

## PRIORITÉ À L'INTERDISCIPLINARITÉ DES SOINS

### L'HISTOIRE

Le 3 juin 2019, Joëlle, une femme âgée de 80 ans, arrive aux urgences suite à une chute à son domicile. Joëlle présente quelques antécédents médicaux, notamment une cardiopathie ischémique, une hypertension et du diabète. Aux urgences, un scanner au niveau du bassin et du crâne a été réalisé. Celui-ci a mis en évidence une fracture de la hanche gauche. Aucun signe d'hémorragie n'a été détecté. Les résultats de laboratoire étaient également normaux (sang, électrolytes, fonction rénale).

Suite à ces résultats, l'équipe d'urgence décide de transférer la patiente vers le service d'orthopédie. Après bilan, l'orthopédiste de l'unité indique le traitement chirurgical. L'opération, initialement prévue le lendemain (4 juin) a été retardée de 3 jours en raison de plusieurs cas d'urgence et de l'indisponibilité du chirurgien. Aucune prophylaxie veineuse n'est prescrite à la patiente.

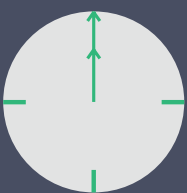
Le 7 juin, Joëlle est finalement opérée. L'intervention se déroule sans complication. Quelques jours après, Joëlle est de retour à son

domicile.

Plusieurs semaines après sa sortie, Joëlle se représente aux urgences suite à de fortes douleurs thoraciques et une difficulté à respirer. Une embolie pulmonaire est détectée. Un traitement anticoagulant est tout de suite prescrit. Malheureusement, suite aux complications liées à l'embolie pulmonaire, Joëlle ne récupéra pas ses capacités fonctionnelles antérieures. Après discussion avec la famille de la patiente, il sera décidé que celle-ci sera transférée dans une maison de repos.

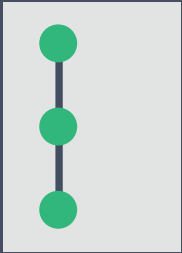
### L'ANALYSE

Les fractures de la hanche sont fréquentes chez les personnes âgées, avec un risque estimé de 6% chez les hommes et de 18% chez les femmes. En Belgique, 15.000 personnes âgées sont victimes de cette fracture chaque année. Le pronostic vital peut être engagé. Dans cette catégorie de patients, le décès est la complication la plus fréquente et la plus grave (10% à un mois et de 25 à 30% endéans l'année). Le pronostic fonctionnel est également souvent engagé avec seulement un tiers des patients qui retrouvent leur autonomie antérieure. Ces conséquences peuvent être améliorées par une chirurgie précoce (au plus tard dans les 48 heures qui suivent la survenue de la fracture), une gestion interdisciplinaire et coordonnée de la prise en charge du patient et une réhabilitation postopératoire adaptée.



Plusieurs études ont démontré qu'il est souhaitable **d'opérer les patients qui présentent une fracture de la hanche dans les 24 à 48 heures qui suivent le traumatisme**. Ce délai serait associé à une réduction des risques pour le patient. À l'inverse, un délai d'attente supérieur à 48 heures est associé à une augmentation de la mortalité et des complications postopératoires. Une méta-analyse réalisée en 2018, incluant 31.242 patients âgés de 60 ans ou plus, a révélé que ceux opérés dans les 48 heures présentaient moins de complications postopératoires (exemples : pneumonie, infections urinaires, escarres et évènements thromboemboliques) et une mortalité à un an 20% inférieure comparée aux patients opérés après 48 heures. En raison de leur fréquence et de leur faible mortalité intra-hospitalière, ces fractures sont souvent banalisées et considérées comme non prioritaires dans les agendas du bloc opératoire.

Parallèlement au délai de la procédure chirurgicale, deux autres interventions systémiques permettent d'améliorer la prise en charge de patients présentant une fracture de la hanche : la mise en œuvre d'un protocole standardisé et la mise en place d'une approche interdisciplinaire des soins.



La **mise en œuvre d'un protocole standardisé de soins** permet, grâce à l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes, de réduire la variabilité des soins, d'établir des objectifs/attentes pour l'équipe soignante et d'améliorer la qualité des soins, de l'admission à la sortie du patient. Ce protocole doit être rédigé et créé en collaboration avec tous les professionnels impliqués, directement ou indirectement, dans les soins du patient (médecine interne et/ou gériatrie, orthopédie, médecine d'urgence, radiologie, cardiologie, anesthésiologie, soins infirmiers, services sociaux et physiothérapie). Ce protocole contient les lignes directrices pour l'évaluation préopératoire, les délais d'attente pour l'intervention chirurgicale, la gestion de la douleur, la prévention du délirium, le traitement anticoagulant préopératoire et postopératoire, la mobilisation précoce et les soins après la sortie du patient.



La deuxième intervention au niveau systémique est la mise en place d'une **approche interdisciplinaire de la prise en charge des patients**. Ce modèle de soins, dit orthogériatrique, intègre dans l'approche chirurgicale du patient, une évaluation gériatrique pré- et postopératoire. Il s'agit d'un modèle de soins intégrés se reposant sur le co-management du patient par le chirurgien et le gériatre/interniste, tout en s'appuyant sur une équipe multidisciplinaire, notamment l'infirmier, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le diététicien et l'assistant social. Le co-management entre orthopédistes et gériatres débouche sur des échanges répétés, des décisions partagées et la mise en place de protocoles de prise en charge évolutifs en fonction des résultats obtenus. Des études ont montré que ce modèle de prise en charge semble avoir des résultats prometteurs, notamment à travers une amélioration du score fonctionnel, une diminution de la durée de séjour et de la mortalité. D'autres études ont également montré une réduction de l'incidence des thromboses veineuses, des pneumonies, des septicémies, et des réadmissions aux soins intensifs.

#### Pour en savoir plus :

Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury*. 2018;49:1458-1460.

Klestil T, Röder C, Stotter C, et al. Impact of timing of surgery in elderly hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2018;8:13933.

Anthony CA, Duchman KR, Bedard NA, et al. Hip fractures: appropriate timing to operative intervention. *J Arthroplasty*. 2017;32:3314-3318.

Fisher AA, Davis MW, Rubenach SE, Sivakumaran S, Smith PN, Budge MM. Outcomes for older patients with hip fractures: the impact of orthopedic and geriatric medicine cocare. *J Orthop Trauma*. 2006;20:172-180.

Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1476-1482.

Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström M, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J Rehabil Med*. 2007;39:232-238.

Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Trauma*. 2014;28:e49-e55.