



ÉVALUATION
DES BESOINS DES RETRAITÉS
ET ÉLABORATION
DES PLANS D'ACTION
PERSONNALISÉS



Ensemble, les caisses de retraite s'engagent



• 1.3. Contexte de la demande

- Dégradation subite de l'état de santé du retraité
- Suites d'hospitalisation du retraité
- Entrée du conjoint en établissement
- Départ / Décès du conjoint, d'un proche, de l'aidant
- Perte d'autonomie / Maladie / Hospitalisation du conjoint, d'un proche, de l'aidant
- Indisponibilité de l'aidant (congés, etc.)
- Autre événement (déménagement, divorce, etc.)

Description :

.....
.....

Demande exprimée par la personne :

.....
.....
.....
.....

• 2. Évaluation des besoins

• 2.1. État de santé du demandeur

État de santé

Comment le demandeur décrit-il son état de santé ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veillez cocher le chiffre qui reflète le mieux la réponse à la question (0 Aussi mauvais que possible - 10 Aussi bon que possible). Cette question porte sur ce qu'il a ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris le jour de la visite.

Combien de fois le demandeur a-t-il été hospitalisé au cours des 6 derniers mois ?

0 / 1 à 2 fois / Plus de 2 fois

De combien de consultations bucco-dentaires annuelles a-t-il bénéficié ?

0 / 1 / plus de 1

Ces dernières semaines, a-t-il eu des difficultés pour reconnaître le goût des aliments qu'il consomme ?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

Le demandeur porte-t-il :

- > Des lunettes Oui Non Dernière date d'achat ou de renouvellement
- > Des prothèses dentaires Oui Non Dernière date d'achat ou de renouvellement
- > Des prothèses auditives Oui Non Dernière date d'achat ou de renouvellement

Le demandeur prend-il des médicaments sur prescription? Oui Non

Préciser qui prépare ses médicaments :

Comment décririez-vous l'état de santé global du demandeur?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veillez cocher le chiffre (de 0 à 10) qui reflète le mieux votre réponse à cette question. Cette question porte sur ce que vous avez ressenti pour la personne âgée que vous avez évaluée.

L'état de santé déclaré du demandeur entraîne-t-il :

> des difficultés de mobilité? Oui Non

> des troubles de la nutrition? Oui Non

> des troubles de la mémoire? Oui Non

> d'autres troubles? Oui Non

Description :
.....
.....
.....
.....

Le demandeur bénéficie-t-il :

> d'une prise en charge pour une affection de longue durée Oui Non

> d'une complémentaire santé? Oui Non

Motricité

Le demandeur a-t-il chuté au cours des 6 derniers mois?

0 / 1 / plus de 1

Ces dernières semaines, a-t-il eu des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

Test de marche

Vitesse de marche sur 4 m :

normale ≥ 1 m/s,

altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s,

fragilité (globale) : $< 0,65$ m/s

• 2.2. Grille Aggir : activités corporelles, mentales, domestiques et sociales

ITEMS DE LA GRILLE AGGIR		NE FAIT PAS	S	T	C	H	CODE	COMMENTAIRES
Transferts		<input type="checkbox"/>						
Déplacement à l'intérieur		<input type="checkbox"/>						
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>						
	Bas	<input type="checkbox"/>						
Élimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>						
	Fécale	<input type="checkbox"/>						
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>						
	Moyen	<input type="checkbox"/>						
	Bas	<input type="checkbox"/>						
Cuisine		<input type="checkbox"/>						
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>						
	Manger	<input type="checkbox"/>						
Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>						
Ménage		<input type="checkbox"/>						
Alerter		<input type="checkbox"/>						
Déplacement à l'extérieur		<input type="checkbox"/>						
Transports		<input type="checkbox"/>						
Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>						
Achats		<input type="checkbox"/>						

...

