

CAHIER DE ReCHERCHE

NOVEMBRE 1997



N° 110

DÉPENDANCE PERÇUE, DÉPENDANCE MESURÉE :
DEUX APPROCHES DE LA MÊME RÉALITÉ

Christine OLM
Marie-Odile SIMON

Département "Évaluation des Politiques Sociales"

Crédoc - Cahier de recherche. N°
0110. Novembre 1997.

CRÉDOC

CREDOC•Bibliothèque



L'ENTREPRISE DE RECHERCHE





DÉPENDANCE PERÇUE, DÉPENDANCE MESURÉE :

DEUX APPROCHES DE LA MÊME RÉALITÉ

Christine OLM

Marie-Odile SIMON

Département « Évaluation des Politiques Sociales »

Novembre 1997

142, rue du Chevaleret

7 5 0 1 3 - P A R I S

SOMMAIRE

	Page
Introduction	11
<u>Première partie : Les politiques de prise en charge de la dépendance.....</u>	17
1. Vieillesse autonome, vieillesse dépendante.....	19
1.1. Evolution du nombre de personnes dépendantes en France.....	20
1.2. Dépendance à domicile ou en institution.....	22
2. Les politiques d'aide au financement de la dépendance.....	24
2.1. Jusqu'en 1995, pas de prestation spécifique pour la dépendance.....	24
2.2. En 1995, expérimentation d'une prestation dépendance, avant une généralisation en 1997.....	25
2.3. L'intérêt d'une visite à domicile.....	27
2.4. Qui sont les bénéficiaires de la prestation dépendance.....	28
2.5. Les apports d'une prestation dépendance.....	29
2.6. Un relais entre proches et professionnels.....	29
2.7. Une aide à la personne âgée, mais aussi aux aidants familiaux.....	31
3. Les deux orientations complémentaires de la politique d'action sociale envers les personnes âgées : le maintien à domicile et l'institution.....	32
<u>Deuxième partie : La mesure de la dépendance</u>	35
1. Définition de la dépendance	38
1.1. La dépendance n'est pas une maladie, mais une conséquence de pathologies.....	38
1.2. L'approche de l'OMS : la classification internationale des handicaps.....	39
1.3. Une autre classification : les activités essentielles et instrumentales	40
2. Les outils de mesure.....	41
2.1. Intérêt des outils de mesure.....	41
2.2. Les différents outils de mesure.....	43
2.3. Mesure de la qualité de l'outil.....	44
2.4. D'une grille à l'autre	44

3. La grille AGGIR	46
3.1. <i>Les objectifs de la grille AGGIR</i>	46
3.2. <i>Description de la grille AGGIR</i>	48
3.3. <i>Le codage des observations</i>	50
3.4. <i>Le recueil des données</i>	50

Troisième partie : Evaluation des professionnels et perceptions des bénéficiaires, comment comparer ?..... 53

1. Construction d'un outil de mesure de la dépendance issu du questionnement des personnes âgées	57
1.1. <i>La perception des personnes âgées : construction d'indicateurs permettant la comparaison avec la grille AGGIR</i>	58
1.2. <i>La construction de l'échelle de cotation</i>	60
1.2.1. <i>Croisement de l'observation et de la perception indicateur par indicateur</i>	64
1.3. <i>Les méthodes de comparaison entre la perception et l'évaluation indicateur par indicateur</i>	66
1.4. <i>Construction d'un indicateur global du degré de dépendance</i>	71
1.4.1. <i>Construction d'une typologie en trois groupes : autonomie partielle, faible dépendance, dépendance lourde</i>	71
1.4.2. <i>Le résultat de la construction : perception et observation globale de la dépendance</i>	74
1.5. <i>Construction des différences de perception sur l'ensemble des indicateurs</i>	77

Quatrième partie : Les déterminants des différences entre la perception et l'observation..... 81

1. Une divergence qui concerne à la fois les personnes mesurées très dépendantes et celles mesurées partiellement autonomes	85
1.1. <i>Globalement, l'évaluation n'est pas plus fréquemment différente des perceptions lorsque la personne est mesurée partiellement autonome que lorsqu'elle est mesurée dépendante</i>	85
1.2. <i>Mais les différences de perception selon le degré de dépendance varient beaucoup d'une variable à l'autre</i>	87
2. Les différences de perception selon les caractéristiques socio-démographiques	93
2.1. <i>L'âge des personnes interrogées</i>	93
2.1.1. <i>Des différences de perception globale qui ne dépendent pas de l'âge, mais les personnes les moins âgées semblent intégrer la norme plus que s'y confronter</i>	95
2.1.2. <i>Cette tendance globale n'est confirmée que sur les transferts</i>	99
2.2. <i>Le sexe</i>	102
2.2.1. <i>Les différences globales de perception ne dépendent pas du sexe, mais les hommes ont tendance à sous-estimer leur dépendance</i>	102
2.2.2. <i>Une tendance globale confirmée sur la cuisine, mais inversée sur les transferts et l'alimentation</i>	105

2.3. <i>La solitude</i>	108
2.3.1. Par rapport à l'évaluation, les personnes qui ne vivent pas seules ont tendance à se percevoir plus dépendantes, celles qui ont des contacts extérieurs se perçoivent plutôt plus autonomes.....	109
2.3.2. Pour les personnes qui ne vivent pas seules, la tendance globale est confirmée relativement à l'alimentation, le suivi du traitement et les transferts.....	112
2.4. <i>La perception de l'état de santé</i>	116
2.4.1. Les personnes ne s'estimant pas en mauvaise santé ont tendance à se percevoir moins dépendantes qu'elles ne le sont évaluées.	117
2.4.2. Cette tendance se manifeste en particulier sur les transferts et l'habillement.....	119
3. Les différences de perception selon le déroulement des entretiens	122
3.1. <i>Les conditions du déroulement de l'enquête CRÉDOC : le recueil des perceptions</i>	122
3.1.1. Lorsque le référent n'intervient pas, les personnes interrogées sous-estiment leur dépendance par rapport à l'évaluation.	123
3.1.2. Une influence de l'intervenant confirmée sur les transferts et l'alimentation	125
3.2. <i>Les conditions du déroulement de la visite d'évaluation</i>	128
3.2.1. L'intervention d'un représentant du corps médical n'a pas d'influence globale.....	129
3.2.2. Une évaluation plus proche de la perception lorsque l'évaluateur a visité le logement	133
Conclusion.....	137
Bibliographie	145
Annexes :	
Annexe 1 : Les résultats des ACM réalisées pour la construction des indicateurs synthétiques. Projection des variables sur les deux premiers axes.....	149
Annexe 2 : Le questionnaire CREDOC pour la CNAV.....	153

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

TABLEAUX

	<i>page</i>
Tableau n°1 :	Proportion de 60 ans et plus en situation de dépendance 20
Tableau n°2 :	Les variables de la grille AGGIR sélectionnées..... 59
Tableau n°3 :	Reconstruction de l'autonomie perçue pour les indicateurs retenus..... 63
Tableau n°4 :	La construction des indicateurs de comparaison variable par variable..... 68
Tableau n°5 :	Les différences de perception pour chacune des variables 70
Tableau n°6 :	Un indicateur global de dépendance 74
Tableau n°7 :	Les différences entre la perception et la mesure selon le degré de dépendance mesuré..... 86
Tableau n°8 :	Les différences entre perception et évaluation selon l'âge de la personne interrogée..... 97
Tableau n°9 :	Perception et évaluation du degré de dépendance en fonction du sexe 103
Tableau n°10 :	La solitude et la mesure de la dépendance 109
Tableau n°11 :	La solitude et la perception de la dépendance 110
Tableau n°12 :	Différences entre la perception et la mesure du degré de dépendance pour les transferts, l'alimentation, le ménage et la cuisine en fonction de la solitude 113
Tableau n°13 :	Évaluation et perception du degré de dépendance selon la perception de l'état de santé 117
Tableau n°14 :	Degré de dépendance évalué et degré de dépendance perçu selon l'intervention d'un référent..... 124
Tableau n°15 :	Les différences entre la perception et l'évaluation, pour les transferts, l'alimentation et la cuisine 126
Tableau n°16 :	Les différences entre la perception et la mesure selon l'organisation des visites (personnes pour lesquelles un membre du corps médical s'est déplacé)..... 132

GRAPHIQUES

page

Graphique n°1 :	L'observation et la perception : comparaison variable par variable	65
Graphique n°2 :	Les indicateurs du degré de dépendance et les différentes fonctions.....	76
Graphique n°3 :	Les différences entre observation et perception globales	78
Graphique n°4 :	Les différences de perception relatives aux différents indicateurs selon le degré d'autonomie mesuré.	89
Graphique n°5 :	Les différences de perception relatives aux différents indicateurs pour les personnes mesurées peu dépendantes.....	90
Graphique n°6:	Le degré de dépendance évalué et le degré de dépendance perçu selon l'âge.....	96
Graphique n°7:	La nature des différences entre la perception et l'évaluation selon l'âge	98
Graphique n°8:	La nature des différences de perception sur les transferts suivant l'âge....	100
Graphique n°9:	La nature des différences de perception suivant le sexe.	104
Graphique n°10:	La nature des différences de perception relatives au transferts suivant le sexe	105
Graphique n°11:	L'évaluation et la perception du degré de dépendance suivant le sexe, pour l'alimentation et la cuisine	107
Graphique n°12:	La nature des différences de perception selon la solitude.....	111
Graphique n°13:	La perception et la mesure du degré de dépendance, pour les transferts, l'alimentation, le ménage et la cuisine	114
Graphique n°14:	Nature des différences de perception selon le mode de vie, pour le suivi du traitement.....	115
Graphique n°15:	La nature de la différence entre perception et évaluation du degré de dépendance selon la perception de l'état de santé.....	118
Graphique n°16:	La nature des différences entre la perception et l'évaluation du degré de dépendance selon la perception de l'état de santé, pour les transferts et l'habillement	119
Graphique n°17:	Nature des différences entre le degré de dépendance perçue et le degré de dépendance évalué selon l'intervention du référent.....	125
Graphique n°18:	La nature des différences entre la perception et l'évaluation du degré de dépendance, selon l'intervention du référent, pour les transferts et l'alimentation.	127
Graphique n°19:	Nature des différences entre perception et évaluation du degré de dépendance sur l'alimentation, selon la composition de l'équipe d'évaluation	131

Graphique n°20:	La nature des différences entre perception et évaluation, selon la réalisation d'une visite à domicile 134
Graphique n°21:	La nature des différences entre la perception et la mesure pour les transferts, selon la réalisation d'une visite à domicile. 135
Graphique n°22:	Résultats de l'ACM réalisée à partir des indicateurs de la grille AGGIR (autonomie mesurée).....
Graphique n°23:	Résultats de l'ACM réalisée à partir des indicateurs du questionnaire (autonomie perçue)

Introduction

Le 18 décembre 1996, le parlement a voté une loi créant une Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Cette nouvelle prestation est le résultat d'un processus entamé plusieurs années auparavant.

En 1991, la commission « Dépendance des personnes âgées », présidée par Pierre SCHOPFLIN, suggère qu'une nouvelle prestation soit créée pour compléter la prise en charge de la dépendance et qu'elle se substitue pour les personnes âgées à l'allocation compensatrice pour tierce personne. Le gouvernement a alors souhaité présenter en 1994 un projet de loi sur une allocation d'aide aux personnes âgées, mais s'est heurté à plusieurs difficultés : la première était de déterminer un responsable de la mesure, la deuxième était de monter un financement et d'estimer le nombre de personnes potentiellement concernées, la troisième portait sur le choix d'un outil d'évaluation de la dépendance. Le gouvernement a donc préféré procéder à des expérimentations d'une prestation s'adressant à des personnes âgées dépendantes souhaitant rester à leur domicile. Ces expérimentations ont débuté en janvier 1995, dans douze départements, et se sont prolongées sur deux ans.

Le Département Évaluation des Politiques Sociales du CRÉDOC a été retenu par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et ses différents partenaires, pour réaliser un travail d'évaluation des expérimentations. Plusieurs aspects ont été considérés au cours de cette évaluation. En particulier, un des objectifs était de valider la grille utilisée pour évaluer la dépendance : la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources). Cette grille est d'ailleurs devenue la grille nationale d'évaluation utilisée pour la Prestation Supplémentaire Dépendance. Elle est remplie par l'équipe médico-sociale qui rend visite à la personne âgée, afin d'évaluer son niveau de dépendance (conçu comme les conséquences de la perte d'autonomie sur la vie quotidienne) et ses besoins en tenant compte de son environnement (l'adaptation du logement, les aides techniques, ou encore l'aide apportée par la famille ou le voisinage). L'évaluation a montré que cette grille a deux utilités : elle sert de guide d'entretien pour aider l'équipe médico-sociale à faire le point sur les besoins de la personne âgée et assure ainsi une trame commune d'une visite à l'autre. Elle permet aussi de classer la personne âgée dans un niveau de dépendance (de 1 à 6, le premier niveau correspondant aux personnes très dépendantes, le dernier aux personnes complètement autonomes).

L'évaluation faite par le CRÉDOC rendait compte d'une appréciation générale assez favorable de la part des professionnels concernés quand à l'utilisation de la grille AGGIR comme outil de travail pour caractériser la situation de dépendance de la personne âgée. Elle évite aux professionnels de se laisser emporter par des appréciations subjectives. Elle présente également l'avantage de donner un langage commun à tous les intervenants que leur formation professionnelle soit à dominante sociale ou médicale. Les principales difficultés rencontrées par les évaluateurs au moment de remplir la grille AGGIR sont en partie dues à une non-prise en compte des différentes stimulations pouvant renforcer ou diminuer l'autonomie des personnes qui en bénéficient. Ils reprochent aussi à la grille de ne fournir qu'un instantané de la situation de la personne âgée, pris lors de la visite, qui non seulement n'est pas représentatif de son état effectif mais qui en plus ne tient pas compte des évolutions possibles dans un futur proche. On lui reproche enfin de ne pas envisager les dimensions sociales, environnementales et familiales de la personne âgée.

En prolongement de cette évaluation, le Département Évaluation des Politiques Sociales du CRÉDOC a souhaité resituer les enseignements obtenus sur cette grille AGGIR par rapport aux différents travaux déjà existants sur les outils de mesure de la dépendance.

Ces outils de mesure se sont multipliés depuis le début des années 1980. Cette prolifération s'explique par la variété des utilisateurs auxquels ces instruments s'adressent, qui sont chacun à la recherche d'une information différente : il s'agit de professionnels intervenant dans des institutions ou au domicile de personnes âgées, et appartenant à des corps de métiers différents (médecins, soignants, gestionnaires, travailleurs sociaux, intervenants au domicile,...). Plusieurs travaux, en particulier ceux du Groupe de Recherche sur le Besoin et les Indicateurs en Gérontologie¹, ont cherché à modéliser la construction d'outils de mesure de la dépendance, et à repérer les critères qui permettent de juger de la qualité d'un outil, en fonction des objectifs qui lui sont fixés. Par ailleurs, d'autres travaux de recherche ont cherché à confronter différentes grilles de mesure pour comparer les résultats obtenus². Il s'agit alors de confrontations qui concernent des évaluations de la dépendance de personnes âgées à partir d'outils qui s'adressent à des professionnels.

¹ *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie*, CTNERHI, 1990.

² H. GARDENT, *Dépendance des personnes âgées et charge en soins : expérimentation simultanée de six grilles de dépendance*, CTNERHI, 1988.

Dans le cadre de ce cahier de recherche, nous avons repris le principe d'une étude comparative, non entre deux outils de mesure utilisés par des professionnels, mais entre le résultat d'une évaluation réalisée par un professionnel, et d'une évaluation par la personne âgée elle-même, ou son entourage.

En effet, parmi les travaux qui ont été réalisés au cours de l'évaluation de la prestation expérimentale dépendance, le CRÉDOC a mené une enquête directe auprès de bénéficiaires de la PSD. Environ 750 personnes âgées ont été interrogées, dans le but de connaître leur sentiment sur la prestation et de mesurer l'impact que cela avait pu avoir sur leur vie quotidienne. L'enquête s'adressant à des personnes dépendantes, le protocole d'enquête prévoyait de réaliser les entretiens en face-à-face, en présence de la personne âgée et d'une « personne ressource », de préférence la personne qui avait monté le dossier de demande de PED. Cette deuxième personne complétait les réponses de la personne âgée si celle-ci ne connaissait pas tous les éléments, ou même répondait à sa place si la personne âgée était trop dépendante pour le faire.

Pour la plupart des personnes interrogées, il a été possible, avec l'accord de la Commission Nationale Informatique et Liberté, de rapprocher les données issues de la grille AGGIR avec les données de l'interrogation directe. Si l'objectif de l'enquête n'était pas à l'origine, de chercher à comparer la dépendance déclarée par les personnes âgées ou son entourage et celle observée par le personnel médical et social dans le cadre de l'attribution de la PED, il nous a semblé possible, au moins sur certains aspects, de procéder à cette étude comparative.

Ces deux visions de la dépendance correspondent chacune à une restitution différente de la même réalité. La grille AGGIR est un instrument de mesure, qui doit décomposer une réalité complexe en indicateurs objectifs et comparables. Les perceptions des personnes âgées tiennent compte du caractère multidimensionnel de la réalité, mais ne peuvent prétendre ni à l'objectivité, ni à la comparabilité. Bien qu'elles renvoient le plus souvent à une même mesure du degré de dépendance, il existe des écarts entre les résultats fournis par ces deux approches. Aucune d'elles ne peut prétendre fournir une vision juste de la réalité, les comparer ne permet donc pas de remettre en question leur validité. Cependant, les écarts les plus importants peuvent être significatifs de biais dans l'une ou l'autre mesure. Dans le cadre de ce cahier de

recherche, nous mettrons également en évidence certaines des modalités selon lesquelles se construisent les perceptions des personnes âgées sur leur état de dépendance.

Au préalable, il nous a semblé nécessaire de commencer par un rappel rapide des différentes politiques d'action sociale qui ont été mises en place pour prendre en charge la dépendance, de manière à resituer la grille AGGIR dans le contexte législatif et socio-démographique actuel.

Première Partie :

Les politiques de prise en charge
de la dépendance

1. Vieillesse autonome, vieillesse dépendante

Les Français vivent de plus en plus longtemps. Chaque année, l'espérance de vie progresse de quelques mois, grâce aux progrès médicaux accomplis sur les personnes de tous âges, et particulièrement les plus de 65 ans. En 1996, l'espérance de vie à la naissance est de 74 ans pour les hommes et de 81,9 ans pour les femmes. Du fait d'un tassement des naissances, la part représentée par les plus de 65 ans dans l'ensemble de la population française ne cesse d'ailleurs d'augmenter : de 14% au début des années 1980, elle atteint 15,2% en 1996, soit près de 9 millions de personnes. Les estimations prévoient que cette tranche d'âge dépassera les 20% de l'ensemble de la population en 2020. Ce sont les personnes très âgées, de 85 ans et plus, dont la part progressera le plus puisque la baisse de mortalité bénéficie désormais essentiellement aux âges élevés.

La notion de vieillissement est associée à la dégradation de l'état de santé et à la dépendance. Cette dépendance, physique et/ou mentale, empêche la personne âgée d'accomplir seule un certain nombre d'actes de la vie quotidienne tels que se lever, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer ou manger. La personne âgée dépendante est souvent inapte à réaliser les tâches domestiques qui lui permettraient de vivre seule dans un logement ordinaire comme l'entretien de la maison ou la préparation des repas³.

Il existe donc deux vieillesse, vieillesse autonome et vieillesse dépendante, qui sont d'ailleurs reliées entre elles par des niveaux ou des degrés intermédiaires. Ces degrés sont associés à l'image d'un glissement de l'autonomie vers une dépendance lourde, qui précède la mort. Cette évolution peut s'étaler sur plusieurs années, mais n'est pas systématique. De nombreuses personnes meurent à un âge avancé sans être passées par des niveaux de dépendance lourde. En fait, l'évolution ne va pas uniquement dans le sens d'une dégradation, mais peu aussi, en particulier pour les signes de dépendance physique, aller vers une amélioration.

³ Une définition plus complète de la dépendance est donnée dans la partie suivante.

Pour tenir compte de ces deux états, autonomie et dépendance, on ne calcule plus seulement l'espérance de vie, qui traduit à un âge donné le nombre moyen d'années qu'il reste à vivre, mais l'espérance de vie avec et sans incapacité⁴.

1.1. Evolution du nombre de personnes dépendantes en France

En moyenne, d'après une enquête de 1990, un peu plus de 10% des personnes de plus de 60 ans vivant en logement ordinaire (hors établissement) présentent des signes de dépendance physique, soit environ 800 000 personnes. Cette proportion augmente bien sûr avec l'âge, et concerne plus du quart des personnes âgées de 80 ans et plus.

La dépendance domestique (qui nécessite une aide pour le ménage, la préparation des repas ou encore les courses) est encore plus répandue : plus du tiers des personnes de 60 ans et plus sont concernées. Seulement le quart des personnes âgées de 80 ans et plus sont totalement autonomes de ce point de vue.

Tableau n°1 :
Proportion de 60 ans et plus en situation de dépendance

Age	Indépendant	Peu dépendants	Dépendants	Très dépendants	Total
Dépendance physique					
60 à 64 ans	96,6	2,0	1,0	0,4	100,0
80 ans et +	72,3	13,8	9,4	4,5	100,0
60 ans et plus	88,6	6,0	3,7	1,7	100,0
Dépendance domestique					
60 à 64 ans	79,2	15,6	4,4	0,8	100,0
80 ans et +	28,4	27,9	32,2	11,6	100,0
60 ans et plus	60,2	22,8	13,3	3,7	100,0

source : Conditions de vie des personnes de 60 ans et plus, INSEE résultats n°486-487, sept 1996 (enquête CERC 1990)

⁴ Cf. Travaux sur l'espérance de vie sans incapacités du réseau européen REVES.

Si la part de personnes âgées dans la population française augmente fortement, on peut craindre en parallèle une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes, ce qui posera des problèmes en termes de prise en charge. En fait, d'une génération à l'autre, l'état de santé à un âge donné est en constante amélioration. Ainsi, les premiers signes de la dépendance arrivent en moyenne plus tard pour les personnes âgées actuelles que pour leurs parents ou leurs grands-parents. P. BOURDELAIS⁵ a d'ailleurs fait observer que pour effectivement mesurer le vieillissement de la population française, il serait plus judicieux de comparer la proportion de personnes de plus de 60 ans vers 1870 avec celles de plus de 65 ans, voire celle de plus de 75 ans en 1996. P. BOURDELAIS en tire la conclusion qu'en dépit des chiffres fournis par l'indicateur démographique, la part de « vrais » vieux ne s'est pas accrue en France depuis un siècle, bien au contraire. A court terme, on peut penser que l'état de santé des personnes âgées va continuer à s'améliorer, en particulier grâce aux efforts de prévention sur les maladies cardio-vasculaires ou encore le dépistage précoce des cancers. Cependant, il n'est pas certain qu'à moyen terme, cette tendance persiste. En particulier, l'accroissement des inégalités devant la santé et les conditions de vie entre catégories de la population, ou encore la précarisation des trajectoires professionnelles va peut-être avoir des conséquences particulières sur l'état de santé des futures personnes âgées.

Il est donc difficile de prévoir l'évolution du nombre de personnes dépendantes à l'avenir. Il est peu probable que l'augmentation de personnes dépendantes suive asymptotiquement l'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans, mais les chiffres rappelés ci-dessus laissent apparaître une progression si rapide qu'il est presque certain que cela aura une conséquence sur le nombre de personnes dépendantes. De même, il est difficile de prévoir si les formes de dépendance vont rester les mêmes. Cela dépendra en grande partie des progrès médicaux à venir. Ainsi, la recherche en ce qui concerne la maladie d'ALZHEIMER a beaucoup progressé aux cours des dernières années. Même si on n'en est pas encore à soigner cette maladie, les avancées en terme de dépistage précoce laissent espérer des progrès rapides⁶.

⁵ P. BOURDELAIS, *Vieillesse de la population ou artefact statistique*, gérontologie et société, n°49, fondation nationale de gérontologie.

⁶ F. FORETTE, *La révolution de la longévité*, 1997.

1.2. Dépendance à domicile ou en institution

Si la personne dépendante n'est pas en mesure de se faire aider, ou si son état de santé est trop dégradé -les formes les plus extrêmes de dépendance correspondent à des personnes grabataires, contraintes de rester alitées en permanence-, elle ne peut plus continuer à vivre dans son propre domicile. Deux solutions peuvent alors être envisagées : l'entrée dans un établissement spécialisé ou l'accueil par des proches, en général un des enfants. A l'heure actuelle, c'est la première solution qui est nettement privilégiée dans les familles. En 1995, 600 000 personnes vivent dans des structures d'hébergement collectif pour personnes âgées⁷. 94% des résidents ont plus de 65 ans, ce qui représente 6,4% de la classe d'âge correspondante. Cette proportion augmente avec l'âge : elle atteint 13,3% pour les 75 ans et plus ; parmi les personnes de 95 ans et plus, une majorité est dans une institution.

Si l'entrée dans un établissement spécialisé pour personnes âgées peut parfois correspondre à un choix délibéré, en particulier pour des jeunes retraités, elle est presque toujours vécue comme un déchirement : les personnes âgées se voient contraintes de quitter leur domicile parce qu'elles sont dans l'incapacité d'y vivre seules. Ces personnes y accèdent souvent dans un état de santé déjà très dégradé, à un âge très avancé, où il est encore plus difficile de voir son cadre de vie modifié. Le placement en institution est alors vécu comme un retrait du monde, une « première mort ». La vie en maison de retraite, c'est « principalement une solution qu'il faut éviter à tout prix » pensent 43% des personnes de 60 ans et plus⁸.

Une enquête parue dans *Echanges-Santé* en 1993, une revue du Ministère des Affaires Sociales, montre que les Français sont partagés entre une aspiration à la retraite et une inquiétude face à la dépendance. Trois craintes les préoccupent : « le sentiment de solitude, l'altération de la santé sous les quatre composantes physiques, mentales, souffrance et mort, et l'impossibilité de pouvoir continuer à vivre chez soi ». D'ailleurs, 95% des français pensent qu'il vaut mieux rester chez soi, même avec des handicaps⁹.

⁷ Martine NEISS, Gilles ROUVERA, *L'hébergement collectif pour personnes âgées, une évolution contrastée entre le public et le privé*, SESI, Informations rapides, n°86, février 1997.

⁸ Pierre LE QUEAU, *L'action sociale des caisses de retraite*, CRÉDOC, juillet 1997

⁹ Enquête BVA, avril 1991.

Patricia CROUTTE, *Le sentiment de solitude chez les personnes âgées de 60 ans et plus*, collection des rapports du CREDOC n°147, juillet 1994.

Une enquête réalisée en 1996 par le CRÉDOC auprès de retraités, confirme ces craintes : la santé apparaît comme leur seul souci quant à l'avenir, même les plus jeunes d'entre eux, principalement à cause de la perte d'autonomie que pourrait entraîner la dégradation de leur état de santé. Ainsi, leurs trois principales préoccupations pour l'avenir sont de ne plus pouvoir rester chez eux (22%), ne plus pouvoir continuer leurs activités (22%), et être seul (20%)¹⁰.

Cependant, l'arrivée de la dépendance soulève le problème de la prise en charge financière. Les personnes lourdement dépendantes peuvent avoir besoin d'une surveillance ou d'une aide permanente, jour et nuit. Si cette surveillance est entièrement assurée par des professionnels, le coût peut être élevé.

Face à l'hypothèse de leur dépendance et en l'absence « par supposition » de tout recours à leurs enfants, 48% des Français pensent que financièrement, ils pourront « certainement » ou « peut-être » y faire face ; 52% ne « croient pas » ou sont sûrs de ne pas pouvoir l'assumer »¹¹.

¹⁰ Pierre LE QUEAU, *L'action sociale des caisses de retraite*, CRÉDOC, juillet 1997.

¹¹ Enquête SOFRES, mai 1991.

2. Les politiques d'aide au financement de la dépendance

2.1. Jusqu'en 1995, pas de prestation spécifique pour la dépendance

Pour l'État, la nécessité d'un dispositif spécifique pour financer la prise en charge de la dépendance ne s'est faite ressentir que récemment. Préalablement, elle était assurée par l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), créée par la loi du 30 juin 1975. Cette allocation, financée par les Conseils Généraux, a été conçue pour les personnes handicapées, et à l'époque il n'avait pas été envisagé qu'elle servirait massivement à couvrir la dépendance des personnes âgées.

En 1991, il y avait 140 800 bénéficiaires de l'ACTP âgés de 60 ans et plus, et qui représentaient plus de 65% du total des bénéficiaires. Cette proportion a été en hausse constante depuis la mise en place de la prestation.

Avec le temps, cette loi s'est avérée inadaptée pour la prise en charge de la dépendance. Quatre critiques principales lui étaient faites :

- le fait que l'allocation soit effectivement utilisée par les personnes âgées pour se faire aider était mis en doute : en particulier, l'argent de l'allocation pouvait être thésaurisé, et non pas utilisé par la personne âgée elle-même,
- la charge pour les départements ne cessait d'augmenter,
- l'ACTP n'était pas dans le champ de l'action sociale (pas d'obligation alimentaire, ni de récupération sur succession),
- le dispositif était engorgé du fait du nombre croissant de demandes, les délais d'obtention étaient de plusieurs mois. Cela alourdissait le travail des commissions de COTOREP et les délais s'allongeaient aussi pour les demandes des personnes handicapées.

En plus de cette aide du Conseil Général, les personnes dépendantes peuvent aussi bénéficier d'une aide financière des caisses de retraite (prestation aide ménagère, prestation

garde à domicile) ou du régime de sécurité sociale (soins à domicile). Elles peuvent aussi bénéficier d'aides provenant de la commune (portage des repas,...).

En 1994, vu l'ampleur de la question de la dépendance, et alerté par plusieurs travaux qui ont attiré l'attention sur l'insuffisance de la prise en charge des personnes dépendantes à leur domicile, le gouvernement a engagé une réflexion sur une allocation spécifique d'aide aux personnes âgées. Cette prestation devait solvabiliser les personnes dépendantes qui n'ont pas les moyens d'assumer le coût de leur situation.

2.2. En 1995, expérimentation d'une prestation dépendance, avant une généralisation en 1997

En 1995, des expérimentations sont lancées pour deux ans dans douze départements. Elles ont associé les Conseils Généraux et les Caisses des régimes de retraite partenaires. Cette Prestation Expérimentale Dépendance (PED) n'est accessible qu'à des personnes dépendantes à leur domicile, ou hébergées par la famille, et non aux personnes en établissement.

Le fonctionnement de la PED mise en place en janvier 1995

Les expérimentations d'une prestation dépendance ont associé au niveau départemental les Conseils Généraux et les caisses des régimes de retraites partenaires (Régime Général, Mutualité Sociale Agricole, CANCAVA, ORGANIC, Régime Minier). Chaque dispositif départemental est conforme aux modalités d'intervention définies au lancement de l'expérimentation dans le cahier des charges élaboré par l'Association des Présidents de Conseils Généraux, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et le Ministère des Affaires Sociales. Néanmoins, chacun de ces dispositifs tient compte des spécificités locales.

Le pivot du dispositif est constitué d'une équipe médico-sociale. Une commission regroupant l'ensemble des partenaires est chargée de déterminer le niveau de dépendance de la personne âgée, l'aide dont elle doit disposer pour demeurer à son domicile dans de bonnes conditions et en toute sécurité, ainsi que le montant de l'aide qui lui est proposée. Cette commission s'appuie sur les conclusions de l'équipe qui s'est rendue au domicile de la personne âgée afin d'évaluer la dépendance en tenant compte de son environnement. Cette équipe dispose d'une grille nationale d'évaluation (la grille Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources : AGGIR) ainsi que d'une méthodologie d'appréhension de l'ensemble des éléments d'environnement de la personne âgée : aides de l'entourage, etc.

Le dispositif légal demeurant inchangé, les personnes âgées peuvent continuer à bénéficier de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Cette allocation, financée par les Conseils Généraux, et initialement conçue dans le cadre de la législation de juin 1975 relative aux personnes adultes handicapées, est devenue de fait une prestation en espèces bénéficiant largement aux personnes âgées dépendantes. De plus, une allocation spécifique de dépendance, la Prestation Supplémentaire Dépendance (PSD), financée par les fonds d'action sanitaire et sociale des régimes de retraite partenaires de l'expérimentation, a été créée à cette occasion.

En fonction de leurs ressources, du taux d'invalidité, du montant de l'allocation compensatrice attribuée par les COTOREP et de la décision de la commission d'attribution, la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) peut prendre plusieurs formes :

- elle se confond avec l'ACTP,
- elle est égale à l'ACTP majorée de la Prestation Supplémentaire Dépendance,
- en l'absence d'attribution d'une ACTP, elle se confond avec la Prestation Supplémentaire

Dépendance.

Le CRÉDOC a participé à l'évaluation de cette prestation, qui a largement inspiré la loi du 18 décembre 1996, créant une Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Cette nouvelle allocation, qui peut aller jusqu'à 5 596 F par mois, concerne les personnes âgées de plus de 60 ans, dont le revenu n'excède pas 6 000 F mensuels pour une personne seule et 10 000 F mensuels pour un couple. On estime à 300 000 le nombre de personnes susceptibles d'en bénéficier. La loi effectivement votée est moins ambitieuse que les différents projets défendus au cours des trois années précédentes, en particulier la prestation autonomie, qui devait concerner près de 500 000 personnes. Cependant, la PSD reprend les principes originaux de l'expérimentation menée depuis janvier 1995. Il s'agit d'une prestation en nature : un plan d'aide, adapté aux besoins réels de la personne âgée, est établi par une équipe médico-sociale, qui se déplace systématiquement pour rencontrer la personne dépendante et son entourage. Cette prestation en nature prend la forme d'une allocation financière, versée à la personne âgée qui justifie alors de son utilisation, ou directement aux services d'aide à domicile. Contrairement à l'expérimentation qui ne concernait que les personnes âgées dépendantes en logement ordinaire, la PSD concerne aussi bien les personnes à domicile que les personnes en institution.

2.3. L'intérêt d'une visite à domicile

Si la dépendance a souvent des causes médicales semblables, la perte d'autonomie qu'elle induit atteint des degrés différents selon les personnes âgées et l'environnement dans lequel elles vivent. En particulier, la fonctionnalité du logement de la personne dépendante est importante. Ainsi, une personne qui a des difficultés à se déplacer sera plus autonome dans un appartement sur un seul niveau, dans un immeuble pourvu d'un ascenseur, que dans une maison sur deux étages avec des escaliers. De même, une personne qui a des problèmes d'arthrose pourra se laver seule si sa salle de bain est équipée d'un bac de douche, mais aura besoin d'aide si elle n'a qu'une baignoire. Or, les logements dans lesquels vivent les personnes dépendantes sont parfois mal adaptés à leur handicap. Le fait qu'un professionnel voit la personne âgée évoluer dans son environnement facilite l'élaboration du plan d'aide. De plus, il conseille parfois la famille sur des aménagements qui permettent à la personne âgée de conserver un peu d'autonomie, comme par exemple l'installation de barres d'appui dans les sanitaires ou le long des escaliers.

L'assistante sociale rencontre souvent l'entourage de la personne âgée (le conjoint, les enfants, ou des personnes des services d'aide à domicile). La discussion avec eux permet de se rendre compte de l'aide dont dispose déjà la personne âgée, qu'elle soit donnée par la famille elle-même ou par des professionnels. L'entourage peut aussi donner des précisions sur l'état de santé de la personne âgée, en particulier si elle souffre de troubles de la cohérence et de l'orientation, qui n'apparaissent pas toujours lors d'une visite. Toutes ces informations, complétées par les informations médicales fournies par le médecin traitant par l'intermédiaire d'un certificat médical, permettent de monter un plan d'aide totalement adapté aux besoins de la personne âgée et de sa famille.

2.4. Qui sont les bénéficiaires de la prestation dépendance

On ne possède pas encore d'éléments sur les caractéristiques des bénéficiaires de la PSD. On en a cependant à partir de l'évaluation de la prestation expérimentale. En deux ans, plusieurs milliers de personnes ont pu en bénéficier. Les demandeurs, majoritairement des femmes, sont très âgés : 60% d'entre eux ont 80 ans ou plus, alors que dans l'ensemble de la population des 60 ans et plus, cette tranche d'âge représente moins d'un tiers.

Le CRÉDOC a interrogé 713 bénéficiaires de la PED, répartis dans les douze départements participant à l'expérimentation. Avant de bénéficier de la PED, ces personnes ont toutes reçu la visite d'une assistante sociale, et parfois d'un médecin ou d'une infirmière, pour évaluer leur niveau de dépendance et mettre en place un plan d'aide adapté à leur besoin. Le degré de satisfaction des bénéficiaires eux-mêmes et de leurs proches à l'égard de la PED est remarquablement élevé : 92% considèrent que cette prestation est intéressante. Ils semblent bien avoir assimilé la spécificité de la PED, qui n'est pas une allocation financière traditionnelle, mais qui permet d'accéder à des services. Ainsi, lorsqu'on demande aux bénéficiaires interrogés à quoi sert la PED, 54% annoncent qu'elle permet de payer une aide ménagère, 9% une garde à domicile, 7% d'autres services de proximité.

52% des personnes interrogées s'estiment plutôt satisfaites du montant de l'allocation versé (en moyenne, 2 723 F par mois). Cependant, les personnes qui jugent l'allocation insuffisante souhaiteraient des montants mensuels qui restent en moyenne inférieurs au plafond de 5 596 F.

En ce qui concerne les ressources des personnes interrogées, il faut rappeler que l'expérimentation prévoyait le paiement de l'allocation à des personnes dont les ressources pouvaient atteindre jusqu'à deux fois le plafond de l'ACTP. En ce qui concerne la PSD, les plafonds qui ont été finalement choisis sont les mêmes que ceux de l'ACTP. La PSD est donc recentrée sur les personnes ayant les ressources les plus faibles. Par ailleurs, la PED ne prévoyait pas de recouvrement sur succession, contrairement à la PSD.

