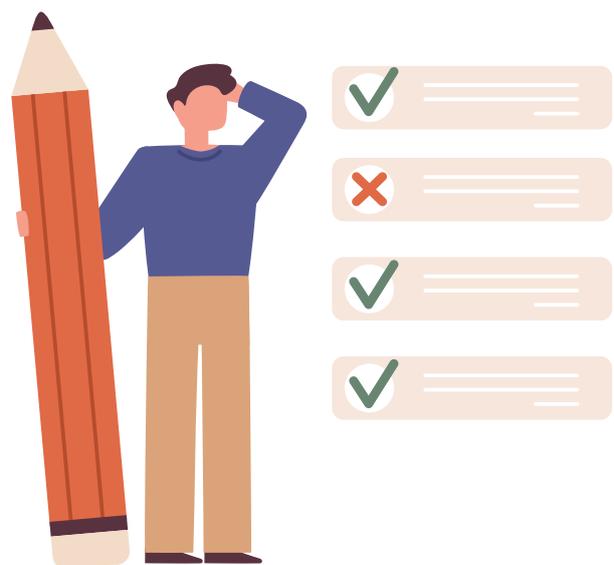


Outils d'évaluation de l'autonomie et de la dépendance

Analyse
comparative
de dispositifs
existants



Introduction

Une équipe de professionnels CRPHV et du FAM Clary a entrepris une réflexion sur les enjeux de l'évaluation dans le domaine du handicap à partir d'une analyse des dispositifs existants.

Le document s'attache à balayer l'ensemble des dispositifs d'évaluation rattachés au «handicap» : 16 dispositifs dont 13 sont stricto sensu des dispositifs d'évaluation et 3 sont des nomenclatures ou classifications de besoins. Il faut joindre à ces derniers la démarche de la C.I.F. (classification internationale du fonctionnement) qui n'est pas détaillée ici.

Chaque dispositif est décrit dans des fiches incluant des informations telles que le public cible, la date de création, les objectifs, les variables prises en compte, codage, finalité directe, informatisation du système et stockage des données. Chaque fois que possible le lien d'accès au dispositif est indiqué. Cette base vise à permettre de mieux situer les dispositifs existants et de déterminer leur niveau de pertinence par rapport aux besoins spécifiques. L'objectif final est de déterminer, en fonction de nos besoins, s'il convient de retenir un système déjà existant, quitte à l'adapter, ou de construire notre propre outil d'évaluation en fonction des besoins déterminés .

Dans cette perspective, le dispositif d'évaluation est conçu comme un outil d'aide à la décision. Il porte sur l'appréciation des capacités de la personne évaluée et n'est pas une appréciation catégorielle par des professionnels, pour leur pratique exclusive, ou pour certains autres professionnels.

Les paramètres de choix portent sur la concordance avec les publics accueillis, le périmètre de l'évaluation, le niveau d'appropriation de l'outil par les utilisateurs, la possibilité d'associer les résidents et de constituer des synthèses pour informer l'entourage dans le respect du secret, l'informatisation de l'outil et son interopérabilité avec des données sources (amont)/des données de gestion (aval), la possibilité d'un niveau de gestion de base de données permettant des analyses dynamiques et pas seulement des instantanés photographiques.

Grilles d'évaluation analysées

- AGGIR
- PATHOS
- GUIDE BAREME
- GEVA
- MAP
- ROCS
- SMAF
- RAI
- ECHELLE ADL
- ECHELLE IADL
- BOBE
- AIRMES

Outils et nomenclatures

- Outil d'évaluation des signes du vieillissement
- Grille Virginia HENDERSON
- Pyramide de MASLOW
- Nomenclature des Besoins – SERAFIN PH

Date de création : 1997

Public Cible : **Personnes âgées**

Origine : Docteurs du Groupe PRO-

BTP (LEROUX, VETEL

DUCOUDRAY)

La grille AGGIR

(Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources)

Objectifs

Evaluer la perte d'autonomie physique et psychique d'une personne âgée en mesurant ses capacités à accomplir :

- des activités corporelles et mentales (variables dites discriminantes)
- des activités domestiques et sociales (variables dites illustratives)

Seules les 10 variables discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR.

Les 7 variables illustratives sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

Variables

Variables discriminantes :

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination
- Transferts
- Déplacements intérieurs
- Déplacements extérieurs
- Communication à distance

Variables illustratives :

- Gestion
- Cuisine
- Ménage
- Transport
- Achats
- Suivi du traitement
- Activité de temps libre

Codage

Pour chacune des variables et sous-variables il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis dans un deuxième temps, en fonction de la réponse aux adverbes, de coter la variable par A, B ou C.

