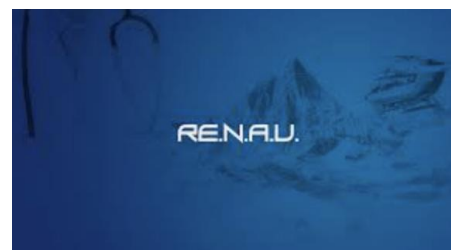


## Les filières Orthogériatriques

### Le modèle péri-opératoire du CHU Grenoble Alpes



**16 juin 2022**

**Dr DREVET Sabine**

Unité d'Orthogériatrie

Service de Chirurgie Orthopédique Pr Tonetti  
CHU Grenoble Alpes



*Conflit aucun, intérêts beaucoup*

# Finalité de l'Orthogériatrie

« La finalité de cette organisation multimodale et multiprofessionnelle est la remise en condition **physique, psychologique et sociale** du patient âgé victime d'une fracture grave »

HAS, Orthogériatrie et fracture de hanche, 2017

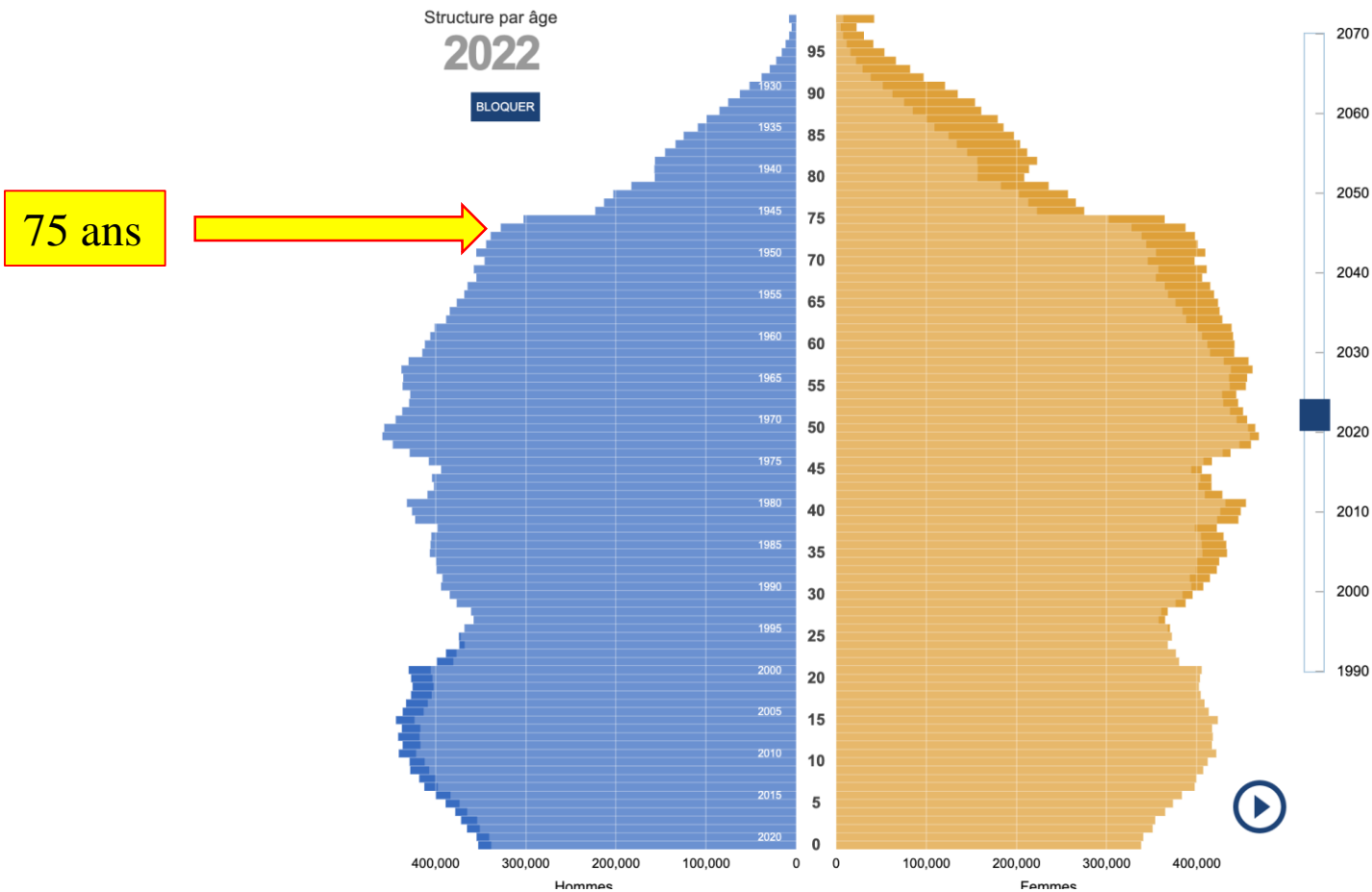
# Finalité de l'Orthogériatrie

« La finalité de cette organisation multimodale et multiprofessionnelle est la remise en condition **physique, psychologique et sociale** du patient âgé victime d'une fracture grave »

HAS, Orthogériatrie et fracture de hanche, 2017

Chute sur.... compliquée de.....

