



réseau gérard cuny

*Coordonner la prise en charge des
personnes âgées*

Dr Éliane ABRAHAM- Médecin coordonnateur

La coordination en gérontologie,

- une longue histoire
- Années 60 Le rapport LAROQUE
Mettre à disposition des personnes âgées un ensemble concerté de moyens et de services adaptés à leurs besoins.
- Années 70 Circulaires des VI et VII plans
Maintien à domicile et participation sociale des personnes âgées.
- Années 80 Circulaire du 7 avril 1982
Décentralisation et plans gérontologiques départementaux.
Instance locale gérontologique de coordination
Création de 500 emplois de coordonnateurs

Docteur Marie-Yvonne GEORGE, présidente du réseau G. CUNY

Fin des années 1980 et années 1990

- Développement des réseaux gérontologiques
- La question de la coordination revient, liée à la mise en place de la prestation dépendance
- Les réseaux de soins gradués et coordonnés :
article L712.3-2 du Code la Santé Publique

Années 2000

- Réseaux gérontologiques expérimentaux promus par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole.
- Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soin gériatrique :
 - Les consultations et les pôles d'évaluation gérontologique
 - L'organisation graduée des soins et la place de l'hôpital local comme premier maillon des soins hospitaliers de proximité.
 - Le travail en réseau et l'articulation avec les CLIC

Docteur Marie-Yvonne GEORGE, présidente du réseau G. CUNY



réseau gérard cuny : **Convention constitutive (1)**

Dans la convention constitutive du réseau, il est écrit que « le champ d'activité recouvre une **évaluation globale des besoins médico-sociaux** de personnes âgées débouchant sur la **prévention, les soins et un soutien pluridisciplinaire** dans la vie quotidienne. Il vise également **l'accompagnement et le soutien des aidants naturels et professionnels.** »



réseau gérard cuny : **Convention constitutive (2)**

- « Le réseau vise à **améliorer l'accès à des soins et des aides de qualité et de proximité**, en préservant chaque fois que possible le désir de la personne de rester à son domicile. »
- « Il favorise la **coordination et la continuité de la prise en charge médico-sociale et sanitaire.** »



réseau gérard cuny : **Les « mots-clés »**

- **Prévention et évaluation gériatrique**
- **Relais, lien interprofessionnel**
- **Accompagnement et soutien des aidants naturels et professionnels.**
- **Accès aux soins et aux aides de qualité et de proximité**
- **Coordination, adaptation et continuité de la prise en charge médico-sociale et sanitaire.**
- **Partage d'informations**



Deux exemples concrets de prise en charge, en déclinant ces « mots clés » ...



- Évaluation globale
- Accès aux soins et aux aides
- Coordination, adaptation et continuité de la prise en charge médico-sociale

« Monsieur B. 72 ans »

La responsable pour les personnes âgées de la ville alerte l'équipe du RGC :

- Contexte : État sanitaire et social précaires d'une personne isolée, sans famille.
- Demande : *Évaluation gériatrique*, orientation et coordination d'une prise en charge acceptée et adaptée



Évaluation globale : « Évaluation gériatrique standardisée »

-Elle est effectuée **au domicile** par une infirmière ou un médecin, spécialement formés en gériatrie ;

-Elle utilise des **tests validés**, qui permettent des observations objectives, interprétables et reproductibles ;

-On évalue, avec l'accord de la personne et de façon progressive, différents paramètres :

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| - Fonctions cognitives globales | - État nutritionnel |
| - Risque de chute, équilibre | - Douleur |
| - Moral | - Autonomie |
| - Déficit sensoriel | - Paramètres de vulnérabilité |



Évaluation globale : « Évaluation gériatrique standardisée »

-Elle vise à dresser un bilan des modifications médicales et psychosociales des personnes âgées , ainsi que de leurs incapacités fonctionnelles.

-Des méta analyses ont montré que ce programme :

- Diminue les hospitalisations
- Améliore les fonctions mentales et physiques
- Augmentent la survie



- Accès aux soins, aux aides

- Coordination, adaptation,
continuité de la prise en charge
médico-sociale

« Monsieur B. 72 ans »

Après un travail qui a nécessité 27 interventions,
depuis le 24/10/05, de la part de l'équipe du RGC :

Résultat : Maintien au domicile avec amélioration
de la qualité de vie : nettoyage du logement, mise en place de
l'intervention d'auxiliaires de vie sociale, visites régulières du médecin
traitant, suivi thérapeutique et de l'alimentation, contact régulier avec
la personne ressource ... *Suivi régulier en cours*



- Accompagnement, soutien des
aidants

- Prévention

« Madame M. 86 ans »

Le médecin traitant de Madame M. est inquiet
car le maintien à domicile de sa patiente est
compromis :

- Contexte : Chutes à répétition d'une personne
mal voyante, veuve, très entourée par sa
famille et vivant seule en appartement.
- Demande : « Je veux rester chez moi sans
dépendre de mes enfants »



- Évaluation globale
- Partage d'informations
- Lien interprofessionnel

-L'évaluation est complétée par une *réunion de concertation*, qui rassemble toutes les personnes concernées (durée 1 heure environ) ;

-On élabore ensemble, au domicile, le *projet de vie*, qu'on adapte au mieux *au projet de soins*.

-Au final : Madame M. a bénéficié de la venue d'une structure spécialisée pour une rééducation adaptée, une adaptation du domicile, une mise en place d'aides ménagères, un soutien familial ... (pour le Réseau : 22 interventions, depuis avril 2006). *Elle vit, à ce jour, toujours chez elle ... (Suivi régulier en cours)*



Mme F. 84 ans

- Information par : Médecin CCAS-pôle gériatrique ville de Nancy
- Contexte : troubles du comportement
- Demande : Aider à définir un projet de vie et écrire le projet de soins de Mme.



Mme F. 84 ans

- Coordination entre : Mme F. et sa famille / MT / PAIS-CLIC / CPN / CCAS/ IDE
- Entretiens, réunions, visites : 44, depuis le 13/12/05
- Résultat : Maintien au domicile avec plan d'aide, suivi par IDE-psy + géronto-psychiatre, réassurance de la famille



Madame C. 84 ans

- Information par : Infirmière libérale
- Contexte : Baisse de l'état cognitif : oublie ses RV, ses médicaments ...
- Demande : Évaluation gérontologique, aide au maintien à domicile



Madame C., 84 ans

- Travail coordonné avec AS de secteur et : les MT, les IDE, les services de soins à domicile, la famille, le tribunal, les services hospitaliers, le PAIS/CLIC
- Entretiens, réunions, visites : 69, depuis le 15/11/05
- Résultat : Maintien au domicile, dans des conditions instables : mise sous protection des biens, portage des repas, IDE pour médicaments, mise en place d'un suivi par un médecin traitant régulier, soutien de la famille, relais de la structure d'aides à domicile, suivi rapproché régulier ...



Madame Ha., 78 ans

- Information par : Médecin traitant
- Contexte : Sortie d'hospitalisation
- Démarches : Bilan gériatrique pour le couple et mise en place d'aides rapidement
- But : Maintien au domicile du couple



Madame Ha., 78 ans

- Coordination entre : M. et Mme H./ MT PAIS-CLIC / HADAN
- Entretiens, réunions, visites : 12, depuis le 18/11/05 pour Mme, et 3 pour M.
- Résultat : Maintien du couple au domicile, aides et suivi



réseau gérard cuny
*Coordonner la prise en charge des
personnes âgées*

Dr Éliane ABRAHAM- Médecin coordonnateur



réseau gérard cuny

- Statut : Association loi 1901, à but non lucratif
- Indépendance de fonctionnement, en partenariat avec toutes les structures existantes
- Accueil de 8h à 17h30, 5 jours sur 7



réseau gérard cuny

Assemblée Générale

Membres actifs (voix délibérative) : 6 collèges

- Établissements de santé : CHU, CPN, MHSC, OHS, cliniques ...
- Professionnels libéraux : Médecins, IDE, Kiné, pharmaciens, dentistes
- Associations aide à domicile et SSIAD
- Établissements d'hébergement : foyers, EHPAD
- Usagers : Associations de bénévoles / caritatives
- Collectivités territoriales : CUGN, CG

