

EVALUATION SOCIALE DES PATIENTS AGÉS

Anne-Sophie MENARD
Assistante de service social
MGEN - La Chimotaie

SOMMAIRE

- **I- La notion de changement chez la personne âgée**
 - A- Qu'est qu'une personne âgée
 - B- Les étapes dans le processus du vieillissement
 - 1- La construction de l'identité
 - 2- Les moments de crise
 - 3- La question du changement chez la personne âgée
- **II- Le rôle de l'assistante sociale hospitalière**
 - A- Les Missions
 - B- Le projet de vie
- **III- L'évaluation sociale**
 - A- Le recueil de d'informations
 - B- Les besoins
 - C- La situation de Me C
- **IV- Informations pratiques**

I- LA NOTION DE CHANGEMENT CHEZ LA PERSONNE AGEE

A- Qu'est ce qu'une personne âgée ?

- vision chronologique, (statistique)
- vision biologique (déclin physique).
- vision sociale, (*construit social*[\[1\]](#), vulgarisation populaire, modification des rôles sociaux, assimilation de notion négative d'une personne âgée).

« signes significatifs » du vieillissement (maladie, la perte d'autonomie, des chutes à répétition, la perte d'un proche ...)

Vieillesse en étapes

[\[1\]](#) Pascal POCHET, *Les personnes âgées*. La découverte, Paris, 1997, p12

B- Les étapes dans le processus de vieillissement

1- La construction de l'identité

Elle est en constante évolution au gré d'évènements significatifs

Vincent CARADEC sociologue, nomme ces événements, des« ***transitions biographiques***» [1] : le départ des enfants, la retraite, le veuvage, la survenue d'une maladie ou d'une perte d'autonomie, le relogement.

Ce sont des moments de rupture qui viennent bouleverser le quotidien de la personne. Ces étapes dans le vieillissement font évoluer ses rôles et donc l'identité sociale de la personne vieillissante.

[1] Vincent CARADEC, « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement ». *Prévenir*, N°35, 2e semestre 1998, p131.

On distingue deux types de transitions biographiques :

Une transaction biographique c'est à dire un travail de bilan sur soi-même afin d'établir la continuité et la cohérence de soi, pour permettre de choisir qui l'on veut être dans l'avenir. Quel rôle on veut tenir.

Une transaction relationnelle c'est à dire qu'un élément de l'environnement que CARADEC nomme « *autrui* » peut contribuer à faire évoluer l'identité. *Autrui* peut correspondre à des proches, notamment le conjoint, ou encore des anonymes. Des objets peuvent aussi représenter *autrui* comme une canne par exemple, ou encore une télé-alarme qui sont des « marqueurs » de la vieillesse, que certains, pour cette raison, refusent.

Mais dès lors qu'une de ces transitions biographiques survient et que la transaction ne s'opère pas il y a évolution de l'identité sociale qui tend vers le négatif, vers la perte de rôle, donc perte de repère et la personne se sent moins voir inutile. On peut rentrer alors dans une période de crise.

2- Les moments de crise

La personne âgée va intégrer progressivement, et souvent avec des difficultés, ces évènements, ces transitions biographiques, mais avec ses propres défenses psychiques. Toutefois certaines personnes ne peuvent s'en remettre. Et c'est à ce moment là que l'on peut qualifier la personne en situation de crise.

Ces phases critiques représentent des périodes de bouleversement dans la vie de la personne qui peuvent la désorienter par rapport à ses repères habituels. La personne doit en intégrer de nouveaux pour « survivre ».

Une personne âgée en difficulté est vulnérable de part son âge, physiquement mais aussi moralement. Elle ressent plus durement les étapes de la vieillesse. Les changements sont donc plus difficile à accepter parce qu'ils désorganisent davantage le quotidien.

C- La question du changement chez la personne âgée

- le changement n'est pas « *un acte volontaire relevant du libre arbitre de la personne mais plutôt un compromis entre désirs et résistances* [\[1\]](#)
- un équilibre est alors à trouver entre résistance au changement et ce qui sera le moins pire dans le changement.