ITEMS DE LA GRILLE AGGIR		NE FAIT PAS	S	T	C	H	CODE	COMMENTAIRES
Gestion		<input type="checkbox"/>						
Orientation	Dans le temps	<input type="checkbox"/>						
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>						
Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>						
	Comportement	<input type="checkbox"/>						

GIR :

• 2.3. Conditions de vie, environnement et cadre de vie

Le demandeur vit-il seul : Oui Non

> Si oui, depuis quand :

> Si non, avec combien de personnes vit le demandeur : personnes

> Une de ces personnes est-elle dépendante ? Oui Non

> Si oui, cette personne bénéficie-t-elle d'une prise en charge financière au titre de sa dépendance ? Oui Non

Le conjoint du demandeur est-il actuellement en établissement d'accueil pour personnes âgées ? Oui Non

> Si oui, le demandeur rencontre-t-il des difficultés de transport pour lui rendre visite ? Oui Non

> Le demandeur reçoit-il l'aide d'un aidant ? Oui Non

> Si oui, qui joue le rôle d'aidant ? Conjoint Famille Amis Voisins Bénévoles

Le demandeur s'occupe-t-il d'un proche dont il se sent responsable ?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

> Préciser le lien de parenté avec la personne aidée :

> Le retraité éprouve-t-il des difficultés à s'en occuper ? Oui Non

Le demandeur a-t-il exprimé un besoin en matière :

d'information et/ou de formation

d'aide ponctuelle (quelques heures de répit ou accueil de jour)

de temps de répit durable (hébergement temporaire)

autre

préciser :

Commentaires :

.....

.....

.....

Vie sociale

Visite et contacts

Le demandeur rend ou reçoit-il des visites de sa famille, ses proches, ses voisins Oui Non

> Si oui, quelle est la fréquence de ces visites? Fréquentes Occasionnelles Exceptionnelles

Le demandeur a-t-il des contacts téléphoniques avec sa famille, ses proches, ses voisins, etc. Oui Non

> Si oui, quelle est la fréquence de ces contacts téléphoniques? Fréquents Occasionnels Exceptionnels

Est-il en mesure de passer des appels téléphoniques? Oui Non

(Composer des numéros de téléphone)

Utilise-t-il internet?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

Le demandeur a-t-il un sentiment de solitude et/ou d'abandon?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

Informations complémentaires relatives à la situation du demandeur :

.....
.....
.....

Activités

Le demandeur participe-t-il à des activités (clubs sportifs, artistique, etc.)?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

> Si oui, lesquelles :

.....
.....

> Si non, pourquoi :

.....
.....

Le demandeur a-t-il des activités occupationnelles à domicile? Oui Non

Son niveau de ressources lui semble-t-il suffisant?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

Transports et accompagnement

Y'a-t-il des commerces accessibles par le demandeur? Oui Non

Y'a-t-il des transports accessibles par le demandeur? Oui Non

> Si oui, le demandeur les utilise-t-il? Oui Non

Le demandeur fait-il ses sorties du domicile : Seul Accompagné

> Si accompagné, est-ce plutôt par : La famille Les voisins Autres

Le demandeur peut-il se rendre facilement chez son médecin? Oui Non

Le sollicite-t-il plutôt pour des visites à domicile? Oui Non

Commentaires :

.....
.....

État psychique

Comment le demandeur décrit-il son bien-être général?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veillez cocher le chiffre qui reflète le mieux sa réponse à la question (0 Aussi mauvais que possible - 10 Aussi bon que possible). Cette question porte sur ce qu'il a ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler, le jour de la visite compris.

Au cours du dernier mois :

> A-t-il été heureux la plupart du temps?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

> S'est-il senti fatigué pendant la journée?

Pas du tout / Un peu / Assez / Beaucoup

> A-t-il souffert au point d'avoir des idées de suicide? Oui Non

Tests cognitifs

> Set test d'Isaac (STI) :

Couleurs : Fruits : Animaux : Villes-villages : Total :

> Score de mémoire avec indigage (SMI) :

Rappel libre : Rappel indicé : Total :

Habitat et cadre de vie

Statut du demandeur : Propriétaire Locataire Hébergé Usufruitier

Lieu du logement : Urbain Rural regroupé Rural dispersé

Type de logement : Maison Appartement Résidence, foyer

Autre :

Refus de visite du logement par le retraité

Nombre de pièces de vie :

Le domicile visité est-il la résidence principale du demandeur ? Oui Non

> Si non, cette habitation est-elle destinée à devenir sa résidence principale dans les 12 mois suivant la fin des travaux ?

Oui Non

Le logement présente des difficultés d'accessibilité ?

Oui Non

Le logement semble dégradé ?

Oui Non

Le logement semble être en situation de précarité énergétique ?

Oui Non

Détaillez les difficultés existantes dans les différentes pièces ou à l'extérieur, les conseils dispensés et les éventuelles adaptations nécessaires :

ÉLÉMENTS À OBSERVER	RISQUE	CONSEILS DISPENSÉS
Éclairage suffisant et non éblouissant, visibilité des interrupteurs	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Pièces et sols encombrés	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Surfaces glissantes	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Présence de tapis dans les lieux de passage	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Accessibilité de la salle de bains (notamment accès à la pièce et transferts)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Accessibilité dans la chambre (notamment accès au lit et transferts)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
Matériel et équipements du logement (appareils ménagers, matériel de nettoyage au sol et en hauteur, rangements accessibles, etc.)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	
État général du logement (installations électriques, canalisations, sols et escaliers, ventilation, chauffage, conditions d'hygiène, animaux, contamination, etc.)	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé	

Autres commentaires

.....

.....

.....

Aides techniques préconisées :

<input type="checkbox"/> Rehausse fauteuil	<input type="checkbox"/> Rehausse WC
<input type="checkbox"/> Rehausse lit	<input type="checkbox"/> Planche de bains
<input type="checkbox"/> Siège pivotant de baignoire	<input type="checkbox"/> Tabouret de douche
<input type="checkbox"/> Barre d'appui	<input type="checkbox"/> Main courante
<input type="checkbox"/> Kit Lumineux	<input type="checkbox"/> Autres :

Une adaptation de l'habitat est-elle nécessaire ? Oui Non

Un recours à l'ergothérapeute est-il à prévoir ? Oui Non

Ces travaux présentent-ils un caractère d'urgence ? Oui Non

Si oui, précisez les raisons :

Le demandeur doit-il faire l'objet d'un accompagnement renforcé par le prestataire habitat ? Oui Non

Le demandeur accepte-t-il que ces informations soient transmises au prestataire habitat ? Oui Non

• 2.4. Synthèse des fragilités et des besoins repérés

Le demandeur vit une situation d'isolement familial social géographique

Le demandeur s'occupe d'une personne dépendante et éprouve des difficultés à le faire

L'état de santé du demandeur entraîne :

des difficultés de mobilité

des troubles de la nutrition

des troubles de la mémoire

d'autres troubles

Le demandeur a récemment vécu un événement déstabilisant

L'habitat entraîne des risques pour la personne

Le demandeur éprouve des difficultés de mobilité entravant la réalisation des démarches extérieures

Achats / courses

Visite à la famille ou aux amis

Démarches administratives

Démarches de santé (R.-V. médical, etc.)

Autres à préciser :

Le demandeur éprouve des difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne

Toilette

Habillage

Ménage

Cuisine

Autres à préciser :

Score de fragilité :

Compte tenu de l'évaluation réalisée, un plan d'aide financé par la caisse doit-il être mis en place ? Oui Non

Des conseils et recommandations sont-ils nécessaires ? Oui Non

• 3. Élaboration du plan d'actions personnalisé

• 3.1. Aides et services déjà en place

	COMMENTAIRES	DEMANDEUR	COHABITANT
Aide à la vie quotidienne			
Aide à l'entretien du logement et du linge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintien du lien social			
Aide pour déplacements pédestres de proximité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport accompagné avec véhicule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux loisirs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux vacances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateliers de prévention		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil temporaire en structure collective		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie quotidienne et sécurité			
Livraison de courses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage de repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la préparation des repas et conseil nutritionnel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en gestion budgétaire et administrative		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petits et gros travaux d'entretien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieux-être		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance sécurité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux aidants			
Répit, information, formation, autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• 3.2. Plan d'actions personnalisé proposé

(selon réserve de l'offre locale de services disponible prise en charge par la caisse)

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET COMMENTAIRES (durée de prise en charge, fréquence et nombre d'heures d'intervention, coûts unitaires, nom de l'intervenant si connu, etc.)		PRIORITÉS
Aide à la vie quotidienne		
Aide à l'entretien du logement et du linge		
Maintien du lien social		
Aide pour déplacements pédestres de proximité		
Transport accompagné avec véhicule		
Aide aux loisirs		
Aide aux vacances		
Ateliers de prévention		
Accueil temporaire en structure collective		
Vie quotidienne et sécurité		
Livraison de courses		
Portage de repas		
Aide à la préparation des repas et conseil nutritionnel		
Conseils en gestion budgétaire et administrative		
Petits et gros travaux d'entretien		
Mieux-être		
Assistance sécurité		
Aide aux aidants		
Répit, information, formation, autres		

• 3.3. Tableau estimatif de valorisation du plan d'actions personnalisé

Nom :	.....	Nature de la demande :	.....
Prénom :	.....	Évaluation réalisée par :	.....
N° sécurité sociale :	.....	Date de l'évaluation :	.....|2|0|.....

Montant mensuel de ressources :€	Commentaires sur l'évolution des ressources ou de la situation familiale
Nombre de personnes	.....
Ressources prises en compte€	

PROPOSITION D'ACTION	INTERVENANT	DÉBUT	FIN	TARIF UNITAIRE	QTÉ	MONTANT TOTAL	PART CAISSE	PART RETRAITÉ
.....€€€€
.....€€€€
.....€€€€
.....€€€€
.....€€€€
Plan d'actions personnalisé€€€€

Données saisies par l'évaluateur sur la base des tarifs observables localement ou indiqués par la caisse régionale
 Données calculées par l'outil

• 3.4. Autres conseils et préconisations (hors prise en charge par la caisse)

CONSEILS ET PRÉCONISATIONS	PRÉCISIONS	ACCORD DU RETRAITÉ	DES ACTIONS SONT-ELLES À MENER ?	
Mise en relation avec un réseau de bénévoles / volontaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sensibilisation du voisinage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Orientations vers un club ou une association de retraités		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Soutien aux aidants familiaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Intervention de professionnels médicaux et paramédicaux (bilan de santé, d'audition, dentaire, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Changement de domicile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conseils juridiques et d'accès aux droits : demande d'une prestation légale, souscription d'une assurance complémentaire, dossier de surendettement, mesure de protection juridique, etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Préconisation de demande de secours (ou une autre aide financière ponctuelle).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Orientation vers un dispositif partenaire (programme seniors en vacances, offre de services de l'Agire-Arreo, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis à l'évaluateur.
- Je déclare** :
 - avoir reçu l'évaluateur de la structure mentionnée ci-dessous
 - avoir pris connaissance des mentions légales figurant sur ce dossier
 - avoir pris connaissance du Plan d'actions personnalisé au cas où celui-ci m'a été proposé
 - J'accepte** la poursuite de l'instruction de mon dossier pour la mise en œuvre de ce Plan d'actions personnalisé
 - Je ne souhaite pas donner suite** à l'instruction de mon dossier pour la mise en œuvre de ce Plan d'actions personnalisé
- J'accepte** que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte puissent être transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse de retraite pour permettre son instruction, dans le strict respect des règles de confidentialité.
- J'accepte** que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte puissent être transmis au Conseil départemental dans le but de déposer une demande d'allocation personnalisée d'autonomie.
- Je reconnais être informé** qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : Le | | | | 2 0 | | |

Signature du retraité, de la retraitée :

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
 La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L114-13 du code de la sécurité sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).
 En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Nom et cachet de l'institution :

Signature de l'évaluateur, de l'évaluatrice :

Signature du/de la responsable de la structure :

10/2016 - Conception : Parmage, Studio graphique, Crav - Réalisation : Studio graphique, Crav



Le label "Pour bien vieillir" a été créé par les quatre régimes de retraite pour contribuer à l'identification et au développement de l'offre de services interrégimes à destination des retraités.

● www.partenairesactionsociale.fr