A : Fait seul spontanément et totalement et habituellement et correctement

B : Fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement

C : ne fait pas seul ni spontanément ni totalement ni habituellement ni correctement

Finalités

Echelle individuelle :

- Demande d'aide financière (demande d'APA, demande d'aide pour bien vieillir (CARSAT),
- Evaluation médecin Coordinateur EHPAD :
- Constitue une composante du PAI

Échelle collective :

- Décrire qualitativement les niveaux de dépendance dans un établissement
- Dresser une échelle de besoins en matière d'accompagnement

Échelle budgétaire :

- Constitue un des indicateurs de l'enveloppe budgétaire en établissement

[Télécharger
l'outil](#)

Date de création : 1997

Public Cible : **Personnes âgées**

Origine : Docteurs Syndicat National
de Gériatrie Clinique (SNGC),
service médical de la CNAM,
experts en psychiatrie
et en rééducation
fonctionnelle

La grille PATHOS

Objectifs

Évaluer le niveau de soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées en établissement ou à domicile à un moment T donné.

Les soins requis :

- les soins utiles pour chaque pathologie selon les RBP cliniques de la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie ou de la HAS
- les soins réalisables et acceptables éthiquement compte tenu de l'état global du patient
- les soins non refusés par le patient
- tous les soins, que l'on ait ou non les moyens nécessaires pour les prodiguer en accord avec le médecin traitant

L'outil sert à évaluer des groupes de personnes. L'objectif n'est pas une description fine des pathologies présentées par les PA mais la description d'états pathologiques regroupant des pathologies voisines, requérant la même prise en charge.

Variabes

Le modèle PATHOS comporte :

1. **Un thésaurus de 50 états pathologiques** recouvrant la quasi-totalité des situations cliniques rencontrées chez les PA. Cela correspond aux affections : cardio-vasculaire, neuro-psychiatriques, broncho-pulmonaires, infectieuses, dermatologiques, ostéo-articulaires, gastro-entérologiques, endocriniennes, uro-néphrologiques et autres domaines pathologiques.

Chaque état pathologique est caractérisé par un **profil de soins**.

2. **12 profils de soins caractérisant les soins techniques nécessaires.**

Ils vont de l'absence de traitement ou de surveillance médicale à la nécessité de soins lourds et d'une surveillance quotidienne, la rééducation fonctionnelle, les soins psychiatriques, etc...

3. **8 postes de ressources nécessaires à la prise en charge d'un état pathologique :** médecin gériatre, médecin psychiatre, soins infirmiers, rééducateurs (kiné/ergo/orthophoniste), psychothérapie ordonnancée (psychologue, psychomot), biologie, imagerie, pharmacie et petit matériel)

C'est le couple : état pathologique / profil de soins qui détermine la quantité de mobilisation nécessaire des 8 postes de ressources

Codage

Une production de points dans chacun des 8 postes de ressources pour l'ensemble d'un établissement

Finalités

Echelle individuelle :

-Définir un projet de soins personnalisé

Echelle collective :

-Décrire qualitativement les populations accompagnées dans un établissement

Echelle organisationnelle :

-Comparer les établissements - en fonction d'une moyenne nationale, voir si l'établissement accueille un nombre habituel ou excessif de malades lourds

Echelle médicale :

-Quantifier les soins requis

[Télécharger
l'outil](#)

Guide Barème

Objectifs

Evaluer les déficiences et incapacités des personnes en situation de handicap (destiné aux médecins de la MDPH).

Sert à déterminer le taux d'incapacité d'une personne, quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine.

Variables

Le barème se compose de **8 chapitres** correspondants chacun à un type de déficiences :

- Déficiences intellectuelles et difficultés du comportement
- Déficiences du psychisme
- Déficiences de l'audition
- Déficiences du langage et de la parole
- Déficiences de la vision
- Déficiences viscérales et générales
- Déficiences de l'appareil locomoteur
- Déficiences esthétiques

Codage

Le guide barème indique des fourchettes de taux d'incapacité, identifiant, selon les chapitres, trois à cinq degrés de sévérité :

- Forme légère : taux de 1 à 15%
- Forme modérée : taux de 20 à 45%
- Forme importante : taux de 50 à 75%
- Forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95%

Finalités

Appliquer les différents avantages sociaux prévus par la législation

[Télécharger
l'outil](#)

Date de création : 2008

Public Cible : **Personnes**

handicapées

Origine : CNSA

GEVA

(Guide d'Evaluation des besoins de compensation des PH)

Objectifs

Evaluer les besoins de compensation de la personne en situation de handicap dans tous ses domaines de vie (Guide destiné aux équipes pluridisciplinaires des MDPH).

Le GEVA ne se substitue pas aux bilans ou expertises réalisés par d'autres professionnels hors de la MDPH, mais les rassemble dans un document unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire.

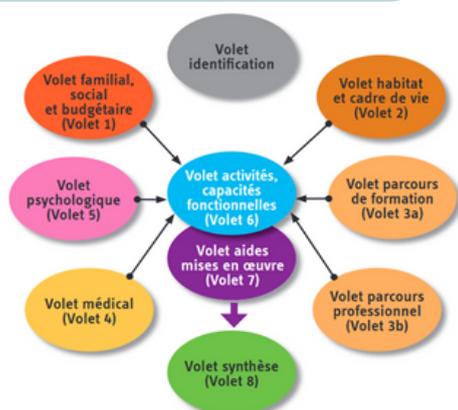
Variables

Le GEVA comporte 10 volets :

- Volet identification
- Volet familial, social et budgétaire
- Volet habitat et cadre de vie
- Volet parcours de formation
- Volet parcours professionnel
- Volet médical
- Volet psychologique
- Volet activités, capacités fonctionnelles
- Volet aides mises en œuvre
- Volet synthèse

L'évaluation se fait par assemblage et mise en cohérence des données issues :

- De la personne
- De son entourage familial, amical et associatif
- De son entourage professionnel (sanitaire, social, médico-social, scolaire, professionnel)



Codage

Différent selon les volets

Finalités

Echelle individuelle :

-Etablir une photographie de la situation de la personne : ce qu'elle peut ou sait faire, et aussi, ce que son environnement lui permet ou l'empêche de réaliser.

