aller consulter auprès d'un psychologue, de demander la RQTH (situation n°29 femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue), les conseils de l'ergothérapeute (Situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaques, première demande PCH, évaluation GEVA en présence d'une assistante sociale et d'une ergothérapeute : la femme de l'utilisateur a trouvé intéressant tous les conseils de l'ergothérapeute : installer des rails pour pouvoir transférer son mari du lit au fauteuil dans la chambre, d'un fauteuil au fauteuil électrique, ...).

Parfois l'utilisateur ne perçoit rien ...

Parfois l'utilisateur a de grosses difficultés cognitives et ne perçoit rien de la situation, soit qu'il n'est pas présent, soit que la discussion avec lui touche à la vie de la personne sans qu'on lui explique l'objet de la visite.

Dans deux cas rencontrés, l'utilisateur était représenté par un ou plusieurs professionnels de l'établissement dans lequel il résidait, aucune personne de la famille ne pouvant être présente.

## › Modes de participation de l'utilisateur à la situation

A la recherche du projet de vie des personnes

L'utilisateur est sollicité sur l'expression de son projet de vie.

Situation n°29, femme, 20 ans, problèmes d'épilepsie, première demande PCH, évaluation GEVA par une psychologue

La jeune fille n'a pas formulé de projet de vie et ne sait pas vraiment ce qu'elle veut faire maintenant qu'elle a eu son Bac Pro secrétariat qu'elle ne pensait vraiment réussir à avoir. A la fin de l'entretien, question de nouveau posée par l'évaluatrice, « comment vous envisagez votre avenir ? » réponse de la jeune fille, elle est toujours dans « l'euphorie du Bac ; peut être un BTS, ou alors peut être travailler ». L'évaluatrice lui dit que si elle veut travailler, il existe la RQTH, « vous pouvez la demander ou pas, en fonction de ce que vous souhaitez ou pas... ». Après la question sur l'avenir, l'évaluatrice poursuit : « est ce que vous vous sentez heureuse ? » réponse de la jeune fille, impression qu'elle ne peut pas, qu'elle n'a pas le droit de faire attention à elle, qu'elle doit s'en tenir au strict minimum». Evaluatrice - « vous savez qui a décrété ça ? », pas de réponse, repose la question une autre fois. Réponse de la jeune fille - « c'est moi ». Question de l'évaluatrice - « et vous savez qui peut lever ça ? » - « C'est moi ». L'évaluatrice lui répond « Ce n'est pas évident, mais essayez d'y réfléchir ». « Vous auriez peut être besoin de discuter avec quelqu'un de ce que vous ressentez ». Elle l'oriente vers le CMP pour rencontrer un psychologue qui l'accompagne.

L'usager participe sous forme d'un échange de type entretien social plutôt que sous forme de réponses à un questionnaire fermé

La participation de l'usager final est fonction de la présence d'autres usagers

Situation n°32, homme, 49 ans, sclérose en plaque, ne peut plus marcher, bouge ses membres avec difficulté, première demande PCH, évaluation GEVA en présence d'une assistante sociale et d'une ergothérapeute.

L'évaluation a lieu au domicile de la personne. L'homme est dans un fauteuil dans sa chambre, trop petite pour accueillir tout le groupe (la femme de l'usager, 2 évaluateurs, une revendeuse, la personne ASDO et plus tard le kinésithérapeute). Nous nous installons sur une table ronde dehors sur la terrasse. L'usager est à 5 mètres de la table, à plusieurs reprises la femme fait écran et nous ne voyons plus son mari, elle tient parfois un discours assez ironique, accusateur sur les difficultés qu'il rencontre et ce qu'il fait de ses journées. Il souhaite souvent s'exprimer mais parle avec difficultés et peine à couper les bavards ... (notamment sa femme). Entretien avec l'usager quelques heures après l'évaluation : Selon lui, c'était bien que sa femme soit là « parce que c'est elle qui est au courant pour les papiers », et que lui n'aurait pas su répondre à toutes les questions notamment le taux pour l'aide tierce personne, ... Il dit que ça ne le dérange pas que tout se soit passé sur la terrasse dehors et pas dans sa pièce, il entendait ou quand il décrochait, il savait que sa femme était là pour répondre aux questions.

Fonction également de sa capacité à comprendre et à s'exprimer : certaines évaluations se font sans l'usager.

### › La place de l'usager telle que la conditionne l'outil/démarche

Philosophie de l'outil : aller au-delà de la demande initiale de la personne, besoin de la participation active de la personne pour faire ce travail

Sur les sites rencontrés, la pratique du GEVA (pensée et partagée entre professionnels) peut être guidée par des principes d'intervention très structurants. Ainsi on refuse de s'en tenir à la demande explicite mentionnée par la personne via les « cases cochées » ; Le professionnel est là pour travailler sur la « demande » qu'elle soit explicite ou implicite et pour saisir les besoins de la personne même si le champ de cette demande excède le périmètre d'intervention de la MDPH.

« On aide la personne à faire des montages auxquels elle n'aurait peut-être pas pensé au préalable ». (médecin coordonnateur chef du service évaluation, MDPH)

L'usager n'est pas seulement source d'information, il fait évoluer le référentiel selon le projet de vie qu'il exprime et les besoins de compensation qui semblent être les siens.

Les cas rencontrés montrent que l'usager et ses besoins peuvent être au centre du processus d'évaluation. Le professionnel ne cherche pas systématiquement à « placer » son offre de services, mais cherche le besoin et la réponse appropriée. Ainsi une personne avec des handicaps parfois lourds ne se voit pas proposer systématiquement des outils techniques de compensation si elle se débrouille seule. L'aide proposée est relative à un besoin réel et non par rapport à une norme.

Situation n° 35 homme, 58 ans, déficient visuel, première demande PCH, évaluation GEVA par une ergothérapeute

Compte tenu de sa déficience de plus en plus prononcée Mr ne peut plus lire du tout y compris les très grosses lettres ou chiffres. Il ne dispose pas d'un téléphone avec retour vocal comme il le précise à l'ergothérapeute suite à sa question. Cela ne lui pose pas réellement problème car il a bricolé une solution. Il s'est fabriqué un mémo téléphonique en braille et il compte les touches téléphoniques pour faire le numéro raccourci. Suite à ces explications l'ergothérapeute n'évoque pas la possibilité d'un changement de téléphone considérant qu'il se débrouille très bien.

### 3. DESIR

Rappel terrains réalisés	
<i>Site 7</i>	3 entretiens clé d'entrée/professionnels
	11 observations/entretiens usagers
<i>Site 8</i>	4 observations/entretiens usagers

Fiche DESIR	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Pour l'utilisateur, il s'agit souvent d'un premier contact avec la structure d'aide à domicile. Il s'attend donc à avoir une proposition d'offre de services. La situation se place plutôt sur un registre de type « contractuel ».
	L'utilisateur s'attend à avoir des réponses concrètes sur ce que va pouvoir faire ou non l'aide à domicile, à quelle heure, pour quel coût, ...
	... Parfois la demande n'est pas à son initiative mais à celle d'un de ses proches. L'utilisateur est alors souvent moins partie prenante de la situation, plus « passif ».
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	L'outil est invisible pour l'utilisateur : DESIR est aujourd'hui un outil « interne », une « méthode » de recueil d'information auprès de l'utilisateur, une affaire de professionnel (les informations recueillies dans DESIR ne sont pas relues avec lui ni signées par lui).
	Parfois les exercices sont un peu « brouillés » pendant la situation d'évaluation : le professionnel va à la fois remplir une demande d'aide financière pour l'utilisateur auprès de l'Assurance Maladie par exemple, ou d'une caisse de retraite ; il va éventuellement lui passer la grille AGGIR s'il n'a pas encore été évalué par l'équipe APA afin de voir à quel type de plan d'aide il pourra avoir droit ; il va lui présenter la structure, lui proposer une offre de services, lui faire signer un devis, lui laisser un livret d'accueil et une proposition de contrat, ...
	Dans l'enchaînement des différentes évaluations dont peut faire l'objet l'utilisateur : AS de l'hôpital, AS de la Ville, du Conseil Général, de la structure d'aide à domicile, ... la place de la situation d'évaluation avec DESIR est complexe à comprendre. D'autant que l'évaluateur peut se définir comme un « collègue » des autres AS. Il est difficile d'expliquer un dispositif institutionnel si complexe à un usager « néophyte » ...
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	L'utilisateur semble dans la plupart des cas « dominé » : ses souhaits doivent entrer dans les « cases » de l'offre de services de la structure. Dans notre typologie des outils il s'agit plutôt d'une démarche de type « push » (voir le chapitre du rapport correspondant).
Place de l'utilisateur dans la démarche	L'on recherche deux modes de participation de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- être source d'information pour pouvoir établir une évaluation juste de sa situation et un plan d'aide adapté</li> <li>- une adhésion à ce que la structure lui propose comme plan d'aide afin que l'intervention de l'aide à domicile soit facilitée</li> </ul>

## 4. MAP

Rappel terrains réalisés <sup>1</sup>	
<i>Site 13</i>	3 entretiens clé d'entrée/professionnels
	5 observations/entretiens usagers
<i>Site 14</i>	2 entretiens clé d'entrée/professionnels

Fiche MAP	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Sur les 2 sites de notre échantillon, la démarche d'évaluation n'est connue ni de l'utilisateur ni de sa famille.
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	Pas de perception de l'outil MAP.
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	L'utilisateur n'est pas associé à la démarche d'évaluation qui reste une affaire de professionnels (outil rempli en réunion d'équipe pluridisciplinaire, démarche et résultats gardés sous silence).  En revanche, ils peuvent percevoir les démarches sur lesquelles ouvre MAP : l'élaboration d'un projet personnalisé par exemple.  Ils peuvent être associés à d'autres démarches d'évaluation avec des outils plus adaptés : c'est le cas du questionnaire QUALIN dans un des établissements rencontrés. Les familles remplissent une grille eux-mêmes afin de rendre compte de leur perception de la qualité de vie de leur enfant (polyhandicapé).
Place de l'utilisateur dans la démarche	Pas de place pour l'utilisateur dans la démarche d'évaluation, pour plusieurs raisons invoquées par les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>- MAP est utilisé pour des personnes déficientes intellectuelles qu'il n'est pas possible d'un point de vue cognitif d'associer à un outil conçu pour des professionnels (langage, « brutalité » des questions, ...). Il est plus pertinent de les associer à des outils « faits pour » eux (comme un emploi du temps avec des pictogrammes, ...).</li> <li>- Les équipes dans les établissements sont plutôt réticentes à associer les familles à l'outil. Elles s'exposeraient à une contestation des résultats qui peut être source de tensions au sein de l'établissement. Plutôt que d'améliorer la pertinence de l'évaluation, elle pourrait en altérer la justesse (susceptibilité des familles, ...).</li> </ul> <p>Trouver la place de l'utilisateur dans la démarche d'évaluation MAP est aujourd'hui considérée comme une gageure par les responsables des établissements qui l'utilisent.</p> <p>Ils hésitent encore sur le mode opératoire pour le faire ...</p>

<sup>1</sup> Pour cet outil, un recueil d'informations très mince qui impose de relativiser les informations contenues dans cette fiche

## 5. GEMAPA

Rappel terrains réalisés	
<i>Site 11</i>	1 entretien clé d'entrée
	8 observations/entretiens usagers

Fiche GEMAPA	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Idem AGGIR. Il s'agit de l'équipe APA du Conseil Général qui se rend au domicile de la personne pour évaluer son éligibilité à l'aide.
	Une situation placée pour l'utilisateur sur un registre socio-administratif
	Une demande à géométrie variable (parfois pas de demande explicite)
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	Des pratiques très différentes d'un professionnel à l'autre, d'une situation à l'autre : pas de « protocole » stabilisé. Le professionnel vient avec son ordinateur portable au domicile de la personne. Il remplit le logiciel au fur et à mesure de la visite. Dans certains cas, il présente explicitement l'outil à la personne comme étant un outil expérimental pour mieux évaluer les besoins des personnes, place l'ordinateur entre lui et l'utilisateur, et remplit ses questions au fur et à mesure en conservant pour l'entretien un aspect « informel », « conversation au fil de l'eau ». Un autre professionnel, moins aguerri sur l'outil et plus réticent, ne présente pas l'outil et pose les questions les unes après les autres, en respectant l'ordre et le libellé des questions du logiciel, donnant à l'utilisateur l'impression de remplir un « formulaire ». L'intrusion de l'outil, la place importante qu'il prend pendant l'évaluation semble « tendre » l'atmosphère, rendre l'entretien moins fluide du fait notamment des silences pendant lesquels le travailleur social entre les informations.
	Quelques semaines/mois après l'évaluation, l'utilisateur ne se souvient plus que la personne était venue avec un ordinateur portable ou alors ça ne l'a pas particulièrement dérangé. Ce n'est pas ce dont il se souvient. D'ailleurs il se souvient de peu de choses, à peine de qui était cette personne qui était venue : « Elle était bien gentille », « Elles avaient posé plus de 200 questions », ...
	La perception de la situation par l'utilisateur s'incarne essentiellement au travers de la relation au professionnel (dimension « affective ») et des résultats de l'évaluation : « Elle nous avait proposé une heure supplémentaire par semaine ».
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	Une implication à géométrie variable selon les pratiques des professionnels
	La participation de l'utilisateur final est fonction de la présence d'autres usagers
	Le questionnement de l'utilisateur est plus ou moins ouvert selon les pratiques des professionnels, une place plus ou moins grande pour l'expression du projet de vie de la personne
Place de l'utilisateur dans la démarche	Une parole minimale incontournable pour un outil d'éligibilité (recherche d'information)
	Une parole irremplaçable si le professionnel se situe au-delà de l'outil dans une perspective d'accompagnement
	Une parole, un avis sollicité dans le cadre du plan d'aide et non de l'évaluation

## 6. RAI

Rappel terrains réalisés <sup>1</sup>	
<i>Site 9</i>	1 entretien professionnel
	3 observations/entretiens usagers
<i>Site 10</i>	2 entretiens clé d'entrée/professionnels

Fiche RAI	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	<i>RAI établissement</i> : Sur le site de notre échantillon, la démarche d'évaluation n'est pas connue de l'utilisateur évalué.
	<i>RAI à domicile</i> : L'évaluation est le cœur du rôle du « gestionnaire de cas » du réseau gérontologique qui suit l'évolution de l'état socio-médical de la personne. Mais le rôle de ce réseau n'est pas toujours facile à identifier pour les personnes, qui ne sont généralement pas à l'origine de l'intervention de la structure (souvent prescrite par l'hôpital ou par le médecin traitant).
	L'outil est utilisé dans le cadre d'un suivi régulier de la personne, il sert de support à une démarche d'accompagnement de la personne. Le « gestionnaire de cas » est son référent.
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	<i>RAI établissement</i> : Pas de perception de l'outil/démarche RAI.
	<i>RAI à domicile</i> : La difficulté à comprendre l'objet de la visite du « gestionnaire de cas » et le long questionnement (l'outil RAI comprend de nombreux items) peut provoquer parfois l'inquiétude de la personne (voir la situation n°58, compte-rendu « minute » en annexe), ou au contraire une attitude de confiance, de « confidences ».
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	<i>RAI établissement</i> : L'utilisateur n'est pas associé à la démarche d'évaluation qui reste une affaire de professionnels (outil rempli en réunion d'équipe pluridisciplinaire, démarche et résultats gardés sous silence). Les professionnels établissent ensuite un projet pour la personne à partir de l'évaluation. L'utilisateur n'est pas partie prenante non plus du projet : il s'agit pour l'équipe d'amener la personne à faire « naturellement » ce qui est « bon » pour elle.
	Les informations sur l'utilisateur sont recueillies par les professionnels grâce à l'observation des résidents. Les projets des personnes sont recueillis via un questionnaire de satisfaction, via également ce qu'elles ont écrit dans le contrat de séjour à leur entrée dans l'établissement.
Place de l'utilisateur dans la démarche	<i>RAI à domicile</i> : L'utilisateur répond à l'évaluateur pour l'informer de son état de santé, de son « moral ».
	<i>RAI établissement</i> : Pas de place pour l'utilisateur dans la démarche d'évaluation, par crainte d'empirer l'état de santé ou le « moral » des personnes car être évalué par le professionnel pourrait leur apparaître comme étant « le début de la fin » ... L'attitude des professionnels de l'établissement rencontrés se rapproche en cela de la posture des « paternalistes » que nous avons décrite plus haut.
	Trouver une place pour l'utilisateur dans la démarche d'évaluation RAI est aujourd'hui considéré comme non nécessaire. Par contre associer des proches de l'utilisateur semble pertinent, mais ce n'est pas encore mis en place.
	<i>RAI à domicile</i> : Ce que l'on attend de l'utilisateur c'est qu'il accepte et joue le jeu de se faire accompagner ; pour ce faire qu'il réponde aux questions du gestionnaire de cas afin de l'informer de son état de santé, et qu'il adhère à ce que lui propose son référent.

<sup>1</sup> Pour cet outil, un recueil d'informations très mince qui impose de relativiser les informations contenues dans cette fiche

## 7. SMAF

Rappel terrains réalisés <sup>1</sup>	
<i>Site 12</i>	2 entretiens clé d'entrée/professionnels
	3 entretiens usagers

Fiche SMAF	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Sur le site de notre échantillon, la démarche d'évaluation n'est pas connue de l'utilisateur évalué.
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	<p>Même si la démarche n'a jamais été présentée aux résidents, certaines personnes de l'équipe affichent dans la salle de bains de la personne le tableau de synthèse de SMAF (voir annexe). Ce tableau a pu en intriguer certains sans qu'ils n'aient eu semble-t-il l'occasion de poser de questions à l'équipe.</p> <p>« Ah mais vous voulez parler de ce tableau qui est accroché dans notre salle de bains. Pourquoi on ne nous explique pas à quoi cela sert ? On aimerait bien savoir ». (entretien usager avec Asdo)</p>
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	Pas de participation de l'utilisateur. Une démarche entre professionnels.
Place de l'utilisateur dans la démarche	<p>Selon l'équipe rencontrée, l'utilisateur n'a pas sa place dans la démarche d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents sont trop fragiles et cela risque d'être source d'inquiétude pour eux.</li> <li>- L'utilisateur ne peut pas être au centre de tout. Il faut travailler sur le binôme usagers <i>et</i> soignants/accompagnateurs, autrement dit prendre en compte autant les professionnels que les usagers. SMAF est l'outil des professionnels. Il n'y a aucune raison d'en faire un outil pour les usagers.</li> </ul>

<sup>1</sup> Pour cet outil, un recueil d'informations très mince qui impose de relativiser les informations contenues dans cette fiche

## 8. OSE

Rappel terrains réalisés <sup>1</sup>	
Site 15	1 entretien clé d'entrée
	2 observations
	1 entretien collectif 5 usagers

Fiche OSE	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Support au dialogue entre le professionnel et l'utilisateur. Il permet à l'utilisateur de « se préparer » à la consultation, de faire le point sur ses symptômes tels qu'il les perçoit, afin d'en discuter avec le médecin pendant la consultation.
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	Un bon outil pour faire le point. Même s'il n'est pas possible de se passer du médecin : ce n'est pas une auto-évaluation, c'est plutôt un début d'évaluation qui permettra en dialoguant avec le médecin d'établir un diagnostic fin de la situation.
	Perception que l'outil correspond à une forme de médecine « différente » qui n'est pas « celle des bouquins ». Suppose que le médecin accepte d'écouter et de prendre en compte le point de vue de l'utilisateur, sa subjectivité.
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	En théorie, il s'auto-évalue avant la consultation (on lui transmet l'outil à remplir en salle d'attente). Dans la pratique, souvent le médecin n'a pas le temps de communiquer en amont l'outil à la personne, et le remplit devant elle (il pose au patient des questions sur sa perception de ses symptômes, le patient comprend que le médecin remplit quelque chose, mais ne voit pas l'outil).
Place de l'utilisateur dans la démarche	On attend de l'utilisateur qu'il soit un patient « éduqué ». Qu'il soit partie prenante du diagnostic et du plan de soins. Car sa réussite en dépend.
	L'utilisateur est au cœur de l'outil puisque l'outil est conçu justement pour être lisible par l'utilisateur. Il est écrit dans un « langage universel »

<sup>1</sup> Pour cet outil, un recueil d'informations très mince qui impose de relativiser les informations contenues dans cette fiche

## 9. HOLE

Rappel terrains réalisés <sup>1</sup>	
<i>Site 15</i>	1 entretien clé d'entrée
	1 entretien collectif 5 usagers

Fiche HOLE	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	<p>Dépend de la situation dans laquelle est utilisé l'outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par exemple lors d'une première rencontre avec le SAVS, ce n'est pas l'objectif d'évaluation des besoins qui prédomine pour l'utilisateur, mais davantage l'explication du type d'accompagnement que le SAVS propose. Comme pour DESIR, c'est un moment qui se situe davantage sur le registre « contractuel ».</li> <li>- lorsqu'il est utilisé par un médecin neurologue dans le cadre d'une consultation médicale, aux yeux de l'utilisateur l'outil permet de faire un bilan « global » de son état de santé.</li> </ul>
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	<p>Un ergothérapeute d'un SAVS : « HOLE, ça permet de faire une photo. Je leur dis que je me sers de cet outil pour ne rien oublier lors du premier entretien, faire le tour de la situation. Au début je le passais un peu comme un questionnaire car je le connaissais moins. Maintenant je connais mieux l'outil et je fais plus sous forme de discussion, et je remplis au fur et à mesure l'outil. (...) HOLE, ce n'est pas sûr que les gens perçoivent que c'est un moment d'évaluation. J'essaie de la faire passer dans la discussion. Je présente d'abord le service. Et puis je dis vous allez me voir remplir la fiche. Ça me sert à ne rien oublier. C'est différent de GEVA où on y va item par item. »</p> <p>Quand l'ergothérapeute l'utilise comme document de communication d'informations à un établissement où est orienté l'utilisateur, il demande à ce dernier l'autorisation de le transmettre, et lui fait signer l'outil. C'est dans ce cas que l'utilisateur a une réelle perception de l'outil.</p>
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	<p>Certains professionnels le donnent en amont à l'utilisateur pour qu'ils s'auto-évaluent. Mais aux yeux des usagers, les rubriques et le langage employé ne sont pas suffisamment adaptés. Ce n'est pas à ce stade un outil « fait pour » l'utilisateur.</p>
Place de l'utilisateur dans la démarche	<p>On attend de l'utilisateur qu'il réponde aux questions relatives à son état de santé et à ses capacités fonctionnelles afin de faire un diagnostic précis et pertinent.</p> <p>L'auto-évaluation est encore une pratique marginale, et si elle venait à se généraliser, nécessiterait une adaptation de l'outil.</p>

<sup>1</sup> Pour cet outil, un recueil d'informations très mince qui impose de relativiser les informations contenues dans cette fiche

## 10. EGS ODGAM

Rappel terrains réalisés <sup>1</sup>	
<i>Site 16</i>	1 entretien clé d'entrée
	4 observations/entretiens usagers

Fiche EGS ODGAM	
Objectifs de l'évaluation selon l'utilisateur	Dans le cas rencontré (évaluation dans un centre hospitalier), l'utilisateur n'est jamais à l'origine de cette évaluation globale de sa situation. Il se présente à la consultation avec l'idée qu'il va faire l'objet d'un examen sur un des aspects particuliers de sa santé (ex. bilan mémoire). Il n'a donc de fait aucune attente vis-à-vis d'une évaluation qu'il n'a pas sollicitée.
Perception de l'utilisateur de l'outil/démarche	Il voit l'outil mais n'y accorde pas vraiment d'attention puisque ce qui l'importe ce sont les résultats de ce pour quoi il est venu. Par exemple, est-il oui ou non atteint de la maladie d'Alzheimer ? Dans les situations que nous avons observées, l'outil/démarche EGS est annexe par rapport à sa préoccupation centrale. De ce fait, il n'a pas vraiment d'avis ni de perception à faire valoir sur l'outil/démarche.
	L'outil est associé à l'univers médical dans lequel la personne se trouve pendant l'évaluation. L'utilisateur est en consultation médicale dans un hôpital, envoyé par son médecin traitant, entouré de « blouses blanches ».  L'outil/démarche serait certainement perçu très différemment s'il était utilisé dans un autre contexte, un CLIC par exemple ...
Mode de participation de l'utilisateur à la démarche	Il répond aux questions qui lui sont posées, des questions sur son état de santé, ses « symptômes », ses capacités fonctionnelles, et des « tests » pour évaluer son degré de perte d'autonomie.  Aucune adhésion n'est recherchée, l'outil est très peu présenté : l'utilisateur est un « objet » de l'évaluation, très loin d'en être le « sujet »...
Place de l'utilisateur dans la démarche	On attend seulement de l'utilisateur qu'il exprime la réalité de ses symptômes, le plus objectivement possible ...

<sup>1</sup> Pour cet outil, un recueil d'informations très mince qui impose de relativiser les informations contenues dans cette fiche

## ANNEXES

### 1. Comptes-rendus « minutes » de quelques situations d'évaluation

› Situation n° 58 : femme (Mme K.), 87 ans, problèmes cognitifs, évaluation RAI à domicile par une infirmière

Evaluation de suivi qui est réalisée tous les 6 mois. Femme avec des problèmes de « démence », origine de la demande est un signalement du médecin traitant, qui voulait savoir un peu comment ça se passait au domicile...

10 h 05 : L'infirmière se présente au domicile, demande à Mme K. « comment ça va ? ». Un peu étonnée, elle ne nous attendait pas de si tôt... et pensait que le rendez-vous était à 15 heures et non à 10 heures... du coup un peu ennuyée, des affaires sur les sièges, essaie de faire de la place avant de commencer l'entretien, s'assure qu'on voit suffisamment pour pouvoir écrire...

L'infirmière lui demande si elle a vu son médecin traitant. Mme K répond « oui, il est passé, je pensais qu'il passait parce qu'il était dans le coin... »

Questions posées du RAI, mais pas toutes, car pour certaines, l'évaluatrice a déjà l'information. Type de questions posées : « Vous avez petit déjeuné ce matin ? », « Vous sortez un peu (Avec ce beau temps ... Il pleut des cordes) », « Vous avez vu avec Mme M (la tutrice) ? » « C'est toujours elle qui s'occupe des relations avec votre propriétaire ? » La femme dit qu'elle « ne comprend rien, ça [l]'ennuie », qu'elle n'a « plus de mémoire » quand l'infirmière lui rappelle qu'elle avait des problèmes avec le propriétaire et que la tutrice qui a été nommée en juin par le juge, c'est elle qui devait s'en occuper. Elle lui dit que « comme ça, ça [lui] évite tout ce qui administratif ». Mme K. répond alors « J'suis très contente ».

Mme K. demande pourquoi elle pose des questions. L'infirmière lui dit qu'elle les lui a déjà posé, il y a 6 mois, et qu'elle le refait aujourd'hui. Mme K. insiste et demande pourquoi elle le refait, ce à quoi l'infirmière lui répond que c'est pour voir si des choses ont évolué depuis la dernière fois... et reprend les questions :

Infirmière coordinatrice (ci-dessous infirmière) - « Et la mémoire comment ça va ? »

Mme K - « C'est une question superfétatoire... Fantaisiste, mais pas faible. »

Infirmière - « Et à l'hôpital de jour, ils vous font faire des exercices ? »

Mme K - « Ils font faire de la gym, des dessins (elle mime la gym avec les bras)... »

Infirmière - « Vous ne boitez plus ? »

Mme K - « Vous trouvez que je boitais ? »

Infirmière – « Oui, vous aviez plus de difficultés avant. »

Mme K – « Ah bon peut-être... »

Infirmière - « Et vous avez tendance à être distraite ? »

- Mme K - « Mais pourquoi vous me posez toutes ces questions ? Vous êtes curieuse... Un peu, je sais pas, oui pour vous faire plaisir »
- Infirmière - « Vous écoutez toujours de la musique ? Et la télé toujours pas ? Vous voyez toujours les M. (voisins) ? La femme répond aux questions... »
- L'infirmière m'explique devant Mme K. qu'il y a des questions qu'elle ne pose plus puisque pour certaines, « les réponses sont déjà connues... ». Elle poursuit avec une série de questions :
- Infirmière - « Vous n'avez pas de problèmes auditifs, pas de problèmes de vue non plus... ? », « Est ce que vous vous sentez déprimé encore... ? »
- Mme K - « Ca dépend... »
- Infirmière - « Puisqu'à une période vous avez été assez déprimée... »
- Mme K - « Vous me dites ça mais je ne m'en souviens pas... »
- Infirmière - « Vous vous sentez bien chez vous ? »
- Mme K - « Oui. Vous trouvez que j'ai bien changé ? »
- Infirmière - « Un peu oui. Vous ne me paraissez pas triste... »
- Mme K - « On pourrait comparer, ça m'amuserait... »
- Infirmière - « Et vos activités dans la journée, qu'est ce que vous faites ? »
- Mme K - « Pourquoi vous voulez savoir tout ça... Je vous suis, mais jusqu'où ? »
- Infirmière - « Est ce que parfois vous êtes anxieuse ? »
- Mme K - « Vous m'embêtez, ça m'intrigue ce que vous voulez savoir ! Qu'est ce que vous allez en faire ? Mais vous êtes très gentille, vous vous occupez bien de moi ! »
- L'infirmière remplit un peu seule le questionnaire, léger blanc pendant qu'elle remplit. Puis reprend les questions.
- Infirmière - « Est ce que vous allez toujours chercher votre journal ? Vous sortez un peu avec votre auxiliaire de vie ? Elle vient toujours en semaine ? »
- Mme K - « Elle a été remplacée pendant les vacances. »
- Infirmière - « Et le remplacement s'est bien passé ? »
- Mme K - « Comme vous voyez, j'ai survécu ! »
- Infirmière - « Est ce que vous vous sentez seule ? »
- Mme K. semble gênée par les questions et ma présence, trouve cela intimidant. L'infirmière lui dit que le réseau est expérimental, que je suis là pour voir comment ça se déroule par rapport au questionnaire ... Et elle reprend son questionnement.
- Infirmière - « Et votre gardien vous le voyez toujours ? »
- Mme K - « Oui... » [Un peu de détails sur les rencontres avec gardien]
- Infirmière - « Et les repas, on vous les prépare ? »
- Mme K - « Oui on me prépare tout... C'est un petit peu agréable, mais je la paye ! »
- Infirmière - « Et le ménage aussi ? »
- Mme K - « Oui. »
- Infirmière - « Pour la gestion des finance c'est toujours Mme M (tutrice) ? Et pour les médicaments c'est toujours Sylvain ? »
- Mme K - « Oui. »
- Infirmière - « Et le téléphone ça va, vous arrivez à l'utiliser ? Et pour les escaliers pour monter descendre, ça va ? Le kiné vous fait toujours faire des exercices ? »
- Mme K - « Kiné, quel kiné ? »

Infirmière - « Mélanie » [...] « Et les courses, vous faites un petit peu de courses ? »

Mme K - « Non. »

Infirmière – « Vous vous laissez faire ! Et, vous prenez le bus ? »

Mme K – « Oui je prends le bus, elles sont stéréotypées vos questions. »

Infirmière – « Et la cuisine ? »

Mme K - « On me nourrit. »

Infirmière – « Et pour la toilette vous avez des soucis ? »

Mme K - « Non pas du tout. »

Infirmière –« Est ce que vous sortez tous les jours acheter votre journal ? »

Mme K - « Pas aujourd’hui... »

Infirmière – « Vous avez une canne maintenant ? »

Mme K – « Ah non... »

Mme K. refait une remarque par rapport aux questions. L’infirmière évoque le mot évaluer. Mme K. réagit alors en disant « pourquoi vous évalueriez quelque chose ? Ca m’étonne que vous rentriez autant dans le détail, ça vous prends tous les combien ? » Ce à quoi l’infirmière répond « tous les 6 mois. »

Infirmière – « Vous ne conduisez pas ? »

Mme K - « Je ne conduis pas, je n’ai pas le permis ! »

Infirmière – « Vous n’avez pas fait de chute ? »

Mme K - « Non. »

Infirmière « Ca peut arriver à des gens très bien ! »

Mme K – « Oui hélas ! »

Infirmière – « Et des petits étourdissements ? »

Mme K - « Non jamais ! »

Infirmière – « Est-ce qu’il vous arrive d’avoir des diarrhées ? »

Mme K – « Non c’est plutôt l’inverse, je suis plutôt constipée. »

Infirmière – « Et pour le sommeil, vous avez des problèmes ? Vous dormez bien ? »

Mme K – « Oui, c’est vous autres qui menez ma vie et je vous en remercie. »

Infirmière – « Est ce que vous êtes essoufflée lorsque vous faites un effort ? Vous vous sentez fatiguée ? Vous faites la sieste ? »

Mme K – « Non jamais fais de sieste ! »

Infirmière - « Est ce que vous avez des douleurs ? »

Mme K - « Mais non, sinon j’irais voir le docteur. »

Infirmière - « Vous vous estimez en bonne santé ? »

Mme K - « Moi je me sens en parfaite santé, mais pourtant je prends plein de médicaments... »

Infirmière – « Vous fumez ? »

Mme K – « Non plus maintenant. »

Infirmière – « Vous buvez un peu d’alcool ? »

Mme K - « Pas comme pour le plaisir... »

Infirmière – « Vous vous êtes pesée récemment ? »

Mme K – « Non » Elles se déplacent ensemble vers la salle de bains, l'infirmière sort la balance de Mme K. en suivant ses indications, lui dit de monter dessus pour voir, puis elles reviennent dans la pièce principale.

Infirmière – « Vous n'avez pas de problèmes dentaires ? Vous n'avez pas de prothèse ? Vous n'avez pas de problème de peaux non plus ? »

Mme K – « Non, mais j'ai toujours mal sous le pied. » L'infirmière lui demande si elle peut voir... Et lui dit qu'il faudra qu'elle fasse attention, qu'elle en parle à un professionnel. Elle fait ensuite le point sur les différents professionnels qui interviennent, l'auxiliaire de vie, l'infirmière, le kiné, l'orthophoniste.

Infirmière – « Quelles sont les personnes qui vous apportent de l'aide ? »

Mme K – « Mme Myriam [l'auxiliaire de vie]... Et vous ma chère ! C'est V. [nom de la structure d'aide à domicile] qui m'envoie la petite dame... Je vous raconte des choses inutile... Surtout depuis le temps où on se connaît... »

Infirmière « Dans l'appartement vous vous sentez bien ? »

Mme K – « Oui. »

Infirmière – « Si vous vous sentez seule, si vous voulez savoir pour une maison de retraite... »

Mme K – « C'est pas à la maison de retraite que j'irais pour pas m'ennuyer. D'ailleurs je vous avais demandé une suggestion d'activité que vous ne m'avez toujours pas donnée... »

Infirmière – « Oui on cherche... A moins que vous ne souhaitiez nous donner des cours d'anglais... Voilà j'ai rempli mon questionnaire. Ah, je ne vous ai pas demandé, vous n'avez pas de problèmes urinaires ? »

Mme K – « Non. »

L'infirmière se déplace alors pour se mettre à côté de Mme K., sur le lit, et lui fait remplir un questionnaire, [2 pages sur les actes de la vie quotidienne et échelle de son état de santé]

Mme K – « Vous m'inquiétez beaucoup avec vos trucs ! » (L'infirmière lui réexplique que c'est pour qu'elle puisse faire le suivi.) « Ah vous voulez renouveler vos dossiers... »

Puis l'infirmière prend congé...

› Situation n° 57 : femme (Mme L.), 74 ans, estimation GIR : 5 ou 6, mal de dos et difficultés de mobilité « légères », évaluation DESIR par une responsable de secteur d'une structure d'aide à domicile, CESF (Mme X.)

15h05 : Responsable de secteur du service aide à domicile se présente « Mme X de B [nom de la structure]. Alors comment ça va ? » Mme L. explique qu'elle a « des douleurs au dos », que « ça va pas très fort » mais qu'elle « fait aller ». La responsable de secteur explique qu'elle va voir pour le « dossier CNAV ». Les papiers sont préparés sur la table de la salle à manger (avis d'imposition, feuilles caisses de retraites) et un dossier de demande d'APA. La responsable de secteur s'intéresse au dossier : « Vous allez faire une demande d'APA ? ». Mme L. explique que le docteur lui a dit qu'« elle a le droit ». Elle demande aussi quelle est « la différence entre vous et l'APA ». Elle lui dit que la CNAV ou l'APA ce sont des prestations, que eux sont une association. La responsable de secteur s'étonne par rapport au dossier d'APA et de ce qu'aurait dit le médecin à Mme L. Cette dernière lui rétorque que la mère de son gendre y a droit. La responsable de secteur lui dit que « l'APA c'est suivant vos besoins, il faut une perte d'autonomie. » Elle lui pose quelques questions : « Vous arrivez à vous déplacer ? A faire vos courses ? » Mme L. dit que oui, mais que pour les grosses courses, elle se fait livrer, qu'elle ne veut pas embêter ses enfants... Mais qu'elle a besoin d'une personne pour « faire les vitres,

laver par terre, nettoyer un peu les meubles bas » car elle ne « peut plus se baisser ou monter sur un tabouret ». La responsable de secteur lui dit « telle que vous me décrivez la situation, vous aurez un refus, car les actes essentiels, vous pouvez les effectuer ! » Elle explique comment ça se passera : « une fois envoyé au CG, une AS viendra pour faire une évaluation... mais je pense que ça sera un refus, vos besoins c'est du ménage ! »

15h15 : Mme X. explique que la CNAV peut prendre en charge ses besoins, mais que ça sera maximum 2 heures par semaine « et encore, j'ai eu des prises en charge de 1h30 ». Mme L. conclue : « Vous vous occupez juste des femmes de ménage ! ». Mme X. lui dit qu'elle va remplir le dossier administratif, puis qu'une CESF viendra pour faire une évaluation pour la CNAV et qu'elle recevra une notification avec la décision et le taux de participation. Elle lui dit qu'elle va lui donner une idée...

Elle saisit un papier sur la table pour prendre le numéro de retraite de Mme L. Mais par la suite elle se rend compte que Mme L. n'a pas préparé tous les papiers qu'il lui fallait.

Mme X - « Je vous avais demandé le dernier avis d'imposition, celui-là, c'est celui de 2006, pas 2007. »

Mme L - « Mais c'est le dernier que j'ai eu, j'ai pas celui de 2007 ! »

Mme X - « Si, vous avez du recevoir cet été le dernier, tout le monde l'a reçu là ! »

Mme L - « Mais non, j'attends toujours, et y'a d'autres personnes dans l'immeuble qui ne l'ont pas reçu ... »

Mme X - « Ah bah alors il faudra voir ça avec le centre des impôts, ce n'est pas normal... »

La responsable de secteur continue en regardant les autres papiers, mais se rend compte qu'il n'y a pas les montants revalorisés de 2008, qu'il n'y a que ce que Mme L. a perçu en 2007. Elle lui demande si elle connaît les montants et lui dit qu'elle les trouvera sur ses relevés de compte. Mme L. se met à la recherche de ses relevés pour trouver les sommes. Au bout d'un quart d'heure, l'ensemble des montants pour 2008 est calculé. Toutefois, pendant sa recherche, Mme L. lance « je vais laisser tomber si c'est comme ça » en voyant que les papiers qu'elle présente ne conviennent pas à la responsable de secteur...

15h40 : La responsable de secteur a tous les éléments, calcule le taux de participation de Mme L. en fonction de ses revenus (environ 35%). Elle lui laisse un carton avec ses coordonnées et cette information, en lui notant aussi qu'il faudra lui envoyer l'avis de non imposition dès qu'elle recevra.

Elle lui demande ensuite depuis quand son mari est décédé... tourne les pages, puis demande à la personne une signature.

Ensuite, elle lui pose des questions pour voir son « autonomie » :

Mme X - « Donc vous faites votre toilette ? »

Mme L - « Bon pour l'instant je fais. Mais ma fille m'a dit de bien voir avec vous si vous faisiez les vitres, parce que tout le monde ne le fait pas. »

Mme X - « Oui on fait les vitres. Votre traitement, vous le prenez toute seule ? »

Mme L - « Oui, vous voulez voir les factures ? »

Mme X - « Vous prenez les transports en communs ? Le taxi ? »

Mme L - « Pas les transports en communs, c'est infernal. »

Mme X - « Vous préparez les repas vous-même ? »

Mme L – « Oui ça je fais. »

Mme X - « Et les papiers c'est vous ? Par exemple la déclaration de revenus c'est vous qui l'avait faite ? »

Mme L - « Oui mais c'est facile à faire ça, y'a qu'à signer ! »

Mme X - « Et vous avez des contacts avec vos filles ? »

Mme L – « Oui une fois par semaine y'en a une qui passe. »

Mme X - « Donc elles sont proches de vous... Au niveau du voisinage, ça va, vous avez des amis ? »

Mme L - « Des amis, oh non, une dame que je passe voir 1 à 2 fois par semaine. »

Mme X – « J'ai vu qu'il n'y a pas d'ascenseur... Ca va quand même avec les escaliers ? »

Mme L - « Oui, je suis tombée une fois dans l'escalier, maintenant je prends le temps, en plus avec mes douleurs au dos... C'est long ? »

Mme X – « Pour remplir les papiers ? »

Mme L – « Non, pour avoir la décision »

Mme X – « Il faut compter environ deux mois une fois que le dossier est envoyé, là ça va prendre un peu plus de temps car il faut les pièces justificatives [et donc l'avis de non imposition]. »

15h50 : Aspect plus concret pour la personne, lorsque Mme X demande « Quel jour vous voulez pour l'aide ménagère ? » Elle précise que « les aides ménagères c'est plutôt l'après midi, parce que le matin c'est pour la toilette et les repas ». Mme L. dit « Peu importe, sauf le mardi et le vendredi car je rends visite à une personne de l'immeuble, ni le mercredi car ma fille passe ! »

La responsable de secteur lui demande si elle a des animaux (non), si elle a des personnes qu'elle pourrait prévenir... « Si l'aide à domicile arrive, qu'il y a un problème, on ne peut pas vous laisser comme ça... » Elle lui demande si elle connaît la téléalarme. Mme L. semble connaître et répond « c'est payant ça ! ».

La responsable de secteur résume l'évaluation en disant « votre plus grande difficulté c'est pour les déplacements extérieurs »... Elle lui demande aussi combien de pièces il y a dans son logement. Après ces questions elle lui explique rapidement la procédure qui va s'enclencher :

Mme X - « Là ce que je vais faire, j'attends que vous me transmettiez une copie de l'avis d'imposition.... Une collègue va venir évaluer vos besoins... »

Mme L – « Vous êtes sûre que ce sera accepté ? »

Mme X – « Oui Oui. Nous on va mettre en place des aides, une auxiliaire de vie viendra avec une fiche de mission, elle aura aussi une fiche d'intervention avec ses heures, et que vous signerez toutes les deux. Ensuite on récupère cette feuille, et on vous envoie la facture tous les 15 du mois. Vous pouvez payer directement, ou choisir le prélèvement automatique. »

Mme L – « et si je pars en vacances, comment ça se passera ? »

Mme X – « Si vous voulez partir, y'a pas de soucis, on n'est pas à 15 jours prêts... »

Mme L – « Je reviens sur l'APA. Je voulais vous demander ça, c'est pas récupérable sur succession ? »

Mme X – « C'est l'aide sociale qui est récupérable sur les biens, pas l'APA. »

Mme L – « Je vous embête là !? » [En demandant de l'aide pour remplir la demande d'APA sur certaines rubriques].

Mme X – « Normalement c'est l'AS du CCAS qui aurait du vous aider à le remplir ! »

Mme L – « Heureusement, on trouve des gens aimables ! »

Après avoir terminé de remplir le dossier de demande d'APA, la responsable de secteur lui dit de voir avec le médecin pour un certificat médical, même si ce n'est pas obligatoire, et de joindre les pièces justificatives. Mme L. dit « ils m'enverront pas quelqu'un à l'APA. Il faut peut être pas que je l'envoies alors ! » Mme X. lui dit que ça sera une aide financière, et qu'ils demandent avec qui la personne souhaite travailler, donc que ça pourrait être leur structure mais qu'il faut être dépendant. Elle conclue en disant que si le médecin a dit, elle n'a qu'à le faire, que ça ne coûte rien... et part en lui rappelant de bien voir auprès des impôts.

Fin 16h15

Entretien Asdo avec la personne seule à l'issue de l'évaluation :

La demande : Mme L. a pensé à cette structure parce qu' « ils s'étaient occupé de [son] mari avant son décès ». A l'époque (il y a 4 ans) on lui avait demandé si elle avait besoin de quelqu'un pour l'aider, elle. Jusqu'à il y a peu de temps, une personne venait l'aider, mais elle a déménagé et ce n'est plus possible. Elle s'est donc renseignée auprès de la mairie, mais elle a finalement laissé tomber cette voie car on lui aurait demandé des extraits de comptes (pas seulement les revenus). En plus, avec les échos qu'elle a pu avoir d'autres personnes, ils peuvent envoyer « n'importe qui », c'est-à-dire des personnes qui passent plus de temps à discuter qu'à faire le ménage... Donc elle s'est souvenue de la structure d'aide à domicile qui intervenait auprès de son mari et elle a repris contact avec eux. De plus, sa fille lui a dit de faire attention, de ne pas prendre quelqu'un sans déclarer, que s'il y avait un souci, elle pourrait avoir des ennuis, que ce n'était pas sûr. Là avec cette association, elle sait que ce sera sécurisé.

Elle avait appelé Mme X une semaine avant qu'elle vienne la voir au domicile. Mme X lui avait demandé dans la perspective de l'entretien de préparer les papiers des caisses de retraites et le dernier avis d'imposition. De ce point de vue, elle aurait bien aimé qu'elle lui précise bien 2008 ou l'avis 2007, ça lui aurait évité de préparer des papiers qui n'étaient pas les bons.

En ce qui concerne les demandes d'aides, elle trouve que « les papiers, c'est difficile ! On est obligé d'aller voir une AS ».

L'entretien ne l'a pas dérangé, mais l'entêtement de la responsable de secteur sur l'avis d'imposition 2007 l'a « énervée », même si « ce n'est pas grave ! »

Elle a retenu des informations que lui a donné Mme X que les dossiers c'étaient pour « donner de l'argent et B. [la structure d'aide à domicile] ils envoient quelqu'un ».

Elle trouve toutefois que les délais de traitement des dossiers, c'est trop long pour pouvoir avoir quelqu'un.

Par rapport aux horaires d'intervention de l'aide ménagère (en après-midi), elle considère qu'il ne faut pas être difficile quand on a besoin de quelqu'un. Elle retient qu'on lui a dit qu'on lui enverrait quelqu'un dans 15 jours... [Apparemment pas avant deux mois selon la responsable de secteur, dès que financement sera assuré] et que 1 h 30 ça suffira... par rapport aux délais, elle souligne qu' « heureusement, elle arrive encore à faire certaines choses ».

Elle n'a pas remarqué si Mme X. utilisait une méthode en particulier... Elle retient qu'elle a été aimable, serviable (pour l'aider à remplir le dossier APA) sérieuse et rapide à intervenir (une semaine). Elle se dit que pour l'APA ce sera peut être différent, ça sera peut être une personne qui ne sera pas aimable...

› Situation n° 27 : femme (Mme V.), 80 ans, GIR 4, problèmes de mobilité, première demande APA, évaluation AGGIR par une CESF (Mme B.)

Petit appartement, seule à son domicile, après sortie d'hospitalisation

La CESF arrive à 11h05 : elle se présente « de l'équipe APA », « je suis là pour voir ce dont vous avez besoin ». Mais 1ère question, « comment ça va ? », Mme V. évoque l'hospitalisation dont elle est sortie et que sa femme de ménage devrait passer vers 11h15. La femme de ménage vient de l'association G. depuis longtemps et vient une heure tous les mardis. Mme V. aimerait bien qu'elle vienne plus. En ce qui concerne les courses, c'est sa fille qui les fait les week-ends quand elle rentre (elle travaille dans une grande ville assez éloignée). La conversation tourne un peu autour des enfants, si elle les voit souvent, si elle les appelle. Ensuite la CESF pose des questions sur les occupations « et qu'est ce que vous faites pour vous occuper dans la journée ? ». Mme V. dit qu'elle reste chez elle qu'elle ne peut pas sortir, qu'il faut qu'elle mette des poches de glace sur la cuisse pour calmer la douleur. La CESF reprend la main « En parlant de ça, vous utilisez des protections ??? »

11h25 : les questions tournent autour de différents items de la grille AGGIR : chutes, connaissance de la téléalarme (évoque à ce sujet un courrier envoyé par la mairie), Mme V. évoque que le gardien n'est pas là tout le temps ni le week-end, « ça se fait de moins en moins » lui répond la CESF. Cette dernière dit qu'il faudra bien voir avec la mairie pour bénéficier de meilleures conditions pour la téléalarme. D'autres thèmes sont abordés par la suite, comme l'alimentation, (« Vous avez bon appétit, et en dehors des courses, vous arrivez à couper votre viande ? ») ou la gestion des médicaments (« Vous prenez vos médicaments toutes seule ? »)

L'évaluatrice reprend le plan d'aide déjà évoqué au moment de la téléalarme sur les heures de ménages. La dame évoque un problème avec la ville où elle réside qui ne voudrait pas accorder des heures à des personnes ayant déjà des heures avec une structure d'aide à domicile (problème de concurrence par rapport aux associations qui sont sur le quartier ?) Cela semble étrange pour la CESF qui évoque le cas d'une personne pour laquelle elle avait réussi à combiner aide d'une association et de la mairie, et dit à Mme V. qu'elle se renseignera. Mais évoque une difficulté liée au versement de l'APA et ça ne serait pas pareil dans tous les départements, l'aide ne pourrait pas être versée à plusieurs associations prestataires.

L'évaluatrice évoque une possible transformation de la baignoire en douche. Mme V. en réponse lui parle des difficultés qu'elle a rencontrées quand elle a fait installer cette baignoire parce qu'ils ont laissé des débris dessous la baignoire. Là elle fait sa toilette au lavabo. La CESF lui explique les différentes possibilités en sortant de sa reliure un catalogue de ce qui existe en matériel médicalisé, qu'il est possible d'installer des choses sans transformer en douche une baignoire (évoque la possibilité d'installer des bancs de baignoire...).

11h45 : Reprise sur la toilette, la CESF demande comment à Mme V. comment elle fait pour se laver ? » Mme V. lui dit qu'elle fait sa toilette au lavabo. L'évaluatrice creuse « et pour les pieds, vous faites comment ? Vous voyez une pédicure ? ». Mme V. dit que oui, tous les mois.

La CESF parle à Mme V. de la toilette médicalisée en disant que ce n'est pas une auxiliaire de vie mais une aide soignante ou une infirmière qui vient la faire. Elle présente cela à Mme V. comme une possibilité pour elle « de prendre une douche de temps en temps. Par contre c'est vrai qu'elles peuvent venir très tôt ou en fin de journée, elles en font beaucoup ». La CESF lui conseille de demander à son médecin et que « sinon, elle connaît des associations ».

D'autres items sont passés en revue, l'habillement, la gestion des papiers...

12h00 : Mme V. évoque les avantages de certaines maisons de retraites « luxueuse » (par rapport à une amie à elle qui a une place dans un de ces établissements) : « je resterai chez moi puisque je ne peux pas m'offrir une maison comme ça ».

La CESF lui explique le GIR. « Je vous ai posé les questions qui permettent de déterminer dans quel GIR vous êtes. Vous, vous êtes en GIR 4. » Elle lui explique ensuite les différents niveaux de GIR, en terminant par « quand c'est GIR 1 après c'est la tête qui ne va plus ». Elle explique aussi que le calcul de l'APA est fonction de ce GIR et des revenus. Le taux de participation de Mme V. est de 32% ce qui lui permet d'avoir jusqu'à [montant] € d'aide. Elle lui dit qu'elle la rappellera demain (pour voir pour les aides ménagères qui elle peut avoir une autre heure).

L'évaluatrice reprend le plan d'aide : coiffeur, demande la fréquence, qui vient. Comme Mme V. ne retrouve pas le montant exact, la CESF regarde dans sa reliure car c'est le coiffeur de la commune qui vient. Elle évoque aussi le nombre de « protections » qu'il lui faut : « Y'en a combien dans un paquet ? » « \_ Ah je ne sais pas, attendez, je vais vous en chercher un ». Mme V. évoque sa préférence pour les Tena® et la CESF lui répond qu'elle n'est pas la première à lui dire ça. Comme Mme V. évoque la proximité des toilettes par rapport à sa chambre, la CESF demande si elle peut aller voir. Mme V. lui répond « Allez voir, vous allez être contente ! » (en effet, poignées et siège rehausseur sont déjà installés !)

12h15, toujours le plan d'aide, la CESF se rapproche de Mme V., lui rappelle ce qu'elle a mis dans le plan d'aide et lui demande une signature. Elle ajoute « quand vous aurez la décision, tout sera détaillé, il faudra garder les justificatifs en fonction ». Elle lui parle aussi d'un centre d'information pour les plus de 60 ans où elle pourra avoir des contacts d'infirmières libérales. Elle termine aussi en parlant du dispositif canicule

12h30 La CESF quitte Mme V. A ce moment, cette dernière lui dit qu'elle a déjà eu l'APA, il y a 7 ou 8 ans. La CESF lui dit que ça ne devait pas être l'APA car elle n'a été mise en place qu'en 2002. Mais Mme V. semble sûre d'elle et lui dit que c'était bien l'APA mais qu'elle ne l'a eu que 3 mois et qu'on la lui a retiré au bout de ces 3 mois.

#### Entretien Asdo avec l'utilisateur (le lendemain)

Rendez-vous avec l'utilisateur à son domicile en début d'après midi. Méfiante à mon arrivée, Mme V. se souvient pourtant que je devais venir, mais ne s'était pas aperçue qu'il était déjà l'heure du rendez-vous. Mme V. m'explique que « la dame » (CESF) l'a appelée le matin et qu'au cours de cet appel, elle lui a annoncé que finalement elle « refusait l'APA ».

ASDO - « Comment avez-vous été prévenue de l'arrivée de Mme B (CESF) ? »

Mme V – « Elle m'a appelé pour prendre RDV. Mais elle a appelé ma fille avant, mais comme elle travaille dans une zone industrielle très loin, elle m'a appelé ensuite. »

ASDO - « Elle vous avez dit si vous pouviez avoir une personne avec vous lors de l'entretien ? »

Mme V – « Oui mais ma fille ne pouvait pas revenir, vous savez, elle ne revient pas tout le temps comme elle travaille, mais elle me fait les courses de temps en temps le week-end. »

ASDO – « Et vous auriez aimé qu'elle soit là ? »

Mme V – « Oui »

Parallèlement, la dame m'explique qu'elle a voulu téléphoner à G. (structure d'aide à domicile qui lui envoie quelqu'un), qu'on lui a dit qu'elle aurait bien quelqu'un pour remplacer l'aide ménagère qui vient habituellement chez elle mais qu'elle ne pouvait pas lui dire pour des heures supplémentaires.

Elle m'explique aussi que sa sœur (aveugle) a fait la demande d'APA au tout début et elle considère qu'elle n'en avait pas besoin mais « même les riches touchent l'APA ».

Mme V., elle ne voulait pas de l'APA. Elle dit « qu'elle vivait depuis longtemps sans » et qu'elle l'a « eu une fois mais que pour trois mois », après sa première opération du genou. Là elle est sortie d'hospitalisation après une chute dans la rue. Elle a des séances de kiné et même si elle a désormais un peu peur de sortir, le kiné qui vient pour sa rééducation lui a dit « qu'elle remarquera bien » donc elle continue les séances et les exercices (marches des escaliers, équilibre...)

Par rapport au refus, je lui demande comment elle a pris sa décision, alors qu'elle a signé le document... Elle me dit qu'elle « avait pas tellement envie de signer » et qu'elle est « encore sous l'anesthésie depuis 3 mois et qu'elle oublie ».

Elle sait que la dame est venue « pour savoir si elle avait bien droit » (à l'APA) et qu'elle est « série 4 » qu'elle peut avoir 300 € « c'est très peu ».

[Dans la pochette remise à Mme V. par la CESF, il y a une fiche rappel où les GIR et les montants associés sont notés (montant global du plan d'aide, part APA et part à la charge de l'usager en fonction du taux de participation qui découle des revenus). Le GIR 4 est surligné et les montants correspondants entourés. Je n'ai pas trouvé dans la pochette le double du plan d'aide qui a été remis à la dame].

Mme V. me dit que sa fille a « mal répondu » à la dame de G (structure d'aide à domicile). Elle a eu avec G. il y a 3 ou 4 ans une aide ménagère qui, selon elle « ne travaillait pas assez » et « n'était pas bien ». Elle en a parlé à sa fille qui est allée voir G. et leur a demandé une autre personne car « ce n'était pas normal de payer pour un service qui n'était pas bien fait ». La dame ne sait pas plus de ce qui s'est dit car elle n'était pas là, mais « depuis ils ne m'ont jamais donné quelqu'un d'autre (sauf une autre dame qui passe une fois par semaine 1 heure). Elle pense que c'est pour ça qu'elle n'a personne d'autre avec l'association.

Par rapport à la demande, elle me dit que c'est de l'argent qui arrive, qu'elle toucherait 250 € par mois mais qu'elle ne peut pas avoir une femme de ménage pour utiliser cet argent.

Pendant l'évaluation « elle s'est sentie très bien » ça s'est passé « sans histoire ». Au début elle s'attendait à devoir fournir « ceci ou cela » (elle parle de ses « leçons de kiné qui sont payés par la Sécurité Sociale et sa complémentaire »)... Mais ce qu'elle aimerait, « c'est pouvoir nettoyer toute seule, s'il faut les suivre [les aides ménagères], c'est pas la peine. » Mme V. a fait auparavant des ménages chez les particuliers et elle, elle « ne faisait pas comme ça ! ». Elle a peur que les autres « ne fassent rien comme la première. ». Elle explique aussi que pour les courses, « c'est un peu la même chose quand on envoie quelqu'un parce qu'il achète des produits qu'on n'aurait pas achetés » (cf. exemple du sucre pourquoi acheter avec une boîte rigide alors que ça coûte deux fois plus cher ?) et elle préfère confier ça à ses petits enfants ou à ses filles.

En ce qui concerne les questions, elle considère que la professionnelle a posé « les questions qu'elle devait poser, que c'étaient des questions justes ». Mais elle trouve qu'elle a « posé

beaucoup de question, qu'elle a noté beaucoup ». Elle n'a pas tout compris ce qu'elle notait mais elle n'a pas voulu demander, elle s'attendait à ce que l'évaluatrice lui explique. Elle a peur aussi au cas où elle ne se souviendrait pas de la réponse à de dire une bêtise à sa fille. Elle se méfie et ajoute qu'ils sont très sévères à G.

Elle n'a pas tellement compris les groupes, elle sait qu'elle est groupe 4, que c'est la catégorie la « plus basse ». Elle ne voyait pas l'utilité de la présentation des groupes et ce qui l'ennuie le plus c'est qu'elle ne peut pas employer quelqu'un. Elle dit qu'elle ne veut pas être employeur, que « les calculs sont trop compliqués » et qu'elle ne veut pas signer un contrat si elle ne prend pas (là par rapport à la demande d'APA).

En ce qui concerne la méthode, elle trouve que c'est « difficile à comprendre », elle aurait aimé « plus de temps, elle [la CESF] n'a pas assez expliqué pour pouvoir comprendre ». Mme V. ne va pas employer l'APA « Je ne vais pas voler l'APA ». [Elle a compris qu'il faudrait qu'elle ait une personne qui viennent 2 h/ jours 4 fois par semaine]

Comme la mairie lui a dit que l'association n'avait qu'à lui donner quelqu'un, elle attend mais doute que l'association lui donne une autre personne ou un autre créneau. Elle ne sait pas non plus si la CESF va appeler la mairie comme elle lui avait dit lors de l'entretien.

En ce qui concerne la toilette médicalisée, elle ne se souvient plus de ce que l'évaluatrice lui a dit.

Elle ne s'attendait pas à ce qu'elle visite son appartement. Elle évoque spontanément que son « lit n'était pas fait ». Elle trouve que ça a été long [2 heures] et qu'il lui « tardait qu'elle [l'évaluatrice] parte », « comme elle a parlé pendant 2 heures ! »

Elle n'était pas vraiment surprise par les questions car on lui avait déjà posé les mêmes questions quand elle avait déjà eu l'APA. Mais ils lui avaient demandé « plus de papier la première fois ! Beaucoup de photocopies, c'était beaucoup plus gros, mais ça n'a pas été considéré. Mais à l'époque tout le monde avait droit, on était trop nombreux c'est pour ça que je l'ai touché que 3 mois ». Là, elle n'a pas rempli de dossier. Son docteur n'avait pas voulu remplir le certificat médical.

Quand je lui demande si elle sait ce que ça va devenir son dossier, elle pense qu'ils « vont le déchirer et le mettre à la poubelle, c'est terminé. »

« A 80 ans, qu'est ce que j'attends de la vie ? Je veux rester chez moi, je suis très bien ».

Selon elle, l'APA « ne fait pas tellement d'enquête ». Elle aurait bien aimé pouvoir aller voir sa sœur, mais il faudrait prendre le taxi et ça la gêne.

Elle a trouvé la CESF « très gentille, très calme, pas agressive, même quand elle lui a annoncé qu'elle ne voulait pas de l'APA » alors qu'elle, elle « était plutôt maussade ».

Ce qui est important pour elle : « De voir que je me suffit à moi-même. Quand ce ne sera plus le cas, il faudra que je sois alitée et là mes enfants s'occuperont de moi. Mais la maison où j'étais en convalescence me manque, y'avait toujours quelqu'un qui passait, on s'occupait bien de nous là bas. Mais j'apprécie d'avoir des moments de calme pour lire... Et puis je suis pas malheureuse, y'a la télé et mes petits enfants qui viennent me voir ! »

› Situation n° 29 : Femme (Camille T), 20 ans, problèmes d'épilepsie et de migraines, première demande PCH, évaluation GEVA, avec une psychologue (Noella J)

Demande réalisée le 11 octobre 2007 et entretien PCH réalisé le 11 juillet. Evaluation réalisée à la MDPH. Présence du père de la jeune fille. Pas de projet de vie formulé lors du dépôt de la demande. Bénéficiaire de l'AAH (et de la carte invalidité ?).

Présentation : Bonjour, Noella J, de l'équipe PCH. Bureau fermé. Evaluatrice évoque le bac qu'a passé la jeune fille. Ensuite présentation de la PCH, ce qui rentre dans la PCH aides humaines, aides techniques aides animalières (pour chiens d'aveugles), aides spécifiques... l'évaluatrice dit qu'elles vont faire « le point ensemble sur la situation, voir les difficultés, mais là aussi où ça va bien - c'est important – dans le quotidien ».

Redemande l'âge. Question de Melle T « éligible, ça veut dire quoi ? » Réponse de l'évaluatrice « c'est pour voir si on rentre dans les cases pour bénéficier de la prestation ».

Conduite de l'entretien à la manière d'un entretien social où l'évaluatrice sait ce qu'elle doit aborder comme items. Commence en se basant sur le certificat médical joint au dossier de demande. « J'ai vu dans le certificat médical que vous aviez des problèmes d'épilepsie et de migraine, racontez-moi un peu »... demande depuis combien de temps ça dure, quel type de situations cela peut provoquer, si elle a besoin d'une constante surveillance.

Puis après la psychologue annonce « On va revenir aux actes essentiels de la vie. Vous faites votre toilette toute seule ? » C'est sa mère qui l'aide et elle trouve cela gênant, « même si ce n'est que le regard, une surveillance ». Lorsque l'évaluatrice lui demande si elle ne préférerait pas que ce soit quelqu'un qui vienne pour la toilette, elle répond qu'elle préfère sa mère que quelqu'un d'extérieur.

Melle T. dit que sa mère a dû reprendre une activité parce que financièrement c'est difficile (son père a une petite retraite) que les médicaments sont chers et pas de prise en charge à 100%. Evaluatrice sort du bureau et va se renseigner par rapport à la prise en charge des médicaments (noms des médicaments donnés auparavant), et revient en disant « normalement, il n'y a pas de reste à charge, il faut vous renseigner ».

(15h00) la psychologue reprend le questionnement, « vous arrivez à vous repérer dans les moments de la journée, si on est le matin, l'après midi, le soir ? Là on est ... ? (Mise en situation) « Et est ce que vous savez quelle date on est aujourd'hui ? (Spontanément pas de réponse) On va partir à l'envers, année ? Mois ? Jour, plutôt début du mois, plutôt milieu ou fin ? »

Repères temporels avec moment de la journée, « vous savez quand vous devez manger, quand prendre vos médicaments » A ce sujet, la jeune fille compare la prise de médicament à « un repas supplémentaire » et oublie ses médicaments de temps en temps car « ça la saoule un peu » L'évaluatrice évoque alors la possibilité d'avoir un pilulier. Par rapport à sa mémoire, autre test « pratique » où l'évaluatrice demande à la jeune fille si elle connaît le nom du président, le nom de l'otage libéré quelques jours auparavant... La jeune fille trouve que « ça c'est facile puisqu'on l'entend et on le voit partout ». Évaluatrice demande nom du premier ministre, mais là ne se souvient pas...

(15h05) Ensuite passage repères spatiaux : déjà évoqué par la jeune fille au début d'entretien, perte dans le quartier. L'évaluatrice demande plus de complément, essaie de savoir si elle sais se repérer sur un plan de métro ou un plan de quartier. La jeune fille répond que non et semble rencontrer des pertes transitoires pour les repères spatiaux.

Par rapport aux souvenirs, l'évaluatrice dit que pour le Bac « ça a du être beaucoup de rabâchage alors ». La jeune fille évoque difficultés avec ses profs, car ils lui mettaient des appréciations qui lui ont fait beaucoup de mal et elle a demandé à ce qu'ils changent les bulletins après les avoir mis au courant.

(15h12). Questionnaire « au niveau moteur » : déplacement, langage, motricité. Test des marionnettes. Par rapport à l'écriture, la jeune fille dit qu'elle aimerait bien rattraper les bases car elle avait déjà des absences dans le primaire mais « elle cachait ce problème là » car selon elle c'est « honteux ». Reprise par évaluatrice qu'il n'y a pas de honte à avoir, que c'est une maladie. Evaluatrice lui dit d'envisager de voir ça avec l'orthophoniste, que ça peut être une « stratégie ».

Demande aussi si elle dort bien. La jeune fille est sous traitement, sinon elle a des troubles du sommeil. « Grâce au XXX (nom médicament somnifère ?), oui ! ». Elle lance spontanément « ah oui, et puis je ne retiens plus mon pipi ! ». L'évaluatrice lui demande depuis combien de temps, si elle en a parlé à son neurologue ou son médecin. La jeune fille répond que non car ce sont des hommes et qu'elle est gênée. Evaluatrice demande alors si c'est tous les jours, la journée, la nuit ? Si elle porte des protections. Et aussi s'il y a d'autres difficultés qu'elle souhaiterait évoquer ? La jeune fille ne sait pas sur le moment. Evaluatrice demande la fréquence avec laquelle elle voit son neurologue.

(15h22) Concentration : « Est ce que vous arrivez à suivre un film ? » « Vous cuisinez un peu ? » La jeune fille lui répond qu'elle a envie mais qu'elle a peur. L'évaluatrice note que le « papa me fait non de la tête ».

(15h25) : L'évaluatrice regarde la grille, vérifie si elle n'a pas raté des questions. Questions sur déplacement et choses bizarre. La jeune fille raconte comment se passe l'épilepsie. N'est jamais seule ni dehors, ni au domicile de ses parents. Pas vraiment d'activité en dehors de l'école. Quant à ses autres activités, elle s'occupe avec des magazines, la télévision, la musique, en allant au cinéma avec sa sœur même si elle n'arrive pas à être attentive durant tout le film...

(15h28), Q : « comment envisagez-vous votre avenir ? » Puis autre question « Est ce que vous vous sentez heureuse ? »

C. T. – « j'ai l'impression que je ne peux pas, que je n'ai pas le droit de faire attention à moi, que je dois m'en tenir au strict minimum. »

Psychologue – « Vous savez qui a décrété ça ? » (blanc, repose la question une fois)

C.T. – « C'est moi. »

Psychologue – « Et vous savez qui peut lever ça ? »

C.T. – « C'est moi »

Psychologue – « Ce n'est pas évident, mais essayez d'y réfléchir. Vous auriez peut être besoin de discuter avec quelqu'un de ce que vous ressentez ».

C.T. – « oui mais les psychologues sont très chers »

L'évaluatrice évoque les CMP. Elle lui dit qu'elle lui transmettra l'adresse.

(15h35) : Annonce de la décision : « Manifestement vous êtes éligible. C'est la reconnaissance que vous avez besoin d'un aidant sinon il y a mise en danger. Mais on travaille avec la loi, et il y a un temps maximum pour chaque acte. Ça va être bien peu par rapport à ce que vous avez. Redite de « on travaille avec la loi ». Au titre de la surveillance, ça sera 3h/jours, je vais aussi vous mettre l'alimentation même si normalement ce n'est pas pour ça, on va essayer de

grappiller un peu de temps. Le dédommagement sera de 3.33 € / heure, ce qui fera environ 300 € par mois. »

« Après on en parle en équipe. Ce n'est pas soumis à contrôle, par contre il faut les déclarer ». Par rapport à la CAF, la jeune fille dit qu'elle a un numéro de dossier. L'évaluatrice lui dit qu'elle doit sûrement avoir un nom de dossier à elle comme pour l'AAH. L'évaluatrice lui demande combien elle touche ? Réponse 600 et quelques euros, « donc vous la percevez en entier ».

Reprise du processus par l'évaluatrice « on est un équipe pluridisciplinaire, moi je suis psychologue ». Demande de la jeune fille si l'évaluatrice peut être sa psychologue car il « y a un bon feeling ». Psychologue dit qu'elle ne peut pas en disant qu'elle travaille à temps plein à la MDPH mais que si elle ouvre son cabinet en libéral, elle la prévient !

Evaluatrice dit que le dossier va être présenté au médecin. Puis qu'elle recevra « dans un premier temps une proposition avec un coupon réponse. Il y aura un effet rétroactif, on va repartir de la date de dépôt de dossier ». La jeune fille dit « ils m'ont rattrapé le retard » psychologue dit que ça c'était pour l'AAH, que là c'est autre chose mais que ça sera sur le même principe. Melle T recevra « une grosse somme ».

Psychologue – « Si vous êtes d'accord avec la proposition, vous renvoyez le papier, si vous n'êtes pas d'accord, vous m'appelez et on voit. Si vous ne comprenez pas quoi que ce soit, vous m'appelez ! Dans 15 jours, il y aura la Commission des droits à l'autonomie. C'est elle qui valide ce qu'on a proposé. »

C.T. – « Je reviens ici ? »

Psychologue – « Ça sert à rien, y'a 30 personnes qui vont vous regarder comme ça » (fait des grands yeux). La prochaine commission ne sera qu'au mois de septembre. Et vous allez recevoir un courrier de l'organisme payeur, qui vous redemandera des papiers, les mêmes que ceux pour constituer votre dossier de demande ! Vous avez des questions ? »

C.T. – « non, je vois pas »

Fin entretien 15h48

## Entretien Asdo seul avec l'usager juste après l'évaluation

Entretien assez court, la jeune fille, très fatiguée, « prend sur elle ».

La jeune fille a trouvé l'entretien agréable, direct. Elle a trouvé l'évaluatrice « gentille, pas brusque », et trouve « qu'elle a su s'y prendre ». Il n'y avait pas de préjugé c'est comme « si c'était une maman ». Prévenue de la visite par téléphone et par courrier, suite à l'appel téléphonique. Elle n'a pas souvenir d'avoir eu des explications au téléphone mais « elle savait qui c'était ».

En ce qui concerne les attentes de départ, elle n'en avait pas vraiment, (ne savait pas comment fonctionnait la prestation, ce qu'elle pourrait avoir) mais elle était plutôt anxieuse, peur d'être jugée, qu'il y ait des préjugés, peur « d'être catégorisée ». Par rapport aux questions elle les a trouvées « parfaites ».

La jeune fille se sent fatiguée à l'issue de l'entretien, car elle a des difficultés à rester concentrée. Tendance à perdre son vocabulaire. Elle dit avoir eu des moments où elle décrochait mais « qu'elle [l'évaluatrice] a bien dû voir ». Du coup, elle n'a pas tout compris et tout retenu sur le déroulement, le plan, la commission, « tout ce qui a été dit à la fin ». Elle aurait bien aimé pouvoir avoir une trace écrite de tout ça, mais n'a pas demandé.

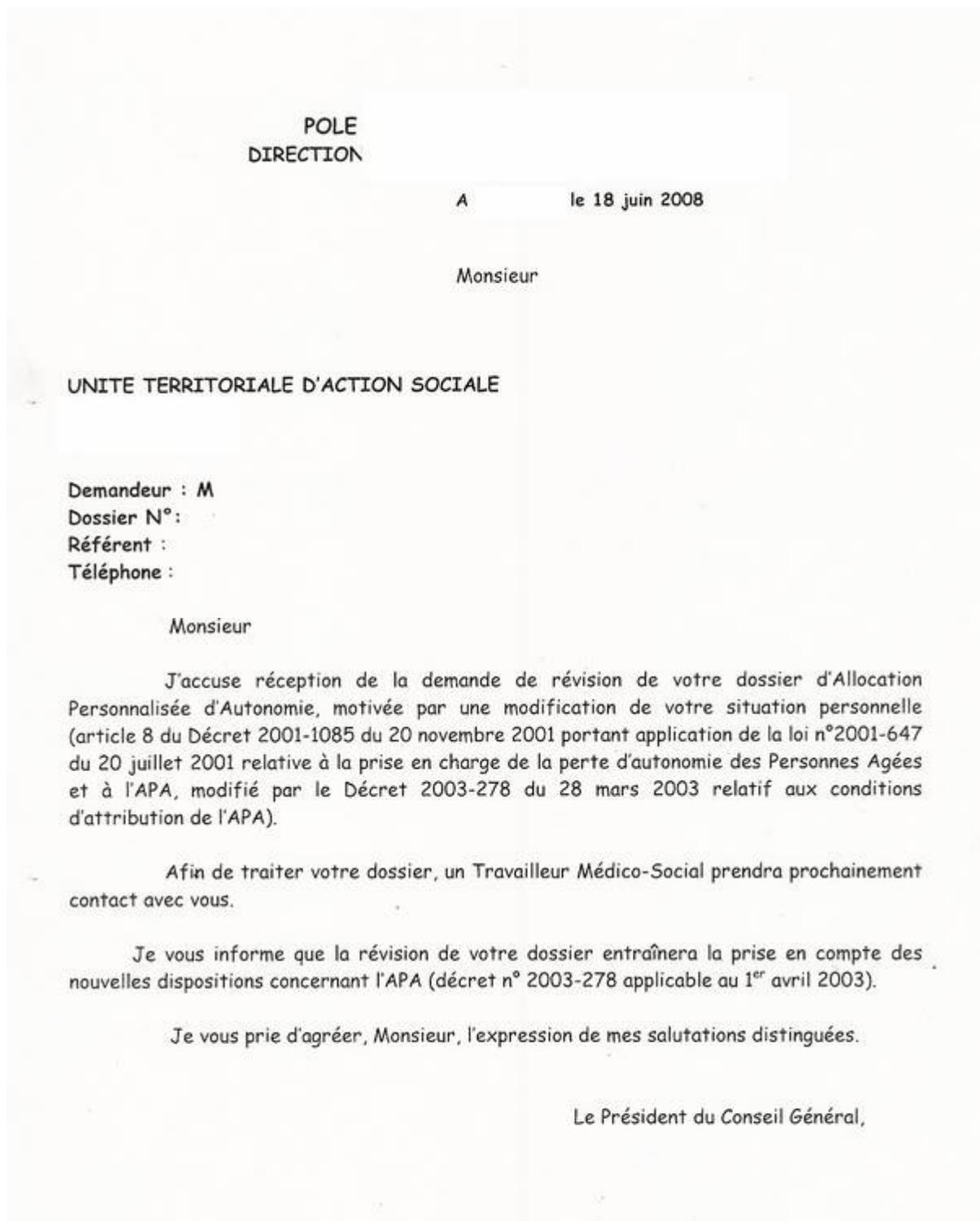
Elle dit n'avoir jamais eu d'entretien de ce genre. Elle l'a plus vu comme « une discussion, une relation patient psy » et trouve qu'elle a été très bien écoutée et que l'évaluatrice a été « de bon conseil ».

En ce qui concerne la demande, elle ne pensait pas avoir demandé cette prestation. C'est dans « une sorte de centre social » du H. qu'elle a demandé la prestation. Dans un « service spécial » ils l'ont aidé à remplir le formulaire. Elle « avait ce droit là étant jeune » mais la prestation a fini quand elle a eu 20 ans, donc « elle a rempli ce dossier ».

Pour la suite sur ce qui va se passer elle va voir et « si les médicaments augmentent, alors elle demandera une augmentation. »

## 2. Exemples de courriers type et documents d'information envoyés aux usagers

- › Courrier d'un Conseil Général pour prévenir de la venue au domicile d'un travailleur médico-social (demande APA)



› Courrier d'un Conseil Général pour proposer un plan d'aide, suite à la visite à domicile (demande APA)

POLE  
DIRECTION

UNITE TERRITORIALE D'ACTION SOCIALE

Monsieur

Demandeur : M  
Dossier N° :  
Réfèrent :  
Téléphone :

A le 18 juin 2008

Monsieur,

Suite à l'étude de votre dossier en Equipe Médico-Sociale, je vous prie de trouver ci-joint une proposition de plan d'aide.

Elle se compose de :

- a) une proposition détaillée faisant apparaître les différents éléments constituant le plan,
- b) un document d'informations sur le recours à un organisme d'aide à domicile,
- c) un engagement de votre part que je vous propose de me retourner complété et signé.

Dans le respect de l'article 13 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la 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, je vous demande de bien vouloir me renvoyer l'ensemble de ces documents dans un délai de 10 jours.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Président du Conseil Général,

## Proposition de plan de compensation

### I - Réponse à la demande de prestation de compensation

#### → Aides humaines

Si vous bénéficiez de la majoration tierce personne d'un régime d'assurance maladie, prestation destinée à financer des besoins en aide humaine, cette majoration est déduite des montants de la prestation attribuable.

Statut des aidants	Propositions					
	Nombre d'heures quotidiennes	Nombre d'heures mensuelles	Tarifs	Prestation de compensation attribuable	Déduction de la majoration tierce personne	Montant de la prestation de compensation
Service prestataire <sup>(1)</sup>	7h 00mn	213h 00mn	14,43 €	3 073,59 €		3 073,59 €
Service mandataire			12,12 €			- €
Emploi direct			11,02 €			- €
Aidant familial ayant renoncé partiellement ou totalement à une activité professionnelle			4,78 €			- €
Aidant familial	17h 00mn	517h 00mn	3,19 €	1649,23 € plafonné à 821,20 € par aidant		1649,23 € plafonné à 821,20 € par aidant
Forfait cécité			11,02 €			- €
Forfait surdité			11,02 €			- €
<b>Totaux (arrondis)</b>	<b>24h 00mn</b>	<b>730h 00mn</b>		<b>3 073,59 €</b>		

#### → Autres éléments de la prestation de compensation

Montants et tarifs de la prestation de compensation selon arrêtés du 28/12/2005 et du 2/1/2006.

Si vous avez bénéficié d'une admission en urgence sur un élément de la prestation de compensation (autre que l'aide humaine), le Département déduira la somme déjà versée du montant de la prestation attribuable.

Éléments	Libellé du projet retenu	Coût du projet retenu	Montant de la prestation de compensation

#### → Partie du projet non retenue au titre de la Prestation de compensation

Exemple : temps d'aide ménagère

#### → Élément(s) en cours d'évaluation

Exemple : modèle de fauteuil roulant non encore choisi, coût de l'aménagement de la salle de bain non fixé.

### II - Préconisations

Exemple : Aide ménagère

(1) Le tarif indiqué est celui du prestataire ayant obtenu l'agrément qualité délivré par la DDTE. Les services autorisés et tarifs par le Président du Conseil général peuvent proposer un tarif différent qui est pris en compte au moment de la mise en place de la prestation de compensation.

