



L' Association Gérontologique Vallée
de Montmorency-Rives de Seine :
Plateforme d'appui à la coordination
médico-sociale des personnes âgées

Mai 2015

Dr SERAMY Nicolas, médecin coordinateur

Mme TRISTANT Régine , Directrice de l'AGVMRS

Historique de l'AGVMRS

- **1998** : Des rencontres informelles entre professionnels concernés par les personnes âgées (CHA, GHEM, SSIAD, associations
ex: APAD, IDE libérales et même quelques médecins)
- **2002** : - 1 Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC): Rives de Seine
- 1 Centre Local d'Information et de Coordination Val et Forêt
- **2005** : S'ajoute : - une mission médico-sociale en direction des personnes âgées en Foyer de Travailleurs Migrants (FTM) du secteur Rives de Seine
- une mission d'évaluation pour la CNAV
- **2006** : - Dossier Réseau « Joséphine » accepté, non financé
- **2009** : - Financement du Réseau Gérontologique Joséphine
- Extension de la mission FTM à 5 foyers sur le secteur Val et Forêt

■ **2010** : Mutualisation :

- 2 CLIC

- 1 Réseau Gériatologique
- 1 mission personnes âgées en FTM
- 1 mission d'évaluation CNAV

■ **2012**: Arrêté d'autorisation pour le développement d'une MAIA sur le territoire 95 SUD

Objectifs de l'Association Gérontologique Vallée de Montmorency- Rives de Seine :

- ▶ Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées,
- ▶ S'appuyer sur une démarche pluridisciplinaire : pour informer, conseiller, évaluer, et orienter les personnes et leur entourage,
- ▶ élaborer avec la personne elle-même, son entourage et les différents partenaires sanitaires et sociaux, un projet de vie personnalisé, cohérent et évolutif,
- ▶ Utiliser au mieux toutes les aides existantes dans le secteur considéré, quel que soit leur statut ou leur domaine d'intervention,
- ▶ Créer une dynamique de recherche dans ces domaines de compétence afin de participer à une réelle évaluation des besoins de la population âgée,
- ▶ Mettre en place une coordination dynamique entre les différents intervenants auprès de la personne âgée, favoriser un fonctionnement en réseau,
- ▶ Susciter la création de structures qui manqueraient sur le territoire d'intervention,
- ▶ Développer toute forme de structure d'information, ainsi qu'un programme d'échange de formation et de soutien pour l'ensemble des intervenants.

L'AGVMRS en 2014, quelques chiffres :

▶ La structure évaluatrice :

- ❖ Pour les GIR 5-6,
- ❖ Evaluation globale des besoins du retraité par une IDEL,
- ❖ Proposition d'un Plan d'Action Personnalisé,
- ❖ Dépistage de la fragilité et/ou vulnérabilité à domicile (Grille VELAS)

➤ En chiffres : 1 637 personnes âgées évaluées : 429 premières demandes, 942 renouvellements

▶ Les CLICs Niveau 2 :

- ❖ accueil et information personnalisée,
- ❖ évaluation des besoins d'aide de la personne,
- ❖ plan d'accompagnement au domicile,
- ❖ coordination des acteurs socio-sanitaires et lieu ressource pour les professionnels,
- ❖ dépistage de la fragilité et/ ou de la vulnérabilité des personnes âgées à domicile (Grille VELAS).

➤ En chiffres : 249 nouvelles demandes + 201 dossiers en veille pour 2014

▶ Le réseau gérontologique JOSEPHINE: 34 communes couvertes

L'AGVMRS en 2014, quelques chiffres :

▶ La Mission en Foyer de Travailleurs Migrants :

- ❖ porté par l'association et financé par l'ARS,
- ❖ *Objet: « la réduction des inégalités d'accès à la santé des personnes résidents en FTM dans les domaines de la promotion de la santé et du vieillissement ».*

- Mettre en place des permanences régulières au sein de chaque foyer,
- Aider les résidents dans leurs démarches administratives,
- Permettre l'accès des résidents aux soins et prestations relevant de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ou du Conseil Général,
- Chercher des partenaires pour des actions collectives d'information,
- Identifier de manière plus fine les raisons socioculturelles qui empêchent la mise en œuvre des aides auprès des personnes âgées en FTM.
- Dépistage de la fragilité (grille VELAS)

- En chiffres, 10 foyers couverts, 87 personnes accompagnées (depuis 2007, 775 personnes âgées de plus de 60 ans accompagnées)

L' AGVMRS en 2014, quelques chiffres :

► Le réseau de santé gériatrique JOSEPHINE:

Population ciblée et critères d'inclusion incontournables : Plus de 75 ans fragiles ou dépendantes, situation complexe (≤ 2 complexités),
Accord patient, Accord médecin traitant, Territoire.

❖ Pour les professionnels de santé :

- ❖ Mise à disposition des professionnels de santé libéraux des compétences médicales et paramédicales spécifiques,
- ❖ Sensibilisation aux bonnes pratiques et soutien des professionnels médicaux et paramédicaux en charge d'une situation gériatrique à domicile,
- ❖ Promotion et orientation des patients âgés vers les outils gériatriques fonctionnels et adaptés du territoire,
- ❖ Limitation des hospitalisations via les services d'urgences et facilitation des hospitalisations programmées.

❖ Pour les patients et les familles :

- ❖ Information sur la maladie d'Alzheimer et toutes autres pathologies de la personne âgée,
- ❖ Réalisation à domicile une évaluation gériatrique paramédicale, médicale, sociale, environnementale et familiale de la personne âgée,
- ❖ Elaboration et diffusion aux partenaires de la prise en charge à domicile un Plan Personnalisé de Santé (PPS),
- ❖ Suivi semi-structuré permettant un accompagnement individualisé,
- ❖ Préparation des conditions de retour à domicile après une hospitalisation,
- ❖ Renforcement du lien ville-hôpital.

► En chiffres : 573 demandes d'interventions en 2014, une file active de 475 patients suivis

L' AGVMRS en 2014, quelques chiffres :

▶ LA MAIA95-SUD:

- ❖ Situations complexes (santé, social, environnement),
- ❖ Développer des parcours coordonnés,
- ❖ Répondre équitablement aux besoins de la population quel que soit le lieu où le public s'adresse,
- ❖ Ajuster l'offre avec une analyse régulière de l'organisation de l'ensemble des besoins du territoire
- ❖ 3 Gestionnaires de Cas complexes

➤ En chiffres, 45 personnes accompagnées en 2014 par le service de gestion de cas

Demande d'intervention et/ou appel Professionnels
(Fiche de demande d'intervention et/ou appel téléphonique)

Secretariat Association Gerontologique VMRS

 01 34 15 09 62

Fiche unique
de demande
d'intervention
AGVMRS

- Recueillir la demande
- Orienter la demande vers le service adapté

Demandes particulières précisées

Demandes d'évaluation, suivi, coordination

**Autres
Partenaires :**

- CCAS
- SAD
- Pt conseil CG
- SSIAD, SAD...

**Structure
Evaluatrice**

Caisses de
retraites

**Mission
Foyer
Travailleurs
Migrants**

- Accompagnement
social
- Evaluation

CLICs

- Rives de
Seine
- Val et
Foret

**Réseau
JOSEPHINE**

Territoire 95-1
(RDS, VM, VF)

**GDC-
MAIA95-
SUD**

Gestion de
Cas
Complexes

Dépistage de la fragilité

Dépistage de la complexité

De l'autonomie (GIR 6) à la dysautonomie (GIR 1)

De la fragilité à la complexité

Soins / Prestations

Evaluation/Coordination

Demande d'intervention et/ou appel Professionnels ou Liaison
(Fiche de demande d'intervention et/ou appel téléphonique)

Plateforme Associative Gérontologique VMRS

01 34 15 09 62

Analyse de la demande – Régulation – Orientation et Information

-
Information
simple

-
Orientation

- Orientation
vers une
prestation

(Annuaire
informatisé des
partenaires de
l'AGVMRS)

Coordination Niveau 1

Structures évaluatrices caisses de retraite
CLICs
FTM

(>60 ans , autonome GIR5-6, dépistage fragilité VELAS)

Coordination Niveau 2

Réseau Joséphine

(≥75ans, Fragilité identifiée (SEGA>8), Territoire,
Accord MT et PA)

Evaluation gériatrique (EGS)

A domicile

Coordination Niveau 3

GDC MAIA-SUD

(>60ans, GIR1-4, complexités > 2, Chronicité)

Evaluation multidimensionnelle (GEVA)

Mise en place de l' intervention

Parcours du patient et mode d'inclusion du réseau JOSEPHINE



Demande Téléphonique et/ou Fiche de demande d'intervention:

Professionnels Libéraux, CH, HAD, Caisses de retraites, services sociaux, CG, SSIAD, SAD, Famille, Patient, Autres

Plateforme Associative Gérontologique VMRS

01 34 15 09 62

Analyse de la demande – Régulation – Orientation et Information

Critères de Sortie:

- stabilisation/atteinte des objectifs
- Décès
- EHPAD/USLD
- Retrait MT et/ou patient
- Déménagement

Non inclusion

Réseau Joséphine

1 Contact du médecin traitant :

- Recueil de l'accord de prise en charge
- Recueil d'informations

2 Visite à Domicile/ hôpital et/ou entretien téléphonique:

Recueil des critères incontournables d'inclusion Réseau :

- Accord PA et/ou référent familial
- SEGA >8
- Age > 75 ans
- Isolement
- Territoire

INCLUSION RESEAU

Elaboration PPS/ Mobilisation des ressources: PS, partenaires

Suivi à domicile et coordination

Visites, contrôle atteinte des objectifs, réévaluation

Retour MT et validation du PPS

Echanges, entretiens téléphoniques, visite conjointe

VALIDATION
Géronte
coordinateur
Staff
Hebdomadaire

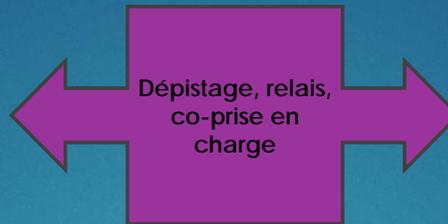
Processus d'
Inclusion Réseau

Mise en œuvre

Evolution du réseau Joséphine vers le pluri thématisme :



01-34-23-20-30



01-34-15-09-62

Réseau Oncologique d'Argenteuil

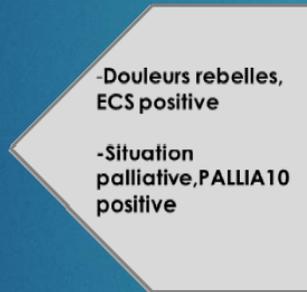
Critères Incontournables d'inclusion:

- Accord Patient et médecin traitant
- Territoire
- Pathologie néoplasique + (AEG, comorbidité(s) grave(s), précarité, isolement, altération psychologique)

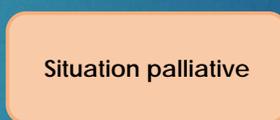
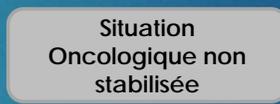
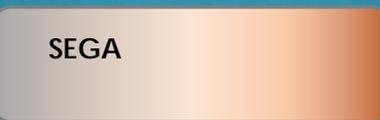
Missions:

La mission du ROA est d'aider à la gestion des situations complexes avec les objectifs suivants :

- Amélioration du parcours de soins des patients atteints d'un cancer ou en situation de soins palliatifs sur le territoire
- Participer avec l'hôpital au retour des patients en situation complexe.
- Faciliter le maintien à domicile (en renforçant les aides etc..).
- Anticiper les hospitalisations nécessaires pour un meilleur service rendu au patient
- Resserrement de la collaboration entre les réseaux cancérologie, soins palliatifs et gérontologie du bassin de vie.
- Amélioration de la collaboration entre les professionnels de santé du territoire.
- Soutien psychologique



Outils de Dépistage



Réseau Joséphine

Critères Incontournables d'inclusion:

- Age \geq 75 ans
- Accord patient et médecin traitant
- Territoire
- Fragilité et/ou complexité gérontologique

Missions:

- Mettre à disposition des professionnels de santé des compétences gérontologiques
- Orienter les patients vers les structures adaptées (filiales de soins)
- Favoriser le maintien au domicile et éviter les hospitalisations
- Evaluer et consolider le maintien à domicile
- Coordonner les intervenants du domicile
- Soutenir les aidants
- Accompagner les soins palliatifs de fin de vie à domicile

Association Gérontologique Vallée de Montmorency Rives de Seine

PROCÉDURE POUR UNE PRISE EN CHARGE ONCO-GÉRIATRIQUE PATIENTS HOSPITALISÉS

Hématologie Oncologie Pneumologie Chirurgie digestive radiothérapie Dermatologie Médecine gériatrique et polyvalente



G8 ≤ 14 et/ou:

- Isolement social/précarité
- Perte d'autonomie (hygiène, continence, habillage)
- Incapacité à donner à donner l'alerte

Hématologie
Dr Chaoui
3306 / 2998

Avis et évaluation gériatrique pré-RCP
3759 / 3130 / Hotline 2492

Cs d'Oncogériatrie
Dr Ghebriou
3642/1149

En hospitalisation

En ambulatoire

Equipe mobile de
gériatrie

HDJ
Gériatrie

Consultation
Gériatrie

Intégration de l'évaluation gériatrique
dans la décision thérapeutique en RCP

Inscription des patients dans un parcours
de soins gériatrique et oncologique



Appel Joséphine : 01-34-15-09-62

- Isolement
- Fragilité (SEGA>8)
- Aidant inefficace
- Age>75 ans

- Néoplasie non contrôlée
- Situation palliative/F in de vie



Appel ROA : 01-34-23-20-30

VILLE

MEDECIN

SOIGNANT

Outils de repérage et d'évaluation utilisés :

Repérage et évaluation de la Fragilité :

Grille VELAS
Grille SEGA-A

Personne référente : _____

Lien de parenté : _____

Tél : _____

Nom du médecin traitant : _____

Tél : _____



Information patient :

Nom : _____ No _____

m de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Dépistage des personnes âgées fragiles à domicile

(Patient de 75 ans et plus, hors prise en charge gériatologique, à distance de toute pathologie aigüe.)

	OUI	NON	NE SAIT PAS	PRISE EN CHARGE
LA PERSONNE VIT-ELLE SEUL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LA PERSONNE A-T-ELLE PERDU DU POIDS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LA PERSONNE SE SENT-ELLE PLUS FATIGUE DEPUIS CES 3 DERNIERS MOIS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LA PERSONNE A-T-ELLE PLUS DE DIFFICULTES POUR SE DEPLACER DEPUIS CES 3 DERNIERS MOIS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LA PERSONNE SE PLAINT-ELLE DE LA MEMOIRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LA PERSONNE A-T-ELLE UNE VITESSE DE MARCHÉ RALENTIE (PLUS DE 4 SECONDES POUR PARCOURIR 4 METRES) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⇒ Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

La personne vous paraît-elle fragile : OUI NON

Si OUI, la personne accepte-t-elle la proposition d'une évaluation de la fragilité par le réseau Joséphine : OUI NON

Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Outils de dépistage et d'évaluation utilisés:

Situation Palliative :

Echelle PALLIA 10

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux appréhender le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soins le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Développé par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Outils de dépistage et d'évaluation utilisés:

Evaluation de l'entourage et aidants à domicile :

Grille Mini-ZARIT

GRILLE MINI – ZARIT														
Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées														
Patient (Nom - Prénom):														
N° SS :														
Aidant évalué (nom et situation vis-à-vis du patient):														
Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent											0	½	1	
1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :														
• des difficultés dans votre vie familiale ?											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?														
3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?														
4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?														
5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?														
Date :			Age du patient :				Age de l'Aidant évalué :							
SCORE : + + + + + =											/ 7			
Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :														
Date :			Age du patient :				Age de l'Aidant évalué :							
SCORE : + + + + + =											/ 7			
Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :														
Date :			Age du patient :				Age de l'Aidant évalué :							
SCORE : + + + + + =											/ 7			
Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :														
Interprétation :														
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7
Fardeau absent ou léger			Fardeau léger à modéré			Fardeau modéré à sévère			Fardeau sévère					