- Permettre à la MDPH d'élaborer un plan personnalisé de compensation (PPC) : proposition de réponses destinées à apporter à la personne en situation de handicap une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participations rencontrées du fait de son handicap (orientation en ESMS, aides financières, aides humaines, aides matérielles...)

Le volet 6 est celui utilisé pour l'attribution de la PCH

Echelle organisationnelle :

-Favoriser l'harmonisation des pratiques entre les MDPH.

Echelle collective / santé publique :

-Recueillir des informations permettant une meilleure connaissance des personnes handicapées

[Télécharger l'outil](#)

MAP

(Modèle d'Accompagnement Personnalisé)

Objectifs

Evaluer les besoins et décrire l'expression de l'autonomie de la personne handicapée mentale en se fondant sur l'observation des activités et participations (au sens de la CIF) qu'elle effectue seule spontanément (avec l'aide éventuelle d'un appareillage technique : matériel, fauteuil roulant, lunette...)

Il s'agit d'une approche valorisante

Variables

20 variables regroupées en 5 sous-ensembles

→ **Relations et comportements**

- Communication codée
- Sociabilité
- Conventions sociales
- Relation psycho-affective
- Sexualité, vie affective

→ **Activités domestiques et sociales**

- Maîtrise de ses comportements
- Utilisation d'objets
- Réalisation
- Enchaînement et suivi de procédures

→ **Aptitudes observées dans l'exercice d'activités**

- Connaissance de soi
- Rapport au danger
- Suivi de la santé, prévention
- Rapport à la nourriture
- Constance, continuité
- Anticipation, initiative
- Réalisation qualitative
- Adaptation, formation

→ **Pôle sensoriel**

- Voir
- Entendre
- Parler

→ **Activités mentales et corporelles (reprises de la Grille AGGIR)**

- Transfert
- Déplacement à l'intérieur
- Toilette
- Elimination
- Habillage
- Cuisine
- Alimentation
- Suivi de traitements
- Ménage
- Alerter
- Déplacement à l'extérieur
- Transports
- Activités du temps libre
- Achats
- Gestion
- Orientation
- Cohérence

Codage

Cotation de MAP1 à MAP5 :
5 = accompagnement léger de soutien à
1 = accompagnement total et permanent

Finalités

Echelle individuelle :

- Concevoir les solutions les plus adaptées en fonction des forces, ressources et besoins identifiés

Échelle collective :

- Comparer les populations d'une même catégorie d'établissement
- Dresser une échelle de besoins en matière d'accompagnement

Échelle budgétaire :

- Affiner les choix budgétaires et les justifier dans le cadre d'un dialogue avec les financeurs

[Accéder à l'outil](#)

Date de création : 1988

Public Cible : **Personnes âgées et**

Personnes Handicapées

Origine : Chercheurs et médecins
du Centre d'expertise en santé de
Sherbrooke au Canada (HÉBERT,
CARRIER, BILODEAU)

Le SMAF

(Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle)

Objectifs

Evaluer de manière multidimensionnelle les capacités et ressources des individus .

Le SMAF est essentiellement un questionnaire qui évalue les capacités de la personne à réaliser ses activités quotidiennes.

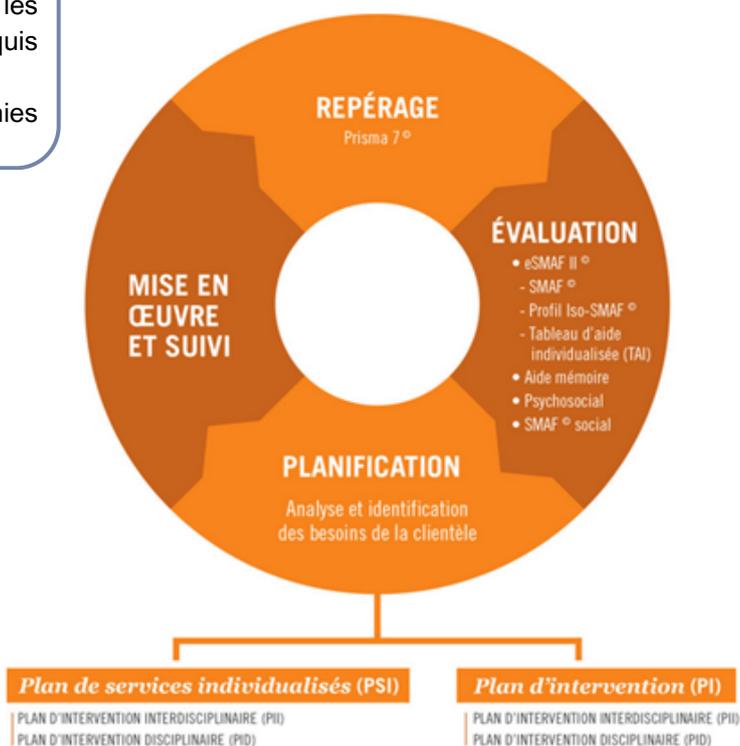
La démarche SMAF valorise le maintien de l'autonomie fonctionnelle des PA et PH.

