

**Avertissement** : Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 18 septembre 2018  
Hôpital cantonal de Genève

## Collaboration médecine-chirurgie : quel modèle envisager ?

Dr P. Darbellay Farhoumand, Dr H. Miozzari

(La sono est mal réglée...ou alors je deviens sourd...)

Il s'agit de savoir si en chirurgie, les patients étant de plus en plus vieux, avec de plus en plus de co-morbidités il est préférable d'appeler l'interniste « au besoin » ou bien s'il ne serait pas plus futé de programmer son passage dès le début de l'hospitalisation ou bien encore de l'intégrer carrément à l'équipe soignante de l'unité.

La réponse n'est pas si simple que cela, car une étude randomisée contrôlée en 2004 à la Mayo Clinic (Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. [Huddleston JM, Ann Intern Med.](#) 2004 Jul 6;141(1):28-38.) avait montré que, chez des patients de > 75 ans, à haut risque chirurgical, un co-management immédiat n'entraînait ni diminution de la durée de séjour, ni baisse des complications ni baisse des coûts, par rapport à une intervention de l'interniste à la demande uniquement...

Par contre 1 an plus tard, une étude rétrospective chez des patients hospitalisés pour fracture de hanche « Effects of a Hospitalist Model on Elderly Patients With Hip Fracture, [Michael P. Phy](#), Arch Intern Med. 2005 ;165(7):796-801. » montrait un raccourcissement du délai de prise en charge chirurgicale, un raccourcissement de la durée de séjour, et une baisse des réadmissions lorsque li y a avait eu co-management dès le départ par un interniste...

Donc rien n'est clair...

Faut-il continuer avec une consultation interniste à la demande , avoir un interniste qui consulte automatiquement, faut-il que ce soit l'interniste qui soit responsable et l'orthopédiste qui consulte, ou fait-il une prise en charge combinée ??

En faisant la littérature on découvre qu'il y a des études positives sur l'issue clinique et l'efficience, mais qu'il y a aussi des études négatives...Pour ce qui est de la satisfaction des patients et des professionnels, le constat est habituellement globalement positif...Tout le monde est content...

Donc le moment était venu de voir ce qui en était à Genève...et c'est ce qui a été mis en place en orthopédie depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016 dont on va nous parler...

Jusqu'à maintenant il y avait un chef de clinique (CDC) interniste consultant à la demande, et un gériatre depuis 2014 pour les patients les plus à risque...

Depuis novembre 2016 il y a un interne (interniste) intégré à l'équipe soignante, pour les 5 unités (soit 100 patients), supervisé par un CDC.

Il passe systématiquement dans toutes les unités le matin et il est appellable par médecins et infirmières.

1x/ semaine il y a une visite conjointe interniste+orthopédiste.

Il est bien entendu que la responsabilité médicale incombe à l'orthopédiste...

L'étude a duré du 1.11.2016 à septembre 2018...

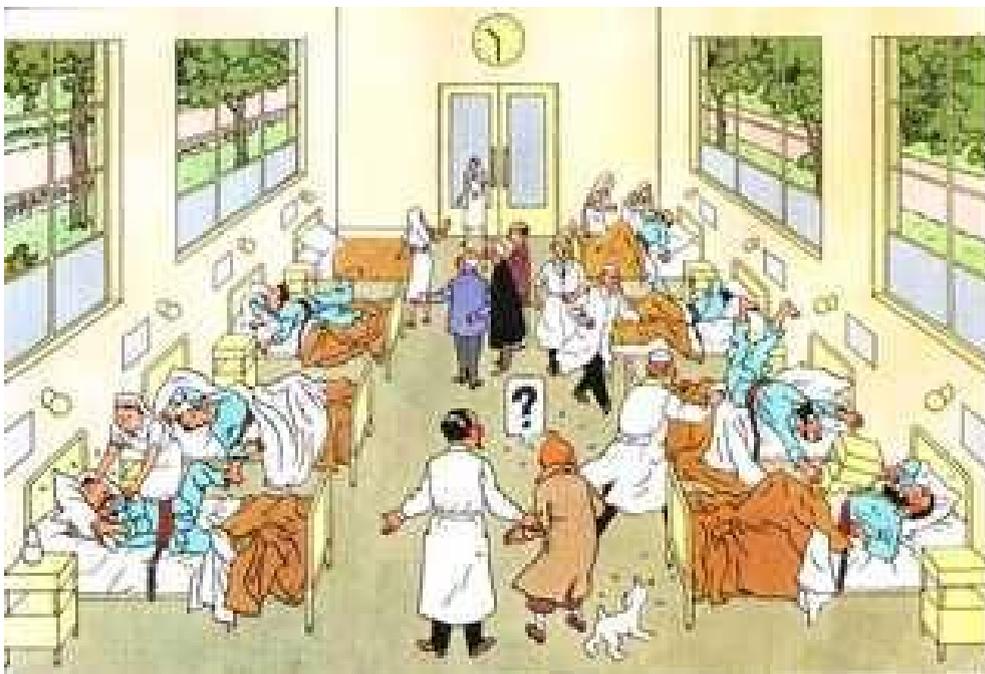
Aucun changement dans la durée de séjour, ni dans les transferts aux soins intensifs avant et après le début de l'étude...

Pas de différence non plus sur la survenue d'insuffisance cardiaque, TVP/EP ou délirium...

Mais globalement grande satisfaction de l'équipe soignante, des internistes et orthopédistes engagés, et que l'expérience continue...

Le co-management semble ne pas faire forcément beaucoup de bien aux patients, mais il ne leur fait pas de mal...c'est déjà ça...et ...il semble que cela fait beaucoup de bien aux soignants...et à notre époque de « burn-out » en série et de mauvais traitement au travail...ce n'est pas rien...

Mais ça demande des études, ça ne se fait pas n'importe comment et pas à tout prix... Une fois de plus c'est complexe et ça demande de la subtilité...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)