

Introduction

- Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des admissions de personnes âgées dans les centres de traumatologie.¹
- Les traumatismes gériatriques peuvent précipiter le délirium, qui est l'une des complications les plus fréquentes dans cette population.² La douleur aiguë et la diminution de la mobilité, qui sont généralement présentes après un traumatisme, sont des facteurs de risque majeurs de délirium.^{1,3}
- La gestion optimale de la douleur et la mobilisation précoce sont deux stratégies recommandées par les lignes directrices qui présentent les meilleures pratiques pour réduire la prévalence du délirium.⁴

Objectifs

Les objectifs de cette étude visaient à :

- Décrire les stratégies en matière d'évaluation et de gestion de la douleur et la mobilisation précoce qui sont effectuées chez les personnes âgées dans un centre de traumatologie de niveau 1.
- Examiner les éléments facilitants et les obstacles à l'adoption de ces stratégies.

Méthodes

Un devis de recherche convergent à méthodes mixtes⁵ a été utilisé :

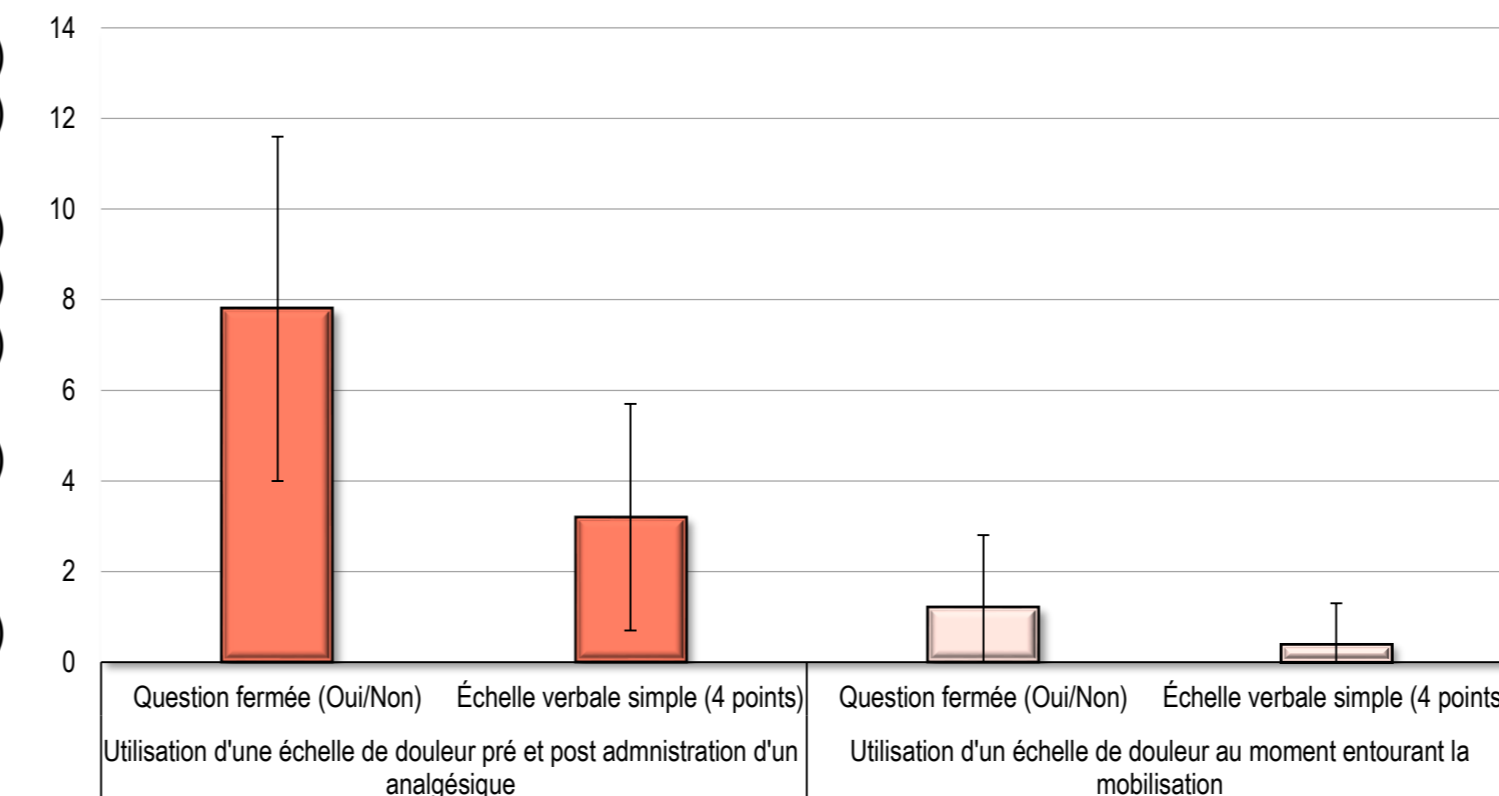
- Données quantitatives :
 - Soixante dossiers médicaux d'usagers âgés hospitalisés l'année précédant la mise en place d'un programme de traumatologie gériatrique dans un centre de traumatologie de niveau 1 ont été examinés.
 - Des données sur l'évaluation de la douleur (outils utilisés et fréquence d'évaluation), les stratégies de gestion de la douleur (pharmacologiques et non pharmacologiques) et la mobilisation précoce (type et fréquence de mobilisation) ont été recueillies au cours des 3 premiers jours d'admission.
 - Des statistiques descriptives ont été calculées.
- Données qualitatives :
 - Une discussion de groupe focalisé a été menée auprès de prestataires de soins de santé en traumatologie (n=6).
 - Un questionnaire semi-structuré (visant à corroborer les données recueillies dans les dossiers médicaux et à recueillir des données sur les obstacles et les facilitateurs) a été élaboré et utilisé.
 - Une analyse thématique a été réalisée.⁶