Elle prend en compte l'environnement de l'individu (en établissement ou à domicile), les ressources disponibles (humaines et matérielles) et leur stabilité.

La démarche SMAF est soutenue par différents outils dont :

- Prisma 7 : Un outil permettant d'identifier les personnes en perte d'autonomie (composé de 7 questions)
- La Grille d'évaluation SMAF
- Le SMAF social : Un outil mesurant l'autonomie des personnes au niveau du fonctionnement social
- Le tableau de soins : synthèse visuelle du fonctionnement de la personne et de l'aide requise dans une perspective de maintien de l'autonomie
- Les profils Iso-SMAF : Classification regroupant les usagers selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de l'autonomie

Les versions informatisées de ces outils sont réunies dans le logiciel Ismaf



Le SMAF

(Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle)

Variables

29 fonctions regroupées en 5 domaines :

→ **Les activités de la vie quotidienne :**

- Se nourrir
- Se laver
- S'habiller
- Entretenir sa personne
- Fonction vésicale
- Fonction intestinale
- Utiliser les toilettes

→ **La mobilité :**

- Transferts
- Marcher à l'intérieur
- Installer orthèse ou prothèse
- Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur
- Utiliser les escaliers
- Circuler à l'extérieur

→ **La communication :**

- Voir
- Entendre
- Parler

→ **Les fonctions mentales :**

- Mémoire
- Orientation
- Compréhension
- Jugement
- Comportements

→ **Les tâches domestiques :**

- Entretenir la maison
- Préparer les repas
- Faire les courses
- Faire la lessive
- Utiliser le téléphone
- Utiliser les moyens de transport
- Prendre ses médicaments
- Gérer son budget

Codage

Pour chacune des fonctions, une **échelle de 0 à - 3** est proposée pour indiquer le niveau d'autonomie ou d'aide requise (**0, 0,5, - 1, - 2, - 3**) :

0 indique que la personne est parfaitement autonome

- 3 indique que la personne est totalement dépendante.

Ces niveaux sont pondérés en fonction des ressources disponibles pour combler les besoins d'aide (famille, voisins, employé, auxiliaire familiale, infirmier, bénévole, autre) et de leur stabilité.

Un score de handicap est ainsi établi en fonction de la présence ou non de ressources adaptées aux besoins.

Finalités

Echelle individuelle :

- Bénéficier d'une représentation globale des besoins de la personne
- Suivre l'évolution d'une situation et obtenir une synthèse visuelle des incapacités et du niveau d'aide requise

Echelle organisationnelle :

- Permettre une meilleure planification des services
- Favoriser une utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières
- Améliorer la qualité des services rendus à la personne

[Télécharger
l'outil](#)

Le référentiel ROCS

(Référentiel d'Observation des Compétences Sociales)

Objectifs

Evaluer les compétences sociales* des personnes en situation de handicap.

*Les compétences sociales recouvrent l'ensemble des capacités qu'un individu peut mettre en œuvre pour s'inscrire de façon complète dans son milieu habituel de vie, sans qu'il soit reconnu par des caractéristiques particulières de déficiences ou d'échec liées à son histoire, sa vie familiale ou son handicap, mais comme un élément participant à l'ensemble de façon active, assurant sa part de continuité et sa cohérence dans l'ensemble.

Variables

5 dimensions composés de différents critères à définir (en général 5) :

→ Vie quotidienne :

Les besoins fondamentaux et actes de la vie quotidienne (ex : capacité à se préparer, capacité à partager des temps communs, sommeil, respect des règles, gestion du temps libre...)

→ Vie sociale :

La communication et l'interaction avec l'environnement (ex : rapport aux lois, scolarité, socialisation, intégration, ouverture vers l'extérieur...)

→ Vie affective :

Le rapport à l'autre, famille, amis et la gestion des émotions

(ex: gérer les conflits, image de soi, capacité à s'exprimer, capacité à nouer des relations...)

→ Relation au corps et à la santé

(ex: rapport à sa santé, hygiène, alimentation, rapport à son corps, motricité, identité sexuelle...)

→ Capacité d'action et affirmation de soi :

capacité à élaborer des stratégies d'action, se projeter et faire des choix

Le ROCS se construit en collectif dans le cadre de formations intra-établissement.

L'équipe choisit les compétences sociales qu'elle souhaite explorer selon une classification en dimensions et en critères - puis par petits groupes elle travaille sur l'établissement de points de repères de la progression.

La construction du référentiel prend entre 2 et 3 jours pour une douzaine de personnes.