2.5. Les apports d'une prestation dépendance

Les bénéficiaires interrogés dans le cadre de l'expérimentation n'ont pas le sentiment que la PED a bouleversé leur vie quotidienne : seulement 18% ont perçu des changements très importants, 35% n'en ont ressenti aucun. C'est peut-être cette transition en douceur qui explique le fait que les personnes âgées soient si satisfaites de la PED. Elles sont à un âge et dans un état de santé tels qu'elles ne supporteraient pas de voir leur vie quotidienne transformée. Elles sont habituées à une certaine organisation de la journée, parfois déjà familiarisées avec des tierces personnes qui viennent les aider. Loin de tout remanier, la PED a seulement amélioré, renforcé, le système d'aide déjà en place. Ainsi, 40% des personnes âgées ont gardé la même aide ménagère, et ont augmenté le nombre d'heures de présence.

2.6. Un relais entre proches et professionnels

Les bénéficiaires de la PED rencontrés dans le cadre de l'évaluation sont très entourés par leur famille, et en particulier par leurs enfants. Souvent eux-mêmes déjà à la retraite, ils consacrent beaucoup de temps à leurs parents dépendants, à qui ils rendent visite fréquemment : 53% des bénéficiaires interrogés voient au moins un de leurs enfants

quotidiennement, 29% une à deux fois par semaine. Les visites des enfants procurent aux personnes âgées de la compagnie, mais aussi une aide domestique, ménage, entretien, commissions, voire une aide à la personne, toilette, habillage, prise des repas. D'ailleurs, plus les parents sont dépendants, et plus les visites des enfants sont quotidiennes.

Cette forte intervention des enfants n'est possible que s'il y a proximité géographique : seulement 15% des bénéficiaires n'ont aucun enfant qui habite à moins d'une heure de leur domicile. Cette situation est ancienne quand les enfants sont restés au domicile des parents ou se sont installés dans un logement proche de leurs parents. Elle est plus récente quand, aux premiers signes de dépendance, les personnes âgées ont déménagé pour se rapprocher de leurs enfants, voire se sont installées à leur domicile.

Lorsque la dépendance devient trop lourde à assumer, la famille fait alors appel à des professionnels. Dans la plupart des cas, l'aide professionnelle vient en complément de l'aide familiale et non l'inverse. Il arrive alors que plusieurs professionnels se succèdent au domicile de la personne âgée (infirmière ou aide-soignante, aide ménagère, garde à domicile).

Une forte majorité des personnes âgées rencontrées (85%) emploie une personne rémunérée pour l'aider à faire le ménage. Sous cette dénomination sont regroupées les personnes employées par une association, ainsi que les personnes payées de gré à gré. Ces aides ménagères travaillent en moyenne 12 heures par semaine, réparties sur plusieurs jours. Bien sûr, elles assument de nombreuses tâches domestiques : plus des trois quarts font le ménage courant, le nettoyage des vitres et le repassage. Mais environ le tiers des aides ménagères intervient aussi directement auprès de la personne âgée dépendante, pour l'aider à se lever, faire sa toilette et s'habiller. Les aides ménagères qui accomplissent ce type de tâches sont en moyenne plus présentes (18 heures par semaine). Toutefois, si d'autres aidants interviennent auprès de la personne âgée, que ce soient des proches ou des professionnels, l'aide ménagère intervient moins directement auprès de la personne.

Après l'aide ménagère, le personnel paramédical est le type d'intervenant que l'on rencontre le plus souvent chez une personne âgée : les deux tiers des bénéficiaires de la PED interrogés reçoivent régulièrement des soins à domicile. Ces soins sont donnés principalement par des infirmiers, mais aussi par des aides-soignants. La plupart du temps, cette personne, qui passe souvent au domicile sept jours sur sept, venait déjà avant la demande de PED. D'ailleurs

le coût de son intervention est pris en charge par la sécurité sociale, et non par la PED. L'infirmier ou l'aide-soignant ne se limite pas à donner des soins, il intervient aussi auprès de la personne dépendante pour faire sa toilette (70%), l'habiller (61%), la lever ou la coucher (43%).

Les gardes à domicile, qui assurent auprès de la personne âgée une présence responsable sans impliquer d'intervention effective, sont peu fréquentes. Seulement 18% des bénéficiaires interrogés, essentiellement les plus dépendants, y ont recours. Le plus souvent, cette personne est présente le jour, mais le tiers d'entre elles intervient aussi la nuit.

2.7. Une aide à la personne âgée, mais aussi aux aidants familiaux

Ces professionnels permettent de soulager la famille, et dans ce cadre, la PED assure une mission d'aide à la famille. Déchargée d'une partie du poids de la prise en charge, les proches retrouvent quelques heures de liberté, ce qui leur permet de souffler. Ceci est d'autant plus important que certaines situations lourdes durent plusieurs mois, voire plusieurs années. Cependant, certains proches, en particulier les conjoints, refusent ce relais assuré par des intervenants professionnels. Ils craignent que l'acceptation de cette aide soit interprétée comme une démission de leur part. La prestation en nature est alors difficile à valoriser, à moins d'envisager la rémunération d'un membre de la famille. Le développement des services à domicile dans l'ensemble des secteurs et pour toutes les tranches d'âge devrait progressivement réduire ces freins psychologiques.

Néanmoins, l'intervention des professionnels ne se substitue pas à celle de la famille. La famille reste très investie, non seulement en prenant en charge quelques tâches, mais aussi en organisant la journée des personnes âgées, rythmée par la venue des différents intervenants, professionnels et bénévoles. En particulier, l'aide à apporter aux personnes présentant des troubles de la cohérence et de l'orientation, aux cas de démence sénile, nécessite de prévoir de nombreux relais, afin d'assurer une présence quasi-permanente auprès de la personne âgée. L'infirmier ou l'aide-soignant qui passe le matin et le soir pour le lever et le coucher, l'aide-ménagère qui vient faire le ménage et préparer le repas dans le courant de la matinée, et enfin la fille qui vient aider sa mère prendre le repas du midi et qui reste avec elle une partie de l'après-midi, voici un emploi du temps assez classique assuré en partie grâce à la PED.

3. Les deux orientations complémentaires de la politique d'action sociale envers les personnes âgées : le maintien à domicile et l'institution

La politique d'action sociale menée envers les personnes âgées, que ce soit par l'Etat, les collectivités locales, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ou les différentes caisses de retraite, s'est surtout développée pour permettre aux retraités qui le souhaitent de rester le plus longtemps possible à leur domicile et de vivre dans un environnement familial. Au delà d'un souhait exprimé par l'ensemble de la population, le maintien à domicile présente l'avantage de revenir moins cher à la collectivité que le placement en établissement, au moins pour les personnes en situation de dépendance légère ou moyenne.

Sans aller jusqu'à employer le terme de « gisement d'emploi », on peut penser que l'ensemble du secteur de l'aide à domicile connaîtra à l'avenir un fort développement pour répondre aux demandes des personnes âgées et de leur famille, en particulier grâce à la solvabilisation qu'entraîne la Prestation Spécifique Dépendance, mais aussi les autres aides existantes. Face à cet accroissement rapide de la demande, on risque de voir apparaître des services qui mettent à disposition des personnes inexpérimentées et insuffisamment qualifiées. Pourtant, les métiers de l'aide à domicile, qui comportent une forte composante relationnelle, nécessitent une formation pour apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées. C'est pourquoi ce secteur professionnel, qui historiquement est essentiellement associatif, engage une réflexion sur la question de la formation et de la qualité du service¹². Pour ces métiers, les critères de qualité ne sont pas les mêmes que ceux d'un service habituel : l'objectif est de préserver le plus longtemps possible l'autonomie de la personne âgée, de la stimuler en l'amenant à participer au plus grand nombre d'activités possibles, ce qui peut éventuellement aller à l'encontre des souhaits de la personne âgée ou de sa famille ; dans un service habituel, il faut fidéliser la clientèle en la rendant totalement dépendante du service proposé, et en répondant parfaitement à ses aspirations.

¹² Un Contrat d'Etudes Prospective sur le secteur de l'aide à domicile et des employés de maison est actuellement en cours, associant la Délégation générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle et les fédérations employeurs d'aide à domicile et employés de maison.

Dans le cadre de la nouvelle prestation, une majorité de Conseils Généraux semble privilégier le service mandataire par rapport au prestataire. Il est alors plus difficile d'exercer ce contrôle de la qualité du service.

Même si une aide adaptée permet de retarder le moment où il faut quitter le domicile, il arrive souvent que le niveau de dépendance est tel que seul le placement en institution permet d'assurer les soins et la sécurité nécessaires. L'autre volet de la politique de l'action sociale développée en France consiste à offrir à ces personnes un accueil en établissement adapté à leurs besoins, dans un cadre convivial et qui ne soit pas complètement coupé du reste de la société. Ainsi, maintien à domicile et placement en institution sont deux axes complémentaires d'une politique, et non deux façons différentes de résoudre la question de la dépendance. La preuve en est que des maisons de retraite développent maintenant en parallèle des services d'aide à domicile.

**Politique à l'égard des personnes âgées en France :
chronologie des principales études et réformes**

• 1962 : Rapport LAROQUE

A défini une nouvelle attitude à l'égard de la retraite et du grand âge. Privilégie le maintien à domicile, une attitude positive à l'égard du « troisième âge » et la nécessité d'accroître les prestations de services et de mieux les coordonner.

• 1967 : L'assurance-vieillesse est dissociée des prestations-maladie.

• 1970 : Loi hospitalière, régissant les services médicaux à long terme.

• 1975 : Législation relative aux services sociaux, réglementant les logements collectifs et les maisons de retraite. Création de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP).

• 1977 : Réglementations concernant les sections de cure médicale dans les structures d'accueil. Suppression de l'obligation alimentaire, pour financer l'aide ménagère.

• 1981 : Création d'un organe ministériel pour les personnes âgées.

• 1983-1986 : Lois de décentralisation - l'action sociale est déléguée aux départements.

• 1988 : Rapport BRAUN

Réaffirme l'importance des aides pour le maintien à domicile, et propose une gamme de mesures fiscales, d'indemnités et de services coordonnés.

• 1991 : Loi hospitalière, définissant les prestations de moyen séjour en faveur des personnes âgées.

• 1991 : Rapport BOULARD et Rapport SCHOPFLIN

Ces deux rapports recommandent la création d'une prestation en espèces servie sous conditions de ressources pour remplacer l'ACTP dont elle élargit le champ d'application. D'autres recommandations sont formulées en vue notamment d'apporter une aide aux soignants informels, d'accroître et d'améliorer les possibilités de placements et de mieux coordonner le financement et la prestation des services sociaux.

• 1995 : Mise en place d'une allocation dépendance à titre expérimental dans 12 départements.

• 1997 : Mise en place de la prestation spécifique dépendance.

Source : *Protéger les personnes âgées dépendantes : des politiques en mutation, OCDE, 1996*

Deuxième partie :

Mesurer la dépendance

La dépendance est un terme qui fait partie du langage courant. Pourtant, c'est une notion floue. Comme le souligne Henriette GARDENT¹³, un des signes de cette ambiguïté dans la définition du terme, c'est qu'il est difficile d'y associer son contraire. Sémantiquement, le terme qui s'impose est celui d'indépendance. Pourtant, on lui préfère le terme d'autonomie. La dépendance serait donc une perte d'autonomie. Or l'autonomie englobe à la fois la notion d'indépendance physique et psychologique, et la possibilité de faire ses propres choix.

La première partie de ce chapitre va donc tente d'éclaircir le concept de dépendance. Il sera ensuite possible de détailler l'intérêt d'un outil de mesure de la dépendance.

Les outils de mesure se sont multipliés depuis le début des années 1980, en particulier par ce qu'ils sont conçus pour répondre à des objectifs très différents. Cependant, un outil semble s'imposer, surtout depuis la mise en place de la Prestation Supplémentaire Dépendance : il s'agit de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources). On essayera de resituer cette grille par rapport à l'ensemble des critères de qualité qui auront été définis précédemment.

¹³ H. GARDENT, *A propos de l'évaluation de la dépendance*, Gérontologie et Société, n°65, juin 1993.

1. Définition de la dépendance

L'état de santé des personnes âgées est marqué à la fois par les conséquences de maladies chroniques et celles du vieillissement physiologique de l'organisme. Cette détérioration de l'état de santé entraîne un état de dépendance physique et/ou mentale qui empêche la personne âgée d'accomplir seule un certain nombre d'actes de la vie quotidienne tels que se lever, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer ou manger. La personne âgée est souvent inapte à réaliser les tâches domestiques qui lui permettraient de vivre seule dans un logement ordinaire telles que l'entretien de la maison ou la préparation des repas.

La dépendance atteint des degrés divers et correspond à des situations qui renvoient à des réalités très différentes. Sous ce même terme sont associées les personnes âgées qui sont momentanément alitées suite à une rupture du col du fémur ou encore les personnes souffrant de la maladie d'ALZHEIMER.

1.1. La dépendance n'est pas une maladie, mais une conséquence de pathologies

Le concept d'incapacité développé par P. WOOD¹⁴ distingue la maladie de ses *conséquences* sur la vie quotidienne. Pour la personne âgée, on parlera de dépendance, dans la mesure où souffrir de ces incapacités l'oblige à demander l'aide d'un tiers.

On génère ainsi des mesures indépendantes de l'origine, du nombre et du type de pathologies. En effet, deux personnes souffrant des mêmes pathologies, à des stades d'évolution semblables, n'en subissent pas forcément les mêmes conséquences sur leur vie quotidienne. Plusieurs autres éléments entrent en jeu : la volonté de la personne âgée de rester autonome, l'adaptation du logement, l'utilisation d'aides techniques.... On peut illustrer ces différences par deux exemples :

¹⁴ Classification internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris, OMS/CTNERHI/INSERM, 1988.

- Deux personnes âgées sont immobilisées suite à une chute. La première est particulièrement combative et s'est rapidement remise à marcher. La deuxième a eu un comportement un peu dépressif suite à cette immobilisation, et a gardé une immobilisation partielle.
- Deux personnes âgées ont des difficultés à marcher suite à des problèmes d'arthrose. Le logement de la première est dans un immeuble avec ascenseur. La deuxième habite au premier étage d'une maison. La première sera encore en mesure de sortir seule, la deuxième sera dépendante d'un tiers pour sortir.

Si on observe un écart entre les pathologies dont souffre la personne âgée et les incapacités, il y a aussi un écart entre les incapacités et l'aide effective ou même l'aide souhaitée. Les écarts dépendront de l'offre de services aux alentours du domicile de la personne âgée, de la proximité de la famille ou bien des freins psychologiques ou culturels qui peuvent encore exister à l'idée de bénéficier de l'aide d'une personne étrangère à la famille et rémunérée pour le faire.

1.2. L'approche de l'OMS : la classification internationale des handicaps

L'OMS, à partir des travaux de P. WOOD, classe les effets des maladies et états chroniques invalidants à partir de trois notions : *déficiences, incapacités et handicaps*.

- Déficiences : déficit, besoin ou manque, qu'ils soient d'ordre anatomiques, physiologiques ou psychologiques (*écart à une norme physiologique ou médicale*),
- Incapacités : réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir certains gestes ou certaines activités (*écart à une norme fonctionnelle*),
- Handicap ou désavantage : traduction sociale des altérations de l'état de santé ou des états chroniques invalidants, exprimés en termes de déficiences ou d'incapacités (*écart à une norme sociale*).

La classification internationale des handicaps définit ainsi six dimensions fondamentales :

- la mobilité physique des individus,
- l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, se laver),
- l'exercice des occupations habituelles à son âge et à son sexe : il s'agit de tâches plus élaborées, qui sont en relation avec la vie sociale des individus (jouer au bridge par exemple...),
- l'orientation dans le temps et dans l'espace,
- l'entretien de relations sociales,
- la suffisance économique obtenue par le travail ou d'autres sources de revenus.

Toute personne ne pouvant pas accomplir complètement au moins une de ces six dimensions souffre d'un désavantage par rapport à ses pairs, qui dans le cas d'une personne âgée, entraîne une situation de dépendance.

1.3. Une autre classification : les activités essentielles et instrumentales

En 1970, KATZ a construit un index des activités de la vie quotidienne, qui définit six fonctions considérées comme essentielles à la survie biologique (se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir, aller aux W-C., maîtriser ses sphincters).

Les travaux de KATZ ont été prolongés par LAWTON qui propose d'explorer huit activités que l'individu doit être en mesure de réaliser pour rester au domicile, les activités instrumentales de la vie quotidienne : utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, entretenir la maison, faire la lessive, utiliser les moyens de transports, prendre ses médicaments, gérer son budget.

Bien sûr, il existe des liens forts entre les approches de KATZ, LAWTON et celles de P. WOOD. Par exemple, les fonctions essentielles de KATZ correspondent à la dimension de l'indépendance physique de la classification de l'OMS. Mais chaque approche a aussi des spécificités et sa propre logique de construction. L'une et l'autre peuvent servir de base à la conception d'outils de mesure.

2. Les outils de mesure

2.1. Intérêt des outils de mesure

On a vu précédemment que la dépendance entraîne des besoins. L'objectif d'une grille d'évaluation est d'estimer l'importance et la nature des besoins, que ce soit au niveau d'un individu ou d'une population.

Pour cela, il est nécessaire de disposer d'outils de mesure validés. Quel que soit l'outil, il part d'une situation jugée « normale », où une personne âgée est capable de réaliser elle-même les activités de la vie courante jugées indispensables à la survie. Il mesure la déviance par rapport à cette situation normale. En cela, les outils de mesure sont le prolongement des concepts de déficiences et d'incapacités, qui définissaient des écarts à une norme.

Un instrument de mesure est en général composé d'une série d'indicateurs, qui permettent de considérer les handicaps de la personne âgée dans l'ensemble des domaines de la vie quotidienne. Ces indicateurs se réfèrent aux typologies évoquées précédemment, que ce soient les six dimensions fondamentales de la classification internationale des handicaps, ou les variables essentielles et instrumentales, ou encore d'autres classements. Selon les instruments de mesure, ils prennent en compte l'ensemble de ces composantes ou seulement une partie.

A chaque indicateur est associée une échelle, qui traduit la situation de la personne par rapport au critère étudié. Cette échelle peut être plus ou moins détaillée : on note seulement la présence ou l'absence d'une déficience, ou on gradue le degré de sévérité en un nombre variable d'items, comme par exemple en quatre niveaux : sévère, moyen, léger, pas de détérioration. Augmenter le nombre de degrés de cotation augmente la précision de la description, mais aussi le risque de divergence d'interprétation entre les évaluateurs de la dépendance, et donc nuit à la fidélité¹⁵ de l'instrument. C'est pourquoi, l'échelle à trois niveaux de cotation est souvent privilégiée. Cependant, elle pose le problème de la valeur modale, qui est utilisée comme « fourre-tout ».

¹⁵ Cf. Paragraphe suivant : la qualité d'un indicateur.

Une fois que le nombre de degrés est fixé, il reste à définir à quoi correspondent les différents niveaux. On peut se référer à la fréquence de l'activité. Un étalon souvent utilisé correspond à l'aide nécessaire à la personne pour qu'elle puisse accomplir la fonction étudiée. Par exemple, la personne âgée fait sa toilette seule totalement, fait seulement la toilette du haut sans l'aide d'un tiers, ou ne peut pas du tout faire sa toilette seule. Il faut alors bien distinguer l'aide effective, dont dispose la personne âgée actuellement, et l'aide théorique, dont elle devrait bénéficier vu son état. De plus, l'aide a deux composantes : l'aide humaine, qu'elle soit apportée par un conjoint, un enfant ou un professionnel, mais aussi l'aide technique -cane, fauteuil roulant, barres d'appui,... Quelles que soient les approches utilisées pour la construction des échelles de mesure, il est souhaitable que la méthode adoptée soit la même sur l'ensemble de la batterie d'indicateurs.

Une fois que la série d'indicateurs est construite - liste des fonctions étudiées et échelles de graduation associées-, on peut passer à une information résumée : elle permet d'avoir une vision globale de la situation de la personne, en synthétisant l'observation. Ce principe simple soulève une interrogation importante : est-il possible d'agrèger les différentes informations ? En particulier, sont-elles de même nature, ou encore ont-elle la même dimension ?

La réponse à cette question se traduit par le choix d'une règle d'agrégation : la plus simple consiste à sommer les « scores » obtenus à chaque indicateur, mais on peut aussi envisager d'accorder des poids différents aux indicateurs, ce qui revient à attribuer une plus ou moins grande importance à chacun d'entre eux. Dans ce cas, il faut pouvoir justifier des critères de pondération (fréquence des activités dans la journée, temps d'aide,...), au regard de l'objectif de la mesure.

Si les scores globaux présentent l'intérêt de pouvoir associer un niveau à une personne, ils sont aussi extrêmement réducteurs. En particulier, ils risquent d'écraser les différences de structure par domaine de la dépendance. Un même score peut correspondre à des profils de dépendance très différents, et donc à des besoins très différents. Ceci est surtout vérifié pour les valeurs moyennes du score.

2.2. Les différents outils de mesure

Les grilles d'évaluation de la dépendance sont apparues il y a une trentaine d'années. Depuis, leur nombre n'a cessé d'augmenter au fur et à mesure du développement des besoins. La multiplicité de ces instruments de mesure trouve sa justification dans la difficulté à mesurer la dépendance, phénomène complexe qui englobe de multiples dimensions, et dans la variété des utilisateurs de ce type d'outils.

On dénombre aujourd'hui quelques 300 grilles de mesure. Si elles se réfèrent toutes à un certain nombre de dimensions communes de l'incapacité, chacune présente aussi des items et des degrés différents de dépendance. Ceux-ci sont fonction des objectifs fixés par les évaluateurs.

Trois grands types d'objectifs peuvent être relevés :

- évaluer l'état de dépendance et suivre son évolution,
- déterminer le niveau de prise en charge d'une personne en fonction de son degré de dépendance,
- connaître la structure globale de dépendance d'une population hébergée en institution, voire de la population totale, afin d'adapter les modalités de prise en charge ou classer les individus en groupes homogènes.

Les grilles employées pour les deux premiers objectifs sont dénommées *grilles cliniques*. Elles concernent l'individu. Ce sont ces grilles qui ont tendance à se multiplier. En effet, chaque institution, voire chaque unité de soins au sein d'un même établissement, cherche à mettre en place un outil de mesure de la dépendance qui soit adapté à ses besoins.

Pour le dernier objectif, on parle plutôt de *grilles d'enquêtes*. Contrairement aux outils précédents, ces grilles doivent être des instruments stables permettant de disposer d'informations comparables aussi bien dans le temps que dans l'espace. Elles ont un intérêt statistique, pour décrire une population et ne présentent pas d'intérêt individu par individu.

Ainsi, une grille ne peut être utilisée de façon fiable si on ne connaît pas l'objectif auquel elle répond. D'où l'importance d'avoir pour chaque grille un « mode d'emploi » explicite, tant au niveau de l'objectif, que des conditions de remplissage et de la définition des degrés de cotation.

2.3. Mesure de la qualité de l'outil

Pour résumer l'ensemble des éléments développés plus haut, et selon le groupe de recherche sur le Besoin et les Indicateurs en Gérontologie¹⁶, un instrument doit répondre à trois critères :

- validité : un instrument est pertinent s'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer, et s'il varie avec ce qu'il est censé mesurer,
- fiabilité : un instrument doit approcher le phénomène observé avec une grande précision. La fiabilité comprend deux composantes :
 - le pouvoir discriminant (séparer des états différents),
 - la reproductibilité (les mesures sont les mêmes si elles sont reproduites),
- facilité d'application (au niveau des enquêtés et des enquêteurs). Ce dernier critère inclut le temps de passation et le coût de la mise en oeuvre.

2.4. D'une grille à l'autre ...

On a vu qu'il existe de nombreuses grilles. Les comparaisons entre différentes grilles sont difficiles à mener : différence dans les définitions des items, le nombre et la définition des échelles de cotation, ... Seules deux types de comparaisons sont envisageables :

- une comparaison dans le temps sur la base d'observations réalisées avec le même outil,
- une comparaison entre plusieurs outils, à partir d'un échantillon commun.

¹⁶ *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie, Information, Validation, Utilisation*, Inserm, sous la direction d'Alain COLVEZ et d'Henriette GARDENT, 1990.

Henriette GARDENT¹⁷ s'est livrée au deuxième type d'analyse comparative, à partir de six grilles de mesures différentes. Elle a ainsi pu montrer qu'il existait de fortes corrélations entre les représentations d'une même population à travers différents instruments, en particulier pour les fonctions essentielles. Il existe néanmoins des écarts liés à l'observateur et aux différences dans les options méthodologiques, en particulier, pour les mesures de dépendance psychique (intellectuelle et comportementale).

Parmi les différentes grilles de mesure, il semble que la grille AGGIR soit celle qui se soit imposée. Elle est devenue la grille nationale d'évaluation, légalement utilisée pour la prestation spécifique dépendance.

¹⁷ opus cit.

3. La grille AGGIR

3.1. Les objectifs de la grille AGGIR

La grille AGGIR permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités que la personne âgée peut effectuer ou non et de définir six groupes iso-ressources, en fonction du degré de la perte d'autonomie observée, ceci uniquement pour les soins de base. Cette grille ne pose aucune question sur les pathologies de la personne âgée, ce qui la rend utilisable y compris par des personnes qui n'ont pas de connaissances médicales.

Un algorithme permet de passer automatiquement des variables décrivant la perte d'autonomie à cette classification en groupes iso-ressources.

La grille AGGIR peut être classée aussi bien parmi les grilles cliniques que parmi les grilles d'enquête, selon l'utilisation qui en est faite. En effet, elle a un double objectif défini ainsi dans son guide d'utilisation :

- un outil d'aide à la décision : elle est l'un des éléments d'appréciation et de jugement des professionnels chargés de déterminer la nature des aides à apporter, d'élaborer un plan d'aide à la personne et d'établir une proposition d'attribution de prestation,
- une approche statistique par les groupes Iso-Ressources.

Les Groupes Iso-Ressources

GIR 1 : Il correspond essentiellement aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie.

GIR 2 : Il correspond essentiellement à deux groupes de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit et au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.

GIR 3 : Il correspond essentiellement aux groupes de personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

GIR 4 : Il comprend essentiellement deux groupes de personnes :

- celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.

- celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

GIR 5 : Il comprend les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation du repas et le ménage.

GIR 6 : Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

3.2. Description de la grille AGGIR

La grille AGGIR se présente sous la forme d'un tableau de variables discriminantes, décrivant les actes essentiels, et de variables illustratives, décrivant les actes matériels.

La dimension physique

Tout d'abord cette grille s'appuie sur le noyau dur des cinq activités correspondant aux actes essentiels de la vie courante :

- alimentation,
- habillement,
- toilette,
- continence,
- déplacements.

La dimension mentale et la vie relationnelle

C'est par le choix des variables explorant les dimensions mentale et relationnelle que la grille AGGIR se distingue des autres outils d'évaluation. En effet, si la plupart des grilles prennent en compte ce type de dimensions, elles ne les appréhendent pas toujours de la même manière. Tandis qu'aux activités de base, citées plus haut, la grille AGGIR ajoute des éléments concernant les déficits intellectuels (mémoire, orientation), et la communication, d'autres grilles s'intéressent aux troubles affectifs ou caractériels.

Les variables illustratives

Enfin, les variables dites illustratives s'attachent essentiellement à évaluer le degré d'autonomie de la personne âgée en fonction de son lieu de vie. Ces variables n'interviennent pas dans le calcul des groupes iso-ressources.

La liste des indicateurs de la grille AGGIR intègre à la fois des éléments issus des six fonctions de l'OMS, et des éléments de la classification de KATZ et LAWSTON.

La grille nationale AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES	
COHERENCE : converser et/ ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales ou de passe-temps	

3.3. Le codage des observations

La grille AGGIR fait correspondre à chacune des variables trois cotations :

- A = la personne effectue seule l'acte décrit,
- B = la personne effectue cet acte partiellement,
- C = la personne n'effectue pas cet acte.

Cette échelle ordinale permet d'établir une hiérarchisation. La grille AGGIR se fonde sur les activités non réalisées par la personne âgée, non sur ce qu'elle est capable de faire, et ne tient pas compte de ce que font les aidants. En revanche, elle considère les aides matérielles comme faisant partie de la personne dépendante. Ainsi, une personne en fauteuil roulant est considérée comme assurant seule ses déplacements.

3.4. Le recueil des données

On a vu que la qualité d'une grille dépend aussi directement de la phase de recueil de l'information.

A partir de la grille AGGIR, deux types de méthodes de recueil peuvent être envisagés :

- l'observation directe en présence de la personne âgée,
- la reconstitution de l'observation a priori.

La première consiste à remplir la grille au moment de l'entretien avec la personne âgée, et éventuellement de discuter des choix avec elle ou son entourage. Cependant, le fait de remplir le document pendant l'entretien fausse la relation qui s'établit entre l'enquêteur et l'enquêté. La deuxième consiste à mener l'entretien, et à remplir la grille à la sortie. Cette méthode présente l'intérêt de s'appuyer sur un jugement global de la personne, mais l'information est construite à partir du souvenir laissé à l'enquêteur par la personne âgée, ce qui peut entraîner des biais.

Dans tous les cas, on peut introduire un « stimulus » dans la situation, et noter la réaction de la personne à ce stimulus ou ce test. Cette méthode peut être intéressante lorsqu'il s'agit d'évaluer les troubles de l'orientation ou de la mémoire, ou encore les capacités de transferts. En revanche, elle apparaît contestable si l'on s'intéresse aux actes de la vie quotidienne, pour lesquels il peut être plus intéressant d'observer ce que fait une personne habituellement plutôt que dans des circonstances exceptionnelles. Ces tests peuvent être faits à l'insu de la personne âgée, ou en lui demandant explicitement de le faire. Ainsi, afin d'apprécier la motricité de la personne, on peut soit demander à la personne âgée de faire visiter son logement, et ainsi juger de sa capacité à se lever et à se déplacer, soit lui demander de faire quelques pas devant l'enquêteur.

Dans le cadre des expérimentations de la prestation dépendance, la grille était remplie par l'équipe médico-sociale composée, selon les départements, de médecins, d'infirmières ou d'assistantes sociales, au domicile de la personne âgée. A l'issue de l'entretien, l'équipe médico-sociale définissait un plan d'aide en fonction des besoins de la personne âgée. A ce plan d'aide était associé un montant de prestation. On a pu constater au cours de l'évaluation qu'il n'y avait pas de lien systématique entre les codes de la grille AGGIR et le plan d'aide, ou même le montant de la prestation. Cet outil était plus vécu comme un guide d'entretien pour lister les points à observer chez la personne âgée, et par la suite comme un moyen d'obtenir des statistiques sur le niveau de dépendance des personnes âgées. L'instrument de mesure jouait alors dans la relation observateur-observé un rôle un peu différent de celui pour lequel il était construit. Les membres de l'équipe médico-sociale ont tous jugé nécessaire de compléter cette grille avec d'autres documents pour avoir tous les éléments nécessaires à l'élaboration d'un plan d'aide. En particulier, ils souhaitaient intégrer des variables qui décrivent le milieu environnemental. Le texte de loi définissant la nouvelle prestation dépendance prévoit d'ailleurs en dehors de la grille AGGIR, une liste d'informations complémentaires faisant le point sur les soins et aides existants, l'entourage ou encore l'habitat.

Si pour la prestation expérimentale, il n'y avait pas de restriction de l'obtention de la prestation à certains niveaux de dépendance (aussi appelé GIR : Groupe Iso-Ressource), la nouvelle prestation est limitée aux trois niveaux de dépendance les plus lourds. Comme il n'y a pas de lien direct entre l'aide que nécessite la personne et son GIR, on peut craindre que

cette mesure empêche des personnes ayant un faible niveau de dépendance, mais cependant dans un environnement peu favorable, de bénéficier d'une prestation qui leur serait utile pour bénéficier d'une aide extérieure.

Troisième partie :

Évaluation des professionnels et perceptions des bénéficiaires,
comment comparer ?

Dans le cadre de l'expérimentation de la PED, l'évaluation de la dépendance se faisait par la visite, au domicile de la personne âgée, d'un ou plusieurs professionnels (médecin, assistante sociale, infirmière). Cette visite se concrétisait notamment par le remplissage de la grille AGGIR. Cette grille, si elle permet de fournir des données comparables et objectives sur l'état de dépendance de la personne âgée, se heurte aux limites générales des outils de mesure, qui tentent par des données quantitatives d'appréhender une réalité complexe.

Au cours de l'évaluation des expérimentations, les entretiens réalisés par le CREDOC avec des utilisateurs de la grille ont mis ainsi en évidence un certain nombre de difficultés auxquelles se heurtent les évaluateurs. Celles-ci sont de deux ordres :

- les erreurs de notation, notamment les problèmes pour attribuer une note sur une échelle à trois valeurs,
- les difficultés d'observation : il est difficile d'observer la dépendance des personnes âgées au cours d'une visite ponctuelle. La pathologie présentée par la personne peut être plus ou moins aiguë selon le moment de la journée. La personne peut également réagir de façon différente aux stimuli selon son état de fatigue, ou même son état d'esprit lors de la visite.

Le CRÉDOC a interrogé 713 bénéficiaires de la PED. Pour 539 d'entre eux, il a par ailleurs été possible de connaître les résultats de la grille AGGIR remplie par l'équipe médico-sociale au moment de la visite à domicile. C'est sur ces personnes que porte l'analyse qui suit. Si l'objectif de l'enquête du CRÉDOC n'était pas à l'origine, de chercher à comparer la dépendance déclarée par les personnes âgées ou son entourage et celle observée par le personnel médical et social dans le cadre de l'attribution de la PED, il nous a semblé possible, au moins sur certains aspects, de procéder a posteriori à cette étude comparative.

Ces deux visions de la dépendance appréhendent chacune une réalité différente, dans la mesure où il s'agit dans un cas de représentations, dans l'autre d'une construction de la réalité. Elles fournissent souvent des résultats proches, mais elles s'opposent parfois, y compris sur des éléments qui paraissent simples à mesurer, comme être capable de s'habiller ou de manger seul.

Cette partie cherche d'abord à construire un outil de mesure de la dépendance s'appuyant sur les réponses de la personne âgée et de son entourage qui soit comparable avec les données fournies par la grille AGGIR. Cette construction a nécessité de prendre un certain nombre de précautions, le questionnaire du CRÉDOC n'ayant pas été construit pour une telle utilisation. Il nous a donc semblé utile de détailler ici la méthodologie utilisée. Les indicateurs ainsi construits et leur définition est résumée dans un encadré à la fin de cette partie.

1. Construction d'un outil de mesure de la dépendance issu du questionnaire des personnes âgées

Dans le cadre de l'évaluation des expérimentations de la prestation dépendance, le CRÉDOC a réalisé une enquête directe auprès de 713 bénéficiaires de la prestation. Cette enquête s'est déroulée sur les douze départements participant à l'expérimentation, plus d'un an après son démarrage. Les entretiens ont tous eu lieu au domicile de la personne âgée, le plus souvent en présence d'un proche (conjoint, enfant, ou encore aide ménagère). Cette personne répondait à la place de la personne âgée lorsque cette dernière ne connaissait pas les informations demandées ou lorsque son état ne lui permettait pas de répondre. Le questionnaire abordait les conditions concrètes de mise en place et de fonctionnement de la PED, les effets sur les conditions de vie des bénéficiaires et la place de la famille et des proches dans le plan d'aide.

L'objectif du questionnaire n'était donc pas de recueillir les éléments permettant de construire un outil de mesure de la dépendance, qui puisse ensuite être comparé à la grille AGGIR. A posteriori, il nous a semblé intéressant de tenter cette analyse comparative, en partant du matériel existant. L'échantillon est composé de bénéficiaires de la PED, donc de personnes qui ont été estimées suffisamment dépendantes pour nécessiter l'aide d'une tierce personne. Il ne contient pas de personnes autonomes. Cependant, compte tenu du fait que les évaluateurs ont aussi intégré l'environnement de la personne âgée au moment de leur visite, des personnes de groupes iso-ressources 4, voire 5, pouvaient être bénéficiaires de la PED. Il s'agissait par exemple de personnes vivant dans un logement isolé ou mal adapté.

Les études qui cherchent à comparer les résultats issus de plusieurs outils de mesure sont en général menées à partir de données qui concernent une même population, et qui correspondent à des mesures de même date. Dans notre cas, il y a un décalage dans le temps entre la visite de l'équipe médico-sociale et le remplissage de la grille AGGIR, et l'interrogation auprès des personnes âgées. Ce décalage peut aller jusqu'à un an. Le degré de dépendance mesuré par les professionnels et par l'enquête ne renvoie donc pas tout à fait à des situations semblables. En particulier, la dépendance de la personne âgée peut s'être aggravée entre temps. Cependant, les personnes âgées dont la situation s'était beaucoup détériorée

avaient la possibilité de faire modifier leur plan d'aide, et le montant de la prestation en conséquence. Dans ce cas, l'équipe médicale refaisait une visite et remplissait de nouveau la grille AGGIR. On peut donc penser que les situations qui ont le plus évolué ont été réévaluées.

1.1. La perception des personnes âgées : construction d'indicateurs permettant la comparaison avec la grille AGGIR

Pour pouvoir confronter le degré de dépendance perçu par les personnes interrogées au cours de l'enquête CRÉDOC à celui mesuré, pour les mêmes personnes, par la grille AGGIR, nous avons cherché à construire une série d'indicateurs qui portent sur les mêmes fonctions.

Pour que cette construction soit possible, il est nécessaire que le questionnaire CRÉDOC contienne suffisamment d'éléments relatifs à la fonction considérée pour discriminer effectivement les personnes interrogées selon leur degré de dépendance. Ces éléments devaient de plus être proches de la définition du degré de dépendance retenue par la grille AGGIR. Le but de l'étude pour laquelle a été élaboré ce questionnaire était de décrire les caractéristiques des bénéficiaires, leurs conditions de vie ainsi que leur opinion sur la prestation. Il ne recueillait pas nécessairement des détails sur tous les aspects de la dépendance, car il ne prétendait pas la mesurer précisément, mais se contentait de certains aspects pour avoir un aperçu des conditions de vie des répondants.