[\[1\]](#) Michel HESSELNBERG. *Psychologie de l'adulte*. Vuibert, 2000, Paris, p 53

Exemple :

Personne âgée en perte d'autonomie qui n'est plus en capacité de faire son ménage sans risquer de chuter. Elle vit seule.

1. L'insatisfaction : la personne peut refuser que quelqu'un d'autre fasse son ménage à sa place. Elle refuse donc de changer quelque chose d'important dans sa vie. Des conduites visant à contourner le problème sont mises en place mais qui ne sont pas satisfaisantes : elle peut dire que le ménage n'est pas important ;
2. La nécessité : la personne peut ressentir la nécessité de faire le ménage et ainsi accepter de changer en demandant à une aide ;
3. La contrainte : la famille, voyant l'état du domicile, exerce une contrainte sur la personne et l'oblige à prendre une aide ménagère. Ici le changement n'est pas laissé à l'initiative de la personne.

JM. DESMARAIS explique que ces trois éléments sont « *toujours présents au point de départ de tout changement* » et que ce sont même les « *déclencheurs du changement* »^[1]. Il poursuit en expliquant que le processus débutera si c'est la personne qui le décide. Sans cette volonté propre, le changement sera éphémère ou sans conséquences durables. Le désir n'est présent que dans la deuxième attitude c'est à dire « la nécessité » tandis que « l'insatisfaction et la contrainte » sont « *inhibitrice de changement* ». ^[2]

II- LE ROLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE HOSPITALIERE

A- Ses missions

décret 26 mars 1993 relatif à la fonction publique hospitalière

- « Ils ont pour missions « *d'orienter, de conseiller et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action social. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier.* »
- « *Ils assurent dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou d'autres services sociaux ou médico-sociaux.*^[1] »
- Une circulaire prévoit les missions spécifiques de l'assistant social en direction du patient âgé : « *il est souhaitable que l'assistant social prenne contact avec le malade et sa famille dès l'admission. L'assistant social s'efforce d'apporter tous les renseignements indispensables à la personne âgée [...]. Il se met en rapport avec les organismes spécialisés [...]. Si le malade doit être orienté vers un établissement social ou médico-social, la recherche d'une place disponible s'impose dès l'admission à l'hôpital. L'assistant social aide le malade à trouver, compte tenu de ses désirs, du degré de solidarité familiale et de voisinage et de l'avis du praticien hospitalier, la solution la plus adéquate en ce qui concerne son avenir.* »^[2]

^[1] Extrait du décret N°93.652 du 26 mars 1996 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

^[2] Circulaire du 4 février 1986 relative à l'hospitalisation des personnes âgées

Concrètement les missions sont de :

- mettre en œuvre un projet de vie pour la sortie d'hospitalisation,
 - recueillir la parole du patient s'il est en capacité de la donner,
 - organiser des retours à domicile avec des aides (aide à la toilette, aide aux courses ou au ménage, portage des repas, infirmière, tout autres intervenants),
 - accompagner dans les inscriptions en institutions,
 - permettre l'accès aux droits (aide à la mutualisation, Couverture Maladie Universelle,...),
 - soutenir les familles face à l'hospitalisation d'un parent ou face au choix de leur parent,
 - prévenir et repérer les situations de maltraitance,
 - ouvrir des mesures de protection,
 - passer le relais au Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ou à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), si nécessaire.
-
- L'assistante sociale travaille en partenariat.

B- le projet de vie

Définitions du projet de vie

- Pour Françoise BERNARD, un projet, c'est « *un avenir imaginé et souhaité, qui n'a de force que s'il puise son inspiration au plus profond de l'individu* [\[2\]](#) ». Selon elle, le projet s'alimente **de désirs et de besoins**, il s'enracine dans la **personnalité**, dans les **habitudes** et dans les **valeurs** de l'individu. C'est l'image mentale d'une situation dont on attend qu'elle se réalise, comme on le voit, tout en se heurtant à un **principe de réalité** : l'imaginaire ne tient pas compte des aptitudes réelles de l'individu et des contraintes du monde extérieur. Enfin, le projet a une **temporalité** qu'il faut concevoir dès le début.