Résultats

Tableau 1 : Caractéristiques

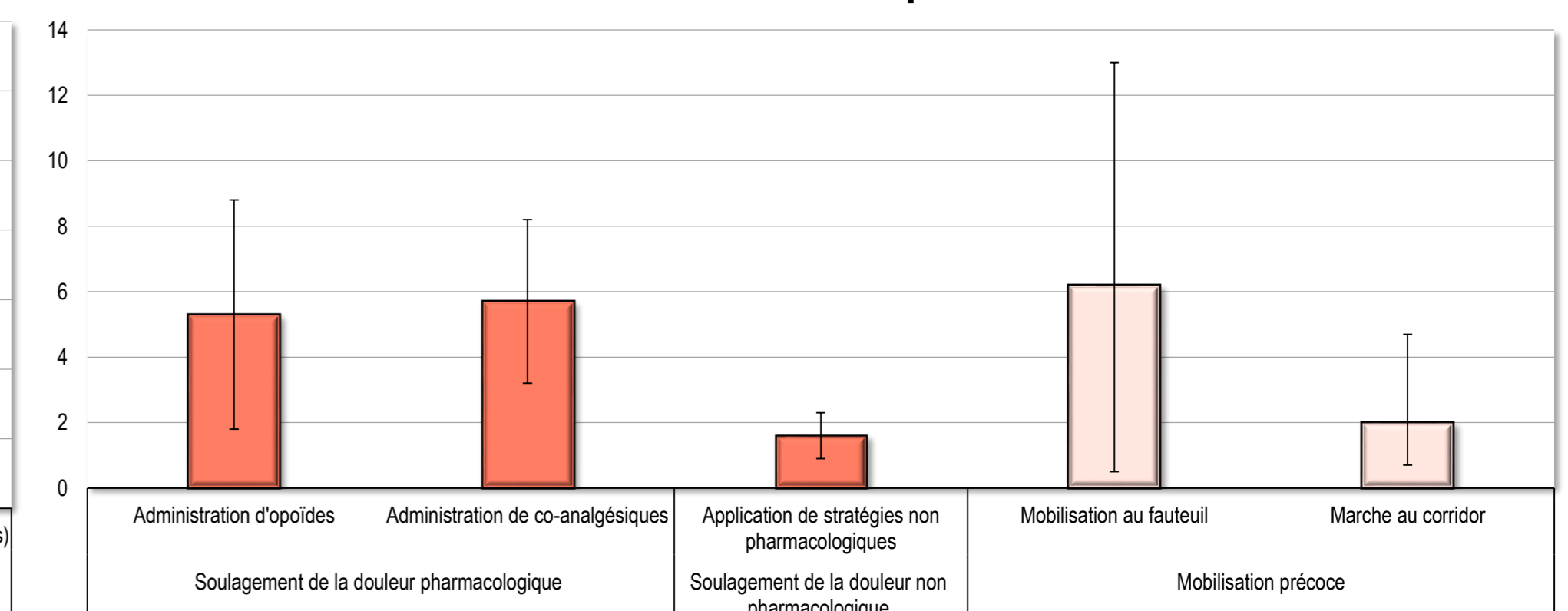
Âge moyen (SD)	83±7.6
Sexe (%)	
Masculin	24 (40.0)
Féminin	36 (60.0)
Comorbidités (%)	
Cardiovasculaire	54 (90.0)
Maladies endocriniennes	42 (70.0)
Démence	24 (40.0)
Types de traumatisme (%)	
Fractures aux membres inférieurs (*fractures de la hanche : 58%)	40 (66.7)
Fractures des membres supérieurs	1 (1.7)
Blessures à la tête	18 (29.9)
Fractures costales et sternales	6 (10.0)
Fractures spinales	6 (10.0)

Figure 2 : Échelle d'évaluation de la douleur la plus utilisée avant l'administration d'analgésiques et la mobilisation précoce



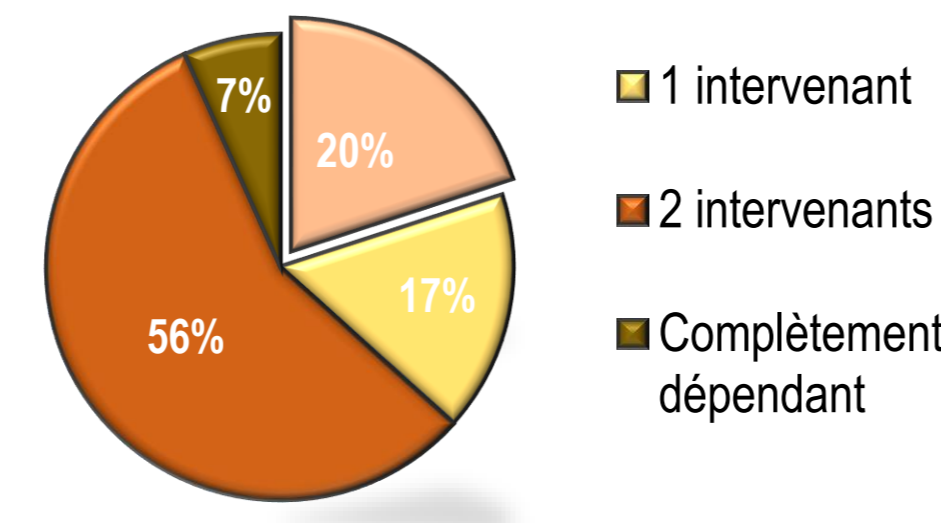
Note. Les données représentent la fréquence moyenne pour les trois premiers jours d'admission. Les barres d'erreurs représentent les écarts-types.

Figure 3: Interventions les plus fréquemment réalisées en matière de soulagement de la douleur et de mobilisation précoce



Note. Les données représentent la fréquence moyenne pour les trois premiers jours d'admission. Les barres d'erreurs représentent les écarts-types.

Figure 1: Niveau d'autonomie



Données additionnelles:

- Évaluation de la douleur avant l'administration d'analgésiques : 45 %
- Dose équivalente de morphine (MED) : moyenne de 32.6±32.7 mg/3 jours (max. de 25-40 mg MED/jour recommandé chez les personnes âgées)⁷⁻⁸
- Type de stratégies non pharmacologiques les plus fréquemment appliquées : Thérapie par le froid, application de chaleur et positionnement antalgique avec des oreillers
- Première mobilisation : en moyenne, 4.6±4.9 heures après l'admission

Stratégies pharmacologiques

Barrières:

- Protocoles non adaptés aux personnes âgées

Facilitants:

- Analgésie multimodale (par ex., administration régulière d'acétaminophène)

Stratégies non pharmacologiques de soulagement de la douleur

Barrières:

- Manque de ressources humaines et matériels
- Culture organisationnelle
- Manque de clareté concernant la nécessité d'obtenir une autorisation médicale

Mobilisation rapide

Barrières:

- Manque de ressources humaines et matériels
- Sous-évaluation de la douleur

Facilitants:

- Planification des soins
- Soulagement optimal de la douleur

Conclusion

- L'évaluation de la douleur doit être améliorée, les stratégies non pharmacologiques doivent être plus largement utilisées pour améliorer la gestion de la douleur, et la mobilisation, en particulier celle impliquant la marche, doit être optimisée.
- La mise en place d'un programme de traumatologie gériatrique, incluant des protocoles adaptés aux personnes âgées, ainsi qu'un personnel formé et dédié à cette population, pourrait permettre d'atteindre ces objectifs.
- Ces résultats pourront servir de point de départ à l'amélioration et à l'adaptation des pratiques cliniques à appliquer chez les traumatismes gériatriques, et à une évaluation plus approfondie de leur impact.

Références

- Clare, D., & Zink, K. L. (2021). Geriatric Trauma. *Emerg Med Clin North Am*, 39(2), 257-271. doi:10.1016/j.emc.2021.01.002
- Wu, J., Yin, Y., Jin, M., & Li, B. (2021). The risk factors for postoperative delirium in adult patients after hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatric Psychiatry*, 36, 3-14
- León-Salas, B., Trujillo-Martín, M. M., Martínez Del Castillo, L. P., García-García, J., Pérez-Ros, P., Rivas-Ruiz, F., & Serrano-Aguilar, P. (2020). Multicomponent Interventions for the Prevention of Delirium in Hospitalized Older People: A Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*, 68(12), 2947-2954. doi:10.1111/jgs.1676
- American College of Surgeons-Committee on Trauma (2012). ACS TQIP Geriatric Trauma Management Guidelines.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psycho*, 3, 77-101.
- Rajan, J., & Behrends, M. (2019). Acute Pain in Older Adults: Recommendations for Assessment and Treatment. *Anesthesiol Clin*, 37(3), 507-520. doi:10.1016/j.anclin.2019.04.00
- Hegmann, K. T., Weiss, M. S., Bowden, K., Branco, F., DuBrueler, K., Els, C., . . . Harris, J. S. (2014). ACOEM practice guidelines: opioids for treatment of acute, subacute, chronic, and postoperative pain. *J Occup Environ Med*, 56, e143-159.

Divulgestion

Je n'ai pas d'affiliation (financière ou autre) avec des organisations à but lucratif ou non lucratif.