Ainsi, nous avons dû renoncer à comparer les perceptions et l'évaluation pour 9 des variables utilisées par la grille AGGIR. Il s'agit d'abord de l'orientation, pour laquelle la seule information fournie par l'enquête auprès de la personne âgée est relative à la peur de se perdre dans la rue. Le questionnaire ne donne notamment pas d'éléments sur les difficultés à se repérer dans le temps, ou sur celles à se repérer dans les lieux autres que la rue. Nous avons également éliminé la cohérence, thème qui n'était pas évoqué.

Les problèmes de l'élimination ne sont pas du tout abordés dans le questionnaire, ceux des déplacements intérieurs ou de la communication ne le sont que par la description des aménagements effectués chez la personne interrogée pour pallier à d'éventuels handicaps. La seule question relative à la gestion concerne les formalités administratives. Or la grille

AGGIR prend également en compte sous ce terme la gestion du budget, des biens. La comparaison risquerait ici d'être biaisée par une définition de la variable trop peu restrictive pour la perception par rapport à la définition retenue par l'évaluation. La même difficulté a conduit à écarter la variable « achats » appréhendée dans le questionnaire par le seul biais des courses. Enfin, le questionnaire ne traite ni la question des transports, ni celle des loisirs.

Tableau n°2 :
Les variables de la grille AGGIR sélectionnées

variables discriminantes sélectionnées	
toilette	assumer l'hygiène corporelle
habillement	s'habiller, se déshabiller, se présenter
alimentation	manger les aliments préparés
transferts	se lever, se coucher, s'asseoir
déplacement extérieur	à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport
variables discriminantes non sélectionnées	
orientation	se repérer dans le temps, les moments de la journées et dans les lieux
cohérence	converser et ou se comporter de façon sensée
élimination	assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
déplacement à l'intérieur	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant
communication à distance	utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)
variables illustratives sélectionnées	
cuisine	préparer ses repas et les conditionner pour être servis
ménage	effectuer l'ensemble des travaux ménagers
suivi du traitement	se conformer à l'ordonnance du médecin
variables illustratives non sélectionnées	
gestion	gérer ses propres affaires, son budget, ses biens
transport	prendre et/ou commander un moyen de transport
achats	acquisitions directes ou par correspondance
activités de temps libre	activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps

Source : CREDOC - CNAV, 1996.

Finalement, les perceptions que les personnes âgées ont de leur degré de dépendance n'ont pu être reconstruites que pour huit des variables utilisées par la grille AGGIR, parmi lesquelles cinq discriminantes et trois illustratives.

1.2. La construction de l'échelle de cotation

Pour chaque fonction, il reste à construire une échelle de cotation, à trois niveaux, qui renvoient aux trois niveaux de la grille AGGIR :

- les personnes autonomes, c'est-à-dire aptes à faire seules ou avec une aide technique (A),
- les personnes peu dépendantes, c'est-à-dire faisant partiellement (B),
- les personnes très dépendantes, c'est-à-dire ne faisant pas du tout (C).

Pour chacune des variables sélectionnées, la détermination du degré de dépendance se fera de façon différente selon la nature de l'information recueillie par le questionnaire. Plus précisément, l'autonomie est définie :

- pour les déplacements extérieurs : par le fait ou non de sortir seul, avec ou sans risque d'avoir des problèmes ;
- pour le suivi du traitement : par le fait ou non de les prendre seul, par la capacité à les acheter ;
- pour la toilette, l'habillage, les transferts, l'alimentation, la cuisine, le ménage : par le fait ou non d'avoir une aide pour effectuer ces actions, et par la fréquence de l'aide éventuelle.

En ce qui concerne ces dernières variables, le questionnaire ne fournit pas directement d'informations sur la perception que les personnes âgées ont de leur autonomie. Par contre, il détaille l'aide que les personnes reçoivent, en s'intéressant d'abord aux statuts des aidants (bénévoles -voisins ou proches, membres de la famille, autres personnes habitant au domicile- ou professionnels -infirmière, garde à domicile, aide ménagère-), puis à la nature de l'aide fournie. Cette approche par l'aide reçue est intéressante dans la mesure où c'est également celle adoptée par la grille AGGIR, qui différencie en effet l'aide matérielle de l'aide humaine, et tient compte de la fréquence de l'aide.

Cette approche se heurte cependant ici à deux limites :

- le fait qu'il existe des aides se relayant auprès de la personne âgée est objectif et ne dépend que peu des représentations que la personne interrogée se fait de sa dépendance.

- l'enquête ayant eu lieu après le passage de l'équipe médico-sociale et l'attribution de la PED, l'existence d'une aide peut de plus avoir été déterminée par le plan d'aide, et donc dans une certaine mesure par le remplissage de la grille AGGIR, ce qui peut introduire certains biais dans notre comparaison.

Toutefois, la mission des aidants n'est pas précisément définie par le plan d'aide, qui prévoit seulement un volume d'heures. La nature de l'aide que la personne interrogée déclare recevoir est ainsi représentative du besoin ressenti, et donc du degré de dépendance perçu. Prenons l'exemple d'une personne évaluée très dépendante pour le ménage. Elle bénéficiera alors d'un certain nombre d'heures d'aide ménagère. Si la personne se ressent dépendante pour les transferts, elle utilisera également cette aide pour se lever et pour s'asseoir. Il s'agit cependant bien d'une reconstruction des perceptions, et non strictement de perceptions. Le terme « degré de dépendance perçu » est donc un peu abusif. Enfin, nous distinguerons l'aide « avant le plan d'aide » et l'aide « depuis le plan d'aide », et nous tiendrons compte de la fréquence de l'aide reçue : une personne qui bénéficie d'une aide ménagère depuis le plan d'aide, et qui l'utilise également pour se lever et pour s'asseoir pourra être désignée comme se percevant autonome si cette aide ne vient qu'une fois par semaine.

La construction de l'échelle des cotations a imposé des choix arbitraires. Ceux-ci ont été effectués de façon, d'une part à pouvoir identifier des groupes homogènes de personnes pour lesquelles l'autonomie mesurée et l'autonomie perçue diffèrent, d'autre part à pouvoir effectuer des comparaisons d'une variable à l'autre.

Ces contraintes ont conduit à :

- privilégier une construction telle que l'autonomie perçue et l'autonomie mesurée soient les mêmes pour le plus grand nombre de personnes,
- privilégier la cohérence des valeurs extrêmes de l'échelle (autonomes et dépendantes). Nous nous intéresserons alors principalement aux individus pour lesquels autonomie perçue et autonomie mesurée sont diamétralement opposées,
- conserver une logique de construction semblable pour les différentes variables, lorsque l'information obtenue est la même.

Les deux premières règles permettent de pouvoir assurer, lorsque nous constaterons des différences entre le degré de dépendance perçu et le degré de dépendance observé, que ces différences ne proviennent pas de l'ambiguïté de la construction. La deuxième présente cependant l'inconvénient de transformer la catégorie des personnes « peu dépendantes » (catégorie B) en une catégorie un peu floue et fourre-tout. Il faut cependant noter que lors de l'évaluation, les professionnels formulaient la même critique à l'encontre de la note B de la grille AGGIR : *« Dans la majorité des situations, c'est essentiellement la modalité B qui provoque les désaccords entre les membres de l'équipe médico-sociale lors de l'évaluation de la dépendance. (...) En cas de doute, la modalité B devient une catégorie « fourre-tout », malgré les recommandations du guide d'utilisation de ne pas l'utiliser quand l'évaluateur ne sait pas ».*

La troisième règle permet la comparaison des résultats obtenus d'un indicateur à l'autre. La forme du questionnaire n'a pas permis de construire les indicateurs de dépendance sur les déplacements extérieurs et suivi du traitement sur ce modèle. Le ménage n'est pas nécessairement une tâche quotidienne, contrairement à l'alimentation, la toilette, l'habillage, les transferts, la cuisine. Les fréquences de l'aide utilisée pour la définition des degrés de dépendance ne seront donc pas les mêmes, sans que cela nuise à la comparabilité de ces six indicateurs.

Tableau n°3 :
Reconstruction de l'autonomie perçue pour les indicateurs retenus

	autonomes (catégorie A)	peu dépendants (catégorie B)	très dépendants (catégorie C)
déplacements extérieurs	sort seul (éventuellement avec une aide matérielle)	- ne sort qu'accompagné mais n'a pas alors peur d'avoir des problèmes	- ne sort jamais - ne sort qu'accompagné et a peur d'avoir des problèmes
suivi du traitement	- prend seul ses médicaments - a une aide occasionnelle pour les prendre et les achète seul	a une aide occasionnelle pour les prendre, ce n'est pas lui qui les achète	ne prend jamais seul ses médicaments
toilette, habillage, transferts, alimentation, cuisine	- n'a pas d'aide - a une aide seulement depuis le plan d'aide, moins d'une fois par semaine	- était aidé par une personne ne vivant pas à son domicile avant le plan d'aide, mais n'était pas aidé tous les jours - n'a d'aide que depuis le plan d'aide, au moins une fois par semaine - est aidé par quelqu'un de son domicile	- avait une aide quotidienne, avant le plan d'aide
ménage	- n'a pas d'aide - a une aide seulement depuis le plan d'aide, moins d'une fois par semaine	- était aidé par une personne ne vivant pas à son domicile avant le plan d'aide, mais au plus deux fois par semaine - n'a d'aide que depuis le plan d'aide, 2 fois par semaine - est aidé par quelqu'un de son domicile	- est aidé depuis le plan d'aide, au moins un jour sur deux - était aidé avant le plan d'aide, au moins un jour sur deux

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

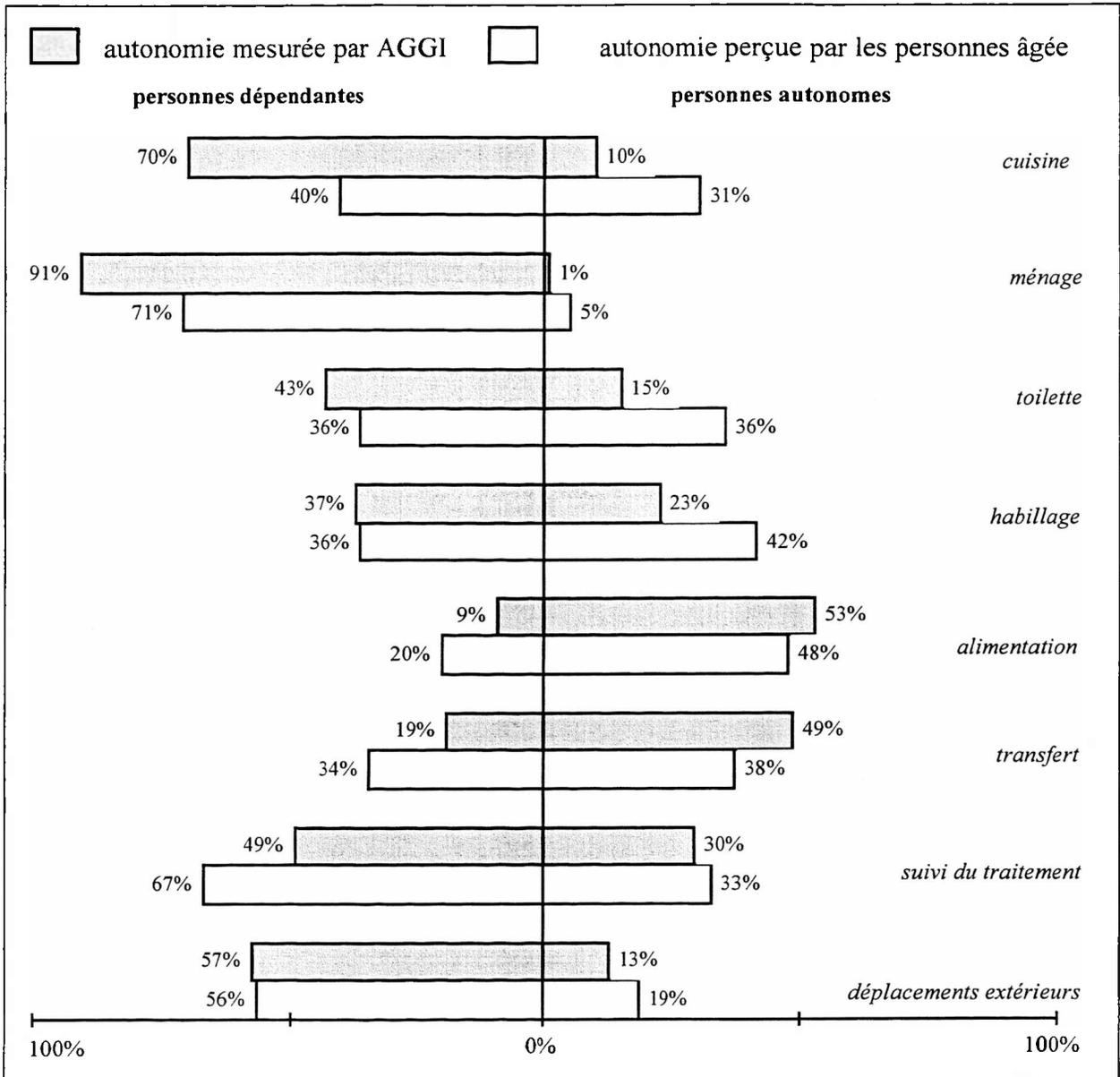
Lorsque la personne interrogée déclare être aidée par quelqu'un de son domicile, le questionnaire ne prévoyait pas de détailler l'intensité de cette aide. De plus, nous ne pouvons pas savoir si cette aide est indispensable à la personne âgée, ou bien s'il s'agit d'un confort, voire un comportement d'assistanat. Nous avons donc considéré les personnes ne recevant pas d'autre aide que celle fournie par une personne de leur domicile comme peu dépendantes.

1.2.1. Croisement de l'observation et de la perception indicateur par indicateur

L'outil de mesure des perceptions est cohérent avec la mesure de l'observation par la grille AGGIR. Pour chaque fonction, les proportions de personnes autonomes ou très dépendantes ne sont pas exactement les mêmes, ces deux indicateurs ne renvoyant pas à la même modélisation de la réalité. Cependant, observation et perception conservent la même logique : les dépendances les plus fréquentes concernent les mêmes variables dans les deux cas. Dans le graphique qui suit, on voit par exemple que ce sont pour les fonctions alimentation et transfert que les personnes autonomes sont les plus nombreuses, aussi bien avec la grille AGGIR qu'avec l'indicateur de perception.

Graphique n°1 :

L'observation et la perception : comparaison variable par variable



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

1.3. Les méthodes de comparaison entre la perception et l'évaluation indicateur par indicateur.

Pour chacun des indicateurs, nous déclinons les différences de perception en « même perception », « perception peu différente », « perception opposée » et « différence indéterminée ».

Le caractère hétéroclite de la catégorie des personnes peu dépendantes (catégorie B) conduit à prendre certaines précautions lors de la construction des différences de perception. Ainsi, dans cette catégorie, un peu « fourre-tout », certaines personnes âgées sont plutôt dépendantes, d'autres sont plutôt autonomes. Selon les cas, dans la comparaison, ces personnes ont été rapprochées de celles qui se percevaient effectivement autonomes ou dépendantes.

Du fait de l'hétérogénéité de la catégorie, on ne peut affirmer que les personnes mesurées peu dépendantes et se percevant comme telles ont une perception semblable. Ce sont ces personnes qui constitueront la catégorie « perception indéterminée ».

Le tableau suivant détaille la construction de ces indicateurs.

Tableau n°4 :

La construction des indicateurs de comparaison variable par variable

	Perception opposée	Perception peu différente	Même perception	perception indéterminée
déplacements extérieurs, suivi du traitement				
personnes mesurées autonomes	- personnes se percevant dépendantes - personnes se percevant partiellement autonomes	- personnes se percevant partiellement autonomes	- personnes se percevant autonomes	
personnes mesurées partiellement autonomes		- personnes se percevant autonomes - personnes se percevant dépendantes		- personnes se percevant partiellement autonomes
personnes mesurées dépendantes	- personnes se percevant autonomes	- personnes se percevant partiellement autonomes	- personnes se percevant dépendantes	
toilette, habillement, transferts, alimentation, cuisine				
personnes mesurées autonomes	- personnes se percevant dépendantes - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles qui reçoivent une aide quotidienne depuis le plan d'aide	- parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles qui : - avaient une aide avant le plan d'aide, un jour sur deux ou un jour sur deux ou une fois par semaine - ont une aide depuis le plan d'aide, une fois par semaine - sont aidées par quelqu'un de leur domicile	- personnes se percevant autonomes	
personnes mesurées partiellement autonomes		- personnes se percevant autonomes - personnes se percevant dépendantes		- personnes se percevant partiellement autonomes

personnes mesurées dépendantes	<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant autonomes - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles ayant une aide avant le plan d'aide moins d'une fois par semaine - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles ayant une aide depuis le plan d'aide, deux fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles qui : - avaient une aide avant le plan d'aide, un jour sur deux ou un jour sur deux ou une fois par semaine - ont une aide depuis le plan d'aide, une fois par semaine - sont aidées par quelqu'un de leur domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant dépendantes 	
ménage				
personnes mesurées autonomes	<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant dépendantes - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles qui avaient une aide quotidienne avant le plan d'aide 	<ul style="list-style-type: none"> - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles qui étaient aidées par quelqu'un de leur domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant autonomes 	
personnes mesurées partiellement autonomes		<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant autonomes - personnes se percevant dépendantes 		<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant partiellement autonomes
personnes mesurées dépendantes	<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant autonomes - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles ayant une aide avant le plan d'aide moins de deux fois par semaine fois par semaine - parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles ayant une aide depuis le plan d'aide, deux fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> parmi les personnes se percevant partiellement autonomes, celles qui étaient aidées par quelqu'un de leur domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - personnes se percevant dépendantes 	

Source : CREDOC - CNAV 1996

Le tableau suivant fournit les résultats de la comparaison. Pour tous les indicateurs sauf le ménage et le suivi du traitement, la proportion de personnes ayant une perception semblable à la mesure est équivalente. Ces proportions varient entre 33% pour la toilette et 42% pour les déplacements extérieurs. Pour plus de la majorité des personnes interrogées, la perception et l'observation diffèrent. Cependant, elles ne sont opposées que pour une minorité de personnes (entre 10 et 15% selon les variables). La perception et la mesure coïncident plus fréquemment pour le ménage : qu'elle soit observée ou perçue, la dépendance des personnes âgées relativement au ménage fait l'unanimité. Les mesures coïncident également fréquemment pour le suivi du traitement.

Tableau n°5 :
Les différences de perception pour chacune des variables
(en %)

	Même perception	Perception peu différente	perception opposée	indéterminée	total
déplacements extérieurs	42	33	15	10	100
suivi du traitement	66	18	15	1	100
transferts	38	35	14	13	100
alimentation	36	38	10	16	100
habillement	37	42	12	9	100
toilette	33	45	10	12	100
ménage	71	21	4	4	100
cuisine	39	36	17	8	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

1.4. Construction d'un indicateur global du degré de dépendance

On a défini dans la partie précédente une série d'indicateurs pour mesurer la perception de la dépendance. Les différents outils de mesure du degré de dépendance présentés au cours de la première partie, et notamment la grille AGGIR, ont en commun de rechercher une information synthétique. Au-delà de la comparaison, pour chacune des fonctions, entre la dépendance évaluée par la grille AGGIR et la dépendance perçue, il est intéressant d'effectuer une comparaison entre des indicateurs globaux du degré de dépendance.

Pour cela, il s'agit de déterminer d'une part selon les perceptions, d'autre part selon la grille AGGIR, quelles sont les personnes globalement partiellement autonomes, faiblement ou très dépendantes (nous rappelons que l'échantillon ne comporte pas de personnes autonomes). Ceci nécessite de construire deux indicateurs, un pour la perception, l'autre pour l'observation, qui à la fois tiennent compte de l'ensemble des fonctions retenues dans le cadre de cette étude et qui soient comparables entre eux.

1.4.1. Construction d'une typologie en trois groupes : autonomie partielle, faible dépendance, dépendance lourde

Ces deux indicateurs sont établis avec une méthode similaire, en faisant intervenir respectivement le degré d'autonomie par indicateur construit à partir du questionnaire, et celui donné par la grille AGGIR¹⁸. Plus précisément, nous avons réalisé deux analyses des correspondances multiples (ACM) suivies d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), en utilisant respectivement les variables indiquant l'autonomie perçue et celles indiquant l'autonomie mesurée¹⁹.

¹⁸ Nous n'utiliserons donc pas les Groupes ISO Ressources, d'une part parce que la construction à partir du questionnaire ne retient que certaines des variables de la grille AGGIR, d'autre part afin de pouvoir construire nos indicateurs selon la même méthodologie dans les deux cas.

¹⁹ Il aurait aussi été possible de réaliser une seule ACM, en utilisant comme variable active les deux grilles de mesure, et en considérant leur juxtaposition comme une nouvelle grille, encore plus complète et détaillée. C'est une méthode utilisée pour comparer les grilles remplies par des professionnels. Dans notre cas, il nous a semblé que les outils n'étaient pas vraiment de même nature, et qu'il était préférable de fonctionner en deux temps.

Quelques précisions sur la méthode

L'autonomie perçue d'une personne âgée est appréhendée par huit valeurs, qui correspondent à son degré d'autonomie pour chacun des indicateurs utilisés. Autrement dit, chaque individu de notre échantillon est représenté par ses coordonnées (allant de 1, pour l'autonomie, à 3 pour la dépendance) dans un espace à 8 dimensions (une dimension pour chaque variable). **L'analyse des correspondances multiples** permet de projeter ces points dans un espace de dimension plus faible, représentant au mieux (au sens de conservation des distances) le nuage de points initial. En particulier, l'ACM amène à projeter les points sur des plans factoriels, de manière à visualiser les différentes caractéristiques de l'échantillon, visualisation impossible lorsque la dimension est supérieure à 3. Ainsi, dans l'espace à 8 dimensions, chaque axe représente une variable et une seule. Les axes de l'analyse sont des combinaisons linéaires des variables et résument l'ensemble de l'information qu'elles fournissent. Les deux premiers sont ceux qui déforment le moins l'organisation de l'échantillon, c'est donc ceux-là qui sont d'abord pris en compte. Sur ce plan, on peut représenter les variables (les axes en étant des combinaisons linéaires) et les individus. La représentation des variables montre alors leurs relations et la façon dont elles structurent l'échantillon.

La classification ascendante hiérarchique construit des catégories de personnes possédant des caractéristiques homogènes : elles rapprochent les individus qui ont les projections les plus proches sur l'ensemble des axes de l'analyse des correspondances multiples. Grossièrement, aux modalités proches des différentes variables (proches au sens où leurs projections sur les axes sont proches), elle associe un groupe d'individus prenant ces modalités.

A la suite de l'ACM, le nombre des classes retenues dans les deux classifications est de 6 et 7. Une CAH en trois classes amenait à constituer des catégories d'effectifs très inégaux, avec en particulier une classe des personnes observées partiellement autonomes beaucoup moins importante que celle des personnes se percevant comme telles.

Parmi ces 6 ou 7 classes, certaines ont ensuite été regroupées pour ne conserver que trois catégories. Ce seuil de trois a été choisi à la fois pour suivre la logique de construction des indicateurs, et pour analyser des classes de taille suffisante pour se livrer à des

croisements avec d'autres variables. Ce regroupement s'est fait selon le nombre de variables sur lesquelles la personne est autonome au regard du nombre de variables sur lesquelles elle est très dépendante. Le seuil du nombre de variables retenu correspond à celui respecté par les catégories extrêmes les moins restrictives de chacune des classifications. Effectuer une CAH a en fait permis de définir le seuil pertinent pour la construction du score.

La construction de l'indicateur global

Nous avons finalement construit :

- un groupe des personnes partiellement autonomes de façon à ce que :
 - il ne comprenne que des personnes autonomes sur au moins deux variables ;
 - le nombre de variables sur lesquelles les personnes sont très dépendantes est inférieur au moins de deux à celui des variables sur lesquelles les personnes sont autonomes.

- un groupe des personnes très dépendantes de façon à ce que :
 - il ne comprenne que des personnes très dépendantes sur au moins deux variables ;
 - le nombre de variables sur lesquelles les personnes sont autonomes est strictement inférieur au nombre de variables sur lesquelles les personnes sont très dépendantes.

- le groupe des personnes peu dépendantes est constitué des personnes qui ne respectent aucun de ces critères. Comme lors de la construction des indicateurs de perception, cette catégorie regroupe des personnes vivant des situations de dépendance très diverses. Il ne sera pas utilisé en l'état lors des comparaisons.

Ces différentes corrections ont permis d'assurer que les personnes mesurées partiellement autonomes (respectivement très dépendantes) et les personnes se percevant comme telles (respectivement très dépendantes) sont définies de la même façon.

1.4.2. *Le résultat de la construction : perception et observation globale de la dépendance*

Les différents degrés de l'indicateur de dépendance globale regroupent le même nombre de personnes qu'il s'agisse de l'observation ou de la perception : 20% des personnes de l'échantillon sont mesurées partiellement autonomes, 28% se perçoivent comme tels. 44% sont mesurées très dépendantes, 38% se perçoivent ainsi. D'une part, les écarts entre ces chiffres sont faibles, d'autre part ils sont peu significatifs au regard des biais qui ont pu apparaître dans la construction de l'indicateur.

Tableau n°6 :
Un indicateur global de dépendance

	Autonomie mesurée		Autonomie perçue	
	Effectif	%	Effectif	%
autonomes	108	20	153	28
peu dépendants	196	36	180	33
dépendants	235	44	206	38
Total	539	100	539	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Les variables qui ont déterminé principalement la construction des groupes pour l'observation et la perception sont les mêmes. En effet, dans les deux cas, la proportion de personnes partiellement autonomes est la plus élevée parmi les personnes autonomes sur la toilette, le ménage, la cuisine et l'habillement. Pour les personnes mesurées partiellement autonomes, les déplacements extérieurs déterminent également l'autonomie globale, pour les personnes se percevant autonomes, ce sont les transferts, quoique dans une moindre mesure.

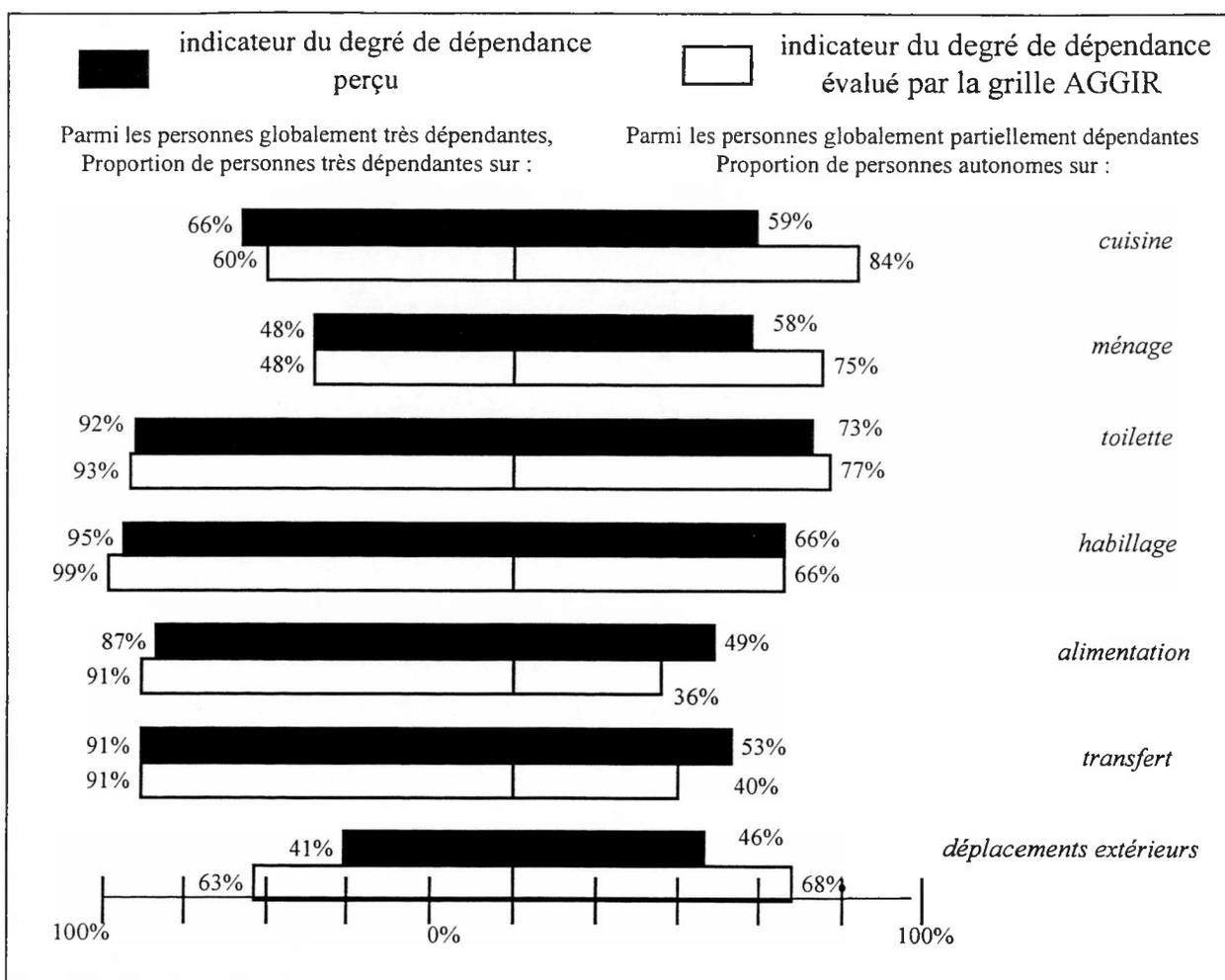
Le graphique suivant conduit également à formuler deux remarques :

- d'une part, parmi les variables qui déterminent les groupes, on compte trois variables discriminantes et deux illustratives. Les groupes d'autonomie partielle représentent donc bien l'autonomie sur les actes essentiels de la vie quotidienne et sur les actes matériels.
- d'autre part, en général la proportion de personnes se percevant partiellement autonomes est plus faible que celle de personnes mesurées comme telles (alors même que sur l'ensemble des observations, elles sont plus nombreuses). La définition du groupe d'autonomie partielle au sens de la perception est un peu moins restrictive qu'au sens de l'observation.

On peut formuler des remarques similaires concernant la construction des groupes de dépendance globale. Dans les deux cas, ce sont l'habillement, la toilette, les transferts et l'alimentation qui définissent principalement les groupes. On peut regretter de n'avoir que des variables discriminantes. Cependant, la cuisine intervient également dans des proportions importantes.

Les personnes globalement dépendantes parmi les personnes dépendantes pour chacune des variables considérées sont aussi nombreuses au sens mesuré qu'au sens perçu. Aucune des deux acceptations n'est donc plus restrictive que l'autre.

Graphique n°2 :
Les indicateurs du degré de dépendance et les différentes fonctions



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Guide de lecture : A gauche du graphique, les proportions données sont celles des personnes très dépendantes pour la fonction considérée parmi les personnes globalement très dépendantes, pour l'évaluation en blanc, pour la perception en gris. A droite, on trouve les proportions de personnes autonomes pour la fonction considérée parmi les personnes globalement autonomes. Par exemple, 63% des personnes évaluées globalement très dépendantes sont évaluées très dépendantes sur les déplacements extérieurs, 41% des personnes se percevant globalement très dépendantes se perçoivent très dépendantes sur les déplacements extérieurs.

Nous avons donc pu construire deux indicateurs, un du degré de dépendance mesuré, l'autre du degré de dépendance perçu, comparables entre eux. Pour les comparer, nous avons utilisé une méthode semblable à celle appliquée pour les différentes fonctions.

1.5. Construction des différences de perception sur l'ensemble des indicateurs

La mesure des différences globales entre perception et observation se décline de la même façon qu'indicateur par indicateur. Notamment, la catégorie des personnes peu dépendantes est une catégorie « fourre-tout », comprenant des personnes « plutôt autonomes » et des personnes « plutôt dépendantes ». Nous en tiendrons compte dans la comparaison.

La construction de l'indicateur de différences entre évaluation et perception

- Personnes ayant la même perception :
 - personnes mesurées partiellement autonomes et se percevant comme tel
 - personnes mesurées très dépendantes et se percevant comme tel

- Personnes ayant une perception peu différente
 - personnes mesurées peu dépendantes ne pouvant être définies ni comme presque autonomes ou presque dépendantes et se percevant partiellement autonomes ou bien très dépendantes.

- Personnes se percevant peu dépendantes ne pouvant être définies ni comme presque autonomes ou presque dépendantes et mesurées partiellement autonomes ou bien très dépendantes.

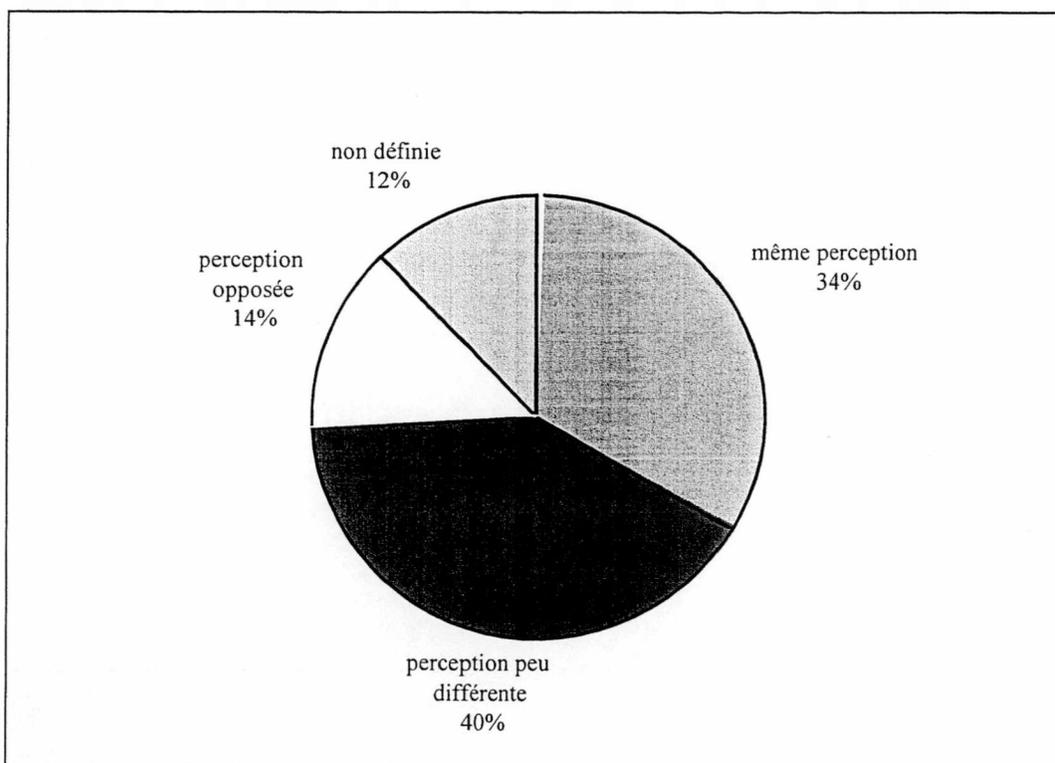
- Personnes ayant une perception opposée
 - personnes mesurées très dépendantes et :
 - se percevant partiellement autonomes
 - se percevant peu dépendantes et pouvant être définies presque autonomes (se perçoivent autonomes sur au moins deux variables et dépendantes sur au plus deux de moins)
 - personnes mesurées partiellement autonomes et :
 - se percevant très dépendantes
 - se percevant peu autonomes et pouvant être définies presque dépendantes (se perçoivent très dépendantes sur au moins deux variables et autonomes sur au plus une de moins)
 - personnes se percevant très dépendantes, mesurées peu dépendantes et pouvant être définies presque autonomes (se perçoivent autonomes sur au moins deux variables et très dépendantes sur au plus deux de moins).
 - personnes se percevant autonomes, mesurées peu dépendantes et pouvant être définies presque dépendantes (sont mesurées dépendantes sur au moins deux variables et autonomes sur au plus une de moins).

•Personnes pour lesquelles la comparaison n'est pas définie

- personnes mesurées peu dépendantes ne pouvant être définies ni presque autonomes, ni presque dépendantes et se percevant peu dépendantes.
- personnes mesurées peu dépendantes et se percevant peu dépendantes, ne pouvant être définies ni presque autonomes, ni presque dépendantes.

Les différentes modalités de cette indicateur de comparaison globale sont alors prises avec une fréquence proche de celle observée sur les modalités des indicateurs variables par variables (hors ménage et suivi du traitement). Ainsi, pour le tiers des personnes, la perception et l'observation coïncident, pour une personne sur 10 seulement elles sont opposées.

Graphique n°3 :
Les différences entre observation et perception globales



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Les grilles de mesure et les indicateurs de comparaison

En résumé, une *grille de mesure de la perception* a été créée à partir des informations obtenues dans l'enquête directe auprès des bénéficiaires de la prestation expérimentale dépendance. Cette grille reprend huit des fonctions de la grille AGGIR.

Parmi les variables discriminantes :

- la toilette,
- l'habillement,
- l'alimentation,
- les transferts,
- les déplacements extérieurs.

Parmi les variables illustratives :

- la cuisine,
- le ménage,
- le suivi du traitement.

Pour chacun des huit indicateurs, une échelle de cotation en trois niveaux a été construite :

- autonome (A),
- peu dépendante (B),
- très dépendante (C).

Deux indicateurs *synthétiques* ont été créés à partir des deux grilles de mesure (grille de mesure de la perception et grille AGGIR, grille de mesure de l'observation). Ces deux indicateurs classent les personnes âgées en trois catégories :

- partiellement autonome,
- peu dépendantes,
- très dépendantes.

