

Orientations sanitaire et médicosociale pour les patients âgés

Dr Rebecca Haddad, MCU-PH
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Paris

Avec l'aide du Dr Pauline Ali CHU Angers

rebecca.haddad@aphp.fr



Cas clinique n°1

- Madame L., 82 ans, est hospitalisée en MPR suite à une chute compliquée d'une fracture du plateau tibial droit traitée par ostéosynthèse. Elle est restée alitée en chirurgie orthopédique et a développé une escarre talonnière.
- Elle est veuve, vit seule dans un appartement au 3ème étage avec ascenseur.
- Avant son hospitalisation, elle était autonome pour ses activités basiques de la vie quotidienne, se déplaçait avec une canne en extérieur et gérait seule ses courses, repas, factures et médicaments. Elle prenait le tram pour se déplacer.
- Elle bénéficiait d'une aide-ménagère 2h par semaine pour le ménage.



Cas clinique n°1

- Ses antécédents incluent une poly-arthrose, une hypertension artérielle traitée par inhibiteur calcique, une ACFA traitée, une incontinence urinaire sur urgenterie minime pour laquelle elle utilise une protection par précaution.
- À sa sortie, elle peut marcher avec un déambulateur mais reste fatigable et présente des douleurs résiduelles. Elle a besoin d'une aide partielle pour la toilette et l'habillage des membres inférieurs. Elle nécessite des soins d'escarre qui est stade II.
- Son fils unique habite à 50 km et ne peut être présent quotidiennement.



Cas clinique n°1

- Côtiez son indépendance avant sa fracture sur les activités basiques de la vie quotidienne à l'aide de l'échelle de Katz
- Rappel des items : Toilette, habillage, WC, Transferts, Alimentation, Continence

Activités de base de la vie quotidienne (*ADL de Katz*)

- **Toilette** (lavabo, bain ou douche)

0 aucune aide

1 aide pour une partie du corps (dos ou jambes)

2 aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible



- **Habillage** (prend ses vêtements, utilise boutons, fermeture éclair...)

0 aucune aide

1 aide uniquement pour lacer ses chaussures

2 aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller



- **Aller aux WC** (uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)

0 aucune aide (aide possible pour se rendre aux WC : canne (...), utilise lui-même le bassin)

1 besoin d'aide

2 ne va pas aux W,C, ou n'utilise pas le bassin



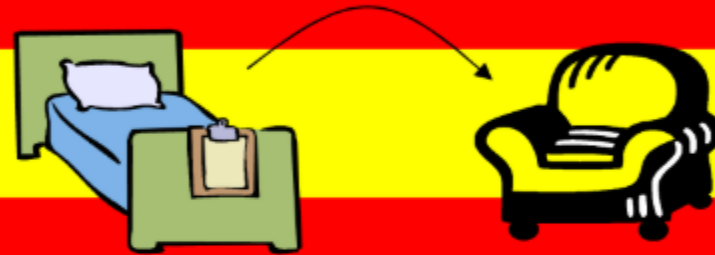
Activités de base de la vie quotidienne (*ADL de Katz*)

- **Transfert**

0 aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme canne ou déambulateur)

1 besoin d'aide

2 ne quitte pas le lit



- **Alimentation**

0 aucune aide

1 aide pour couper la viande ou beurrer le pain

2 aide complète ou alimentation artificielle



- **Continence** * Incontinence est plutôt une déficience qu'une incapacité

0 contrôle complet des urines et des selles

1 accidents occasionnels

2 incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente

Cas clinique n°1

- Côtiez son indépendance avant sa fracture sur les activités instrumentales de la vie quotidienne à l'aide de l'échelle de Lawton (/4)
- Rappel des items : transports, téléphone, médicaments, budget

Activités instrumentales de la vie quotidienne

(échelle des IADL de Lawton)

- **Capacité à utiliser le téléphone**



- 1 Je me sers du téléphone de propre initiative, cherche, compose
- 2 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- 3 Je réponds au téléphone mais n'appelle pas
- 4 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

- **Faire les courses**



- 1 Je fais toutes mes courses de façon indépendante
- 2 Je fais seulement les petits achats tout(e) seul(e)
- 3 J'ai besoin d'être accompagné(e), quelle que soit la course
- 4 Je suis totalement incapable de faire les courses

- **Moyen de transport**



- 1 Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante
- 2 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- 3 Je peux prendre les transports en commun si accompagné(e)
- 4 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- 5 Je ne me déplace pas du tout

Activités instrumentales de la vie quotidienne

(échelle des IADL de Lawton)

- **Responsabilité pour la prise des médicaments**

- 1 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- 2 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- 3 Je suis incapable de les prendre de moi-même



- **Capacité à gérer son budget**

- 1 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)
- 2 Je me débrouille pour dépenses au jour le jour, mais besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier grosses dépenses)
- 3 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour



IADL (activités "féminines")

- **Préparation des repas**

- 1 Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante
- 2 Je les prépare si on me fournit les ingrédients
- 3 Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés
- 4 J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas



- **Entretien de la maison**

- 1 J'entretiens maison seul(e) ou avec aide occasionnelle (gros travaux)
- 2 Ne fais que petits travaux d'entretien quotidiens : vaisselle, lit, ptt brico
- 3 Fais petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté
- 4 J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison
- 5 Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison



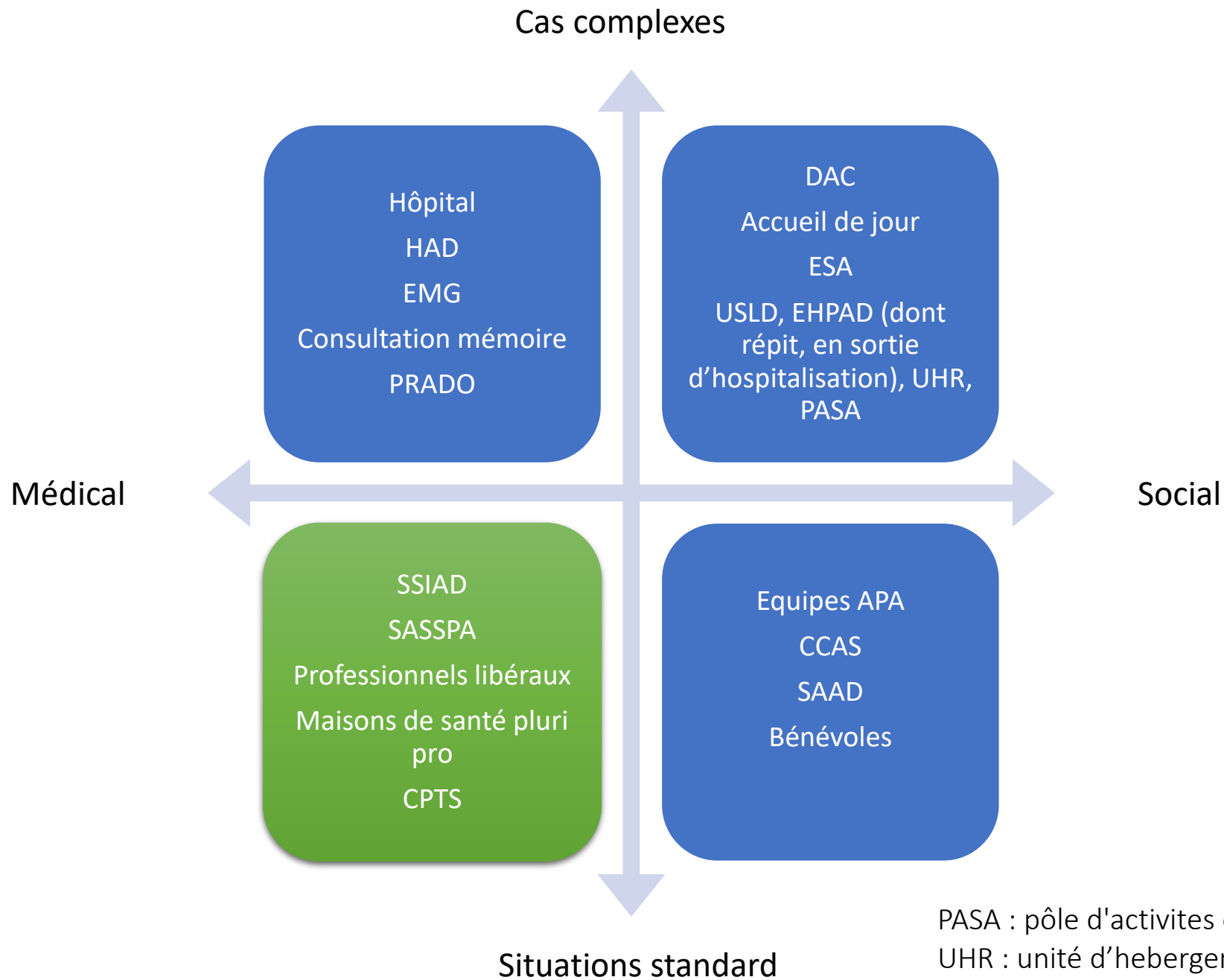
- **Lessive**

- 1 Fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing
- 2 Je lave les petites affaires
- 3 Toute la lessive doit être faite par d'autres



Cas clinique n°1

- Quels dispositifs peuvent être mobilisés pour favoriser son retour à domicile ?
 1. A. SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile)
 2. B. SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile)
 3. C. APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
 4. D. PCH (Prestation de compensation du handicap)
 5. E. PRADO



PASA : pôle d'activités et de soins adaptés
UHR : unité d'hébergement renforcé

Services d'aide et de soin à domicile

Les services ayant une mission de soins

	Missions	Composition de l'équipe	Publics accompagnés
SSIAD²² (service de soins infirmiers à domicile)	Dispensation de soins infirmiers suite à une prescription médicale	Infirmier coordinateur Infirmier Aide-soignant	Personnes atteintes d'ALD (affection longue durée), Personnes en situation de handicap et Personnes âgées en perte d'autonomie
SPASAD²³ (service polyvalent d'aide et de soins à domicile)	Dispensation de soins infirmiers suite à une prescription médicale Organisation d'actes de la vie courante en privilégiant la participation de la personne quand cela reste possible	Infirmier coordinateur Infirmier Aide-soignant Aide à domicile	Personnes atteintes d'ALD (affection longue durée), Personnes en situation de handicap et Personnes âgées en perte d'autonomie et Personnes ayant un besoin d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne ponctuellement ou durablement
SAMSAH²⁴ (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	Coordination des soins et d'accompagnement médical et paramédical	Médecin, infirmier, aide-soignant/AES et auxiliaire médicaux.	Personnes en situation de handicap
SAAD²⁵ (service d'aide et accompagnement à domicile)	Organisation d'actes de la vie courante en privilégiant la participation de la personne quand cela reste possible	Responsable de secteur Aides à domicile	Personnes atteintes d'ALD (affection longue durée), Personnes en situation de handicap et Personnes âgées en perte d'autonomie et Personnes ayant un besoin d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne ponctuellement ou durablement

HAS 2020:

Hospitalisation à domicile

- ADOP-HAD: Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD à destination des médecins prescripteurs

<https://adophad.has-sante.fr/>

 ADOP-HAD Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD

Accueil

Accès à l'outil

Informations ▾

Accueil / Outil

❗ PRÉ-REQUIS

Une hospitalisation à domicile (HAD) est impossible si :

- L'état clinique de votre patient nécessite l'accès direct et immédiat à :
 - un plateau technique au sein d'un établissement de santé
 - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs)
- Votre patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) ET n'est pas en capacité cognitive ou physique de pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.