[\[2\]](#) Françoise BERNARD, *Le parcours et le projet. Quel fil d'Ariane ?* Ed d'Organisation, 1997, p18

Selon Richard VERCAUTEREN, le projet de vie « *aurait pour but de formaliser tous les actes de la vie quotidienne en vue de faire ressortir ceux qui peuvent s'adapter à la notion de qualité (de vie) pour l'individu* »[\[3\]](#).

Il s'agit alors de **découper les actes de la vie quotidienne** de la personne âgée pour comprendre ceux qu'elle souhaite garder en l'état et ceux qu'elle souhaite améliorer pour répondre à l'objectif d'une certaine qualité de vie.

Cette notion de « *qualité de vie* » peut se définir, selon Jean-Jacques AMYOT et Annie MOLLIER comme « *la capacité d'une entreprise ou d'une entité à satisfaire les besoins exprimés et implicites de ses clients*[\[4\]](#) ».

Autrement dit, une certaine qualité de vie nécessite **d'identifier des besoins et de pouvoir y répondre**. La difficulté repose sur la variété des besoins qui existent. Parlons nous des besoins primaires (boire, manger, se soigner) ou parlons nous des besoins plus existentiels d'épanouissement personnel tels que la créativité, la vie sociale ou spirituelle ?

[\[3\]](#) Richard. VERCAUTEREN, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*. Ed Eres, 1998, p57

[\[4\]](#) Jean-Jacques AMYOT, A. MOLLIER, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Dunod, Paris, 2002, 242 p.

III- L'évaluation sociale

A- Le recueil de d'informations

1 - établir la relation de confiance

se présenter (nom, prénom, métier, rôle, membre de l'équipe qu'elle connaît...),

Voulez vous bien m'accordez du temps pour évoquer votre sortie?

Pourquoi avez-vous été hospitalisé, que pouvez vous m'en dire ?

2 - un recueil de données objectives

Logement (adapté?)

Entourage (famille aidante ou non, professionnelle ?)

Qui finance les heures d'aide à domicile (Un organisme, famille?)

Matériel

Le traitement (gestion du pilulier, la prise ?)

Niveau de connaissances de la maladie

Ressources (Caisse de Retraite, montant)

Evaluation de la perte d'autonomie sur les gestes de la vie quotidienne (attention : confronter ce que me dit la personne et ce qu'elle l'équipe soignante fait tous les jours)

3 – un recueil de données subjectives

Comment la situation est elle vécue, que pense sa famille, comment elle voit l'avenir, ce que le patient souhaite ou pas et sa famille?

Faisabilité d'un projet. Si le patient ou sa famille ne souhaite pas le retour à domicile ou le placement, pourquoi persister, jusqu'ou va-t-on?

B- Les besoins

Exemple de Me C

Début octobre

Cancer du sein en récurrence avec métastase osseuse diffuse et une méta qui bloque l'usage de la hanche (inopérable). On me dit qu'elle est en Soins Palliatifs

Me est rentrée fin août 2009, autonome, pour des séances de chimiothérapie pour tenter de réduire la masse sur la hanche.

Vit avec son époux (lui-même avec une perte d'autonomie)

Leur enfants veulent me voir pour me parler de la sortie : logement complètement inadapté pour Me et pour Mr.

Pas d'aide auparavant puisque Me est autonome, enfants présents et souhaitant ce que la mère souhaite.

Me souhaite rentrer à domicile

début décembre

La chimio est terminée et on est en attente du scanner de contrôle. Mais Me marche de moins en moins bien, elle est douloureuse et chute beaucoup car elle veut essayer de marcher et s'accroche à cette idée. Il faut l'aider pour la toilette, l'habillage, les transferts. Elle chemine à cette idée

L'ergothérapeute est allé au domicile pour constater qu'un RAD est possible mais il nécessiterait beaucoup de matériel et une adaptation qu'il faudrait de toute façon temporaire.