Enfin, des *indicateurs de comparaison* entre perception et observation ont été créés. Ils résultent du croisement des indicateurs de perception et d'observation. Ils sont composés de quatre rubriques :

- même perception,
- perception peu différente,
- perception opposée,
- *perception indéterminée.*

Quatrième partie :

Les déterminants des différences entre la perception et l'observation

Dans le cadre de la prestation dépendance, la grille AGGIR a pour objectif de déterminer le niveau de prise en charge d'une personne en fonction de son degré de dépendance. Elle veut être à la fois un outil d'aide à la décision et permettre une approche statistique de la population. Comme tout instrument de mesure, elle doit respecter des critères de validité, de fiabilité, et notamment de reproductibilité, et de facilités d'application. Répondre aux deux derniers critères nécessite de décomposer la réalité en un ensemble d'indicateurs, obéissant à des définitions strictes. Cette réduction ne peut se faire qu'en simplifiant la réalité, en ne retenant que certaines dimensions de la dépendance. Elle a donc lieu au détriment du critère de validité.

L'enquête directe auprès des personnes âgées nous a permis d'appréhender les perceptions que les personnes interrogées ou leur entourage ont de leur propre dépendance. Là encore, la réalité est modélisée par un ensemble d'indicateurs. Comme pour la grille AGGIR, l'outil de mesure que nous avons construit appréhende la dépendance par le besoin d'aide qu'elle entraîne. Cependant, le besoin est ici celui que ressent la personne âgée. Il est donc fonction de sa perception de la dépendance et fournit une image de la réalité différente de celle issue de l'évaluation.

La première approche est un instrument de mesure, qui fournit des résultats comparables et objectifs, ce à quoi ne peut prétendre la seconde. Les perceptions en revanche vont, plus que la mesure, tenir compte de la multidimensionnalité de la réalité. Elles vont dépendre des caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées et de leur cadre de vie. Finalement, pour près des deux tiers de l'échantillon, la perception et l'observation du degré de dépendance diffèrent.

Comparer ces deux démarches permet de déterminer quelles sont les dimensions qui interviennent dans la construction des perceptions mais qui ne sont pas prises en compte par l'évaluation. Aucune des deux approches ne pouvant appréhender exactement la réalité, cette comparaison ne prétend pas fournir de jugement sur la validité de l'évaluation. Cependant, il est logique de penser que les écarts les plus importants sont significatifs de biais concernant l'une ou l'autre des approches, voire les deux.

On identifiera notamment :

- les biais agissant sur les perceptions : il s'agit des facteurs psychologiques qui conduiront les personnes interrogées à afficher une image d'elles-mêmes plus ou moins proche d'une évaluation objective.
- les biais agissant sur l'évaluation, et notamment ceux qui proviennent d'ambiguïtés dans les définitions des indicateurs pouvant nuire à la fiabilité de l'outil de mesure.
- les biais agissant sur le recueil de l'information : il s'agit des conditions dans lesquelles ont été recueillies les données ayant servi à la construction des perceptions, et celles des entretiens d'évaluation à partir desquelles ont été remplies les grilles AGGIR.

Cette comparaison se fera en deux temps : la comparaison entre les indicateurs globaux des perceptions et de l'évaluation permet d'avoir une approche synthétique des déterminants des divergences. Elle doit être affinée par une comparaison indicateur par indicateur, qui fournit des éléments d'explication plus précis sur les faits observés.

1. Une divergence qui concerne à la fois les personnes mesurées très dépendantes et celles mesurées partiellement autonomes

L'identification des facteurs pouvant accentuer la divergence entre l'observation et la perception du degré de dépendance conduit en tout premier lieu à s'interroger sur la nature des différences constatées : existe-t-il un degré de dépendance sur lequel les perceptions s'écartent le plus fréquemment de l'évaluation ? Globalement, ce n'est pas le cas, bien que les personnes interrogées manifestent une certaine tendance à se percevoir plus dépendantes par rapport à l'évaluation. En revanche, selon les indicateurs considérés, l'évaluation surestime ou sous-estime la dépendance par rapport aux perceptions.

1.1. Globalement, l'évaluation n'est pas plus fréquemment différente des perceptions lorsque la personne est mesurée partiellement autonome que lorsqu'elle est mesurée dépendante

Les personnes mesurées partiellement autonomes sont légèrement plus nombreuses que les personnes mesurées très dépendantes à être en accord avec l'évaluation. Les différences observées restent peu significatives. Par contre, lorsque la perception et l'observation diffèrent effectivement, les divergences sont plus marquées pour les personnes mesurées partiellement autonomes. Ainsi, un peu plus de la moitié de ces dernières se perçoit en effet partiellement autonome, une personne sur cinq se perçoit peu dépendante, une sur cinq se perçoit très dépendante. Parmi les personnes mesurées très dépendantes, un peu moins de la moitié se perçoit effectivement très dépendante, le tiers se perçoit peu dépendant, une sur huit se perçoit partiellement autonome.

Quel que soit le degré de dépendance mesuré, la proportion de personnes ayant une perception différente est équivalente : près de la moitié dans tous les cas. Cependant, les divergences alors observées obéissent à une logique différente :

- lorsque la personne est mesurée partiellement autonome, les divergences sont autant le fait de personnes qui se perçoivent dépendantes que de personnes qui se perçoivent très dépendantes.
- lorsque la personne est mesurée peu dépendante : par construction, les divergences se traduisent par une perception peu différente. Dans deux cas sur trois, il s'agit de personnes se percevant très dépendantes.
- lorsque la personne est mesurée très dépendante, les divergences sont plus le fait de personnes qui se perçoivent peu dépendantes que de personnes qui se perçoivent partiellement autonomes.

Tableau n°7 :

Les différences entre la perception et la mesure selon le degré de dépendance mesuré

	Personnes mesurées autonomes		Personnes mesurées peu dépendantes		Personnes mesurées très dépendantes	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Personnes se percevant partiellement autonomes	64	59	62	32	27	11
Personnes se percevant peu dépendantes	23	21	66	34	91	39
Personnes se percevant très dépendantes	21	20	68	35	117	50
Total	108	100	196	100	235	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Globalement, les différences entre l'évaluation et la perception ne concernent pas un degré de dépendance en particulier. Cependant, lorsque la perception diffère effectivement de l'évaluation, c'est un peu plus souvent parce que les personnes interrogées se considèrent plus dépendantes.

1.2. Mais les différences de perception selon le degré de dépendance varient beaucoup d'une variable à l'autre

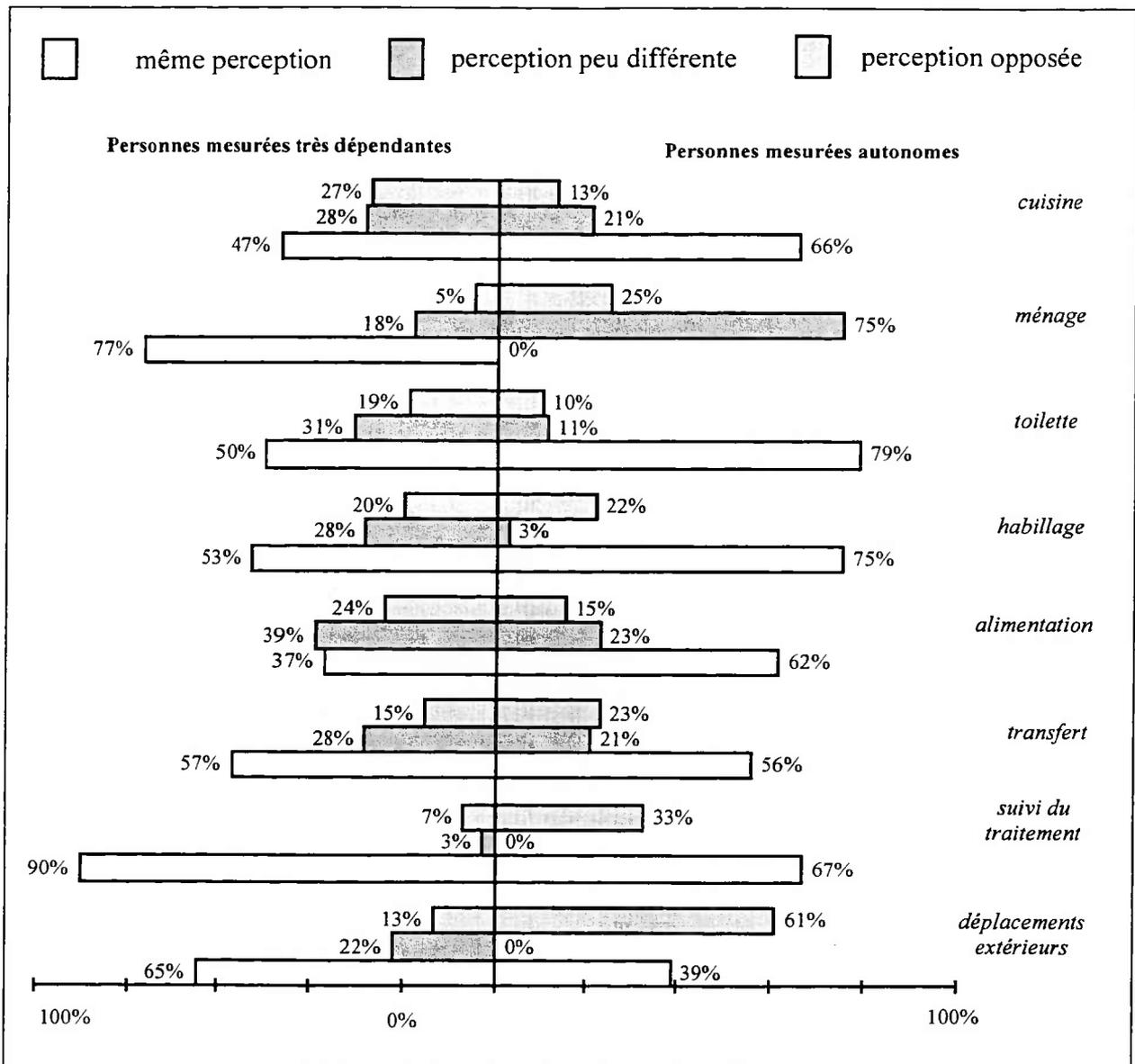
Si globalement, les différences entre la perception et l'évaluation ne dépendent pas du degré de dépendance, il existe des écarts selon les indicateurs. Ainsi, on peut distinguer trois catégories de variables :

- celles pour lesquelles la mesure de la dépendance est contestée. C'est le cas pour la cuisine, la toilette, l'alimentation et l'habillement. Les personnes interrogées sont plus nombreuses à avoir une vision différente de l'évaluation lorsque celle-ci juge la personne très dépendante que lorsqu'elle la considère autonome. Lorsqu'elles sont évaluées très dépendantes, neuf personnes sur dix pour l'alimentation, la cuisine et la toilette, quatre personnes sur cinq pour l'habillement ont une perception différente, alors que lorsqu'elles sont évaluées autonomes, seule une personne sur trois pour l'alimentation et la cuisine, une sur quatre pour l'habillement et la toilette ont une perception différente.
- celles pour lesquelles la mesure de la dépendance n'est pas plus contestée que la mesure de l'autonomie. C'est le cas des transferts, pour lesquels les personnes mesurées très dépendantes sont aussi nombreuses que celles mesurées autonomes (un peu moins de 60% dans les deux cas) à avoir une perception semblable. Cependant, les personnes mesurées autonomes ont un peu plus fréquemment une perception opposée que les personnes mesurées très dépendantes, qui ont plutôt une perception peu différente.

- celles pour lesquelles la mesure de l'autonomie est contestée. C'est le cas du suivi du traitement et des déplacements extérieurs. Pour ces variables, les personnes mesurées très dépendantes sont beaucoup plus nombreuses que les personnes mesurées autonomes à être en accord avec cette évaluation. Il faut cependant distinguer ces deux indicateurs. Si les personnes mesurées très dépendantes sur le suivi du traitement sont une forte majorité (90%) à être en accord avec cette évaluation, celles mesurées autonomes restent également majoritaires à se percevoir ainsi (67%). Pour les déplacements extérieurs, ce sont nettement les personnes mesurées autonomes qui sont en désaccord avec cette évaluation. Ainsi, un peu plus du tiers seulement se perçoivent effectivement autonomes, alors que les deux tiers se déclarent très dépendantes.

Aucun résultat significatif sur le ménage ne peut être énoncé ici. La majorité des personnes est très dépendante au sens de la mesure comme de la perception. Les personnes mesurées autonomes sont trop peu nombreuses pour que les pourcentages donnés ici puissent être comparés significativement avec ceux concernant les personnes mesurées très dépendantes.

Graphique n°4 :
Les différences de perception relatives aux différents indicateurs
selon le degré d'autonomie mesuré.



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

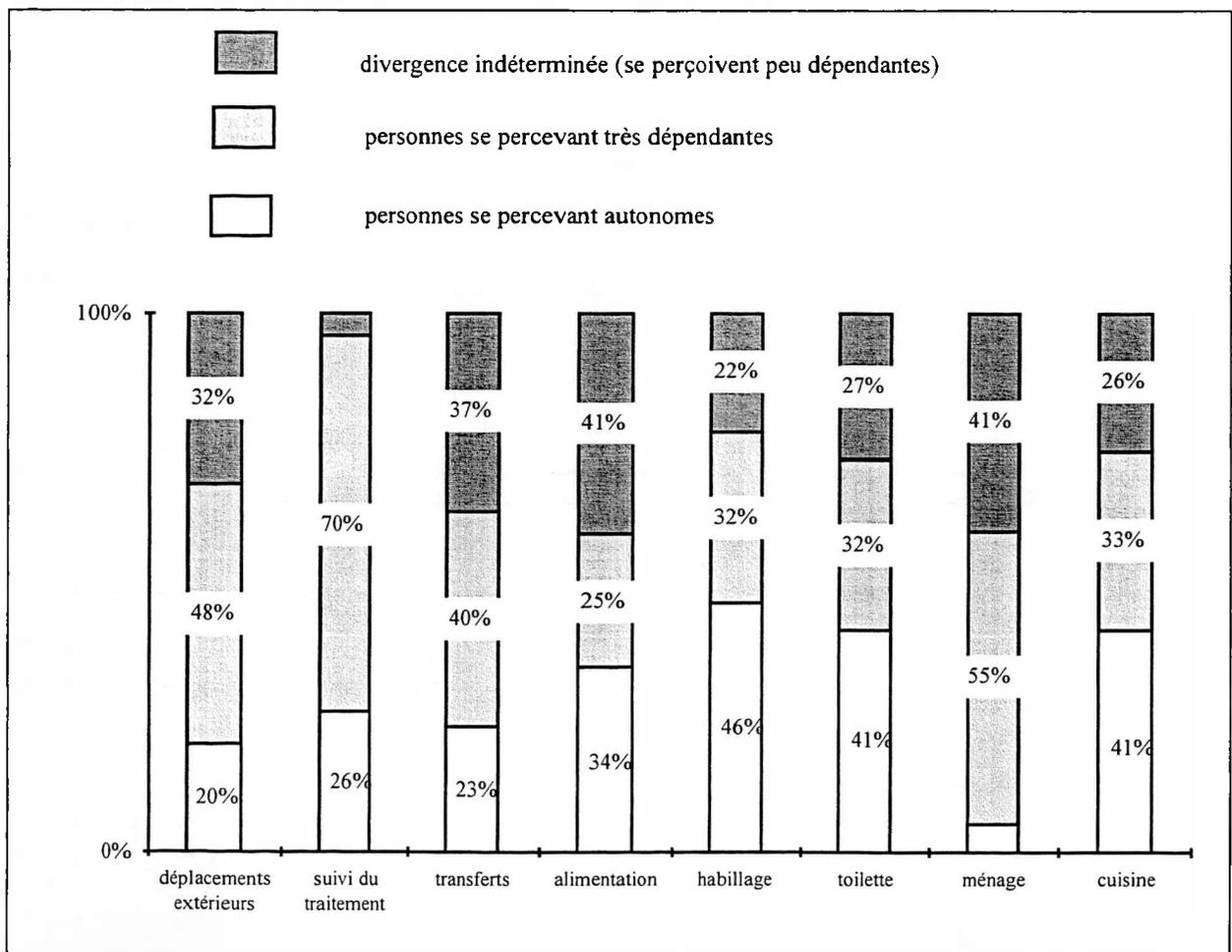
Guide de lecture : A gauche du graphique (respectivement à droite), les chiffres donnés correspondent à la répartition des personnes mesurées dépendantes (respectivement autonomes) pour la variable considérée en fonction des différences de perception. Par exemple, 57% des personnes mesurées dépendantes sur les transferts ont la même perception, 28% ont une perception peu différente, 20% ont une perception opposée.

L'étude de la répartition des personnes mesurées peu dépendantes confirme ce constat. Ainsi, pour les variables pour lesquelles la mesure de la dépendance est contestée, les personnes mesurées peu dépendantes sont plus nombreuses à se percevoir autonomes que très

dépendantes, alors qu'elles sont plus nombreuses à se percevoir très dépendantes lorsqu'il s'agit des variables pour lesquelles c'est la mesure de l'autonomie qui est remise en cause.

Dans le cas du transfert, variable pour laquelle la mesure de la dépendance n'est pas plus contestée que la mesure de l'autonomie, les personnes mesurées peu dépendantes se perçoivent autonomes et très dépendantes dans des proportions équivalentes.

Graphique n°5 :
Les différences de perception relatives aux différents indicateurs
pour les personnes mesurées peu dépendantes



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Selon l'indicateur considéré, la mesure de l'autonomie et celle de la dépendance sont plus ou moins ambiguës. La nature des actes auxquels font référence ces indicateurs permet d'avancer des premiers éléments d'explication.

- les variables pour lesquelles la mesure de la dépendance est contestée : la définition de l'autonomie sur ces variables utilisée par la grille AGGIR est relativement exigeante. Ainsi, pour la cuisine, il s'agit de « préparer ses repas et les conditionner pour être servis », pour l'alimentation de « se servir et de manger les aliments préparés ». Dans les deux cas, une personne n'est évaluée autonome que si elle est capable de faire seule les deux actes contenus dans la définition. Or une personne qui est capable de se nourrir lorsque sa viande est découpée par exemple, ou qui sait réchauffer des plats préparés d'avance peut se percevoir autonome. En particulier, elle déclarera ne pas être aidée pour s'alimenter, dans la mesure où l'aide éventuelle aura préparé les aliments, mais sera absente lors du repas. Pour la toilette, une personne ne sera évaluée autonome que si elle est capable de prendre seule un bain, l'habillage fait également référence à la « préparation des aliments ». Ainsi, une personne âgée qui est incapable de prendre un bain mais qui fait seule sa toilette quotidienne, ou qui sait s'habiller si ses habits sont préparés d'avance sera évaluée peu dépendante alors qu'elle peut se percevoir autonome.
- les variables pour lesquelles la mesure de l'autonomie est contestée, et en particulier les déplacements extérieurs. Pour cet indicateur, l'évaluateur considère la capacité à accomplir l'action, et non la réalisation de l'action. Ainsi, il considère la personne autonome si elle est capable de sortir de chez elle alors que la personne est définie se percevant autonome si elle sort effectivement seule dans la rue. Or une personne peut très bien être capable de sortir dans la rue mais craindre de le faire, ou, alors ne le faire qu'accompagnée.

En résumé, si globalement, l'évaluation ne surestime ni ne sous-estime la dépendance par rapport à la perception, l'étude indicateur par indicateur conduit à distinguer deux catégories. Cette distinction ne se fait pas ici entre les indicateurs de dépendance physique et les indicateurs de dépendance domestique, mais entre ceux qui font référence à la vie quotidienne (la cuisine, l'alimentation, la toilette, l'habillement) et ceux qui représentent des actes élémentaires, comme les déplacements extérieurs et les transferts²⁰. A ces deux catégories, correspondent des modes d'évaluation différents :

- les indicateurs qui font référence à la vie quotidienne sont évalués par l'observation de la personne dans ce qu'elle fait habituellement. Ils mesurent donc ce que fait la personne, et non ce qu'elle est capable de faire. A ces indicateurs, correspondent des définitions doubles, qui font référence à des niveaux d'exigence élevés. Par rapport à l'évaluation, les personnes interrogées se perçoivent plutôt moins dépendantes.*
- les indicateurs qui font référence à des actes élémentaires sont évalués par l'observation de la personne en réponse à des stimuli, et donc lorsqu'elle est placée dans des circonstances exceptionnelles. Ils mesurent ce que la personne est capable de faire, et non ce qu'elle fait réellement. Les personnes interrogées ont alors tendance à se percevoir plus dépendantes qu'elles ne le sont évaluées.*

²⁰ Nous ne considérons pas ici le cas du suivi du traitement, variable pour laquelle le questionnaire ne fournissait que peu d'informations, et dont la construction est moins rigoureuse pour les autres.

2. Les différences de perception selon les caractéristiques socio-démographiques

Le constat précédent est un constat très global. Le niveau d'exigence notamment peut varier énormément d'une personne à une autre. Plus précisément, selon la personne interrogée, on peut distinguer différents types de comportement :

- une volonté de nier son état de dépendance, ou d'y faire face le plus possible, et donc une tendance à se percevoir plus autonome qu'elle ne l'est mesurée,
- une exigence personnelle par rapport aux actes de la vie quotidienne, qui la conduira à se percevoir plus dépendante qu'elle ne l'est mesurée,
- une tendance à se faire assister, à ne plus accomplir des actes qu'elle est pourtant capable de faire et donc à s'estimer plus dépendante qu'elle ne l'est mesurée,
- une tendance à se laisser aller, à avoir un faible degré d'exigence par rapport aux actes de la vie quotidienne et donc à s'estimer plus autonome qu'elle ne l'est mesurée.

L'étude de l'influence des caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées sur les divergences entre perception et évaluation de la dépendance permet de mettre en évidence certains de ces comportements. Elle permet également de dégager certaines modalités selon lesquelles se construisent les perceptions.

2.1. L'âge des personnes interrogées

Les personnes de notre échantillon sont âgées : le quart a de 60 ans à moins de 75 ans, 36% ont un âge compris entre 75 ans et moins de 85 ans, 39% ont 85 ans ou plus. Tout à fait logiquement, elles sont d'autant plus nombreuses à la fois à être mesurées dépendantes et à se percevoir dépendantes qu'elles sont âgées.

Au-delà de cette corrélation évidente, l'âge de la personne interrogée est susceptible d'avoir des influences sur les perceptions des personnes âgées. On peut en effet penser que les perceptions se construisent non dans l'absolu, mais par rapport à une *norme* qui est moins sélective lorsque l'âge augmente : la personne estime alors sa dépendance par rapport à celle des autres personnes de son âge. Cependant, cette construction peut avoir lieu selon des modalités différentes : ou bien la personne interrogée estime son degré de dépendance en confrontant son état à la norme, ou bien elle refuse cette confrontation et intègre la norme comme étant son propre degré de dépendance. Plus précisément, la construction de la perception de la dépendance peut avoir lieu selon les mécanismes suivants qui s'opposent :

- les personnes interrogées confrontent leur propre dépendance à la norme : les moins âgées auront alors une définition de l'autonomie plus exigeante que les plus âgées. Ainsi, une personne de moins de 75 ans peut s'estimer dépendante dans la mesure où elle n'accomplit que partiellement un acte que la plupart des personnes de son âge réalise correctement, alors qu'une personne de plus de 85 ans, pour le même degré de réalisation de l'acte en question, s'estimera autonome parce que la plupart des personnes de son âge sont incapables de le réaliser. A 60 ans par exemple, avoir besoin d'aide pour prendre un bain peut être très mal vécu et conférer une impression de forte dépendance, alors qu'à 90 ans, c'est un handicap fréquent. Lorsque la personne est par ailleurs capable de faire seule une toilette sommaire, elle pourra ainsi se percevoir peu dépendante si elle a plus de 90 ans, alors qu'elle s'estimera très dépendante si elle est âgée de 60 ans. Si cet hypothèse se vérifie, elle conduira les personnes les moins âgées à s'estimer plutôt plus dépendantes qu'elles sont évaluées, les plus âgées à s'estimer plutôt plus autonomes.
- les personnes interrogées intègrent la norme comme étant leur propre degré de dépendance : les moins âgées refusent de se voir vieillir et donc nient leur état de dépendance, alors que les plus âgées reconnaissent volontiers une dépendance légitime à leur âge. Ces dernières pourront alors manifester une certaine tendance à se faire assister. Dans ce cas, les personnes les moins âgées s'estimeront plus autonomes qu'elles sont évaluées, les personnes les plus âgées plus dépendantes.

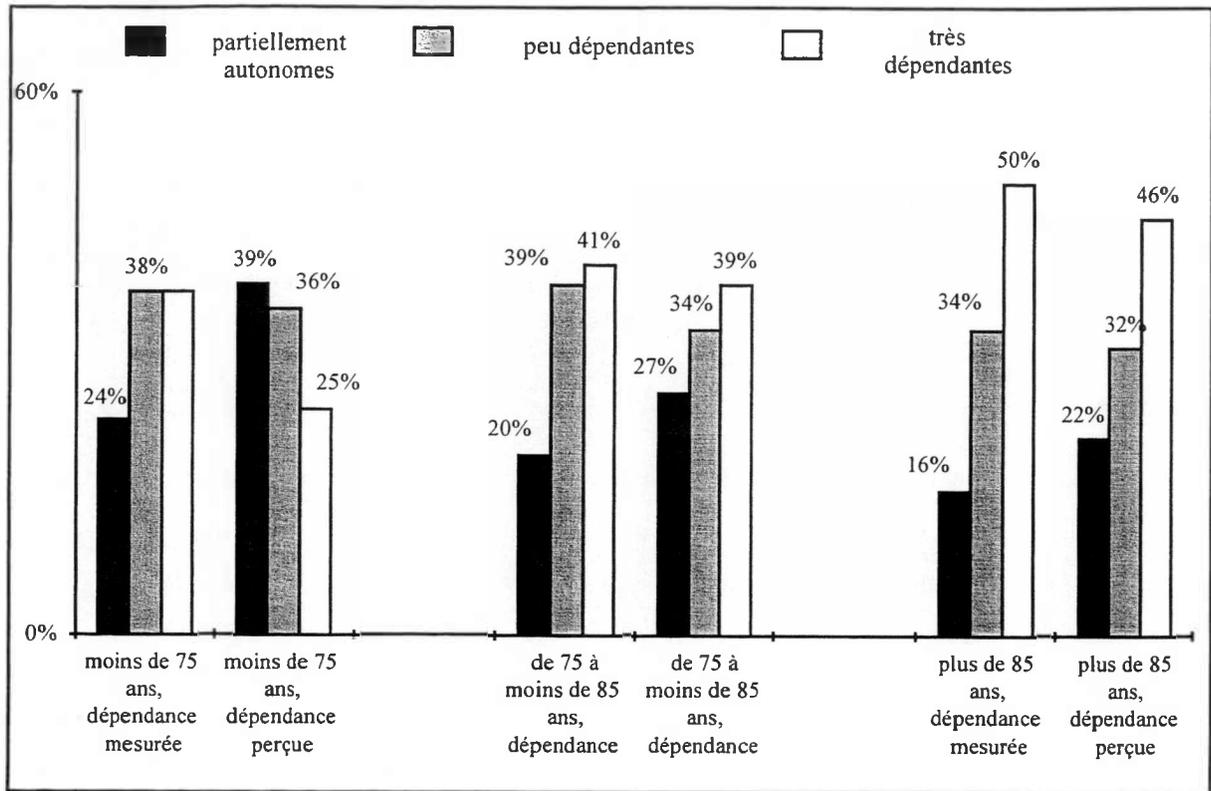
Nous verrons que les personnes les moins âgées de l'échantillon ont tendance à surestimer leur autonomie par rapport à l'évaluation, ce qui penche pour la seconde hypothèse : les personnes les plus jeunes semblent construire leurs perceptions du degré de dépendance par une intégration de la norme. Cependant, nous verrons que d'autres alternatives à cette explication sont possibles, notamment celles liées à la nature du handicap de ces personnes.

2.1.1. Des différences de perception globale qui ne dépendent pas de l'âge, mais, les personnes les moins âgées semblent intégrer la norme plus que s'y confronter.

Qu'il soit mesuré ou perçu, le degré de dépendance des personnes âgées dépend beaucoup de leur âge. Les personnes de moins de 75 ans sont ainsi fréquemment partiellement autonomes, celles dont l'âge est compris entre 75 et 84 ans se répartissent entre les trois catégories, celles de plus de 85 ans entre les deux degrés de dépendance les plus élevés. Cependant, les personnes les plus jeunes sont un peu plus optimistes sur leur autonomie que l'évaluateur. Ainsi, le quart des personnes de moins de 75 ans se perçoit très dépendant, plus du tiers se perçoit partiellement autonome, alors que le quart est mesuré partiellement autonome, et plus du tiers très dépendant. Près de la moitié des plus de 85 ans est très dépendante, que ce soit au sens de la perception ou de la mesure.

Graphique n°6 :

Le degré de dépendance évalué et le degré de dépendance perçue selon l'âge



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Guide de lecture : le graphique correspond à la répartition du degré de dépendance d'une part mesuré, d'autre part perçu, en fonction de l'âge des personnes. Par exemple, 24% des personnes de moins de 75 ans sont mesurées partiellement autonomes, 38% sont mesurées très dépendantes, 39% se perçoivent partiellement autonomes, 25% se perçoivent très dépendantes

L'évaluateur et la personne interrogée étant unanimes pour constater le lien entre le degré de dépendance et l'âge, les différences entre dépendance mesurée et dépendance perçue ne dépendent pas de l'âge. Pour les personnes de moins de 75 ans, évaluation et perception sont d'accord pour constater l'autonomie partielle et pour les personnes de 85 ans ou plus, elles sont d'accord pour constater la forte dépendance. Ainsi, quel que soit l'âge de la personne interrogée, le tiers a une perception de leur dépendance semblable à la mesure, moins de 15% en a une perception opposée.

Tableau n°8 :

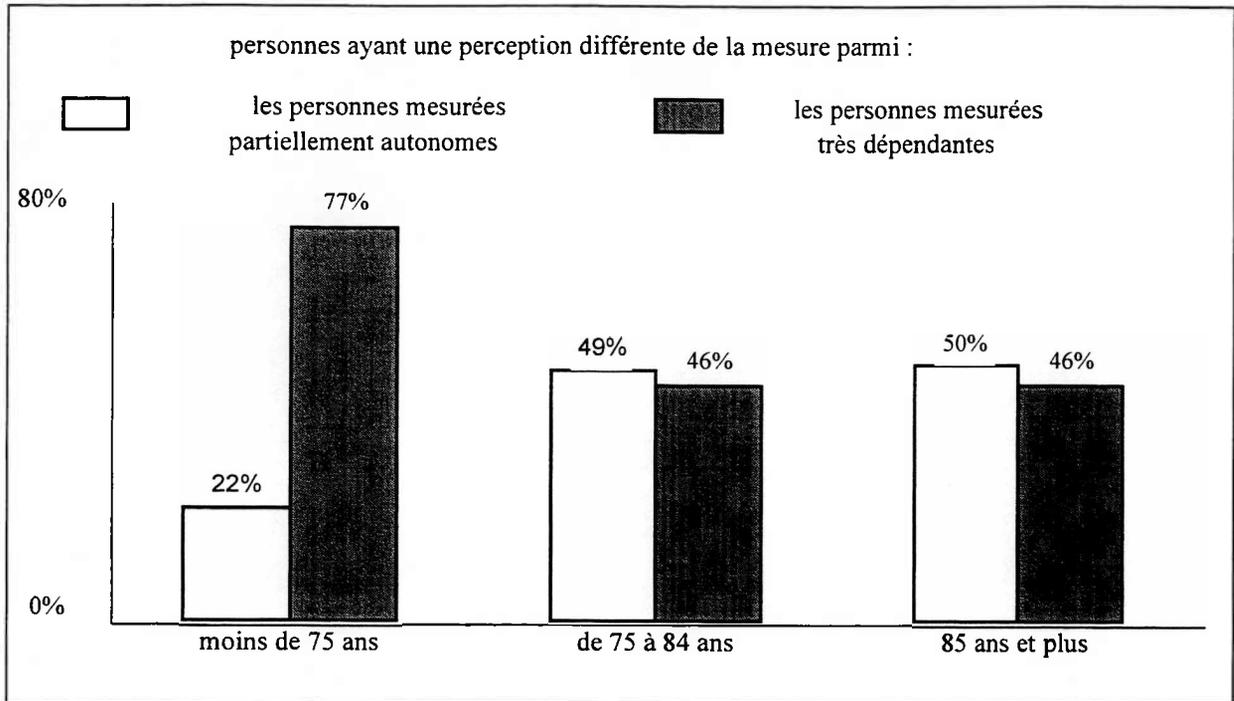
Les différences entre perception et évaluation selon l'âge de la personne interrogée

	de 60 à moins de 75 ans		de 75 ans à moins de 85 ans		85 ans et plus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Différence indéterminée	22	17	24	13	20	10
Même perception	42	31	62	32	74	35
Perception peu différente	50	37	81	42	86	41
Perception opposée	20	15	24	13	29	14
Total	134	100	191	100	209	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Si globalement, les différences de perception ne dépendent pas de l'âge, la nature de ces différences par contre varie selon le nombre d'années. Parmi les moins de 75 ans, c'est principalement la dépendance mesurée qui est contestée, alors que parmi les 75-85 ans comme parmi les plus de 85 ans, les perceptions s'écartent de l'évaluation avec la même fréquence, quel que soit le degré de dépendance mesuré. Ainsi, lorsqu'elles sont âgées de moins de 75 ans, les trois quarts des personnes mesurées très dépendantes n'ont pas cette perception de leur état, alors que seules le quart de celles mesurées partiellement autonomes ne sont pas d'accord avec l'évaluation. Pour les personnes de plus de 75 ans, ces écarts n'existent pas, la moitié des personnes est en désaccord avec l'évaluation quelle qu'elle soit (voir graphique page suivante).

Graphique n°7 :
La nature des différences entre la perception et l'évaluation selon l'âge



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Les plus jeunes des personnes interrogées ont tendance ainsi à se percevoir plus autonomes que l'évaluateur. Pour les plus âgées, ni la tendance à être moins exigeantes sur la définition de l'autonomie, ni celle à se faire assister n'apparaît. Cependant, cette étude sur le degré de dépendance globale ne permet pas de décider si aucune de ces deux tendances n'existe, ou bien si elles se compensent l'une l'autre.

Ces résultats conduisent à supposer que pour les personnes les moins âgées, la propension à refuser de se voir vieillir est déterminante, et donc la tendance à intégrer la norme comme étant son propre degré de dépendance. Cependant, l'influence de l'âge sur la nature des divergences entre l'évaluation et la perception peut également s'expliquer par les différences dans les handicaps selon l'âge des personnes interrogées. Toutes les personnes de notre échantillon sont des bénéficiaires de la PED et donc sont dépendantes. Pour les moins âgées des personnes interrogées, l'origine de cette dépendance ne provient pas seulement d'une dégradation « naturelle » liée à l'âge. Il s'agit le plus souvent de personnes souffrant

d'un handicap depuis plusieurs années, et donc qui ayant l'habitude de vivre avec ce handicap, auront tendance à ne pas ressentir leur dépendance, ou bien de personnes atteintes d'une maladie grave, comme le cancer. La dépendance est alors très ponctuelle.

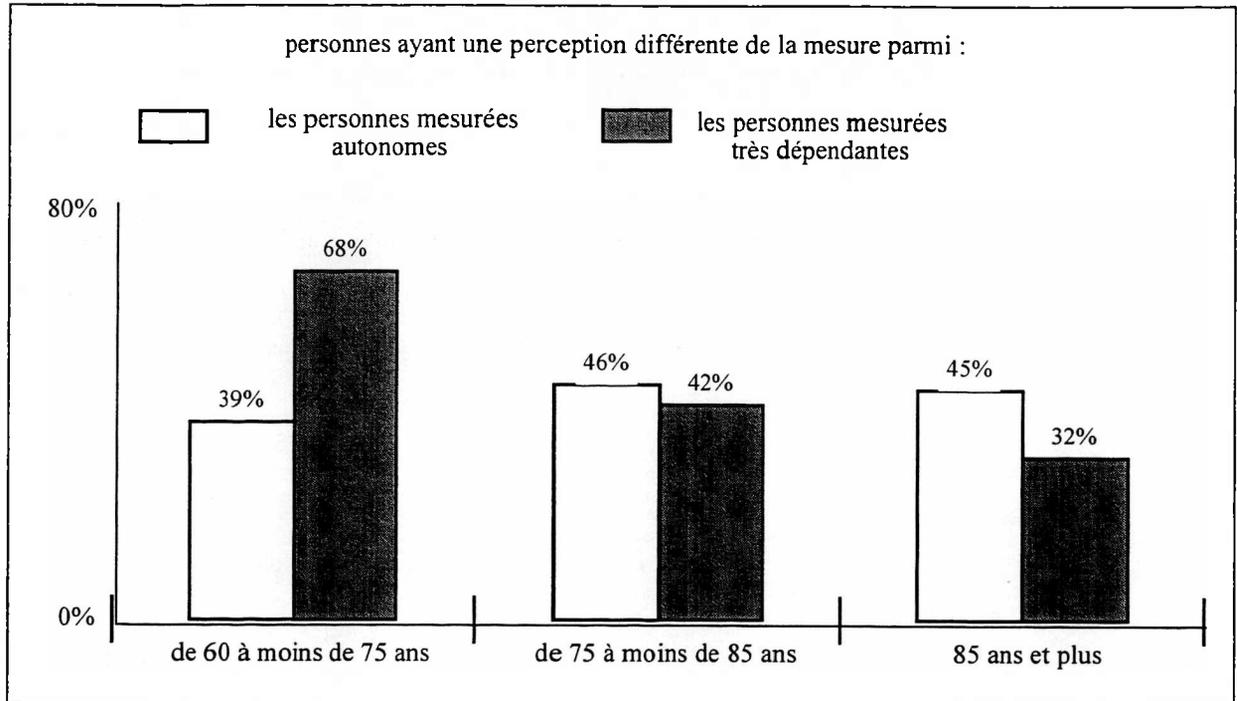
2.1.2. *Cette tendance globale n'est confirmée que sur les transferts*²¹

L'étude de l'influence de l'âge sur les différences globales entre la perception et la mesure a permis de mettre en évidence, pour les moins âgées des personnes interrogées, une certaine tendance à refuser de se voir vieillir se traduisant par une volonté de nier leur état de dépendance. Cette tendance n'apparaît nettement que sur les transferts. De plus, sur cet indicateur, les personnes les plus âgées se perçoivent un peu plus dépendantes qu'elles ne le sont mesurées.