Poursuivre

❗ PRÉ-REQUIS

Une hospitalisation à domicile (HAD) est impossible si :

- L'état clinique de votre patient nécessite l'**accès direct et immédiat** à :
 - un plateau technique au sein d'un établissement de santé
 - une surveillance continue médicale et paramédicale 24h/24 au chevet du patient (soins intensifs)
- Votre patient est en situation d'isolement (absence d'aidant) **ET** n'est pas en capacité cognitive ou physique de pouvoir alerter l'équipe de l'HAD si nécessaire.

✅ L'état de santé du patient nécessite-il l'administration de médicaments de la réserve hospitalière ?

Par exemple : chimiothérapie injectable, médicaments en soins palliatifs et antalgiques spécifiques, etc.

Oui

Non

✅ Le patient nécessite-t-il des soins de nature hospitalière ?

Par exemple : pansements par TPN, drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.

Oui

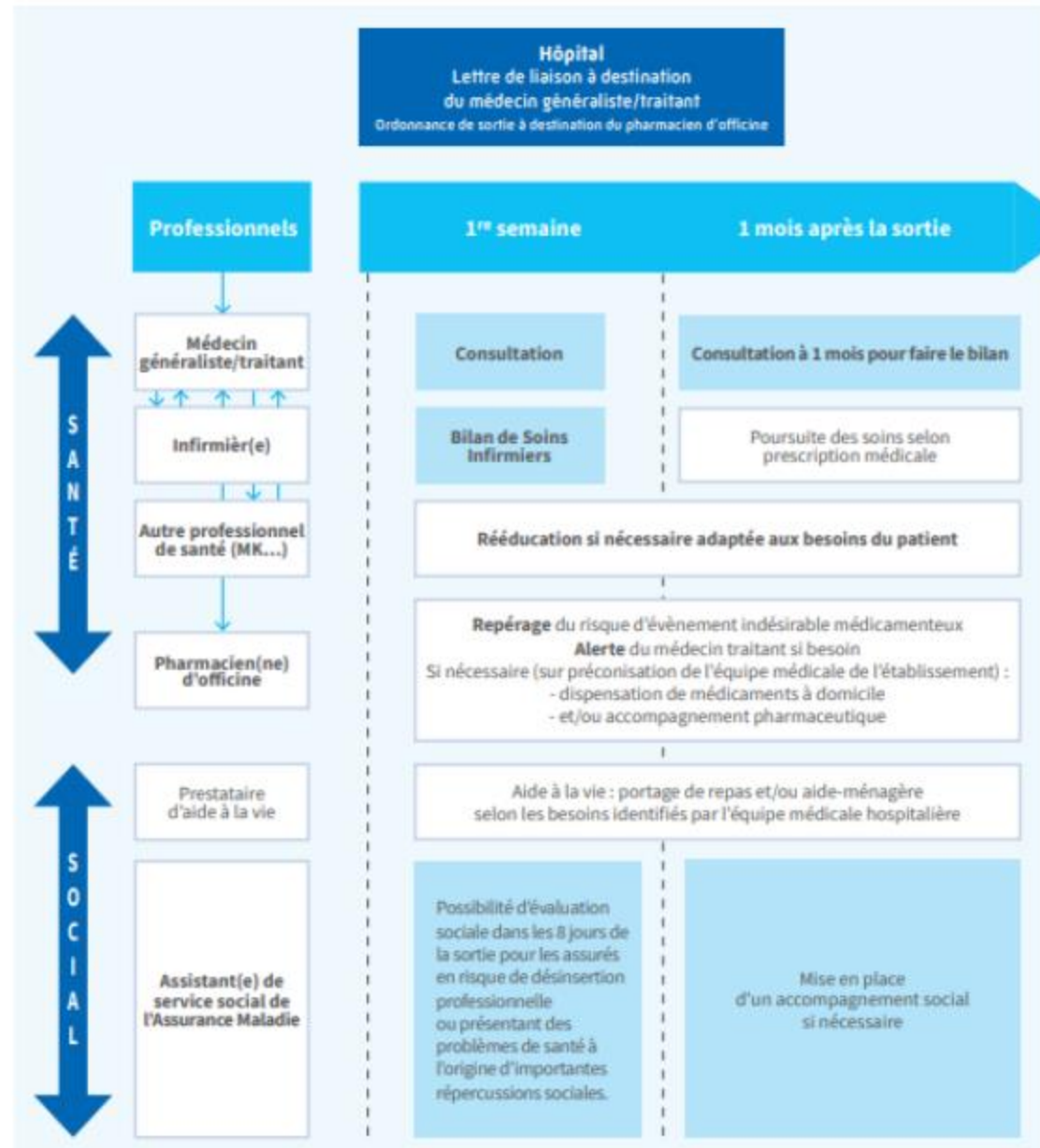
Non

✅ Le patient relève-t-il d'un parcours de soins encadré par un protocole défini avec une HAD permettant un retour plus rapide à domicile ou d'éviter une hospitalisation conventionnelle ?

Par exemple : protocoles définis avec l'HAD dans le cadre d'une décompensation d'une pathologie chronique (cardiaque, pulmonaire ou autre), en post-chirurgie lourde, en post-greffe, en périnatalogie (recommandations nationales existantes : HAD dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, du post-partum pathologique ou de la prématurité).

