

Fiche de synthèse d'initiatives concernant « Le repérage et dépistage des fragilités des personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes... »

(format à titre indicatif mais document à limiter à un recto-verso)

1. Présentation générique de l'action

- Nom de l'action : Evaluation et Rééducation des patients « fragiles »
- Nom du porteur de l'action : Dr Aurélia MARFISI-DUBOST, chef de service de l'Ambulatoire
- Contact (nom, tél, mail) : Dr Aurélia MARFISI-DUBOST, 04/72/08/15/21, a.marfisi-dubost@ch-montdor.fr
- Partenaires : Pauline MAUREL, neuropsychologue
- Date de création : octobre 2017
- Lieux concernés (domicile, établissement) : Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or
- Territoire(s) concerné(s) : Métropole de Lyon

2. Description de l'action

- Objectifs : Proposer un repérage précoce de la perte d'autonomie et du syndrome de fragilité et permettre une prise en charge adaptée
La fragilité a été définie par la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) en 2011 comme : « un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. »
La prise en charge en HDJ-SSR permet la réversibilité de ce syndrome clinique.
- Description du parcours : du dépistage à la conduite à tenir (bilan, préconisations, actions menées) :
Les patients peuvent entrer dans l'évaluation fragile par différents intervenants, les médecins traitants de leur propre initiative ou alertés par des professionnels du domicile, ou d'autres services de soins d'autres hôpitaux. Le patient a une consultation avec le médecin gériatre pour une évaluation gériatrique standardisée et en fonction de cette évaluation, le patient est orienté en bilan fragilité pour une évaluation approfondie ou réorienté pour une prise en charge adaptée si présence de troubles cognitifs majeurs.

L'Hôpital de Jour propose un **bilan complet** pluridisciplinaire avec notamment :

- L'évaluation infirmière, en complément de l'évaluation médicale qui comprend les mesures physiologiques, sensorielles, et un entretien avec les aidants principaux
- Le neuropsychologue réalise un bilan complet avec expertise des fonctions mnésiques, exécutives/attentionnelles et instrumentales dans le but d'exclure une pathologie neurodégénérative débutante et définir le profil neurocognitif du patient.
- Le kinésithérapeute mesure les indicateurs physiques de la fragilité tel que le niveau de sarcopénie, les troubles de l'équilibre, la force musculaire.
- Une évaluation de l'autonomie est proposée par l'ergothérapeute pour les activités de la vie quotidienne.
- Une évaluation de la psychomotricité (équilibre, peur de chuter, coordination, schéma corporel) et de l'aspect psychocorporel (angoisses, somatisation, vécu de la douleur...),
- Un bilan d'optimisation thérapeutique réalisé par le pharmacien : entretien avec le patient et contact téléphonique avec l'officine de ville habituelle. L'objectif est de proposer une optimisation des traitements.
- Evaluation par la diététicienne dont l'objectif est de déterminer les apports et leur équilibre ainsi que les éventuelles carences.
- Une évaluation sociale peut également être proposée dans un but préventif afin d'informer les aidants sur les différentes aides à dispositions (mandats de protection future, aide de la caisse de retraite, Aide pour le Retour à Domicile après Hospitalisation, Hébergements Temporaire). Elle favorise aussi le lien ville hôpital pour un meilleur suivi des patients.

Une fois le profil global du patient défini et après une réunion pluridisciplinaire, il est proposé au patient un **programme de rééducation pluridisciplinaire sur 3 demi-journées par semaine, sur une durée de 15 semaines** - 6 ateliers groupaux et 2 ateliers individuels – Evaluation pré et post prise en charge et suivi au long cours en consultation.

- L'atelier nutrition a pour objectif d'amener les patients à être autonome sur le plan alimentaire en fonctions de leurs problématiques (diabète, surpoids, dénutrition...). Pour ce faire, la diététicienne propose un travail sur les différentes catégories d'aliments.
- L'atelier cognition présente aux patients les différentes fonctions cognitives et leur fonctionnement. Le second objectif est de proposer des exercices d'application adaptés au quotidien.
- Nous proposons un suivi avec la psychologue clinicienne pour prendre en charge au besoin les problématiques anxiodépressif en individuel.