Membres honoraires, de droit, invités et CDO-54 (voix consultative)



réseau gérard cuny

Art-sur-Meurthe	Maxéville
Dommartemont	Malzéville
Essey-lès Nancy	Nancy
Fléville-devant-Nancy	Pulnoy
Heillecourt	Saulxures-lès-Nancy
Houdemont	Seichamps
Jarville-la-Malgrange	Saint-Max
Laneuville-Devant-Nancy	Tomblaine
Laxou	Vandœuvre-lès-Nancy
Ludres	Villers-lès-Nancy



réseau gérard cuny : rôles

- Au service de la personne âgée :
BUT: coordonner sa prise en charge globale et cohérente, en utilisant de façon adaptée l'existant
- Activités de formation, d'information, de recherche, de prévention :
Commissions formation, éthique, recherche, création d'un annuaire médico-social, travail avec les partenaires, participation à des manifestations, enseignement ...



Critères d'inclusion

- Etre âgé de plus de 60 ans
- Habiter Nancy ou son agglomération
- Présenter une difficulté pour une activité de la vie quotidienne (Téléphone, transports en commun, médicaments, budget)
- Ou avoir au moins 3 critères de fragilité (ci-après)
- Vivre au domicile



Critères de fragilité (1)

- **Contexte social et sanitaire**
 - Support social inadéquat (isolement, pauvreté, logement inadapté)
 - Sédentarité, confinement, instabilité à la marche
 - Hygiène insuffisante (incontinence, négligence du corps/de l'environnement)
 - Déficience sensorielle mal compensée



Critères de fragilité (2)

- **Contexte médical**

- Comportement inadapté (démotivation, déclin des fonctions cognitives, épisode confusionnel, dépressif...)
- Baisse des réserves nutritionnelles
- Poly-pathologie, poly-médication
- Hospitalisations itératives non programmées
- Chute(s) avec incapacité à se relever seul



La fragilité

- Il ne s'agit donc pas d'une « maladie » mais du résultat d'une réduction globale de la capacité d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement.
- C'est une situation dynamique, un état instable, qui peut basculer vers une rupture d'équilibre à cause d'un facteur déclenchant minime



Prévention des complications liées à la fragilité

- Lutte contre la mise au repos et la réduction de mobilité abusive : protocoles de rééducation précoce après infarctus, fracture, ...
- Prise en charge rapide d'une maladie aiguë, même à un âge avancé !
- Lutte contre la poly médication
- Rééducation spécifique
- Dépistage de la malnutrition et prise en charge précoce
- Pratique régulière de l'exercice physique



Évaluation gériatrique (Initiation)

- Accueil, écoute (mail, tél, fax, ...)
- Évaluation médicale et sociale : Tests validés : MMS, MNA, IADL, Up an go, appui uni-podal, douleur, GDS ... : « *idée globale* »
- Examen avec la personne et son entourage des solutions existant en matière d'aides et/ou d'hébergements : orientations, propositions, coordination, concertation ...
- Accompagnement et suivi des décisions prises, réévaluation et adaptations selon l'évolution



En conclusion : « mots-clés »

- **Prévention et évaluation gériatrique**
- **Relais, lien « interprofessionnel »**
- **Accompagnement et soutien des aidants** naturels et professionnels.
- **Accès au soin et aux aides** de qualité et de proximité
- **Coordination, adaptation et continuité** de la prise en charge médico-sociale et sanitaire.
- **Partage** d'informations