

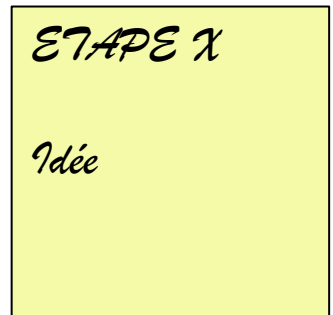
Journée du 26 mars 2019

Repérage et dépistage des fragilités des personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes

Table Ronde n°1 : Quel parcours à mettre en place **au domicile** (repérage, dépistage, diagnostic, conduite à tenir et suivi)

Organisation de la table ronde

- 1^{ère} partie présentation de deux diaporamas, l'un reprenant les communications adressées, l'autre proposant un « parcours type » à domicile en 6 grandes étapes
- 2^{ème} partie : échanges avec la salle
 - ⇒ Animation post-it
 - 1 à 2 post-it par participant
 - 1 étape du parcours à préciser en haut à gauche
 - 1 point de vigilance, 1 axe d'amélioration, 1 idée à développer, etc.



Retours sur les communications déposées en lien avec le thème de la table ronde

Des communications sur :

- ↪ le repérage – signalement avec des outils
- ↪ le repérage – signalement – diagnostic
- ↪ l'accompagnement par les pairs, plateforme relais au retour de l'hospitalisation
- ↪ le dépistage - diagnostic
- ↪ le dépistage - diagnostic et traitement non médicamenteux via l'hôpital
- ↪ le repérage-dépistage-diagnostic et traitement non médicamenteux via l'hôpital
- ↪ le traitement non médicamenteux

Repérage-signalement : Outils

- Un guide de repérage fragilité: (Construction d'un guide/mémo) **MAIA de Clermont, UNA Auvergne**
- Machine learning équipement du domicile ou des logements séniors de la résidence et analyse des signaux ; visite sur place par la plateforme soins et santé ou maître de maison et orientation, **porté par plateforme soins et santé Rhône Nord Isère**

Repérage-Test Dépistage simple-signallement-

- Repérage par aides à domicile ou aides soignantes **formées** et émission d'une **fiche de signallement** vers IDE PAERPA ou référent sentinelle, orientation ; diagnostic et orientation avec professionnels santé du territoire avec initiation d'un plan personnalisé de santé; par **PAERPA Roanne; par CD 38**
- Repérage par une **grille**, Dg et orientation par Centre de santé Ricamarie vers MAIA, Hôpital Firminy ; par **Filière gérontologique de la Loire.**
- Repérage par une grille autour d'une MSP et CLIC; par **Filière gérontologique de l'Ain.**

Accompagnement par les pairs, Plateforme relai au retour de l'hospitalisation

- Repérage de fragilité psycho sociale via partenaires (HCL, CARSAT, CCAS, Métropole); soutien à domicile par un bénévole formé pdt quelques mois porté par une **association sénior-compagnie Lyon 4ème**.
- Diagnostic médico-social et prise en charge des équipes SAD et SSIAD de la Plateforme relai à l'hospitalisation de 1 à 4 sem; porté par la **Mutualité Française 63**

Dépistage – Diagnostic pluridisciplinaire

Dg au Centre d'examens **de la CPAM69**, pour les plus de 65 ans

Si Fragilité repérée Prise en charge orientation vers le CHU Lyon ophtalmo ou gériatrie

Volonté de la CNAM de diffuser ce Bilan Dg à tous les CES de France

Dépistage - Diagnostic et traitement non médicamenteux via l'hôpital

- **Dg** via un bilan complet pluridisciplinaire en HJ; un **programme de rééducation pluridisciplinaire** 3 demi-journées par sem pdt 3 mois (nutrition-cognition-psycho-prévention chutes-APA-équilibre); évaluation T0, T+3 et T+12 mois porté par **CH Gériatrique Mont d'Or**.
- **Fragilité post cancer de la PA: Dg** via bilan complet pluridisciplinaire à l'hôpital, **programme de rééducation pluridisciplinaire** pdt 6 mois à domicile séance individuelle, puis collective coaching à distance, porté par **CHU Grenoble et GHM**.

Repérage-dépistage-diagnostic et traitement non médicamenteux via l'hôpital

- Repérage au domicile via association, Dg via un bilan pluridisciplinaire en HJ; un programme de rééducation pluridisciplinaire 2 cycles de 10 séances collectives (nutrition-cognition-psycho-prévention chutes-APA-équilibre); évaluation T0, T+3 puis relais vers les associations porté par **CH LyonSud-PROGEPHY**.
- Repérage des personnes en situation de fragilité, une vigilance organisée des filières médicale, sociale et médicosociale de Saint Etienne (médecins généralistes, service social de la ville de St Etienne, AIMV, mutualité française SSIAD et SAD). Signalements au référent Fragilité de la ville de Saint Etienne procède à un pré diagnostic-orientation vers l'hôpital de jour (personnes fragiles) ou un autre type de prise en charge (personnes déjà en perte d'autonomie). Dg via bilan pluridisciplinaire en HJ + évaluation du domicile par un ergothérapeute + un bilan radiologique et biologique. Un plan personnalisé. Evaluation à domicile de l'observance par des professionnels formés et en HDJ J+ 3, +6 et 12 mois.

CHU St ETIENNE PLATEFORME FRAGILITE

Repérage-dépistage-diagnostic et traitement non médicamenteux

Repérage des personnes en situation de risque de chute ou ayant chuté via les professionnels médicaux, para-médicaux, sociaux et médicosociaux des filières géronto (FG 01 et FG24)

Diagnostic et orientation selon le niveau de risque de chute

Traitement non médicamenteux de prévention des chutes pendant 1 an puis DAPAP - **CHANGE**

Traitement non médicamenteux à domicile

Dispositif d'accompagnement à l'activité physique adapté (DAPAP) présent dans chaque département depuis 2018.

- Recense et valide l'offre d'APA du territoire et Formation des acteurs encadrant la pratique d'APA mais aussi des médecins prescripteurs
- Organise un accueil physique des personnes après une consultation médicale systématique, Évalue les capacités physiques des patients et co-construit un plan personnalisé d'objectifs, Oriente vers un type d'APA.
- Assure un suivi des publics sur une durée de 2 ans
- Accompagne, si besoin, physiquement et en individuel les publics sur 1 à 2 séances

DAHLIR 03,15,43,63