Ainsi, parmi les personnes de moins de 75 ans, 39% des personnes mesurées autonomes sur les transferts ont une perception différente de leur dépendance, alors que lorsqu'elles sont mesurées très dépendantes, elles sont 68% à avoir une perception différente. Parmi les personnes de plus de 85 ans, 45% des personnes mesurées autonomes n'ont pas la même perception, alors qu'elles sont 32% seulement lorsqu'elles sont mesurées très dépendantes.

²¹ Pour déterminer quels étaient les indicateurs pour lesquels la variable considérée avait une influence sur les différences entre évaluation et perception, nous avons d'une part étudié l'influence sur les indicateurs de différence de perception, puis l'influence sur respectivement, la dépendance évaluée et la dépendance perçue. Lorsque le test du chi² montrait des résultats significatifs pour un de ces tableaux croisés, nous avons étudié pour chacune des modalités de la variable considérée, la nature des divergences.

Graphique n°8 :
La nature des différences de perception sur les transferts suivant l'âge



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Se lever ou s'asseoir est un acte indispensable au maintien de l'autonomie en général. Une personne qui ne peut pas se lever ou ne peut pas s'asseoir seule ne pourra pas non plus faire sa toilette, s'habiller, faire la cuisine et à fortiori se déplacer à l'extérieur de la maison. L'importance de cet indicateur explique que ce soit en particulier relativement à lui que les moins âgées des personnes interrogées refusent de reconnaître une perte d'autonomie synonyme de vieillissement.

Relativement à cet indicateur, les plus âgées des personnes interrogées semblent de plus se percevoir plus dépendantes qu'elles ne le sont évaluées. Pour ces personnes en effet, les transferts peuvent devenir difficiles, voire douloureux, bien qu'elles soient toujours capables de le faire. Des études de cas sur le remplissage de la grille AGGIR recensées dans le rapport d'évaluation de la PED du CRÉDOC mettent d'ailleurs en évidence l'ambiguïté de l'évaluation face à ces difficultés. Il est en effet arrivé que, dans le cas d'une personne

2.2. Le sexe

Notre échantillon comprend une majorité de femmes : 71% des personnes interrogées sont ainsi de sexe féminin, 29% sont des hommes. Or le sexe peut également jouer un rôle sur les perceptions que les personnes âgées ont de leur dépendance.

La notion de dépendance globale utilisée ici fait en effet référence à des actes de la vie quotidienne qui le plus souvent, au cours d'une vie de couple de personnes de cette génération, sont assumées par les femmes. Que le conjoint soit encore présent ou non, assurer ces tâches se fera pour les femmes dans la continuité. Pour les hommes, la perte du conjoint constituera une rupture, les mettant en demeure d'assumer ces actes du quotidien. Ces différences pourront alors avoir une conséquence non seulement sur la dépendance effective de la personne interrogée, mais aussi sur les perceptions de sa propre dépendance. Notamment, il est possible que les hommes aient une exigence moindre sur les indicateurs domestiques.

2.2.1. Les différences globales de perception ne dépendent pas du sexe, mais les hommes ont tendance à sous-estimer leur dépendance.

Le sexe n'influe globalement pas sur les différences qui peuvent apparaître entre la mesure et la perception. La perception du degré de dépendance rejoint l'évaluation pour le tiers des personnes interrogées, quel que soit le sexe. Cependant, lorsque la perception et l'évaluation diffèrent, les hommes ont alors tendance à s'estimer moins dépendants qu'ils ne le sont mesurés.

En effet, contrairement aux perceptions, l'évaluation du degré de dépendance dépend du sexe de la personne interrogée. Les hommes sont ainsi plus fréquemment mesurés très dépendants : 12% des hommes seulement, mais un quart des femmes sont mesurées partiellement autonomes, alors que la moitié des hommes et 39% des femmes sont mesurés très dépendants. Pourtant, le quart des personnes interrogées, qu'elles soient hommes ou femmes, se perçoivent partiellement autonomes, et près de 40% se perçoivent très dépendantes.

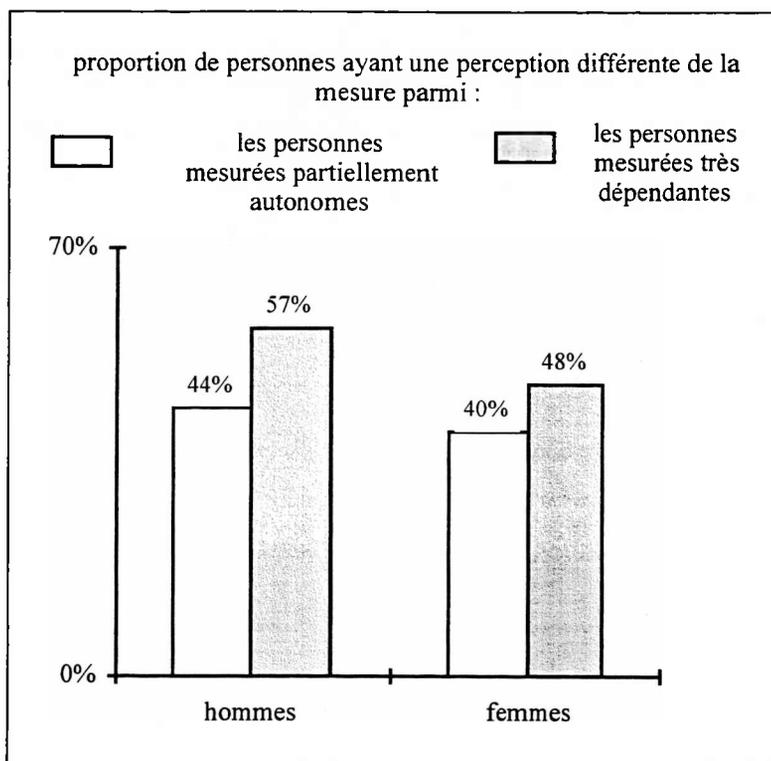
Tableau n°9 :
Perception et évaluation du degré de dépendance en fonction du sexe
(en %)

	degré de dépendance mesuré		degré de dépendance perçu	
	Hommes	femmes	Hommes	Femmes
partiellement autonomes	12	23	25	30
peu dépendants	35	38	36	33
très dépendants	53	39	39	37
total	100	100	100	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Il en résulte que si globalement, les différences entre le degré de dépendance évalué et le degré de dépendance perçu ne dépendent pas du sexe de la personne interrogée, la nature des divergences observées elles, en dépend : les hommes vont contester la mesure de la dépendance, alors que les femmes ne contesteront particulièrement ni la dépendance, ni l'autonomie partielle. Ainsi, parmi les hommes évalués partiellement autonomes, 44% ne sont pas d'accord avec cette évaluation, alors que ce sont 57% des hommes évalués très dépendants qui contestent cette mesure. Qu'elles soient mesurées partiellement autonomes ou très dépendantes, un peu plus de 40% des femmes ont une perception différente ou opposée. (voir graphique page suivante).

Graphique n°9 :
La nature des différences de perception suivant le sexe.



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Ainsi, les constructions des perceptions du degré de dépendance sont un peu différentes selon le sexe. Ces différences de réaction peuvent s'expliquer par l'attitude respective des hommes et des femmes dans la réalisation des tâches quotidiennes. Notamment, le degré d'exigence des hommes relativement à l'accomplissement des actes pris en compte risque d'être moindre que celui des femmes, plus proche de l'acceptation de l'autonomie retenue par la grille AGGIR.

Il se peut également que les hommes n'exécutent pas en vieillissant des tâches qu'ils n'accomplissaient pas non plus lors de leur âge mûr. Ils ne se perçoivent pas plus dépendants qu'alors.

L'étude des différences globales ne permet pas de vérifier ces hypothèses. Par contre, la prise en compte de la nature des indicateurs sur lesquels les écarts entre les réactions des hommes et celles des femmes sont les plus importantes semblent confirmer ces explications.

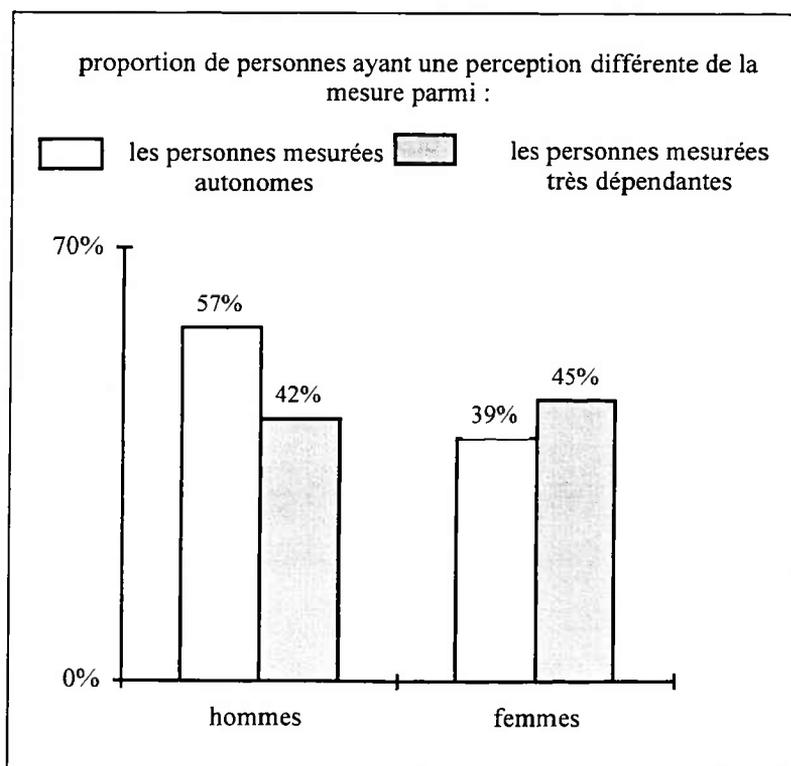
2.2.2. *Une tendance globale confirmée sur la cuisine, mais inversée sur les transferts et l'alimentation.*

L'influence du sexe de la personne interrogée sur la nature des différences entre la perception et l'évaluation du degré de dépendance est variable d'un indicateur à l'autre. Elle n'existe que pour les transferts, l'alimentation et la cuisine et ne s'exerce pas de la même façon sur ces différentes variables. De même que globalement, les hommes se perçoivent moins dépendants qu'ils ne le sont mesurés en ce qui concerne la cuisine. En revanche, ils se perçoivent plus dépendants pour les transferts et l'alimentation.

57% des hommes mesurés autonomes sur les transferts remettent ainsi en question cette évaluation, alors que seuls 42% des hommes mesurés très dépendants manifestent un désaccord. Environ 40% des femmes, qu'elles soient mesurées autonomes ou très dépendantes, ont une perception différente de l'évaluation.

Graphique n°10 :

La nature des différences de perception relatives au transferts suivant le sexe



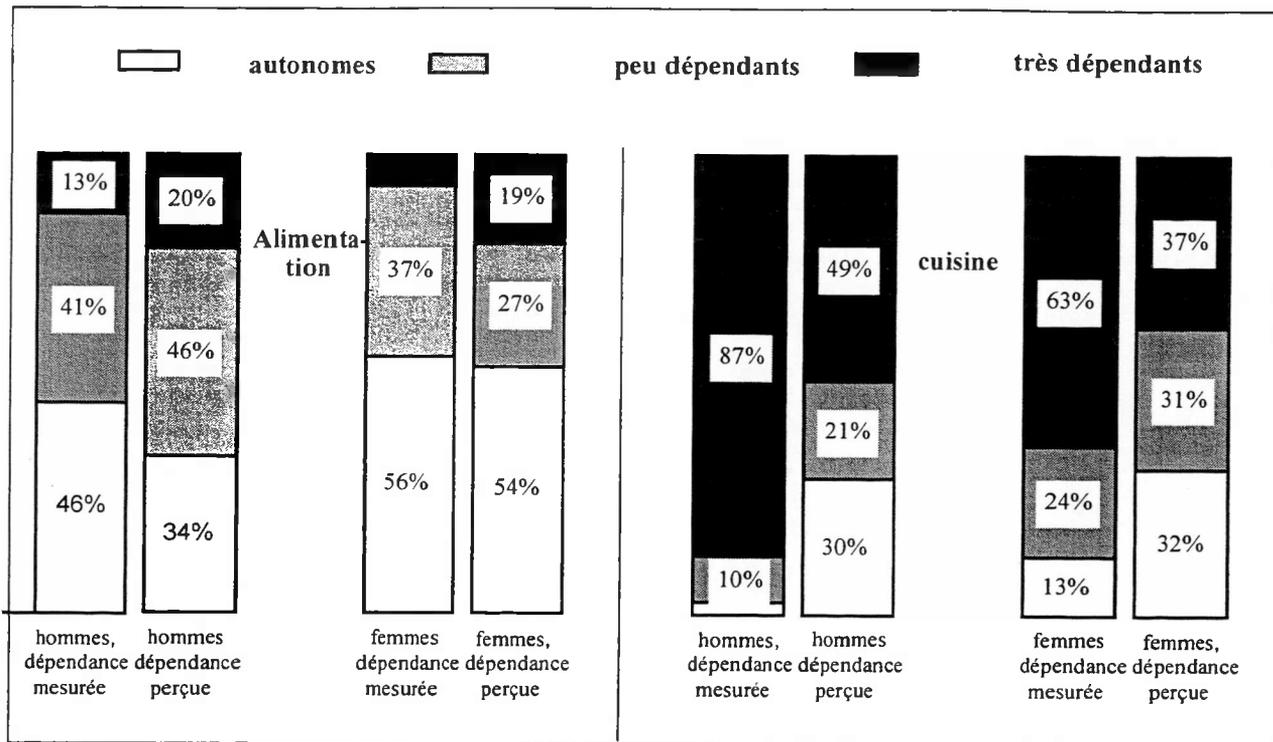
Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Les hommes autonomes sur la cuisine, les hommes et les femmes très dépendants sur l'alimentation sont trop peu nombreux pour que l'on puisse obtenir des résultats significatifs sur la nature des différences de perception selon le sexe. Il est cependant possible d'affirmer que le sexe a une influence sur la construction des perceptions relativement à ces variables. En effet, pour l'alimentation, les hommes sont beaucoup moins nombreux que les femmes à avoir une perception semblable à l'évaluation : 26% des hommes interrogés ont une perception de leur degré de dépendance sur l'alimentation semblable à la mesure, alors que 40% des femmes approuvent l'évaluation du degré de dépendance. Pour ce qui concerne la cuisine, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à avoir une perception opposée à la mesure : 30% des hommes sont dans ce cas, pour seulement 16% des femmes.

Or pour l'alimentation, les hommes sont mesurés plus fréquemment autonomes qu'ils se perçoivent autonomes ; pour la cuisine au contraire, ils sont mesurés moins souvent autonomes : 46% des hommes sont mesurés autonomes pour l'alimentation, 34% se perçoivent autonomes ; 3% des hommes sont mesurés autonomes pour la cuisine, 30% se perçoivent autonomes. Les femmes sont aussi nombreuses à se percevoir autonomes qu'elles sont mesurées comme telles pour l'alimentation. Pour la cuisine, elles s'estiment également plus souvent autonomes qu'elles ne le sont mesurées, mais les écarts observés sont moindres que pour les hommes. Ainsi, les hommes contrairement aux femmes, contestent la mesure de l'autonomie sur l'alimentation, et dans une proportion plus importante que les femmes, contestent la mesure de la dépendance sur la cuisine.

Graphique n°11 :

L'évaluation et la perception du degré de dépendance suivant le sexe,
pour l'alimentation et la cuisine



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Pour la cuisine, les hommes se perçoivent plus autonomes qu'ils ne le sont mesurés : c'est ainsi en particulier relativement aux tâches domestiques que les hommes ont tendance à manifester un degré d'exigence moindre que celui des femmes.

Pour les transferts et l'alimentation au contraire, les hommes se perçoivent plus dépendants qu'ils le sont mesurés. Il est cependant difficile de conclure, devant la faiblesse des effets constatés, que les hommes, plus que les femmes, ont tendance à être assistés pour accomplir ces actes.

Globalement, mais aussi sur la cuisine, les hommes ont tendance à sous-estimer leur dépendance par rapport à l'évaluation. Il semble ainsi qu'ils aient un faible degré d'exigence relativement à une tâche, qui, en particulier pour des personnes de cette génération, peut leur sembler ne pas être de leur ressort. Il est également possible que,

n'ayant que peu effectué de tâches domestiques au cours de leur vie, ils ne perçoivent pas une dépendance qui pour eux n'est pas que liée à la vieillesse.

2.3. La solitude

44% des personnes interrogées vivent seules, 56% partagent leur domicile avec une autre personne. 51% voient moins d'une fois par semaine la personne qu'elles rencontrent la plus souvent (en dehors de celle avec laquelle elles partagent éventuellement leur domicile), 49% rencontrent au moins une fois par semaine la personne qu'elles voient le plus souvent. Or vivre seul ou bien partager son quotidien avec une autre personne, avoir des contacts à l'extérieur de chez soi ou bien ne recevoir que rarement de la visite peut accroître les divergences entre la dépendance mesurée et la dépendance perçue. Ces différentes situations peuvent en effet générer des tendances à se faire assister ou à se laisser aller, ou au contraire un effet de stimulation selon les mécanismes suivants :

- un comportement d'assistantat : la personne trop entourée manque de stimulation. Petit à petit, elle se repose sur son entourage et délaisse la gestion de la vie quotidienne. N'accomplissant plus certains actes, elle s'estime dépendante. Cependant, elle est encore capable de les faire et est donc mesurée autonome.
- un comportement de « laisser aller » : la personne délaissée ou trop entourée se désintéresse de la gestion de la vie quotidienne. Ce désintérêt a alors pour conséquence à la fois de faire baisser son degré d'exigence relativement aux tâches quotidiennes, et de la rendre dans l'incapacité d'accomplir certains actes. Elle sera alors mesurée dépendante, sans nécessairement s'apercevoir de cette dépendance.
- un comportement de stimulation : parce qu'elle vit seule, ou au contraire parce qu'elle est entourée et stimulée par son entourage, la personne âgée peut au contraire faire l'effort de surmonter ses handicaps pour accomplir un certain nombre d'actes. Elle sera alors mesurée partiellement autonome.

Pour les personnes qui partagent leur logement, c'est finalement l'effet d'assistantat qui tend à être prépondérant. Les personnes qui rencontrent un proche régulièrement semblent elles, être stimulées.

2.3.1. *Par rapport à l'évaluation, les personnes qui ne vivent pas seules ont tendance à se percevoir plus dépendantes, celles qui ont des contacts extérieurs se perçoivent plutôt plus autonomes.*

Globalement, vivre seul ou avec une autre personne, avoir des contacts réguliers ou ne jamais recevoir de visite n'a pas d'influence sur les différences entre l'évaluation et la perception. Cependant, alors que la mesure de la dépendance dépend de la solitude, ce n'est pas le cas de la perception. Ainsi, la moitié des personnes qui vivent avec une autre personne, qu'elles aient des contacts extérieurs ou non, sont mesurées très dépendantes, alors que seules 40% des personnes vivant seules et ayant des contacts sont dans ce cas. Les personnes n'ayant pas de contact régulier et vivant seules sont encore moins fréquemment mesurées très dépendantes : seules le quart d'entre elles sont en effet dans ce cas.

Tableau n°10 :
La solitude et la mesure de la dépendance
(en %)

	vit seule, sans contact régulier	vit seule, avec contact régulier	vit avec quelqu'un, sans contact régulier	vit avec quelqu'un, avec contact régulier
mesurée partiellement autonome	33	23	15	13
mesurée peu dépendante	42	38	32	35
mesurée très dépendante	25	39	53	52
total	100	100	100	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Par contre, la perception du degré de dépendance est la même quel que soit le mode de vie. Dans tous les cas, entre le quart des personnes et le tiers se perçoivent partiellement autonomes, entre le tiers et 45% se perçoivent très dépendantes. On peut cependant remarquer que les personnes interrogées se perçoivent un peu plus souvent très dépendantes, un peu moins souvent partiellement autonomes lorsqu'elles ont des contacts que lorsqu'elles n'en ont pas, et ceci quel que soit par ailleurs leur mode de vie (qu'elles vivent seules ou avec une

autre personne), alors que le degré de dépendance évalué dépend du fait de vivre avec quelqu'un plus que des contacts.

Tableau n°11 :
La solitude et la perception de la dépendance
(en %)

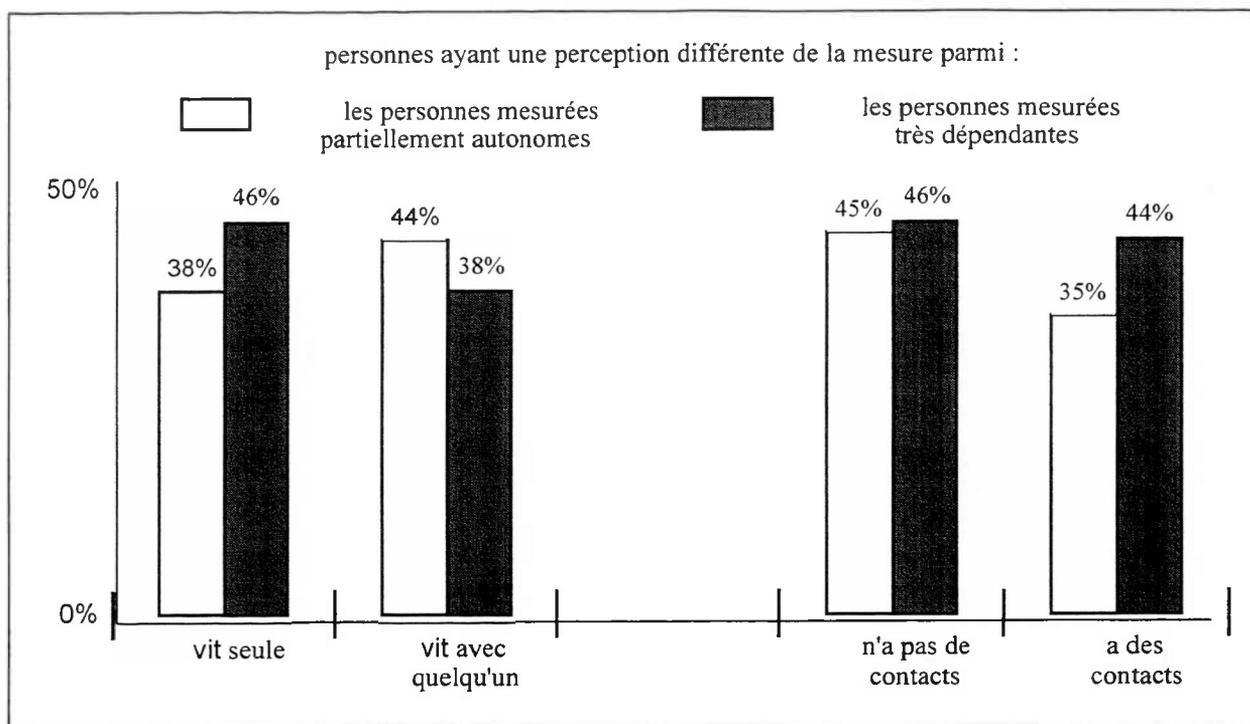
	vit seule, sans contacts	vit seule, avec contacts	vit avec quelqu'un, sans contacts	vit avec quelqu'un, avec contacts
se perçoit partiellement autonome	33	27	28	27
se perçoit peu dépendante	33	29	38	32
se perçoit très dépendante	34	44	34	41
total	100	100	100	100

Source : CREDOC- CNAV, 1996

Cette influence un peu différente de la solitude sur la mesure et la perception du degré de dépendance n'est pas assez importante pour que mesure et perception diffèrent selon le mode de vie. Cependant, elle a des conséquences sur la nature des divergences constatées, selon qu'il s'agisse de personnes vivant seules ou avec une autre personne, et qu'elles aient des contacts autres que dans leur foyer ou non. Les personnes qui vivent seules se perçoivent ainsi un peu plus autonomes qu'elles ne le sont évaluées, alors que les personnes qui partagent leur foyer se perçoivent plutôt plus dépendantes.

Les personnes qui n'ont pas de contact sont aussi nombreuses à avoir une perception différente de l'évaluation, quel que soit le degré de dépendance. Par contre, celles qui rencontrent des personnes extérieures à leur foyer se perçoivent plutôt plus autonomes qu'elles ne le sont mesurées.

Graphique n°12 :
La nature des différences de perception selon la solitude



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Finalement, mais le constat suivant doit être nuancé par la faiblesse des effets constatés :

- Lorsque la personne partage son logement, elle a tendance à surestimer sa dépendance par rapport à l'évaluation. Ayant quelqu'un pour accomplir les actes de la vie quotidienne, elle ne les fait plus et s'estime dépendante, alors qu'elle est encore capable de les faire et est donc mesurée partiellement autonome. Vivre avec quelqu'un a ainsi tendance à provoquer un effet d'assistantat.
- Avoir des contacts a plus un effet de stimulation que de laisser aller, les personnes ayant des contacts s'estimant un peu plus souvent partiellement autonomes qu'elles ne le sont mesurées.

Au delà d'une vie effectivement isolée, le sentiment de solitude peut être à l'origine de différences entre la perception et l'évaluation de la dépendance. On peut en effet supposer

qu'une personne se sentant seule aura également tendance à se percevoir dépendante, ou au contraire, à se percevoir plus autonome qu'elle ne l'est en réalité. Ce n'est pas le cas ici.

2.3.2. Pour les personnes qui ne vivent pas seules, la tendance globale est confirmée relativement à l'alimentation, le suivi du traitement et les transferts.

Avoir ou non des contacts extérieurs n'influe pas, quelle que soit la variable considérée, sur les différences entre perception et mesure du degré de dépendance. Par contre, ces divergences seront plus ou moins importantes, pour certains indicateurs, selon que la personne habite seule ou avec quelqu'un.

Ainsi, pour les transferts, l'alimentation, le ménage et la cuisine, la perception du degré de dépendance est plus fréquemment différente de son évaluation pour les personnes qui vivent avec quelqu'un que pour les autres. La moitié des personnes qui vivent seules (les trois quarts pour le ménage), ont une perception semblable à l'évaluation, alors que seul le quart ou au plus le tiers (les deux tiers pour le ménage) sont dans ce cas lorsqu'elles partagent leur domicile avec une autre personne.

Tableau n°12 :

Différences entre la perception et la mesure du degré de dépendance pour les transferts, l'alimentation, le ménage et la cuisine en fonction de la solitude

	personnes qui vivent seules		personnes qui partagent leur domicile	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Transferts				
Différences indéterminées	9	4	54	18
Perception et mesure semblables	119	50	90	30
Perception et mesure différentes	109	46	158	52
total	237	100	302	100
Alimentation				
Différences indéterminées	8	3	76	25
Perception et mesure semblables	114	48	80	27
Perception et mesure différentes	115	49	146	48
total	237	100	302	100
Ménage				
Différences indéterminées	11	5	6	2
Perception et mesure semblables	186	78	195	65
Perception et mesure différentes	40	17	101	33
total	237	100	302	100
Cuisine				
Différences indéterminées	13	5	14	5
Perception et mesure semblables	106	45	108	36
Perception et mesure différentes	118	50	180	59
total	237	100	302	100

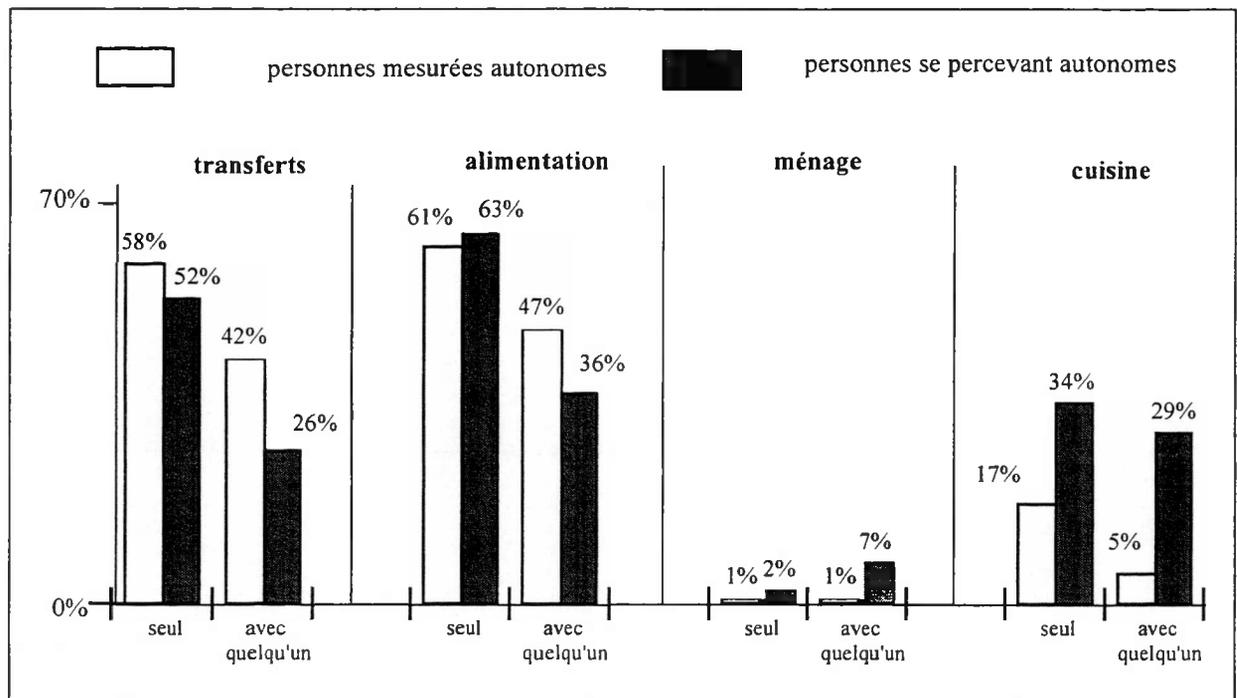
Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Lorsque la personne vit avec quelqu'un, la nature des différences observées dépend des indicateurs considérés. Pour les transferts et l'alimentation, les personnes qui partagent leur domicile ont tendance à se percevoir plus dépendantes qu'elles ne le sont mesurées. Au contraire, pour, le ménage et la cuisine, elles se perçoivent plus autonomes. Ainsi, parmi les personnes qui vivent avec quelqu'un, 42% sont mesurées autonomes sur les transferts, alors

que 24% seulement se perçoivent effectivement autonomes sur les transferts, 47% sont mesurées autonomes sur l'alimentation, 34% seulement s'estiment autonomes sur cette variable. De telles différences n'apparaissent pas pour les personnes qui vivent seules.

Au contraire, 1% des personnes vivant en couple sont mesurées autonomes pour le ménage, 7% se perçoivent autonomes. De même, 5% sont mesurées autonomes pour la cuisine, et 29% se perçoivent ainsi.

Graphique n°13 :
La perception et la mesure du degré de dépendance, pour les transferts,
l'alimentation, le ménage et la cuisine



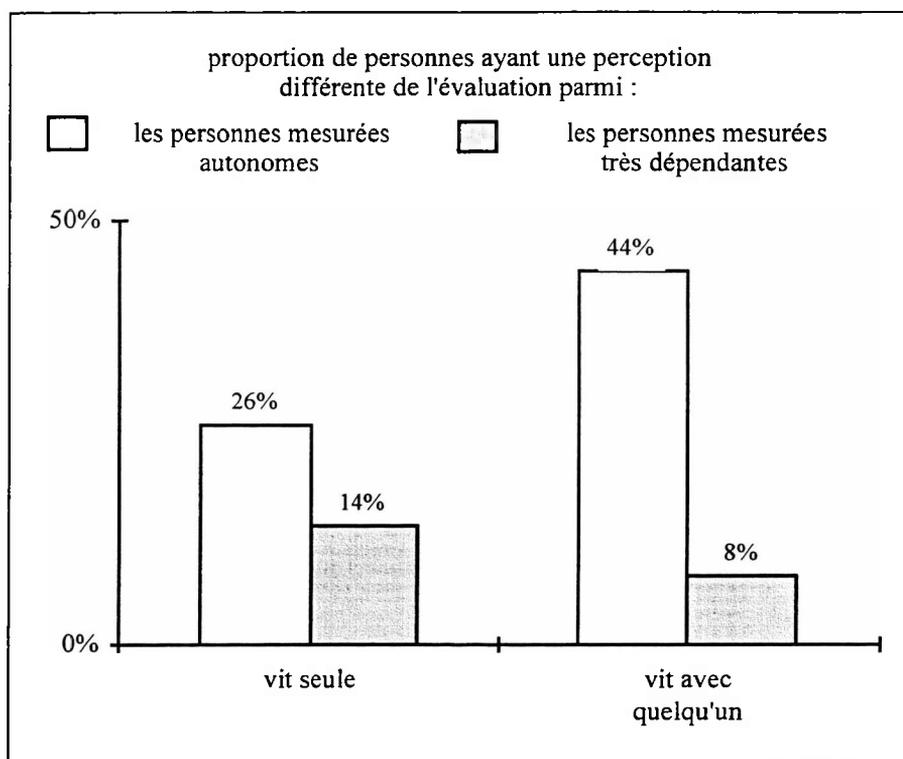
Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Le mode de vie n'intervient pas sur les différences entre perception et mesure relatives aux autres indicateurs. Cependant, il influe sur la nature de ces différences pour le suivi du traitement. Ainsi, les personnes qui vivent avec quelqu'un et qui ont une perception différente de la mesure se perçoivent plutôt plus dépendantes sur le suivi du traitement : 44% des personnes vivant avec quelqu'un et mesurées autonomes sur le suivi du traitement ont une

perception différente, alors que seulement 8% des personnes mesurées très dépendantes sont dans ce cas. Une telle différence n'apparaît pas pour les personnes qui vivent seules.

Graphique n°14 :

Nature des différences de perception selon le mode de vie, pour le suivi du traitement



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

L'effet d'assistantat provoqué par le fait de vivre avec quelqu'un observé globalement est vérifié sur les transferts, l'alimentation et le suivi du traitement. Pour ces variables, les personnes vivant avec quelqu'un auront tendance à se percevoir plus dépendantes qu'elles ne le sont mesurées. C'est donc d'abord pour se lever et s'asseoir, pour prendre leurs repas et leurs médicaments que les personnes partageant leur logement reçoivent une aide qui n'est pas jugée nécessaire d'après l'évaluation.

Pour le ménage et la cuisine, au contraire, les personnes ne vivant pas seules se perçoivent moins dépendantes qu'elles ne le sont mesurées. C'est ce que nous avons qualifié de « laisser aller ». Les personnes vivant avec quelqu'un se désintéressent de ces tâches et ne

se rendent plus compte qu'elles sont devenues dans l'incapacité de les réaliser. Elles ne perçoivent donc plus leur dépendance.

Finally, the fact of living with someone seems to provoke a certain effect of assistanat, in the measure where the persons who share their housing have a tendency to overestimate their dependence in relation to the evaluation: by making themselves helped to accomplish certain actions, and notably to get up or sit down or to take their meals, they estimate themselves as dependent on acts that they no longer accomplish, but according to the evaluator, they are capable of doing. For the household and the kitchen on the contrary, it is an opposite effect that appears: when she lives with someone, the person interviewed receives help that she is not necessarily conscious of and underestimates her dependence.

The variables for which it is the effect of assistanat that dominates refer to acts that imply directly the person interviewed. She cannot then ignore the help that she receives and perceives herself as more dependent than she is. On the contrary, the household and the kitchen can be realized without the person intervening and can correspond to a service, more than to an aid. She can therefore not be conscious of having been helped and perceive herself as more autonomous than she is.

2.4. La perception de l'état de santé

La plupart des personnes interrogées s'estiment en mauvaise santé. Ainsi, 41% déclarent que leur état de santé n'est pas satisfaisant du tout par rapport à celui des autres personnes de leur âge, le tiers qu'il est peu satisfaisant. Moins d'une personne sur cinq déclare être en bonne santé par rapport aux autres personnes de son âge. Comparer la perception de la santé avec les différences entre mesure et perception de l'autonomie peut alors mettre en évidence l'existence d'une catégorie de personnes se plaignant de leur état général mais contredit par l'observation, ou au contraire, plus optimistes que ne le sont les évaluateurs. Nous verrons que les personnes qui ne s'estiment pas en mauvaise santé ont tendance à surestimer leur autonomie par rapport à l'évaluation. Il n'existe donc pas de groupe de personnes insatisfaites de leur état général.

2.4.1. *Les personnes ne s'estimant pas en mauvaise santé ont tendance à se percevoir moins dépendantes qu'elles ne le sont évaluées.*

La perception de l'état de santé est liée à la perception du degré de dépendance. Cependant, cette liaison n'est pas significative de l'existence d'une catégorie de personnes ayant tendance à être pessimiste sur leur état de santé comme sur leur degré de dépendance. En effet, d'une part la liaison observée est faible, d'autre part elle existe également et dans des proportions similaires entre la perception de l'état de santé et l'évaluation du degré de dépendance. Ainsi, les personnes qui à la fois se perçoivent en mauvaise santé et très dépendantes sont aussi évaluées très dépendantes.

43% des personnes se percevant en mauvaise santé (qui estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant du tout par rapport à celui des personnes de leur âge) se perçoivent également très dépendantes, 48% sont mesurées très dépendantes. 32% des personnes qui se plaignent peu de leur état de santé (qui estiment que leur état de santé est peu satisfaisant, satisfaisant ou très satisfaisant par rapport à celui des personnes de leur âge) se perçoivent très dépendantes, 36% sont mesurées très dépendantes.

Tableau n°13 :

Évaluation et perception du degré de dépendance selon la perception de l'état de santé
(en %)

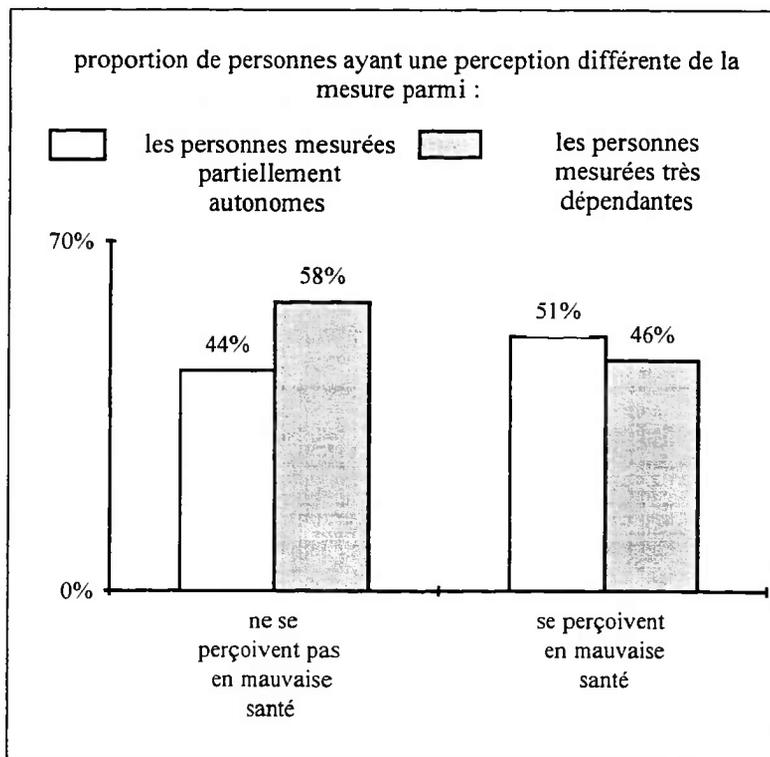
	Ne se perçoivent pas en très mauvaise santé	Se perçoivent en très mauvaise santé		Ne se perçoivent pas en très mauvaise santé	Se perçoivent en très mauvaise santé
évalués partiellement autonomes	25	16	se perçoivent partiellement autonomes	36	22
évalués peu dépendants	40	36	se perçoivent peu dépendants	32	35
évalués très dépendants	35	48	se perçoivent très dépendants	32	43
total	100	100		100	100

Source : CRÉDOC-CNAV, 1996

Finalement, la perception de l'état de santé n'a pas d'influence sur les divergences globales entre mesure et perception du degré de dépendance. On peut cependant relever que les personnes ne se percevant pas en mauvaise santé ont tendance à se percevoir moins dépendantes qu'elles ne le sont mesurées. Ainsi, 44% des personnes se plaignant peu de leur état de santé et mesurées partiellement autonomes ne sont pas d'accord avec cette évaluation. Elles sont 58% à remettre en cause la mesure lorsqu'elles sont évaluées très dépendantes.

Graphique n°15 :

La nature de la différence entre perception et évaluation du degré de dépendance selon la perception de l'état de santé



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Il n'existe donc pas de catégorie de personnes se plaignant de leur état général. Par contre, les personnes qui estiment leur état de santé plutôt satisfaisant par rapport aux autres personnes de leur âge ont tendance à se percevoir plus autonomes qu'elles ne le sont évaluées. 18% des personnes interrogées à la fois ne se plaignent pas de leur état de santé et se

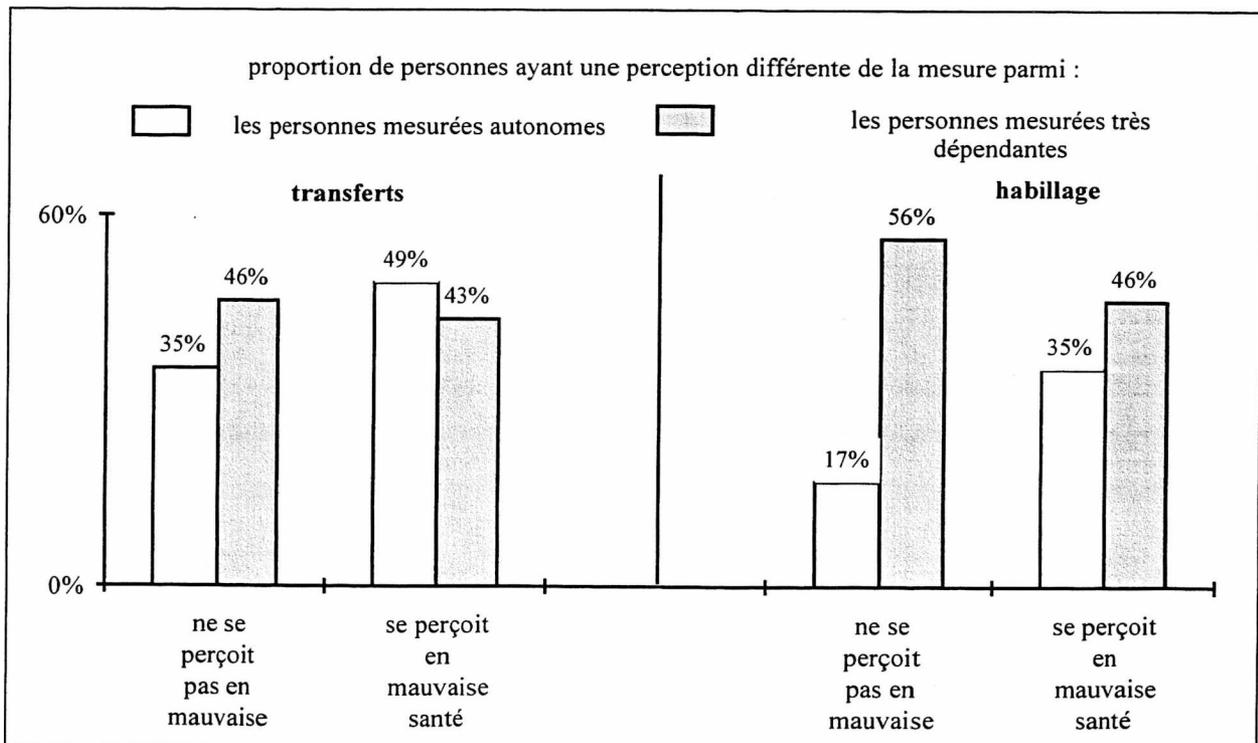
perçoivent moins dépendantes qu'elles ne le sont mesurées, et donc affichent un certain optimisme.

2.4.2. Cette tendance se manifeste en particulier sur les transferts et l'habillement.

Pas plus que la perception de l'état de santé n'influe sur les différences entre perception et mesure du degré de dépendance global, elle n'a d'effet sur les divergences entre dépendance mesurée et dépendance perçue pour les indicateurs. Par contre, la nature des différences observées pour les transferts et l'habillement dépend de la perception de l'état de santé. Celle-ci exerce alors une influence analogue à celle observée sur le degré d'autonomie global : les personnes qui ne se perçoivent pas en mauvaise santé ont tendance à contester l'autonomie mesurée.

Graphique n°16 :

La nature des différences entre la perception et l'évaluation du degré de dépendance selon la perception de l'état de santé, pour les transferts et l'habillement.



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Les personnes ne se percevant pas en mauvaise santé ont ainsi tendance à se percevoir moins dépendantes qu'elle ne le sont mesurées, et ceci notamment relativement aux transferts. Or la capacité à s'asseoir et à se lever, est très liée à l'état de santé de la personne. Ainsi, les personnes qui se perçoivent plutôt en bonne santé par rapport aux autres personnes de leur âge auront tendance à se percevoir plus autonomes qu'elles ne sont sur les transferts, dans la mesure où elles estiment que relativement aux autres personnes de leur âge, elles ont conservé un état de santé général satisfaisant et donc une bonne capacité à se lever et à s'asseoir.

Comme nous l'avions déjà remarqué pour les plus jeunes des personnes interrogées, dans certains cas les perceptions se construisent souvent par rapport à une norme, et notamment en ce qui concerne les transferts : la personne ne se perçoit pas autonome dans l'absolu, mais se perçoit autonome relativement à l'image qu'elle se fait du degré de dépendance des autres personnes de son âge. Or l'intitulé de la question ayant servi à recueillir les perceptions de l'état de santé faisait référence à cette norme (« par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé soit globalement... »). Cependant, alors que la construction des perceptions du degré de dépendance avait lieu plutôt par une intégration de la norme, l'intitulé de la question sur la perception de l'état de santé contraint les personnes interrogées à se confronter à la norme. Ces différences peuvent d'ailleurs expliquer la liaison relativement faible entre les perceptions de l'état de santé et les perceptions du degré de dépendance. Il est ainsi possible que les personnes qui à la fois se perçoivent plus autonomes qu'elles ne le sont évaluées et qui se perçoivent plutôt en bonne santé par rapport aux personnes de leur âge soient celles qui construisent leur perception en confrontant leur état à la norme.

La catégorie sociale, mesurée par la catégorie socioprofessionnelle et par le niveau de revenu n'intervient pas sur la mesure de la dépendance : elle n'a pas d'influence sur la dépendance mesurée ou sur la dépendance perçue et donc sur les différences entre autonomie mesurée et autonomie perçue.

L'étude de l'influence des caractéristiques de la personne interrogée sur les divergences entre l'évaluation et la perception apporte des éléments sur les rapports à la dépendance qu'entretiennent les personnes interrogées : les personnes les moins âgées ont tendance à

refuser de se voir vieillir, et donc à nier leur dépendance. Les hommes, ainsi que les personnes qui partagent leur domicile avec une autre personne se perçoivent plus dépendants qu'ils ne le sont évalués, notamment sur la cuisine et le ménage. Ils manifestent dans une certaine mesure qu'ils sont assistés dans leur vie quotidienne. Ne prenant pas en charge un certain nombre des actes quotidiens (et notamment domestiques), ils ne perçoivent pas leur dépendance relativement à ces actes. Les personnes qui ont des contacts réguliers avec une même personne seront au contraire stimulées et, par rapport à l'évaluation, se percevront plus autonomes.

Au delà de l'influence des caractéristiques socio-démographiques, cette étude a permis de mettre en évidence certaines des modalités selon lesquelles se construisent les perceptions. Il semble ainsi que les personnes interrogées ont tendance, plus qu'à estimer leur situation en la confrontant à une norme, à intégrer la norme comme étant leur propre état. Cette norme d'ailleurs dépend principalement de l'âge de la personne interrogée. De plus, alors que l'évaluation considère que l'aide matérielle « fait partie de la personne » et qu'en ce sens, une personne ayant une telle aide n'est pas dépendante, les personnes interrogées, elles, se perçoivent plutôt dépendantes lorsqu'elles doivent solliciter une aide matérielle.

3. Les différences de perception selon le déroulement des entretiens

En dehors des caractéristiques liées à la personne, la perception et la mesure du degré de dépendance diffèrent d'une personne à l'autre par les modalités de recueil de l'information ayant servi à les élaborer. Ainsi, les conditions de l'enquête CRÉDOC de même que celles de l'entretien au cours duquel est rempli la grille AGGIR n'ont pas été strictement les mêmes pour les différentes personnes interrogées. Comparer le degré de dépendance perçu et le degré de dépendance mesuré selon les modalités de déroulement de ces deux visites à domicile permet de repérer ce qui, au cours de la visite, a pu biaiser le recueil des informations relatives à l'autonomie.

3.1. Les conditions du déroulement de l'enquête CRÉDOC : le recueil des perceptions

Les entretiens ont eu lieu au domicile de la personne interrogée. Ils duraient trois quarts d'heure environ. Le plus souvent, l'entretien s'est déroulé en présence d'une tierce personne, qualifiée de « personne ressource », qui permettait d'apporter des précisions aux réponses des personnes âgées, voire qui répondait à sa place sur certaines questions. La présence de cette personne référante, la fréquence avec laquelle elle est intervenue dans l'entretien constitue la principale différence qui a pu exister dans les conditions de passation du questionnaire. Ce questionnaire, très fermé, ne laissait pas place à d'autres divergences.

Cependant, à la fin de l'entretien, il était demandé à l'enquêteur de fournir des renseignements sur le déroulement du questionnaire, et en particulier sur les difficultés manifestées par les personnes interrogées pour comprendre les questions, ou pour donner les informations demandées. Ces éventuelles difficultés ont pu nuire à la qualité des données recueillies.

Nous verrons que finalement, seule la fréquence avec laquelle le référant est intervenu a eu une influence sur les divergences entre la perception et l'évaluation du degré de dépendance.

3.1.1. Lorsque le référent n'intervient pas, les personnes interrogées sous-estiment leur dépendance par rapport à l'évaluation.

Le degré d'intervention du référent a été mesuré selon le nombre de questions auxquelles il a donné une réponse. Pour 33% des personnes interrogées, ou bien l'entretien a eu lieu sans référent, ou bien celui-ci n'est pas intervenu. Pour 44%, il a répondu à au moins une question, au plus 5, pour 23% il est a répondu à au moins 6 questions²².

L'intervention du référent est bien entendue fonction de la dépendance de la personne interrogée, et ce au sens mesuré comme au sens perçu. Plus la personne est dépendante, moins elle a été à même de répondre aux questions posées et plus le référent est intervenu.

Cependant, le fait que le référent réponde est susceptible d'introduire des biais dans la perception du degré d'autonomie. La personne privilégiée pour assister à l'entretien CRÉDOC a été la personne ayant effectué la demande PED. Il est alors possible qu'elle ait eu tendance à accentuer la dépendance de la personne âgée dans le souci, conscient ou non, de justifier sa démarche.

Ce ne semble pas être le cas dans la mesure où les personnes dont la perception diffère de l'évaluation ne sont pas plus nombreuses parmi celles dont le référent n'est pas intervenu que parmi celles pour lesquelles il est le plus intervenu : que le référent soit intervenu fréquemment, rarement ou jamais, la mesure et la perception sont semblables pour environ un tiers des personnes, sont peu différentes pour près de 40% et opposées pour environ 15%. Dans les deux cas, l'intervention du référent a eu lieu avant tout pour les personnes dépendantes, mais sa perception ne semble pas avoir été plus ou moins objective par rapport à celle de la personne âgée.

²² Seules 11 questions tenaient compte de la qualité de la personne ayant répondu (personne âgée ou référent). Ce sont ces questions qui ont été utilisées pour définir le degré d'intervention du référent.

Tableau n°14 :
Degré de dépendance évalué et degré de dépendance perçu
selon l'intervention d'un référent

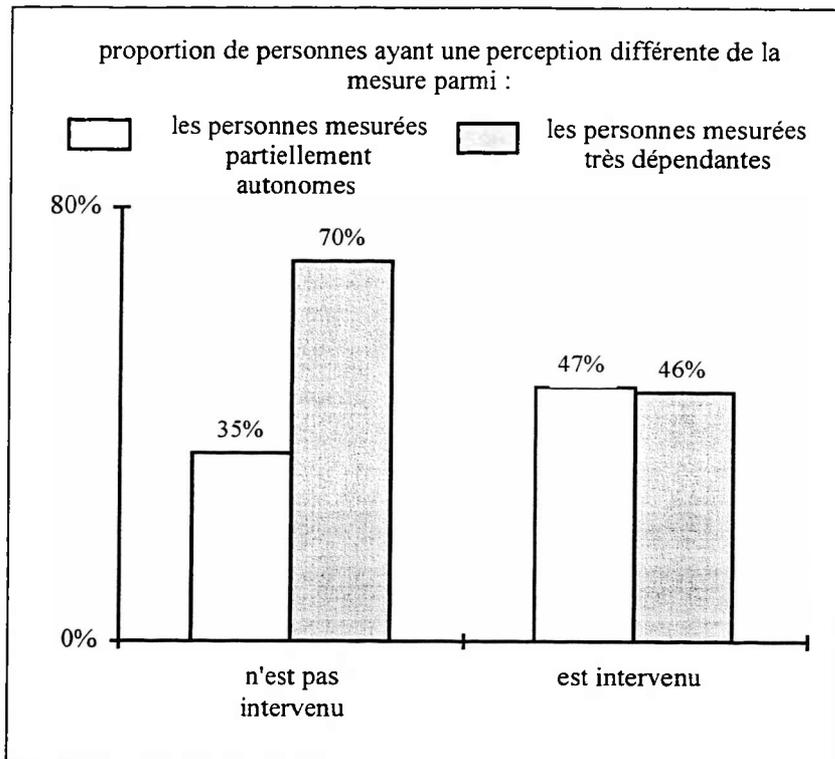
degré de dépendance évalué	Le référent ...					
	n'intervient pas		intervient rarement		intervient fréquemment	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
partiellement autonomes	57	33	39	20	12	7
peu dépendants	76	44	77	39	43	25
très dépendants	40	23	79	41	116	68
total	173	100	195	100	171	100
degré de dépendance perçu	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
partiellement autonomes	75	43	51	26	27	16
peu dépendants	52	30	65	33	63	37
très dépendants	46	27	79	41	81	47
total	173	100	195	100	171	100

Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Cependant, lorsque la mesure et la perception diffèrent, la nature des divergences constatées n'est pas la même lorsque le référent n'est pas intervenu que lorsqu'il est intervenu (rarement ou fréquemment). Ainsi, lorsque le référent n'est pas intervenu, les personnes âgées qui ont une perception différente de l'évaluation sont principalement des personnes mesurées très dépendantes, (70% des personnes pour lesquelles le référent n'est pas intervenu et qui sont mesurées très dépendantes ont une perception différente, alors que 35% des personnes mesurées partiellement autonomes ont une perception différente). Lorsque le référent est intervenu, les divergences ne concernent plus particulièrement ni les personnes mesurées très dépendantes, ni celles mesurées partiellement autonomes.

Graphique n°17 :

Nature des différences entre le degré de dépendance perçue et le degré de dépendance évalué selon l'intervention du référent



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Si la fréquence des différences entre le degré d'autonomie mesuré et celui perçu ne dépend pas de l'intervention du référent, en revanche lorsqu'il n'intervient pas, les personnes interrogées ont tendance à s'estimer moins dépendantes qu'elles ne sont mesurées. La présence de l'intervenant semble alors corriger cette tendance des personnes âgées.

3.1.2. Une influence de l'intervenant confirmée sur les transferts et l'alimentation

On retrouve cette tendance sur certains des indicateurs utilisés : ainsi, sur les transferts et l'alimentation, les personnes pour lesquelles le référent est fréquemment intervenu se perçoivent moins dépendantes qu'elles ne le sont mesurées.

Pour ces indicateurs, les personnes ayant une perception du degré d'autonomie semblable à l'évaluation sont moins nombreuses lorsque la tierce personne a répondu à beaucoup de question que lorsqu'elle n'a pas pris la parole.

Tableau n°15 :
Les différences entre la perception et l'évaluation, pour les transferts,
l'alimentation et la cuisine

	Le référent ...					
	n'intervient pas		intervient rarement		intervient fréquemment	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
transferts						
indéterminée	20	12	18	9	25	15
mesure et perception semblables	81	47	74	38	54	32
mesure et perception différentes	72	41	103	53	92	53
total	173	100	195	100	171	100
alimentation						
indéterminée	11	6	26	13	47	28
mesure et perception semblables	92	53	74	38	28	16
mesure et perception différentes	70	41	95	49	96	56
total	173	100	195	100	171	100

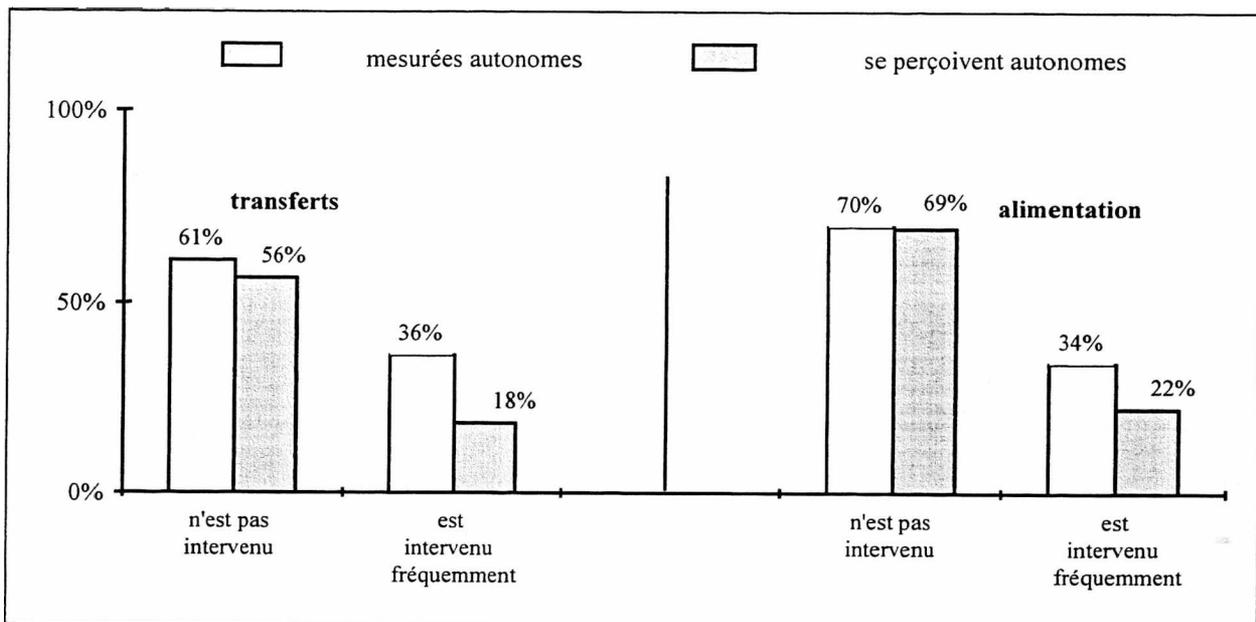
Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

La nature des différences observée lorsque le référent est fréquemment intervenu conduit à effectuer le même constat pour l'alimentation et les transferts que globalement : la présence du référent conduit les personnes interrogées à contester la mesure de l'autonomie plus que celle de la dépendance. Ainsi, sur l'alimentation et les transferts, les personnes dont le référent est intervenu sont plus nombreuses à être mesurées partiellement autonomes qu'à se percevoir partiellement autonomes.

Lorsque le référent est intervenu, 36% des personnes interrogées sont mesurées partiellement autonomes sur les transferts, 34% sur l'alimentation, 18% seulement se perçoivent partiellement autonomes sur les transferts, 22% sur l'alimentation. De tels écarts n'existent pas lorsque le référent n'est pas intervenu.

Graphique n°18 :

La nature des différences entre la perception et l'évaluation du degré de dépendance, selon l'intervention du référent, pour les transferts et l'alimentation.



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

L'intervention d'une tierce personne lors de l'entretien conduit par l'enquêteur du CRÉDOC a donc eu une influence sur le recueil des perceptions. Ainsi, globalement, lorsque le référent n'intervient pas, les personnes interrogées ont tendance à se percevoir plus souvent partiellement autonomes par rapport à l'évaluation. L'intervention du référent corrige un peu cette tendance. Pour les transferts et la cuisine notamment, lorsque le référent intervient fréquemment, les personnes se considèrent moins souvent autonomes qu'elles ne le sont évaluées.

Cependant, les personnes pour lesquelles le référent n'est pas intervenu sont également les personnes les moins dépendantes. Ceci ne biaise pas la nature de l'influence du référent, puisque les divergences entre perception et mesure sont les mêmes quel que soit le degré de

dépendance. Par contre, ces personnes sont celles qui, a priori, avaient le moins besoin de la PSD. Il est possible que pour l'obtenir, elles ont accentué leur dépendance lors de l'entretien avec l'évaluateur. Par contre, l'enquête du CRÉDOC ne cherchant pas directement à évaluer leur dépendance, elles n'ont pas eu cette attitude.

Le degré de compréhension de la personne interrogée, les difficultés qu'elle a pu rencontrées pour retrouver les informations demandées par l'enquêteur, la durée de l'entretien ou son climat interviennent sur le degré de dépendance de la personne âgée. Par contre, ils n'ont aucune influence sur les différences entre la perception de la dépendance et l'évaluation, que ce soit globalement ou pour les différents indicateurs.

3.2. Les conditions du déroulement de la visite d'évaluation

Au cours de l'expérimentation, le déroulement de l'entretien préalable au remplissage de la grille AGGIR a été différent d'un département à l'autre. La composition de l'équipe médico-sociale, l'ordre des visites (visites conjointes ou séparées des membre de l'équipe), la prise de rendez-vous notamment n'ont pas été les mêmes. Ces divergences correspondent à des choix du département. Chacune de ces solutions présente en effet certains inconvénients et certains avantages. La comparaison avec le degré de dépendance perçu par la personne âgée permet de confronter ces différents choix et de voir quels sont les biais introduits par chacun.

Ces paramètres étaient laissés au choix des départements. Étudier chacun d'eux séparément pourrait être à l'origine d'un biais dans la mesure où c'est l'appartenance à un département qui conditionne les différents facteurs pris en compte ici. Cependant, le nombre de départements est élevé, ainsi que le nombre de combinaisons possibles. De plus, les choix des départements n'ont pas été effectifs pour toutes les personnes. Pour étudier l'influence de ces choix, nous avons donc pris en compte les différences observées sur chacun des individus et non au niveau des départements.

Les modalités de déroulement des visites d'évaluation ne sont connues que par les déclarations des personnes interrogées. L'étude effectuée ici est donc fondée sur du déclaratif et se heurte à certaines limites. Il est notamment possible que les personnes aient oublié le

déroulement exact des visites, aient plus ou moins bien identifié les personnes qui se sont rendues à leur domicile.

3.2.1. L'intervention d'un représentant du corps médical n'a pas d'influence globale.

Le dispositif prévoit une visite systématique de l'assistante sociale. Celle d'un représentant du corps médical (médecin ou infirmière) n'est pas par contre obligatoire. Les départements ont alors adopté différentes attitudes. Le rapport du CRÉDOC notait ainsi que « *la visite effectuée par le travailleur social uniquement a pour avantage non négligeable de réduire les délais d'instruction parfois très longs rencontrés lors de l'intervention de plusieurs professionnels* ». En revanche, les visites effectuées par la seule assistante sociale fournissent parfois une approche trop limitée de la dépendance. La visite du médecin (ou de l'infirmière) venant compléter celle du travailleur social permet une approche plus globale et plus objective. Le médecin appréhende en effet la dépendance par l'intermédiaire des pathologies de la personne âgée, tandis que l'assistante sociale observe la dépendance selon l'environnement.

Lorsqu'un représentant du corps médical effectue des visites à domicile, là aussi, plusieurs solutions sont possibles qui ne sont pas neutres sur l'évaluation. La visite conjointe permet une confrontation immédiate des points de vue du médecin et de l'assistante sociale mais a pour inconvénient une difficile gestion de l'emploi du temps. Les visites séparées des différents membres de l'équipe d'évaluation permettent de voir la personne à des moments différents de la journée et donc de découvrir d'éventuels troubles non décelés lors de la première visite. Cependant, le risque réside dans un laps de temps trop long entre les deux visites, l'état de la personne risquant alors de se dégrader.

Pour 53% des personnes interrogées, seule une assistante sociale s'est déplacée. Pour 10%, une infirmière a également effectué une visite à domicile, pour 37%, le représentant du corps médical était un médecin. Lorsque une infirmière ou un médecin s'est déplacé en plus de l'assistante sociale, la visite était conjointe pour un peu plus du tiers des personnes interrogées, séparées dans les autres cas.

La présence d'un médecin ou d'une infirmière dans l'équipe d'évaluation n'a pas d'influence sur les différences entre la perception et la mesure du degré de dépendance globale. Une telle influence, si elle avait existé, aurait été déterminée par l'approche pathologique du médecin. Plus que par la présence de ce dernier, c'est donc la réalisation d'un examen médical lors de la visite qui peut être déterminant. Ce n'est pas le cas : la perception du degré de dépendance et son évaluation ne diffèrent ni plus ni moins que le médecin ait effectué un examen ou non.

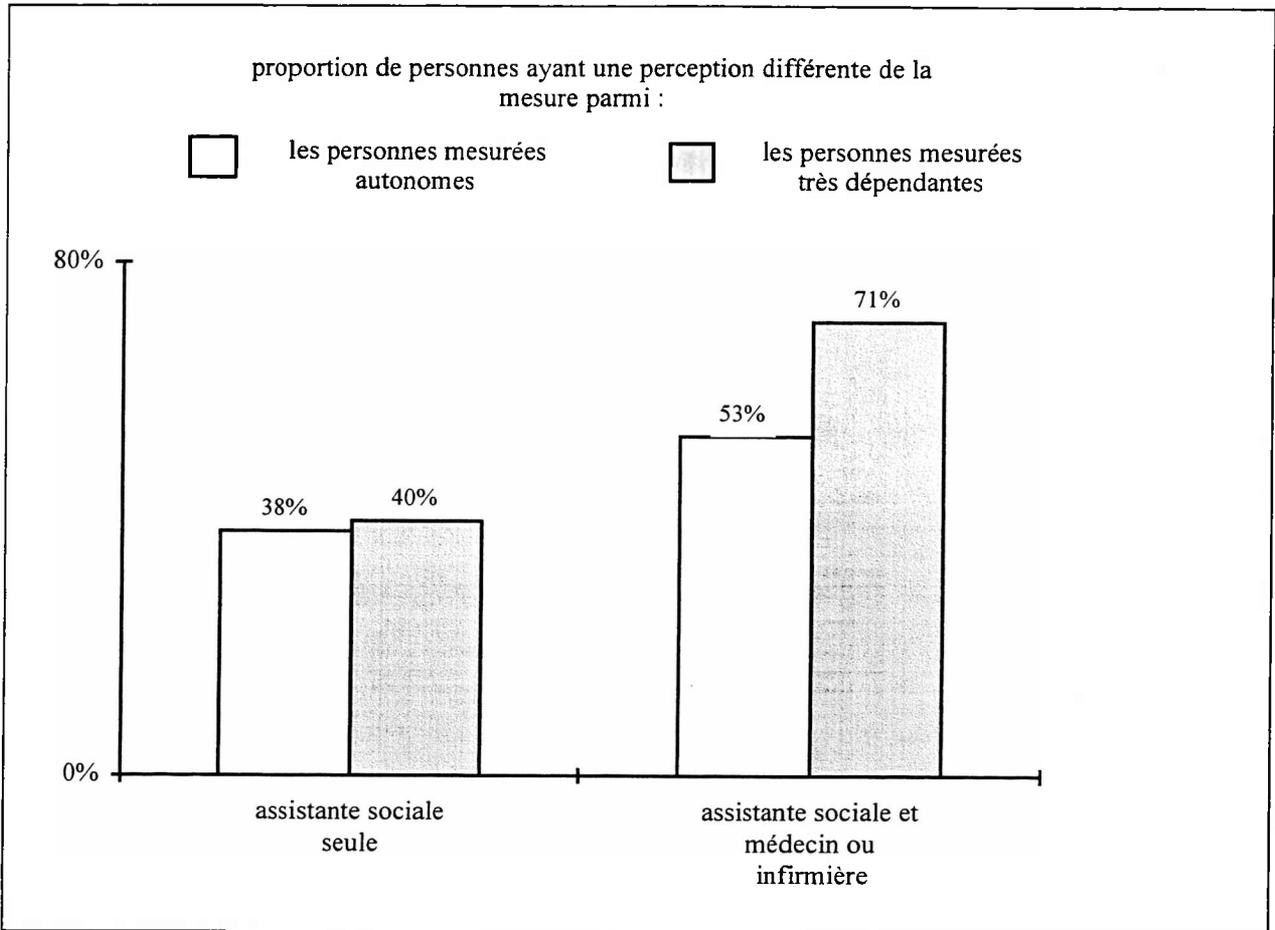
Pas plus que la présence d'un membre du corps médical, la coordination des visites lorsque le médecin intervient n'a d'influence sur les différences entre la perception et la mesure du degré de dépendance.

Par contre, ces deux variables ont un effet sur l'alimentation.

Lorsqu'un membre du corps médical s'est déplacé, l'évaluation du degré de dépendance sur l'alimentation diffère plus souvent de la perception que lorsque l'assistante sociale a seule effectué la visite. Mesure et perception relativement à la capacité de prendre ses repas coïncident ainsi pour 41% des personnes pour lesquelles ni médecin, ni infirmier ne se sont déplacés, et pour 31% des personnes lorsqu'un membre du corps médical a complété la visite de l'assistante sociale. Lorsque mesure et perception diffèrent, c'est alors principalement parce que les personnes interrogées se voient moins dépendantes qu'elles ne le sont mesurées par l'équipe d'évaluation comprenant un médecin.

En effet, parmi les personnes pour lesquelles un membre du corps médical s'est déplacé, 71% de celles mesurées très dépendantes n'ont pas cette perception de leur degré de dépendance, alors que 40% de celles mesurées partiellement autonomes ont une perception différente. De tels écarts n'apparaissent pas parmi les personnes visitées par la seule assistante sociale.

Graphique n°19 :
Nature des différences entre perception et évaluation du degré de dépendance
sur l'alimentation, selon la composition de l'équipe d'évaluation



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Lorsqu'un membre du corps médical se déplace, l'organisation des deux visites (conjointes ou séparées) n'a également d'influence que sur le seul indicateur alimentation. Lorsque les deux visites sont séparées, les personnes sont alors moins nombreuses à être d'accord avec l'évaluation, plus nombreuses à avoir une perception opposée, que lorsque les visites sont conjointes.

Tableau n°16 :

Les différences entre la perception et la mesure selon l'organisation des visites
(personnes pour lesquelles un membre du corps médical s'est déplacé)

	Visites conjointes		Visites séparées	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Différence indéterminée	16	17	32	20
Perception et mesure semblables	35	38	43	27
Perception et mesure peu différentes	38	41	63	39
Perception et mesure opposées	4	4	22	14
total	93	100	160	100

Source : CREDOC- CNAV, 1996

L'intervention d'un médecin lors de la visite d'évaluation et la coordination des différentes visites entre elles lorsqu'un membre du corps médical participe, font partie des problèmes organisationnels auxquels se sont trouvés confrontés les départements expérimentant la prestation dépendance.

Les différents choix possibles ne sont pas neutres sur l'évaluation de l'autonomie. Les études de cas analysés lors de l'évaluation tendent à le prouver. Il arrive en effet fréquemment que médecins et assistantes sociales ne soient pas d'accord sur les notes à attribuer. L'étude précédente conduit cependant à relativiser l'importance de l'effet de ces choix. En effet, globalement, la présence d'un médecin, et lorsqu'il intervient, l'organisation de sa visite ne provoquent ni plus ni moins de distorsion entre l'évaluation et la perception que lorsque seule l'assistante sociale intervient.

Enfin, le seul effet constaté est que le médecin tend à être plus sévère que la assistante sociale dans l'évaluation du degré de dépendance globale . Cette tendance ne se vérifie que relativement à l'alimentation. Lorsque l'équipe d'évaluation comprend un représentant du corps médical, elle est ainsi plus fréquemment contestée, mais sur cette seule fonction, par les personnes interrogées. C'est alors l'évaluation de la dépendance qui le plus souvent, est l'objet du désaccord. Cette tendance est plus forte lorsque les visites sont

séparées que lorsqu'elles sont conjointes, la présence de l'assistante sociale tempérant sans doute, dans ce dernier cas, l'avis du médecin.

La présence du médecin, l'organisation de visites séparées ou conjointes avec l'assistante sociale n'ont qu'une influence minime sur l'évaluation du degré de dépendance si on se réfère aux perceptions des personnes âgées.

3.2.2. Une évaluation plus proche de la perception lorsque l'évaluateur a visité le logement

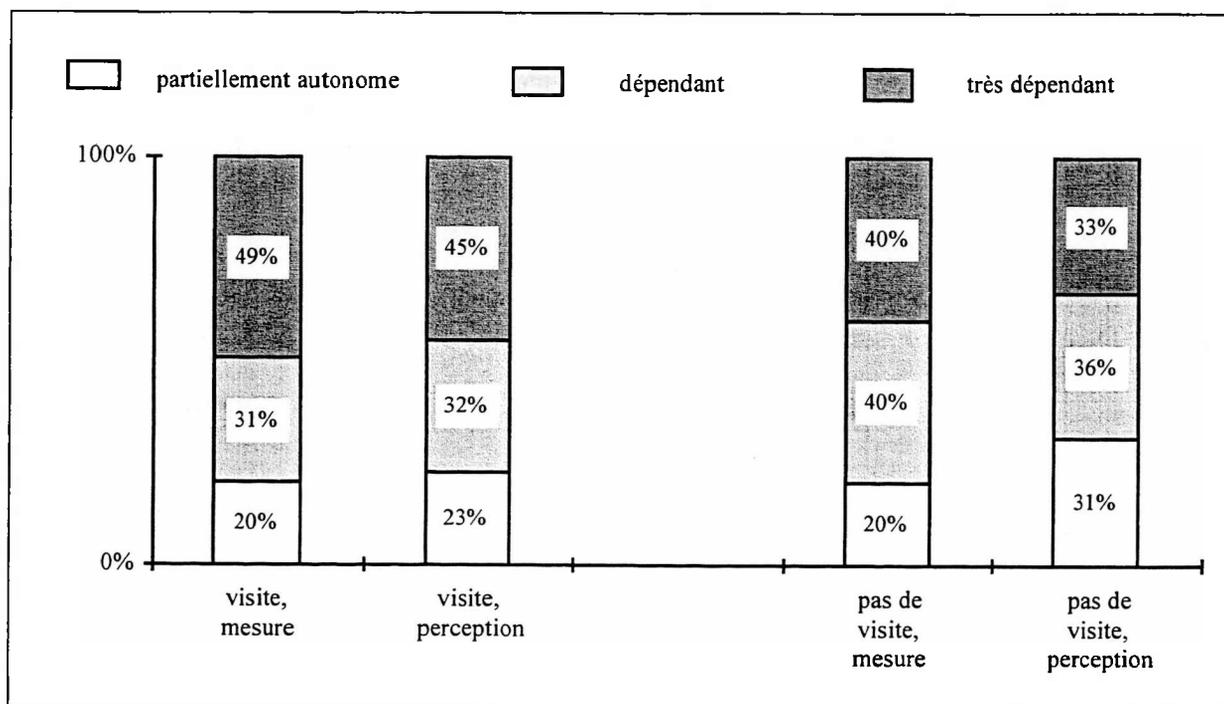
La méthodologie adoptée dans le cadre de la prestation dépendance pour évaluer la dépendance de la personne âgée présente notamment l'intérêt de considérer la personne dans son cadre de vie. La dépendance n'est plus alors considérée relativement à la seule personne âgée, mais tient également compte de la fonctionnalité de son environnement. Comme nous l'avions déjà remarqué en première partie, une personne présentant le même handicap ne souffrira pas de la même dépendance si son logement est situé au rez-de-chaussée ou à un étage sans ascenseur, ou encore s'il est équipé de barres d'appui ou s'il en est dépourvu. Il est d'ailleurs significatif que le projet de loi sur la nouvelle prestation dépendance prévoit une liste d'informations pour faire le point notamment sur l'habitat.