Codage

Les critères sont déclinés en 5 degrés :

- Degré 1 : incapacité totale
- Degré 2 : besoin d'une assistance
- Degré 3 : besoin d'un accompagnement
- Degré 4 : besoins de rappels ponctuels
- Degré 5 : fait les choses seul

Le degré 1 est le niveau de dépendance de la personne en deçà duquel le maintien au sein de l'établissement pourrait être posé.

Le degré 5 est un degré d'autonomie susceptible d'interroger les professionnels sur l'hypothèse d'un nouveau projet de vie en milieu moins protégé.

Finalités

Echelle individuelle :

- Peut servir de base à l'élaboration des projets individualisés
- Permettre une photo à un instant T et une mesure de l'évolution (en comparant les ROCS successifs d'une même personne)

Échelle collective et organisationnelle :

- Dresser une image de la population accueillie
- Peut dans ce cadre être un outil d'aide à la décision (ce n'est pas sa fonction première mais cette utilisation est envisagée par J. DANANCIER)

Date de création : 1989

Public Cible : **Personnes âgées**

Origine : Consortium international
de chercheurs et cliniciens
(35 pays)

RAI

(Resident Assessment Instrument)

Objectifs

Évaluer le fonctionnement physique, mental et psychosocial d'une personne

- Modèle complet, précis, rigoureux, standardisé et reproductible
- Intègre le patient, son entourage et l'équipe pluridisciplinaire
- Propose non seulement une description de l'état du résident (en tenant compte de ses déficits, ressources, choix et désirs) mais également des pistes de réflexion et d'action qui guident la démarche de soins

Variables

Etape 1 : Le Minimum Data Set (MDS)

- une grille d'évaluation structurée sur l'état fonctionnel, médical et psychosocial de la personne

200 à 300 questions réparties en 21 sections :

- Informations d'identification
- Admission et situations précédentes
- Cognition
- Communication et Vision
- Humeur et Comportement
- Bien-Etre Psycho-Social
- Fonctionnement dans la Vie Quotidienne
- Continence
- Diagnostics Médicaux
- Problèmes de Santé
- Etat Nutritionnel - Etat Bucco-Dentaire
- Etat de la Peau et des Pieds
- Médicaments
- Traitements et Procédures
- Responsabilité
- Soutiens Sociaux
- Evaluation de l'Environnement
- Perspectives de Sortie et Etat Général
- Sortie
- Information après une nouvelle Prise en Charge
- Information sur l'évaluation

Etape 2 : Le tableau d'alarme :

- Les situations problématiques sur lesquelles il est possible d'intervenir
- Les problèmes qui risquent de se présenter s'il n'y a pas d'intervention

Quatre domaines de problème sont identifiés :

- **Performances fonctionnelles**
(Promotion des activités physiques, AIVQ, AVQ, adaptation de l'environnement, risque institutionnel, restriction physique)

- **Questions cliniques**
(Chutes, douleur, ulcères de pression, nutrition, cardio-respiratoire, prévention, déshydratation, médicament, nutrition par sonde, tabac et alcool, incontinence urinaire, régulation intestinale)

- **Cognition et santé mentale**
(Cognition, delirium, communication, humeur, comportement, maltraitance)

- **Vie sociale**
(Activités sociales, soutien informel, relations sociales)

Chacun des domaines identifiés par le tableau d'alarme est associé à un guide d'analyse.

Etape 3 : Le Guide d'analyse par domaines d'activités (GAD)

Il présente :

- La description du problème
- L'explication du déclenchement de l'alarme (quelles questions du MDS ont activé le problème)
- Les recommandations et actions d'interventions possibles

Les GADs peuvent aider à résoudre le problème, réduire les risques de détérioration ou augmenter les possibilités d'amélioration

Le traitement informatique des données collectées génère un tableau d'alarmes (= une liste de problèmes potentiels)

RAI

(Resident Assessment Instrument)

Codage

Le codage est variable selon les questions

→ L'évaluation inter-RAI génère un **score de référence** - c'est grâce à ce score que la comparaison est possible

Finalités

Echelle individuelle :

-Disposer d'une connaissance globale de la personne pour définir des objectifs individuels

Echelle collective :

-Améliorer la qualité de vie et les soins de santé des personnes âgées
-Permettre l'accès à une base de données permettant des comparaisons régionales, nationales et internationales (important pour la santé publique).
-Permettre d'élaborer la construction d'indicateurs de qualité et la mesure de résultats de différentes politiques de soins

Echelle organisationnelle :

-Déterminer les besoins de soins et en estimer les coûts.
-Brosser un portrait global du niveau de qualité des soins et de l'évolution des besoins des résidents
-Permettre de réaliser des comparaisons transversales et des comparaisons chronologies
-Améliorer la qualité
-Identifier les situations à risques en facilitant le partage de l'information et le dialogue entre professionnels et par là, la continuité des soins

Echelle médicale :

-Planifier les soins

[**Télécharger
l'outil**](#)

Date de création : 1963

Public Cible : **Personnes âgées**

Origine : LAWTON et BRODY

L'Echelle ADL

(Instrumental Activities of Daily Living)

Objectifs

Évaluer le niveau de dépendance d'une personne à travers l'appréciation des activités de la vie quotidienne

L'échelle doit être renseignée en prenant en compte plusieurs sources d'informations (le malade, sa famille, ses amis)

