

ANNEXE 2

Principes d'organisation de la trajectoire de soins des patients âgés chuteurs et de l'orthogériatrie

TEXTES REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

REGLEMENTATION

- Article L1110-12 du Code de la Santé Publique relative à l'équipe de soins
- Art. L1411-1 du Code de la Santé Publique relative à la politique de santé
- Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- Instruction DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique

RECOMMANDATIONS DE REFERENCE

- « ma santé 2022 »
- Rapport Libault « grand âge autonomie » mars 2019
- Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES, mai 2005
- Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, recommandations HAS, avril 2009
- Orthogériatrie et fracture de la hanche, fiche points clés, HAS, juin 2017.
- La douleur chronique post-opératoire, Livre blanc de la douleur 2017, Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)
- Réactualisation de la recommandation sur la douleur post-opératoire, SFAR, juin 2016
- Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant, recommandation SFAR, 2008

CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS VISÉES

La finalité de la trajectoire de soins aux patients âgés chuteurs et à l'orthogériatrie est d'être une organisation multimodale et multiprofessionnelle optimisée pour anticiper les complications possibles, réduire la morbi-mortalité et préserver l'indépendance fonctionnelle du patient.

Sous le terme d'orthogériatrie, on regroupe tout ce qui concerne directement les soins péri-opératoires, le traitement chirurgical, la réadaptation et la prévention secondaire fracturaire de la personne âgée lorsque cette dernière est hospitalisée pour une fracture ou une autre affection relevant de la chirurgie orthopédique, dès lors que les gériatres sont intervenants de la filière.

La présente réflexion concerne non seulement l'orthogériatrie mais également la prise en soins des patients âgés chuteurs ou à haut risque de chute sans fracture connue.

1. Les prises en charge aux urgences des patients chuteurs

Les éléments de l'annexe sur les urgences sont valables dans ce chapitre.

Repérage des équipes d'urgences

- mise en place de système d'alerte de repérage des patients chuteurs quel que soit le motif de passage aux urgences ;
- instauration de critères de repérage des patients nécessitant l'intervention de la gériatrie.

Intervention des EMG aux urgences

Pour tout sujet âgé de plus de 75 ans adressé pour chute aux urgences, l'intervention d'un gériatre est justifiée quelle que soit la temporalité.

Le rôle des EMG est fixé dans la circulaire gériatrique de 2007 et le guide MIGAC.

Formation et acculturation des urgences

L'EMG ou le pôle de gériatrie organise avec les urgentistes la formation des équipes. A cette fin des outils peuvent être déployés ou créés.

2. Des évaluations approfondies multifactorielles en hospitalisation de jour

L'ensemble des protocoles et organisations devront respecter les recommandations de la HAS de 2009 sur l'évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées et la circulaire frontière sur l'HDJ.

Objectifs généraux des évaluations en HDJ

- prévenir le risque de chutes et les conséquences liées aux chutes ;
- être une alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

Interventions proposées

Évaluation par une équipe spécialisée et formée à la prise en charge des personnes gériatriques. Cette équipe est en capacité de :

- identifier les facteurs de risque de chute et les facteurs de gravité en cas de chute,
- proposer des recommandations pour corriger les facteurs de risques de chute identifiés,
- suivre à 6 mois ces recommandations,
- orienter si nécessaire le patient vers la structure la plus adaptée (CLIC, réseau de santé gériatrique de territoire, ESPRAD, HJ SSR, SSR, Hospitalisation complète, HAD...),

- prendre en charge les patients présentant :
 - o des troubles cognitifs ou une maladie de la mémoire,
 - o une perte d'autonomie associée.

Qualités des intervenants

Les évaluations approfondies des chutes sont organisées en hospitalisation de jour de médecine et sont en mesure, selon les besoins du patient, de faire intervenir en sus du gériatre coordonnateur les professionnels suivants :

- kinésithérapeute,
- ergothérapeute,
- assistante sociale,
- diététicienne,
- IDE,
- aide-soignante,
- et, de façon facultative : psychomotricien et psychologue

Les effectifs doivent être adaptés aux types de bilans proposés et aux profils des patients accueillis et si possible des expertises médicales (médecin de médecine physique et réadaptation et/ou neurologue).

Mode de déroulement d'une évaluation approfondie

L'adressage des patients est préconisé à l'issue :

- d'une consultation gériatrique ou de MPR,
- d'une évaluation gériatrique lors d'une hospitalisation conventionnelle,
- d'une expertise par le réseau de santé gériatrique ou une équipe mobile,
- d'une EGS simplifiée réalisée par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur.

L'organisation de l'hospitalisation de jour doit permettre, quand c'est nécessaire, d'évaluer la personne dans un environnement ayant des similitudes avec un domicile et d'observer la personne lors de repas.

Un dossier est constitué pour chaque patient avec au minimum :

- un recueil de données commun standardisé, réalisé de préférence par un IDE ayant une expérience ou formé à la gériatrie ;
- une utilisation d'outils standardisés dont au moins MMS, ADL, Get up and go test, station unipodale, life space assesment, échelle adaptée d'évaluation de la douleur ;
- les synthèses de la (ou des) consultations médicales et des bilans paramédicaux ;
- un compte rendu dactylographié ou manuscrit est remis au patient le jour même, après synthèse du gériatre coordonnateur en fin d'hôpital de jour ;
- un courrier complet est adressé dans les 8 jours suivant l'hospitalisation de jour au médecin traitant, aux autres médecins correspondants et au patient, sauf s'il ne le souhaite pas. Il énonce les facteurs de risque retrouvés et les recommandations de façon explicite à la fin du courrier avec priorisation discutée avec le patient.

CONDITIONS DE FINANCEMENT DE L'HDJ :

La tarification des séjours en hospitalisation de jour a connu plusieurs modifications de périmètre.

L'arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, est entré en application le 1^{er} mars 2020. Il modifie sensiblement les critères de prise en charge entrant dans la facturation de l'hospitalisation de jour. La circulaire dite « frontière » de 2010 doit prochainement être remplacée par une instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoire, qui viendra préciser les éléments intégrés dans l'arrêté du 28 février 2020.

3. L'organisation d'une unité péri-opératoire de gériatrie (UPOG)

Objectifs généraux

- optimiser le parcours de soins pour réduire les délais opératoires à 24-48 heures ;
- assurer une mobilisation et une rééducation précoces postopératoires ;
- prévenir :
 - o les complications et décompensations durant l'hospitalisation ;
 - o la perte d'indépendance fonctionnelle des patients en agissant sur la récupération et la lutte contre la dépendance iatrogène ;
 - o une nouvelle fracture.

Interventions proposées

- évaluer au cas par cas le rapport bénéfice/risque de la chirurgie chez les patients fragiles ayant un état médical instable en préopératoire ;
- évaluer le patient, au mieux dans les 24 heures post-opératoires, en s'aidant de l'expertise gériatrique ;
- proposer une mobilisation immédiate post-opératoire et une rééducation individualisée multidisciplinaire.

Multidisciplinarité

L'intérêt d'une UPOG est de rassembler des compétences gériatriques médicales et paramédicales pour le bénéfice du patient d'orthopédie et de traumatologie.

Il est nécessaire que les équipes de l'UPOG soient formées, tant à la prise en charge orthopédique post opératoire qu'à la prise en charge gériatrique et notamment à la gestion du syndrome confusionnel (qui est présente chez 30 à 40 % des patients), en évitant au maximum le recours à la contention ou au traitement médicamenteux.

Organisation de l'unité

- soit l'organisation d'une UPOG structurée : unité individualisée en médecine gériatrique ou en chirurgie comportant 6 à 10 lits ;
- soit à défaut des lits dédiés en chirurgie permettant le regroupement de compétences.

Les protocoles et le fonctionnement respectent la fiche point clé de la HAS sur l'orthogériatrie de 2017. La présence d'un temps de gériatre dédié à l'UPOG est nécessaire.

4. Planifier et ou organiser la sortie d'hospitalisation

Elaborer des protocoles avec les professionnels et dispositifs existants sur le territoire pour :

- organiser la sortie précocement, au mieux dès le début de l'hospitalisation ;
- évaluer et adapter l'environnement humain et matériel au domicile du patient en lien avec les dispositifs existants sur le territoire (EMRR, dispositifs de coordination, ergothérapeute, réseau ou équipe mobile...) ;
- choisir les modalités de rééducation en accord avec le patient, sa famille et le médecin traitant dès le début de l'hospitalisation :
 - o retour dans le lieu de vie dans les 48 heures postopératoires, pour les patients médicalement stables, avec des fonctions cognitives suffisantes et capables de se mobiliser seuls, si l'environnement le permet par la kinésithérapie libérale ;
 - o transfert en service de soins de suite et de réadaptation adapté pour les patients le nécessitant ;
 - o mise en place d'une HAD selon ses différents modes de prise en charge (pansements complexes, rééducation, post-traitement chirurgical, sortie précoce de chirurgie,...).

Assurer une coordination ville-hôpital en sortie d'hospitalisation :

- transférer en temps réel les informations au médecin traitant et aux professionnels concernés (lettre de liaison, ordonnances de sortie, RDV de suivi) ;^[1]^[2]
- assurer la continuité des soins (notamment sur la réévaluation de la douleur après retour à domicile et sur la gestion du traitement analgésique) et la poursuite de la rééducation et/ou d'une activité physique adaptée supervisée ou non, en ville ;^[3] avec des protocoles construits avec les offres spécifiques de chaque territoire (dont HAD, EMRR, ESPRAD, SSIAD, réseau de santé et/ou gestion de cas en situation complexe).

Objectifs communs à l'ensemble des lieux d'hospitalisation et de consultation dans le parcours :

Evaluer, dépister, prévenir et/ou traiter si nécessaire :

- les risques de chutes et/ou leurs conséquences
- la douleur
- la carence en vitamine D
- l'ostéoporose
- la dénutrition

Ces objectifs doivent faire l'objet de formations des professionnels, d'outils et/ou d'indicateurs spécifiques dans le dossier médical, comme en EHPAD.

CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

1. Public visé

Les patients de 75 ans et plus, chuteurs ou à haut risque de chute, avec ou sans traumatisme, et les patients âgés fragiles (avec au moins 2 comorbidités et/ou déclin cognitif connu et/ou dépendance) hospitalisés en orthopédie/traumatologie.

2. Porteur : un ou plusieurs établissement(s) référent(s)

La réflexion est portée par un ou plusieurs établissements référents comme défini précédemment.

Les projets d'UPOG concerneront les établissements porteurs des trois unités ci-dessous :

- un service d'urgences,
- un service d'orthopédie-traumatologie,
- une filière gériatrique.

3. Organisation et fonctionnement interne aux établissements référents

L'orthogériatrie et/ou la prise en charge des patients chuteurs impliquent les chirurgiens orthopédistes, les médecins anesthésistes, les gériatres, les urgentistes et les personnels soignants paramédicaux. Les spécialistes de médecine physique et réadaptation et les rhumatologues si présents dans l'établissement participent à la filière interne.

4. Les coopérations et partenariats

Dans le cadre de l'individualisation d'une trajectoire de soins aux patients âgés chuteurs et à l'orthogériatrie, il est nécessaire d'impliquer tous les acteurs du parcours de soins. Les différents sites autorisés en SSR et HAD seront associés au projet, de même que les professionnels de ville et les EHPAD.