

Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?

La fragilité est un syndrome clinique qui est un marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation. La cible et les modalités du repérage de la fragilité ont été décrites dans la fiche « [Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?](#) ». Cette fiche lui fait suite.

Une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle

L'évaluation des personnes âgées repérées comme fragiles mais non dépendantes (classées GIR 5 ou 6 par la grille AG-GIR) consiste à rechercher la présence des facteurs somatiques, fonctionnels, psychologiques et sociaux associés au risque de perte d'autonomie.

Les conclusions de cette évaluation peuvent permettre de construire avec l'accord de la personne et en lien avec l'entourage un [plan personnalisé de santé \(PPS\)](#).

Cette démarche mobilise des professionnels des domaines sanitaire, social et des services d'aide à la personne.

Ce qu'il faut faire : anticiper pour prévenir la perte d'autonomie

Étape 1 : Initier et réaliser l'évaluation

À la suite du repérage de la fragilité par le médecin traitant ou par un tiers (professionnel de santé, famille, intervenant social, etc.), le médecin explique les buts et les modalités de l'évaluation à la personne fragile afin d'obtenir son adhésion.

Il se donne les moyens de réaliser cette évaluation en explorant l'ensemble des domaines définis à l'[Annexe 1](#). Il peut trouver des appuis auprès des autres membres de l'équipe de santé primaire, dont les infirmiers, et utiliser les prestations proposées par les caisses de retraite, mutuelles et services d'aide à la personne (cf. [Focus 2](#)). Il peut également adresser la personne à un gériatre libéral, à un réseau de santé gérontologique, à une consultation avancée de gériatrie et dans certaines situations à un hôpital de jour de gériatrie.

Étape 2 : faire la synthèse de l'évaluation

Le caractère complet de l'évaluation est vérifié en s'assurant que toutes les dimensions ont été explorées (cf. [Annexe 1](#)).

Si une vulnérabilité sociale est suspectée, un bilan social est réalisé à domicile par une personne habilitée : assistante

► Les points clés

- L'évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de dépendance, d'hospitalisation et d'admission en EHPAD lorsqu'ils sont réalisés dans certaines conditions (cf. note méthodologique et de synthèse documentaire page 9).
- Le bénéfice sur la prévention de la dépendance a surtout été montré chez les personnes ayant une fragilité débutante ou ayant fait une chute récente ou 2 chutes depuis 1 an. L'effet est moindre chez les personnes ayant déjà une dépendance partielle pour les activités de la vie quotidienne. Cela incite à repérer la fragilité le plus tôt possible.
- Il est essentiel d'expliquer à la personne les raisons et bénéfices attendus de la prise en charge.
- L'efficacité tient au caractère complet de l'évaluation, à la priorisation des interventions, à la régularité du suivi et à la coordination des acteurs.
- Parmi les autres facteurs de faisabilité et de succès, l'intervention d'infirmières expérimentées en gériatrie et la mobilisation des prestations proposées par les acteurs sociaux et les services d'aide à la personne sont à considérer prioritairement.
- Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche, avec l'appui des autres professionnels de santé primaire et en lien avec une expertise gériatrique.
- L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle. Elle peut être réalisée dans différents contextes : soins ambulatoires, hôpital de jour, etc.
- Un plan personnalisé de santé (PPS) peut être élaboré pour coordonner la prévention. Celle-ci vise à réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité. Les principaux axes médicaux portent sur :
 - la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité ;
 - le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée ;
 - la réduction du risque iatrogène lié aux médicaments ;
 - l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation.

sociale, évaluateur reconnu d'une association ou d'un service d'aide à la personne ou d'un centre communal d'action sociale (cf. [Focus 3](#)). Ses conclusions sont transmises au médecin traitant.

Les résultats de l'évaluation sont partagés entre les professionnels ayant participé à sa réalisation et font l'objet d'une synthèse insérée dans le dossier du patient. Cette synthèse peut être formalisée sous forme de « situations à problèmes » (cf. exemples en [Annexe 2](#)).

Au cas où la synthèse de l'évaluation fait apparaître des problèmes multiples et/ou inexpliqués, le patient peut être référé pour une évaluation gériatrique spécialisée. L'hôpital de jour gériatrique a pour intérêt de réaliser cette évaluation en une unité de lieu et de temps en réunissant toutes les compétences nécessaires. Les pôles et filières de gérontopsychiatrie permettent aux personnes âgées qui le nécessitent d'accéder à des soins psychiatriques et psychothérapeutiques diversifiés.

