

# Une prise en charge gériatrique en orthopédie

Pour répondre aux besoins des patients fragiles, une équipe mobile médico-soignante intervient de manière proactive aux urgences et dans les unités stationnaires. Le but? Eviter la perte d'autonomie.

PAR BRIGITTE REBETZ



Gérialte, le Dr Joao Gabriel De Carvalho consacre l'essentiel de son temps au chevet des patients hospitalisés en orthopédie-traumatologie. GUILLAUME PERRET / LUNDI13

Près de «66% des patients hospitalisés en orthopédie ont plus de 65 ans, c'est la norme aujourd'hui. Cela veut dire qu'il y a un véritable besoin d'offrir en parallèle un suivi gériatrique pour traiter les comorbidités et éviter des complications.» Médecin et chef de clinique du Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNE), le Dr Joao Gabriel De Carvalho consacre l'essentiel de son temps au chevet des patients hospitalisés en orthopédie traumatologie. Une approche qui permet de prendre en charge les patients fragiles dans leur globalité.

«Quand des patients octogénaires sont admis dans notre service, ils arrivent avec tous leurs traitements et souvent des comorbidités, diabète ou hypertension par exemple», relate le Dr Guillaume Racloz, médecin-chef du Département d'orthopédie-traumatologie. «Le suivi gériatrique permettra de déterminer pourquoi une personne a chuté, si elle souffre de dénutrition, de démence... Il permet aussi une meilleure prise en charge postopératoire.»

Evoluant au sein d'une unité de liaison gériatrique, le Dr Carvalho s'intéresse à l'état général des malades âgés, en examinant différents paramètres. Il peut ainsi détecter des problèmes tels qu'anémie, troubles cognitifs ou de la coagulation, difficultés à marcher, maladies chroniques, insuffisance cardiaque ou rénale, dénutrition, pour n'en citer que quelques-uns...

Le but est d'éviter que l'autonomie du patient ne se dégrade pendant le séjour hospitalier. «C'est un travail d'équipe», relève le médecin, qui fait régulièrement appel à d'autres ressources, comme des diététiciennes, physiothérapeutes ou ergothérapeutes.

## Colloques interdisciplinaires

Le gérialte travaille en étroite collaboration avec ses collègues orthopédistes de l'hôpital Portalès, à Neuchâtel. Il participe aux colloques médicaux où les échanges sur les patients sont interdisciplinaires. De l'admission à la sortie, les rôles de chacun sont déterminés, mais les décisions prises ensemble. «Nous devons établir par exemple s'il faut arrêter un traitement avant la chirurgie. Ou

évaluer si une opération sera bénéfique pour le patient ou pas. Au colloque, il nous arrive aussi de prendre des décisions d'ordre palliatif», explique-t-il.

«Par exemple, si une patiente en situation terminale souffre d'une hanche déféctueuse. Est-il judicieux d'opérer ou non? En pareil cas, l'opération viserait un but antalgique – et non fonctionnel – car la personne n'est plus en état de marcher. Nous devons évaluer si la douleur est telle qu'il faut opérer. Et nous demander si l'intervention risque de péjorer son état: les conséquences seraient-elles pires que le statu quo?» A noter que ce cas de figure s'est présenté deux fois au cours de l'année écoulée: l'équipe a opté pour l'opération dans l'un, mais pas dans l'autre.

Il arrive que des patients plus jeunes hospitalisés dans le Département d'orthopédie-traumatologie nécessitent un suivi pour cause de diabète (réglage de l'insuline notamment), d'hypertension, de cancer ou autres traitements. Ils sont eux aussi vus par le Dr Carvalho, formé à la médecine interne générale. Qui précise toutefois qu'il «ne se substitue pas aux spécialistes: lorsqu'un

patient a besoin d'une évaluation cardiaque, je fais venir le cardiologue!»

## Etre proactif

Pour améliorer le parcours des malades vulnérables à l'hôpital, l'équipe mobile médico-soignante (GSPmob) intervient de manière proactive aux urgences et dans l'ensemble des unités stationnaires. Selon la clinicienne spécialisée en gériatrie Corinne Wirth, «le but est de détecter les personnes à risque pour réduire leurs atteintes fonctionnelles et fournir un appui aux équipes en première ligne». En surveillant le flux des arrivées aux urgences, les membres de l'unité peuvent identifier ces personnes et aller à leur rencontre.

«Il est important de déceler ces patients en amont, car ils ont une propension à perdre leur autonomie rapidement. Si leur fragilité n'est pas prise en compte, leur état se dégrade assez vite», explique le Dr Carvalho. Et l'infirmière clinicienne de relever que cette prise en charge permet non seulement d'éviter des complications, mais qu'elle est économiquement intéressante. «Au bout du compte, elle se traduit par une réduction de la durée du séjour hospita-

## «Gagner du temps pour maintenir l'autonomie»

Pour superviser les patients fragiles dans les plus brefs délais, les Départements d'orthopédie-traumatologie et de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs du RHNE ont décidé de mettre leurs compétences en commun il y a dix-huit mois. Raison pour laquelle le Dr De Carvalho, médecin chef de clinique du service de gériatrie, effectue un bilan de l'état général des personnes potentiellement vulnérables, en parallèle à la prise en charge par les orthopédistes. Parce qu'une fracture peut mener à une décompensation et, du coup, rompre un équilibre de vie fragile.

«Si l'on prend l'exemple d'une fracture du col du fémur, problème récurrent chez les seniors, nous nous chargeons de l'opération tandis que le gérialte fera un screening global sur les reins, l'ostéoporose, la nutrition, le cœur, la démence, etc.», expose le Dr Guillaume Racloz, médecin-chef du Département d'orthopédie-traumatologie. «La médication additionnée aux douleurs et l'alitement vont rapidement augmenter la morbidité. C'est pourquoi nous traitons ces patients le plus vite possible.»

«On met en place des systèmes de détection à différentes étapes pour déceler la survenue de problèmes, infections urinaires ou insuffisance rénale par exemple», résume l'orthopédiste. «Le but c'est de gagner du temps sur tout le parcours patient pour maintenir l'autonomie.» Une fois l'opération faite, le patient sera évalué pour la suite de la réhabilitation et le retour à domicile.

lier, des complications et du nombre de réadmissions.» Lorsque l'hospitalisation touche à sa fin, l'équipe mobile de gériatrie participe à la discussion au sujet de l'orientation des patients, avec une planification à court et moyen terme. Structure de convalescence, unité de réadaptation, établissement médico-social, retour à domicile... Il s'agit de déterminer quel sera le parcours le plus adapté. «Nous examinons la situation avec l'assistante sociale et la case manager», rapporte le gérialte, «pour nous assurer que le patient aille au bon endroit.»

  
Le suivi gériatrique permet aussi une meilleure prise en charge postopératoire.»

GUILLAUME RACLOZ  
MÉDECIN-CHEF DU DÉPARTEMENT  
D'ORTHOPÉDIE-TRAUMATOLOGIE

**66%**

des patients hospitalisés en orthopédie ont plus de 65 ans.