Variables

L'IADL se compose en deux parties :

→ **Activités courantes**

- Propreté
- Alimentation
- Habillage
- Soins personnels
- Déplacements
- Bains

→ **Entretien quotidien**

- Aptitudes à utiliser le téléphone
- Courses
- Préparation des aliments
- Entretien ménager
- Blanchisserie
- Moyen de transport
- Responsable à l'égard de son traitement
- Aptitudes à manipuler l'argent

Codage

Les tâches sont notées :

1 : si le sujet peut effectuer une tâche

0 : si le sujet ne peut pas effectuer une tâche

Le total des scores va de 0 (incapacité à faire toutes les tâches et être dépendant d'une aide) à 8 (être capable de faire toutes les tâches et de fonctionner de façon indépendante).

Finalités

- Dépister les sujets présentant une démence non encore diagnostiquée, ou qui la développeront dans l'année
- Construire un plan d'aide

[Télécharger
l'outil](#)

Date de création : 1969

Public Cible : **Personnes âgées**

Origine : KATZ

L'Echelle IADL

(Activities of Daily Living)

Objectifs

Evaluer synthétiquement la dépendance d'une personne

L'ADL permet d'objectiver l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne. Très utilisé en recherche clinique et en gériatrie. Rapide à réaliser il permet de déterminer la cinétique d'une éventuelle perte d'autonomie.

Variables

6 items :

- Hygiène corporelle
- Habillage
- Aller aux toilettes
- Transfert
- Continence
- Repas

Codage

Les tâches sont notées :

0 : totalement dépendant

½ : besoin d'une aide partielle

1 : indépendant

Le score total varie entre 0 et 6

Meilleur score = 6

Score <3 = dépendance majeure

Score = 0 : dépendance totale dans ses activités

Finalités

Identifier les besoins d'aide humaine pour les gestes de base de la vie quotidienne (alimentation, toilette, habillage, transferts, continence, utilisation des toilettes)

[Télécharger
l'outil](#)

Date de création :

Public Cible : **Personnes**

handicapées mentales

Origine : "Brux aînés" : Groupe

Bruxellois de Réflexion sur le

Vieillesse de la personne

handicapée mentale

BOBE

Objectifs

Disposer d'une vision globale des besoins d'accompagnement de la personne handicapée mentale adulte et des difficultés rencontrées par la personne à un instant T donné.

→ Permet la visualisation rapide et synthétique, sur une silhouette humaine, de l'expression des besoins d'accompagnement de la personne

Variables

2 domaines différents et 11 variables communes :

→ **Domaines :**

- Besoins d'accompagnements humains
- Besoins d'accompagnements matériels

→ **Variables :**

- Santé mentale
- Mémoire
- Orientation
- Organe des sens
- Communication
- Bien-être relationnel
- Habillement
- Alimentation
- Santé physique
- Hygiène
- Motricité globale

Besoins d'accompagnements HUMAINS		Accompagnements humains	
Santé mentale	<input type="radio"/>	Santé mentale	<input type="radio"/>
Mémoire	<input type="radio"/>	Mémoire	<input type="radio"/>
Orientation	<input type="radio"/>	Orientation	<input type="radio"/>
Organes des sens	<input type="radio"/>	Organes des sens	<input type="radio"/>
Communication	<input type="radio"/>	Communication	<input type="radio"/>
Bien-être	<input type="radio"/>	Bien-être relationnel	<input type="radio"/>
Habillement	<input type="radio"/>	Habillement	<input type="radio"/>
Alimentation	<input type="radio"/>	Alimentation	<input type="radio"/>
Santé physique	<input type="radio"/>	Santé physique	<input type="radio"/>
Hygiène	<input type="radio"/>	Hygiène	<input type="radio"/>
Motricité globale	<input type="radio"/>	Motricité globale	<input type="radio"/>

LIEUX DE RÉFÉRENCE :

Nom : _____

Prénoms : _____

Age : _____

14 - Tous droits réservés

Codage

Le professionnel colorie le dessin "BOBE" de différentes couleurs :

- vert : aucun besoin d'accompagnement
- orange : besoin qui demande de la vigilance
- bleu : besoin constant d'accompagnement

Si la personne n'est pas d'accord avec certains items, elle peut également indiquer son avis sur les différents items.

Finalités

- Avoir une meilleure connaissance des besoins fondamentaux de la personne
- Suivre l'évolution de ses besoins d'accompagnement
- Trouver de nouvelles adaptations en fonction de ses besoins
- Apprécier l'efficacité des stratégies d'interventions mises en place
- Optimiser le travail en équipe pluridisciplinaire sur les besoins d'accompagnement de la personne, ses difficultés propres, et enfin, sur les réponses qui leur sont apportées.
- Servir de base à l'élaboration des projets individualisés

**Accéder à
l'outil**

Date de création : 1985

Public Cible : **Personnes**

Handicapées

Origine : Docteurs MARTINET et
BLANC

AIRMES

Objectifs

AIRMES est un logiciel d'aide à l'accompagnement et à l'évaluation de l'enfant, adolescent et adulte en situation de handicap. Il propose :

- Un cahier de transmission numérique
- La gestion des emplois du temps
- Le dossier unique de l'utilisateur
- La gestion des médicaments
- L'élaboration et le suivi du projet personnalisé
- Le suivi sanitaire et le suivi des troubles
- L'évaluation de la personne
- Les recherches et statistiques
- La documentation
- L'espace de correspondance

L'évaluation de la personne : grille d'évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle non discriminante, adaptée à tous types de handicaps et tous âges.