16.12 Scanner est négatif, les méta évolue très vite

Jeudi 17 Décembre : Rencontre avec la famille : décision de tenter le RAD pour Noël

Besoins : Toilette+habillage du bas + transfert (elle ne tiens pas au fauteuil plus de 1h30-2h), continente mais elle peut avoir des fuites la nuit. Il y a donc un change anatomique. Elle mange toute seule une fois que tout est préparé. Elle a une stomie et une chambre implantable, des morphiniques à 8h et 20h avec interdose si besoin.

Jeudi 17 Décembre : Contacte avec l'HAD pour mise en place des aides

Lundi 21 Décembre: Rencontre HAD +Famille/Me + équipe soignante pour préparer la sortie qui est fixée le 22 Décembre.

- SSIAD Matin et soir pour une aide à la toilette au lit et/ou là l'évier de la cuisine + IDE la matin et le soir (soins techniques)+ 4 passages par jour d'1/2 heure de l'ADMR pour transferts
- Matériel : lit médicalisé avec matelas à air + FR + Montauban + lève malade au cas où.
- Le SSIAD et IDE sont financés par l'HAD (sécurité sociale)
- L'ADMR est financée par les heures mutuelles (4h) + le fond FNASS + APA (mais qui n'interviendront qu'au bout de 2 mois car pas de procédure d'urgence dans le département).
- Relais donné à l'AS de l'HAD

IV- Informations pratiques

Les partenaires indispensables à connaître au retour à domicile autre que les services médicaux, paramédicaux et sociaux sont l'HAD (Hospitalisation à Domicile) et les réseaux de Soins Palliatifs (RESPAVIE, ALTHEA).

Il existe certains dispositifs d'action sociale, importants à connaître qui permettent à l'assistante sociale de demander des aides financières:

- APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
- Fond FNASS (Fond National d'Action Sociale et de Solidarité)

Sans oublier les organismes publics qui ont un rôle de financeur. Ils sont spécialisés en fonction de leur champs d'action (mutuelles, caisse de retraite, caisses complémentaires de retraite, Ligue Contre le Cancer, En avant la vie, CCAS, ANAH, Conseil Général et Sécurité Sociale...).

APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Aide financière du Conseil Général destinée aux plus de 60 ans.

Elle finance exclusivement des aides à domicile et des prestations spécifiques comme le petit matériel, la télé-Alarme, les frais d'incontinences ou le portage de repas. Elle finance également les frais de dépendance en EHPAD.

Le premier critère est la perte d'autonomie (être en GIR 1,2,3 ou 4. Exclusion des GIR 5 et 6).

Le second critère est le montant des ressources du foyer et le patrimoine. Il y a toujours une participation de la personne.

L'APA n'est versé qu'au bout de 2 mois d'instruction du dossier. Non rétroactifs. Cependant, dans certains départements il y a des procédures d'urgences.

Non récupérable après succession.

PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

Aide financière de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) destinée aux moins de 60 ans. Exception faite aux plus de 60 ans dont le handicap et les difficultés inhérentes au handicap ont été reconnu avant les 60 ans.

Elle finance plusieurs « volets » : aides à domicile, matériel, aménagement du logement ou du véhicules, prestations spécifique comme les frais d'incontinences.

Le premier critère est d'avoir au moins une difficulté majeur ou deux partiels (ont ne parle pas de GIR).

Il n'y a pas de critère de ressources pour le volet des aides à domicile, mais pour les autres oui.

La PCH n'est versée qu'au bout de 4 mois d'instruction du dossier. Rétroactifs. Cependant, dans certains départements il y a des procédures d'urgences.

Non récupérable après succession.

Fond FNASS (Fond National d'Action Sociale et de Solidarité)

Fond de la Sécurité Sociale pour les assurés CPAM qui sont en Soins Palliatifs.

Il n'y a pas de critère d'âge.

Enveloppe de 3000 euros donné une fois par an. Non renouvelable (sauf dans des cas exceptionnelles, rare).

Participation du bénéficiaire de l'ordre de 10% (voir 20% au dessus d'un certains plafond).