

Parcours complexe : coopération et coordination pluridisciplinaires

Dr Jean-Baptiste FARGEAS, médecin traitant / CPTS CONCFLUENCE

Dr Caroline LUTERNAUER-PAULUS, gériatre Centre de Gériatrie et de Gérontologie CH Brive

Marie CHARRON, psychologue Plateforme de répit Evaasion

Dominique CLERGERIE, IDE libérale / Présidente CPTS Brive Santé Sud Corrèze/ Présidente DAC 19 Parcours Santé Corrèze

Corinne LLOVEL et Violaine VEYRIRAS, directeurs DAC 19, 23 et 87



Éléments de contexte



- Couple à domicile (75 – 72 ans), fusionnel
- MGT pour le couple, inquiet face au changement de comportement de l'épouse
- Monsieur pathologie Alzheimer stade modéré, décline lentement ; suivi en consultation mémoire; aidant de Mme
- Madame, diabétique insulino-traitée, connue pour un trouble anxieux obsessionnel non traité, dépenses inconsidérées conséquentes, difficulté à prendre soin d'elle.
- Troubles à type d'impulsivité, d'un syndrome de persécution, « anti-médicament », opposante à toute proposition..
- Entourage familial: deux filles, cible du délire de persécution de leur mère; en plein désarroi à l'annonce du diagnostic.
- Aucune aide à domicile car refus jusqu'alors

Consultation mémoire : Dr Caroline LUTERNAUER-PAULUS

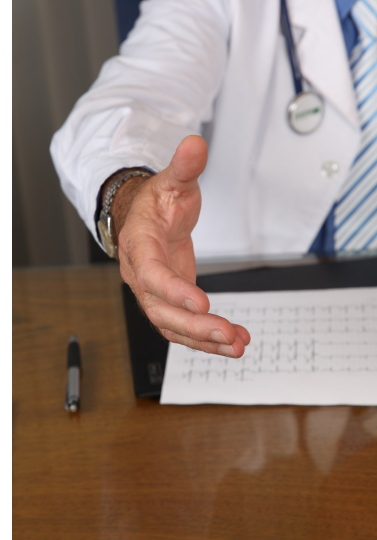
Orientation par le MGT de l'épouse vers la CS mémoire

- Diagnostic d'une pathologie de type Alzheimer avec anosognosie, délire de persécution centrée sur ses deux filles
- Prescription IDEL à domicile pour gestion des TTT et du diabète
- Problématique de la gestion des biens: dépenses majeures, couple abusé financièrement par des escrocs → sauvegarde de justice, mandataire nommé.
- Orientation de Monsieur vers plateforme de répit pour un accompagnement suite à l'annonce : écoute, conseils
- Equipe mobile de Gériatrie: intervention à domicile , binôme Psychologue/IDE
- Signalement au DAC: Besoin d'une coordination globale parcours de santé complexe



MGT : Dr FARGEAS

1. Bilan médical aigue (thérapeutique, orientation cs de recours)
 - En consultation ? En visite ?
 - En dispositif de télé expertise avec appui
2. Bilan social actualisé en conséquence
 - ⇒ Faire face aux ruptures de parcours (dont plateforme de répit)
 - ⇒ gérer perte d'autonomie fonctionnelle et décisionnelle aïgue
3. Environnement d'aide au médecin
 - En MSP : IPA, assistant médical
 - A l'échelle de la CPTS : personne ressource ? Fiche action avec protocole partagé ?
4. Liens avec les dispositifs d'appui tel que le DAC



IDEL : Dominique CLERGERIE

➤ **Premier contact avec le couple en conformité avec la prescription**

- Administration du traitement et suivi du diabète pour Madame durant quelques jours
- Nécessité de réaliser un bilan de soins infirmier => appel MGT => validation de la démarche => prescription

➤ **Evaluation des besoins des ressources et des risques**

- Evaluation de la fragilité grille sega dans le BSI
- Exploration des domaines alimentation, cardio respi, hygiène, élimination mobilité, traitements, douleur, soins relationnels éducatifs

➤ **Interventions**

- Surveillance de l'observance du régime alimentaire
- Surveillance glycémie et injections d'insuline
- Planification des soins d'hygiène stimulation avec maintien des capacités d'autonomie.
- Sécurisation de la gestion des médicaments en lien avec la pharmacie
- Soins relationnels

➤ **BSI transmis au MT.**

➤ **Transmissions sur paaco globule du suivi des interventions mises en place**

Plateforme de répit : Marie CHARRON (1/4)

➤ Actions développées

- Avec l'accord de M., le médecin traitant a transmis les coordonnées du couple à la PFR
- Appel de la psychologue pour proposition d'une rencontre à domicile (en présence des filles)
- RDV fixé dans 15 jours

➤ Lors du 1er rdv: Présentation du service EVAASION

- Dispositif national dédié aux proches aidants (pensé initialement dans le cadre du Plan Alzheimer),
- Financé par l'ARS, gratuit pour les aidants

A qui s'adressent aujourd'hui les PFR?

⇒ Aux aidants, dont le proche, vivant à domicile:

- Souffre d'une maladie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, maladie de Parkinson, Sclérose en plaques ...) ou d'une autre maladie chronique invalidante (cancer ...), quel que soit l'âge,
- Est âgé, en perte d'autonomie

Plateforme de répit : Marie CHARRON (2/4)

Les différentes actions sont présentées à **Monsieur et à ses filles** :

- ❖ **Activités de soutien et d'écoute**

(entretien, groupe de parole, possibilité accompagnement relais)

- ❖ **Activités favorisant le maintien du lien social**

(sortie mensuelle, groupe de marche ...)