Programme de Retour A Domicile (PRADO) > 75 ans

- Quel que soit le motif de leur séjour
- Durée 1 mois à compter du retour à domicile





Cas clinique n°2

- Monsieur T., 75 ans, initialement autonome, a présenté un AVC ischémique sylvien droit d'origine cardio-embolique, responsable d'une hémiparésie gauche et troubles cognitifs (NSU, syndrome dysexécutif). Il est veuf, son fils est en MAS pour un handicap d'origine psychique. Il habite au 6ème étage sans ascenseur.
- Il a été hospitalisé en UNV, puis en MPR pour rééducation en kiné, ergo et ortho.



Cas clinique n°2

- A 3 mois, la récupération est incomplète car il nécessite une aide :
 - Pour les transferts : faits au guidon de transfert
 - Pour la toilette et l'habillage : peut se brosser les dents et participer à son hygiène intime sur incitation mais nécessite une aide humaine
 - Pour l'alimentation : mange seul un plateau préparé
 - Pour l'élimination : étui pénien pour une incontinence urinaire, mis sur les WC pour les selles
 - Pour les déplacements : marche possible uniquement en kinésithérapie entre les barres parallèles, propulse son FRM à double main courante
- Son logement est inadapté avec découverte à la VAD d'un probable syndrome de Diogène.

Cas clinique n°2

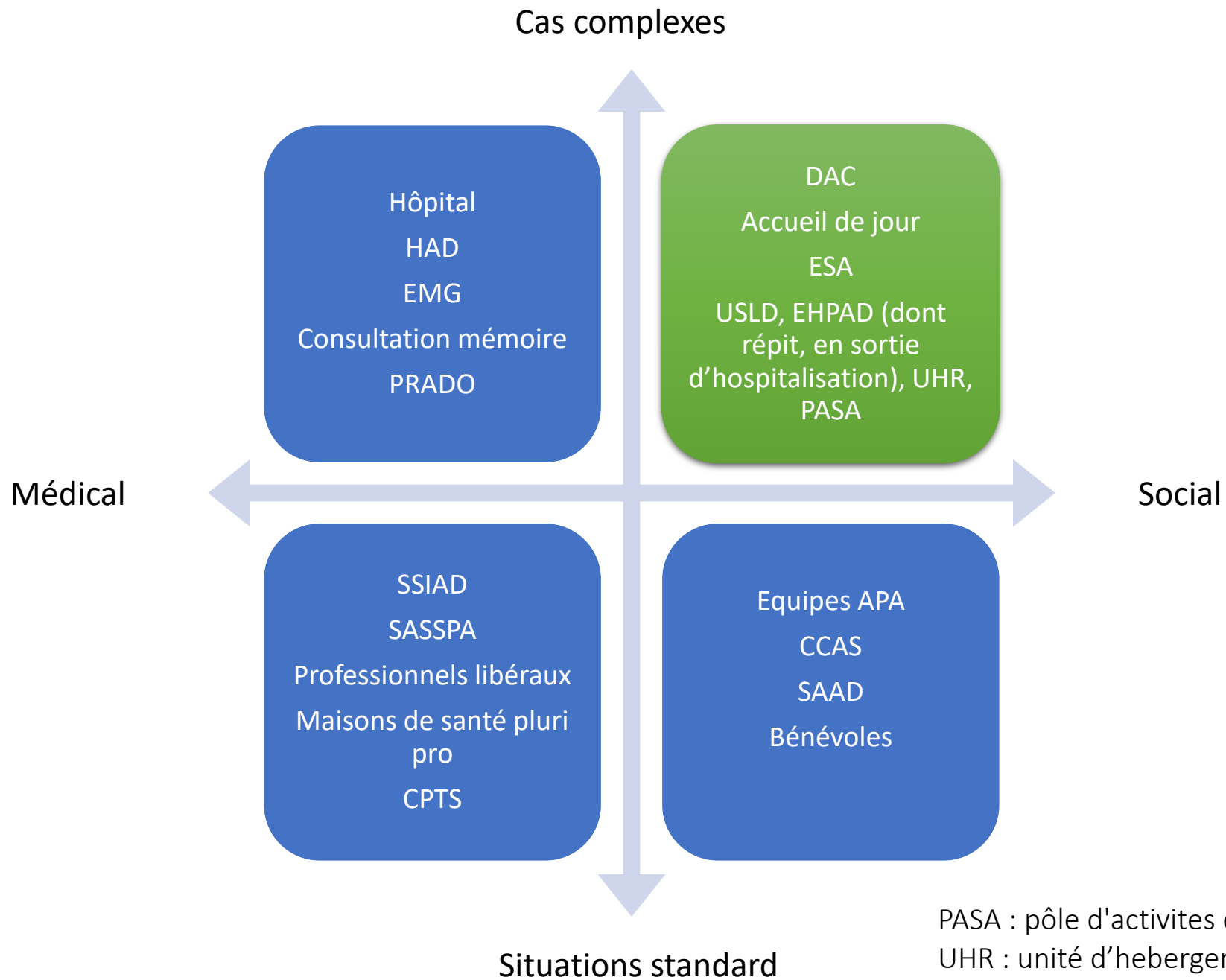
- Selon la grille AGGIR, comment cotez vous son autonomie pour la toilette ?

	Pas de problème	Ne fait pas				Ne fait pas
		S	T	C	H	
1. Transferts						
2. Déplacements intérieurs						
3. Toilette haut						
bas						

Cas clinique n°2

Quelle structure serait la plus adaptée pour le retour au domicile ?

1. A. USLD (Unité de Soins de Longue Durée)
2. B. EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
3. C. EHPAD avec UHR (Unité d'Hébergement Renforcé)
4. D. PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés)



Hébergement dépendance sévère

EHPAD « médicalisé »

GIR 1 à 4

USLD « très médicalisé »

Mission: accueillir et prendre soin jusqu'à la fin de leur vie des personnes qui ont besoin de l'intervention de tiers pour la plupart des gestes de la vie quotidienne, et qui souffrent de polypathologies



EHPAD Les Capucins Angers

Hébergements non médicalisés

EHPA = GIR 5 et 6



Maison d'accueil rural pour
personne âgée (MARPA)



Résidences autonomes
(collectifs)



Résidences services
(privatifs)



Cas clinique n°3

- Madame B., 74 ans, atteinte de maladie de Parkinson évoluée avec fluctuations motrices et troubles de la posture, est suivie en MPR pour son handicap moteur et périnéal.
- Elle présente une incontinence urinaire, une constipation avec incontinence fécale, des épisodes de freezing et des chutes à

Cas clinique n°3

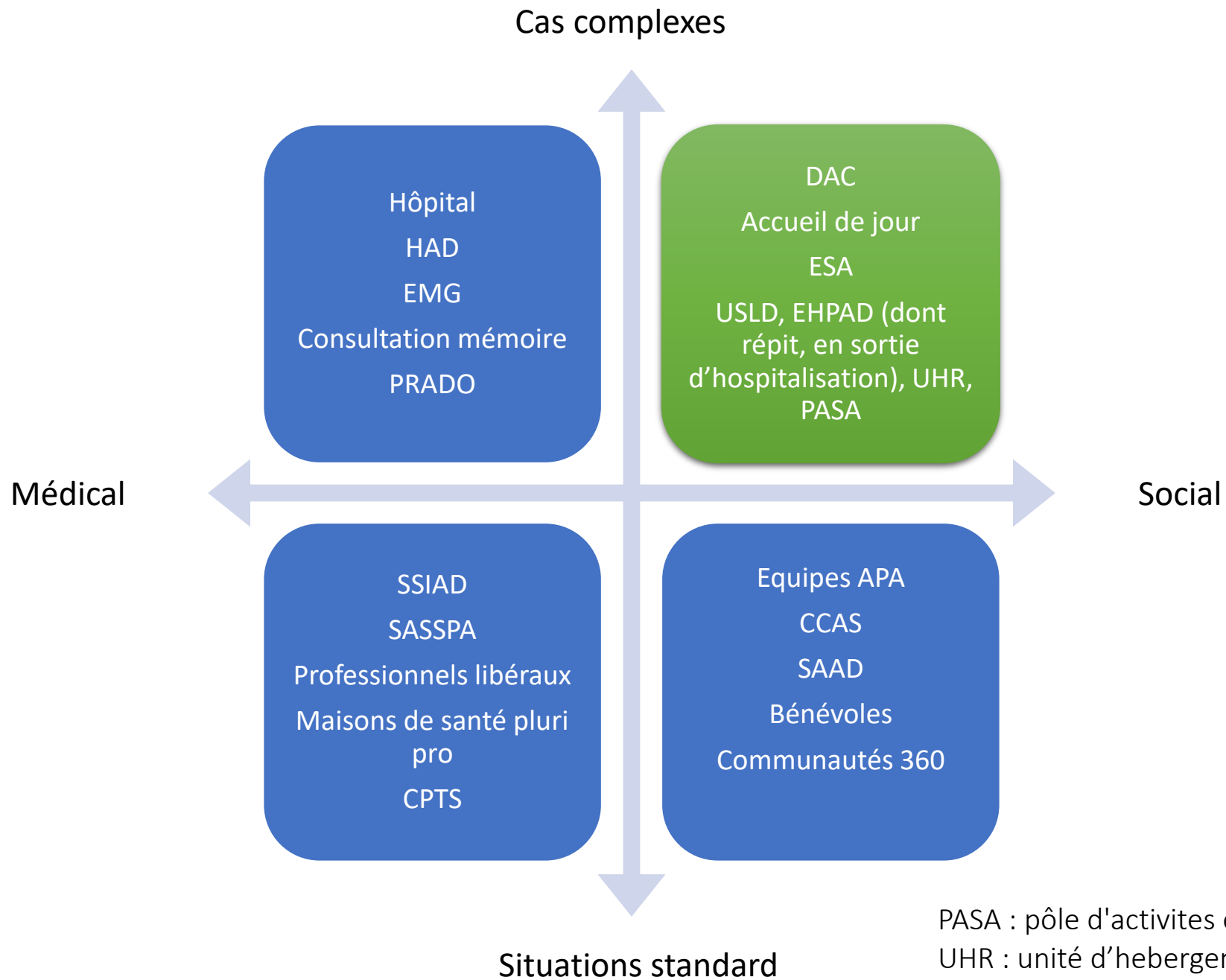
- Elle vit seule dans une maison avec des escaliers et commence à avoir des difficultés à organiser ses soins et ses aides à domicile.
- Sa fille, qui habite à 200 km, sollicite une aide pour mieux structurer son parcours de soins.



Cas clinique n°3

1. Quel dispositif serait le plus adapté pour une coordination globale ?

1. A. DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)
2. B. HAD (Hospitalisation à Domicile)
3. C. MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des Services)
4. D. CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)

