



EXEMPLES DE PARCOURS DE SOINS HOSPITALIERS : URGENCES ET ORTHO-GÉRIATRIE

29/09/2025 - DR DOH SEBASTIEN GÉRIATRE HEH

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

L'INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT

www.chu-lyon.fr

CONTEXTE

- Une population âgée en très forte augmentation (polypathologie, troubles cognitifs)
 - En 2013, la population de 65 ou plus est de 17%
 - En 2027, elle sera de 23% (30% 2050)
- Un dispositif de soins insuffisamment adapté aux besoins des personnes âgées
 - progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés
 - Décompensation des pathologies en lien avec l'hospitalisation et au passage par les urgences
 - Aggravation de la dépendance et des durées de séjour
- D'où une nécessaire adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à laquelle le service public doit répondre par une offre reposant sur des exigences spécifiques de continuité des soins, d'accueil, de proximité et de qualité.

PARCOURS DE SOINS

- Imaginez une personne âgée au domicile...

Un parcours de soin complexe et labyrinthique

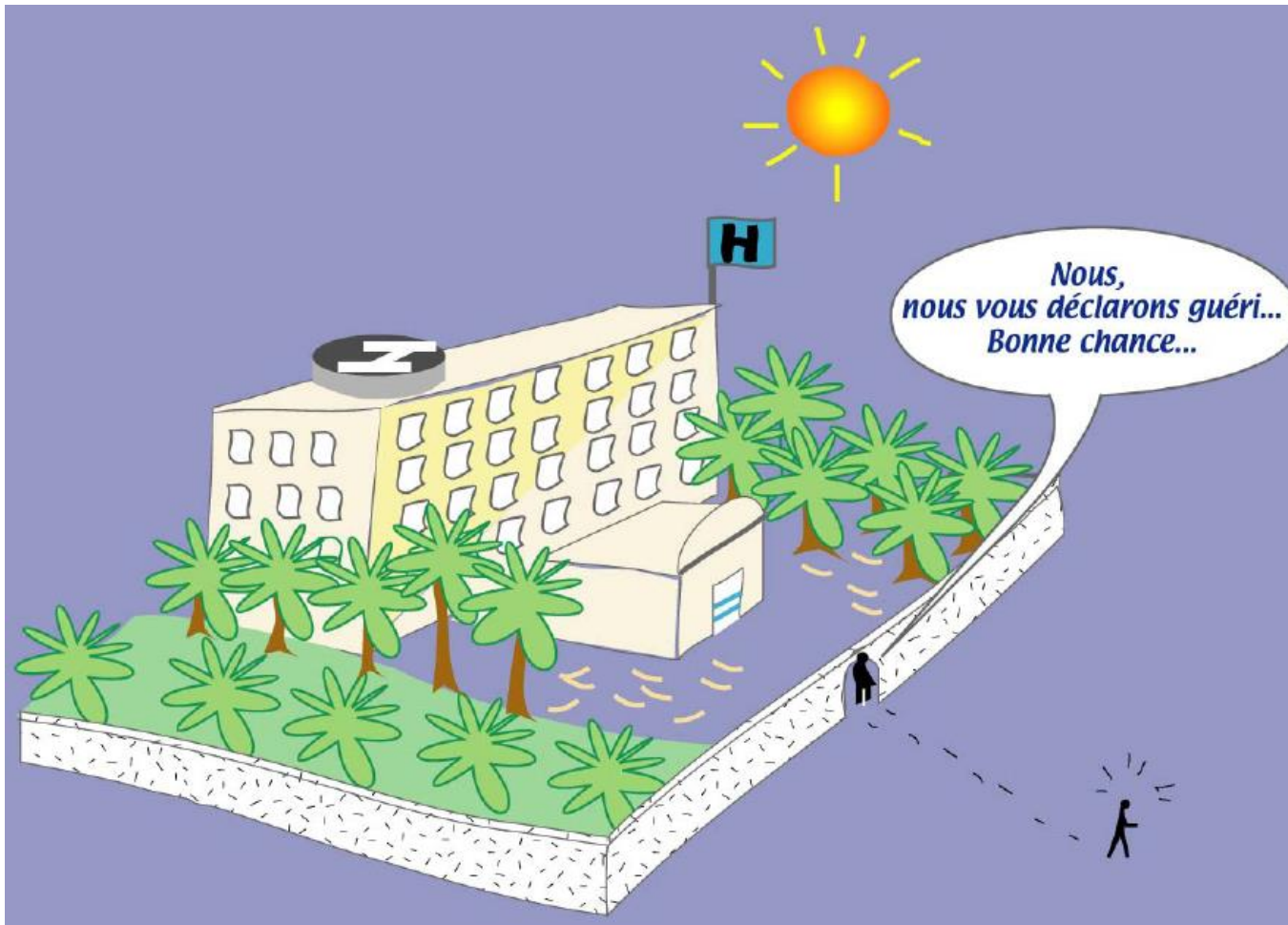
Un **patient atteint de Parkinson** peut voir jusqu'à **30 professionnels** et devoir gérer autant de rendez-vous, déplacements, etc.

Pour un AVC ce sont **13 à 24 professionnels**, **11** pour une maladie psychiatrique.