- Une demi-journée est consacrée à la prévention des chutes avec l'intervention de l'ergothérapeute dans l'atelier ludi-chute qui permet de sensibiliser et d'informer les patients sur les facteurs de risques de chutes et de donner des conseils préventifs au quotidien. Et l'atelier posture et appuis de la psychomotricienne propose un travail autour du yoga et de la relaxation dans le but de travailler sur la conscience de la posture et des ressentis corporels.
- L'atelier de renforcement musculaire proposé par l'enseignant APA utilise la méthode Pilate et le volley-ball adapté pour améliorer les postures, le développement des muscles, la souplesse pour renforcer les muscles.
- Enfin, l'atelier équilibre du kinésithérapeute vise le renforcement des capacités fonctionnelles notamment la force, le mouvement et l'équilibre au travers de l'utilisation de vélos, bâtons de marche nordique...

- **Résultats de l'action :**

Nous réalisons une évaluation de base comprenant les 9 indicateurs lors de l'évaluation fragilité (T0).

Une seconde évaluation est proposée à la fin du programme de rééducation à 3 mois (T0+3). Cette évaluation comprend 7 indicateurs.

Une troisième évaluation est proposée à un an après la première évaluation (T0+12) avec l'ensemble des indicateurs.

Nous avons également mis en place un questionnaire de satisfaction.

Nous mettons en avant l'hypothèse d'une amélioration des performances entre T0 et T0+3 et d'une stabilisation entre T0+3 et T0+12.

- **Ressources mobilisées : compétences, financières, autres... :**

Médecin/ IDE/ neuropsychologue/ pharmacien/ kinésithérapeute/ psychologue/ rééducateurs APA/ diététicienne/ ergothérapeute/ psychomotricienne

Financement en 2018 par la Conférence des Financeurs de la Métropole dans le cadre d'un appel à projet

3. Bilan (suivi/ évaluation)

- **Le cas échéant, quelle évaluation a été conduite ? Quels en sont les principaux résultats ?**

Nous réalisons une évaluation de base comprenant les 9 indicateurs lors de l'évaluation fragilité (T0).

Une seconde évaluation est proposée à la fin du programme de rééducation à 3 mois (T0+3). Cette évaluation comprend 7 indicateurs. Une troisième évaluation est proposée à un an après la première évaluation (T0+12) avec l'ensemble des indicateurs.

Les différentes analyses entre T0 et T1 quoique effectuées sur un petit échantillon montrent un bénéfice franc sur les critères physiques.

En effet, au test du 6 minutes marche, les patients augmentent la distance parcourue d'environ 62 mètres par rapport à leur vitesse précédente impliquant une diminution des limitations fonctionnelles.

De même, les patients gagnent en force de préhension à hauteur de 2Kg.

Enfin, le test de Ricci et Gagon, niveau d'activité physique, apparaît hautement amélioré avec un gain moyen de 11 points.

La vitesse de marche se maintient entre les deux évaluations.

Le MNA permettant l'évaluation du risque de dénutrition et de la qualité de l'alimentation est également en augmentation de 3 points en moyenne.

Concernant l'échelle thymique, l'ensemble des patients ne présentait pas un score alertant quant à la présence d'un syndrome dépressif (score supérieur à 5/30). Néanmoins, considérant les patients ayant un syndrome dépressif, ceux-ci obtiennent un retour à un score normal à la suite de la prise en charge.

L'échelle de Mac Nair subit elle aussi une nette modification avec une perte moyenne de 15 points entre les deux temps d'évaluation indiquant un impact moins important des troubles cognitifs sur le quotidien.

- **Quels soutiens et résistances sociales ou politiques, voire impasses réglementaires et légales à la mise en œuvre de l'idée ?**

Difficulté de recrutement de personnes « fragiles » car besoin d'une communication large et d'un soutien ARS/HAS

Faible appropriation du projet de la part des médecins traitants, alors que les paramédicaux du domicile sont sensibles

- **Quels ont été les leviers de faisabilité du projet ?**

Aide financière par les tutelles, notamment autorisation de l'ouverture de deux places en hôpital de jour MCO afin de financer les bilans initiaux indispensables à la prise en charge. Actuellement autorisait 5 places HDJ-SSR

- **Quelles seraient les conditions de diffusion du projet à une échelle territorial ou populationnelle plus large ?**

4. Commentaires complémentaires éventuels :