Variables

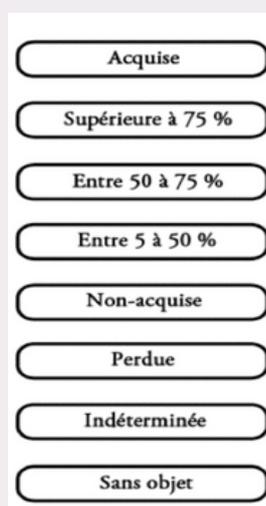
AIRMES dispose d'une « banque » de 2640 items sur 3 niveaux classés en 8 domaines de compétences :

- Sensoriel
- Motricité
- Psychomotricité
- Indépendance et autonomie pratique
- Développement affectif
- Relations sociales
- Communication verbale et non verbale
- Développement cognitif
- Sensoriel

Afin d'évaluer une personne, 2 dimensions sont prises en compte : la compétence et la réalisation effective :

- La compétence : ce que la personne peut faire toute seule sans « aides »
- La réalisation effective : ce que la personne peut réaliser avec des « aides »

Codage



Echelle d'évaluation compatible avec le CIF

Finalités

- Obtenir une vision globale de la personne
- Comparer les résultats entre deux périodes pour déterminer les prochains objectifs
- Suivre les réalisations et l'évolution des compétences des usagers
- Mettre en évidence l'influence de l'environnement sur les compétences de l'utilisateur
- Identifier les besoins d'accompagnement et de soins
- Airmes permet également de constituer ses propres grilles d'évaluation personnalisées

**Accéder à
l'outil**

OUTIL D'ÉVALUATION DES SIGNES DU VIEILLISSEMENT

Objectifs

Identifier le processus de vieillissement en évaluant les aspects de la vie quotidienne

Variables

5 domaines distincts :

→ **L'état physiologique**

- Changements physiques généraux
- La digestion
- Les organes des sens
- Le système nerveux et musculaire
- Les articulations
- La respiration
- L'élimination des urines et des selles
- Le système hormonal

→ **La fatigabilité**

- Ralentissement du rythme
- Difficulté à accomplir les tâches usuelles
- Perte de motivation
- Besoin accru de sommeil

→ **Dépendance physique**

- Hygiène corporelle
- Habillage et déshabillage
- Usage des toilettes
- Locomotion
- Repas

→ **Troubles cognitifs**

- Expression
- Compréhension
- Orientation dans l'espace
- Orientation dans le temps
- Mémoire
- Rituels et stéréotypies
- Modifications des habitudes de vie

→ **Etat psychique**

- Vie relationnelle
- Expression de ses émotions
- Image de soi, gestion de son espace privé

Codage

Questions fermées - chaque observation sera appréciée selon 3 possibilités de réponse :

- **Oui** : présence d'un signe de changement
- **Non** : pas de signe de changement
- **Ne s'applique pas** : la personne n'est pas concernée ou il n'est pas possible d'évaluer cet item

Un résultat est calculé par domaine sous forme de pourcentage de réponses positives

→ Total des réponses positives

→ Score final pondéré (soit la moyenne des résultats par catégorie). Score présenté sous forme de nombre sur cent (chacune des 5 catégories vaut $\frac{1}{5}$ de la note)

Un seuil d'alerte est fixé quand une de ces conditions est remplie :

- Un des résultats catégoriels dépasse les 40%
- Le score final dépasse les 20%

Finalités

- Favoriser et systématiser la discussion en équipe sur les changements observés et aider à l'élaboration d'un plan d'intervention adapté aux besoins émergents

- Bénéficier de signaux d'alarme pour questionner les changements en cours dans un ou plusieurs aspects de la vie de la personne

- Dépister les situations de vieillissement

- Mettre en relief les nouveaux besoins qui y sont associés

[Télécharger l'outil](#)
[Télécharger le guide](#)

GRILLE

VIRGINIA HENDERSON

Objectifs

Identifier les 14 besoins fondamentaux de l'être humain que les professionnels de santé utilisent lors des soins d'une personne malade ou en bonne santé

Variables

14 variables :

- Besoin de respirer
- Besoin de boire et manger
- Éliminer
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Dormir et se reposer
- Se vêtir et se dévêtir
- Maintenir sa température
- Être propre
- Éviter les dangers
- Communiquer
- Agir selon ses croyances et ses valeurs
- S'occuper en vue de se réaliser
- Besoin de se récréer, se divertir
- Besoin d'apprendre

Codage

Pour chacune des variables, une échelle de 1 (autonome) à 4 (dépendant) est proposée pour indiquer le niveau d'autonomie ou d'aide requise

Finalités

Mise en place d'une démarche de soins: Il aide à comprendre la situation d'un patient et à déterminer le niveau de dépendance.

Améliorer le confort et la qualité de vie du/de la patient(e) en procédant étape par étape : pyramide, où il est nécessaire de valider et de satisfaire un besoin afin de pouvoir passer au suivant.

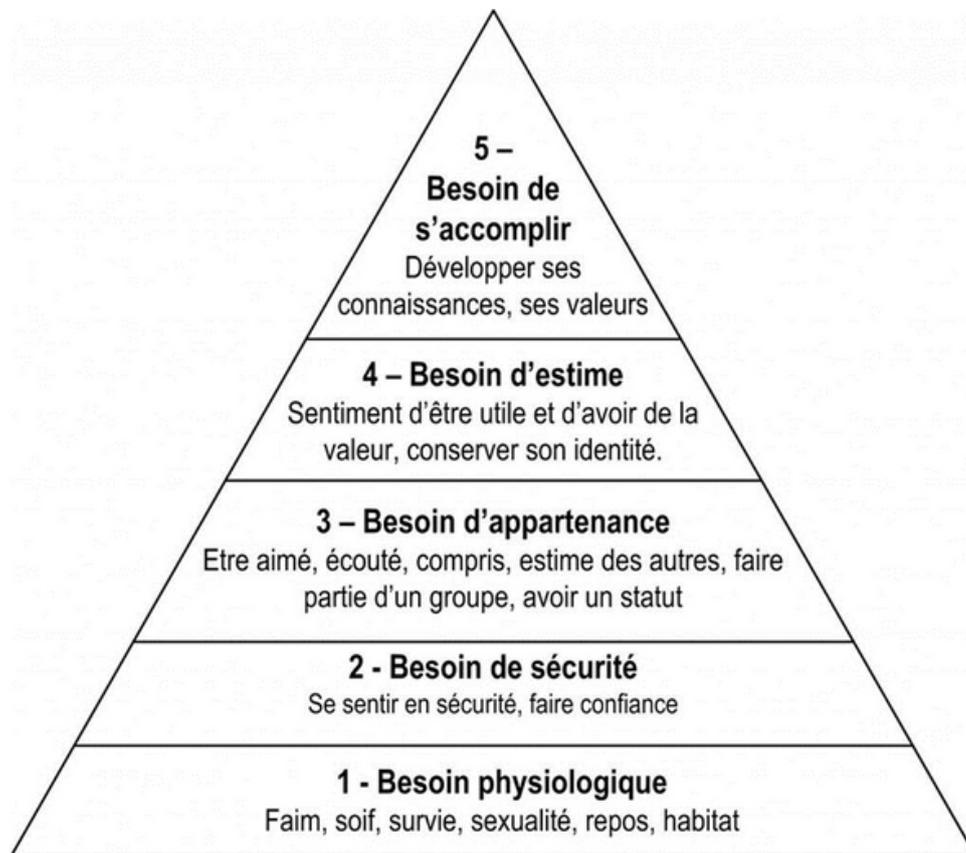
[Télécharger
l'outil](#)

GRILLE DE MASLOW

Objectifs

Classer les besoins humains par ordre d'importance en 5 niveaux

Variables



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

Date de création : **2018**

Public Cible : **Personnes**

handicapées

Origine : DGCS, CNSA

GTN, Comité scientifique

Nomenclature SERAFIN-PH

Objectifs

Disposer d'un vocabulaire partagé pour décrire les besoins des PH accueillis en ESMS

Nomenclatures élaborées :

- sur la base conceptuelle de la CIF (compatibles et complémentaires avec le GEVA)
- en partant des besoins des personnes

Variables

→ **Besoins en matière de santé somatique ou psychique**

- Fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux
- Fonctions sensorielles
- Douleur
- La voix, la parole et l'appareil bucco-dentaire
- Fonctions cardio-vasculaires, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire
- Fonctions digestive, métabolique, endocrinienne
- Fonctions génito-urinaires et reproductive
- Fonctions locomotrices
- Peau et structures associées
- Entretenir et prendre soin de sa santé

→ **Besoins en matière d'autonomie**

- Entretien personnel
- Relations et interactions avec autrui
- Mobilité
- Prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

→ **Besoins pour la participation sociale**

- Accès aux droits et à la citoyenneté
 - Vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques
 - Insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
 - Participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport
- Ressources et autosuffisance économique

Finalités

Contribuer à personnaliser les prestations délivrées afin de garantir des parcours de vie fluides, dans une approche inclusive.

[Télécharger
l'outil](#)



Les outils d'évaluation Utilisés dans les ESMS PH en Gironde

Enquête réalisée du
24/02/2021 au 03/05/2022



Centre Ressources Personnes Handicapées Vieillissantes - Handivillage33
05 56 92 91 74 <https://handivillage33.org> contact@handivillage33.org
page 209

TÉLÉCHARGER LE RENDU DE L'ENQUÊTE 2021-2022



CENTRE RESSOURCES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

05.56.92.91.74 - poste 209
06.82.17.42.22

centreresources@handivillage33.org

1 allée du Lac
33360 Camblanes-et-Meynac



SITE WEB



HANDIMAP



INSTAGRAM



LINKEDIN