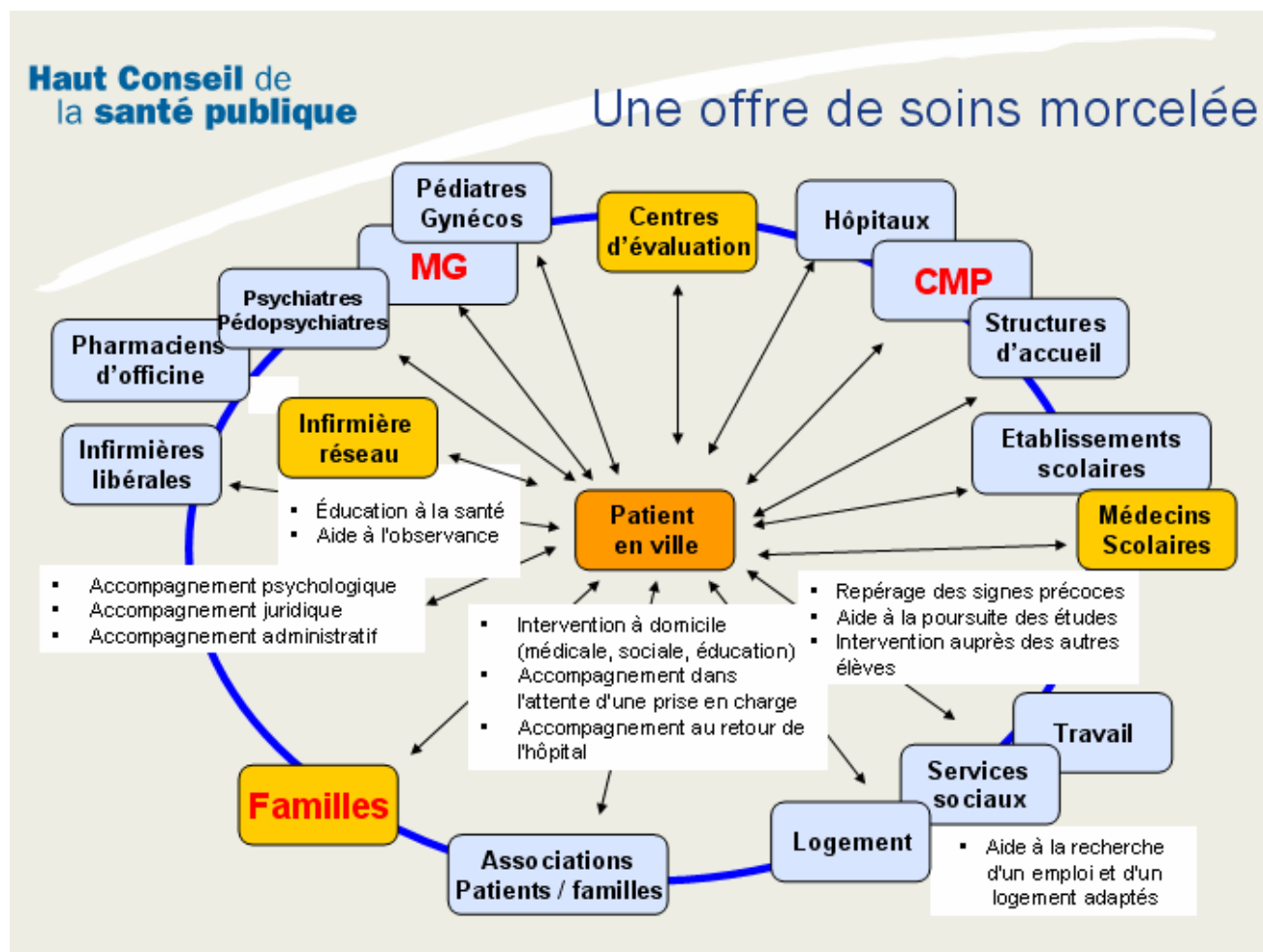
UN SYSTÈME CONSTRUIT AU FIL DES RÉFORMES

- Ou une personne âgée qui sort de l'hôpital...



UN SYSTÈME CONSTRUIT AU FIL DES RÉFORMES

- Caractérisé par un cout élevé et un fort cloisonnement



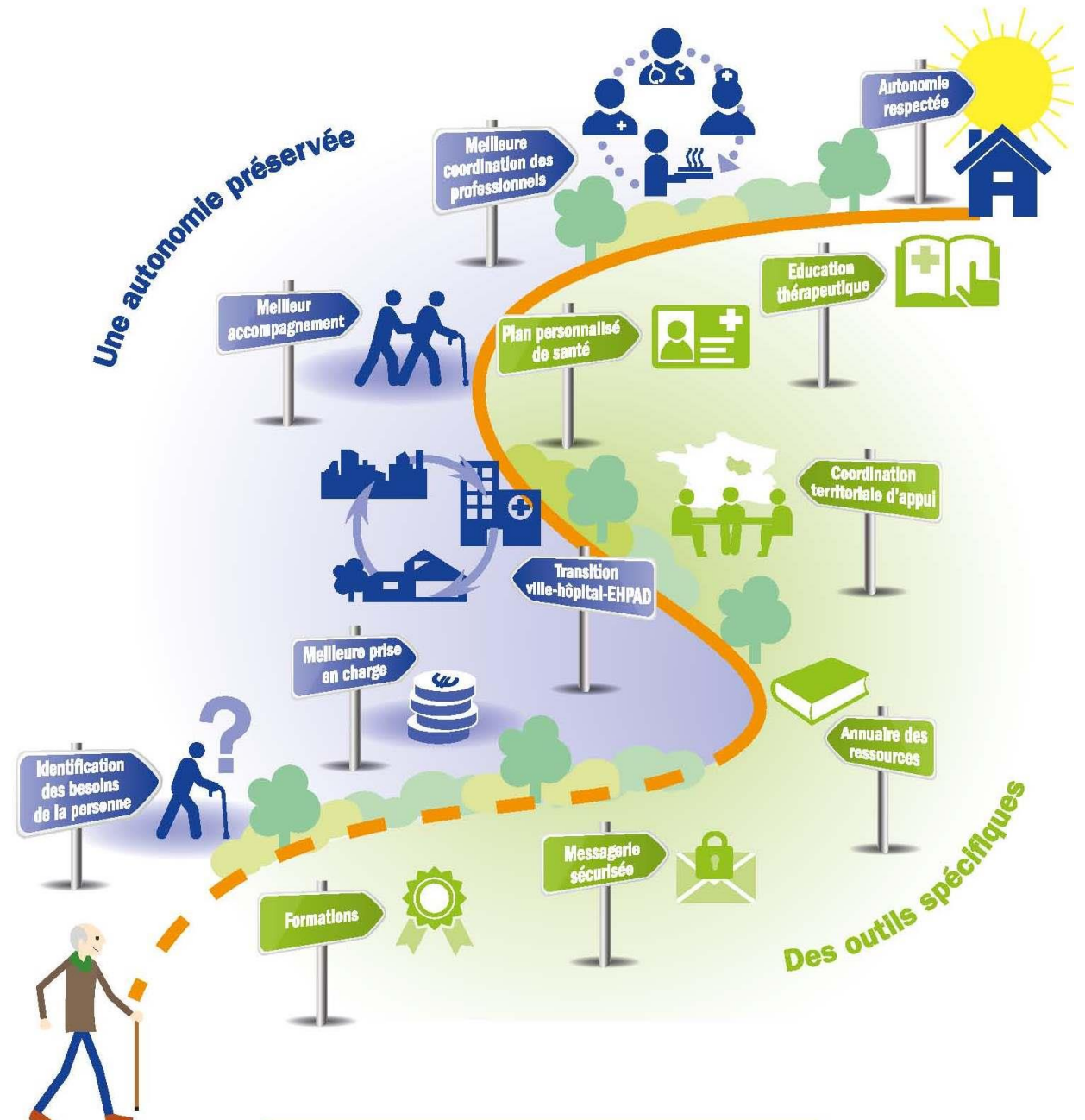
UN SYSTÈME CONSTRUIT AU FIL DES RÉFORMES

- Et donc une collaboration entre les acteurs « perfectible »



PARCOURS DE SOINS

«...C'est dorénavant à partir du parcours du patient âgé que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements... »

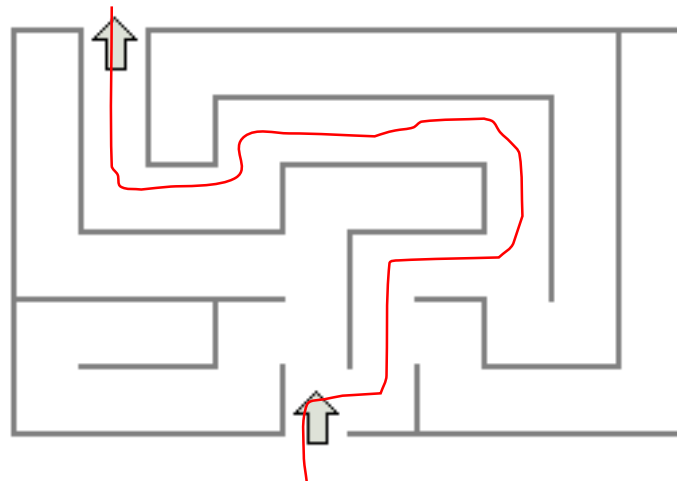
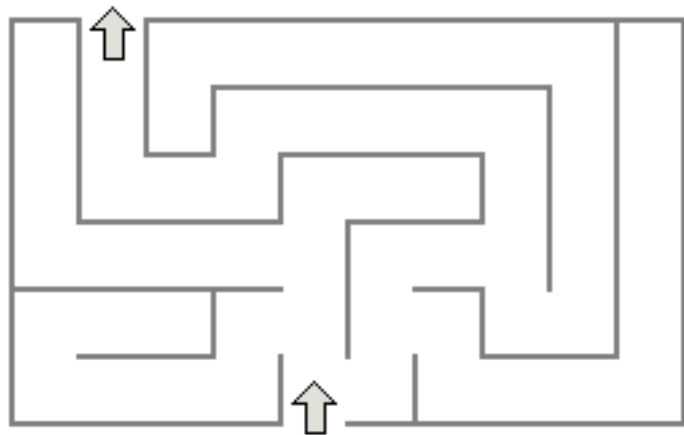


PARCOURS DE SOINS

=> juste enchainement des soins (consultations, examens, traitements...)

- Prise en charge transversale des patients (ville ↔ hôpital)
- Multiples intervenants: médecins, infirmiers, pharmaciens, kiné...
- Prise en charge sanitaire et sociales des patients

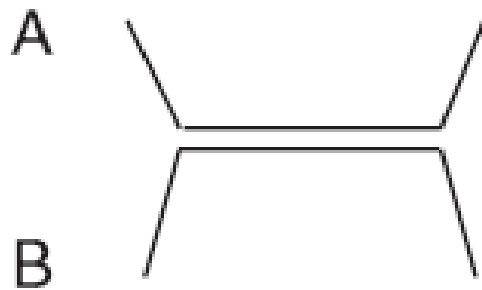
Optimisation des parcours de soins → structuration des systèmes de santé



ENJEUX

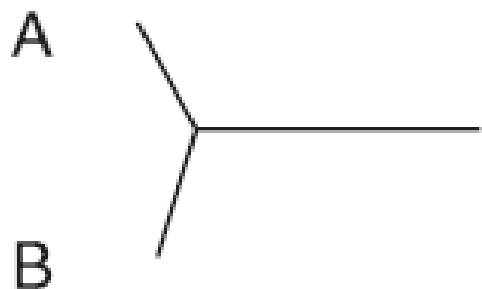
- Permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours **lisibles, accessibles, complets et de qualité**, pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins,
- Répondre à une recherche d'**équité et d'égalité d'accès** à la santé,
- Satisfaire la demande des **patients** et de leur **entourage** en **adaptant les soins et services** aux besoins de la population,
- **Fluidifier les prises en charge** par différents leviers,
- **Rationaliser** et améliorer l'**efficience** de l'ensemble de l'offre de soins et de santé.

VISION SYSTÉMIQUE



A *Multidisciplinary:*
Join together to
work on common problem,
split apart unchanged
when work is done.

B



C *Interdisciplinary:*
Join together to
work on common question or problem.
Interaction may forge a new
research field or discipline.

DÉFINITION DE FILIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUES

- La filière gériatrique a été défini/améliorée par trois textes:
 - Circulaire du 18 Mars 2002
 - Circulaire du 28 mars 2007
 - Plan solidarité grand âge 2007 2012
- Modalité d'organisation cohérente et graduée de soins gériatriques sur un territoire donné permettant de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé avec l'ensemble des acteurs concernés internes (CSG, SAU) et externes (DAC, EMG, EMMA, médecins libéraux...)
- Approche Parcours centrée sur les besoins de la personne: Faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment.

ORGANISATION DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE HOSPITALIERE

- Court séjour gériatrique (CSG)
- Soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR)
- Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique (HDJ)
- Équipe mobile gériatrique (EMG intra hospitalière et extra hospitalière)
- Hotline
- CUPPA

MISSIONS DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE HOSPITALIERE

- Assurer la prise en charge des patients en admission directe non programmée de préférence sans passer par les urgences (hotline)
- Procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique à la fois médicale psychologique et sociale
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologie associés déséquilibrées
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieurs et contribuer à leur organisation
- Participer à la diffusions de bonne pratiques gériatriques

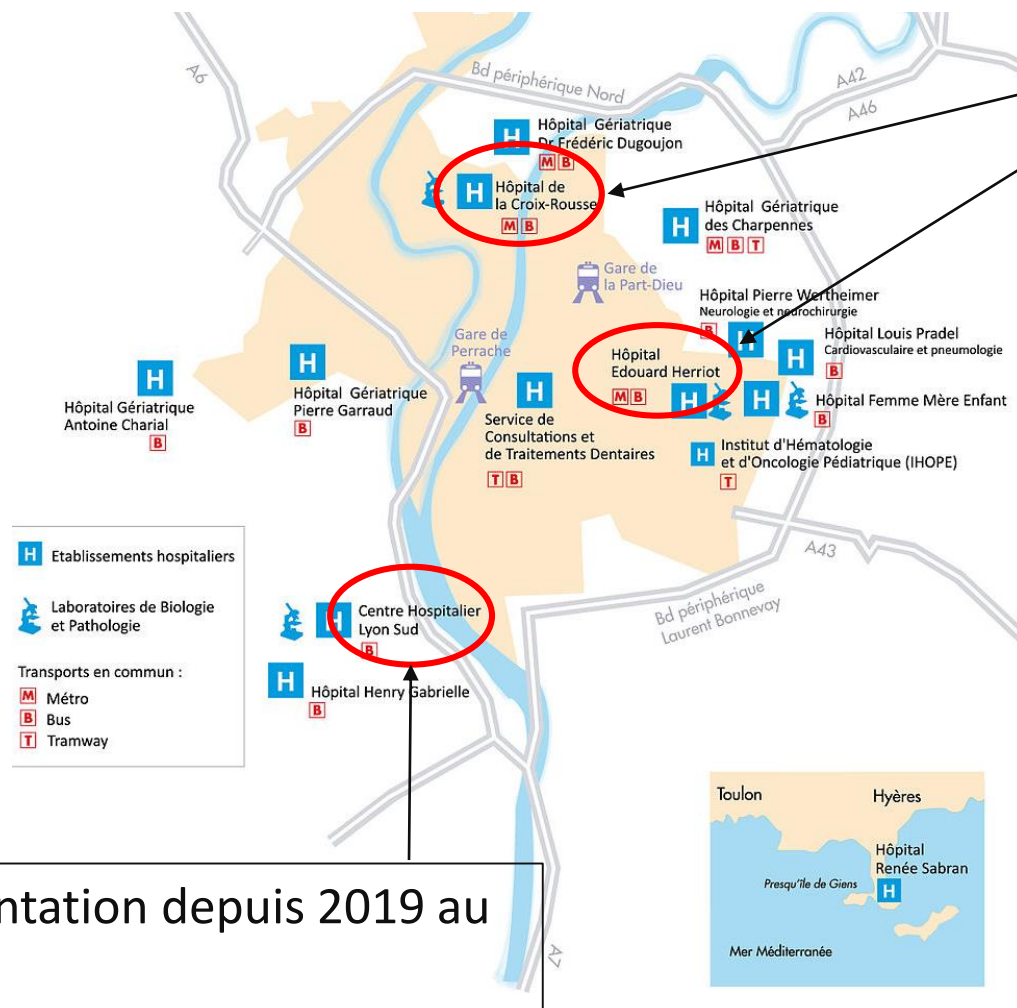


QU'EST CE QUE LA CUPPA?

- Cellule Gériatrique
- Intervient à l'accueil des urgences
- Travail en collaboration avec l'équipe des urgences
- Un maillon de la filière gériatrique
- Intervient en plus de la prise en charge actuelle au SAU
- Intervient en plus de l'activité de l'EMG à l'UHCD

CUPPA AUX HCL

Extension au GHC et GHN (déc 2021 et jan 2022)



2 ETP IDE (profil IPA) + 0,5 ETP gériatre:
Sous responsabilité du service de gériatrie
(cadre du court séjour et équipe mobile)

Expérimentation depuis 2019 au
GHS

OBJECTIFS PRINCIPAUX

Améliorer la prise en charge des personnes âgées sortant des urgences

Faire en sorte que le passage aux urgences d'une PA ne soit pas une fatalité mais une opportunité.

- Sécuriser les retours à domicile
- Limiter les hospitalisations inappropriées et les réhospitalisations non programmées
- Repérer les patients à risque qui ne sont pas habituellement adressés aux gériatres
- Aider à développer la « culture gériatrique » aux urgences, améliorer les conditions d'accueil, prévenir la iatrogénie hospitalière

OBJECTIFS SECONDAIRES

- Diminuer le délai d'attente aux urgences +/- diminuer le temps de prise en charge
- Améliorer le parcours intra-hospitalier HCL ou hors HCL
- Diminuer les durées de séjour des PA
- Augmenter les hospitalisations programmées en court séjour ou en HDJ

1. REPÉRAGE

Patients + 75 ans avec RAD envisagé/envisageable:
chuteur mais pas que...

19



Mme S. , 90 ans, a chuté par maladresse, pas TC, ni PC.

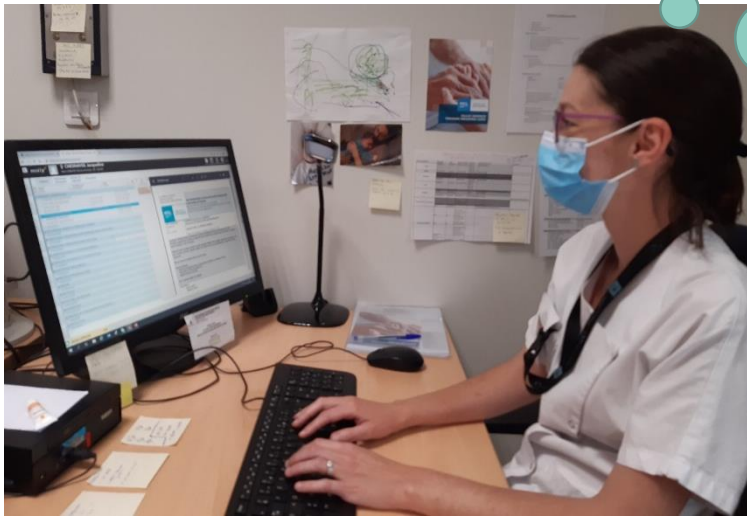
Patients restent sous la responsabilité de l'urgentiste (décision de
sortie/hospitalisation, prescription, examens complémentaires)

2. L'ENQUÊTE COMMENCE...

CUPPA 1

CUPPA 2

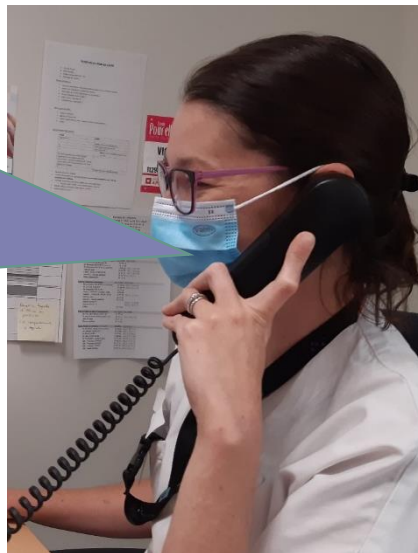
20



Parcours de soin antérieur
Antécédents-Traitements
Vaccination
Mode de vie
Autonomie habituelle
Aides

**ALLO entourage/
aides professionnelles**

Bonjour,
je suis une infirmière qui
s'occupe des patients
âgés aux urgences, ...



Vaccination, traitement et Antécédents vérifiés
Vit seule en maison
Veuve, un fils à la réunion/petits enfants (France)
ADL à 3/6, IADL à 4/8.

- Amie : courses et papiers
- Aide ménagère 1*/semaine

Vérification de l'histoire de la maladie...

Mise à jour
Contexte de
vie
ADL/IADL

3. ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

21



Aïe, j'ai mal aux fesses, j'ai
faim, j'ai soif et j'ai besoin
d'aller aux toilettes...



3. EVALUATION GÉRIATRIQUE

22

DOULEUR

SENSORIEL

NUTRITION

On s'occupe bien de moi ici,
je me sens rassurée



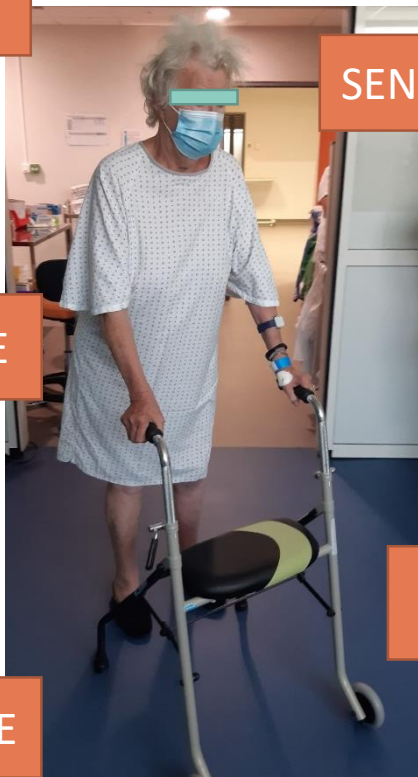
ETAT CUTANE

THYMIE/
SOMMEIL

COGNITION

LOCOMOTION

CONTINENCE



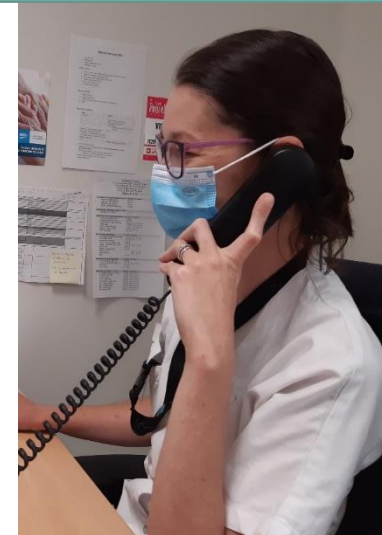
4. COMMUNICATION ET COORDINATION

23

Infirmière, aide-soignante et médecin du SAU



ALLO entourage/
aides professionnelles



- Prise en charge au SAU
- Recommandations gériatriques:
 - Chaussage+ kiné + déambulateur
 - Consultation chute
 - IDE *2/jour
 - AS
- Rappel téléphonique entre J1 et J5

5. FIN DE PRISE EN CHARGE AU SAU

CUPPA 1

CUPPA 2

CUPPA 3

24

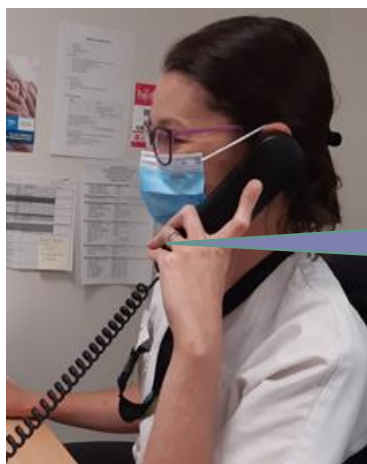


Je rentre chez moi rassurée,
On se soucie de moi
même après la sortie des urgences.



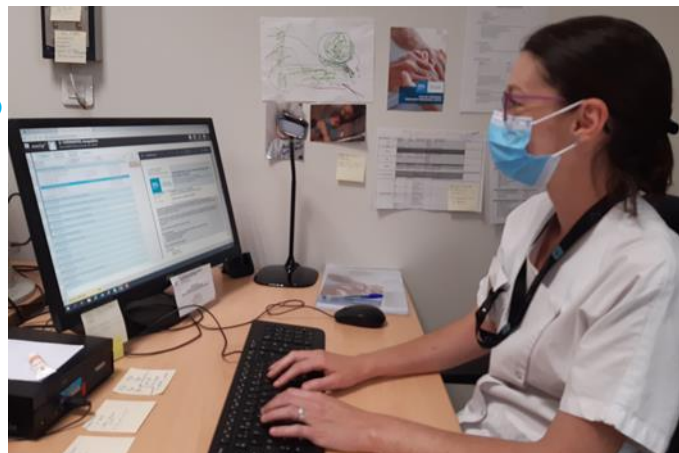
7. SUIVI ENTRE J1 ET J5

25



ALLO Patient / Entourage / Aides professionnelles

Prise de nouvelles
Suivi des recommandations
Rappel du RDV consultation chute

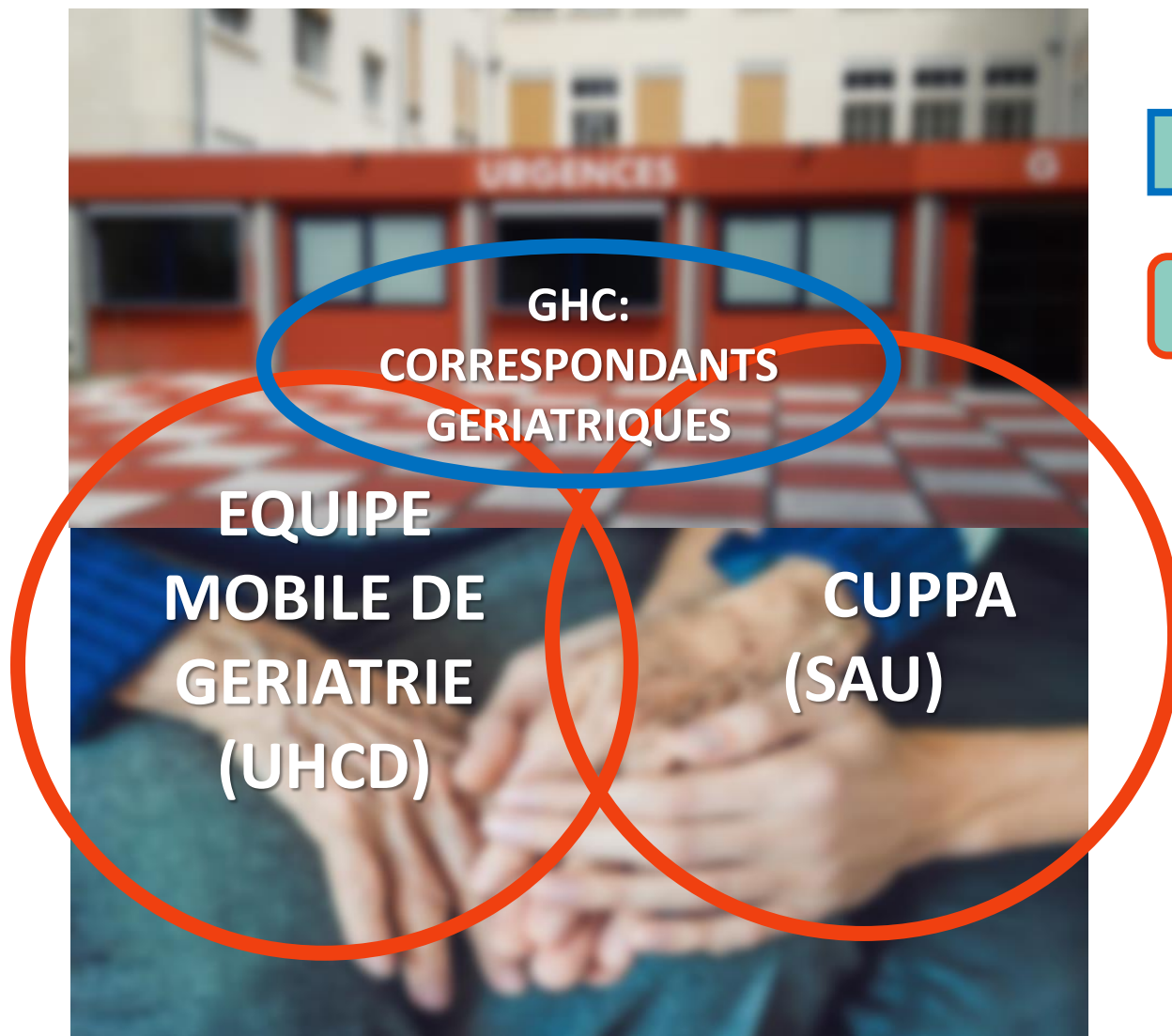


Envoi du compte rendu CUPPA au MT (via monsisra)

**COLLABORATION
URGENCES/ GÉRIATRIE**

=

**DÉVELOPPEMENT DES BONNES
PRATIQUES GÉRIATRIQUES
AU SAU**



Assistante sociale SAU

Consultations G rapide

Hospitalisation G
programmée

Renforcement
Liens ville-hôpital

QUELS PARCOURS AU SEIN DU GHC ?

- Consultations médicales spécifiques :
 - 11 consultations / semaine de semi-urgence sur le pavillon K
 - 2 consultations de cardiogériatrie / semaine au pavillon T
 - 1 consultation chute + 1 HDJ chute / semaine sur HDC
 - Consultations comportement sur HDC
 - 2 consultations gériatopsychiatrie / semaine sur HDC
- Hospitalisations programmées
- EMG extra hospitalière



LE PARCOURS D'ORTHO-GÉRIATRIE

Le concept d'orthogériatrie

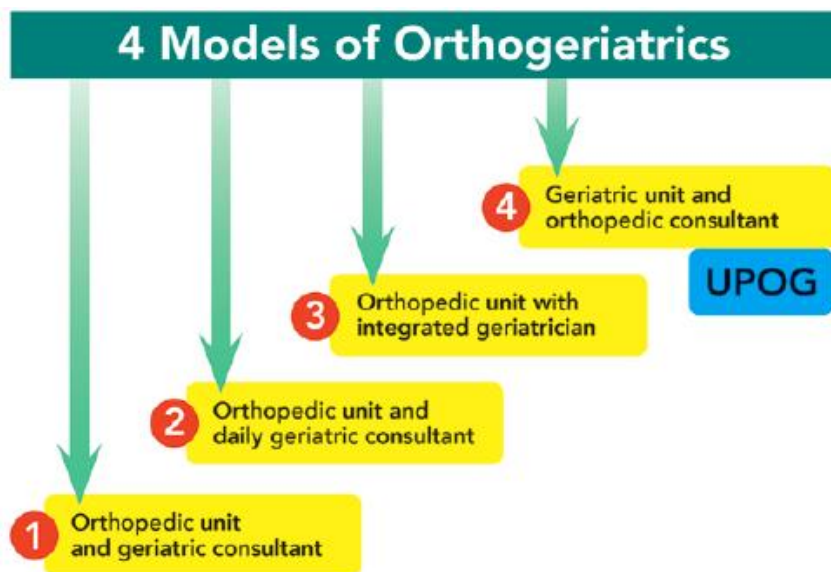
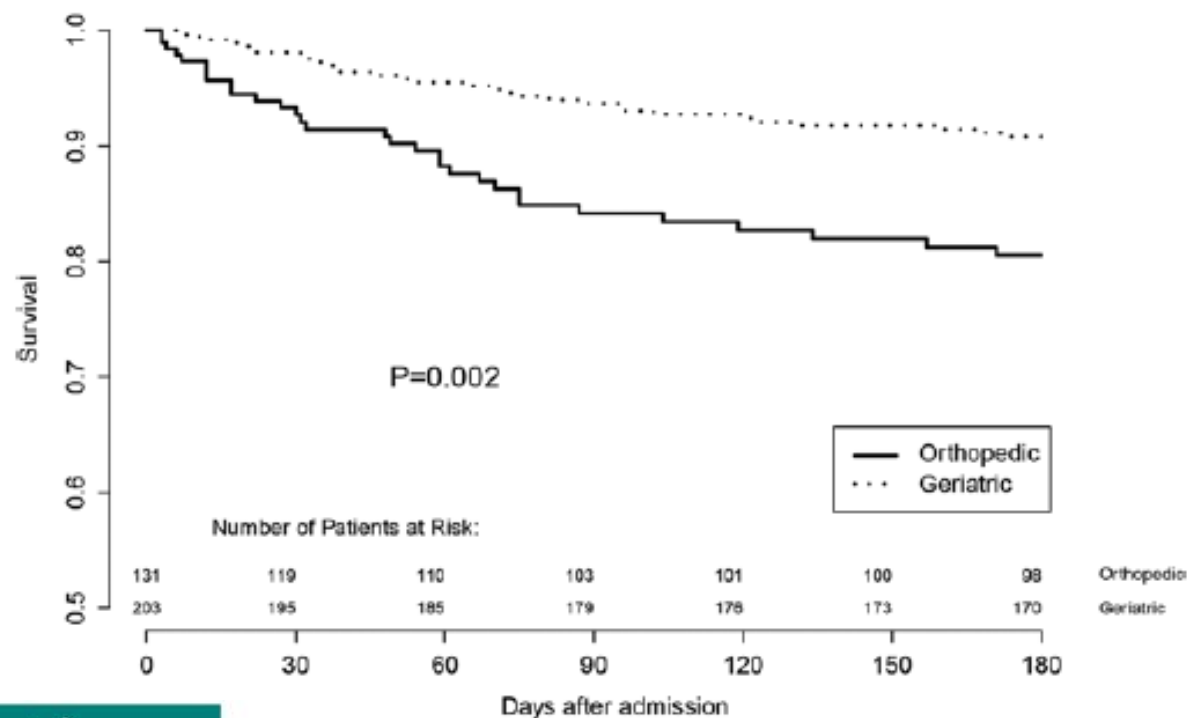


Fig. 3. Survival curves for mortality for patients in the orthopedic (solid line) and geriatric (dotted line) cohorts. The orthopedic cohort ($n = 131$) was treated in an orthopedic department without geriatric cooperation. The geriatric cohort ($n = 203$) was treated in a dedicated Unit for PostOperative Geriatric care. Survival is adjusted for age, sex, and Cumulative Illness Rating Scale calculated with a Cox regression analysis. P values refer to log-rank test. Reproduced, with permission, from Boddaert *et al.* PLoS One 2014; 9:e83795.3.

Données générales

- **Une morbidité importante :**
 - 20 % de complications postopératoires
 - 30 à 50 % de réduction de l'autonomie
 - 10 à 30% des patients deviennent dépendants et 25 % entrent en institution dans l'année.
- **La mortalité à 1 an : 20 à 24 %**
- **Les trois premières causes de décès :**
 - les infections pulmonaires,
 - les pathologies coronariennes,
 - les infections non pulmonaires, en particulier urinaires.

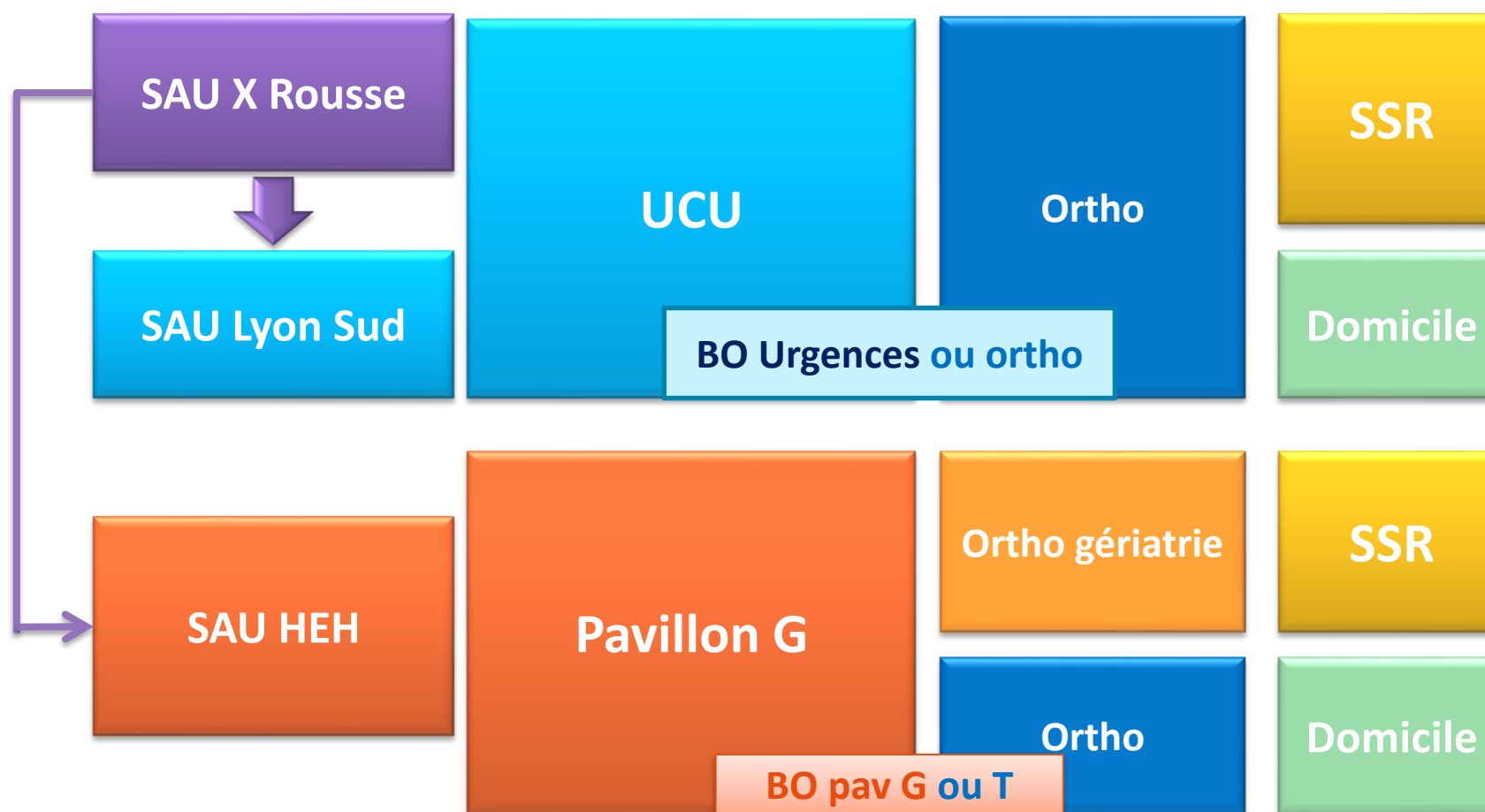
Délai opératoire > 48 h : principal facteur de mortalité



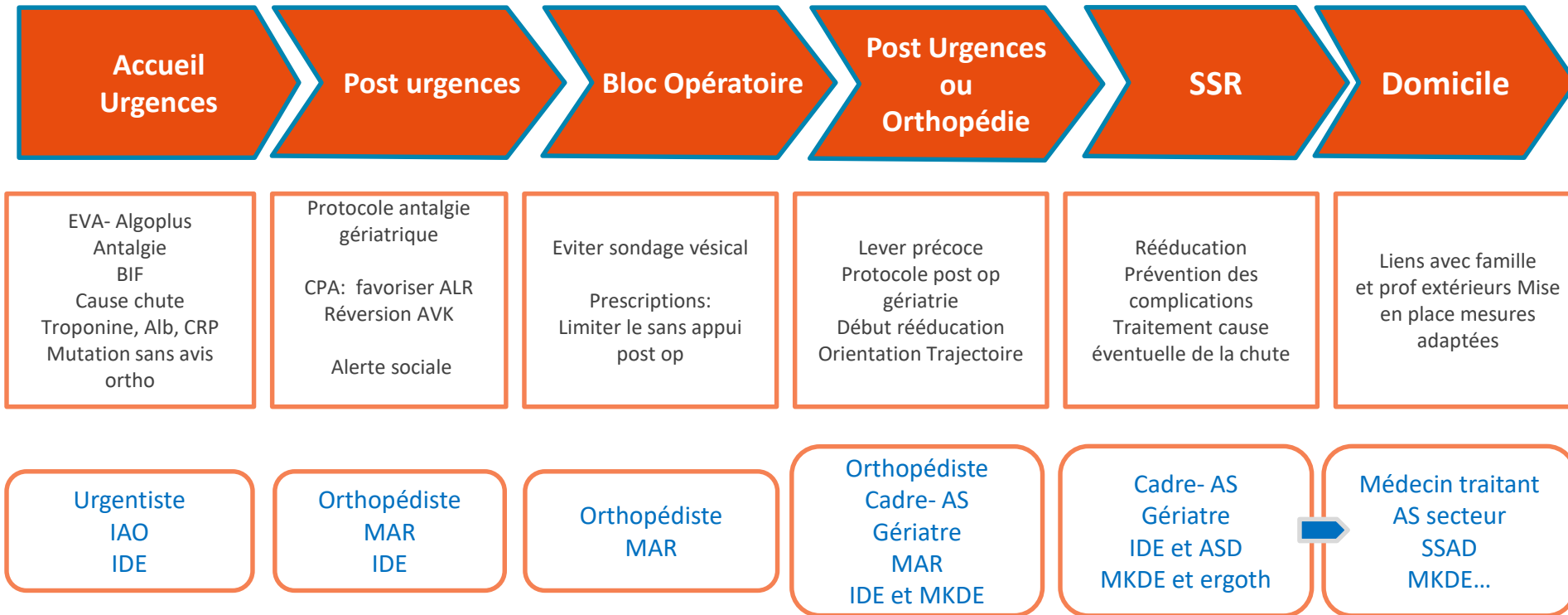
Organisation aux HCL en 2017



326 patients Lyon Sud, 377 HEH



Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la FESF



Evaluation des délais et de certains éléments du processus

PEC urgences : – 5h
Taux de BIF

Prise en charge au bloc opératoire:
< 24h; 24-48h;
> 48h

Taux et valeurs par seuil de la troponine post op



Document HAS 2017



POINTS CLÉS
ORGANISATION DES PARCOURS

Orthogériatrie et fracture de la hanche

Points clés : mettre en place un parcours de soins orthogériatrique

A. Définir un type d'organisation orthogériatrique et le choisir en fonction des ressources locales

- S'appuyer sur une coordination et une continuité des soins pluriprofessionnels et multidisciplinaires
- S'aider de l'expertise gériatrique pour l'évaluation, la prise en charge et l'orientation des personnes âgées, en particulier celles fragiles, dépendantes ou ayant des troubles cognitifs ou une multi-morbidité

B. Définir le parcours de soins du patient du service des urgences jusqu'au retour à domicile

- Appliquer les mesures pré et postopératoires décrites dans ce document
- Rédiger et faire valider par l'ensemble des acteurs les procédures et les protocoles correspondants
- Adapter les organisations, mobiliser et former les professionnels concernés
- Assurer et adapter au besoin le suivi du processus à l'aide d'indicateurs pertinents

C. Optimiser le parcours de soins pour réduire les délais opératoires à 24-48 heures systématiquement

- Évaluer au cas par cas le rapport bénéfice/risque de la chirurgie chez les patients ayant un état médical instable

D. Assurer une mobilisation et une rééducation précoces postopératoires

- Évaluer le patient, au mieux dans les 24 heures postopératoires, en s'aidant de l'expertise gériatrique
- Proposer une mobilisation immédiate et une rééducation individualisée multidisciplinaire

E. Prévenir une nouvelle fracture de hanche

- Dépister et traiter une carence en vitamine D
- Débuter le traitement de l'ostéoporose pendant l'hospitalisation ou à son décours immédiat
- Évaluer et prévenir les risques de chutes et/ou leurs conséquences

F. Planifier la sortie d'hospitalisation

- Organiser la sortie précocement, au mieux dès le début de l'hospitalisation
- Évaluer et adapter l'environnement humain et matériel au domicile du patient
- Choisir les modalités de rééducation en accord avec le patient, sa famille et le médecin traitant
- *Rééducation dans le lieu de vie du patient 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
- ** En service de soins de suite et de réadaptation adapté pour les autres patients

G. 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 avec l'orthopédiste)
- S'assurer de la continuité des soins et des aides et de la poursuite de la rééducation et/ou d'une activité physique adaptée supervisée ou non, en ville



Présentation du service K2

- UPOG positionnée dans le service de post urgence gériatrique
 - 8 lits dédiés à l'ortho gériatrie (chirurgie non programmée de la FESF)
 - PEC dès J1 post opératoire
- Population âgée et fragile:
 - Patients sélectionnés du service de chirurgie
 - Age moyen 90 ans
- Parcours du patient
 - 226 entrées en 2017,
 - Origine: Domicile 81%, EHPAD 19%
 - Orientation SSR 75%, retour EHPAD 15%, décès 2%

Parcours de soins organisé, pertinent et fluide

- Organisation des entrées avec le service de chirurgie
 - Appel des cadres de chirurgie, listing des indicateurs des risques de complications.
- Accueil des patients dès 10h00
 - PEC coordonnée et protocolisée : IDE, médecin et kinésithérapeute dès l'arrivée du patient
- Objectif: prise en charge gériatrique des patients orthopédiques
 - priorité++ au premier lever, repérage précoce des risques de décompensation, bilan gériatrique avec bilan de chute.
- Anticipation de l'Orientation en SSR via Trajectoire dès stabilisation du patient (J5).
- Consultation de suivi (J 90 orthopédistes)

Travail en interdisciplinarité

- Intervention hebdomadaire de l'orthopédiste référent
- Synthèse hebdomadaire
 - kiné, ergothérapeute, IDE, AS, assistance sociale, médecin, diététicienne, psychologue, pharmacien...
 - coordination des soins et transmission des informations
- Lean Management
 - Deux fois par semaine
 - Amélioration continue des pratiques : sécurité, qualité des soins.

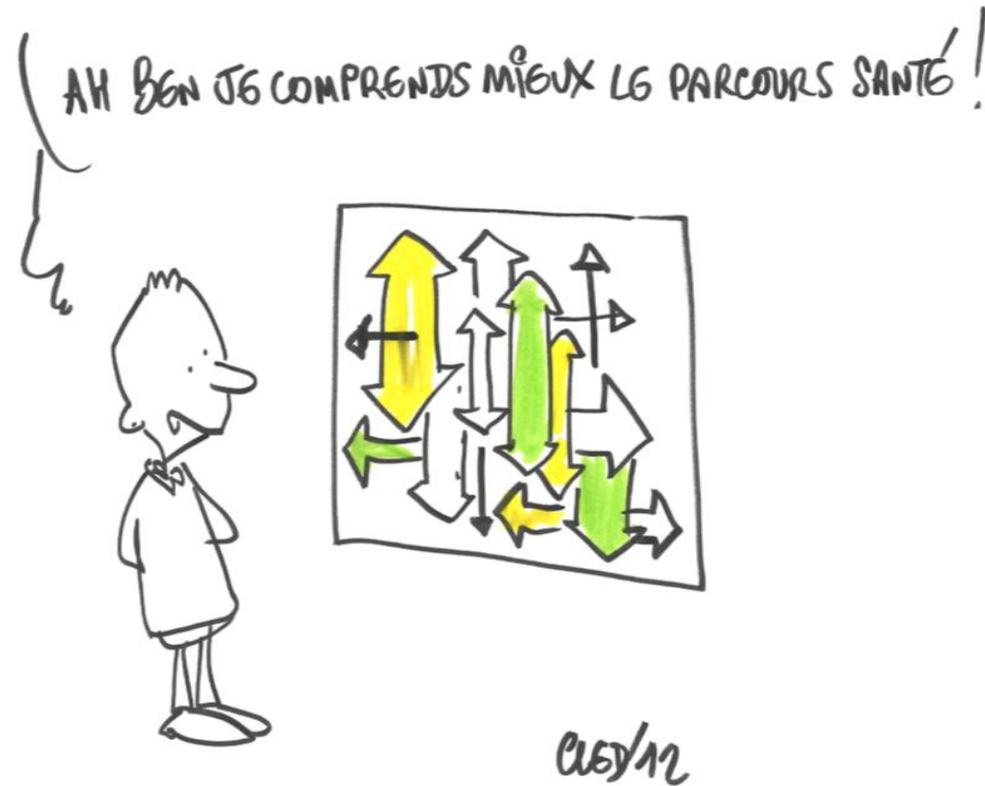


Interdisciplinarité: Présentation des 5 ateliers

- Atelier 1 (théorie)
 - **Apports par le chirurgien**
 - Théorie
 - Radiographies
 - matériel
 - **Diaporama (surveillance des PTH/PIH et clou gamma)** par ASD-IDE et kiné
- Atelier 2 (pratique) : rôle du kiné (**PTH/PIH/clou gamma**) + rôle IDE/ASD
- Atelier 3 (pratique) : **fracture du bassin et du rachis**
- atelier 4 (pratique) : **matériel**
- Atelier 5 (théorie) : **Pourquoi l'association ortho-gériatrie c'est bien?**



MERCI



www.chu-lyon.fr



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

L'INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT