



Union Nationale de l'Aide, des Soins
et des Services aux Domiciles.

DEMARCHE
D'ÉVALUATION
D'UNE SITUATION
INDIVIDUELLE
ET DE REPONSE

Présentation
D.E.S.I.R.

Table des matières

Histoire de l'évaluation dans le secteur de l'aide à domicile	2
La création de D.E.S.I.R.	4
Pourquoi une démarche ?	5
Les enjeux	6
Définitions	7
Bibliographie	9
Guide d'utilisation de D.E.S.I.R.	10

Ce dossier a été réalisé et dirigé par **Florence Leduc**,
coordonné par **Jean-Baptiste Delcourt**

L'outil de travail a été testé par des associations membres d'UNA,
avec la participation du groupe de travail :

**Geneviève Arfeux-Vaucher, Dr Jean-Louis Hourtoule, Sophie
Villemin.**

Histoire de l'évaluation dans le secteur de l'aide à domicile

Pourquoi proposer une démarche d'évaluation aux professionnels de l'aide à domicile déjà rompus pour la plupart d'entre eux à ce genre d'exercice ?

Cette préoccupation n'est pas nouvelle, elle avait donné lieu en 1997 à la réalisation d'un guide d'évaluation sur l'initiative d'UNA, soucieuse de proposer un outil de travail, une référence commune.

Cette nécessité d'évaluer les besoins a fait l'objet depuis une vingtaine d'années de réflexions, d'outils et de démarches, visant à décrire la situation de chaque personne dans ses dimensions médicales, sociales, environnementales afin de déterminer le niveau d'intervention professionnelle nécessaire à la compensation des incapacités dans le respect de leur autonomie.

Cette évaluation était effectuée durant ces années par les professionnels en charge de la situation de la personne concernée, conduisant à la mise en place de services ou prestations adaptés.

L'expérimentation de la PED (*Prestation Expérimentale Dépendance*) a conduit les institutions et professionnels à se pencher sur les outils et méthodes à l'appui de la démarche d'évaluation, dans l'objectif de rationaliser les réponses à apporter.

Puis la PSD (*Prestation Spécifique Dépendance*) a considérablement bousculé, dans ses effets, les pratiques de l'évaluation. Les départements ont mis en place des équipes médico-sociales chargées d'évaluer les situations des personnes ayant formulé une demande de PSD et d'élaborer un plan d'aide.

Pendant le même temps, la CNAV, tirant les conséquences de la PSD destinée à couvrir les besoins des personnes les plus dépendantes, réformait sa politique d'action sociale, en la réservant aux personnes non éligibles à la PSD et appartenant aux GIR (*Groupe Iso Ressource*) non couverts par la PSD.

Enfin, dans le cadre de la démarche Qualité, initiée par la CNAV, cette dernière impose désormais aux services prestataires un outil d'évaluation à l'appui de la demande d'intervention au financement de la prestation d'aide ménagère à domicile.

L'application de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en janvier 2002 et l'utilisation de la grille AGGIR ont également relancé la question de l'évaluation et des outils employés pour ce faire. AGGIR est un guide d'évaluation, une grille d'appréciation permettant d'observer certains aspects de la personne évaluée, mais elle est aussi un indicateur qui résume des situations complexes par des scores et dont on peut contester la capacité à traduire toute la réalité. On lui demande donc d'être à la fois un outil d'expertise, un outil de tri des populations et un outil d'éligibilité à des dispositifs.

Les objectifs poursuivis étaient donc à clarifier, ce que le Conseil Scientifique de l'Evaluation, prévu par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, s'est employé à faire en publiant 7 recommandations qui replacent AGGIR dans sa fonction : il devient un outil d'éligibilité à l'APA intégré à l'intérieur d'un instrument d'évaluation multidimensionnelle permettant d'élaborer le plan d'aide.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a donné une légitimité nouvelle aux structures d'aide à domicile en les intégrant dans le champ de l'action sociale et médico-sociale. Pour la première fois, l'action sociale et médico-sociale est définie autour de grands principes, dont l'évaluation continue des besoins et des attentes des personnes handicapées et des personnes âgées (art. L116-1 CASF). L'évaluation est ainsi reconnue comme faisant partie intégrante des missions de l'action sociale et médico-sociale (Art. L311-1 CASF).

Le décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'organisation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) quant à lui définit les missions de chacune de ces structures, et notamment des structures d'aide à domicile, qui n'avaient auparavant pas de définition précise. Ainsi, les SSIAD, les SAAD et les SPASAD doivent inscrire leurs prestations dans un projet individualisé à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Cette démarche d'évaluation doit faire intervenir des équipes professionnelles en amont du plan d'aide et / ou de soins. Le titre III du décret, sur les services polyvalents, précise d'ailleurs que le projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins doit se faire sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels intervenants dans les SSIAD et les SAAD.

L'évaluation individuelle des personnes est, grâce à ce texte, clairement reconnue comme partie intégrante des missions confiées aux structures d'aide et de soins à domicile.

La création de D.E.S.I.R, Démarche d'Evaluation d'une Situation Individuelle et de Réponse

C'est dans ce contexte que UNA a initié un groupe de travail piloté par Florence Leduc en lui fixant les objectifs suivants :

- Identifier et procéder à une analyse critique des éléments de la grille AGGIR.
- Identifier et procéder à une analyse critique des éléments du référentiel CNAV.
- Actualiser, dynamiser, potentialiser le guide d'Evaluation Unassad.
- Promouvoir une vision élargie et commune de l'Evaluation Individuelle des situations.

Dans un premier temps, le groupe a produit une analyse critique de la grille AGGIR et une analyse critique du référentiel CNAV.

Ensuite, il a réfléchi à un outil de travail à l'appui d'une démarche d'évaluation individuelle des situations et des réponses.

Pour cela, il s'est inspiré des travaux du groupe LYAZID et de son rapport : « Développer l'autonomie des personnes handicapées : éléments de concrétisation » (*novembre 2000*) ainsi que du guide d'Evaluation Unassad.

L'originalité de DESIR porte non sur son contenu, mais sur le sens de sa démarche :

- elle place les personnes en situation de besoin d'aide en amont des dispositifs (*et non le contraire !*) ;
- elle est utilisable pour toute personne en situation de besoin d'aide, quel que soit son âge et sa situation de handicap ;
- elle officialise des registres de réponses au regard des incapacités à compenser.

Pourquoi une démarche ?

Le groupe a choisi, délibérément, de proposer une **démarche**, c'est-à-dire une « manière de conduire un raisonnement, de progresser vers un but *(celui de trouver des solutions pour permettre à une personne en situation de besoin d'aide de vivre à son domicile dans le respect de son autonomie et dans le souci de limiter sa dépendance à autrui)*, une méthode, une manière d'agir.

DESIR contient en elle-même l'idée d'un cheminement vers une solution, la construction pas à pas d'une réponse en concertation avec la personne en situation de besoin d'aide.

L'outil en tant que tel est secondaire, il n'est qu'un appui à la démarche. Il est assurément imparfait ou incomplet ; peu importe ! Comme tout outil professionnel, il a pour vocation à être poli et approprié ; seul demeure le sens de la démarche.

L'approche des grilles peut paraître plus aisée, il suffit de mettre des croix dans des cases, l'ordinateur ou l'arithmétique étant chargés de donner la bonne réponse.

Le travail social et médico-social fait appel à des analyses de situation plus complexes ; il ne saurait réduire les individus à quelques items ; il est au contraire en capacité de décrire des situations compliquées et d'adapter des solutions à chaque individu dans sa singularité.

Les enjeux

Cette démarche est porteuse d'enjeux. Elle est notamment l'occasion de rassembler les professionnels autour de concepts et d'une démarche commune permettant de conforter une **identité professionnelle** centrée sur la compétence visant à procéder à l'évaluation individuelle des situations. De cette démarche se dégage aussi un langage commun pouvant contribuer à l'émergence d'une communauté professionnelle.

Elle permet de répondre à l'objectif des professionnels de l'aide et des soins à domicile (responsable de secteur, infirmière coordonnatrice, assistante sociale, chargé d'évaluation et de suivi social) consistant à recueillir les renseignements nécessaires et suffisants dans le seul but de **trouver des réponses en adéquation avec les besoins** observés et en tenant compte des choix individuels. Elle contribue ainsi à une **clarification** des **missions** des professionnels, du contenu des **métiers** et de leur nécessaire **qualification**. Elle est un tronc commun entre les différents professionnels (*aide, soins, CLIC, etc.*) appelant des compléments d'évaluation spécifique à chaque champ professionnel (*par exemple le diagnostic infirmier pour les acteurs du soin*).

De par son aspect multidimensionnel, DESIR apporte sa contribution à la question du **droit à compensation des incapacités** pour toute personne en situation de handicap, quel que soit son âge. Les recommandations du Conseil Scientifique de l'Évaluation mettent en évidence la nécessité de recourir à un outil d'évaluation multidimensionnelle permettant d'appréhender plus précisément la situation des personnes fragilisées. DESIR s'intègre parfaitement dans cette perspective et répond à cette nécessité.

Une appropriation collective de concept et d'outils communs peut aussi permettre à une branche professionnelle de les intégrer à part entière dans leur référentiel métier.

Définitions

1. Compensation

Avantage qui compense un inconvénient, un mal, un préjudice.

(Petit Robert)

2. Compenser

Equilibrer en effet par un autre, neutraliser un inconvénient, un préjudice par un avantage, un dédommagement.

(Petit Robert)

3. Evaluer

Attribuer une valeur précise ou approximative, estimer, apprécier, juger une situation.

4. Démarche

Manière de conduire un raisonnement, de progresser vers un but par le cheminement de la pensée : une méthode, une manière d'agir.

(Petit Robert)

5. Autonomie

Ce terme se réfère à « la capacité qu'a un individu de se gouverner lui-même » *(Petit Robert)*. On ne peut donc pas confondre autonomie et dépendance comme on le fait bien trop souvent.

(Alain Colvez)

6. Dépendance

C'est le terme général, celui qui est le plus largement employé pour qualifier une personne qui dépend d'une autre pour des actes de la vie quotidienne.

Parmi ces actes, on distingue d'une part les actes élémentaires de la vie courante (*ceux qu'un adulte fait habituellement seul comme se laver, aller aux WC, manger, etc.*) et d'autre part les activités domestiques, actes plus élaborés comme la cuisine, la lessive, le ménage et, de façon générale, tout ce qu'il est indispensable de faire pour être en mesure de rester sous son propre toit.

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

L'indépendance consiste à contrario de ne pas dépendre de quelqu'un d'autre pour l'accomplissement de l'activité de la vie courante.

(A. Colvez – A. Memmi)

7. Déficience

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

8. Incapacité

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction, résultant d'une déficience partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour l'être humain.

9. Handicap ou Désavantage social

Dans le domaine de la santé, le handicap ou désavantage social d'un individu, est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité, ce qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels.

La société canadienne (CIDIH) propose une définition du handicap. Le handicap est une perturbation pour une personne, dans la réalisation d'habitudes de vie, compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités, et d'autre part d'obstacles découlant de facteurs environnementaux.

(B. Enmyer)

10. Grilles, questionnaires et indicateurs

Les grilles et les questionnaires sont des recueils d'informations. Les uns, sous forme d'appréciation de l'évaluateur, les autres, sous forme de questions posées aux personnes concernées.

Les indicateurs sont le produit de la combinaison des réponses aux questionnaires ou aux grilles ; ce sont des chiffres qui servent à résumer une situation.

On les nomme indicateurs car ils ne font qu'indiquer sommairement une performance ou une aptitude.

(A. Colvez)

11. Négociations

Série d'entretiens, d'échange de vue, de demandes qu'on entreprend pour parvenir à un accord.

12. Performance

Résultat chiffré obtenu, lors d'un test par exemple, résultat optimal.

13. Aptitude

Capacités acquises et disposition naturelle.

14. Préconisation

Dans le cas présent, terme de l'évaluation qui aboutit à un certains nombre de recommandations éclairées constituant le plan d'aide en adéquation avec les besoins de la personne.

Bibliographie

- « **La dépendance et l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées** » - Dr Alain COLVEZ – avril 1999.
- « **Le modèle AGGIR** » - Assurance Maladie – Caisse nationale.
- « **Conditions requises pour assurer l'efficacité d'une prestation d'aide aux personnes âgées dépendantes** » DAS – DGS septembre 96. Rapport du groupe de travail présidé par le Dr Alain COLVEZ.
- « **La prise en charge de personnes âgées dépendantes par les associations parisiennes de soins et de services à domiciles** ». Recherche action janvier 96.
Sylvianne FIOR, Bernard ENNUYER, Florence LEDUC.
- « **Le guide de l'aide à domicile** » sous la direction de Florence LEDUC, Dunod 2001.
- **Rapport du Conseil scientifique de l'évaluation** sous la présidence du Dr Alain COLVEZ.

Guide d'utilisation de D.E.S.I.R.

DE.S.I.R. est au service de l'élaboration concertée de préconisations pour aider la personne. Il n'est pas un objectif en lui-même. Il est simplement un outil. Les préconisations sont par ailleurs appelées plan d'aide dans le cadre de l'APA.

Conseils d'utilisation

Pour qu'il remplisse sa fonction, voici quelques conseils pour une utilisation correcte.

Certaines données doivent être remplies d'emblée, telles l'identité et les coordonnées de la personne susceptible d'être aidée.

- Les colonnes intitulées « Commentaires » sont à remplir aussi souvent que possible, pas toujours dès le premier contact, mais dès que l'information connue dans chacun de ces champs est nécessaire à une meilleure personnalisation de l'aide.
- Les items comme « Termes de la demande » et « Avis de la personne sur sa situation et sa demande » doivent être remplis avec les mots utilisés par les personnes.

Première phase : Situation individuelle de la personne

Nous vous conseillons de remplir chaque partie avec soins. Vous aurez toujours besoin de retrouver ces éléments.

Concernant la partie 1.b intitulée « première demande », nous vous proposons de reporter les termes de la demande tels qu'ils ont été formulés par le demandeur. En effet, au moment de l'élaboration des réponses, il faudra avoir en mémoire les termes de la demande pour les confronter à la fois à l'observation professionnelle et à l'avis de la personne concernée, lorsqu'elle n'est pas elle-même le demandeur.

Pour la partie 1.d intitulée « mode d'habitation », il est important de savoir si la personne est propriétaire ou locataire dans l'éventualité où il y aurait des aménagements à effectuer.

Deuxième phase :
Situation individuelle à partir des fonctions

Cette deuxième phase est une aide au repérage des fonctions qui peuvent être défaillantes. Il n'est pas nécessaire de remplir toutes les cases. Il faut se servir de cette partie comme un repérage de ce qui peut être utile pour élaborer des réponses adaptées.

Pour la partie 2.c intitulée « comportement », il ne s'agit pas de poser un diagnostic, mais de pointer des difficultés pouvant apparaître au cours de l'évaluation et devant être prises en compte dans l'élaboration des réponses.

De même, pour les problèmes de santé partie 2.d intitulé « Médical », il ne s'agit pas de nommer des pathologies, mais de connaître des difficultés (*respirer, mâcher, incontinence...*).

Troisième phase :
Situation individuelle à partir des activités

La liste proposée n'a pas pour vocation à être exhaustive. Elle n'est qu'une aide à l'observation. Seules les activités directement nécessaires à l'élaboration de préconisations doivent être observées.

Il faut absolument repérer les points sur lesquels une personne a besoin d'être aidée mais aussi la manière dont elle sera aidée, totalement ou partiellement. Il est davantage question de permettre à la personne d'être compensée dans ses activités, tout en lui laissant la possibilité de faire ce qu'elle peut encore faire.

« Faire à la place de » n'est pas un acte anodin. Il signifie que la personne ne peut pas ou ne peut plus faire ; s'il lui reste une possibilité de faire partiellement, faire à sa place la rendrait dépendante (*recours à une tierce personne dans les acte de la vie courante*).

Or, le rôle de l'évaluateur est de proposer des réponses conservant aux personnes l'indépendance qu'elles ont encore dans le respect de leur autonomie (*cf. glossaire*)

Cette observation est délicate, elle requiert une compétence particulière, il est question d'apporter une juste réponse : ni trop, ni trop peu.

Quatrième phase :
Situation au regard de l'environnement

Il s'agit de mieux connaître la personne dans son environnement pour pouvoir éventuellement agir et éviter qu'il ne devienne handicapant. L'évaluateur peut faire appel dans ce cas à des concours extérieurs.

Pour les parties 4.b « intervention des autres professionnels » et 4.c « intervention de l'entourage », il est important de savoir qui fait quoi pour se compléter et se coordonner ; voire pour suppléer occasionnellement à des fonctions déterminées.

En ce qui concerne la partie 4.d « ressources », elle pourra être complétée ultérieurement dans le cadre de la constitution d'un dossier de prise en charge financière.

Les « habitudes de vie » partie 4.e concernent par exemple : le cycle de sommeil, l'alimentation, les loisirs, les goûts, l'hygiène corporelle...

L'« avis de la personne sur sa situation et sa demande » en 4.f peut se décliner ainsi :

- La personne est-elle en accord avec la demande qui a été formulée pour elle ?
- Accepte-t-elle d'être aidée ?
- Que pense-t-elle de son besoin d'aide ?
- Quel est son avis sur sa santé ?
- A-t-elle des souhaits sur la qualité et la quantité d'aide à lui apporter ?...

Pour passer de la phase 4 à la phase 5, l'évaluateur devra élaborer des propositions destinées à répondre aux besoins de la personne en fonction de ses désirs et de ses habitudes de vie, de son niveau d'acceptation des aides proposées, de la demande telle qu'elle a été formulée et sa propre appréciation professionnelle.

Cette élaboration passe par une **NEGOCIATION** (*cf. glossaire*)

Cinquième phase :
Synthèse de la situation individuelle
et

Préconisations au regard de la situation individuelle

Synthèse de la situation individuelle

La synthèse de la situation individuelle reprend les éléments clés de la situation individuelle :

- qui signale la situation ;
- pour qui ;
- quels sont les besoins de la personne ;
- quelles sont les préconisations proposées dans les 6 registres de réponses.

Cette fiche de synthèse permet de conserver une trace de la situation individuelle à la date de l'évaluation des besoins. Elle peut également être un outil d'organisation pour :

- favoriser les échanges entre professionnels (entre les responsables de secteur et les intervenants à domicile, entre un service d'aide et un service de soins, entre une plateforme d'évaluation et une structure d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile,...) ;
- améliorer le suivi de la situation individuelle et de l'évolution des besoins de la personne ;
- développer des indicateurs de mesure afin d'analyser l'activité d'un service.

Préconisations au regard de la situation individuelle

Pour passer de l'analyse et synthèse de la situation à la proposition de projet d'accompagnement, l'évaluateur devra élaborer des préconisations destinées à répondre aux besoins de la personne en fonction de ses désirs et de ses habitudes de vie, de la demande telle qu'elle a été formulée et de sa propre appréciation professionnelle.

Les préconisations devront donc être en adéquation avec la situation individuelle de la personne, en tenant compte de son avis, de son environnement, de ses ressources et de l'existence de dispositifs adéquats.

Pour élaborer ses préconisations, l'évaluateur doit connaître les registres de réponses, la réglementation et les dispositifs, les financements et les acteurs institutionnels en capacité d'apporter les réponses attendues. Cela demande une formation adéquate. Il est moins question de proposer le service le mieux connu (*service géré par la structure*) que de concevoir un concert d'acteurs apportant chacun pour sa part les réponses espérées.

Dans la partie 5.c intitulée « Proposition de projet d'accompagnement – Préconisations dans les six registres de réponses » l'évaluateur indique pour chaque registre de réponse les préconisations proposées à la personne. Cette partie constitue la première étape d'élaboration du plan d'aide. C'est sur la base de cette proposition de projet d'accompagnement que l'évaluateur entre dans la phase de négociation avec la personne pour aboutir au plan d'aide qui sera mis en œuvre.