

DOSSIER DE PRESSE

POINT PRESSE
ET SIGNATURE
DE LA CONVENTION
DE PARTENARIAT

11 mai 2015 à 12h30
à la Mairie de Bordeaux



BORDEAUX
Parcours Santé
des aînés

Paerpa

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

Contacts presse :

Agence O tempora - Tél. 05 56 81 01 11 - Samuel Attia - samuel.attia@otempora.com - Tél. 06 63 92 63 50

Mairie de Bordeaux - Tél. 05 56 10 20 46 - Nicolas Corne / Maryvonne Fruauff - Service de presse
n.corne@mairie-bordeaux.fr - m.fruauff@mairie-bordeaux.fr - twitter.com/bordeauxpresse - bordeaux.fr

www.ars.aquitaine.sante.fr



Sommaire

COMMUNIQUÉ DE PRESSE	P. 3
BORDEAUX, TERRITOIRE PILOTE POUR LE PARCOURS DE SANTÉ DES AÎNÉS	P. 4
PAERPA - PERSONNES AGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE	P. 5
TOUS COORDONNÉS : DE NOUVEAUX MOYENS POUR AIDER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ACCOMPAGNER LES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS	P. 6
TOUS MOBILISÉS : DES DISPOSITIFS INNOVANTS POUR L'AUTONOMIE	P. 7
LE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)	P. 8
un exemple de la mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS)	P. 9
QUELQUES EXEMPLES DE DISPOSITIFS INNOVANTS DÉPLOYÉS À BORDEAUX	P. 10
> UNITÉ MOBILE D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE	P. 10
un exemple de la mise en place d'une unité d'évaluation pluri professionnelle dans la cité	P. 11
> EQUIPE DE SOUTIEN AUX AIDANTS À DOMICILE	P. 12
un exemple de la mise en place d'une équipe de soutien aux aidants (ESAD)	P. 13
> EQUIPE « URGENCE NUIT »	P. 14
un exemple de la mise en place d'une équipe Urgence Nuit	P. 15
> CHAMBRE D'HEBERGEMENT RELAI EN URGENCE	P. 16
un exemple de la mise en place d'une chambre d'hébergement relai en urgence	P. 17
LES SUPPORTS D'INFORMATION	P. 18

Les partenaires engagés aux côtés de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine :

- la Ville de Bordeaux
- le Conseil général de la Gironde
- le Conseil régional d'Aquitaine
- les Unions régionales des professionnels de santé
- les organismes d'Assurance maladie et de retraite

Action inscrite dans :



BORDEAUX Parcours Santé des aînés

Paerpa



DES ACTEURS COORDONNÉS POUR
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

L'Agence régionale de santé d'Aquitaine et la Mairie de Bordeaux se mobilisent pour prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées

La Ville de Bordeaux est l'un des 9 territoires pilotes en France chargés d'expérimenter le programme national Personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il s'agit d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de 75 et plus, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur parcours de soin qui peuvent avoir de lourdes conséquences sur leur autonomie. En partant de toutes ces situations concrètes, des besoins de la personne et de ses aidants, les actions mises en œuvre visent ainsi à mieux coordonner les différents intervenants en ville, à l'hôpital, ou dans le secteur médico-social.

Bordeaux, territoire pilote pour le parcours de santé des aînés

Le projet PAERPA a été lancé à Bordeaux dans le quartier Grand Parc / Chartrons / Jardin Public. Une première réunion d'information tenue le 16 avril dernier avec les professionnels du quartier a permis de réunir une centaine de professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social autour de ce projet qui vise à accompagner les professionnels de santé en ville, au bénéfice des patients et de leur entourage, afin de :

- pérenniser un **maintien à domicile de qualité**,
- **éviter un recours excessif à l'hospitalisation** souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées,
- faciliter le **retour à domicile après hospitalisation**.

Le projet sera ensuite déployé progressivement sur les 8 quartiers de la ville jusqu'à fin 2015. En 2016, l'ensemble des quartiers devrait être couverts.

Le projet PAERPA de Bordeaux est porté par l'Agence régionale de santé d'Aquitaine et la Mairie de Bordeaux avec l'appui des partenaires institutionnels et des acteurs de santé du territoire.

La convention cadre engageant tous les partenaires du projet sera signée le 11 mai à 12h30 à la Mairie de Bordeaux.

Contacts presse :

Agence O tempora - Tél. 05 56 81 01 11 - Samuel Attia - samuel.attia@otempora.com - Tél. 06 63 92 63 50

Mairie de Bordeaux - Tél. 05 56 10 20 46 - Nicolas Corne / Maryvonne Fruauff - Service de presse - n.corne@mairie@bordeaux.fr
m.fruauff@mairie-bordeaux.fr - twitter.com/bordeauxpresse - bordeaux.fr

www.ars.aquitaine.sante.fr

Bordeaux, territoire pilote pour le parcours de santé des aînés

On compte aujourd'hui près de 20 000 personnes âgées de 75 ans et plus à Bordeaux, dont la moitié vit seule à son domicile.

Un tiers de ces personnes ont été hospitalisées dans l'année pour une durée moyenne de 12 jours. Près de la moitié de ces hospitalisations sont passées par les urgences.

La perte d'autonomie chez les personnes âgées entraîne des difficultés de maintien à domicile, un recours plus fréquent aux urgences et souvent des difficultés d'organisation au niveau des sorties d'hôpital.

Or, après 75 ans le risque de perte d'autonomie double. Il est donc essentiel de prendre en compte tous les facteurs de risques :

- > Difficultés de repérage des situations à risque de perte d'autonomie,
- > Logement mal adapté,
- > Difficultés économiques,
- > Manque d'information sur les aides et les accompagnements,
- > Personne polypathologique,
- > Nombreux intervenants (entourage, infirmier, médecin traitant, pharmacien, hôpital, établissement pour personnes âgées, travailleur social...),
- > Cloisonnement de leurs interventions.



Aujourd'hui,
9 personnes âgées
en perte d'autonomie **sur 10**
en France ont **plus de 75 ans.**

D'ici 2060,
on estime que le nombre
de personnes **de plus de 75 ans**
va doubler pour s'élever
à **9%** de la population.

Face aux situations complexes, un accompagnement pour coordonner les réponses est nécessaire.

La coordination des soins reste l'enjeu principal pour les acteurs de santé de Bordeaux. Le médecin traitant, grâce à sa proximité avec le patient et à sa connaissance de ses conditions de vie, est le pivot du dispositif de santé pour identifier les bonnes réponses.

PAERPA

Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

Une expérimentation nationale

Le dispositif national PAERPA a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, les actions mises en œuvre visent ainsi à mieux coordonner les différents intervenants en ville, à l'hôpital, ou dans le secteur médico-social.

Le projet est d'accompagner les professionnels de santé en ville, au bénéfice des patients et de leur entourage, qui s'organisent pour :

- pérenniser un maintien à domicile de qualité,
- éviter un recours excessif à l'hospitalisation souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées,
- faciliter le retour à domicile après hospitalisation.

Le dispositif PAERPA est expérimenté sur 9 territoires en France de 2014 à 2017, sur la base d'un cahier des charges national. Il est promu par la Stratégie nationale de santé et mis en œuvre dans de cadre des Projets régionaux de santé « La personne au cœur du système ». Il intègre notamment des initiatives régionales déjà conduites.

PAERPA Bordeaux, un projet partenarial

Le projet PAERPA de Bordeaux est porté par l'Agence régionale de santé d'Aquitaine avec l'appui des partenaires institutionnels et des acteurs de santé du territoire.

Des besoins bien identifiés, une offre de soins d'un bon niveau et un engagement des acteurs locaux sont les atouts de ce projet.

Le dispositif PAERPA Bordeaux s'appuie sur une action partenariale, un soutien financier, une organisation opérationnelle et un calendrier qui permet un déploiement progressif.

L'accompagnement des professionnels de santé de proximité, des personnes âgées et des proches est la priorité du projet.

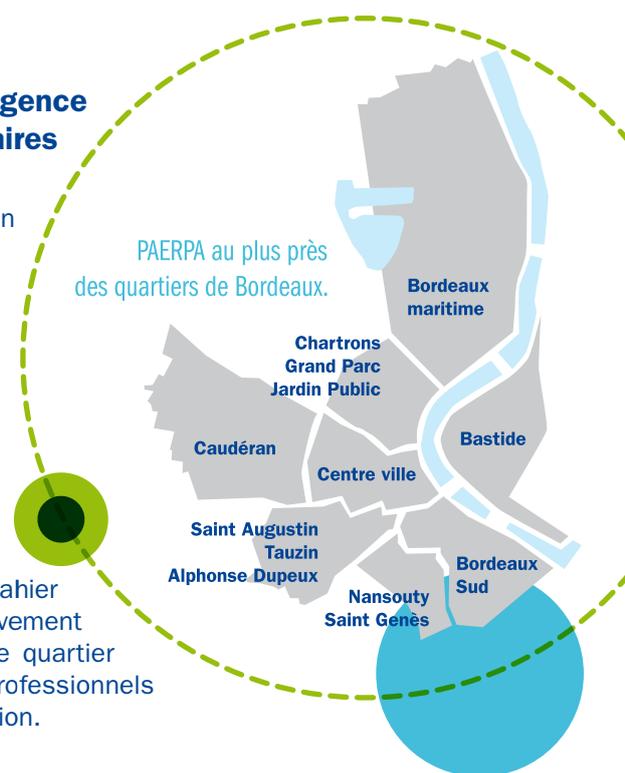
Les grandes étapes du projet

Expérimenté par neuf ARS depuis septembre 2013 sur la base d'un cahier des charges national, le dispositif PAERPA sera déployé progressivement sur les 8 quartiers bordelais avec un démarrage en 2015 sur le quartier Grand Parc / Chartrons / Jardin Public. Des formations pour les professionnels seront mises en place ainsi que des réunions publiques d'information.

Une réunion d'information à destination des professionnels du quartier Grand Parc / Chartrons / Jardin Public a été d'ailleurs organisée le 16 avril par l'ARS, la Ville de Bordeaux et leurs partenaires sur le lancement du dispositif PAERPA. Elle a réuni une centaine de professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social.

Les années 2016 et 2017 seront consacrées à l'accompagnement et à l'évaluation des dispositifs du projet.

PAERPA au plus près
des quartiers de Bordeaux.



Tous coordonnés : de nouveaux moyens pour aider les professionnels de santé et accompagner les patients de 75 ans et plus

Différents dispositifs innovants sont mis en place à Bordeaux dans le cadre du programme PAERPA.

La plateforme autonomie seniors : un point d'entrée unique.

La Plateforme autonomie seniors regroupe :

> un numéro vert

0 800 625 885
appels gratuits depuis
un poste fixe

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h

> un site internet

www.autonomieseniors-bordeaux.fr



> un accueil physique

dans les locaux de la Cité
municipale de Bordeaux

4, rue Claude Bonnier

La plateforme autonomie seniors : un point d'entrée unique

> Au service des professionnels :

- disposer d'une permanence téléphonique (24h/24) pour les professionnels de santé libéraux,
- faciliter les démarches et les aider dans la prise en charge de leurs patients (mobilisation de dispositifs ou d'accompagnement sanitaire, social ou médico-social y compris en situation d'urgence, recours à des avis de spécialistes...),
- coordonner les actions mises en œuvre autour de la personne âgée et de son entourage et suivre leur réalisation,
- assurer le suivi administratif des Plans Personnalisés de Santé (PPS)

> Au service des personnes âgées et leurs aidants :

- informer et orienter dans le parcours de santé,
- faciliter l'accès à des dispositifs de prévention,
- mobiliser un dispositif social ou médico-social.

Une coordination renforcée

Cette plateforme coordonne tous les moyens pour aider les professionnels dans leurs démarches, accompagner et améliorer l'orientation des personnes âgées et de leurs aidants.

Elle regroupe à Bordeaux trois dispositifs complémentaires : **la Coordination Territoriale d'Appui (CTA)** qui assure le fonctionnement opérationnel du nouveau dispositif PAERPA, **le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)** et **la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)**.

Selon les demandes des personnes âgées, des proches ou des professionnels, les réponses sont apportées par le dispositif le plus adapté (CTA, CLIC ou MAIA).



Tous mobilisés : des dispositifs innovants pour l'autonomie



Une mobilisation importante des partenaires locaux a par ailleurs permis de créer des actions innovantes et diversifiées au service du maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Prévenir la perte d'autonomie

- une grille de repérage précoce de la perte d'autonomie validée par le médecin traitant,
- une éducation thérapeutique du patient en ambulatoire,
- un bilan diagnostique par un kinésithérapeute pour prévenir les chutes,
- une équipe de soutien aux aidants.



Éviter les hospitalisations inadéquates

- la permanence téléphonique d'un gériatre du CHU de Bordeaux,
- une unité d'évaluation de gériatrie du CHU de Bordeaux intervenant au domicile,
- des téléconsultations depuis les EHPAD (cardiologie, dermatologie, ophtalmologie...),
- une astreinte de soins infirmiers libéraux de nuit,
- un EHPAD assurant le suivi à domicile de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (couple aidant-aidé).



Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation

- une équipe d'urgence de nuit pour un retour rapide au domicile après un passage aux urgences la nuit,
- un parcours de soins mieux organisé pour les personnes âgées dans les établissements de santé,
- des chambres d'hébergement relais en urgence en EHPAD après une hospitalisation.



Diffuser et accompagner le bon usage du médicament

- à domicile avec les médecins libéraux, les infirmiers libéraux et les pharmaciens d'officine,
- en établissements et en EHPAD en lien avec les médecins traitants.

Développer des systèmes d'information partagés

- des annuaires opérationnels pour l'orientation des patients,
- une messagerie sécurisée santé,
- un système d'information pour coordonner les soins et les acteurs (PAACO).

Le Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Afin de mieux coordonner et mobiliser tous les acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale autour d'un patient, le médecin traitant, avec un infirmier et/ou un autre professionnel de santé, peut mettre en place un Plan Personnalisé de Santé (PPS) avec l'assistance de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA).

Le PPS est un plan d'actions formalisé entre plusieurs intervenants, sous la responsabilité du médecin traitant, pour la **mise en œuvre d'interventions pluri professionnelles** (sanitaires, médico-sociales, sociales) auprès d'une personne de 75 ans et plus et avec le consentement écrit de celle-ci.

Le PPS permet de gérer et d'anticiper la prise en charge des personnes âgées. Ce plan est déclenché par le médecin traitant dès le repérage d'une situation à risque (hospitalisation en urgence, poly-pathologie, poly-médication, insuffisance d'organe, restriction des déplacements, troubles cognitifs, thymiques, comportementaux, problèmes socio-économiques, problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins) chez une personne âgée.

Il résume la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours et **établit un plan d'actions pour y répondre**, comportant un volet soins et, si nécessaire un volet social.

Les professionnels de premiers recours peuvent solliciter, si besoin, les ressources de la plateforme autonomie seniors pour élaborer ce PPS (volet soins - besoin d'une expertise ; volet médico-social et social).

Le PPS est transmis par le médecin traitant à la **Plateforme autonomie seniors**.



UN EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UN PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)

Liliane, 91 ans, veuve sans enfant, vit seule dans un appartement au 5^e étage. Elle est suivie à domicile depuis 10 ans, une fois par mois par son médecin traitant.

Jusqu'en automne 2014, elle vit sans aide avec une cousine à proximité. Mais fin 2014, elle est victime d'une chute, dont les conséquences ont des répercussions sur sa santé : perte de poids, confusion dans la prise de médicaments, légers troubles cognitifs, autres chutes.

SANS PAERPA

Avec son accord, la décision est prise d'organiser un passage infirmier une fois par jour pour la surveillance du traitement et la préparation des médicaments.

Début janvier, elle a déficit des releveurs au pied droit suite à une chute et sort moins... Après exploration, elle marche avec un releveur.

Une prise en charge kinésithérapique est organisée à domicile et les passages infirmiers sont renforcés (2 passages/jour).

Liliane refuse la mise en place d'un portage de repas et d'une aide à domicile en raison des coûts.

AVEC PAERPA

A l'occasion d'une visite à domicile, son médecin traitant lui présente le projet d'élaborer un PPS.

Liliane donne son accord écrit.

Le PPS est élaboré entre le médecin traitant, l'infirmière et le masseur-kinésithérapeute.

Deux problèmes en matière de soins sont retenus : un problème lié à l'observance du traitement et un problème de mobilité.

Deux problèmes sociaux sont relevés par le médecin traitant : isolement, pas de sortie, nécessité d'une aide-ménagère et d'un portage de repas.

Une fois la partie soins complétée par la Coordination Clinique de Proximité (médecin traitant, infirmière libérale, masseur-kinésithérapeute), le PPS est transmis à la Plateforme autonomie seniors afin de compléter la partie sociale : recherche d'une aide financière pour l'auxiliaire à domicile, portage de repas, visite de convivialité, accompagnement pour sorties... avec l'accord de Liliane.

Le PPS complété est transmis au médecin traitant pour validation. La mise en place et le suivi du PPS sont assurés par la Plateforme autonomie seniors en lien direct avec le médecin traitant.

Comment la nouvelle coordination des soins a contribué à prévenir la perte d'autonomie ?

La mise en place d'un PPS a permis aux professionnels de santé de formaliser la coordination des soins. Les besoins sociaux détectés par le médecin ont été couverts grâce à l'intervention de la Plateforme autonomie seniors dans le respect des volontés de Liliane et de ses besoins, permettant ainsi son maintien à domicile.

Quelques exemples de dispositifs innovants déployés à Bordeaux

UNITÉ MOBILE D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

C'est quoi ?

L'unité d'évaluation pluri professionnelle de gériatrie dans la cité crée du lien entre les différents intervenants (les médecins généralistes, les pharmaciens et les professionnels de proximité) et ainsi favorise le maintien à domicile de la personne âgée en évitant les hospitalisations à répétition et les passages inappropriés au service des urgences (SAU). L'équipe intervient à domicile afin de réaliser une expertise multi professionnelle.

Pour qui ?

Ce dispositif concerne les personnes âgées ayant une incapacité modérée/grave et le besoin d'une combinaison complexe de soins de santé.

L'unité est composée d'un gériatre, d'un pharmacien, d'un psychiatre et de différents professionnels de santé : infirmier, assistant social, ergothérapeute et secrétaire. Elle cherche à améliorer à la fois la coordination, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins sanitaires et sociaux.

Comment ?

Les demandes d'intervention de l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la cité seront principalement effectuées par les soins primaires de proximité dont le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmière de la personne âgée. La demande d'intervention peut rentrer dans le cadre d'un plan personnalisé de santé (PPS) avec les partenaires de santé et dont le médecin généraliste sera le coordonnateur.

Actions de l'unité d'évaluation gériatrique

- Mettre en place en amont de la crise des actions de prévention primaires et secondaires afin d'éviter les événements indésirables ou les prescriptions inappropriées (1er motif d'admissions au SAU) et la survenue de syndromes gériatriques tels que la dénutrition, la confusion, les chutes, la dépression et la perte d'autonomie fonctionnelle.
- Promouvoir le suivi du patient âgé dans la filière de soins gériatriques et optimiser l'orientation des patients.
- Développer un travail en pluri disciplinarité afin de permettre une concertation sur les situations particulières ou complexes, de mettre en place des protocoles de soins et des dispositifs de formation et d'améliorer la coordination de tous les acteurs médicaux, para médicaux, sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée.

UN EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ D'ÉVALUATION PLURI PROFESSIONNELLE DANS LA CITE

Yvonne, 84 ans, a chuté dans la nuit et a été retrouvée au sol par ses voisins. Elle refuse d'aller à l'hôpital.

✘ SANS PAERPA

Yvonne vit seule dans un appartement au 4ème étage sans ascenseur et refuse de sortir de chez elle. Elle souffre d'arthrose et marche difficilement. Elle prend plus de 8 médicaments par jour (3 antihypertenseurs, 2 psychotropes, 2 antidiabétiques oraux et des antalgiques).

Elle a chuté 3 fois en une semaine et refuse catégoriquement d'aller à l'hôpital. Son médecin traitant est ennuyé, il a joint la permanence téléphonique de gériatrie mais Yvonne refuse de quitter son domicile pour le bilan de ses chutes en consultation ou en hospitalisation de jour.

Ses voisins l'ont retrouvée au sol ce matin après une chute dans la nuit. Elle est adressée aux urgences contre son gré par les pompiers.

✔ AVEC PAERPA

En amont « de la crise » l'unité d'évaluation gériatrique pluri professionnelle dans la Cité est sollicitée par le médecin traitant ou via la permanence téléphonique de gériatrie (en accord avec Yvonne). Les actions suivantes sont mises en place :

- Une visite à domicile pour évaluer les risques de chutes
 - > risques environnementaux par un ergothérapeute
 - > risques médicaux (évaluation des prescriptions, de l'humeur, de l'état nutritionnel et cognitif...)
 - > risques sociaux (organisation des aides en accord avec Yvonne)
- Prévention du risque médicamenteux
 - > Temps de conciliation médicamenteuse (pharmacien d'officine, médecin traitant, professionnels de proximité et l'équipe de l'unité d'évaluation gériatrique)
- Respect de la liberté individuelle et du choix d'Yvonne de rester chez elle
 - > Maintien à domicile dans des conditions optimales et prévention des allers retours à l'hôpital
 - > Temps de réunion de concertation pluri professionnelle si nécessaire en lien avec les professionnels de santé et les dispositifs CCAS, CLIC, MAIA, etc., pour assurer la continuité des soins à domicile.

Comment la nouvelle coordination des soins a contribué à prévenir la perte d'autonomie ?

L'intervention de l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la Cité permettra d'aider les professionnels de proximité à assurer le maintien à domicile d'Yvonne dans des conditions optimales et de satisfaire son souhait de rester chez elle.

EQUIPE DE SOUTIEN AUX AIDANTS DOMICILE

C'est quoi ?

L'ESAD intervient afin d'éviter l'épuisement des aidants.

Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire qui accompagne les binômes aidant-aidé à travers une évaluation du risque d'épuisement de l'aidant.

Par des actions concrètes, l'équipe propose un appui technique, social et psychologique.

Elle s'appuie sur l'environnement existant et favorise ou crée du lien entre les équipes et les professionnels compétents et utiles à chaque situation.

Qui ?

Cette équipe soutient le binôme aidants-aidés (personnes âgées de plus de 75 ans résidants à Bordeaux).

Elle est composée d'une secrétaire, une assistante sociale, un ergothérapeute, une psychologue et une technicienne de coordination d'aide psycho-sociale aux aidants.

Comment ?

La secrétaire de l'ESAD reçoit un appel concernant un couple aidant-aidé et prend des renseignements.

Une visite à domicile est effectuée par la technicienne de coordination d'aide psycho-sociale aux aidants (TCAPSA) pour évaluer le fardeau de l'aidant et ses besoins. Ensuite, les membres de l'équipe ou des professionnels interviennent. Un courrier est systématiquement envoyé au médecin traitant référent du parcours santé de l'aidant.

Selon l'évolution et en fonction des besoins, l'action peut se poursuivre. s particulières ou complexes, de mettre en place des protocoles de soins et des dispositifs de formation et d'améliorer la coordination de tous les acteurs médicaux, para médicaux, sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée.

UN EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE DE SOUTIEN AUX AIDANTS (ESAD)

Jocelyne, 75 ans, vit à domicile avec son mari dépendant (séquelles motrices et cognitives d'un AVC). Jocelyne est l'aidante principale, s'occupe de son mari et gère l'intendance. Lors d'une consultation au domicile, le médecin traitant évalue un épuisement de cette dame.

SANS PAERPA

Jocelyne dort de moins en moins bien, ne s'alimente plus correctement et se coupe de son environnement social. Elle est focalisée sur les soins à apporter à son conjoint et s'épuise.

Elle chute à son domicile, est transportée aux urgences puis hospitalisée dans un service d'orthopédie.

La situation est critique pour son mari qui se retrouve seul au domicile et nécessite une implication plus soutenue de leur fille qui découvre l'ampleur de la situation.

AVEC PAERPA

Avec l'accord de cette dernière, le médecin traitant contacte l'ESAD pour soutenir et accompagner l'aidante.

Le lendemain une Technicienne de Coordination de l'Aide Psycho-Sociale aux Aidants (TCAPSA) fait une évaluation au domicile. Elle propose à l'aidante, qui n'est pas connue par les services sociaux, de faire intervenir les professionnels de l'ESAD :

- L'assistante sociale conseille et explique les démarches liées à la mise en place des aides humaines. Avec l'accord de l'aidante, elle contacte leur fille pour information et mise à disposition. Elle évoque la possibilité de séjours de répit mais constate chez Jocelyne une culpabilité à l'idée de « placer » son époux. L'assistante sociale lui propose de rencontrer la psychologue de l'équipe.
- La psychologue rencontre au domicile l'aidante, lui offre un espace de parole car Jocelyne n'avait jamais exprimée son vécu d'aidante à personne (elle voulait préserver sa fille de ses difficultés).
- La TCAPSA, assurant le suivi, fait intervenir l'ergothérapeute de l'équipe car Jocelyne exprime des difficultés à monter dans sa baignoire. Une évaluation est réalisée au domicile pour adapter la salle de bain mais aussi le reste de la maison. Un essai du matériel préconisé est mis à disposition au domicile avec la collaboration des infirmières et du kiné. Après validation, est prescrit par le médecin traitant.

Après la mise en place de séjours de répits, un relai effectué auprès des services sociaux de la mairie, une stabilisation de la situation au domicile, la TCAPSA avec l'accord de Jocelyne met un terme à l'intervention de l'ESAD.

Un courrier de synthèse de cet accompagnement est adressé au médecin généraliste.

Comment la nouvelle coordination des soins a contribué à prévenir la perte d'autonomie ?

L'intervention de l'ESAD a permis de soulager Jocelyne et en lui donnant les moyens de mieux accompagner son mari et permettre à celui-ci de rester à la maison.

EQUIPE

« URGENCE NUIT »

C'est quoi ?

L'équipe « Urgence Nuit » récupère les personnes âgées qui n'ont pas vocation à rester aux urgences et les prend en charge de la soirée au lendemain matin.

Ce dispositif a été mis en place par la Maison de santé protestante de Bordeaux Bagatelle.

Qui ?

Ce dispositif est proposé aux personnes âgées de 75 ans et plus qui se présentent aux urgences de nuit.

Pourquoi ?

Ce dispositif est mis en place afin d'éviter la prolongation d'un séjour aux urgences, voire une hospitalisation.

L'objectif est :

- de soutenir le retour à la maison après un passage aux urgences,

- d'aider la personne âgée à réintégrer rapidement son environnement,

- de l'épauler sur les plans sanitaires, psychologiques et sociaux afin de diminuer les recours aux urgences et les hospitalisations répétées.

Comment ?

Une organisation en deux temps :

- La nuit (de 17h à 3h) avec le binôme infirmier / aide soignant

Une évaluation est réalisée à partir du site des urgences sur la possibilité d'un retour à domicile sécurisé. Le binôme ramène la personne âgée à son domicile, l'installe, lui prodigue les soins infirmiers et effectue une première évaluation de l'environnement. Puis, un plan de soins personnalisé est établi depuis la résidence de la personne.

- Le lendemain matin (de 8h à 13h) avec le trinôme infirmier/aide soignant/auxiliaire de vie

Une nouvelle évaluation est réalisée au domicile de la personne avec une attention particulière à un éventuel épuisement de l'entourage.

Le trinôme contacte les partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux afin d'effectuer un relais rapide avec les différents intervenants.

UN EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE URGENCE NUIT

Madame G., 87 ans, chute à son domicile, elle refuse que son mari appelle le docteur, elle pense qu'elle aura une grosse bosse mais qu'il n'y a rien de grave.

Quelques jours plus tard, son mari qui la trouve de plus en plus désorientée, appelle leur médecin traitant qui oriente Mme G. aux urgences.

A 22h, après une série d'examen, l'état de Mme G. est stabilisé. Elle souhaite rentrer chez elle au plus vite retrouver son mari.

SANS PAERPA

Mme G. rentre chez elle à presque 23h. Elle est très fatiguée de cette journée, son mari très inquiet l'aide à se coucher avec difficultés.

Le lendemain matin son mari part lui chercher les médicaments à la pharmacie, il doit encore prendre un rendez-vous avec un médecin spécialiste et s'occuper du repas à midi.

Mme G. qui veut aider son mari se lève pour lui indiquer où sont les affaires dans la cuisine ; mais elle s'accroche à nouveau le pied dans le tapis, sans chuter cette fois-ci...

M. G. s'en veut d'avoir oublié d'enlever le tapis car le médecin le lui avait pourtant dit.

AVEC PAERPA

Mme G. rentre chez elle à 23h accompagnée par l'Equipe Urgence Nuit. L'aide-soignante la couche dans son lit et l'infirmier vérifie si elle doit prendre un traitement pour la nuit. Ils rassurent M. G. qui se pose plein de questions au sujet de la santé son épouse et lui disent de ne pas s'inquiéter, l'équipe jour viendra à la première heure demain matin.

Le lendemain matin l'équipe jour arrive et prépare le petit déjeuner que le mari a oublié. L'aide-soignante aide Mme G. pour sa toilette et propose d'aller chercher les médicaments.

L'infirmière de l'équipe prévient le médecin traitant du retour à domicile de sa patiente et échange globalement sur la situation.

Elle prend également rendez-vous pour Mme G. le spécialiste indiqué.

L'auxiliaire de vie aide M. G. à la préparation du repas et ensemble ils décident de sortir le tapis gênant.

L'équipe jour propose une rencontre avec l'ESAD afin de faire le point à domicile car M. et Mme G. se rendent compte qu'ils pourraient accepter un peu d'aide maintenant.

Comment la nouvelle coordination des soins a contribué à prévenir la perte d'autonomie ?

L'intervention de l'Equipe Urgence Nuit a permis à Mme G. de rentrer sereinement à son domicile et de coordonner les soins et les aides nécessaires.

CHAMBRE D'HEBERGEMENT RELAJ EN URGENCE

C'est quoi ?

Les EHPAD relais proposent pour les personnes âgées de 75 ans et plus des chambres afin d'assurer la transition entre l'hôpital et le domicile des personnes âgées en situation de fragilités pour une période maximale de 7 jours.

Qui ?

Ce dispositif est proposé aux personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées à Bordeaux. Elles doivent présenter une pathologie aiguë stabilisée entraînant une perte d'autonomie (transitoire ou non) :

- passées aux urgences ou en service hospitalier avec stabilisation de la pathologie ne nécessitant plus de suivi médical rapproché mais des soins techniques et une surveillance infirmière jour et nuit,
- et/ou dont le retour à domicile est différé par la nécessité de mettre en place des adaptations ou des aides, ou impossible, ce qui requiert la recherche d'une structure adaptée.

Pourquoi ?

Les chambres relais ont pour objectif de limiter la période d'hospitalisation des personnes âgées alors qu'elles n'ont besoin que d'une surveillance ou lorsque les conditions ne sont pas remplies pour un accueil sécurisé au domicile.

Ce dispositif facilite un retour à domicile sécurisé dans de bonnes conditions de santé.

Comment ?

4 EHPAD relais disposent d'une chambre d'hébergement relais en urgence et d'une infirmière de nuit :

- EHPAD Le platane du grand parc (Association les Doyennés),
- EHPAD Clos Serena (groupe Korian),
- EHPAD La clairière de Lussy (CCAS de la ville de Bordeaux),
- EHPAD Henry Dunant (Croix Rouge Française)

Le personnel de l'EHPAD s'engage à accueillir la personne âgée, à établir un projet de soins spécifique et à contacter son médecin traitant afin d'assurer le suivi et mettre à jour son dossier médical.

En parallèle, la Plateforme Autonomie Seniors prépare le retour à domicile avec l'entourage, le médecin traitant, les intervenants du service d'aide et d'accompagnement à domicile et si nécessaire les services sociaux et les organismes en charge de l'adaptation du logement.

UN EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE CHAMBRE D'HEBERGEMENT RELAI EN URGENCE

Marie, 89 ans, a fait une chute à son domicile. Après un passage aux urgences, elle a été hospitalisée en chirurgie pour une fracture de la tête humérale.

SANS PAERPA

Suite à une prise en charge médicale (immobilisation du bras) et compte tenu de son autonomie « apparente », le service décide de sa sortie à son domicile.

Marie vit seule, sa chambre est à l'étage, ne dispose pas d'aide à domicile. Le médecin traitant n'est pas informé.

Arrivée chez elle en soirée, Marie ne veut pas appeler son médecin, « il est tard ». Fatiguée, elle ne dîne pas, ne monte pas dans sa chambre (ne pouvant se tenir à la rampe) et dort dans son fauteuil. 3 jours plus tard, sans aide, épuisée, Marie est ré-hospitalisée.

AVEC PAERPA

Suite à une évaluation par l'équipe hospitalière (médecin, équipe paramédicale et assistante sociale), la sortie de Lilie va être organisée avec le médecin traitant et la Plateforme autonomie seniors.

Marie, avec son accord, sera prise en charge en chambre d'hébergement relai dans l'EHPAD proche de sa résidence pour un séjour de 7 jours, le délai nécessaire pour mettre en place les dispositifs de proximité : aide à domicile, aménagement de son domicile, etc.

Comment la nouvelle coordination des soins a contribué à prévenir la perte d'autonomie ?

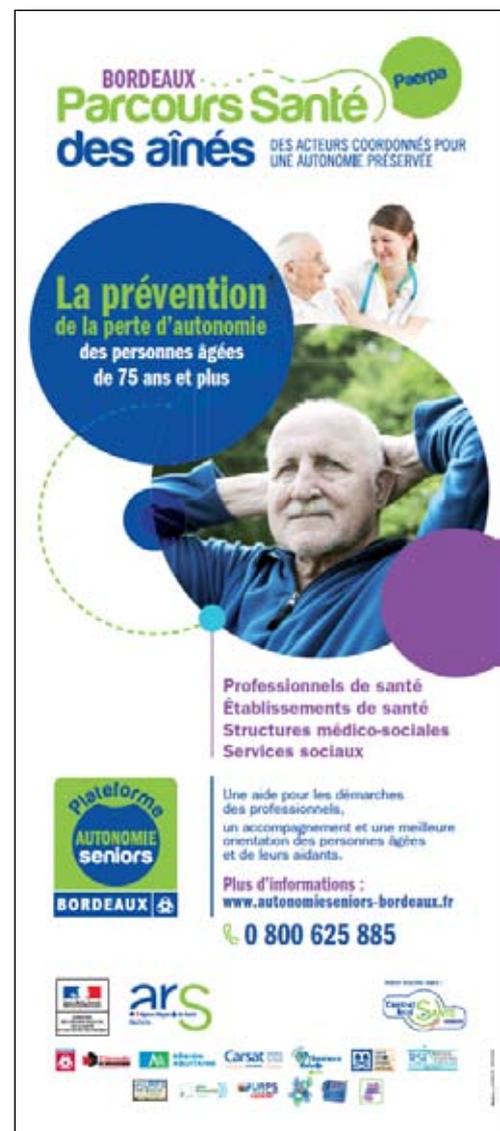
L'évaluation dans le service hospitalier, l'appel au médecin traitant et à la Plateforme a permis d'assurer à Lilie un séjour en EHPAD relai avec une surveillance infirmière 24H/24 et un retour à domicile sécurisé.

Les supports d'information

**La Plateforme
autonomie seniors**
www.autonomieseniors-bordeaux.fr



**Un flyer de présentation
de la plateforme**



Kakémono