Il est donc surprenant de constater que seules 44% des personnes de notre échantillon déclarent que leur logement a été visité lors de l'évaluation. Il s'agit certes de déclaratif, la personne ayant pu oublier, ou ne pas se rendre compte, que l'assistante sociale parcourait son logement. Cependant, les personnes âgées qui déclarent que lors de la visite, l'évaluateur avait visité son logement, sont plus nombreuses à avoir une perception semblable à l'évaluation que les autres. Ce constat semble effectivement indiquer une meilleure qualité de l'évaluation.

Ainsi, lorsque le logement a été visité, 38% des personnes interrogées ont une perception de leur degré de dépendance global semblable à l'évaluation, alors que seules 29% sont dans ce cas lorsque le logement n'a pas été visité. Les personnes âgées sont alors plus nombreuses à se percevoir partiellement autonomes qu'elles ne le sont évaluées. Lorsqu'il n'y a pas eu de visite à domicile, 20% des personnes interrogées sont mesurées partiellement autonomes alors que 31% se perçoivent ainsi, 40% sont mesurées dépendantes alors que

seulement 33% se perçoivent dépendantes. Ces écarts n'existent pas lorsque le logement a été visité.

Graphique n°20 :
La nature des différences entre perception et évaluation,
selon la réalisation d'une visite à domicile



Source : CRÉDOC - CNAV, 1996.

Lorsque l'évaluateur n'a pas visité le logement de la personne âgée, il a ainsi tendance à surestimer la dépendance par rapport à la perception. En effet, c'est bien relativement à son environnement que la personne se perçoit dépendante et autonome. Les personnes dont le logement est adapté à leur handicap pourront ainsi se percevoir partiellement autonomes ou dépendantes, alors que l'évaluateur qui ne tient pas compte de la fonctionnalité du logement les considérera très dépendantes.

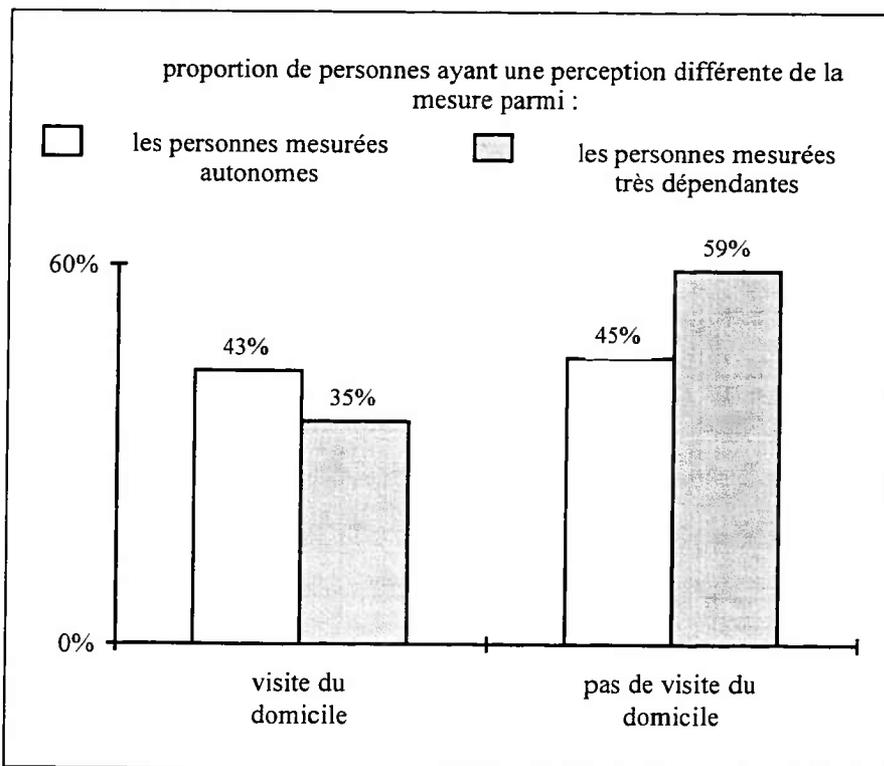
C'est d'ailleurs principalement relativement aux transferts que l'influence d'une visite à domicile sur les divergences entre perception et évaluation est importante. Sur cette variable, les personnes interrogées ont aussi souvent une perception semblable à l'évaluation, qu'il y ait

eu ou non une visite du domicile. Par contre, lorsque la perception et l'évaluation divergent, cette divergence concerne d'abord les personnes mesurées très dépendantes s'il n'y a pas eu de visite, alors qu'elle touche plus les personnes mesurées autonomes lorsqu'il y a eu une visite.

Ainsi, lorsqu'il y a eu une visite, 43% des personnes mesurées autonomes ont une perception différente, 35% des personnes mesurées très dépendantes sont dans ce cas. Alors qu'en l'absence de visite du domicile, 45% des personnes mesurées autonomes se perçoivent dépendantes ou très dépendantes, 59% des personnes mesurées très dépendantes se perçoivent dépendantes ou partiellement autonomes.

Graphique n°21

La nature des différences entre la perception et la mesure pour les transferts, selon la réalisation d'une visite à domicile.



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

La durée totale de l'entretien n'a pas par contre d'influence sur les divergences entre perception et mesure du degré de dépendance.

Le déroulement des visites ayant présidé au recueil de l'information, que ce soit pour déterminer la perception ou pour évaluer le degré de dépendance n'a que peu d'influence sur les divergences qui peuvent apparaître entre ces deux méthodes. Notamment, lors de l'entretien d'évaluation, la présence d'un membre du corps médical, le nombre de visites mais aussi leur durée n'a pas d'effet sur ces divergences. En revanche, il semble que lorsque l'entretien d'évaluation ne s'accompagne pas d'une visite du domicile, la dépendance est surestimée relativement aux perceptions. Ce constat confirme l'importance des approches de la dépendance centrées non seulement sur la personne, mais aussi sur son environnement.

Conclusion

Le département évaluation des politiques sociales du CRÉDOC a cherché à mener une étude comparative entre deux outils de mesure de la dépendance. Cette comparaison a pour originalité de confronter les conclusions d'une observation réalisée par un professionnel, et d'une évaluation faite par la personne âgée elle-même, ou son entourage.

Les données utilisées dans cette recherche sont issues d'une enquête réalisée en 1996, dans le cadre de l'évaluation sur les expérimentations d'une prestation dépendance (PSD). Plus de 700 personnes âgées bénéficiaires de la PSD ont été interrogées, dans le but de connaître leur sentiment sur la prestation et de mesurer l'impact que cela avait pu avoir sur leur vie quotidienne. L'objet du questionnaire n'était donc pas de demander à la personne interrogée d'évaluer son niveau de dépendance. Cependant, un certain nombre des informations issues du questionnement permettent tout de même de construire des indicateurs sur une partie des fonctions passées en revue dans la grille AGGIR.

A partir de ces premiers indicateurs fonctionnels, deux indicateurs synthétiques, l'un mesurant la perception du niveau de dépendance, l'autre l'observation (à partir de la grille AGGIR), ont été construits : pour les trois quarts de l'échantillon, ces deux indicateurs fournissent des mesures équivalentes ou peu différentes du niveau de dépendance. Globalement, l'image de la réalité que fournissent les deux approches, la perception et l'observation, est souvent conforme.

Lorsqu'il y avait des différences entre les deux indicateurs, nous avons cherché à repérer quelques facteurs explicatifs. Ils sont de plusieurs ordres :

- Il s'agit en premier lieu de biais méthodologiques. La construction des outils de mesure oblige à une simplification de la réalité, qui peut la déformer. Le passage à deux outils de mesure, qui sont construits sur les mêmes fonctions, mais pas à partir des mêmes observations, entraîne des biais.
- Il s'agit également de facteurs provenant des perceptions, et plus exactement des modalités de construction de ces perceptions.

- Il s'agit enfin de facteurs provenant de l'observation, et plus exactement des définitions retenues pour la dépendance et des modalités de déroulement des entretiens d'évaluation.

L'étude réalisée ne permet pas, pour chacune des catégories de facteurs, de lister exhaustivement ceux effectivement à l'origine d'écart entre les perceptions et l'observation. Elle ne permet pas non plus de préciser, pour chacun des écarts observés, si les explications sont d'ordre méthodologique, si elles sont liées aux perceptions ou bien à l'évaluation. En effet, ces différents facteurs interviennent simultanément sans qu'il soit possible de les isoler. Cependant, l'étude des écarts selon les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées, et selon les conditions de recueil de l'information (qu'il s'agisse de celle utilisée pour la reconstruction des perceptions ou de celle ayant permis de remplir la grille AGGIR) a pu apporter un certain nombre d'éléments sur les modalités de construction des perceptions, ainsi que sur l'importance des choix effectués par l'évaluation.

Nous n'avons mis en évidence que peu de biais méthodologiques. Il faut cependant rappeler que l'enquête auprès des personnes âgées, sur laquelle s'appuie la construction de l'indicateur de perception, est postérieure à l'évaluation de l'équipe médico-sociale. L'aide reçue, prise en compte par l'indicateur de perception, n'est pas indépendante du plan d'aide mis en place grâce à la prestation dépendance. D'autre part, l'état de santé de la personne âgée a pu évoluer entre les deux visites.

En second lieu, la comparaison entre le degré de dépendance perçu et le degré de dépendance observé a conduit à l'identification de certains des processus de construction des perceptions et des caractéristiques socio-démographiques agissant sur ces perceptions.

Ainsi, les personnes interrogées construisent leurs perceptions selon une norme, qui correspond à la définition qu'elles retiennent du degré de dépendance. Relativement à cette norme, il existe alors deux attitudes différentes. La première consiste à confronter son propre état à la norme, « je suis dépendant dans la mesure où je le suis plus que ce que je considère être la norme », la seconde à intégrer la norme comme définition de son propre état « je suis dépendant car la norme est d'être dépendant ». Les caractéristiques socio-démographiques ont alors une influence à la fois sur la définition de la norme et sur l'attitude des répondants relativement à cette norme.

Les facteurs qui concourent à l'élaboration de la norme sont probablement multiples. Il en ressort deux de notre étude. Le premier est relatif à l'état des personnes ayant des caractéristiques proches du répondant : la norme est notamment définie en fonction de l'état de dépendance des autres personnes du même âge. Elle est ainsi d'autant plus sélective que la personne interrogée est jeune. Le second est relatif à l'évolution de l'état de la personne : la norme est plus sélective pour les actes que le répondant a effectué toute sa vie, que pour ceux sur lesquels il n'a jamais été autonome (c'est le cas en particulier pour les fonctions domestiques, que les hommes, plus souvent que les femmes, n'ont jamais effectuées et par rapport auxquelles ils ont tendance à sous-estimer leur dépendance par rapport à l'évaluation).

Nous avons alors pu repérer quelques unes des caractéristiques qui auront une influence sur la manière dont les personnes interrogées construisent leurs perceptions. Ainsi, les personnes les moins âgées vont avoir tendance à refuser leur dépendance croissante, et en cela, vont « intégrer la norme ». Les hommes auront tendance, notamment relativement aux tâches domestiques, à ne pas percevoir leur dépendance : même s'ils se confrontent à la norme, la faible sélectivité de celle-ci les conduira à sous-estimer leur degré de dépendance. Les personnes vivant avec quelqu'un partageront cette attitude. Se faisant aider sur un certain nombre de tâches, elles ne s'aperçoivent pas nécessairement de l'aide reçue (qui est une aide dont elles ont toujours bénéficié et dont l'intensification a été progressive) et se perçoivent moins dépendantes qu'elles ne le sont mesurées. Les personnes qui partagent leur domicile avec une autre personne ont tendance à être assistées dans les actes quotidiens, sans nécessairement s'apercevoir de l'aide qu'elles reçoivent. Elles vont alors sous-estimer leur dépendance, parce qu'elles ne sont pas conscientes de leurs incapacités et ceci quelle que soit par ailleurs la manière dont se construisent leurs perceptions.

Enfin, les modalités de déroulement de la visite d'évaluation, en particulier l'éventuelle participation d'un membre du corps médical et le cas échéant, la manière dont il se coordonne avec l'assistante sociale, n'ont que peu d'influence sur l'écart entre la perception et l'évaluation. Par contre, l'évaluation se rapproche plus de la perception lorsque l'assistante sociale visite le logement de la personne âgée, et tient compte de l'environnement dans lequel évolue la personne pour évaluer le degré de dépendance.

Les effets relevés ici l'ont été sur les indicateurs synthétiques du degré de dépendance évalué et perçu. Ils peuvent être nuancés selon les différentes fonctions observées. Celles-ci peuvent alors être réparties en plusieurs catégories :

- la cuisine et le ménage sont des tâches domestiques. L'évaluateur s'intéressera à l'accomplissement ou non de ces fonctions dans la vie quotidienne. Lorsque la personne est aidée, elle peut vivre cette aide comme un élément de confort plus que comme un palliatif à son incapacité. Les personnes interrogées, et en particulier les hommes et les personnes qui ne vivent pas seules, auront alors tendance à sous-estimer leur dépendance par rapport à l'évaluation.

- la toilette, l'alimentation et l'habillage sont des indicateurs de dépendance physique qui sont observés par leur réalisation dans la vie quotidienne. La définition retenue par la grille AGGIR est relativement exigeante. Il semble d'ailleurs qu'elle le soit trop pour les répondants. Ces derniers ont alors tendance à s'estimer moins dépendants qu'ils ne le sont mesurés. Cependant, lorsqu'elles sont aidées pour la réalisation de ces actes, les personnes interrogées sont directement impliquées et ne peuvent que se rendre compte de l'aide qu'elles reçoivent.

- les transferts et les déplacements extérieurs sont plutôt évalués par les professionnels en observant les capacités de la personne à répondre à des stimuli. Le degré de dépendance est mesuré par rapport à ce que la personne est capable de faire. Pour les répondants par contre, leur perception de la dépendance est déterminée par ce qu'ils font réellement. Finalement, pour les déplacements extérieurs, ils s'estimeront plus dépendants qu'ils ne le sont mesurés.

Les transferts correspondent à une fonction particulière, déterminante pour l'évaluation du degré de dépendance. Une personne qui n'est pas capable de se lever ou de s'asseoir ne pourra pas, a fortiori, faire seule sa toilette ou s'habiller. Les écarts entre les perceptions et l'évaluation du degré de dépendance sur les transferts sont les mêmes que ceux observés entre les indicateurs synthétiques d'observation et de perception.

Certains des éléments sources de différences entre l'évaluation et la perception correspondent aux mises en garde que les professionnels utilisateurs de la grille avaient formulées pendant les expérimentations. Principalement dans le cadre d'un maintien à domicile, l'observation de la dépendance doit tenir compte de l'environnement : présence d'une aide technique ou humaine (familiale ou professionnelle), fonctionnalité du logement.

De plus, il existe une différence entre les variables observées sur la base de stimuli et celles mesurées à partir de l'aide reçue (ou nécessaire). En particulier, cela amène à ne pas distinguer ce que la personne fait effectivement et ce qu'elle est capable de faire. La personne âgée en revanche, construit sa perception en fonction de ce qu'elle fait effectivement, et non de ce qu'elle est capable de faire.

Nous avons interprété les écarts entre la perception et l'observation comme résultant de deux visions, de deux observateurs, de la même réalité. Cependant, ces deux visions poursuivent chacune des objectifs différents, et en cela ne sont pas forcément contradictoires. La mesure ne doit pas être dissociée de l'objectif recherché. L'évaluation de l'observateur a pour but de déterminer l'aide dont doit bénéficier la personne âgée. L'indicateur de perception mesure le vécu du bénéficiaire de la PED. L'exemple de l'aide matérielle illustre bien comment une même réalité, à cause de ces objectifs différents, peut renvoyer à deux valeurs d'indicateurs différentes : une personne en chaise roulante dont le logement est adapté pour qu'elle puisse sortir dans la rue sera évaluée autonome sur les déplacements extérieurs. Pourtant, le sentiment d'insécurité qu'éprouve alors la personne âgée peut l'empêcher de sortir seule, d'autant plus si son handicap est récent. L'indicateur de perception la classera alors en très dépendante.

Bibliographie

Brigitte DHERBEY, Philippe PITAUD, Richard VERCAUTEREN, *La dépendance des personnes âgées : des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi*, ÉRÈS, 1996.

Ariane DUFOUR, Georges HATCHUEL, *Les français face au problème de la dépendance des personnes âgées*, collection des rapports du CRÉDOC, n°112, mars 1992.

Philippe GIL, *L'opinion publique face à la retraite et à la dépendance*, Echanges santé, n°69, 1993, 03.

Marie-Gabrielle DAVID, Christophe STARZEC, *Conditions de vie des personnes de 60 ans et plus*, INSEE résultats n°486-487.

Marie-Odile SIMON, Frédérique MARTIN, *Prestation dépendance : expérimentations*, CRÉDOC, 1996, diffusion CNAV.

OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes : des politiques en mutation*, études de politique sociale n°19.

Action sociale et dépendance, retraite et société n°15, CNAV, septembre 1996.

Qualité de vie des personnes âgées : les données éthiques, démographiques et économiques sont-elles compatibles ?, acte des 4ème rencontres parlementaires sur la longévité, 1997.

H. GARDENT, *dépendance des personnes âgées et charge en soins, expérimentation simultanée de six grilles de dépendance*, CTNERHI, 1988.

Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie, information, validation, utilisation, par le groupe de Recherche sur le besoin et les indicateurs en gérontologie, 1990.

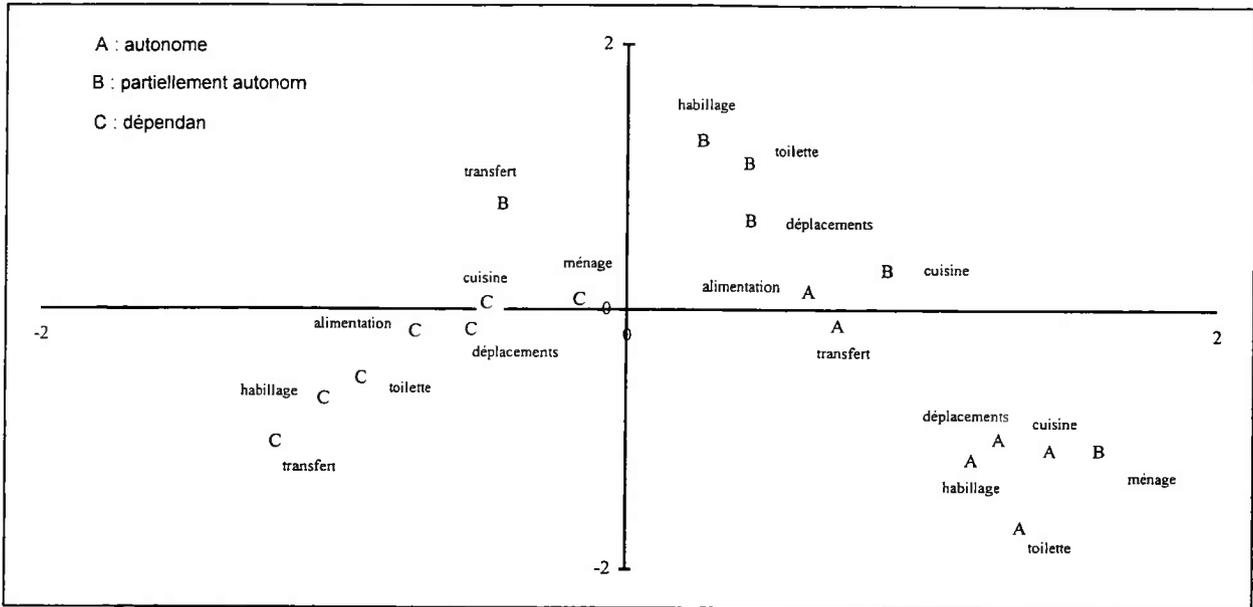
Annexe n°1 :

Les résultats des ACM réalisées pour la construction
des indicateurs synthétiques.

Projection des variables sur les deux premiers axes.

Graphique n°22 :

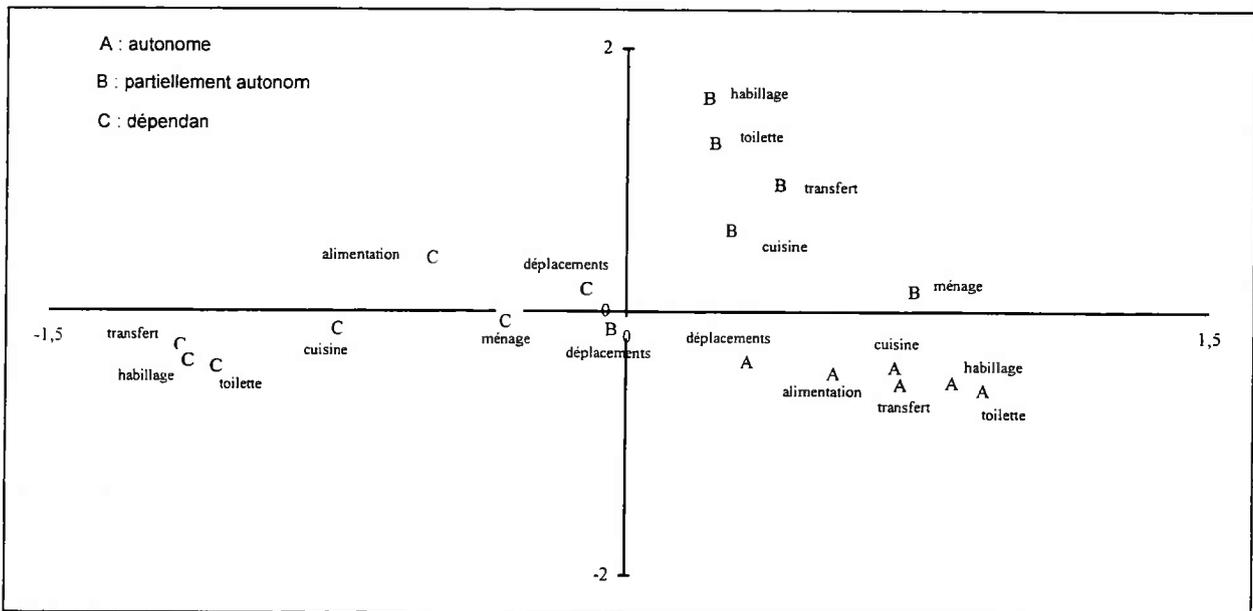
Résultats de l'ACM réalisée à partir des indicateurs de la grille AGGIR (autonomie mesurée)



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Graphique n°23 :

Résultats de l'ACM réalisée à partir des indicateurs du questionnaire (autonomie perçue)



Source : CRÉDOC- CNAV, 1996

Remarque : très peu de personnes sont autonomes sur le ménage. Nous avons donc regroupé les modalités « autonomes sur le ménage » et « partiellement autonomes sur le ménage ». Pour les mêmes raisons, nous avons regroupé « partiellement autonomes sur l'alimentation » et « dépendants sur l'alimentation ».

Annexe n°2 :

Le questionnaire CRÉDOC pour la CNAV



142, rue du Chevaleret, 75013 PARIS

Prestation Expérimentale Dépendance :
Enquête auprès des bénéficiaires
- questionnaire (2) -

N° enquêteur I _ I _ I _ I _ I₁₋₄
N° enquête I _ I _ I₅₋₆
N° bénéficiaire (cf listing) I _ I _ I I _ I _ I _ I₇₋₁₀
Date de l'entretien I _ I _ I I _ I _ I 1996

mai 1996

LE CREDOC rencontre 700 bénéficiaires dans les 12 départements qui participent à l'expérimentation sur la prestation dépendance.

Je vais faire le point avec vous sur cette prestation, sur l'aide qu'elle vous a permis de recevoir à domicile. Ces questionnaires sont anonymes, c'est à dire que les réponses que vous allez donner ne seront jamais associées à votre nom par la suite.

Cette évaluation servira par la suite à tirer les conclusions de l'expérimentation, avant la mise en place sur l'ensemble du territoire de la prestation autonomie.

Avant de parler de la prestation elle-même, je vais commencer par vous poser quelques questions pour mieux connaître vos conditions de vie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU BÉNÉFICIAIRE

	Colonnage
SD1- Vivez-vous	
seul (à votre propre domicile).....1	11
en couple (à votre propre domicile).....2	
seul (au domicile d'un membre de la famille).....3	
en couple (au domicile d'un membre de la famille).....4	
SD2- Quelle est votre situation matrimoniale ?	
Célibataire.....1	12
Marié.....2	
Veuf.....3	
Divorcé, séparé.....4	
SD3- Avez-vous des enfants (encore vivants) ?	
<i>oui</i>1	13
<i>non</i>2	
aller en SD12	
SD4- Combien de filles avez-vous ?	
I _ I _ I	14-15
si 0, aller en SD6	
SD5- Quel âge ont-elles ?	
<u>ENQUÊTEUR</u> : inscrire le nombre de filles correspondant dans chaque godet	
moins de 30 ans.....I _ I	16
30-39 ans.....I _ I	17
40-49 ans.....I _ I	18
50-59 ans.....I _ I	19
60-69 ans.....I _ I	20
70 ans et plus.....I _ I	21
SD6- Combien de garçons avez-vous ?	
I _ I _ I	22-23
si 0, aller en SD8	

SD7- Quel âge ont-ils ?

ENQUETEUR : inscrire le nombre de garçons correspondant dans chaque godet

moins de 30 ans.....	I_I	24
30-39 ans.....	I_I	25
40-49 ans.....	I_I	26
50-59 ans.....	I_I	27
60-69 ans.....	I_I	28
70 ans et plus.....	I_I	29

SD8- Certains de vos enfants sont-ils encore à charge ?

ENQUETEUR : à charge signifie que l'enfant est encore dépendant financièrement de ses parents

<i>oui</i>	1	30
<i>non</i>	2	

SD9- Sans parler de ceux qui habitent éventuellement avec vous, où réside le plus proche de vos enfants ?

dans votre ville.....	1	31
dans une autre ville, à moins d'une heure de trajet.....	2	
dans une autre ville, à plus d'une heure de trajet.....	3	

SD10- Quand voyez-vous chacun de vos enfants ?

ENQUETEUR : inscrire le nombre d'enfants correspondant dans chaque godet

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	32
<i>le référant</i>	2	
<i>tous les jours ou presque</i>	I_I	33
<i>au moins une fois par semaine</i>	I_I	34
<i>au moins une fois par mois</i>	I_I	35
<i>deux à trois fois par an</i>	I_I	36
<i>vous ne les voyez jamais</i>	I_I	37

SD11- Avez-vous des contacts téléphoniques avec au moins un de vos enfants ?

tous les jours ou presque.....	1	38
au moins une fois par semaine.....	2	
au moins une fois par mois.....	3	
deux à trois fois par an.....	4	
vous ne les avez jamais au téléphone.....	5	
<i>n'a pas le téléphone</i>	6	

SD12- Avez-vous des petits-enfants ?

<i>oui</i>	1	39
<i>non</i>	2	
<i>N.S.P.</i>	3	

aller en SD19

SD13- Combien de petits-enfants avez-vous ?

I _ I _ I 40-41

SD14- Quel est l'âge du plus jeune et du plus âgé de vos petits-enfants ?

ENQUETEUR : si un seul petit enfant, ne remplir que le premier godet

le plus jeune I _ I _ I 42-43

le plus âgé I _ I _ I 44-45

SD15- Sans parler de ceux qui habitent éventuellement avec vous, où réside le plus proche de vos petits enfants ?

dans votre ville.....	1	46
dans une autre ville, à moins d'une heure de trajet.....	2	
dans une autre ville, à plus d'une heure de trajet.....	3	

SD16- Voyez-vous au moins un de vos petits-enfants ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	47
<i>le référant</i>	2	

tous les jours ou presque.....	1	48
au moins une fois par semaine.....	2	
au moins une fois par mois.....	3	
deux à trois fois par an.....	4	
vous ne les voyez jamais.....	5	

SD17- Avez-vous des contacts téléphoniques avec un de vos petits-enfants ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	49
<i>le référant</i>	2	

tous les jours ou presque.....	1	50
au moins une fois par semaine.....	2	
au moins une fois par mois.....	3	
deux à trois fois par an.....	4	
vous ne les avez jamais au téléphone.....	5	
<i>n'a pas le téléphone</i>	6	

SD18- Avez-vous des arrières petits-enfants ?

<i>oui</i>	1	51
<i>non</i>	2	
<i>N.S.P.</i>	3	

SD19- Sans parler de vos enfants et des personnes qui habitent éventuellement avec vous, quel est le membre de votre famille que vous voyez le plus souvent ?

ENQUETEUR : exclure de la question les enfants mais inclure les gendres, belles-filles et petits-enfants
cocher une seule réponse

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	52
<i>le référant</i>	2	
<i>parent ou beau-parent</i>	1	53
<i>ex-conjoint</i>	2	
<i>frère ou soeur, beau-frère ou belle-soeur</i>	3	
<i>neveu ou nièce</i>	4	
<i>gendre, belle-fille</i>	5	
<i>petit-enfant</i>	6	
<i>d'autres personnes de votre famille</i>	7	
<i>ne voit personne de sa famille en dehors des enfants</i>	8	

aller en SD21

SD20- Vous le voyez :

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	54
<i>le référant</i>	2	
tous les jours ou presque.....	1	55
au moins une fois par semaine.....	2	
au moins une fois par mois.....	3	
deux à trois fois par an.....	4	

**SD21- Avez-vous le sentiment de voir votre famille...
(en général, y compris les enfants)**

ENQUETEUR : question posée seulement à la personne âgée

trop souvent.....	1	56
suffisamment souvent.....	2	
pas assez souvent.....	3	
<i>n'a plus de famille</i>	4	

SD22- Est-ce qu'il y a des moments où vous vous sentez seul ?

ENQUETEUR : question posée seulement à la personne âgée

	Souvent	rarement	jamais	
la nuit.....	1	2	3	57
le jour.....	1	2	3	58
le week-end.....	1	2	3	59
la semaine.....	1	2	3	60
pendant les vacances.....	1	2	3	61

SD23- Quel est le dernier emploi que vous avez exercé ?

ENQUETEUR : noter le plus d'informations possibles

I _ I _ I 62-63

SD24- Quelle était votre catégorie socioprofessionnelle ?

ENQUETEUR : pour le dernier emploi

agriculteur exploitant.....	1	64			
artisan.....	2				
commerçant.....	3				
cadre.....	4				
profession intermédiaire.....	5				
employé.....	6				
ouvrier.....	7				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">n'a jamais travaillé.....</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">aller en SD28</td> </tr> </table>			n'a jamais travaillé.....	8	aller en SD28
n'a jamais travaillé.....	8	aller en SD28			

SD25- Avez-vous cessé de travailler avant l'âge de la retraite ?

oui.....	1	65			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">non.....</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">aller en SD28</td> </tr> </table>			non.....	2	aller en SD28
non.....	2	aller en SD28			

SD26- A quel âge avez-vous cessé de travailler ?

I _ I _ I

66-67

SD27- Pourquoi avez-vous cessé de travaillé ?

- pour s'occuper de ses enfants*.....1
- chômage*.....2
- raison de santé*.....3
- autre*.....4
- précisez :*.....
-I I

68

si le bénéficiaire n'a pas eu de conjoint, aller en SD33

SD28- Quel était le dernier emploi exercé par votre conjoint ?

ENQUETEUR : même si décédé

I I I 69-70

SD29- Quelle était sa catégorie socioprofessionnelle ?

ENQUETEUR : pour le dernier emploi

- agriculteur exploitant.....1
- artisan.....2
- commerçant.....3
- cadre.....4
- profession intermédiaire.....5
- employé.....6
- ouvrier.....7
- n'a jamais travaillé.....8

71

aller en SD33

SD30- Votre conjoint a-t-il cessé de travailler avant l'âge de la retraite ?

- oui*.....1
- non*.....2

72

aller en SD33

SD31- A quel âge a-t-il cessé de travailler ?

I I I

73-74

SD32- Pourquoi a-t-il cessé de travaillé ?

<i>pour s'occuper de ses enfants</i>	1
<i>chômage</i>	2
<i>raison de santé</i>	3
<i>décès</i>	4
<i>autre</i>	5
précisez :.....	
.....	I_I

75

SD33- Quel est votre régime de retraite principal ?

- ENQUETEUR :
- Régime de base et non régime complémentaire
 - Celui correspondant à la durée d'activité la plus longue
 - Attention, ce n'est pas forcément lié à la pension de retraite la plus élevée
 - Celui dont le bénéficiaire dépend pour l'aide sociale (aide ménagère, PSD)

régime général.....	1
MSA.....	2
ORGANIC.....	3
CANCAVA.....	4
régime minier.....	5
autre.....	6
préciser :.....	
.....	I_I

76

CARACTÉRISTIQUES DE L'HABITAT DU BÉNÉFICIAIRE

H1- Habitez-vous

en centre ville	1	77
en périphérie	2	
isolé.....	3	

H2- A quelle distance se situe le commerce d'alimentation le plus proche ?

moins de 200 mètres	1	78
de 200 à moins de 500 mètres	2	
de 500 à moins d'un kilomètre	3	
un kilomètre ou plus.....	4	

H3- A quelle distance se situent le service public le plus proche (poste, banque, sécurité sociale, caisse d'épargne)

moins de 200 mètres	1	79
de 200 à moins de 500 mètres	2	
de 500 à moins d'un kilomètre	3	
un kilomètre ou plus.....	4	

H4- Habitez-vous :

ENQUÊTEUR : si maison individuelle à étage où il n'est pas nécessaire d'aller à l'étage, coder 1

une maison individuelle de plain-pied	1	80
une maison individuelle à étage où il vous est nécessaire d'aller à l'étage.....	2	
un appartement au rez-de-chaussée.....	3	
un appartement en étage avec ascenseur.....	4	
un appartement en étage sans ascenseur.....	5	

H5- Etes-vous :

locataire du secteur privé	1	81
locataire du secteur social	2	
logé gratuitement.....	3	
accédant à la propriété	4	
propriétaire	5	

H6- Votre logement est-il équipé de :

	oui	non	
- eau chaude.....	1	2	82
- W-C dans le logement.....	1	2	83
- douche ou baignoire.....	1	2	84
- chauffage central.....	1	2	85
- téléphone.....	1	2	86
- réfrigérateur.....	1	2	87
- machine à laver le linge.....	1	2	88
- barres d'appui dans les escaliers.....	1	2	89
- barres d'appui dans les sanitaires (W-C, baignoire, douche).....	1	2	90
- lit médicalisé.....	1	2	91

H7- Avez-vous déménagé au cours des cinq dernières années ?

<i>oui</i>	1	92
<i>non</i>	2	

aller en H9

H8- Pourquoi avez-vous déménagé ?

ENQUETEUR : Deux réponses possibles

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	93
<i>le référant</i>	2	
<i>pour vous rapprocher de vos enfants</i>	1	94-95
<i>pour avoir un logement plus confortable</i>	2	
<i>pour le climat</i>	3	96-97
<i>pour votre santé</i>	4	
<i>pour être moins isolé</i>	5	
<i>a du quitter son logement de fonction</i>	6	
<i>pour une autre raison</i>	7	
<i>précisez :</i>		
.....	I_I_I	
.....		

H9- En vous comptant, combien de personnes vivent ensemble à votre domicile, tous les jours actuellement ?

I_I

98

si 1, aller en R1

H10- Parmi ces personnes qui vivent à votre domicile, y a-t-il ?

	oui	non	
- votre conjoint	1	2	99
- des enfants de vous ou de votre conjoint.....	1	2	100
- des petits-enfants	1	2	101
- des frères ou sœurs, des beaux-frères ou belles-sœurs.....	1	2	102
- vos parents ou vos beaux-parents.....	1	2	103
- d'autres personnes de votre famille.....	1	2	104
- d'autres personnes extérieures à la famille	1	2	105
précisez :			
.....			I_I 106

ENQUETEUR : si d'autres personnes extérieures à la famille vivent avec le bénéficiaire

H11- Depuis combien de temps cette personne extérieure à la famille vit-elle avec vous ?

moins de trois mois	1	107
de trois à moins de six mois	2	
de six mois à moins d'un an.....	3	
de un an à moins de cinq ans	4	
cinq ans et plus.....	5	

H12- Pourquoi cette personne habite-t-elle avec vous ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	108
<i>le référant</i>	2	
<i>entraide</i>	1	109
<i>compagnie</i>	2	
<i>autre</i>	3	
précisez :		
.....	I_I	

LES RESSOURCES

R1- Percevez-vous

ENQUETEUR : pension de réversion : moitié de la pension de retraite du conjoint décédé

	oui	non	
- une pension de retraite	1	2	110
- une pension de retraite par réversion.....	1	2	111
- une pension d'invalidité.....	1	2	112
- une allocation logement.....	1	2	113
- d'autres ressources	1	2	114
précisez :			
.....			I_I 115
.....			I_I 116

ENQUETEUR : si le bénéficiaire perçoit une pension de retraite (y compris de réversion)

R2- Bénéficiez-vous du Fonds National de Solidarité ?

