



Groupement de Coopération Sanitaire
A M P L I T U D E

FRAGILITÉ: QUELLE EVALUATION? A DOMICILE

Docteur Jacques LACHARME, Président du GPSAM

Annick POTTIER, infirmière libérale, coordinatrice au GPSAM

(GPSAM: Groupement des Professionnels de Santé de l'Auxois Morvan)



PREMIERE ETAPE DE L'EVALUATION DE LA FRAGILITE : SON REPERAGE

La fragilité est une notion subjective

- **Percevoir les signes de vieillissement**
- **Reconnaitre l'émergence des difficultés dans la vie quotidienne**
- **Prise de conscience de l'affaiblissement de l'organisme qui entraine chez la personne âgée la baisse du contrôle sur l'environnement, la perte de la force et de l'énergie, de l'endurance et de la capacité d'autoprotection.**



LES FACTEURS DE FRAGILITÉ

- **Médicaux**
- **Cognitifs**
- **Psychologiques**
- **Sociaux- économiques**
- **Autonomie**

Devenir fragile ne signifie pas devenir dépendant.

Il faut justement anticiper pour prévenir la perte d'autonomie



Groupement de Coopération Sanitaire
A M P L I T U D E

SAVOIR PRENDRE EN COMPTE

- **La perception de la personne sur son état de fragilité**
- **La perception de l'entourage propre**
- **Considérer les opinions subjectives au même titre que les indicateurs de fragilité choisis par les professionnels**



LE CONSENTEMENT

- **Respecter le droit du patient**
- **Créer un climat de confiance**
- **Difficulté, particulièrement avec les patients débutant des troubles**
- **qui luttent contre une réalité douloureuse, oscillant entre déni et anosognosie**

ANOSOGNOSIE : Symptôme liés à des troubles neuropsychologiques qui se manifestent par l'incapacité à prendre conscience de la perte de ses facultés.

DÉNI : Refus de reconnaître la réalité



UNE GRILLE D'ÉVALUATION

Nombreuses expérimentation en cours, type Article 70 et PAERPA (Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie) avec des grilles d'évaluation diverses (type SEGA, questionnaire et check-liste des problèmes identifiés, fiche « points clés et solutions » sur le site de l'HAS)

Notre GPSAM a choisi d'élaborer un bilan constitué de volets qui ont été complétés et réfléchis par un professionnel de la discipline:

- un kinésithérapeute pour le volet motricité chute,**
- une diététicienne pour la nutrition**
- Un pharmacien pour le volet pharmaceutique**



LE BILAN

- **Synthèse de l'évaluation.**
- **Réflexion sur les moyens à mettre en place pour compenser les points de fragilité, les améliorer, compenser.**

DE

COORDINATION

- **Transmission au médecin traitant.**
- **Proposition de moyens à mettre en place .**
- **Coordination entre les intervenants, le patient , la famille.**

- **ETUDE D'UN CAS CONCRET**

- **Mme X.. 85 ans, veuve d'agriculteur, vivant seule dans une ferme située dans un village sans commerces.**
- **A un fils résidant à 200 km et qui s'inquiète du devenir de sa maman.**
- **Retour d'hospitalisation depuis une semaine (chute à domicile sans conséquences graves).**

Le médecin traitant sollicite l'infirmière coordinatrice pour une évaluation en vue du maintien à domicile.



CAS CONCRET: SUITE

Informations transmises par le médecin:

- **Traitée pour Diabète non insulino-dépendant, hypertension artérielle. Coxarthrose invalidant la marche (utilise une canne anglaise), prise régulière d'antalgiques palier 2 (Paracétamol codeine).**
- **Amaigrissement notable depuis sa dernière visite.**
- **Troubles cognitifs débutants.**



L'OUTIL D'ÉVALUATION DU GPSAM: UN BILAN DE COORDINATION

- **Volet « administratif »**
- **Volet social**
- **Volet médical**
- **Volet pharmaceutique**
- **Volet nutrition**
- **Volet motricité équilibre**
- **Volet dépistage (troubles cognitifs, dépression)**



- ❖ **Etat civil**
- ❖ **Assurance maladie/mutuelle**
- ❖ **Protection juridique**
- ❖ **Professionnels de santé**
- ❖ **Situation familiale**
- ❖ **Rythme de vie**



- ❖ **Lieu d'habitation**
- ❖ **Aides financières existantes**
- ❖ **Dispositifs existants**
- ❖ **Liens sociaux**

Signes d'alerte



- ❖ **Antécédents personnels**
- ❖ **Pathologies en cours**
- ❖ **ALD ?**
- ❖ **Polypathologie?**
- ❖ **Episode aigu ou non**

Signes d'alerte



- ❖ **Traitements: connaissance du traitement, préparation (pilulier) ,stock.**
- ❖ **Risques iatrogènes / observance.**
- ❖ **Sommeil.**
- ❖ **Echelle de somnolence d'Epworth.**

Signes d'alerte



- ❖ **Appareillage et suivi dentaire.**
- ❖ **Courses et préparation des repas.**
- ❖ **Portage des repas.**
- ❖ **Contenu du réfrigérateur.**
- ❖ **Echelle MNA (Mini Nutritionnal Assesment)**

Signes d'alerte



Volet motricité équilibre

- ❖ Historique des chutes.
- ❖ Douleur musculo squelettique (échelle numérique)
- ❖ Etat cutané des pieds, chaussage
- ❖ Hygiène corporelle: autonomie et **GIR** → grille **AGGIR**
- ❖ Aides techniques en place
- ❖ Accessibilité
- ❖ Sanitaires
- ❖ Position assise
- ❖ Position debout
- ❖ Marche

Signes d'alerte



Grille AGGIR

- **Cohérence**
- **Orientation**
- **Toilette**
- **Habillage**
- **Alimentation**
- **Hygiène de l'élimination**
- **Transferts**
- **Déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution**
- **Déplacements à l'extérieur**
- **Communication à distance**



Grille AGGIR (suite)

Pour chacune des variables citées, l'observateur attribue l'une des trois notes suivantes :

- **A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;**
- **B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;**
- **C : ne fait pas.**



- ❖ **Evaluation de la plainte mnésique.**
- ❖ **MMS (mini mental state version courte).**
- ❖ **Mini GDS (Geriatric Depression Scale).**

Signes d'alerte



L'évaluation de la fragilité , les informations et le constats de situation du bilan doit aboutir à un Plan Personnalisé de soins .

Les signes d'alerte relevés permettent de déterminer :

- **Les objectifs à partager**
- **Les actions et les intervenants chargés de leur réalisation**
- **Le PPS débouche sur un suivi et une réévaluation**



CONCLUSION

Nécessité de développer les filières gériatriques:

- Evaluation à domicile.**
- Consultation externe dans un centre d'évaluation gérontologique.**
- Hospitalisations temporaires de répit familial.**
- Exercice coordonné entre les différents intervenants.**

En vue de prolonger le plus possible le maintien à domicile et d'éviter le passage par les urgences et les services non spécialisés en gériatrie.





Groupement de Coopération Sanitaire
A M P L I T U D E









Groupement de Coopération Sanitaire
A M P L I T U D E









Groupement de Coopération Sanitaire
A M P L I T U D E