# Les projections démographiques



Depuis 2020, en **France**

+ 200 000 personnes > 75 ans / an

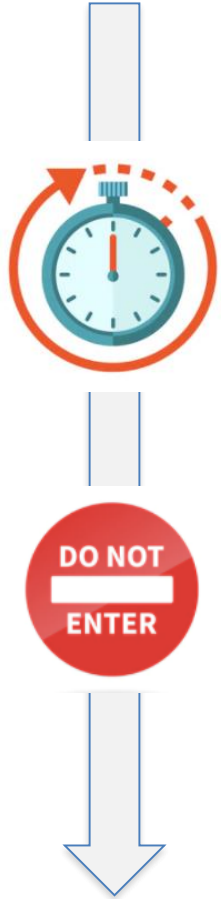
Par rapport à 2020, Auvergne Rhône Alpes

+ 23 000 > 75 ans /an

10 fois plus que les années précédentes

<https://www.insee.fr/fr/outil-interactif>

# Hétérogénéité



## Robuste (65%)

Autonome sans comorbidité majeure ni syndrome gériatrique  
Réserves fonctionnelles peu modifiées



## Fragile (25%)

Diminution des réserves  
À risque de décompensation / syndrome gériatrique

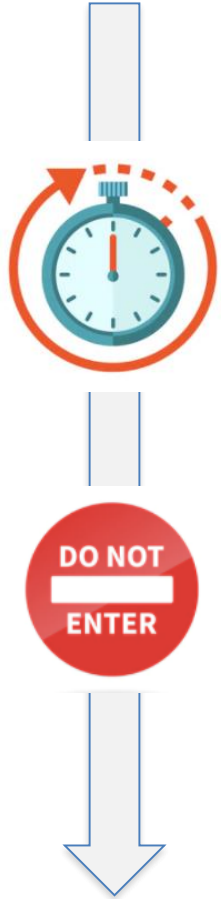


## Polypathologique dépendant (10%)

Impossibilité partielle ou totale d'effectuer sans aide, les activités de la vie qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales et de s'adapter à son environnement



# 3 profils 3 enjeux



**Robuste (65%)**

→ Ad integrum

**Fragile (25%)**

→ Réversibilité

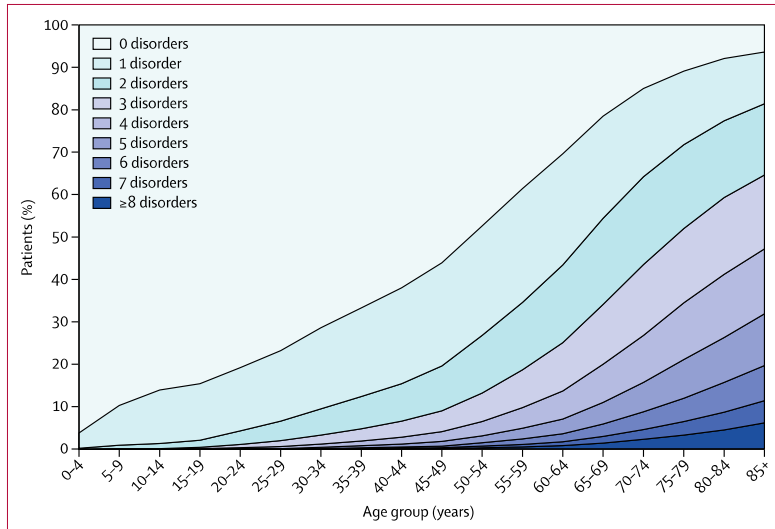
**Polypathologique dépendant (10%)**

→ Restauration du statut antérieur

→ Éviter les réhospitalisations

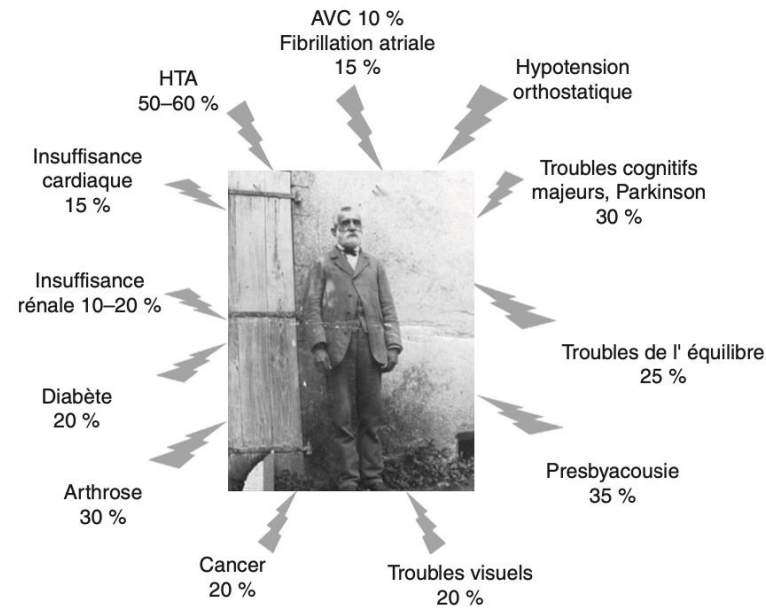


# 1- Les comorbidités

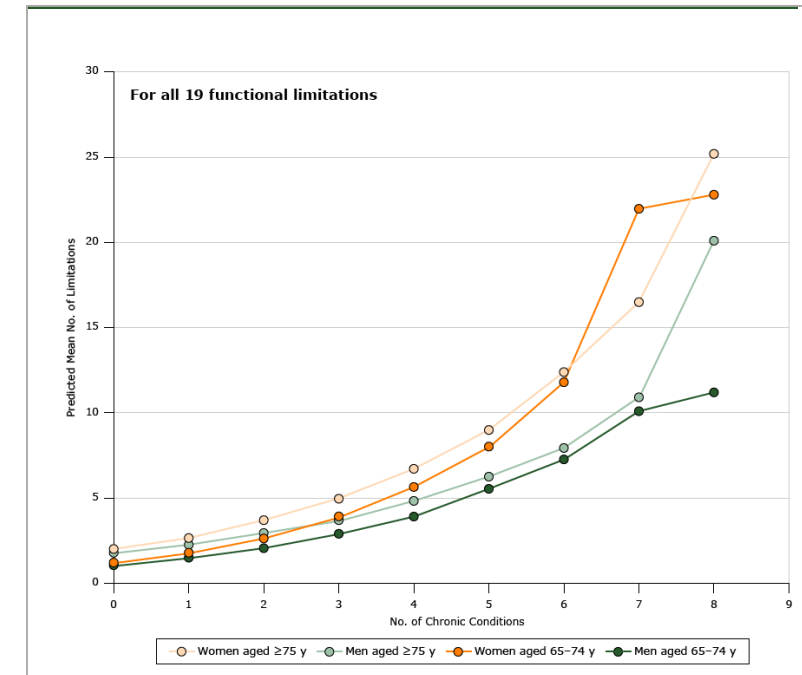


Barnett K, Lancet, 2012

Age	0-24	25-44	45-64	65-84	> 85
Nombre moyen de comorbidités	0,16	0,50	1,18	2,60	3,62



Boddaert J, Anesthesiology, 2014



Jindai K, Prev Chronic Dis, 2016

Co-morbidités → Dépendance



# La réalité: les comorbidités non connues – kiff du gériatre

= Constituer un facteur de risque d'un chute

Valvulopathie ? HPN ? Démence à Corps de Lewy ?

= Remporter le pronostic

⇒ Modifier l'orientation thérapeutique

Néo ? AOMI ? Malnutrition ? SLA ?

= Impacter la compliance au traitement

Troubles cognitifs – Park (déglutition)

= Son traitement être en risque d'interaction médicamenteuse

Polymédication/risque hémorragique

= Impacter la tolérance du traitement

Abord veineux

**Hierarchisation  
Individualisation**

# Cause ou conséquence de chute?



Chute sujet âgé. S.Drevet

# La réalité: les comorbidités non connues – kiff du gériatre

= Constituer un facteur de risque d'un chute

Valvulopathie ? HPN ? Démence à Corps de Lewy ?

= Remporter le pronostic

⇒ Modifier l'orientation thérapeutique

Néo ? SLA ? Malnutrition ? AOMI ?

= Impacter la compliance au traitement

Troubles cognitifs – Park (déglutition)

= Son traitement être en risque d'interaction médicamenteuse

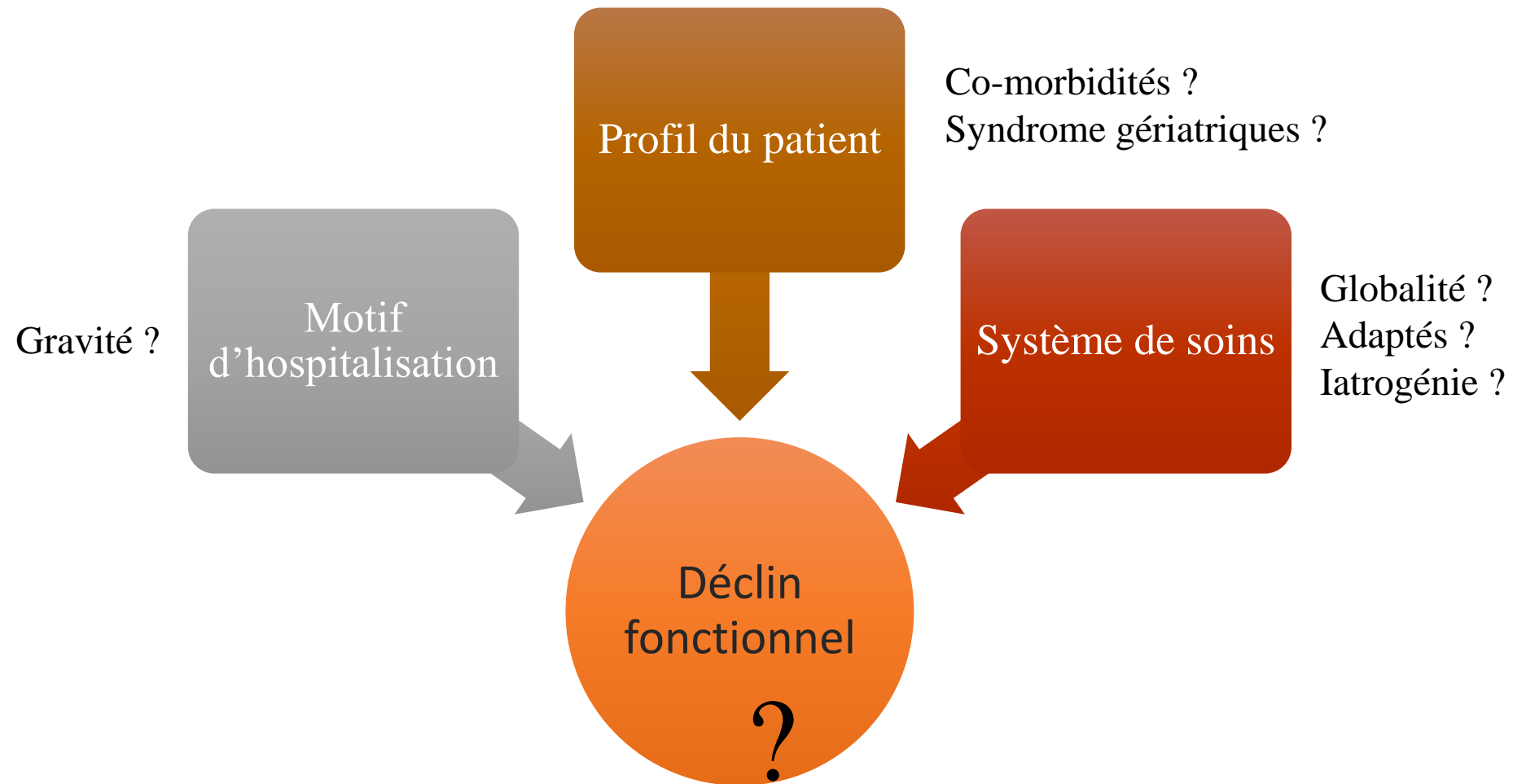
Polymédication/risque hémorragique

= Impacter la tolérance du traitement

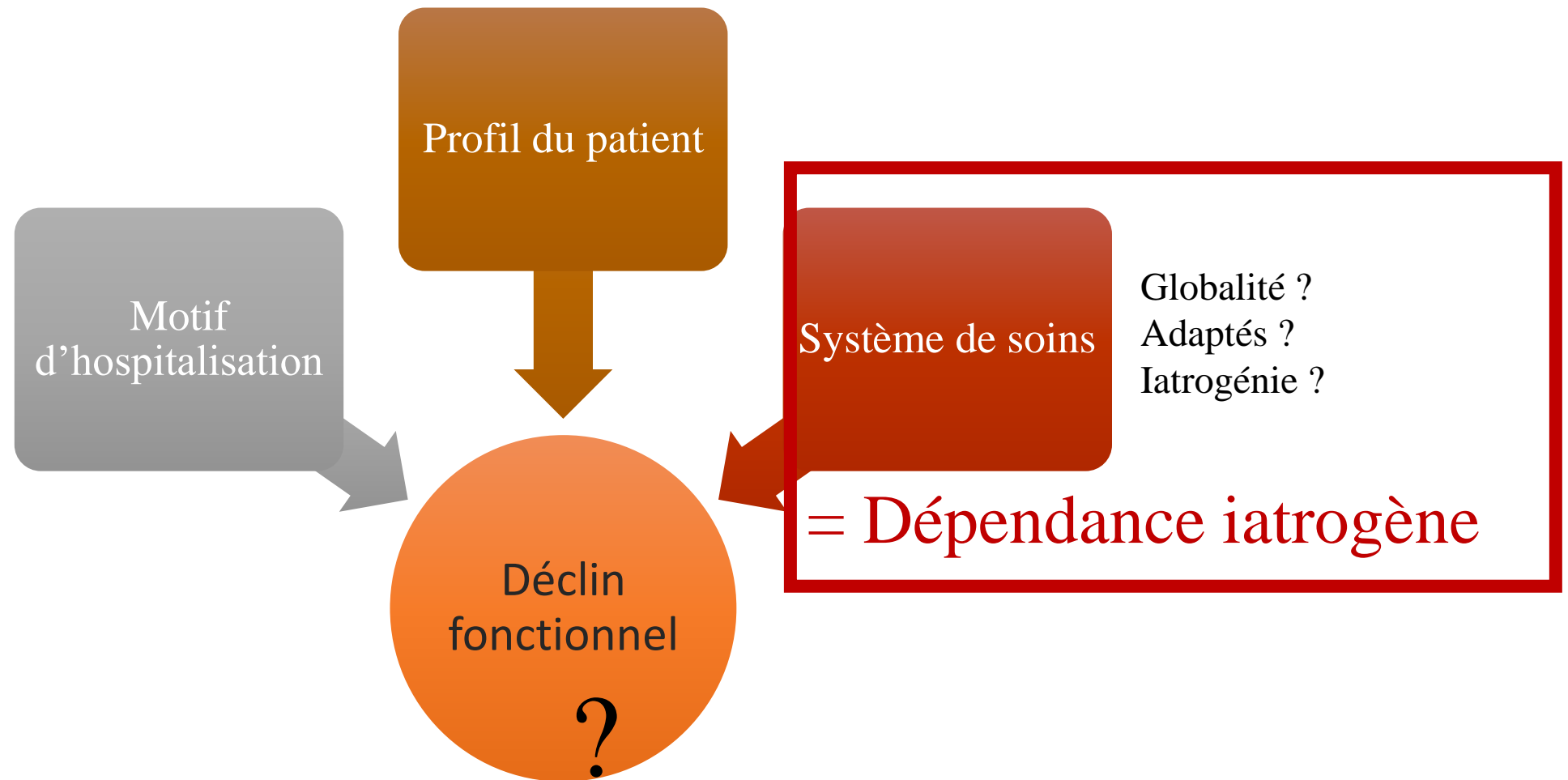
Abord veineux

**Hierarchisation  
Individualisation**

## 2- La dépendance liée à l'hospitalisation: 30-60%



## 2- La dépendance liée à l'hospitalisation: 30-60%



## Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

### 6 Causes de dépendance liée aux soins

Immobilisation

Confusion

Dénutrition

Chutes

Incontinence urinaire

Iatrogénie

Dépistage  
Suivi  
Traitement

Déclin  
fonctionnel  
?

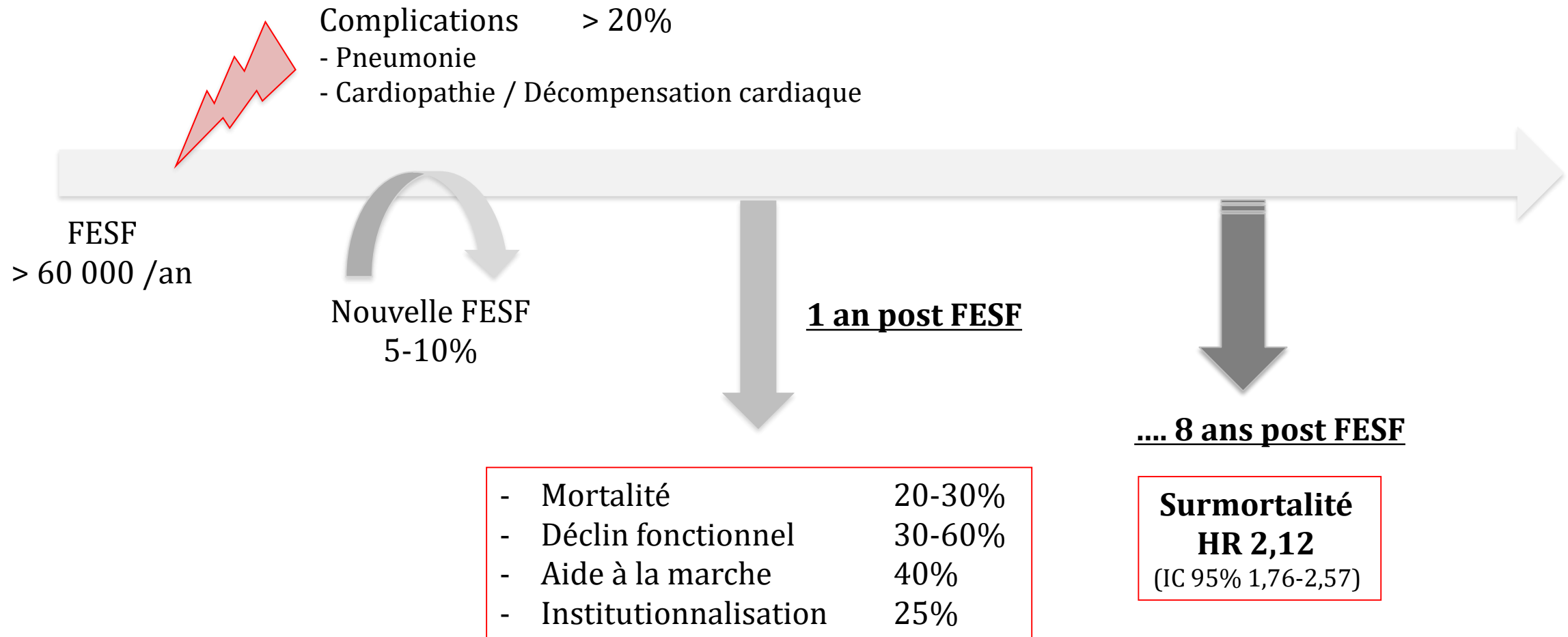
Système de  
soins

Globalité ?  
Adaptés ?  
Iatrogénie ?

= Dépendance iatrogène

Évitable à 80%

# Les chiffres clés de la FESF



Chirurgien

Anesthésiste

Gériatre

Mortalité

Impact  
du délai préopératoire  
des comorbidités

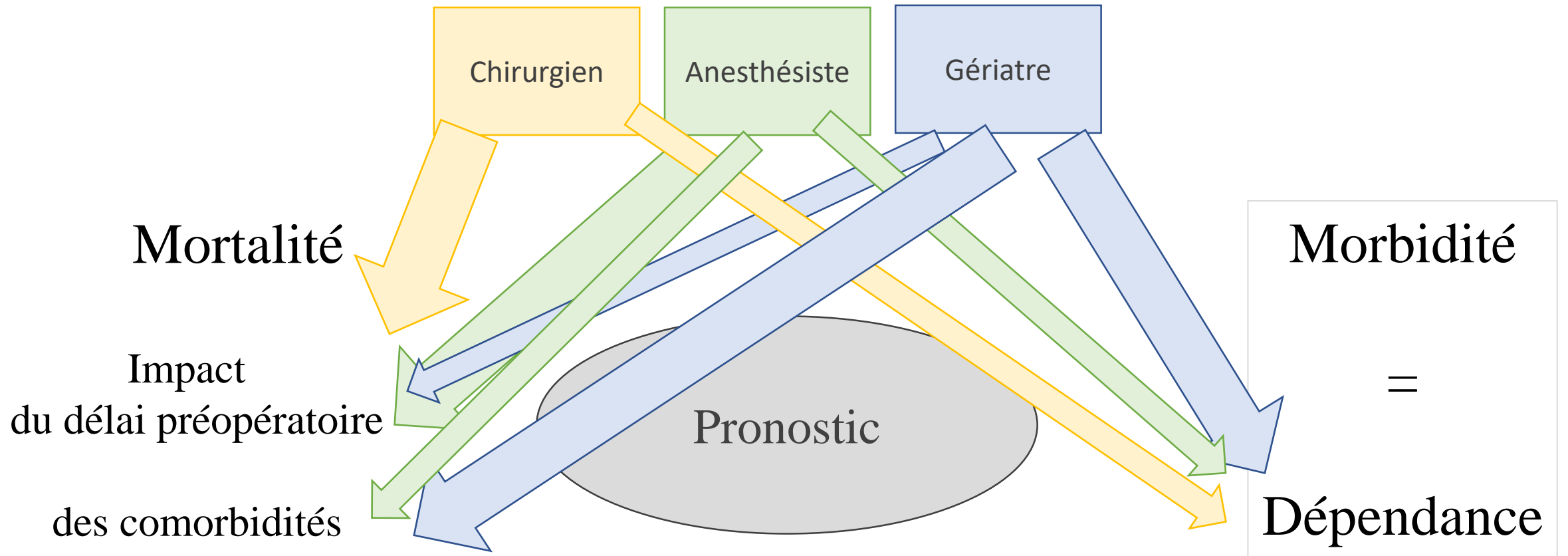
Pronostic

Morbidité

=

Dépendance





Complémentarité des prises en charge

—

Optimiser les compétences de chacun

# Les organisations Orthogériatriques

1. Unité d'orthopédie conventionnelle avec appel si nécessaire à une équipe mobile de gériatrie intrahospitalière
2. Unité d'orthopédie avec la visite quotidienne de l'unité mobile de gériatrie
3. Unité d'orthopédie avec intervention directe d'un gériatre appartenant au staff de l'unité
4. Unité de gériatrie avec intervention au sein de l'unité de chirurgiens et d'anesthésistes

Délai pré-opératoire (<48h)	OR 2.62; CI 95% 1.40 - 4.91	Baroni M, 2019
Mortalité intra-hospitalière	RR 0.60; CI 95% 0.43, - 0.84	Grigoryan KV, 2014
Complications post opératoires		Van Heghe, 2022
Déclin fonctionnel		Prestmo A, 2015; Boddaert J, 2014
Durée de séjour	- 1,5 jour	Van Heghe, 2022; Adunsky; Kammerlander
Mortalité à 1 an	OR 0,86; CI 95% 0,76 - 0,97	Van Heghe, 2022; Folbert EC, 2017
Réhospitalisations	RR 0,40; CI 95% 0,23 – 0,70	Boddaert J, 2014
Institutionnalisations		

# Création d'un modèle Orthogériatrique PERI-opératoire

*Dr SDrevet, Dr CBioteau, Pr GGavazzi, Pr JTonetti, Dr JGreze, Pr PBouzat*



## CHU Grenoble Alpes

2100 lits et places

Trauma center



## 16 lits péri-opératoire en Service de Chirurgie Orthopédique

**>75 ans, fracturés à opérer**

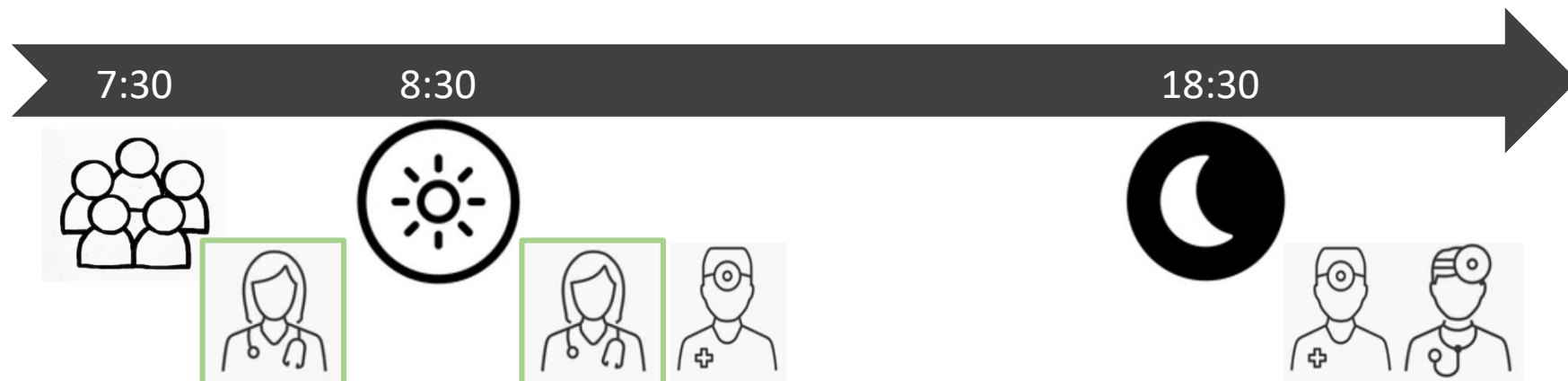
Co-management 7/7 – Responsabilité partagée

Chirurgien / Anesthésiste / Gériatre / Paramédicaux

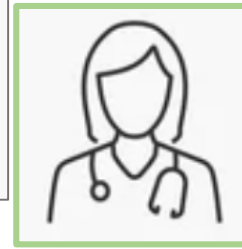
# Orthopaedic Ward 2015



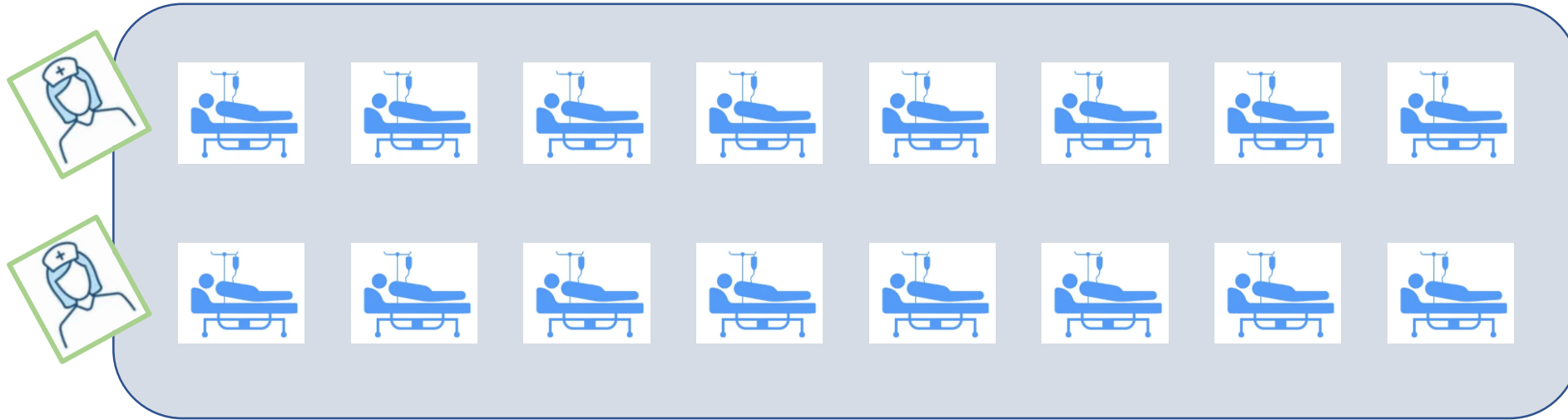
- 8 lits au sein de l'unité d'orthopédie
- continuité des soins sans les gériatres



# OrthoGeriatric Ward 2018



- unité dédiée – équipe dédiée – 16 lits
- continuité des soins avec gériatres



# OrthoGeriatric Ward 2019



+ visite quotidienne anesthésique / filière



# Le quotidien du Gériatre en Orthogériatrie

“du global”

- Comanagement péri-opératoire de la Fracture depuis entrée → sortie
- Bilan étiologique de chute: Facteurs précipitants + prédisposants modifiables + complications
- Bilan étiologique de la fracture +/- Prise en charge de l'Ostéoporose
- Bilan des Comorbidités, hiérarchisation – Conciliation médicamenteuse
- Dépistage et Prévention des syndromes gériatriques
- Prévention de la dépendance iatrogène - Réadaptation précoce
- Evaluation Gériatrique Standardisée
- Graduation de soins
- Prise en charge globale – psychologique et sociale
- Coordination multidisciplinaire des acteurs
- Inscription du patient dans un parcours = Finalisation

# Structuration collective

## Charte de fonctionnement Unité d'ortho gériatrie, UF 5781

Date	13.05.2019
Rédaction	S. Drevet, C. Bioteau
Groupe de travail initial	Prs J. Tonetti, G. Gavazzi, P. Bouzat  Drs C. Bioteau, G. Kerschbaumer, S. Drevet, D. Anglade.  Dr Greze
Transmise à	Equipes de chirurgie, de gériatrie, d'anesthésie.  Mme Brevet, Mme Richaud, Mme Teppa, Mme Passavant, Mr Gay
Objet	Mise à jour de la charte de 2019 avec <u>protocolisation</u> conjointe avec les anesthésistes

## Modalités d'admission en Orthogériatrie CHUGA d'un patient en SSR extra-CHUGA

Validation Juin 2018: Pr Tonetti, Pr Gavazzi, Dr Bioteau, Dr Drevet

Ré-admission en Orthogériatrie

Si complication chirurgicale d'un patient  
initialement hospitalisé au 3<sup>ème</sup> B

## Arrêt cardio-respiratoire en Orthogériatrie

Version 1.  
Décembre 2021

Auteurs : S. Drevet ; J. Grèze  
Validé par : C. Bioteau, L. Allan-Pattoglia, G. Gavazzi, N. Mitha, N. Zerhouni, J. Tonetti. Anesthésistes du bloc des urgences et du bloc de chirurgie Orthopédique.

CHU Grenoble Alpes - Avril 2020

« Fiche d'aide à la graduation des soins et à l'orientation d'un patient âgé en cas d'événement médical aigu grave »

### PARTIE 1 : PROCÉDURE LÉGALE

Ce document synthétise la réflexion de projet de soins de M, Mme ..... né le ....  
Il est élaboré sous la responsabilité d'un médecin thésé, le Choisissez un élément.  
Ce document constitue une aide pour les soignants et médecins de garde, quant à la conduite à tenir en cas d'événement aigu. La volonté du patient doit être respectée au mieux. Le médecin de garde reste juge de ses décisions face à la situation qui se présente.  
Une réévaluation régulière est indispensable.

## FICHE REFLEXE DECHOCAGE BLOC DES URGENCES

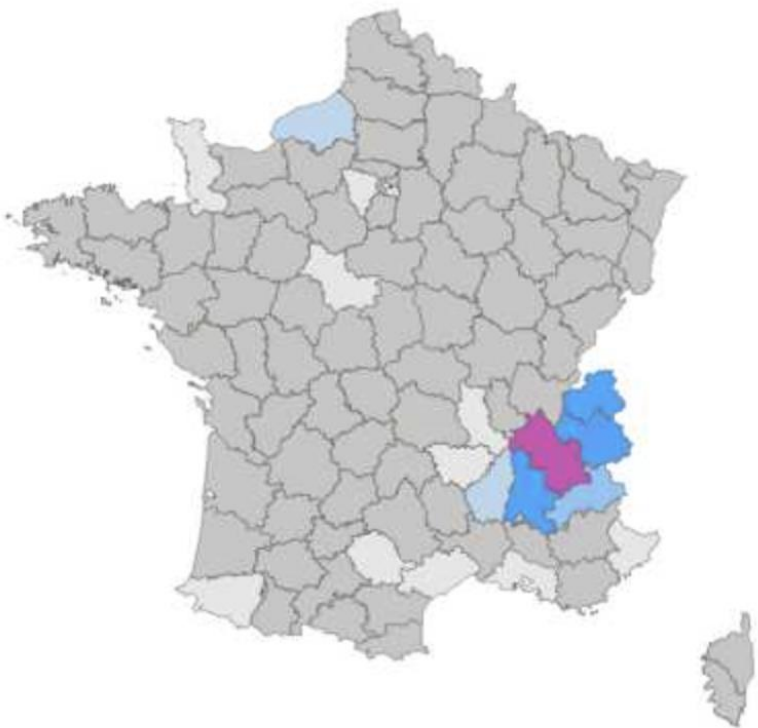


## PRISE EN CHARGE DE L'ANEMIE PERI OPERATOIRE

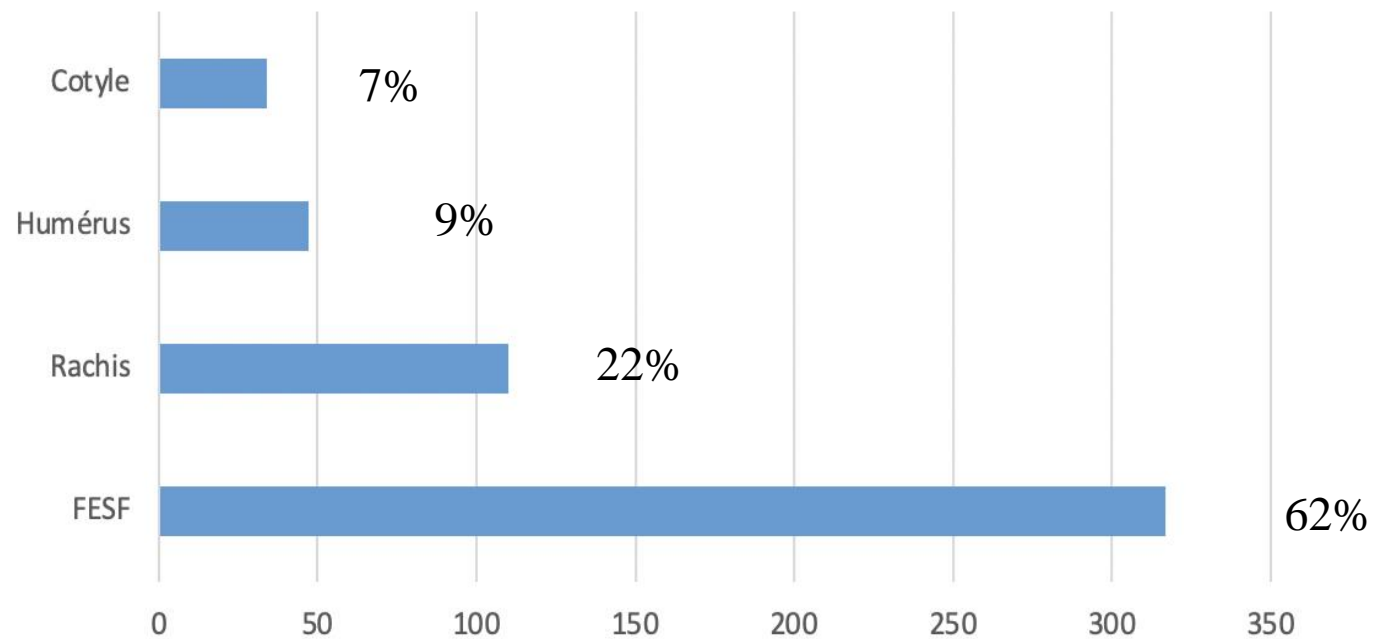
Version 1  
Septembre 2020

Auteurs : Dr V.PASQUIER / Dr M.DUPUIS  
Validation :





### Séjours par type de fracture



01-01-2020 à mars 2022

		2020	2021	2022
Modalité d'entrée				
	Urgences	70%	69%	62%
	Transfert	18%	6%	15%
	Directe	12%	25%	23%
DMS		10,5 j	9,9 j	11,6 j
Sévérité séjour				
	Forte	67%	46%	59%
	Très forte	19%	16%	8%
Destination de sortie				



# Evolution du délai pré-opératoire

	Total	1 <sup>st</sup> period	2 <sup>nd</sup> period	3 <sup>rd</sup> period	p
Delay in hours	59.46(+46.9)/44 [24,76]	58.41 (+43.6)/45 [27,73]	66.46 (+52.5)/50 [24,97]	39.03 (+24.8)/34 [22,44]	0.013

Data are expressed in numbers (%), means (+/- standard deviation), and medians [25-75 percentile].

80% dans les 48h



Co-management à 3 têtes

# THM

## Chute sur... compliquée de ...

Hétérogénéité des profils

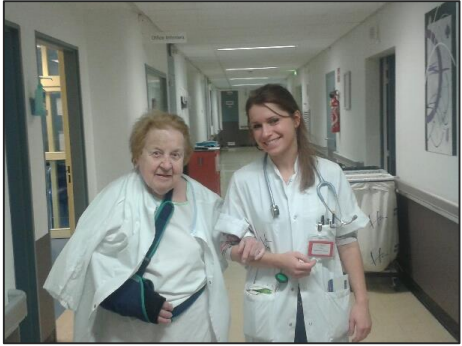
Comorbidités – Dépendance - Prévention

Comanagement - Coordination - Communication

Complémentarité – Optimiser compétences de chacun

Finalisation de parcours

Perspectives ...+++++



Merci de votre attention  
A votre écoute pour des questions...

Sabine Drevet & Catherine Bioteau

Orthogériatrie CHUGA

[sdrevet@chu-grenoble.fr](mailto:sdrevet@chu-grenoble.fr)



Les Plus	Les moins
Qualité prise en charge	Charge en soin
Présence médicale – visite mixte quotidienne	Perte d'autonomie des soignants
Valorisation des séjours	Patients médicaux > chirurgicaux
Communication famille - Plaintes = 0	Persévérance éprouvée
Satisfaction des SSR	
Maitrise des réseaux d'aval	
Valeurs communes: confiance, respect, collégialité, persévérance	
Soutien de l'administration	