Étape 3 : organiser la prévention

Il est nécessaire d'établir des priorités entre les problèmes identifiés selon l'existence de risques pour la santé ou la sécurité de la personne et les possibilités de trouver des solutions. L'avis de la personne et de celui son entourage sont recueillis et des objectifs communs sont adoptés.

La prévention commence par la révision du bénéfice/risque des médicaments, la suppression des prescriptions inappropriées et l'éducation sur la gestion des traitements.

Des conseils pratiques sont donnés à la personne et à son entourage pour bouger au quotidien, afin de prévenir la dénutrition, maintenir la force musculaire, l'équilibre et la mobilité.

En cas d'altération de la mobilité et de risque de chutes un programme d'activité physique adapté est proposé. Un bilan initial par un kinésithérapeute peut être utile pour personnaliser et encadrer l'intervention. Le programme peut être réalisé sous la forme de séances collectives ou individuelles, sous la responsabilité d'un kinésithérapeute ou lors d'ateliers organisés par une association ou un réseau (cf. [Focus 1](#)). Il faut veiller au relais du programme par la poursuite d'une activité physique régulière, afin d'en maintenir le bénéfice.

En cas de risque élevé de chutes, un ergothérapeute¹ ou, à défaut, un tiers agissant sous sa supervision réalise une évaluation du domicile et fait des propositions d'aménagement. La vue et le chaussage sont également vérifiés.

Une information sur la bonne façon de s'alimenter est donnée. En cas de dénutrition, la prise en charge nutritionnelle est globale : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

En cas d'isolement et de difficultés à se déplacer, l'intervention des services d'aides à domicile est demandée pour assister la personne dans les tâches ménagères, les courses et les sorties. Ces services peuvent être partiellement financés par certaines caisses de retraite, d'assurance maladie (RSI et CCMSA) ou mutuelles pour les personnes âgées non dépendantes classées GIR 5 ou 6².

Étape 4 : envisager un PPS et organiser le suivi

Si la situation de la personne nécessite une intervention monofactorielle, l'inscription de simples préconisations avec une date de suivi dans le dossier médical peut suffire. Dans le cas où la situation nécessite de multiples interventions réalisées par plusieurs acteurs, un partage d'informations et une hiérarchisation, un PPS doit être élaboré selon les modalités précisées dans le document [Plan personnalisé de santé \(PPS\)](#).

Le professionnel désigné pour assurer la coordination des acteurs et le suivi du PPS fait régulièrement le bilan de la mise en œuvre du PPS et s'enquiert de l'avis et de la motivation de la personne à poursuivre.

Des échanges avec le pharmacien permettent de documenter l'achat des médicaments, d'alerter sur les prescriptions redondantes, les situations à risque iatrogénique et les ruptures de traitements.

Si une hospitalisation est nécessaire, le passage aux urgences est évité chaque fois que possible au profit d'une admission programmée ; les modes de prise en charge intra-hospitaliers sont adaptés et la sortie est préparée dès le début du séjour hospitalier : [Haute Autorité de Santé - Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#)

Le PPS est révisé et ajusté périodiquement, au maximum après un délai de 6 mois.

Si les interventions planifiées ne permettent pas d'améliorer la situation, une nouvelle évaluation doit être réalisée et le patient peut être adressé à un gériatre.

Ce qu'il faut éviter :

- négliger la dimension sociale de l'évaluation ;
- médicaliser inutilement les personnes fragiles ;
- se limiter à la réalisation de tests au détriment de la démarche clinique ;
- écarter les patients en situation complexe du bénéfice d'une évaluation gériatrique spécialisée ;
- chercher à résoudre tous les problèmes en une fois ;
- prescrire des compléments nutritionnels oraux ou un portage des repas à domicile sans rechercher les causes d'une dénutrition ;
- négliger de prévoir le déclenchement d'alertes au médecin traitant pour lui signaler rapidement une dégradation de l'état fonctionnel, psychique ou social de la personne, afin de pouvoir anticiper une situation de crise. Selon les cas, ce rôle de veille et d'alerte peut être assuré par les infirmières, les personnels des services d'aide à la personne et l'entourage.

► Les conditions à réunir

Il appartient aux acteurs locaux de s'organiser de la manière qui leur paraît la plus favorable et adaptée à la personne. On peut distinguer les enjeux suivants :

1. Prestation disponible à titre dérogatoire ou dans le cadre de réseaux de santé.

2. La grille AG-GIR (Autonomie gérontologie – Groupe Iso Ressources) est l'outil d'évaluation utilisé par les services sociaux afin de déterminer le degré de dépendance et, sous d'autres conditions, les aides financières pour le maintien à domicile (APA, aide personnalisée à l'autonomie) ou l'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD). Les médecins doivent fournir un certificat médical dont le format est standardisé : travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/CM_MDPH_2009.pdf

En termes d'organisation des soins

- Permettre aux médecins traitants d'avoir un accès rapide aux avis gériatriques (hotline dédiée, etc.).
- Organiser la coopération entre les professionnels de santé et les intervenants sociaux.
- Promouvoir l'intervention, en appui aux médecins traitants, d'infirmières expérimentées en gériatrie pour participer à l'évaluation, à l'élaboration du PPS puis à son suivi à domicile : cette ressource peut être trouvée auprès des réseaux, des équipes mobiles et des infirmières libérales volontaires.
- Développer la coopération médecins-kinésithérapeutes et le partenariat avec les associations et les réseaux pour permettre l'accès à des programmes d'activité physique adaptés.

En termes d'efficience

- Recenser et mobiliser les ressources sociales et communautaires disponibles.
- Éviter la répétition chez une même personne d'évaluations par différents acteurs sanitaires et sociaux agissant sans se coordonner.
- S'assurer que la mise en œuvre de la démarche de prévention n'augmente pas le recours à l'hospitalisation évitable sur le territoire.

► Proposition d'indicateurs pour suivre l'amélioration des pratiques

Taux de patients âgés de 75 ans ou plus repérés comme fragiles³ ayant bénéficié d'une évaluation multidimensionnelle.

- **Numérateur** : nombre de personnes de 75 ans ou plus repérées comme fragiles dont le dossier contient une évaluation multidimensionnelle.
- **Dénominateur** : nombre de personnes de 75 ans ou plus repérées comme fragiles dans la file active du praticien depuis 6 mois.
- **Valeur cible** : 30 % de la patientèle concernée du médecin année n+1, 60 % année n+2 et 90 % année n+3.

Taux de patients âgés de plus de 75 ans repérés comme fragiles ayant bénéficié d'un plan personnalisé de santé.

- **Numérateur** : nombre de personnes de 75 ans ou plus repérées comme fragiles dont le dossier contient un plan personnalisé de santé.
- **Dénominateur** : nombre de personnes de 75 ans ou plus repérées comme fragiles dans la file active du praticien depuis 6 mois.
- **Valeur cible** : à définir après publication du travail en cours sur les indications du PPS.

Taux de patients âgés de 75 ans ou plus repérés comme fragiles et ayant un PPS pour lequel un coordinateur du PPS a été désigné.

- **Numérateur** : le nombre de personnes de 75 ans ou plus repérées comme fragiles bénéficiant d'un coordinateur pour leur programme personnalisé de santé.
- **Dénominateur** : nombre de personnes de 75 ans ou plus repérées comme fragiles dans la file active du praticien depuis 6 mois et ayant un PPS.
- **Valeur cible** : 30 % de la patientèle concernée du médecin année n+1, 60 % année n+2 et 90 % année n+3.

► Exemples de réalisations ou de projets en cours

Un [annuaire national](#) décline les offres de service régionales des services d'aides à la personne.

La CARSAT Franche-Comté, les MSA de Bourgogne et de Franche-Comté et le RSI de Franche-Comté et Bourgogne ont constitué depuis 2006 un [GIE IMPA](#), Ingénierie de maintien à domicile des personnes âgées. Ce dispositif organisé intervient en complémentarité des actions menées par les conseils généraux. Il mutualise les évaluations des besoins à domicile (15 000 en 2012) grâce au recrutement d'un pool d'évaluateurs qui utilisent la même grille (AGGIR) et qui élaborent des plans personnalisés d'évaluation globale. Il cible les PA fragiles non dépendantes (GIR 5 et 6). Il met en commun les actions proposées (atelier équilibre/Pac Euréka – Cycles d'informations et d'échanges/groupe de parole Alzheimer, vieillir, un art de vivre partagé, ateliers du bien vieillir, etc.). Il propose également des accompagnements à la sortie d'hospitalisation en intervenant avant la sortie (près de 6 000 en 2012).

[Le programme ESPREC](#) actuellement en cours dans les MSP et PSP dans le cadre des nouveaux modes de rémunération permet l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées fragiles par le trinôme médecin-généraliste-infirmiers-pharmaciens.

[Les centres de prévention Bien Vieillir](#) organisent un parcours de prévention pour les allocataires (et leur conjoint) des institutions de retraite complémentaire de l'AGIRC-ARRCO. Ce parcours comprend un bilan médical, psychologique, social et des ateliers de prévention.

Les hôpitaux de jour gériatriques proposent une évaluation des personnes âgées repérées comme fragiles, en s'inspirant du modèle expérimenté au CHU de Toulouse. [APHJPA - Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées.](#)

Un protocole de délégation selon l'article 51 de la loi HPST permet l'évaluation et l'initiation de la prise en charge des personnes âgées par des infirmières libérales agissant par délégation de médecins généralistes (précisions à venir).

Plusieurs prototypes article 70 et réseaux de santé (groupe réseau SFGG) expérimentent la [grille SEGA A](#) pour l'évaluation des personnes âgées fragiles.

3. Le repérage de la fragilité peut être réalisé par la grille en 6 points recommandée par la société française de gérontologie et gériatrie. [Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?](#)

Cette grille est par ailleurs en cours de validation en soins primaires par un PHRC en région Champagne-Ardenne.

La MAIA 13 (Marseille) utilise le *Resident Assessment Instrument* (RAI) informatisé pour l'évaluation gériatrique. Cet outil est largement utilisé en Belgique et en Suisse.

Le réseau Gérard Cuny à Nancy a élaboré une [fiche](#) pour guider l'évaluation du mode de vie et du domicile des personnes âgées.

Le CHU Lariboisière et le réseau Paris Nord ont mis en place un annuaire informatisé des démarches et des ressources pour la prise en charge des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA).

L'association Kiné Ouest Prévention, regroupant des kinésithérapeutes bretons, a mis en place depuis 1999 des actions « Equibr'Age », dans le cadre d'un [programme régional « Bretagne Équilibre »](#) piloté par la Carsat Bretagne.

Les chirurgiens-dentistes conseils du réseau de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont mis en place un [programme de prévention bucco-dentaire destiné aux bénéficiaires de 65 ans de la MSA](#). Ce programme leur propose un bilan bucco-dentaire gratuit avec évaluation des besoins en soins et conseils personnalisés.

[La plate-forme gérontologique de Grasse](#) a mis en place des critères pour décider de la nécessité d'un PPS à l'issue de l'évaluation des personnes fragiles : un PPS est élaboré si un des critères suivants est présent :

- suivi pluriprofessionnel impliquant en plus du médecin traitant au moins 2 autres professionnels ou le passage régulier d'une infirmière à domicile ;
- présence de troubles cognitifs débutants ou de troubles de l'humeur nécessitant d'apporter une aide au patient pour le suivi de son parcours ;
- présence d'au moins 2 des critères ci-après :
 - isolement,
 - ≥ 3 indicateurs de fragilité selon le questionnaire de Toulouse,
 - > 1 ADL anormal,
 - > 2 IADL anormaux.

Un projet de prévention et de prise en charge des patients âgés dénutris est mis en place à partir du centre hospitalier d'Arras :

- repérage en ville par les médecins traitants grâce à la mise à disposition d'outils simples comme le mini MNA et à la surveillance du poids ; en cas de risque avéré la personne peut être soit vue en consultation en ville par une diététicienne, soit accéder à une consultation hospitalière pluridisciplinaire avec possibilité d'accès selon les cas à un gériatre, un nutritionniste, un diététicien, un pharmacien, un neuropsychologue, un ergothérapeute ;
- lorsque un risque lié à la polymédication est avéré une concertation médecin/pharmacien est mise en place (soit avec un gériatre si la personne est à l'hôpital, soit avec le médecin traitant) ;
- suivi en ville avec les services à domicile (un travail de formation des SAD et services de portage de repas est en cours avec le conseil général et la mairie d'Arras).

Annexe 1. Modélisation de l'évaluation de premier recours

Domaines à explorer	Démarche et tests diagnostiques	Compléments / commentaires
Optimisation diagnostique et thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un interrogatoire, un examen clinique, peser la personne, réévaluer les comorbidités. Rechercher des pathologies non diagnostiquées. PMSA : revue des médicaments et révision de leur bénéfice/risque et de leur posologie en l'adaptant à la fonction rénale. Rechercher une plainte autour du sommeil. 	<p>Les plaintes autour du sommeil sont une source de prescription inappropriée de psychotropes. C'est aussi un signe d'appel de pathologie souvent sous diagnostiquée ou négligée (dépression, douleur, etc.)</p>
Altération des fonctions supérieures	<ul style="list-style-type: none"> MIS ou test des 5 mots et test de l'horloge. Si ces tests sont anormaux, réaliser un MMSE. 	<p>Si score MMSE $\leq 25/30$, demander une consultation mémoire. Une maladie d'Alzheimer débutante peut être diagnostiquée chez un patient fragile.</p>
Souffrance psychique, dépression	<ul style="list-style-type: none"> Mini GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i>) Si score total supérieur à 1, évaluation médicale avec GDS 15 items www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression Poser la question si le patient est aidant. 	<p>Confirmer le diagnostic de dépression en prenant, si besoin, un avis spécialisé. Un sommeil perturbé, une perte de l'appétit peuvent être des signes d'une dépression. Les aidants ont un risque de dépression et de mortalité prématurée important.</p>
Déficit sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> Vision : la lecture est-elle perturbée ? Échelle de Parinaud pour acuité visuelle ; échelle AMSLER pour la DMLA, avis sur cataracte, etc. Audition : rechercher des questions répétées, la perception de sonnette/téléphone, bruits de la rue. 	<p>Demander un examen ophtalmologique complet (acuité visuelle, champ visuel, pression oculaire, rétine). Demander un audiogramme et l'avis d'un ORL pour le diagnostic de presbycusie et les spécifications d'un appareillage.</p>
État bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'état bucco-dentaire, l'hygiène. Rechercher une sécheresse, des difficultés de mastication. 	<p>Adresser au chirurgien-dentiste (<i>échelle de OHAT</i>). Un bon état bucco-dentaire est nécessaire pour préserver la qualité de l'alimentation.</p>
État nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> S'enquérir de l'appétit. Courbe de poids : dénutrition si perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois. IMC : dénutrition si IMC < 21 kg/m². Repérage de la consommation excessive d'alcool. 	<p>MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>) en deuxième ligne : dénutrition si < 17. Rechercher la cause de la dénutrition.</p>
Étude de la mobilité et de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher une chute spontanée. Rechercher une hypotension orthostatique. Mesurer la vitesse de marche sur 4 m. Time up and Go Test (TUGT). 	<p>Ces tests dépistent une sarcopénie et un risque de chute. Rechercher une maladie neurologique ou rhumatologique nécessitant une prise en charge spécifique. Les troubles de la continence limitent la mobilité.</p>
Évaluation de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> Test de Katz : évalue les activités de la vie quotidienne ou ADL. Mini IADL évalue les activités instrumentales de la vie quotidienne en 4 points (gestion de l'argent, des traitements, du transport et du téléphone). 	<p>Remplir un certificat médical pour grille AGGIR si le financement d'une aide est nécessaire.</p>
Statut économique et social	<ul style="list-style-type: none"> S'enquérir des caractéristiques de l'habitat (chauffage, accès, salubrité, habitat isolé, habitation dans un quartier à risque), de la situation financière (revenus, couverture sociale) et du réseau social (vie sociale et relationnelle). 	<p>Si une vulnérabilité sociale est suspectée, une visite à domicile est conseillée. Un bilan social de la personne peut être demandé auprès des équipes des centres locaux d'information et de coordination (CLIC 2 et 3), du conseil communal de l'aide sociale (CCAS), d'une assistante sociale, du service social polyvalent des départements.</p>

Les tests permettent d'objectiver les résultats dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle, mais ne remplacent pas l'approche clinique.

Les professionnels peuvent également utiliser des outils intégrés dont ils ont l'habitude comme le Resident Assessment Instrument (RAI) informatisé ou la grille SEGA.

En cas de problèmes inexpliqués ou multiples, proposer au patient une évaluation gériatrique spécialisée

Annexe 2. Principaux problèmes et exemples d'interventions

Problèmes	Exemples de causes possibles	Exemples d'actions à mettre en œuvre
Problèmes liés aux médicaments		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Effets secondaires. ■ Accident iatrogène. ■ Problème d'observance. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Automédication à risque. ■ Prise de traitement à risque élevé d'accident iatrogénique : psychotropes et/ou diurétiques et/ou anti-thrombotique et/ou hypoglycémiant. ■ Nombre de traitements > 4/jour. ■ Prises multiples dans la journée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer une prise sécurisée par un tiers. ■ Mettre en place un pilulier. ■ Éducation thérapeutique sur le repérage des situations à risque, les signes d'alerte, les stratégies pour diminuer les oublis, les modes de recours aux soins. ■ Réviser les objectifs thérapeutiques. ■ Arrêter certains médicaments. ■ Adapter les posologies ou la fréquence des prises. ■ Garder la même présentation dans le temps des médicaments (génériques).
Problèmes liés à l'organisation du suivi médical		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés au suivi des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de déplacement du médecin traitant. ■ Investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes. ■ Multiples intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sécuriser les rendez-vous (biologie, imagerie, consultations, etc.). ■ Programmer les transports sanitaires. ■ Utiliser un carnet de suivi, etc. ■ Programmer les hospitalisations, assurer la prise en charge à la sortie de l'hôpital.
Problèmes de mobilité et troubles de l'équilibre		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de mobilité à l'intérieur. ■ Problèmes de mobilité à l'extérieur. ■ Risque de chute, chute, phobie post-chute. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les troubles de la mobilité et de l'équilibre sont souvent multifactoriels. Il est essentiel de les caractériser au mieux. ■ Présence d'une pathologie neurologique ou de l'appareil locomoteur. ■ Syndrome algique. ■ Incontinence. ■ Dénutrition/sarcopénie ■ Déficit sensoriel ■ Souffrance psychique, dépression 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prescrire un programme d'exercice physique adapté ou une rééducation en fonction du bilan de kinésithérapie. ■ Prendre en charge les problèmes de podologie. ■ Prévoir un accompagnement des sorties et des aides au transport ■ Fournir des aides techniques et adapter le logement. ■ Favoriser l'activité physique au quotidien. ■ Réaliser un bilan et une prise en charge nutritionnels. ■ Corriger des troubles sensoriels. ■ Prendre en charge une dépression (avis psychiatre SB).
Isolement		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Isolement géographique. ■ Isolement ressenti. ■ Isolement culturel. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faiblesse du réseau social. ■ Déficit sensoriel. ■ Troubles cognitifs. ■ Troubles thymiques. ■ Fonction d'aidant. ■ Refus de soins et d'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Socialiser : orienter vers des loisirs... ■ Corriger les troubles sensoriels. ■ Renforcer ou mettre en place des aides, dont un accompagnement à l'usage des moyens de communication. ■ Adapter la prise en charge aux troubles cognitifs. ■ Prendre en charge une dépression (avis psychiatre SB). ■ Repérer les situations de maltraitance.
Incapacité dans les activités instrumentales (IADL) ou de base (AVQ ou ADL) de la vie quotidienne		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL). <ul style="list-style-type: none"> ▸ Gérer son budget. ▸ Utiliser le téléphone. ▸ S'occuper soi-même des médicaments. ▸ Utiliser les moyens de transport. ■ Activités de base de la vie quotidienne (AVQ ou ADL). <ul style="list-style-type: none"> ▸ Soins d'hygiène personnels. ▸ Toilette. ▸ Habillage. ▸ Continence. ▸ Aller aux toilettes. ▸ Se déplacer. ▸ Se nourrir. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nouvelle pathologie, nouveau traitement. ■ Aggravation des pathologies préexistantes. ■ Douleur. ■ Dépression. ■ Événement familial (hospitalisation du conjoint, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagner la personne par une aide technique adaptée ponctuelle (sortie d'hospitalisation, veuvage) ou pérenne ■ Repérer le refus de soins et aide et les situations de maltraitance. ■ Prévoir un système de téléalarme ou de veille ■ Désigner une personne de confiance. ■ Repérer les aidants naturels.
Précarité		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Financière. ■ Habitat. ■ Énergétique. 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier l'accès aux droits (ALD, CMU) et aux soins. ■ Obtenir des aides financières (grille AGGIR). ■ Vérifier l'accompagnement social, dont les mesures de protection juridique, et rechercher le soutien d'une association d'aide à la personne.

Focus 1. Prescription d'un programme d'activité physique adapté

Formuler les bénéfices de l'exercice physique.

- L'exercice permet un gain en années de vie sans incapacité et en facilitation de la vie quotidienne.
- Les contre-indications sont liées aux maladies aiguës ou chroniques décompensées ; l'âge seul n'est pas une contre-indication à l'exercice physique adapté.
- Lever les obstacles physiques (incontinence) et psychologiques (culturels) ou économiques.

Privilégier un programme multi-domaines combinant exercice en résistance, endurance et équilibre.

- Bilan de masso-kinésithérapie suivi d'une rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs et supérieurs, de la posture, de l'équilibre statique et dynamique et de la coordination (AMK 8 séances individuelles ou collectives), pendant au moins 5 mois, à une fréquence de 2 ou 3 sessions de 30 à 45 mn par semaine.
- Ou adresser à une association ou à un réseau de santé proposant un programme d'activité physique adapté aux personnes âgées.

Suivre les effets physiologiques et fonctionnels sur la qualité de vie ou sur la peur de chuter.

Focus 2. Services à domicile proposés par certaines caisses de retraite ou mutuelles¹⁻²

Caisses de retraite, mutuelles, centre de prévention Bien Vieillir AGIRC-ARCCO, Régime social des indépendants (RSI), CCMSA, services sociaux des communes, départements ou régions, centres d'amélioration du logement.

Population éligible et conditions : personnes âgées de plus de 55 ans et autonomes (GIR 6 et 5), titulaires d'une pension de retraite ou de réversion nécessitant une aide ponctuelle, ne bénéficiant pas de l'APA, ni de l'HAD ni d'une allocation veuvage ni d'autres prestations compensatrices.

Conseils et services pour la personne

- Évaluation gratuite de la personne et du domicile avec définition d'un plan d'aide personnalisé.
- Ateliers de prévention en individuel et en groupe : nutrition, sommeil, équilibre, prévention des chutes.
- Aides à domicile ciblées sur les besoins : aide aux courses, service des repas, aide aux transports, retour à domicile après hospitalisation, téléalarmes.
- Aide juridique et administrative pour les étapes clés : retraite, veuvage, etc.

Conseils et services pour l'habitat

- Aides techniques et financières : installation de rampes d'escalier, de douche italienne, etc.
- Accompagnement technique et financier sous l'égide d'un ergothérapeute pour faire évoluer l'habitat : confort thermique, accès, remplacement du gaz par l'électricité, etc.
- Information et conseil pour le choix d'un logement mieux adapté : foyer logement, résidences services, béguinages, etc.

Aides financières

- Information sur la nature et le montant des aides accordées par la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ou le conseil communal de l'aide sociale (CCAS).
- Contribution de la CNAV au coût des aides et prestations, déterminée par les ressources de la personne ou du foyer : reste à charge variant de 10% à 73% pour les aides à domicile et de 35% à 100% pour l'évolution du cadre de vie ou de l'habitat.

1. livret de la CNAV.

2. www.anah.fr/fileadmin/anahmedias/Textes_et_publications/vieillir-chez-soi.pdf

Focus 3. Services rendus par l'assistante sociale

L'assistance sociale analyse l'environnement familial, social et géographique. Elle évalue les spécificités du logement, les ressources financières et les références administratives.

Elle recherche la contribution effective ou non de l'entourage et repère le refus ou les obstacles à la prise en charge exprimés par la personne. Elle définit la nature et le niveau des aides nécessaires.

Elle accompagne les démarches administratives (retraite, protection juridique), les demandes financières, les aides techniques (adaptation de l'habitat, télésurveillance, portage des repas ou hébergement temporaire, etc.).



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00