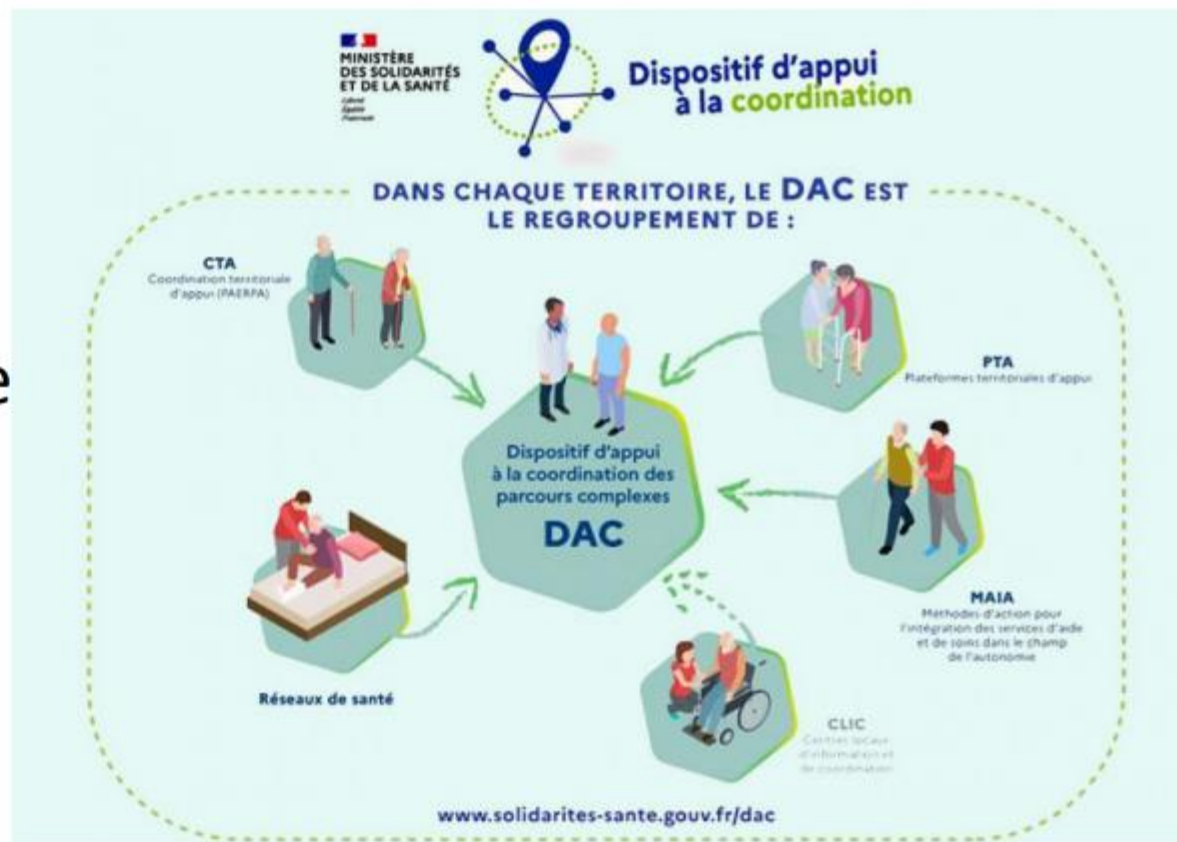


Situation Complexe: DAC

Dispositifs de coordination:

Objectifs globaux:

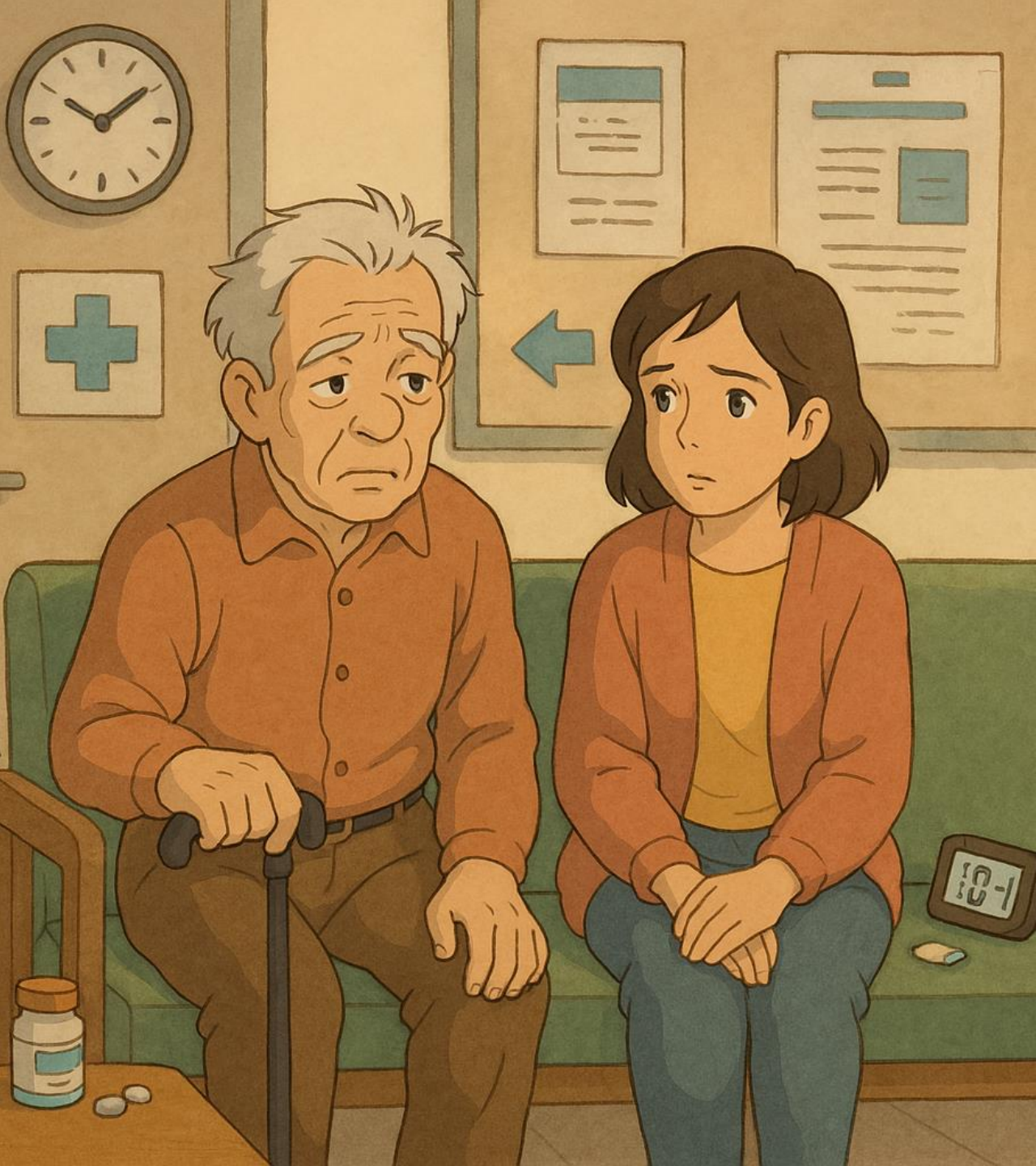
1. Renforcer le maintien à domicile
2. Améliorer la coordination des inte
3. Sécuriser la sortie d'hôpital
4. Éviter les hospitalisations inutiles
5. Mieux utiliser les médicaments



DAC



- « Dispositif d'Appui à la Coordination » de parcours complexes
- Pour tout âge et toute pathologie
- Objectifs:
 - Informer/orienter :
 - Evaluation gériatrique standardisée au domicile par IDE
 - Rencontre aidants, évaluation écologique, patients en refus d'hospitalisation
 - Animation territoriale/ rechercher des solutions aux ruptures de parcours



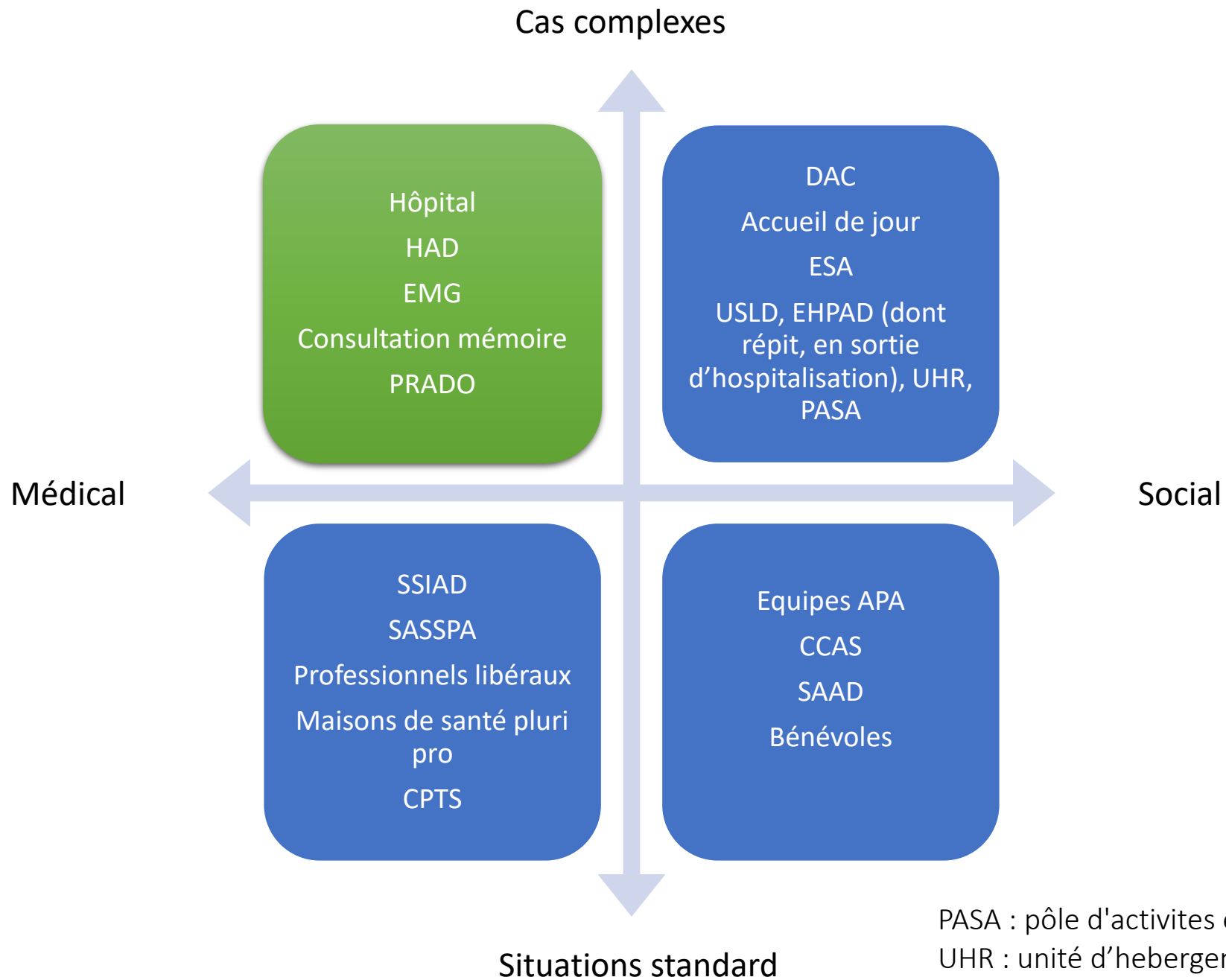
Cas clinique n°4

- Vous suivez Monsieur J., 74 ans, pour une hémiparésie spastique toxinée tous les 3 mois, ancienne, post-AVC.
- Il vient ce jour à 9 mois de la dernière injection (il a oublié ses rdv).
- Alors qu'il venait seul à ses injections jusqu'à présent, il vient accompagné d'une de ses filles qui rapporte une dégradation de l'indépendance et cognitive.
- Son entourage rapporte depuis plusieurs mois, des oublis fréquents, une désorientation temporelle et des difficultés à gérer ses traitements.
- Son bilan cognitif de débrouillage retrouve un syndrome amnésique temporel interne qui n'était pas présent auparavant.