- ❖ **Activités d'information et de formation**

- Actions individuelles (information, conseil...)

- Mettre du sens sur les symptômes, la perte d'autonomie de son proche

 - Mieux comprendre => pour mieux accompagner => pour moins s'épuiser*

- Conseiller (petites astuces pour faciliter le quotidien, regard extérieur)

- Informer sur les aides existantes (humaines, matérielles, financières) et orientation

Plateforme de répit : Marie CHARRON (3/4)

❖ Activités d'information et de formation

➤ Actions collectives

- Sessions collectives d'information (ex: mesure de protection)
- Actions grand public (ciné-débat etc.)
- Formations dispensées par un organisme de formation

❖ Solutions de répit

- Connaissance et orientation vers les dispositifs du territoire concerné
- Séjour annuel
- Mise en place « d'ateliers de proximité »

Plateforme de répit : Marie CHARRON (4/4)

Les modalités d'intervention:

- Sur **simple appel téléphonique**, les aidants ou les professionnels peuvent solliciter l'intervention de l'équipe.
- **L'accompagnement n'est pas limité dans le temps**: il peut aussi bien répondre à un besoin ponctuel qu'à un soutien sur le long terme.
- Les rencontres peuvent avoir lieu à **domicile ou au bureau**.
- Les actions proposées sont **gratuites** (à l'exception de certaines sorties)
- Arrêt progressif de l'accompagnement si entrée en institution ou décès du proche aidé

- Suite à cette présentation, **l'une des filles** souhaite un prochain rdv avec la psychologue pour un temps d'échange et de soutien.

Elle ressent notamment le besoin de parler de son épuisement et de ses limites (qu'elle vit avec beaucoup de culpabilité).

~~— Un accompagnement relais est nécessaire pour son épouse.~~

~~M. se laisse le temps de réfléchir pour participer aux sorties. Il sera tenu au courant par courrier.~~

Rupture à domicile : chute de l'aidant

- Détection lors du passage de l'IDEL, le matin
- Appel au 15
- Transport aux urgences du couple
- => M. a une impotence fonctionnelle, est incapable de marcher et
- Madame ne peut rester seule à domicile, majoration de son anxiété



Domicile



Prise en charge hospitalière depuis les urgences



- Sollicitation EMOG par l'urgentiste
- Appel DAC pour situation de Mme => HTU ?
 - Orientation de Mme sur une place sécurisée HTU dans la journée
 - Anticipation du projet de sortie par le DAC
- PEC de Mr, expertise gériatrique par l'EMOG, binôme IDE /gériatre =>
- Fracture branches ischio et ilio-pubienne associé à une confusion
- Décision d'une hospitalisation en médecine gériatrique
- Transfert en SSRG prévu dans un deuxième temps
- Coopération service d'hosp/ Assistance sociale + DAC pour organiser le retour à domicile avec majoration du plan d'aides et de soins



Organisation du retour à domicile du couple : appui du DAC

• Sortie d'hospi de M

- Activation du plan d'aide par le service social de l'hôpital
- Sollicitation du DAC pour sécurisation du RAD : appel MGT / IDEL / pour partage sur le plan d'aides et de soins
- Evaluation à domicile pour l'adaptation du plan d'aides et de soins par coordo du DAC : kiné ; accueil de jour, IDEL, aide à dom

• Sortie d'HTU de Mme

- Retour à domicile quelques jours après le retour de M.
- Réactivation et adaptation des aides et des soins spécifiques pour Madame qui revient plus désorientée au domicile
- Réalisation d'un BSI intermédiaire pour ajuster les interventions
- La coordinatrice DAC a fiabilisé l'acceptation par le couple de la mise en place d'une aide pour les courses et l'entretien du logement



Suivi au regard de l'évolution de la situation

- **Rupture a accentué**
 - L'évolution de la pathologie de Mme
 - la fragilité de M. en difficulté pour gérer le quotidien malgré le plan d'aide et de soins mis en place
- **Concertation DAC / IDEL sur les nouveaux besoins du couple**
 - Sollicitation du MGT pour déclenchement avis spécialisé (Equipe mobile gériatrique extra hospitalière
 - Téléconsultation IDE équipe mobile/ gériatre depuis le domicile

Evaluation de l'EMG – extra hospi

- Recommandations avec initiation d'un **plan personnalisés de santé (PPS) pour le couple**
- Problèmes identifiés:
 1. difficultés à prendre soin d'eux, précarité du maintien au domicile pour les deux ;
 2. Prise des traitements aléatoire, pas d'observance pour Monsieur;
 3. Troubles de l'humeur pour madame
 4. Amaigrissement constaté pour monsieur
- OBJECTIF: les maintenir le plus longtemps chez eux.

Où en est la situation ?

Mise en œuvre du PPS + validation MG

➤ Nouvelles actions pour Mr.

- Evaluation syndrome « post-chute » => **KINE** pour entretenir la marche et maintenir les postures; sécurisation de l'environnement par passage de l'**ERGO**;
- **Prises alimentaires régulières par la présence d'une auxiliaire de vie**
- **Suivi du poids** + surveillance et administration du traitement pour Monsieur Madame par IDEL
- Suivi en CS mémoire maintenu.

➤ Nouvelles actions pour Mme

- Orientation vers l'**accueil de jour thérapeutique** pour maintenir ses acquis cognitifs et le lien social.