## ENGAGEMENT

Je soussigné(e),

(1) Accepte le plan d'aide ci-dessus, m'engage à le respecter et à déclarer au département le personnel rémunéré par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) dans le délai d'un mois à compter de la date de la notification de l'attribution de la prestation.

Je suis informé (e) que le non respect de cet engagement entraînera la suspension du versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) voire un remboursement des sommes non utilisées.

J'autorise le Conseil Général à verser le montant de l'APA correspondant aux heures d'intervention des aides à domicile en **mode prestataire**, directement à l'Association d'aide à domicile désignée dans le plan d'aide.

Je refuse tout ou partie du contenu du plan d'aide.

Je refuse d'avoir recours à un service prestataire prévu dans le plan d'aide.

MOTIFS :

.....
.....
.....
.....

Un nouveau plan d'aide définitif vous sera proposé dans les 8 jours.

L'absence de réponse dans les 10 jours équivaut à l'abandon de votre part de la demande d'APA.

Fait à.....le.....

Signature

A retourner au Pôle Jeunesse et Solidarités  
Unité Territoriale D'Action Sociale

(1) ne pas oublier de cocher la ou les case (s) correspondant à votre choix.

› Courrier d'une MDPH pour informer de l'évaluation des besoins dans le cadre de la demande de PCH

République Française

le **date de l'édition**

**Nom et adresse du demandeur**

Gestion des droits

Dossier suivi par :  
Téléphone :  
Télécopie :  
N° dossier :

**Civilité**

Vous avez adressé à la Maison des Personnes Handicapées de \_\_\_\_\_ une demande de prestation de compensation reçue le **date de réception du dossier complet**.

Pour l'exercice de sa mission d'évaluation, la Maison des personnes handicapées de \_\_\_\_\_ a passé convention avec des établissements ou services spécialisés.

Je vous informe donc que **NOM DE L'EQUIPE CONVENTIONNEE** va prendre contact avec vous afin de procéder à l'évaluation de vos besoins.

Cette équipe est chargée de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation, qui vous sera soumis, avant présentation à la commission des droits et de l'autonomie, qui est compétente pour se prononcer sur votre demande.

Je vous engage à préparer les documents qui vous paraîtront utiles en vue de la rencontre avec les personnes chargées de l'évaluation.

Je vous prie de croire, **Civilité**, à l'assurance de ma considération distinguée.

› Courrier d'une MDPH pour proposer un plan de compensation suite à l'évaluation des besoins

République Française

, le 10 juin 2008

Service Evaluation

Dossier suivi par :  
Télécopie :  
courriel : m.  
Dossier n°

Madame, Monsieur

Vous avez déposé à la Maison des Personnes Handicapées de une demande de plan de compensation concernant

- ...

Si la demande est imprécise, on arrête la phrase avant le mot « concernant »

- ...

Je vous prie de trouver ci-joint la proposition élaborée par l'équipe pluridisciplinaire qui a procédé à l'évaluation de votre situation et qui sera présentée à la commission des droits et de l'autonomie.

Vous pouvez formuler des observations sur cette proposition, à l'aide du document joint en annexe dans un délai de 15 jours. Elles seront présentées ainsi que cette proposition à la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées. Sans réponse de votre part dans ce délai, je considérerai que vous n'avez pas d'observation à formuler.

Je vous rappelle que vous pouvez être présent(e) ou représenté(e) lors de la Commission. Il vous appartient de contacter dans les meilleurs délais la Maison des personnes handicapées (Tél. 0 ou 0. Pour d'autres précisions sur cette proposition, vous pouvez téléphoner le mercredi matin au

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef du service Évaluation,  
Dr

## Proposition de plan de compensation

### I - Réponse à la demande de prestation de compensation

#### → Aides humaines

Si vous bénéficiez de la majoration tierce personne d'un régime d'assurance maladie, prestation destinée à financer des besoins en aide humaine, cette majoration est déduite des montants de la prestation attribuable.

Statut des aidants	Propositions					
	Nombre d'heures quotidiennes	Nombre d'heures mensuelles	Tarifs	Prestation de compensation attribuable	Déduction de la majoration tierce personne	Montant de la prestation de compensation
Service prestataire <sup>(1)</sup>	7h 00mn	213h 00mn	14,43 €	3 073,59 €		3 073,59 €
Service mandataire			12,12 €			- €
Emploi direct			11,02 €			- €
Aidant familial ayant renoncé partiellement ou totalement à une activité professionnelle			4,78 €			- €
Aidant familial	17h 00mn	517h 00mn	3,19 €	1649,23 € plafonné à 821,20 € par aidant		1649,23 € plafonné à 821,20 € par aidant
Forfait cécité			11,02 €			- €
Forfait surdité			11,02 €			- €
<b>Totaux (arrondis)</b>	<b>24h 00mn</b>	<b>730h 00mn</b>		<b>3 073,59 €</b>		

#### → Autres  lments de la prestation de compensation

Montants et tarifs de la prestation de compensation selon arrêtés du 28/12/2005 et du 2/1/2006.

Si vous avez bénéficié d'une admission en urgence sur un  lment de la prestation de compensation (autre que l'aide humaine), le Département déduira la somme déjà versée du montant de la prestation attribuable.

�lments	Libellé du projet retenu	Coût du projet retenu	Montant de la prestation de compensation

#### → Partie du projet non retenue au titre de la Prestation de compensation

Exemple : temps d'aide ménagère

#### →  lment(s) en cours d'évaluation

Exemple : modèle de fauteuil roulant non encore choisi , coût de l'aménagement de la salle de bain non fixé.

### II - Préconisations

Exemple : Aide ménagère

(1) Le tarif indiqué est celui du prestataire ayant obtenu l'agrément qualité délivré par la DDTE. Les services autorisés et tarif s par le Président du Conseil général peuvent proposer un tarif diff rent qui est pris en compte au moment de la mise en place de la prestation de compensation.

A retourner avant le \_\_\_\_\_ à :  
**Maison des personnes handicapées de  
Service Évaluation**

Dossier n°  
Demande de M

Je souhaite formuler les observations suivantes :

\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous être entendu à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne handicapée \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal \_\_\_\_\_

› Plaquette d'information envoyée à l'utilisateur par une association conventionnée par une MDPH pour réaliser des évaluations Geva (document envoyé à l'utilisateur avant l'évaluation)

Ci-dessous les premières pages du document :

# COMMENT BIEN PRÉPARER L'ÉVALUATION DE VOS BESOINS ?

J'AI LAISSÉ TOMBER  
MES SUDOKU POUR  
RÉVISER MON GUIDE  
ET PRÉPARER MON ENTRETIEN! ...



## SOMMAIRE

1 <sup>er</sup> CHAPITRE :	
<b>CE QU'IL FAUT SAVOIR</b> .....	<b>4</b>
1. <i>Pour bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap</i> .....	4
2. <i>Besoins d'aide humaine</i> .....	5
3. <i>Charges spécifiques ou exceptionnelles</i> .....	7
4. <i>Aménagement du véhicule, surcoûts liés au transport</i> .....	7
5. <i>Points de vigilance</i> .....	7
2 <sup>e</sup> CHAPITRE :	
<b>MES PROJETS ET MES SOUHAITS</b> .....	<b>9</b>
3 <sup>e</sup> CHAPITRE :	
<b>MES BESOINS</b> .....	<b>10</b>
1. <i>Ma Santé</i> .....	10
2. <i>Ma vie quotidienne</i> .....	12
3. <i>Ma vie relationnelle et sociale</i> .....	13

## PRÉSENTATION DU GUIDE

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'application de la nouvelle loi du 11 février 2005 concernant les personnes handicapées prévoit la mise en place d'une procédure d'évaluation de vos besoins et l'élaboration d'un plan de compensation.

Afin que vous puissiez bénéficier de financements au plus près de vos besoins réels, il est très important que vous soyez averti des droits que vous avez face à cette évaluation et que vous réfléchissiez au préalable à tout ce qui vous paraît nécessaire pour vous aider dans tous les domaines de la vie.

En effet, nombre d'entre vous nous ont informés de leurs craintes de ne pouvoir bien exposer aux professionnels l'ensemble de leurs besoins lors de l'évaluation sans s'y être préparés et sans connaître toutes les questions qui peuvent y être abordées.

Ce guide est fait pour vous aider dans ce sens.

Un premier chapitre présente ce qui est essentiel à connaître de vos droits.

Les deux chapitres suivants doivent vous aider à préciser vos projets, vos besoins et les réponses que vous souhaitez y apporter.

Ce guide vous appartient : il peut être un support pour vous qu'il n'est pas nécessaire de transmettre aux professionnels. Il doit vous permettre de vous préparer à cette évaluation en démontrant la connaissance que vous avez de vos propres besoins. Il doit également vous permettre de trouver des arguments pour défendre vos points de vue dans l'élaboration du plan de compensation.

4

## 1<sup>er</sup> CHAPITRE : CE QU'IL FAUT SAVOIR

Vous avez fait appel à la maison départementale des personnes handicapées, vous allez rencontrer une équipe pour évaluer les besoins que vous avez pour mener à bien vos projets.

### 1. Pour bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap

Il vous faut remplir les critères de handicap :

Soit présenter une difficulté absolue (la difficulté est absolue lorsque l'activité ne peut pas du tout être réalisée par vous)

Soit présenter deux difficultés graves (elle est grave quand l'activité est réalisée difficilement et de façon anormale)

Vous devez repérer vos difficultés absolues ou graves dans la liste des activités suivantes :

- Se mettre debout
- Faire ses transferts
- Marcher
- Se déplacer
- Prendre avec une main
- Prendre ou manipuler de petites choses
- Se laver
- Utiliser les toilettes
- S'habiller
- Prendre ses repas

5

- Parler, entendre, voir
- Utiliser des appareils et techniques de communication
- Se repérer dans le temps
- Se repérer dans l'espace
- Gérer sa sécurité
- Maîtriser son comportement

### 2. Besoins d'aide humaine

Les chapitres 2 et 3 du Guide doivent vous servir à repérer tous vos besoins en aide humaine dans chacun des domaines qui suivent (par exemple, pour la toilette, il ne faudra pas oublier le maquillage, le shampouing, les ongles...)

Pour chaque domaine, essayez d'évaluer précisément le temps qui vous est nécessaire par jour.

Vous pouvez bénéficier d'une aide pour :

- Les actes essentiels de l'existence qui comprennent :

> **L'entretien personnel :**

- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination

> **Les déplacements** dans votre logement et les déplacements pour vos démarches liées à votre handicap (consultation, réduction, examens...)

> **La participation à la vie sociale**, c'est-à-dire l'aide aux déplacements extérieurs et l'aide à la communication pour les loisirs, la culture, la vie associative...

6

**> La surveillance régulière**

Vous pouvez bénéficier d'un temps d'aide pour la surveillance régulière :

Soit si vous vous exposez à un danger lorsque vous êtes seul,

Soit si vous avez besoin d'une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence due à un besoin de soins constants ou quasi constants.

**> Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une activité élective.**

Il s'agit d'aide humaine nécessaire par les **difficultés de communication dans ces fonctions.**

La fonction élective comprend les fonctions de représentation politique et les représentations associatives avec un mandat officiel.

Vous avez la possibilité de choisir la ou les solutions qui vous conviennent pour l'aide humaine :

- dédommager votre aidant familial,
- salarier votre aidant familial (sauf père, mère, enfant ; et conjoint dans certaines situations),
- salarier directement une personne de votre choix,
- faire appel à un service mandataire ou prestataire.

Vous avez aussi la possibilité d'utiliser plusieurs formules en même temps, mais il faut que vous y réfléchissiez à l'avance pour faire des propositions au moment de l'évaluation.

Exemple : **Monsieur X.**

Type d'aidant	Aidant Familial avec perte de revenu	Emploi direct	Service prestataire	Total
Nombre d'heures par mois	45h30	39h30	23h30	108h30
Tarif horaire	4,64 €	11,02 €	14,43 €	
Montant mensuel	211,12 €	435,29 €	339,10 €	985,51 €

7

**3. Charges spécifiques ou exceptionnelles**

Si vous avez des charges financières spécifiques ou exceptionnelles, quelles peuvent-elles être ?

**Les charges spécifiques.** C'est par exemple, les couches, l'assurance du fauteuil roulant électrique, l'usure anormale des vêtements, chaussures, un volume inhabituel de lessives...

Ce sont des surcoûts de la quotidienneté liés à votre situation de handicap qui ne sont pris en charge par d'autres organismes.

**Les charges exceptionnelles.** C'est par exemple les frais de licenciement d'une auxiliaire de vie en emploi direct, le surcoût lié à un voyage exceptionnel...

**4. Aménagement du véhicule, surcoûts liés au transport**

- L'aménagement de votre véhicule peut être l'aménagement du poste de conduite, l'aménagement de la place passager ou l'aménagement pour accès au véhicule et au transport de matériel.

- Les surcoûts liés au transport sont les surcoûts par rapport aux tarifs habituels sur des transports réguliers, fréquents ou pour un départ en vacances.

**5. Points de vigilance**

**L'évaluation**

- Ou ?  
Vous pouvez demander que l'évaluation de vos besoins soit effectuée à votre domicile, en plusieurs fois si nécessaire.

- Quand ?  
Si vous estimez que votre situation personnelle a évolué ou que vous estimez avoir de nouveaux besoins, vous pouvez demander une évaluation.

- Par qui ?  
Vous pouvez demander que des professionnels de compétences diverses vous aident pour cette évaluation afin d'éviter une approche exclusivement médicale et que vous puissiez aborder les questions sur tous les plans.



8

Vous pouvez, par exemple, demander qu'un ergothérapeute se déplace chez vous pour vous aider à définir vos besoins en aides techniques et en aménagement du logement.

• Comment ?

Soyez vigilant à la relation de dialogue, de co-construction avec les professionnels. Il ne doit pas s'agir d'un interrogatoire ni d'un simple traitement administratif de dossier. Les professionnels doivent remplir les questionnaires avec votre participation active. Exigez de pouvoir exprimer vos besoins (ce que vous avez préparé grâce à l'outil ci-après) et d'en discuter d'égal à égal avec les professionnels.

• Avec qui ?

Vous avez le droit d'être assisté pendant toute l'évaluation par une personne de votre choix.

• Le projet de vie

Il est important que vous pensiez à vos souhaits pour l'avenir, à vos projets et à comment vous allez pouvoir les mener à bien. Ceci doit être noté dans le dossier d'évaluation.

• Le plan de compensation

À l'issue de l'évaluation, un plan de compensation sera élaboré par l'équipe pluridisciplinaire comprenant toutes les mesures estimées nécessaires pour répondre à vos besoins et vous sera proposé. Il est important de vérifier qu'il correspond bien à vos besoins.

**Ce plan de compensation doit vous être adressé : vous avez 15 jours pour faire vos observations et les renvoyer.**

Seules les sommes versées par la sécurité sociale sont déductibles du montant de la prestation de compensation, ce qui signifie que les autres aides financières ne doivent pas entrer dans le calcul de la prestation.

• La Commission des Droits

Vous pouvez demander à être présent à la commission des droits, vous y faire représenter ou être assisté. C'est lors de cette réunion que la décision sur votre plan de compensation sera prise.

• La procédure simplifiée

Il faut savoir que lorsque l'on vous propose une procédure simplifiée, il n'y a pas d'évaluation avec vous et que vous ne pourrez assister à la réunion de la commission des droits.

9

2<sup>e</sup> CHAPITRE :

**MES PROJETS  
ET MES SOUHAITS**

*Qu'est-ce que j'attends de l'évaluation qui va être faite ?*

*Quels sont mes souhaits pour l'année à venir et les besoins principaux que j'ai pour pouvoir les réaliser ?*

*Quels sont mes centres d'intérêt ?*

*AI-je déjà pensé à l'avenir et à des projets à plus long terme et comment pourrais-je les réaliser ?*

*AI-je déjà vécu des expériences malheureuses où je n'ai pas pu mener mes projets, vivre ce que je souhaitais ?*

*Que s'est-il passé ? Qu'est-ce qui m'en a empêché ?*

*De quoi avais-je besoin pour que cela se passe bien ?*

› Courrier et document d'information envoyés à l'utilisateur par une association conventionnée par une MDPH pour réaliser des évaluations Geva (document envoyé à l'utilisateur avant l'évaluation)

## Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés A.P.A.J.H

**MISSION EVALUATION PRESTATIONS DE COMPENSATION  
POUR LA MAISON DES PERSONNES HANDICAPEES**

Dossier suivi par :

**G  
A.P.A.J.H**

**Monsieur**

Objet : Votre dossier Prestation de Compensation du Handicap

le jeudi 18 septembre

2008,

Monsieur,

Vous avez déposé un dossier à la Maison des Personnes Handicapées de \_\_\_\_\_ en vue d'obtenir une prestation de compensation de votre handicap.

Dans le cadre d'une convention avec la MPHH, nous sommes missionnés pour vous rencontrer<sup>1</sup> afin d'évaluer, avec vous et vos proches, vos difficultés, vous aider à formuler votre « projet de vie » ou vos souhaits et vous informer des aides possibles. A l'issue de nos rencontres, nous transmettrons à la \_\_\_\_\_ nos propositions pour la constitution de votre plan personnalisé de compensation.

Nous vous proposons un rendez-vous à votre domicile, le :

**Jeudi 18 septembre 2008 à 14h30**

En cas d'impossibilité, vous voudrez bien nous contacter au 0 \_\_\_\_\_ secrétariat de la structure afin de convenir d'un autre rendez-vous.

Dans l'attente de vous rencontrer, recevez, Monsieur, nos salutations les meilleures.

**G1**

Copie : Madame Pl

<sup>1</sup> Lors de nos différentes rencontres vous pouvez vous faire assister par une personne de votre choix.

## Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés A.P.A.J.H

### **MISSION EVALUATION PRESTATIONS DE COMPENSATION POUR LA MAISON DES PERSONNES HANDICAPEES**

#### La prestation de compensation du handicap (PCH)

##### **Pour en bénéficier :**

Les critères liés au handicap :

Vous devez, soit présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité (la difficulté est absolue lorsque l'activité ne peut pas du tout être réalisée par la personne elle-même),

soit présenter une difficulté grave pour la réalisation de deux activités (la difficulté est grave, lorsque l'activité est réalisée difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée par une personne du même âge).

##### **Les activités retenues sont :**

- ▶ Se mettre debout
- ▶ Faire ses transferts (passer de la position couchée, à la position assise, à la position debout)
- ▶ Marcher
- ▶ Se déplacer (dans le logement, à l'extérieur)
- ▶ Saisir des objets de la main dominante, de la main non dominante
- ▶ Manipuler de petits objets
- ▶ Se laver
- ▶ Assurer l'élimination et utiliser les toilettes
- ▶ S'habiller
- ▶ Prendre ses repas
- ▶ Parler
- ▶ Entendre
- ▶ Voir
- ▶ Utiliser des appareils et techniques de communication
- ▶ S'orienter dans le temps
- ▶ S'orienter dans l'espace
- ▶ Gérer sa sécurité
- ▶ Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui

##### **Les aides possibles (plafonnées en montant et durée):**

La PCH finance 5 types d'aides nécessaires pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne et l'accompagnement à la vie sociale :

- des aides humaines : dédommagement ou salariat d'aidants familiaux, recours aux auxiliaires de vie, à une tierce personne ;

- des aides techniques : achat de barres d'appui, surélévateur WC, fauteuil roulant, prothèses auditives, montre parlante,... ;
- des aides spécifiques et des aides exceptionnelles : protections absorbantes, téléalarme,... ;
- des aménagements de logement et de véhicule ainsi que des surcoûts pour frais de transport ;
- des aides animalières : chien d'assistance ou chien guide d'aveugle..

#### **L'équipe conventionnée :**

Un salarié se déplace à votre domicile pour une évaluation complète de votre situation et un repérage des difficultés que vous rencontrez dans les activités de la quotidienneté.

Le but de l'entretien est de déterminer si vous ouvrez droit à la PCH :

- si oui les aides qui peuvent être proposées dans le cadre de la PCH,
- si non, les aides qui peuvent aussi être proposées hors PCH.

Ces propositions sont adressées à la Maison des Personnes Handicapées de  
pour la constitution de votre Plan Personnalisé de Compensation et le passage de votre dossier en Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.).

#### **La décision de la C.D.A.P.H.**

A minima 15 jours avant le passage de votre dossier en commission, vous recevrez un courrier de la avec votre Plan Personnalisé de Compensation tel qu'il sera présenté à la commission qui se prononcera sur votre demande et décidera de l'attribution ou non de la prestation de compensation, des aides accordées, de leur montant, de leur durée et des modalités de versement.

Le Département, Direction des personnes handicapées, sera chargé de la mise en place et du suivi de cette prestation.

## 3. Les outils

○ AGGIR (diffusé par la CNAMTS en mars 2005)

Nom et prénom MI Sec.Soc. Adresse Né(e) le Âge		Date de l'évaluation						Fiche récapitulative AGGIR	
Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies ( Réponse NON )				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemment C = Correctement	Code	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
		S	T	C	H				
1. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p><b>Codage intermédiaire</b></p> <p>Pour chaque item <b>cochez</b> les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse <b>NON</b>).</p> <p>Puis <b>codez</b> secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si aucun adverbe n'est coché codez <b>A</b>. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)</li> <li>• Si tous les adverbes sont cochés codez <b>C</b> (ne fait pas)</li> <li>• Si une partie des adverbes seulement est cochée codez <b>B</b>.</li> </ul> <p><b>Code final si sous-variables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cohérence</b> : - AA = <b>A</b> ; - CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ; - AB, BA, BB = <b>B</b></li> <li>• <b>Orientation</b> : - AA = <b>A</b> ; - CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ; - AB, BA, BB = <b>B</b></li> <li>• <b>Toilette</b> : - AA = <b>A</b> ; - CC = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b></li> <li>• <b>Habillage</b> : - AAA = <b>A</b> ; - CCC = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b>.</li> <li>• <b>Alimentation</b> : - AA = <b>A</b> ; - CC, BC, CB = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b></li> <li>• <b>Élimination</b> : - AA = <b>A</b> ; - CC, BC, CB, AC, CA = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b></li> </ul>	
2. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Groupe iso-ressources**  
Défini par  
le système informatique

## › GEVA

A titre illustratif, ci-dessous le volet 1 du GEVA, outil référentiel national d'évaluation pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH. A noter : le GEVA est composé de 8 volets et d'un manuel d'accompagnement disponibles sur le site internet de la CNSA (lien : [http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=131](http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=131)).

## GUIDE D'EVALUATION IDENTIFICATION

Identification       Monsieur       Madame       Mademoiselle

N° dossier :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage / d'époux (se) :

Demande(s) à l'origine de l'évaluation :

- RQTH       Marché du travail       ESAT       formation       Orientation professionnelle :
- CI       Carte de stationnement       Carte de priorité
- AAH       Complément de ressource  
AAH
- Prestation de compensation       Allocation compensatrice
- Affiliation à l'assurance vieillesse       Orientation vers une structure médico-sociale (y compris maintien Creton)
- AEEH       matériel pédagogique adapté       AVS
- transport scolaire
- Avis pour aménagement des conditions d'examen       Avis pour aménagement de scolarité

PROJET DE VIE - SOUHAITS ET PROJETS DE LA PERSONNE

La personne a demandé une aide à la formulation du projet de vie (projet professionnel, projet de formation y compris)

- La personne a formulé un projet de vie
- La personne a exprimé un refus de formuler un projet de vie
- Le projet de vie n'est pas présent dans le dossier

Complément ou évolution du projet de vie exprimé par la personne au cours de l'évaluation :

**AVIS DE L'ENTOURAGE ET/OU DU REPRESENTANT LEGAL** *(systématique pour les mineurs et les majeurs protégés, suivant le contexte pour les majeurs ayant la pleine capacité juridique, notamment en cas de déni ou d'anosognosie. La personne doit être informée de cette démarche) Préciser l'identité et la qualité des personnes ayant répondu.*

## GUIDE D'EVALUATION

### VOLET FAMILIAL, SOCIAL ET BUDGETAIRE (VOLET 1)

L'ensemble des items de ce volet doit être également envisagé dans le volet 6 sous l'angle facilitateurs / obstacles dans la perspective de leur interaction avec les activités.

#### SITUATION FAMILIALE

célibataire       marié       veuf       séparé       divorcé       PACS  
 concubin       non précisé

Compléter la liste des personnes présentes au foyer, sauf si :       vit seul       non précisé

<i>Lien de parenté</i>	<i>Age</i>

OBSERVATIONS :

#### SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Situation actuelle par rapport à l'activité ou l'emploi

- Enfant non scolarisé (dans ce cas préciser les modes de garde dans le tableau ci-dessous)
- Scolarisation, formation initiale et/ou autres formations non rémunérées (dans ce cas renseigner volet 3A)
- Activité professionnelle même non rémunérée y compris ESAT, apprentissage, formation professionnelle rémunérée, interruption momentanée pour maladie...  
(dans ce cas renseigner volet 3B)
- Adulte sans activité dans ce cas renseigner ci-dessous :
  - Invalidité
  - Chômage
  - Au foyer
  - Congé parental
  - Non précisé
  - Retraité à l'âge normal
  - Retraite anticipée
  - Autre inactif

Cette situation est celle de la personne depuis :

- moins d'un an
- entre 1 et 5 ans
- plus de 5 ans
- inconnu

Pour les enfants (scolarisés ou non) préciser, le cas échéant, le mode de garde :

Modalités de garde	Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine	Nom et commune de l'établissement
Crèche		
Assistante maternelle		
Garde d'enfant à domicile		
Halte garderie		
Accueil périscolaire		
Centre de loisirs		
Centre de vacances		
Autres		

Ressources propres de la personne :

sans objet

*(uniquement pour les personnes dont on n'attend pas qu'elles se procurent elles-mêmes leurs ressources, par exemple les enfants)*

c Salaire et autre revenu du travail

c Allocation chômage

c Indemnités journalières assurance maladie

c Pension d'invalidité c 1<sup>ère</sup> cat. c 2<sup>ème</sup> cat. c 3<sup>ème</sup> cat. (MTP)

c Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

c Autres pensions (régimes particuliers d'invalidité ou d'incapacité – indemnisation par assurance...)

*préciser :*

c avec majoration pour aide d'une tierce personne de cette pension (éventuellement taux ..... )

c AAH, préciser le montant :

c Majoration Vie Autonome

c Complément de ressources

c RMI

c Autre allocation (*préciser*)

c Retraite

c Autres revenus (*préciser*)

c Absence de ressource personnelle

c Non précisé

D'autres demandes de ressources sont-elles en cours ? (exemple : demande de pension d'invalidité) : c oui c non  
*(si oui préciser)*

Prestations familiales (*préciser*) :

"FONCTION ELECTIVE" OU PARTICIPATION A DES INSTANCES OU ORGANISMES OU SIEGENT DE DROIT DES REPRESENTANTS DE PERSONNES HANDICAPEES OU DE LEURS FAMILLES

*(à ne remplir que si demande de prestation de compensation pour des frais supplémentaires)*

c Sans objet

Exerce une des fonctions électives suivantes :

c élu local (conseil municipal, conseil général, conseil régional)

c député, sénateur

c député européen

c autre fonction élective relevant du code électoral (*préciser*)

Représentant d'associations représentatives des personnes handicapées dans une instance :

c CDA

c CDCPH

c CNCPH

c Conseil de la CNSA

c Commission communale d'accessibilité

c Autre instance où siègent de droit les représentants des personnes handicapées (*préciser*)

Date de fin du mandat : . . / . . / . . . .

Besoins en aide humaine (*dans le cadre de cette fonction*) : c non c oui (*préciser*)

Autres besoins (*dans le cadre de cette fonction*) : c non c oui (*préciser*)

Exemple d'outil DESIR renseigné suite à une visite à domicile (site 7)

<b>COPIE</b>	
<b>DOSSIER EVALUATION</b>	
Date d'application : 03/06/08	
Page 1/5	

- Pour une 1ere évaluation   
  Lors du renouvellement d'une prise en charge   
  Lors d'une visite de suivi  
 Evaluation au domicile du client   
  Evaluation téléphonique   
 Autre : .....  
 Date : ...03/06/08..... Evaluation prise en charge par : .....  
 Origine de la demande : .. ,.....AS de la.....

COORDONNEES DE LA PERSONNE AIDEE	
Nom, Prénom : .....	Date de naissance : ... 1 1 .....
Nom jeune fille : .....	Nationalité : ... Française .....
Tél : .....	Adresse : .....
.....	Ville : .....
Situation familiale : ... Divorcé .....	Accès : .....
IDENTIFICATION	
N° S.S. : .....	Exo des charges : ... Non .....
N° CRAM : ... pas retraite .....	
Type PEC : ... CPAM .....	
Statut : <input type="checkbox"/> Retraité... <input type="checkbox"/> Actif... <input checked="" type="checkbox"/> Autre, préciser : Invalide .....	
CONJOINT	
Nom, Prénom : .....	Date de naissance : ..... Date décès : .....
Nom jeune fille : .....	N° S.S. : .....
Téléphone : .....	Nationalité : .....
Retraité... <input type="checkbox"/> OUI... <input type="checkbox"/> NON ... Caisse de Retraite : .....	
APPRECIATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE VIE	
Type de logement : <input checked="" type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Foyer logement	
Lieu du logement : <input type="checkbox"/> Urbain <input checked="" type="checkbox"/> Rural regroupé/ville <input type="checkbox"/> Rural dispersé	
Nombre de pièces : ... 3 .....	
Code immeuble : .....	
Propriété : <input type="checkbox"/> propriétaire <input checked="" type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> autre : .....	
Mode d'habitation : <input checked="" type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> cohabitation, préciser : .....	

	DOSSIER EVALUATION	
		Date d'application : 03/06/08
		Page 2/5

APPRECIATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CONDITIONS DE VIE (SUITE)

Accessibilité extérieure au logement :  
 Le logement du demandeur est-il accessible ?  Facilement  Difficilement  
 Si accessible difficilement : quelles sont les difficultés rencontrées ? (état des parties communes, lourdeur des portes, etc...)  
 étage sans ascenseur

Confort et adaptation du logement :  
 Le logement du demandeur est-il pourvu de ..... (cocher si oui)  
 Eau courante ?  WC intérieurs?  Eau chaude ?  Salle de bain ?  
 Le logement du demandeur est-il pourvu du téléphone ?  Oui  Non  
 Le logement du demandeur est-il adapté ?  Oui  Non  
 Si pas adapté : quels sont les éléments inadaptés ?  
 Toilettes  Cuisine  
 Salle de bain  Pièce à vivre  
 Circulation intérieure (marches, sols glissants)  Chauffage

Autres (à préciser) : .....

Equipements :  
 Parmi ces équipements, quels sont ceux qui sont inexistantes ou inadaptés ?

	Inexistant	Inadapté		Inexistant	Inadapté
Réfrigérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuisinière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machine à laver	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autres (à préciser) : pas de four

Evaluation des aides techniques :

	Existant	Nécessaire		Existant	Nécessaire
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barres d'appuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannes-déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Téléalarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autres (à préciser) : Assistance respiratoire 24/24

SITUATION MEDICO-SOCIALE (état de santé, vie sociale, etc.....)

Depuis 1 an Il est sous assistance respiratoire jour et nuit  
 Il ne conduit pas mais se déplace seul à l'extérieur sans aide technique  
 Il a 3 enfants qu'il voit de temps en temps. Et il a 1 sœur  
 à qui vient le voir très régulièrement : elle s'occupe de  
 linge et des courses de la  
 il se fait hospitaliser quelques jours tous les 3 mois pour un bilan  
 Il s'occupe de ses papiers  
 AS = 0

	<b>DOSSIER EVALUATION</b>	
		Date d'application : 03/06/08
		Page 3/5

<b>GRILLE AGGIR : activités corporelles, mentales, domestiques et sociales</b>		
A= fait seul(e) totalement, habituellement, correctement	B= fait partiellement	C= ne fait pas
Items de la Grille AGGIR	Modalités A-B-C	Si B ou C, nature des aides
<b>COHERENCE</b> Converser et/ou se comporter de façon sensée		
<b>ORIENTATION</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
<b>TOILETTE DU HAUT DU CORPS</b> Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), Le tronc, les membres supérieurs et les mains		
<b>TOILETTE DU BAS DU CORPS</b> Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds		
<b>HABILLEMENT HAUT</b> Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras		
<b>HABILLEMENT MOYEN</b> Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture Eclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles		
<b>HABILLEMENT BAS</b> Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures		
<b>ALIMENTATION : SE SERVIR</b> Couper la viande, ouvrir		
<b>ALIMENTATION : MANGER</b> Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler		
<b>ELIMINATION URINAIRE</b> Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
<b>ELIMINATION FECALE</b> Assurer l'hygiène de l'élimination fécale		
<b>TRANSFERTS</b> Se lever, se coucher, s'asseoir		
<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b> Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
<b>DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR</b> A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> Utiliser les moyens de communication : Téléphone, alarme, sonnette... dans le but d'appeler		
<b>GESTION</b> Gérer ses affaires, son budget, se servir de l'argent, Faire des démarches		
<b>CUISINE</b> Préparer les repas		
<b>MENAGE</b> Effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
<b>TRANSPORTS</b> Prendre et/ou commander un moyen de transport		
<b>ACHATS</b> Faire des acquisitions directes ou par correspondance		
<b>SUIVI DU TRAITEMENT</b> Se conformer à l'ordonnance de son médecin		
<b>ACTIVITES DE TEMPS LIBRE</b> Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, De loisirs, de passe-temps...		
<b>GIR :</b>		

	<b>DOSSIER EVALUATION</b>	
		Date d'application : 03/06/08
		Page 4/5

**CONCLUSION DE L'EVALUATION (préconisation, etc....)**

N'a besoin de 2<sup>e</sup> semaine uniquement pour l'entretien  
du logement.

Personne aidée :

Date de l'évaluation :

Intervenantes concernées :

**SUIVI DES INTERVENTIONS (hors évaluation initiale)**

<b>DOSSIER EVALUATION</b>		
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		Date d'application : 03/06/08
		Page 5/5

Personnes vivant au foyer (autres que conjoint) :

NOM Prénom	LIEN

Personnes à contacter (famille):

NOM	LIEN	TEL.
B	Sœur	

Famille référente :

Professionnels intervenant auprès de l'usager (relations extérieures) :

NOM	PROFESSION	TEL.
Dr P	Médecin Cardio	
Dr A	Médecin traitant	

DOSSIER PEC <input type="checkbox"/> APA				
N.HEURES/MOIS	DATE DEBUT	DATE FIN	CAISSE	TARIF
10 <sup>h</sup> /mois	01-06-08	31-05-09	CPAN	1,74€
Si Assurance : ENVELOPPE Heures				
Autorisation de dépassement : ..				

## RESSOURCES

Joindre la copie de la rubrique « Ressources » du dossier de prise en charge

**FACTURATION**

si différente du bénéficiaire

NOM	<b>IDEN</b>	TITRE
PRENOM		
N. Jeune Fille		LIEN AVEC BENEF.
ADRESSE		
COMPLT. ADRESSE		
VILLE		

RIB (à agraffer à l'autorisation de prélèvement qui est jointe au dossier)

Pour les rubriques ci-dessous rayer les mentions inutiles

<b>Détenteur : Bénéficiaire / Destinataire facture</b>	
Chèque	Virement CCP
Espèces	Prélevt. CESU

› Exemple d'outil DESIR renseigné suite à une visite à domicile (site 8)

<p><b>D.É.S.I.R.</b></p> <p><b>DÉMARCHE D'ÉVALUATION</b></p> <p><b>D'UNE SITUATION INDIVIDUELLE ET DE RÉPONSE</b></p>
---

1.	SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE	2
a.	IDENTITE	2
b.	PREMIERE DEMANDE	2
c.	STATUT MATRIMONIAL	3
d.	MODE D'HABITATION	3
e.	SITUATION ADMINISTRATIVE	3
2.	SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES FONCTIONS	5
a.	ORGANE DES SENS	5
b.	FONCTIONS SUPERIEURES	5
c.	COMPORTEMENT	5
d.	MEDICAL	6
e.	ACTIVITES MOTRICES	6
f.	AUTRES	6
3.	SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES ACTIVITES	7
a.	ACTES ESSENTIELS	7
b.	ACTIVITES DOMESTIQUES	7
c.	ACTIVITES SOCIALES	7
4.	SITUATION AU REGARD DE L'ENVIRONNEMENT	8
a.	ADAPTATION DU LOGEMENT	8
b.	INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS	8
c.	INTERVENTION DE L'ENTOURAGE	8
d.	RESSOURCES	9
e.	HABITUDES DE VIE	9
f.	AVIS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION ET SA DEMANDE	9
5.	SYNTHESE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE	10

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE

#### a. IDENTITE

*Représentante*

Nom : .....

Prénom : ...

Age : *80*

Sexe : *F*

Adresse : ...

Téléphone : ..

Fax : .....

e-mail : .....

#### Personnes à contacter :

Nom : *S*

Téléphone

Adresse : *06*

Médecin :

Nom : *Dr D*

Téléphone : .....

Adresse : .....

Tuteur :

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Présence d'animaux domestiques  
 Si oui précisez : *chats et chien*

#### b. PREMIERE DEMANDE

Nom du demandeur : .....

Lien avec la personne concernée : .....

Termes de la demande : .....

.....

.....

Commentaires :

.....

**c. STATUT MATRIMONIAL**Célibataire  Marié  Veuf  Divorcé  Vie maritale  PACS **d. MODE D'HABITATION** **Domicile privé**

- Propriétaire  
 Locataire

 Seul Couple Cohabitation, éventuellement  
spécifier : ..... **Domicile collectif :**

Spécifier la catégorie de l'établissement : .....

**La personne concernée est, au jour de la demande :**

- A son domicile  
 Hospitalisée

 En hébergement Autres : .....**e. SITUATION ADMINISTRATIVE**

Date de naissance : 12.8.

N° Sécurité Sociale : ..... Eventuellement,

..... 2

.. Nationalité : ..... F

Autre couverture sociale, spécifier :

futuelle des

Protection juridique : .....

**Situation au moment de la demande :** Retraité →

Régime de base : .....

Caisse Complémentaire : .....

 Pré-retraité  
Entreprise → Couverture Sociale  Couverture Activité (spécifier) : ..... Accident du Travail N'a jamais travaillé Invalidité Autre : ..... Demandeur d'emploi

- Coiffeuse  
 - Employée de Banque

**Situation socioprofessionnelle :**

Nomenclature	Père	Mère	Tuteur
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnaire ou assimilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commerçant, artisan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rmiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Présence d'autres adultes au foyer :**

Lien de parenté	Nombre
Enfants majeurs	
Enfants mineurs	
Grands-parents	
Parents	
Autres (à préciser) :	
Sans lien de parenté (à préciser) :	

**Enfants mineurs :**

(Pour les adultes en situation de handicap)

Nombre d'enfants total présents ou non au foyer : .....

Commentaires :

## 2. SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES FONCTIONS

### a. ORGANE DES SENS

- **Vue**             mauvaise (sans correction)  mauvaise (malgré correction)      
  cécité
- **Ouïe**             mauvaise (sans correction)  mauvaise (malgré correction)      
  sourd
- **Parole**             mauvaise                             ne parle pas

Commentaires :

Entend difficilement.

### b. FONCTIONS SUPERIEURES

- **Orientation temps / espace**     défectueuse     absente
- **Compréhension**                     défectueuse     absente
- **Mémoire**                               défectueuse     absente

Commentaires :

ne'ant mais ne se souvient plus du mois de son hospitalisation

### c. COMPORTEMENT

- **Relationnel :**                             paraît « perturbé »
- **Paraît déprimé / anxieux :** .....
- **Troubles psychiatriques connus :** .....

Commentaires :

**d. MEDICAL**

Connaissance de :

- Problème cardiaque
- Problème respiratoire
- Problème digestif
- Problème allergique
- Problème d'incontinence

Existence de maladie(s)  
chronique(s) : .....

Expression de la personne sur :

- Douleurs
- Fatigue
- Autres

Points nécessitant une (des) préconisation(s) particulière(s) :

Douleurs au bras droit.  
Suite à 1 chute  
A toujours marché avec  
1 canne.

**e. ACTIVITES MOTRICES**

Membres supérieurs :

- Utilisation des bras :  défectueuse  aucune
- Utilisation des mains :  défectueuse  aucune

Mobilité du Tronc :  avec difficulté  aucune mobilité

Membres inférieurs :

- Marche :  difficulté  appareillée  ne marche pas

Se déplace avec 1 canne.

**f. AUTRES**

Ne fait pas ses courses,  
1 amie fait les courses.

### 3. SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES ACTIVITES

(liste non exhaustive, qui appelle des suppléments ou commentaires)

#### a. ACTES ESSENTIELS

##### Difficulté pour :

Toilette :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Habillage :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Transferts : <small>(se lever, se coucher, s'asseoir, se mettre debout)</small>	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Déplacement intérieur :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Alimentation :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Aller aux toilettes :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Prendre ses traitements :	<input checked="" type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Assurer sa sécurité :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Communiquer :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale

Commentaires :

incapacité de  
urinaire.

#### b. ACTIVITES DOMESTIQUES

##### Difficulté pour :

Entretien du logement :	<input checked="" type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Entretien du linge :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Courses :	<input type="checkbox"/> partielle	<input checked="" type="checkbox"/> totale
Préparation des repas :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Démarches administratives :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Gestion du budget :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale

Commentaires :

lave son linge à  
la main.  
Marie fait  
les courses.  
livraison -  
aussi à domicile.

#### c. ACTIVITES SOCIALES

##### Difficulté pour :

Déplacement extérieur :	<input checked="" type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Utilisation des transports :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Vie relationnelle chez soi :	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale
Se rendre sur les lieux de vie sociale : <small>(Travail, loisirs, formation)</small>	<input type="checkbox"/> partielle	<input type="checkbox"/> totale

Commentaires :

Se déplace  
à -compagnie

#### 4. SITUATION AU REGARD DE L'ENVIRONNEMENT

Cette partie devrait permettre d'affiner les éléments de contexte pour mieux adapter les préconisations tout en prenant en compte l'avis de la personne concernée.

##### a. ADAPTATION DU LOGEMENT

Nombre de pièces : ..... 3 .....

Accessibilité extérieure :  difficile

Accessibilité intérieure :  difficile

Espaces de vie (sanitaires, cuisine) :  
 inadaptés

Equipements spécifiques (barres d'appui,...) :  inadaptés

Précisez si nécessaire :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

##### b. INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS

Profession	Activités compensées
Infirmière Kite	

##### c. INTERVENTION DE L'ENTOURAGE

Lien avec l'entourage	Activités compensées
Amis	Cours Accompagnement

**d. RESSOURCES**

.....

.....

.....

.....

**e. HABITUDES DE VIE**

Se lève à 8h30.

A bon appétit.

↳ Se repose l'après-midi.

Aire libre → regarder la télé.

→ le soir se couche vers 10h.

.....

.....

.....

**f. AVIS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION ET SA DEMANDE**

Madame se déplace  
 elle fait elle-même. besoin de  
 l'A.D pour courses et  
 entretien au logement.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 5. SYNTHÈSE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE

Date de l'évaluation : ...../...../.....

Nom de l'évaluateur : .....

#### a. Signalement

L'entretien est réalisé avec Madame, Monsieur\* .....

Agé(e) de ..... ans

Vivant à son domicile seul(e) / avec\* .....

Sous tutelle\*

En présence de .....

Elle / lui* Sa fille / son fils* Son épouse / son époux* Une personne de son entourage	}	nous a contacté  le ..... par - téléphone - visite dans les locaux*
---	---	---

Et nous a signalé que :

#### b. Besoins

La visite à domicile a révélé que Madame, Monsieur\*

a un problème de pour se déplacer .....

Il / elle ne peut plus faire seul(e) ses courses, l'entretien de son logement .....

\* Rayer la mention inutile.

Exemple d'outil MAP renseigné suite à une réunion d'équipe pluridisciplinaire

**FICHE D'ÉVALUATION**

Date de l'évaluation: 30/04/2007.

Nom, prénom :

M=A ou B ou C. Si B: mettre les numéros des adjectifs donnés ci dessous. Exemple 1+3 signifie non spontané et non habituellement

Spontanément	1
totallement	2
habituellement	3
correctement	4

4

RELATIONS ET COMPORTEMENTS		M	si B
R1	COMMUNICATION DECODEE		C
R2	SOCIABILITE		A
R3	COMPORTEMENT PSYCHOAFFECTIF		A
R4	CONSCIENCE DE SOI		A
R5	RAPPORT AU DANGER		C
R6	CONVENTIONS SOCIALES		B-1
R7	SEXUALITE		A
R8	RAPPORT A LA NOURRITURE		A
R9	AGRESSIVITE		A

3

ACTIVITES DOMESTIQUES et SOCIALES		M	si B
D1	GESTION		B-1 2 4
D2	CUISINE		B-1
D3	MENAGE		B-1-4
D4	TRANSPORTS		C
D5	ACHATS		B-1
D6	SUVI DE LA SANTE		C
D7	ACTIVITE DE LOISIRS		B-1

5

APTITUDES OBSERVEES DANS L'EXERCICE D'ACTIVITES		M	si B
E1	CONSTANCE, CONTINUTE		B-1
E2	SUVI DES PROCEDURES		B-1
E3	EXECUTION		C
E4	ANTICIPATION, INITIATIVE		C
E5	REALISATION QUALITATIVE		C
E6	UTILISATION D'OBJETS		B-1-4
E7	ADAPTATION, FORMATION		C

2

ACTIVITES MENTALES ET CORPORELLES		M	si B
C1	COHERENCE		B-2-4
C2	ORIENTATION		B-1-4
C3	TOILETTE		B-2
C4	HABILLAG		B-4
C5	ALIMENTATION		B-1-4-A
C6	ELIMINATION		A
C7	TRANSFERTS		A
C8	DEPLACEMENT INTERIEUR		B-1
C9	DEPLACEMENT EXTERIEUR		C
C10	ALERTER		C

1

POLE SENSORIEL		M	si B
F1	VOIR		C
F2	ENTENDRE		C
F3	PARLER		C

UNAPEI-C266 MAP -V18





InterRAI-SADIHC

**SECTION C. COGNITION****1. FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES**

Decisions concernant les tâches de la vie quotidienne - par ex. quand se lever ou prendre les repas, quels vêtements portés ou quelles activités à faire

0. Indépendant : décisions logiques et raisonnables

1. Indépendance relative : quelques difficultés seulement dans les situations nouvelles

2. Déficience minimale - dans des situations particulières, décisions de faible qualité ou dangereuses, a besoin d'indications et de supervision 

3. Déficience modérée : décisions presque toujours pauvres ou risquées, ayant nécessité indications/surveillance en permanence

4. Déficience sévère - Ne prend pratiquement jamais de décisions

5. Pas de conscience décelable (PASSEZ A LA SECTION E)

**2. MEMOIRE CAPACITE DE SE SOUVENIR**

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

0. mémoire OK 1. Problème de mémoire

a. Mémoire à court terme OK - semble se rappeler après 5 minutes b. Mémoire procédurale OK - peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans stimulation. c. Mémoire de situation. OK - reconnaît A LA FOIS les visages/ noms des soignants fréquemment rencontrés ET connaît la situation des lieux régulièrement visités (chambre, salle à manger) **3. FLUCTUATIONS DE LA PENSEE OU DE L'ETAT DE CONSCIENCE**

[Note: une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement de la personne pendant cette période.]

0. comportement pas observé

1. comportement observé, mais compatible avec le fonctionnement habituel

2. comportement observé durant les 3 derniers jours ET qui diffère de l'habituel (p. ex. comportement nouveau ou détérioration par rapport il y a quelques semaines)

a. Facilement distrait - ex. difficulté de concentration, déviation de son sujet b. Episodes de discours incohérent - ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique c. Fonction mentale variant en cours de journée - ex. tantôt mieux, tantôt pire **4. BRUSQUE CHANGEMENT DANS L'ETAT MENTAL DE LA PERSONNE PAR RAPPORT A L'ETAT HABITUEL -**

Ex. agitation motrice, léthargie, difficulté à rester éveillé

perception altérée de l'environnement, 

0. Non 1. Oui

**5. CHANGEMENT DES FACULTES POUR PRENDRE LES DECISIONS QUE 90 JOURS AUPARAVANT (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION)**

0. Améliorée

1. Pas de changement 

2. Plus déficient 8. Incertain

**SECTION D. COMMUNICATION ET VISION****SE FAIRE COMPRENDRE (Expressión)**

Expression du contenu de l'information - à la fois verbale et non verbale

1. Est compris - exprime ses idées sans difficultés

2. Est généralement compris - difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée MAIS si on laisse du temps peu ou pas d'aide requise 

2. Est souvent compris - difficultés à trouver ses mots, à aller au bout de sa pensée ET aide habituellement requise

3. Est parfois compris - capacité limitée à l'expression de demandes concrètes

4. Rarement ou jamais compris

**2. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES (Compréhension)**

Compréhension du contenu d'informations verbales avec prothèse auditive si utilisée

0. Comprend - bonne compréhension

1. Comprend généralement - manque quelques parties/buts du message MAIS comprend l'essentiel de la conversation sans ou avec peu d'aide

2. Comprend souvent - manque quelques parties/buts du message MAIS avec de l'aide peut souvent comprendre la conversation 

3. Comprend parfois - répond adéquatement seulement à un message simple et direct

4. Comprend rarement ou jamais

**3. AUDITION**

Capacité à entendre (avec appareil auditif, s'il est habituellement utilisé)

0. Adéquate - pas de difficulté dans conversation courante, échange social, écoute de la T.V.)

1. Difficulté minimale - Difficulté dans certains environnements (ex. quand une personne parle doucement ou est à plus de 2 mètres) 2. Difficulté moyenne - Problème pour entendre une conversation normale, requiert un environnement calme pour bien entendre 

3. Difficulté sévère - Difficulté dans toutes les situations (ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont mammonnées)

4. Pas d'audition

**4. VISION**

Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes ou d'autres moyens auxiliaires, si utilisés

0. Adéquate. Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres

1. Difficulté minimale. Lit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres

2. Difficulté moyenne. Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets 3. Difficulté sévère. - Identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes 

4. Pas de vision

**SECTION E. HUMEUR ET COMPORTEMENT****1. MANIFESTATIONS D'HUMEUR DEPRESSIVE, ANXIEUSE OU TRISTE**

Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause [Note : demandez à la personne chaque fois que possible]

0. Non présents

1. Présents mais non observés durant les 3 derniers jours

2. Manifestés 1-2 jours des 3 jours

3. Manifestés chacun des 3 jours

a. Emet des expressions négatives, - par ex., « rien ne compte, il vaudrait mieux être mort, à quoi ça sert, regrette d'avoir vécu si longtemps, laissez moi mourir » b. Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres - par ex. facilement dérangé, colère envers les soins reçus c. Expression (incluant des non verbales) de craintes paraissant non fondées - par ex. peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres ou crainte intense d'objets ou de situations particuliers d. Plaintes somatiques répétées - par ex. : cherche de façon persistante un avis médical, concerné de façon obsessionnelle par les fonctions corporelles



› Outil RAI – Exemple de projet écrit par l'équipe suite à l'évaluation des besoins de la personne

Maison de retraite S.M.A. "Les chènes vert "	
MDS EFFECTUE LE :	MEDECIN COORDINATEUR :
NOM :	PRENOM :
LES REFERENTS :	AGE :
LES ALERTES: <u>GAD</u>	COMMENTAIRES: <u>+ Soins</u>
<u>Pertes Cognitives</u>	Doit beaucoup dans la journée, se plaint de "perdre la mémoire" oublie le prénom des membres du perso. (GMP, mg)
<u>Utilisation de psychologues</u>	Comme doit beaucoup dans la journée et qu'il se fait d'automédiquer, nous nous demandons si il utilise bien ses médec. (A.S + D.V)
<u>Tide de l'humeur</u>	Très anxieux, changement d'humeur dans la journée, très susceptible (Tout le perso)
<u>Occupations</u>	Baisse nette des activités qd l'autonomie et l'hygiène personnelle (plus de fleurs!)



SUIVI PROJET INDIVIDUALISE (R.A.I)				EVALUATION	
DIMENSION PSYCHOLOGIQUE		MOIS: <i>Décembre</i>		REF	EQUIPE
OBJECTIFS:	DATE:	NOM:	PRENOM:	AGE:	
<p>Stabiliser les pulsions.</p>	3/12				
<p>Occupation</p>	6/12				
<p>Regulation de l'humeur</p>	12/12				

Le groupe a remarqué que on + amment +  
 + savant - Visite chaque jour  
 Et en ce jour à R.H.  
 Pour ce "à son signifiant pas, mais en  
 actual par rapport aux notes, difficile de  
 voir si réussit ou pas les exercices!  
 regard plus l'exploration (programmation) ok  
 U.

Suite à l'attente avec Non bon.  
 moment - fait très bien par les  
 tentatives de leurs, il a pu avoir des réponses  
 à les caractéristiques des plantes,  
 -> l'un a présenté les productions botaniques,  
 => Très à l'aise car de l'histoire de genre.

ont mesuré tous les jours. D me dit des  
 faits liés au système et je n'ai pas de  
 réponses, mais les autres ont répondu régulièrement.  
 les médicaments en fait. EP.  
 Un combat est fait? l'humeur est bien meilleure  
 après 1 semaine d'administration régulière.

0

OBJECTIFS	ELABORATION PROJET DE SION / PROJET DE VIE PROJET DE SOIN	NOM / <u>PARCOURIR</u> / DATE / PROJET DE VIE
<p>Stabiliser les <u>peux cognitives</u> Diminuer les <u>symptômes</u></p>	<p>Lui proposer de participer aux ateliers Remue-méninges / <u>Moine</u> - Participer aux conférences - Aller à la bibliothèque <u>ATP</u></p>	<p>Lors de ses <u>partir</u> ou sa <u>pepe</u> du moment, auprès de <u>certains</u> membres du <u>pepe</u>, l'amener à ce qu'il <u>prenne</u> la <u>décision</u> d'aller à R.H., à la <u>bibliothèque</u> ...</p>
<p>Remettre le <u>pepe</u> sur <u>activités</u> art. <u>Di Socio-cult</u></p>	<p>- Lui proposer des <u>sorties</u> à <u>Balaruc</u> à la <u>bibliothèque</u>, (cf "Sur les <u>kinésithérapeutes</u> entretenir son <u>lepin</u> de <u>tenue</u> (Lui donner les <u>matériaux</u>: <u>picole</u> <u>avertir</u> ...)</p>	<p>Appeler de l'<u>enquête</u> de <u>satisfaction</u> <u>nécessaire</u> par <u>l'état</u> nous <u>savoirs</u> que <u>ce</u> <u>est</u> <u>un</u> <u>bon</u> <u>travail</u> → <u>favoriser</u> le <u>plus</u> de <u>décision</u>.</p>
<p>Régulariser <u>l'écriture</u> <u>Di Socio-cult</u></p>	<p>Lui proposer un <u>échange</u> avec ses <u>confrères</u> ou <u>1</u> <u>membre</u> de <u>l'équipe</u> avec <u>qui</u> il <u>se</u> <u>fait</u> <u>des</u> <u>efforts</u> <u>ATP</u></p>	<p>Faire <u>examiner</u> à ce <u>qui</u> il <u>y</u> <u>est</u> <u>un</u> <u>aménagement</u> à <u>partir</u> <u>de</u> <u>son</u> <u>confort</u> ou <u>1</u> <u>membre</u> <u>du</u> <u>pepe</u> <u>qui</u> <u>partage</u> le <u>même</u> <u>confort</u> <u>d'indicateur</u>.</p>
<p>Régulariser son <u>suivi</u> du <u>TTT</u> <u>psychotiques</u></p>	<p>- Lui proposer un <u>pillé</u> à la <u>semaine</u> (<u>IDE</u>)</p>	<p>- Amener à ce qu'il <u>accepte</u> <u>un</u> <u>droit</u> <u>de</u> <u>regard</u> <u>des</u> <u>IDE</u> <u>sur</u> <u>la</u> <u>gestion</u> <u>des</u> <u>soins</u> (<u>IDE</u>)</p>

› Exemple de tableau de synthèse EGS (résultat de l'évaluation)

Nom

Prénom

Sexe H

Né le 15/06/19

## BILAN D'ALERTE : 1 - FRAGILITÉ

DATE DE L'EVALUATION : 15/12/2005			0	5	10	15
NIVEAU SITUATIONNEL		(SUR 20) 0,9				
STATUT COGNITIF	Niv.2	(SUR 20) 7,6				
STATUT SENSORIEL		(SUR 20) 2,5				
HUMEUR ET SOMMEIL	Niv.2	(SUR 20) 3,4				
STATUT NUTRITIONNEL	Niv.2	(SUR 20) 3,7				
QUALITÉ DE VIE	Niv.2	(SUR 20) 4,3				
CONTRÔLE SPHINCTERIEN		(SUR 20) 5,5				
STATUT MOTEUR	Niv.2	(SUR 20) 4,6				
ACTES (ADL/IADL/Géronte)		(SUR 20) 5,0				
NIVEAU DE DOULEUR	Niv.2	(SUR 20) 5,0				
<p><b>SCORE DE FRAGILITÉ : 4,3 / 20</b></p> <p><b>SCORE DE FRAGILITÉ PATHOLOGIQUE : 2 / 20</b></p> <p><b>SCORE DE FRAGILITÉ IATROGENIQUE : 0 / 20</b></p>						

Outil HOLE (trame vierge)

# HOLÉ

Histoire d'un Léger d'Évaluation

Date : \_\_\_\_\_

Noms : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Évaluateur : \_\_\_\_\_

### THÈME

Lang	Travail	Époux	SA	Enfants	Compagnon / Amant	Autres
OK						
±						
NON						

### REMOIRE

Éléments récents : \_\_\_\_\_

Confusion / désorientation : \_\_\_\_\_

Gestion du traitement : OK  ±  Non  Autres administratives : OK  ±  Non

MPS : \_\_\_\_\_ / 70

### RESOLUTION DE PROBLEMES

Conduite de traitement : OK  ±  Non  Autres administratives : OK  ±  Non

### INTERACTIONS SOCIALES - HYGIENE-DEVI

Eau à l'immersion : \_\_\_\_\_

Condições adictives : Alcool  Tabac  Autre

### COMPREHENSION

Comprend le français : OK  ±  Non

Audition : OK  ±  Non  Appareillage auditif : \_\_\_\_\_

Vision : OK  ±  Non  Appareillage visuel : \_\_\_\_\_

Lecture : OK  ±  Non

Capacité à utiliser : téléphone : OK  ±  Non  ordinateur : OK  ±  Non

### EXPRESSION

Expression orale : OK  ±  Non  Écriture : OK  ±  Non

Expression écrite : OK  ±  Non  Appareil : \_\_\_\_\_

Autre : OK  ±  Non

### BILAN CUTANÉ

Cernes : Oui  Non  Rhyne : \_\_\_\_\_

Prune (œil) : (non-malade, atteint) : \_\_\_\_\_

### SENSIBILITE ET DOULEUR

Ataxie : \_\_\_\_\_

Hypersensibilité : \_\_\_\_\_

Douleur : \_\_\_\_\_

EVA : max \_\_\_\_\_ / 10

### ALIMENTATION

Régime : \_\_\_\_\_

Capacité à préparer ses repas : OK  ±  Non  Aliments servis à la bouche : OK  ±  Non

Aides (humaine, technique) : \_\_\_\_\_

Aliments mixtes / préparés : \_\_\_\_\_

Sortie repas géométrique : \_\_\_\_\_

Barbituriques : \_\_\_\_\_

Trichotomies : \_\_\_\_\_

### TOILETTE

Haut de corps : OK  ±  Non

Bas de corps : OK  ±  Non

Toilette intime : OK  ±  Non

Trichotomie / épilation : OK  ±  Non

Autres : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

### SOINS PERSONNELS

Soigner : OK  ±  Non

Sein-vêtements : OK  ±  Non

Bas de contention : OK  ±  Non

Chaussettes / Lingerie : OK  ±  Non

Autres : \_\_\_\_\_

### HABILITAGE BAS

Appareillage / Scarpe : OK  ±  Non

### HABILITAGE HAUT

Boiserner / Fermeture éclair : OK  ±  Non

Jeux-vêtements : OK  ±  Non

Appareillage / Scarpe : OK  ±  Non

### UTILISATION DES TOILETTES

Transfert : OK  ±  Non  Accessoire : OK  ±  Non

Appareillement vêtements : OK  ±  Non

Hygiène : OK  ±  Non

### SOINS PERSONNELS

Soigner : OK  ±  Non

Sein-vêtements : OK  ±  Non

Bas de contention : OK  ±  Non

Chaussettes / Lingerie : OK  ±  Non

Autres : \_\_\_\_\_

### HABILITAGE BAS

Appareillage / Scarpe : OK  ±  Non

### HABILITAGE HAUT

Boiserner / Fermeture éclair : OK  ±  Non

Jeux-vêtements : OK  ±  Non

Appareillage / Scarpe : OK  ±  Non

### UTILISATION DES TOILETTES

Transfert : OK  ±  Non  Accessoire : OK  ±  Non

Appareillement vêtements : OK  ±  Non

Hygiène : OK  ±  Non

### ALIMENTATION

Régime : \_\_\_\_\_

Capacité à préparer ses repas : OK  ±  Non  Aliments servis à la bouche : OK  ±  Non

Aides (humaine, technique) : \_\_\_\_\_

Aliments mixtes / préparés : \_\_\_\_\_

Sortie repas géométrique : \_\_\_\_\_

Barbituriques : \_\_\_\_\_

Trichotomies : \_\_\_\_\_

### TOILETTE

Haut de corps : OK  ±  Non

Bas de corps : OK  ±  Non

Toilette intime : OK  ±  Non

Trichotomie / épilation : OK  ±  Non

Autres : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

### SOINS PERSONNELS

Soigner : OK  ±  Non

Sein-vêtements : OK  ±  Non

Bas de contention : OK  ±  Non

Chaussettes / Lingerie : OK  ±  Non

Autres : \_\_\_\_\_

### HABILITAGE BAS

Appareillage / Scarpe : OK  ±  Non

### HABILITAGE HAUT

Boiserner / Fermeture éclair : OK  ±  Non

Jeux-vêtements : OK  ±  Non

Appareillage / Scarpe : OK  ±  Non

### UTILISATION DES TOILETTES

Transfert : OK  ±  Non  Accessoire : OK  ±  Non

Appareillement vêtements : OK  ±  Non

Hygiène : OK  ±  Non

### TRANSFERTS

LIT / FAUTEUIL ET FAUTEUIL / LIT

Retournements : OK  ±  Non  Accablé : OK  ±  Non

Transfert lit / fauteuil : OK  ±  Non  Accablé : OK  ±  Non

Transfert fauteuil / lit : OK  ±  Non  Accablé : OK  ±  Non

Équilibre assis : OK  ±  Non  Accablé : OK  ±  Non

Passage assis / debout : OK  ±  Non  Accablé : OK  ±  Non

VEHICULE

Transfert fauteuil / véhicule : OK  ±  Non  Accablé : OK  ±  Non

### CONTROLE DES SPHINCTERS

FONCTION VESICALE

Urgence : OK  ±  Non  Retards : OK  ±  Non  Incontinence : OK  ±  Non

Fuites : OK  ±  Non  Incontinence : OK  ±  Non

Infections : OK  ±  Non

État pénal : Sondages intermittents auto : OK  ±  Non  Intermittents : OK  ±  Non

Sondes à cathéter : Charges complètes : OK  ±  Non  Levers nocturnes : OK  ±  Non

(Pratiques adaptées par les professionnels)

### DEPLACEMENTS LOCOMOTION

DEPLACEMENTS

Première de marche : 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60  61  62  63  64  65  66  67  68  69  70  71  72  73  74  75  76  77  78  79  80  81  82  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  93  94  95  96  97  98  99  100

Canne(s) : Oui  Non  Déambulateur : Oui  Non  Fauteuil roulant : Oui  Non  Fauteuil roulant électrique : Oui  Non  Prothèse : Oui  Non

A un permis : Oui  Non  (catégorie, date, valide) : \_\_\_\_\_

Conduite : OK  ±  Non  Appareil (commission ou permis) : OK  ±  Non

Véhicule adapté : OK  ±  Non  Transports en commun : OK  ±  Non

Care de stationnement (GIC) : OK  ±  Non

### RELATIONS

TALE : \_\_\_\_\_

POIDS : \_\_\_\_\_



› Questionnaire QUALIN (hors échantillon) – Questionnaire rempli par les familles des enfants polyhandicapés résidant dans l'établissement (Site 14)

## Annexe 3 : Questionnaire de qualité de vie QUALIN 13, 37

	tout-à-fait faux	plutôt faux	vrai et faux à la fois	plutôt vrai	tout-à-fait vrai	je ne sais pas
1. Il a du plaisir à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il a bonne mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il est éveillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il a souvent mal quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il joue bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il aime qu'on s'occupe de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il est gai, rit ou sourit facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il se laisse volontiers approcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il a toujours besoin qu'on s'occupe de lui <i>(il a souvent besoin d'être rassuré)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il a un bon entourage familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il est en bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il est joueur, coquin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il semble souvent inquiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il cherche à attirer l'attention <i>(il recherche le contact)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Il est tonique, plein de vitalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Il pleure dès qu'il est seul <i>(il a du mal à se séparer de ses parents)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	tout-à-fait faux	plutôt faux	vrai et faux à la fois	plutôt vrai	tout-à-fait vrai	je ne sais pas
18. Il aime jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Il s'adapte facilement aux changements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Il est pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Il communique bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Il est curieux, s'intéresse, est ouvert à son environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Il demande beaucoup les bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Il est gracieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Il aime voir du monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Il y a une bonne entente entre ses parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Il est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Il dort bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Il a un rythme de vie équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Il pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Son mode de garde est satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Il est affectueux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Quand il pleure, on comprend bien pourquoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Il n'est pas sauvage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Détails sur l'échantillon

- › Ci-dessous le détail par outil des professionnels que nous avons accompagnés pendant des évaluations :

Formation initiale du professionnel	Situations d'évaluation observées								
	AGGIR	GEVA	DESIR	GEMAPA	MAP	RAI	EGS	OSE	Total
AS	14	8		3					25
CESF	6		13						19
Infirmier	1			2		3	1		7
Médecin	3						2	2	7
Ergothérapeute		5							5
Éducateur		2			1				3
Psychologue		1			1				2

- › Ci-après le détail de l'échantillon, situation par situation :

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
1	Entretien usager	GEMAPA	11	Révision plan d'aide APA suite à hospitalisation	AS	Domicile	Femme, 79 ans	Pbs de cohérence, et de déplacements (sortie hospitalisation)		Mari, 85 ans
2	Observation	GEMAPA	11	Renouvellement APA après 3 ans	AS	Domicile	Femme, 90 ans	Handicap moteur et sensoriel	GIR 2	
2	Entretien usager	GEMAPA	11	Révision APA après 3 ans	AS	Domicile	Femme, 90 ans	Handicap moteur et sensoriel		
3	Entretien usager	GEMAPA	11	Révision plan d'aide APA suite à hospitalisation	AS	Domicile	Femme, 81 ans	Assistance respiratoire, surdité (sortie hospitalisation)		Mari, 85 ans et fille ; bénéficiaire absente
4	Observation	DESIR	7	Renouvellement aide CRAM après 1 an	CESF	Domicile	Homme, 68 ans	Pb respiratoires	GIR 5	
5	Observation	DESIR	7	Renouvellement aide CRAM après 1 an	CESF	Domicile	Femme, 94 ans	Pb surdité + pb mobilité	GIR 6	
6	Observation	DESIR	7	Renouvellement aide CRAM après 1 an	CESF	Domicile	Femme, 73 ans	Pb mobilité	GIR 5	
7	Observation	DESIR	7	Renouvellement aide CRAM après 1 an	CESF	Domicile	Femme, 67 ans	Pb mobilité	GIR 5	Fille (bénéficiaire ne parle pas français)
7	Entretien usager	DESIR	7	Renouvellement aide CRAM après 1 an	CESF	Domicile	Femme, 67 ans	Pb mobilité		Fille (bénéficiaire ne parle pas français)
8	Observation	DESIR	7	1�re demande aide CRAM	CESF	Domicile	Femme, 82 ans	Sortie hospitalisation	GIR 6	
9	Observation	DESIR	7	1�re demande aide CRAM	CESF	Domicile	Femme, 80 ans	Pb cognitifs, débuts de la maladie d'Alzheimer	GIR 5	Présence belle-fille

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
10	Observation	DESIR	7	1ère demande, mais revenus supérieurs à plafond pour aide CRAM	CESF	Domicile	Femme, 63 ans	Chimiothérapie	n.s.	
11	Observation	DESIR	7	1ère demande aide CRAM	CESF	Domicile	Femme, 72 ans	Pb mobilité	GIR 5	
11	Entretien usager	DESIR	7	1ère demande aide CRAM	CESF	Domicile	Femme, 72 ans	Pb mobilité		
12	Observation	DESIR	7	Evaluation interne service d'aide à domicile	CESF	Domicile	Femme, environ 70 ans	Sortie hospitalisation, personne alitée	GIR 3	Présence du mari, 72 ans
13	Observation	DESIR	7	Evaluation interne service d'aide à domicile	CESF	Domicile	Homme, 55 ans	Assistance respiratoire		
14	Entretien usager	MAP	13	Elaboration projet personnalisé		Foyer accueil de jour	Homme	Déficience intellectuelle		
15	Entretien usager	MAP	13	Elaboration projet personnalisé		Foyer accueil de jour	Homme	Déficience intellectuelle		
16	Entretien usager	MAP	13	Elaboration projet personnalisé		Foyer accueil de jour	Homme	Déficience intellectuelle		
17	Entretien usager	MAP	13	Elaboration projet personnalisé		Foyer accueil de jour	Femme	Déficience intellectuelle		
18	Observation	MAP	13	Elaboration projet personnalisé		Foyer accueil de jour	Homme	Trisomie 21		
19	Observation	GEMAPA	11	1ère demande APA	AS	Domicile	Homme, 75 ans	Alzheimer	GIR 3	Femme, 75 ans
20	Observation	GEMAPA	11	Renouvellement APA	AS	Domicile	Femme, 72 ans	Polyarthrite déformante	GIR 3	Homme, 72 ans
21	Entretien usager	GEMAPA	11	Renouvellement APA	AS et médecin	Domicile	Homme, 90 ans	Pbs cardiaques, mobilité, cohérence		Femme
22	Observation	GEMAPA	11	1ère demande APA	Infirmière	Domicile	Femme, 78 ans	Pb mobilité	GIR 4	
23	Observation	GEMAPA	11	1ère demande APA	Infirmière	Domicile	Femme, environ 70 ans	Pb démence, Alzheimer	GIR 2	Mari

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
24	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, 98 ans	Pb mémoire immédiate	GIR 4	Nièce
24	Entretien aidant	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, 98 ans	Pb mémoire immédiate		
25	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, 91 ans	Pb cognitifs	GIR 3	Fille
25	Entretien usager	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, 91 ans	Pb cognitifs		
26	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, plus de 80 ans	Sortie d'hospitalisation + pb mobilité	GIR 3	Tutrice
26	Entretien tutrice	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, plus de 80 ans	Sortie hospitalisation + pb mobilité		
27	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, 80 ans	Pb mobilité	GIR 4	
27	Entretien usager	AGGIR	1	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme, 80 ans	Pb mobilité		
28	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	AS	Domicile	Homme, 85 ans	Pb mobilité en fauteuil	GIR 2	Femme, 80 ans
28	Entretien usager	AGGIR	1	1ère demande APA	AS	Domicile	Homme, 85 ans	Pb mobilité en fauteuil		
29	Observation	GEVA	4	Demande de PCH	Psychologue	MDPH	Femme, 20 ans	Epilepsies et migraines		Père, 60 ans
29	Entretien usager	GEVA	4	Demande de PCH						
30	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	AS	Domicile	Homme, 86 ans	Pb mobilité et mémoire	GIR 4	Femme, 82 ans
31	Observation	AGGIR	1	1ère demande APA	AS	Domicile	Femme, 81 ans	Pb mobilité légers (canne)	GIR 6	
31	Entretien usager	AGGIR	1	1ère demande APA	AS	Domicile	Femme, 81 ans	Pb mobilité légers (canne)		
32	Observation	GEVA	6	1ère demande PCH	AS et ergo	Domicile	Homme, 50 ans	Sclérose en plaque		Femme
32	Entretien usager	GEVA	6	1ère demande PCH						

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
33	Observation	GEVA	6	1ère demande PCH	AS et ergo	Domicile	Homme, 35 ans	Pb mobilité lourds (chaise roulante)		
34	Entretien collectif usagers	SMAF	12				3/4 personnes âgées en entretien collectif			
35	Observation	GEVA	5	1ère demande PCH	Ergo	Domicile	Homme 58 ans	Déficience visuelle		Conjoint
36	Observation	GEVA	5	Renouvellement ACT	Ergo	Domicile	Fille 16 ans	Déficience intellectuelle		Mère
37	Observation	GEVA	5	1ère demande PCH	AS	Domicile	Homme, 21 ans	Déficience intellectuelle moyenne		Mère, 60 ans
38	Observation	GEVA	5	Demande d'ORP	AS	MDPH	Homme, 43 ans	Déficience intellectuelle faible (?) et problèmes de dos		Sœur
38	Entretien usager	GEVA	5							
39	Observation	GEVA	5	Demande d'ORP	AS	MDPH	Homme, 52 ans	Problème genoux		
39	Entretien usager	GEVA	5							
40	Observation	GEVA	5	Demande d'ORP	AS	MDPH	Femme, 30 ans	Hémiplégie		Conjoint
40	Entretien usager	GEVA	5							
41	Observation	GEVA	5	Demande d'orientation établissement	AS	ESAT	Homme, 50 ans	Trisomie 21		AS établissement
42	Observation	AGGIR	2	Demande révision APA	AS	Domicile	Femme 80 ans		GIR 3	Enfants
43	Observation	AGGIR	2	2ème demande APA	AS	Domicile	Femme 85 ans		GIR 4	Conjoint+enfant
44	Observation	AGGIR	2	1ère demande APA	AS	Domicile	Femme 78 ans		GIR 5	Conjoint+enfant

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
45	Observation	AGGIR	2	Demande révision APA	Médecin	Domicile	Femme 83 ans		GIR 3	Enfants
46	Observation	AGGIR	2	Demande révision APA	AS	Domicile	Femme 90 ans		GIR 2	Conjoint
47	Observation	AGGIR	2	1ere demande APA	AS	Domicile	Femme 68 ans		GIR 4	Enfant
48	Observation	AGGIR	2	Révision périodique APA	AS	Domicile	Femme 77 ans		GIR 4	Enfant
49	Observation	AGGIR	2	1ère demande APA	AS	Domicile	Femme 73 ans		GIR 5	Enfant
50	Observation	AGGIR	2	Demande révision APA	Médecin	Domicile	Homme 77 ans		GIR 4	Nièce
51	Observation	EGS ODGAM	16	1ère évaluation	Médecin + infirmière	Hôpital	Homme 87 ans	Début Alzheimer	n.s.	Conjoint
52	Observation	AGGIR	2	Demande révision APA	Médecin	Domicile	Homme 92 ans		GIR 2	Conjoint
53	Observation	EGS ODGAM	16	Réévaluation à 2 mois (1ère fin juillet)	Médecin	Hôpital	Femme, 86 ans	Pb mémoire	n.s.	Après éval pour restitution des résultats, 2 filles
55	Observation	GEVA	4	Evaluation des besoins d'aménagement du futur domicile	Ergo	Domicile	Femme, moins de 30 ans	Pb mobilité (en fauteuil)		
55	Entretien usager	GEVA	4							
56	Observation	DESIR	8	Evaluation interne service d'aide à domicile	CESF	Domicile	Femme, environ 70 ans	pb déplacements + surdité	GIR 2	Oui, les 2 fils
57	Observation	DESIR	8	Evaluation interne service d'aide à domicile	CESF	Domicile	Femme, 74 ans	mal au dos + difficultés déplacement légères	GIR 5	
57	Entretien usager	DESIR	8							
58	Observation	RAI	9	Réévaluation de suivi à 6 mois	Infirmière coordinatrice (1)	Domicile	Femme, 87 ans	Pb cognitifs (démence)	n.s.	

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
59	Observation	RAI	9	Réévaluation de suivi à 6 mois	Infirmière coordinatrice (1)	Domicile	Femme, 84 ans	Pb mobilité (canne)	n.s.	
60	Observation	RAI	9	Réévaluation de suivi à 6 mois	Infirmière coordinatrice (2)	Domicile	Femme, environ 70 ans	Pb mobilité (canne)	GIR 4	Conjoint
61	Observation	AGGIR	1	Renouvellement APA + proposition mise en curatelle	AS	Domicile	Femme, environ 70 ans	Pb mobilité légers (canne)	n.s.	
61	Entretien usager	AGGIR	1							
62	Observation	GEVA	4	1ère demande PCH	AS	Domicile	Femme, 29 ans	Pb équilibre Pb mobilité (canne) + mémoire		
63	Observation	AGGIR	1	Réévaluation	AS	Domicile	Femme, 95 ans		GIR 3	Oui, le fils
63	Entretien usager et aidant	AGGIR	1							
64	Observation	GEVA	6	Première demande PCH	Educateur spécialisé	Domicile	Femme, 35 ans	Trisomie 21		Ses deux parents 2 Professionnels établissement. Absence usager
65	Observation	GEVA	6	Première demande PCH	Educateur spécialisé	Etablissement	Homme, 54 ans	Autisme		2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
66	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Femme, 94 ans			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
67	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Femme, > 90 ans			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
68	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Homme, 90 ans			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
69	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Femme, 97 ans			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
70	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Femme			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
71	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Femme			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
72	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Homme			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
73	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement	Femme			2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo
74	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				2 médecins (CG+AM), médecin coordo + infirmier coordo

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
75	Observation	AGGIR	3	Première demande	AS	Domicile	Femme, 71 ans	Mobilité	GIR 4	Fille et ergothérapeute hôpital
75	Entretien usager	AGGIR	3	Première demande	AS	Domicile				
76	Observation	AGGIR	3	Première demande	AS	Domicile	Homme, 75 ans	Ostéoporose, assistance respiratoire	GIR 4	Ses deux filles
76	Entretien usager	AGGIR	3	Première demande	AS	Domicile				
77	Observation	AGGIR	3	Demande de révision	Infirmière	Domicile	Femme, 87 ans	AVC	GIR 4	Son fils
78	Observation	OSE	15	Consultation	Médecin	Hôpital	Homme, 75 ans	AVC		Sa femme
79	Entretien collectif usagers	OSE/HOLE	15				Femme, 55 ans	SEP		
80	Entretien collectif usagers	OSE/HOLE	15				Femme, 55 ans	SEP		
81	Entretien collectif usagers	OSE/HOLE	15				Femme, 55 ans	SEP		
82	Entretien collectif usagers	OSE/HOLE	15				Homme, 33 ans	Traumatisme crânien		
83	Entretien collectif usagers	OSE/HOLE	15				Homme, 75 ans	Traumatisme crânien		
84	Observation	OSE	15	Consultation	Médecin	Hôpital	Femme, 55 ans	SEP		
85	Observation	DESIR	8		CESF	Domicile			GIR 5	Voisin
86	Observation	AGGIR	2	1ère demande APA	CESF	Domicile	Homme, 71 ans		GIR 4	Enfant
87	Observation	AGGIR	2	1ère demande APA	CESF	Domicile	Femme 67 ans		GIR 4	Conjoint

N°	Nature terrain	Outil	Site	Type évaluation	Type professionnel	Lieu	Usager	Type de handicap / perte d'autonomie	Degré de perte d'autonomie (GIR)	Présence aidant lors évaluation
88	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
89	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
90	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
91	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
92	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
93	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
94	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
95	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
96	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				
97	Observation	AGGIR	1	Contrôle GIRage en établissement	Médecin	Etablissement				

Chaque observation a été suivie d'un entretien informel avec le professionnel évaluateur.