Cas clinique n°4

Quelle orientation serait pertinente pour l'évaluation et la prise en charge de ce patient ?

1. A. Consultation mémoire
2. B. HDJ gériatrique
3. C. Consultation MPR
4. D. SSR spécialisé neuro-gériatrique



Filière hospitalière gériatrique:

- Hospitalisation complète: en court séjour (MCO)
- Equipe mobile gériatrique
- Hôpital de Jour :
 - « Mémoire »: orienté sur la pec des déclinis cognitifs atypiques
 - « Chute »
- Consultation :
 - « Mémoire » en co-responsabilité avec les neurologues (CMMR)
 - « Chute »
 - « Polyvalente »

Exemple d'évaluation en HJ « Mémoire »

- Évaluation IDE (marche, biologie)
- Evaluation médicale + imagerie
- Evaluation neuropsychologique
- Evaluation sociale
- +/- Evaluation kiné, ergo, APA, pharmacien
- Synthèse pluridisciplinaire
- Restitution au patient en présence aidant avec PPS



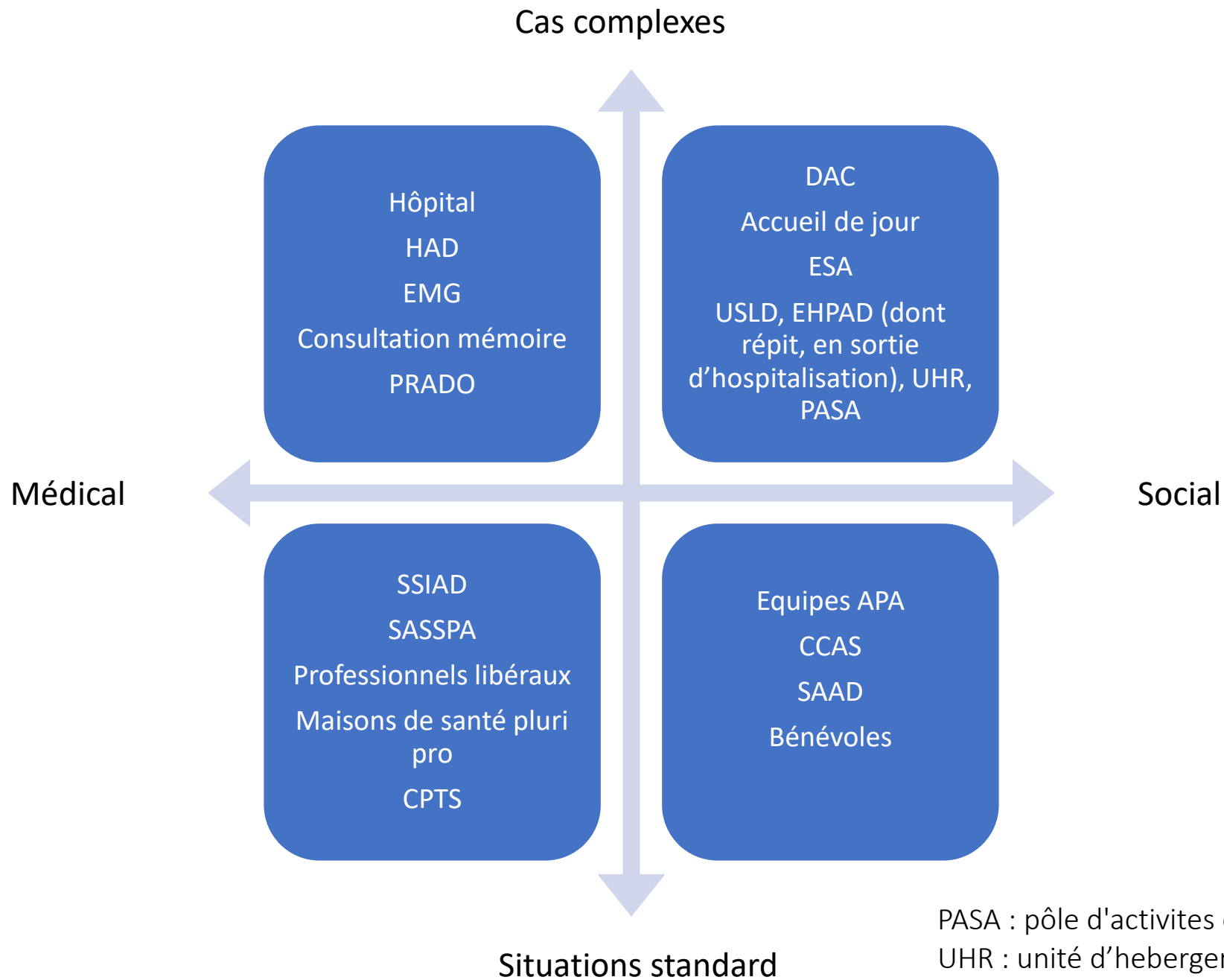
Dr Pauline ALI COFEMER



Équipes mobiles

- **EMG** (équipe mobile gériatrique): avis MCO, UHCD > 75ans
- **EMPCC** (équipe mobile psycho cognitivo-comportementale)
 - Évaluation/expertise des > 65ans
- **EMFE** (équipe mobile « fragilité »-EHPAD)
 - Pec situations complexes en institution
 - Demandes provenant: médecin coordinateur ou MT

Composé d'un médecin + IDE gériatrique (+/-A sociale, neuropsychologue)



PASA : pôle d'activités et de soins adaptés
UHR : unité d'hébergement renforcé