<i>oui</i>	1	117
<i>non</i>	2	

**R3- Globalement, le revenu mensuel avant impôt de votre foyer se situe environ...
(sans compter la Prestation Expérimentale Dépendance)**

ENQUETEUR : le foyer est composé du bénéficiaire, de son conjoint éventuel et des autres personnes à charge ; attention aux anciens francs

à moins de 3 000 F.....	1	118
de 3 000 à moins de 4 000 F.....	2	
de 4 000 à moins de 6 000 F.....	3	
de 6 000 à moins de 8 000 F.....	4	
de 8 000 à moins de 10 000 F.....	5	
de 10 000 à moins de 12 000 F.....	6	
12 000 F et plus.....	7	
<i>refus de répondre</i>	8	

L'ETAT DE SANTÉ

S1- Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est globalement

ENQUETEUR : question posée uniquement à la personne âgée

très satisfaisant	1	119
assez satisfaisant	2	
peu satisfaisant	3	
pas satisfaisant du tout	4	
N.S.P.	5	

S2- Pour vous déplacer à l'intérieur de votre logement, êtes-vous aidé de :

	oui	non	
- une canne	1	2	120
- un déambulateur	1	2	121
- un fauteuil roulant	1	2	122

S3- Sortez-vous de votre domicile ?

ENQUETEUR : dans la rue et pas seulement dans le jardin ou dans la cour de la maison

Réponse donnée par :

le bénéficiaire	1	123
le référant	2	
souvent	1	124
rarement	2	
jamais	3	

aller en S6

S4- Lorsque vous sortez, est-ce le plus souvent

seul	1	125
accompagné	2	

S5- Pour vous déplacer à l'extérieur, êtes-vous aidé de :

	oui	non	
- une canne	1	2	126
- un déambulateur	1	2	127
- un fauteuil roulant	1	2	128

S6- Vous arrive-t-il d'éprouver

ENQUETEUR : question posée uniquement à la personne âgée

	oui	non	
- la crainte de vous perdre en dehors de votre domicile.....	1	2	129
- la crainte d'avoir un malaise.....	1	2	130

S7- Au cours des six derniers mois, êtes-vous tombé une ou plusieurs fois en ayant des difficultés à vous relever ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	131
<i>le référant</i>	2	
<i>oui</i>	1	132
<i>non</i>	2	

S8- Avez-vous été hospitalisé au cours des six derniers mois ?

<i>oui, une fois</i>	1	133
<i>oui, deux fois ou plus</i>	2	
<i>non</i>	3	

aller en S10

S9- Au total, combien de jours êtes-vous resté à l'hôpital ?

un jour ou deux.....	1	134
3 à 6 jours.....	2	
7 à 10 jours.....	3	
11 à 29 jours.....	4	
30 jours ou plus.....	5	

S10- Etes-vous allé en maison de repos au cours des six derniers mois ?

<i>oui, après une hospitalisation</i>	1	135
<i>oui</i>	2	
<i>non</i>	3	

S11- Consultez-vous un médecin...

au moins une fois tous les mois.....	1	136
au mois une fois tous les trois mois.....	2	
moins d'une fois tous les trois mois.....	3	

S12- Lorsque vous consultez votre médecin,

- vous allez à son cabinet1 137
- il vient à votre domicile.....2
- cela dépend des fois.....3

S13- Avez-vous des médicaments à prendre régulièrement ?

- oui*1 138
 - non*2
- aller en PED1**

S14- Qui va les acheter ?

- vous-même (le bénéficiaire)*1 139-140
- votre conjoint*.....2
- un de vos enfants ou un de leurs conjoints*3
- un de vos petits-enfants*4
- des frères ou soeurs, des beaux-frères ou belles-soeurs*5
- vos parents ou vos beaux-parents*6
- un autre membre de la famille*.....7
- un membre extérieur à la famille*8
- précisez :**.....
- I _ I _ I

S15- Qui les prépare ?

- vous-même (le bénéficiaire)*1 141-142
- votre conjoint*.....2
- un de vos enfants ou un de leurs conjoints*3
- un de vos petits-enfants*4
- des frères ou soeurs, des beaux-frères ou belles-soeurs*5
- vos parents ou vos beaux-parents*6
- un autre membre de la famille*.....7
- un membre extérieur à la famille*8
- précisez :**.....
- I _ I _ I

LA DEMANDE DE PED

Nous allons maintenant parler de la Prestation Expérimentale Dépendance.

**PED1- Selon-vous à quoi sert la Prestation Expérimentale Dépendance ?
(pour les personnes âgées en général et pour vous en particulier)**

ENQUETEUR : question à poser aux deux interlocuteurs

bénéficiaire

I__I__I 143-144

I__I__I 145-146

référant

I__I__I 147-148

I__I__I 149-150

PED2- Comment avez-vous eu connaissance de la Prestation Expérimentale Dépendance ?

ENQUETEUR : poser la question successivement au bénéficiaire et au référant

	bénéficiaire	référant	
par un proche	1	1	ben 151-152
par la radio, la télé.....	2	2	
les journaux.....	3	3	ref 153-154
par le médecin.....	4	4	
par une assistante sociale.....	5	5	
autre.....	6	6	
précisez :.....			
.....	I__I__I	I__I__I	
N.S.P.....	7	7	

PED3- Qui a été à l'initiative de la demande de PED ?

	bénéficiaire	référant	
<i>vous-même (le bénéficiaire)</i>	1	1	ben 155-156
<i>votre conjoint</i>	2	2	
<i>un enfant ou son conjoint</i>	3	3	ref 157-158
<i>un petit-enfant</i>	4	4	
<i>un frère, une soeur, un beau-frère, une belle-soeur</i>	5	5	
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6	6	
<i>un autre membre de la famille</i>	5	5	
<i>un membre extérieur à la famille</i>	6	6	
précisez :.....			
.....	I_I_I	I_I_I	
<i>N.S.P.</i>	8	8	

PED4- Qui a déposé le dossier de demande ?

<i>vous-même (le bénéficiaire)</i>	1	159-160
<i>votre conjoint</i>	2	
<i>un enfant ou son conjoint</i>	3	
<i>un petit-enfant</i>	4	
<i>un frère, une soeur, un beau-frère, une belle-soeur</i>	5	
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6	
<i>un autre membre de la famille</i>	7	
<i>un membre extérieur à la famille</i>	8	
précisez :.....		
.....	I_I_I	
<i>N.S.P.</i>	8	

PED5- La personne qui a déposé le dossier a-t-elle dû se déplacer plusieurs fois ?

<i>oui</i>	1	161
<i>non</i>	2	
<i>N.S.P.</i>	3	
aller en PED7		
<i>n'a pas déposé de dossier (renouvellement ACTP)</i>	4	
aller en PED8		

PED6- Pourquoi ?

<i>Réponse donnée par :</i>		
<i>le bénéficiaire</i>	1	162
<i>le référant</i>	2	
<i>dossier incomplet</i>	1	163
<i>bureau fermé</i>	2	
<i>autre</i>	3	
précisez :.....	I_I	

PED7- Où le dossier a-t-il été déposé ?

CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).....	1	164-165
COTOREP	2	
conseil général.....	3	
CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie).....	4	
secrétariat commun PED.....	5	
mairie	6	
autre	7	
précisez :.....		
.....	I_I_I	

PED8- Le dossier comprenait-il un certificat médical ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire	1	166
le référant.....	2	
oui.....	1	167
non.....	2	
N.S.P.....	3	

aller en PED12

PED9- Par qui a été rempli ce certificat médical ?

le médecin traitant.....	1	168
un médecin qui ne vous suit pas régulièrement	2	
autre	3	
précisez :.....		
.....	I_I	
N.S.P.....	4	

aller en PED12

PED10- Le médecin qui a rempli ce certificat médical est-il venu à votre domicile pour le remplir ?

oui.....	1	169
non.....	2	
N.S.P.....	3	

PED11- A-t-il rencontré quelqu'un de votre entourage ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire	1	170
le référant.....	2	
oui.....	1	171
non.....	2	
N.S.P.....	3	

PED12- Avez-vous trouvé que les démarches nécessaires pour obtenir la PED étaient :

ENQUETEUR : sans compter la visite

	bénéficiaire	référant	
très simples.....	1	1	ben 172
assez simples.....	2	2	
aller en PED14			
assez compliquées.....	3	3	ref 173
très compliquées.....	4	4	

PED13- Qu'est ce qui vous a semblé compliqué ?

bénéficiaire :

I__I__I 174-175

I__I__I 176-177

référant :

I__I__I 178-179

I__I__I 180-181

PED14- Lorsque vous avez déposé la demande de PED, vous a t-on averti qu'une personne se rendrait à votre domicile pour évaluer vos besoins ?

	bénéficiaire	référant	
<i>oui</i>	1	1	ben 182
<i>non</i>	2	2	
<i>N.S.P.</i>	3	3	ref 183

PED15- Avez-vous eu l'occasion de demander des renseignements sur la PED après avoir déposé le dossier ?

	bénéficiaire	référant	
<i>oui</i>	1	1	ben 184
<i>non</i>	2	2	
<i>N.S.P.</i>	3	3	ref 185
aller en PED18			

PED16- Pour quel type de renseignements ?

bénéficiaire :

I_I 186

I_I 187

référant :

I_I 188

I_I 189

PED17- A qui vous êtes-vous adressé ?

- au conseil général, au département*1
- à votre caisse de retraite*2
- là où le dossier a été déposé*.....3
- aux personnes qui sont venues au domicile*4
- autre*5
- précisez*.....
-I_I

190

PED18- Avez-vous demandé à ce que la PED soit réévaluée ?

- oui*1
- non*2
- N.S.P.*.....3

191

aller en PED20

PED19- Votre demande a-t-elle été acceptée ?

- oui*1
- non*2
- en cours*.....3
- N.S.P.*.....4

192

si conjoint décédé, aller en PED22

PED20- Votre conjoint a-t-il aussi déposé une demande de PED ?

- oui*1
- non*2
- N.S.P.*.....3

193

aller en PED22

PED21- Cette demande a-t-elle été acceptée ?

<i>oui</i>1	194
<i>non</i>2	
<i>en cours</i>3	

PED22- Rencontrez-vous une assistante sociale avant de demander à bénéficier de la PED ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>1	195
<i>le référant</i>2	

régulièrement.....1	196
parfois.....2	
rarement.....3	

jamais.....4	
--------------	--

aller en VD1

PED23- A quel organisme était-elle rattachée ?

caisse de retraite.....1	197
CCAS.....2	
autre.....3	
précisez :I_I	

LA VISITE D'ÉVALUATION DES BESOINS

Une ou plusieurs personnes sont venues vous voir pour étudier avec vous quelles difficultés vous rencontrez dans votre vie quotidienne et quelle aide il vous faudrait pour que vous puissiez rester à votre domicile dans de bonnes conditions.

VD1- Avez-vous reçu une ou plusieurs visites pour évaluer vos besoins ?

ENQUÊTEUR : il y a normalement une visite systématique. Si la personne âgée ou son référent affirme qu'il n'y a pas eu de visite, insistez pour vérifier qu'elle n'a pas oublié ou n'a pas confondu avec une visite ayant un autre objet. Si la personne persiste, cocher aucune visite

une visite.....	1	198
deux visites.....	2	
plus de deux visites.....	3	
aucune visite.....	4	
N.S.P.....	5	

aller en VD11

VD2- Au total, combien de personnes sont venues vous voir ?

I _ I

199

VD3- Quelles étaient leur profession ?

ENQUÊTEUR : plusieurs réponses possibles

médecin.....	1	200-201
infirmière.....	2	
assistante sociale.....	3	
N.S.P.....	4	

VD4- Ces personnes avaient-elles pris rendez-vous ?

<i>oui</i>	1	202
<i>seulement pour une des deux visites</i>	2	
<i>non</i>	3	

VD5- En dehors de ces personnes et de vous-même, une autre personne de votre entourage était-elle présente ?

ENQUETEUR : si deux visites remplir pour chaque visite deux réponses possibles par visite

	1ère visite	2ème visite	
<i>un enfant</i>	1	1	1 ^{er} 203-204
<i>un gendre, une belle-fille</i>	2	2	205-206
<i>un petit-enfant</i>	3	3	
<i>un conjoint</i>	4	4	2 ^{ème} 207-208
<i>un frère, une soeur, un beau-frère, une belle-soeur</i>	5	5	209-210
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6	6	
<i>un autre membre de la famille</i>	7	7	
<i>un membre extérieur à la famille</i>	8	8	
<i>précisez :.....</i>	I _ I _ I	I _ I _ I	

VD6- Combien de temps cette(s) visite(s) a-t-elle duré ?

ENQUETEUR : si deux visites remplir pour chaque visite

	1ère visite	2ème visite	
<i>moins d'un quart d'heure</i>	1	1	1 ^{er} 211
<i>entre un quart d'heure et moins d'une demi-heure</i>	2	2	
<i>entre une demi-heure et moins d'une heure</i>	3	3	2 ^{ème} 212
<i>entre une heure et moins d'une heure et demi</i>	4	4	
<i>entre une heure et demi et moins de deux heures</i>	5	5	
<i>deux heures ou plus</i>	6	6	
<i>N.S.P.</i>	7	7	

VD7- Pendant cette(s) visite(s), vous a-t-on examiné ?

<i>oui</i>	1	213
<i>non</i>	2	
<i>N.S.P.</i>	3	

VD8- Pendant cette(s) visite(s), une personne a-t-elle visité votre logement ?

ENQUETEUR : tout le logement ou seulement une partie (sanitaires, cuisine)

<i>oui</i>	1	214
<i>non</i>	2	
<i>N.S.P.</i>	3	

VD9- Y-a-t-il des choses qui vous ont déplu au cours de cette(s) visite(s) ?

	bénéficiaire	référant
<i>oui</i>	1	1
<i>non</i>	1	2

aller en VD11

ben 215
ref 216

VD10- Lesquelles ?

bénéficiaire :

I_I 217

I_I 218

référant :

I_I 219

I_I 220

VD11- Comment avez-vous su que la prestation était accordée ?

courrier.....	1	221
téléphone.....	2	
autre.....	3	
précisez :		
.....	I_I	

VD12- Combien de temps s'était écoulé depuis la dernière visite ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	222
<i>le référant</i>	2	
moins de quinze jours.....	1	223
entre deux et quatre semaines.....	2	
entre un ou deux mois.....	3	
trois mois ou plus.....	4	
N.S.P.....	5	

VD13- Connaissez-vous le montant total de la prestation qui a été accordé ?

ENQUETEUR : demander à voir la lettre de notification
à la fois prestation en nature et prestation en espèces

	bénéficiaire	référant
<i>oui</i>	1	1
<i>non</i>	1	2

aller en VD15

ben 224
ref 225

VD14- Quel est ce montant par mois ?

ENQUETEUR : si seulement une des deux allocations, noter 0 pour la deuxième

ACTP I _ I _ I _ I _ I Francs

226-229

PSD I _ I _ I _ I _ I Francs

230-233

VD15- La prestation vous est-elle versée directement ?

ENQUETEUR : sur un compte au nom de la personne âgée, du conjoint ou du tuteur

<i>oui, entièrement</i>	1
<i>oui, en partie</i>	2
<i>non</i>	3

aller en VD18

234

VD16- Le premier versement a-t-il eu lieu

le mois suivant la notification de l'acceptation de la PED.....	1
entre un et trois mois après.....	2
plus de trois mois.....	3
N.S.P.....	4

235

VD17- Devez-vous fournir des justificatifs des dépenses que vous avez engagées ?

<i>oui</i>	1
<i>non</i>	2
<i>N.S.P.</i>	3

236

VD18- Par rapport à vos besoins, estimez-vous que le montant de la prestation est

	bénéficiaire	référant	
très suffisant.....	1	1	ben 237
plutôt suffisant.....	2	2	
aller en VD20			
plutôt insuffisant.....	3	3	ref 238
très insuffisant.....	4	4	

VD19- Selon vous, quel devrait-être le montant de cette allocation pour vous permettre de rester chez vous dans de bonnes conditions ?

ENQUETEUR : montant pour un seul bénéficiaire

bénéficiaire I _ I _ I _ I _ I _ I Francs 239-243

référant I _ I _ I _ I _ I _ I Francs 244-248

VD20- Selon vous, l'idée que les personnes qui viennent travailler chez vous, soient payées directement et que vous ne perceviez pas d'argent est

	bénéficiaire	référant	
très bonne.....	1	1	ben 249
plutôt bonne.....	2	2	
plutôt mauvaise.....	3	3	ref 250
très mauvaise.....	4	4	

VD21- Quels sont les points positifs d'un tel arrangement ?

bénéficiaire :

I _ I _ I 251-252

I _ I _ I 253-254

référant :

I _ I _ I 255-256

I _ I _ I 257-258

VD22- Quels sont les points négatifs d'un tel arrangement ?

bénéficiaire :

I__I__I 259-260

I__I__I 261-262

référant :

I__I__I 263-264

I__I__I 265-266

VD23- Avant de bénéficier de la PED, perceviez-vous l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire1 267
le référant.....2

oui1 268
non2

VD24- Avant de bénéficier de la PED, bénéficiez-vous d'une allocation pour une aide ménagère ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire1 269
le référant.....2

oui1 270
non2

aller en PA1

VD25- De qui provenait cette allocation aide ménagère ?

aide sociale légale	1	271-272
aide de la CRAM.....	2	
aide de la MSA.....	3	
aide d'ORGANIC.....	4	
aide de CANCAVA.....	5	
aide du régime minier.....	6	
autre	7	
précisez :		
.....	I _ I _ I	

VD26- De combien d'heures par semaine bénéficiez-vous ?

I _ I _ I

273-274

LE PLAN D'AIDE

ENQUETEUR : dans cette partie, on cherche à faire le bilan avec la personne âgée des différentes aides dont elle dispose de façon régulière. On s'intéresse aux aides apportées par des personnes extérieures rémunérées mais aussi à l'aide éventuelle apportée par la famille. Pour remplir cette partie, aidez-vous de l'organigramme qui est joint au questionnaire. Faites d'abord le point des aides dont la personne âgée dispose et reportez les sur l'organigramme. Vérifiez en fin de questionnaire que vous avez bien répertorié tous les intervenants qui aident la personne âgée à son domicile.

L'aide ménagère

PA1- Actuellement, êtes-vous aidé par quelqu'un pour faire votre ménage ?

ENQUETEUR : aide ménagère ou femme de ménage ou aide familiale : toute personne rémunérée qui vient chez la personne âgée pour faire le ménage. Il est possible que cette personne intervienne dans d'autres domaines.

oui.....1	275
non.....2	

aller en PA14

PA2- Combien de fois par semaine cette personne vient-elle ?

- tous les jours ou presque.....1 276
- tous les deux jours.....2
- une à deux fois par semaine.....3
- une à deux fois par mois.....4
- moins souvent.....5

PA3- Vient-elle le week-end ?

- oui.....1 277
- non.....2

PA4- Combien d'heures par semaine en moyenne vient-elle ?

I _ I _ I 278-279

PA5- Est-ce la même personne qui vient à chaque fois ?

ENQUETEUR : sans tenir compte des éventuels remplacements pendant les périodes de vacances

- oui.....1 280
- non.....2

**PA6- Cette personne est-elle remplacée lorsqu'elle part en congé ?
(ou en cas de maladie)**

<i>oui</i>	1	281
<i>non</i>	2	

PA7- Cette personne fait-elle ?

	oui	non	
- le ménage courant	1	2	282
- le lavage du linge.....	1	2	283
- le repassage	1	2	284
- le nettoyage des vitres	1	2	285
- le raccommodage et la couture	1	2	286
- les commissions	1	2	287
- la cuisine.....	1	2	288

PA8- Est-ce qu'elle vous aide

	oui	non	
- à vous lever ou vous coucher	1	2	289
- à faire votre toilette.....	1	2	290
- à vous habiller.....	1	2	291
- à prendre vos repas.....	1	2	292
- à faire vos démarches administratives.....	1	2	293

PA9- Est-ce que vous sortez vous promener ou faire des courses avec elle ?

<i>oui</i>	1	294
<i>non</i>	2	

**PA10- Depuis combien de temps connaissez-vous la personne qui vient
actuellement ?**

moins de trois mois	1	295
de trois à moins de six mois.....	2	
de six mois à moins d'un an.....	3	
de un à deux ans.....	4	
de trois à cinq ans.....	5	
plus de cinq ans.....	6	

PA11- Qui la paye ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire	1	296
le référant	2	
vous-même ou un proche	1	297
l'association qui l'emploie	2	
autre	3	
précisez :		
..... I_I		
N.S.P.	4	

PA12- Cette personne est-elle

ENQUETEUR : deux réponses possibles si plusieurs personnes viennent faire le ménage

quelqu'un de votre famille	1	298
quelqu'un du voisinage	2	
autre	3	

PA13- La personne qui vient actuellement travaillait-elle déjà pour vous avant que vous bénéficiiez de la PED ?

oui	1	299
aller en PA16		
non	2	

PA14- Avant de bénéficier de la PED, étiez-vous aidé par quelqu'un pour votre ménage ?

oui	1	300
aller en PA18		
non	2	

PA15- Par qui principalement cette aide était-elle effectuée ?

quelqu'un de la famille (gracieusement)	1	301
quelqu'un du voisinage (gracieusement)	2	
quelqu'un qui était payé pour ça	3	
un service d'aide à domicile (de la mairie ou autre)	4	

PA16- Etait-elle déclarée ?

oui	1	302
non	2	

PA17- Combien d'heures par semaine travaillait-elle ?

I _ I _ I

303-304

PA18-

si la personne n'a pas d'aide ménagère actuellement, aller en PA21

La personne qui vient actuellement pour faire votre ménage est-elle rattachée à une association ou un CCAS ?

ENQUETEUR : CCAS = bureau d'aide sociale

Réponse donnée par :

le bénéficiaire1
le référant.....2

305

oui, une association1
oui, un CCAS2

306

non2
N.S.P.....3

aller en PA20

PA19- Avez-vous choisi l'association qui l'emploie ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire1
le référant.....2

307

oui1
non2
N.S.P.....3

308

PA20- Avez-vous choisi la personne que vous employez ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire1
le référant.....2

309

oui1
non2
N.S.P.....3

310

La garde à domicile

PA21- Actuellement, employez-vous une garde à domicile ou une auxiliaire de vie ?

ENQUETEUR : c'est à dire une personne qui vient à domicile sans avoir le ménage à faire, pour tenir compagnie à la personne âgée ou pour éviter qu'elle soit seule le jour ou la nuit

<i>oui</i>	1	311
<i>non</i>	2	
aller en PA31		

PA22- Cette personne est-elle présente

le jour.....	1	312
la nuit.....	2	
les deux.....	3	

PA23- Combien de fois par semaine vient-elle ?

tous les jours ou presque.....	1	313
tous les deux jours.....	2	
une à deux fois par semaine.....	3	
une à deux fois par mois.....	4	
moins souvent.....	5	

**PA24- Combien d'heures en moyenne par semaine ?
(y compris les heures de présence la nuit)**

I _ I _ I _ I	314-316
---------------	---------

PA25- Est-ce la même personne qui vient à chaque fois ?

ENQUETEUR : sans tenir compte des éventuels remplacements pendant les périodes de vacances

<i>oui</i>	1	317
<i>non</i>	2	

PA26- Cette personne est-elle remplacée lorsqu'elle part en congé ?

<i>oui</i>	1	318
<i>non</i>	2	
<i>N.S.P.</i>	3	

PA27- Est-ce qu'elle vous aide

	oui	non	
- à vous lever ou vous coucher.....	1	2	319
- à faire votre toilette.....	1	2	320
- à vous habiller.....	1	2	321
- à prendre vos repas.....	1	2	322
- à faire vos démarches administratives.....	1	2	323

PA28- Est-ce que vous sortez avec elle ?

<i>oui</i>	1	324
<i>non</i>	2	

PA29- Qui la paye ?

Réponse donnée par :

<i>le bénéficiaire</i>	1	325
<i>le référant</i>	2	
vous-même ou un proche.....	1	326
l'association qui l'emploie.....	2	
autre.....	3	
précisez :.....	I I	
N.S.P.....	4	

PA30- Cette personne travaillait-elle déjà pour vous avant que vous bénéficiiez de la PED ?

<i>oui</i>	1	327
aller en PA32		
<i>non</i>	2	

PA31- Aviez-vous déjà une garde à domicile avant de bénéficier de la PED ?

<i>oui</i>	1	328
aller en PA33		
<i>non</i>	2	

PA32- Combien d'heures par semaine ?

I I I

329-330

Les soins à domicile

PA33- Recevez-vous régulièrement des soins à domicile ?

<i>oui</i>	1	331
<i>non</i>	2	

aller en PA37

PA34- Combien de fois par semaine recevez-vous ces soins ?

tous les jours ou presque.....	1	332
tous les deux jours.....	2	
une à deux fois par semaine.....	3	
une à deux fois par mois.....	4	
moins souvent.....	5	

PA35- Ces soins sont-ils donnés par :

un infirmier ou une infirmière.....	1	333
une aide soignante.....	2	
un kinésithérapeute.....	3	
autre.....	4	
précisez :		
.....	I I	

PA36- Est-ce que cette personne vous aide :

	oui	non	
- à vous lever ou à vous coucher.....	1	2	334
- à faire votre toilette.....	1	2	335
- à vous habiller.....	1	2	336
- à prendre vos repas.....	1	2	337
- à faire vos démarches administratives.....	1	2	338

PA37- Un infirmier ou une aide-soignante venaient-ils vous voir à domicile avant que vous bénéficiiez de la PED ?

<i>oui</i>	1	339
<i>non</i>	2	

PA38- Etes-vous globalement satisfait des personnes qui viennent vous aider à domicile ?

	bénéficiaire	référant	
très satisfait.....	1	1	ben 340
assez satisfait.....	2	2	
aller en PA40			
assez peu satisfait.....	3	3	ref 341
très peu satisfait.....	4	4	

PA39- Quels problèmes se sont posés ?

bénéficiaire :

I_I_I 342-343

I_I_I 344-345

référant :

I_I_I 346-347

I_I_I 348-349

Les autres services du plan d'aide

PA40- Grâce à la PED, bénéficiez-vous de repas qui vous sont portés à domicile ?

<i>oui</i>	1	350
<i>non</i>	2	
aller en PA42		

PA41- Combien de fois par semaine ?

tous les jours ou presque.....	1	351
tous les deux jours.....	2	
une à deux fois par semaine.....	3	
une à deux fois par mois.....	4	
moins souvent.....	5	

PA42- Vous faisiez-vous porter des repas à domicile avant de bénéficier de la PED ?

<i>oui</i>	1	352
<i>non</i>	2	

PA43- Etes-vous équipé d'une téléalarme ?

oui.....1	353
non.....2	
aller en PA45	

PA44- Est-ce grâce à la PED que vous avez été équipé ou l'aviez-vous déjà avant ?

grâce à la PED.....1	354
l'avait déjà avant.....2	

PA45- Des aménagements récents dans votre logement ont-ils été effectués ?

oui, avant le dossier de la PED.....1	355
non.....2	
aller en PA48	
oui, depuis la demande de PED.....3	

PA46- Lesquels ?

	oui	non	
- pose de barres d'appui (escaliers, sanitaires).....1	2	2	356
- aménagements dans les sanitaires.....1	2	2	357
- aménagements du chauffage.....1	2	2	358
- autre.....1	2	2	359
précisez :			
.....			I__I360

PA47- Qui a payé ces aménagements ?

Réponse donnée par :

le bénéficiaire.....1	361
le référant.....2	
vous-même ou vos proches.....1	362
vos caisse de retraite.....2	
le département (conseil général).....3	
autre.....4	
précisez :	
.....I__I	
N.S.P.....5	

PA48- Auriez-vous besoin d'aide ou d'aide supplémentaire pour

	oui	non	
- faire votre ménage	1	2	363
- faire vos commissions.....	1	2	364
- faire votre repas	1	2	365
- faire votre toilette.....	1	2	366
- autre.....	1	2	367
précisez :			
.....			I_I 368

ENQUETEUR : si oui à au moins un des items de la question précédente

PA49- De combien d'heures supplémentaires par semaine auriez-vous besoin ?

I _ I _ I

369-370

PA50- Pour quelle (s) raison (s) ne vous faites vous pas aider plus ?

<i>elle n'a pas confiance.....</i>	<i>1</i>	371
<i>elle n'a pas le budget à y consacrer.....</i>	<i>2</i>	
<i>elle ne sait pas à qui s'adresser.....</i>	<i>3</i>	
<i>autre.....</i>	<i>4</i>	
précisez :		
.....	I_I	

Aide non rémunérée (famille ou voisin)

PA51- Une personne vous aide t-elle gratuitement pour l'entretien de votre maison ? (famille ou voisin)

ENQUETEUR : aide sans rémunération, y compris participation du conjoint

<i>oui.....</i>	<i>1</i>	372
<i>non.....</i>	<i>2</i>	

aller en PA53

PA52- Pour quelles tâches ?

	oui	non	
- le ménage courant.....	1	2	373
- le nettoyage des vitres.....	1	2	374
- l'entretien du jardin ou du balcon.....	1	2	375
- le lavage du linge.....	1	2	376
- le repassage.....	1	2	377
- la cuisine.....	1	2	378

PA53- Par qui êtes-vous aidé principalement pour l'entretien de la maison ?

<i>conjoint</i>	1	379
<i>enfant</i>	2	
<i>gendre ou belle-fille</i>	3	
<i>petit-enfant</i>	4	
<i>frère, soeur, beau-frère, belle-soeur</i>	5	
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6	
<i>autre membre de la famille</i>	7	
<i>membre extérieur à la famille</i>	8	

PA54- Une personne vous aide t-elle gratuitement pour faire les courses ?

ENQUETEUR : aide sans rémunération, y compris participation du conjoint

<i>oui</i>	1	380
<i>non</i>	2	

aller en PA56

PA55- Par qui êtes-vous aidé principalement pour faire les courses ?

<i>conjoint</i>	1	381
<i>enfant</i>	2	
<i>gendre ou belle-fille</i>	3	
<i>petit-enfant</i>	4	
<i>frère, soeur, beau-frère, belle-soeur</i>	5	
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6	
<i>autre membre de la famille</i>	7	
<i>membre extérieur à la famille</i>	8	

PA56- Une personne vous aide-t-elle gratuitement pour vous lever ou vous coucher ?

ENQUETEUR : aide sans rémunération, y compris participation du conjoint

<i>oui</i>	1	382
<i>non</i>	2	

aller en PA58

PA57- Par qui êtes-vous aidé principalement ?

<i>conjoint</i>	1	383
<i>enfant</i>	2	
<i>gendre ou belle-fille</i>	3	
<i>petit-enfant</i>	4	
<i>frère, soeur, beau-frère, belle-soeur</i>	5	
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6	
<i>autre membre de la famille</i>	7	
<i>membre extérieu à la famille</i>	8	

PA58- Une personne vous aide-t-elle gratuitement à prendre vos repas ?

ENQUETEUR : aide sans rémunération, y compris participation du conjoint

<i>oui</i>	1
<i>non</i>	2

aller en PA60

384

PA59- Par qui êtes-vous aidé principalement pour prendre vos repas ?

<i>conjoint</i>	1
<i>enfant</i>	2
<i>gendre ou belle-fille</i>	3
<i>petit-enfant</i>	4
<i>frère, soeur, beau-frère, belle-soeur</i>	5
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6
<i>autre membre de la famille</i>	7
<i>membre extérieur à la famille</i>	8

385

**PA60- Une personne vous aide-t-elle dans vos démarches administratives ?
(gestion des comptes, feuilles de Sécurité Sociale,...)**

ENQUETEUR : aide sans rémunération, y compris participation du conjoint

<i>oui</i>	1
<i>non</i>	2

aller en PA62

386

PA61- Par qui êtes-vous aidé principalement pour ces démarches ?

<i>conjoint</i>	1
<i>enfant</i>	2
<i>gendre ou belle-fille</i>	3
<i>petit-enfant</i>	4
<i>frère, soeur, beau-frère, belle-soeur</i>	5
<i>un des parents ou des beaux-parents</i>	6
<i>autre membre de la famille</i>	7
<i>une personne extérieur à la famille</i>	8

387

Opinions générales

PA62- Bénéficiez de tous les services décidés dans le plan d'aide élaboré par les personnes qui sont venues vous voir à domicile ?

<i>oui</i>	1
<i>non</i>	2
<i>N.S.P.</i>	3

aller en PA64

388

PA63- Pourquoi ne bénéficiez-vous pas de tous ces services ?

certains n'ont pas encore été mis en place.....	1	389
vous en avez refusé.....	2	
autre.....	3	
précisez :		
.....	I_I	
N.S.P.....	4	

PA64- Depuis que vous bénéficiez de la PED, avez-vous observé des changements dans l'organisation de votre vie quotidienne ?

	bénéficiaire	référant	
changements très importants.....	1	1	ben 390
changements assez importants.....	2	2	
changements peu importants.....	3	3	ref 391
pas de changement.....	4	4	
aller en PA66			

PA65- Quels sont les principaux changements que vous avez observés ?

I_I_I 392-393
I_I_I 394-395
I_I_I 396-397

PA66- Globalement, pensez-vous que la mesure de PED est

	bénéficiaire	référant	
très intéressante.....	1	1	ben 398
assez intéressante.....	2	2	
aller en S1			
peu intéressante.....	3	3	ref 399
pas intéressante du tout.....	4	4	

PA67- Pourquoi n'est-elle pas intéressante ?

bénéficiaire :

I__I__I 400-401

I__I__I 402-403

référant :

I__I__I 404-405

I__I__I 406-407

SIGNALETIQUE

S1- Sexe

homme.....1	408
femme.....2	

S2- Année de naissance

1 I _ I _ I _ I	409-410
-----------------	---------

S3- Année de naissance du conjoint

1 I _ I _ I _ I	411-412
-----------------	---------

S4- Commune de résidence

ville de Paris.....1	413
banlieue parisienne.....2	
unité urbaine de plus de 200 000 habitants3	
unité urbaine de 20 000 à 200 000 habitants4	
unité urbaine de moins de 20 000 habitants5	
commune rurale.....6	

L'entretien est terminé. Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre à toutes mes questions.

A remplir après l'entretien

S5- Caractéristiques du référent

conjoint.....1	414-415
fils.....2	
fille.....3	
petit-fils.....4	
petite-fille.....5	
neveu, nièce.....6	
autre membre de la famille.....7	
aide ménagère.....8	
assistante sociale mairie.....9	
assistante sociale CRAM.....10	
voisin.....11	
autre membre extérieur de la famille.....12	

S6- Les entretiens avec le bénéficiaire et le référent ont-ils eu lieu

ensemble.....	1	416
l'un après l'autre.....	2	
à deux moments différents.....	3	

S7- Intérêt de l'enquêté pour l'enquête

	oui	non	
La personne s'est-elle inquiétée de savoir pourquoi on l'interrogeait elle particulièrement ?.....	1	2	417
Si oui, comment a t-elle réagi ?.....			I__I 418
.....			I__I 419
A t-elle manifesté de l'intérêt pour la démarche de l'étude ?.....	1	2	420
L'a-t-elle comprise ?.....	1	2	421

S8- la compréhension

L'interviewé avait un handicap physique ou moteur manifeste.....	1	2	422
L'interviewé avait un handicap mental manifeste.....	1	2	423
L'interviewé comprenait ou parlait difficilement le français.....	1	2	424
L'interviewé avait souvent du mal à comprendre les questions posées.....	1	2	425
L'interviewé a eu de la difficulté à retrouver les informations demandées.....	1	2	426
Si oui , sur quels sujets ?.....			I__I__I 427-428
.....			I__I__I 429-430
L'interviewé a eu du mal à se repérer dans le temps, à retrouver des dates.....	1	2	431
L'interviewé a refusé une question.....	1	2	432
Si oui , laquelle ?.....			I__I__I 433-434
.....			I__I__I 435-436
L'interviewé a été réticent sur une question.....	1	2	437
Si oui , laquelle ?.....			I__I__I 438-439
.....			I__I__I 440-441

S9- Le climat

- L'entretien s'est bien déroulé1
- L'entretien s'est moyennement bien déroulé.....2
- L'entretien s'est mal déroulé.....3

442

Pourquoi l'entretien s'est-il mal déroulé ?

Durée de l'entretien.....I_I h. I_I_I mn.

443-445

S10- Remarques ou précisions que vous souhaiteriez apporter sur le déroulement de l'entretien :

Dépôt légal : Novembre 1997

ISSN : 1257-9807

ISBN : 2-84104-097-6

CAHIER DE ReCHERCHE

Récemment parus :

Une grille de mesure des motivations dans une enquête grand public

Franck BERTHUIT - n°102 (1997)

Les méthodes d'analyse des emplois d'un champ professionnel : l'intervention sociale

Patrick DUBÉCHOT - n°103 (1997)

L'eau et les usages domestiques

Bruno MARESCA, Guy POQUET, Laurent POUQUET, Karine RAGOT - n°104 (1997)

Les effets d'âge et de génération dans la consommation alimentaire

Patrick BABAYOU, Jean-Luc VOLATIER - n°105 (1997)

Une approche de la dimension territoriale des politiques sociales

Isa ALDEGHI - n°106 (1997)

Les inquiétudes des Français ou l'évolution des craintes de 1982 à 1996

Franck BERTHUIT, Georges HATCHUEL, Jean-Pierre LOISEL - n°107 (1997)

Démographie des entreprises : une revue de la littérature

Philippe MOATI, Stéphane LOIRE - n°108 (1997)

Méthode d'étude sectorielle - Volume 3

Philippe MOATI - n°109 (1997)

Président : Bernard SCHAEFER Directeur : Robert ROCHEFORT
142, rue du Chevaleret, 75013 PARIS - Tél. : 01 40 77 85 01

ISBN : 2-84104-097-6

CRÉDOC

Centre de recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie