

Évaluation (3)

Evaluation (3)

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP149

Longs séjours en réanimation : devenir des patients hospitalisés 30 jours ou plus

M. Djibré¹, A. Parrot², V. Labbe², L. Chalumeau-Lemoine², T. Pham², M. Fartoukh²

¹Service de pneumologie et de réanimation, hôpital Tenon, Paris, France

²Service de pneumologie et de réanimation, CHU Tenon, Paris, France

Introduction : Si les patients admis en réanimation et nécessitant une hospitalisation de 30 jours ou plus sont peu nombreux, ils représentent une part importante de l'activité des services de réanimation (occupation des lits, charge en soins, coûts). L'objectif de ce travail est d'évaluer le devenir de ces patients et d'identifier les facteurs prédictifs de mortalité hospitalière (MH) et à six mois (M6).

Patients et méthodes : Étude rétrospective sur trois ans (2007–2009) des patients admis en réanimation médicale (unité de huit lits) avec une durée de séjour (DDS) supérieure ou égale à 30 jours. Recueil des facteurs liés au terrain (âge, sexe, Mac Cabbe [MC], immunodépression, comorbidités de Charlson [CC], *performance status* [PS], IMC, hospitalisation dans les six mois précédents). Recueil des facteurs liés à la pathologie aiguë (motif d'admission, IGS II) et à l'évolution dans le service (supports pour défaillances d'organes, corticothérapie en bolus [CSb], infections nosocomiales, limitation des thérapeutiques actives [LATA]). Analyses bivariées et multivariées des facteurs prédictifs de MH et M6.

Résultats : Durant la période de trois ans, 41 patients (26 H et 15 F, âge moyen : 60 ± 15 ans) parmi 1 350 admis (3 %) ont eu une DDS en réanimation supérieure ou égale à 30 jours. La majorité ($n = 34$; 83 %) avait au moins une comorbidité, avec un PS supérieur à 1, un MC supérieur à 1 et un CC supérieur à 4 dans 39, 63 et 50 % des cas, respectivement, un quart ($n = 11$) avaient été hospitalisés dans les six mois précédents. Les principaux motifs d'admission étaient respiratoires (78 %) et circulatoires (19 %) avec un IGS II moyen à 41 ± 15. Tous les patients ont reçu une ventilation invasive (VI) d'une durée moyenne de 55 ± 39 jours, 85 et 29 % ont reçu un traitement par catécholamines ou dialyse ; 56 % ont été trachéotomisés et 92 % ont développé au moins une PAVM. L'administration d'une CSb ($n = 10$: deux cancers, quatre SDRA, deux fibroses pulmonaires, une hémorragie alvéolaire, un Dress syndrome) était associée à une MH de 80 %. Une décision de LATA a été prise chez 14 patients (34 %), parmi lesquels $n = 11$ (79 %) sont décédés à l'hôpital. Les DDS en réanimation et à l'hôpital étaient de 63 ± 39 et 78 ± 45 jours. La mortalité globale était de 39, 44 et 48 % en réanimation, à l'hôpital et à six mois. La survie à six mois des patients sortis vivants de l'hôpital ($n = 23$) était de 91 %. Une CSb administrée durant le séjour (*odds ratio* [OR] : 13,7, intervalle de confiance [IC] 95 % : [1,8–101,6], $p = 0,01$) et une décision de LATA (OR : 15,4, IC 95 % : [2,6–90,8], $p = 0,002$) étaient indépendamment associées à la MH.

À 6 mois, seules les décisions de LATA restaient associées à la mortalité (*hasard ratio* : 4,3, IC 95 % : [1–17,3], $p = 0,03$).

Discussion : Les patients hospitalisés plus de 30 jours en réanimation sont particuliers : scores élevés de gravité et de performance, supports vitaux fréquents et MH élevée. Les facteurs liés au terrain ou à la pathologie aiguë ne sont pas discriminants pour prédire la MH et M6. Une décision de LATA et l'administration d'une CSb sont les deux facteurs indépendants de MH, le premier intégrant les comorbidités et le second s'inscrivant dans le cadre de pathologies au pronostic sombre. En revanche, la DDS prolongée ne semble pas affecter la survie à six mois des patients sortis vivants de l'hôpital.

Conclusion : La MH des patients hospitalisés supérieure ou égale à 30 jours en réanimation est élevée, dépendante des décisions de LATA et de l'administration de CSb durant le séjour. À six mois, la survie des patients sortis de l'hôpital est très bonne, sous réserve d'une qualité de vie acceptable (non évaluée ici).

SP150

Patients âgés hospitalisés en réanimation : étude de cohorte rétrospective à partir des données du PMSI

T. Fassier, C. Ganne, S. Couray-Targe, A. Ducloux

Pôle information médicale évaluation recherche, HCL, Lyon, France

Rationnel : Il n'existe pas de recommandations consensuelles sur les indications de réanimation des patients âgés (PA) [1], et les données épidémiologiques sont rares et hétérogènes [2]. Nous avons fait l'hypothèse d'une disparité des hospitalisations de PA entre les services de réanimation de notre institution.

Patients et méthodes : L'objectif de cette étude est de décrire les séjours en réanimation des PA de 80 ans et plus ($PA \geq 80$) dans quatre hôpitaux universitaires (dix réanimations : trois médicales et sept chirurgicales). Les résumés d'unité médicale (RUM) des $PA \geq 80$ admis en réanimation ont été extraits de la base du PMSI 2008. Une comparaison de ces séjours par type de réanimation (médicale vs chirurgicale), puis entre les dix services, a été réalisée. Enfin, les trajectoires intrahospitalières en amont et en aval de la réanimation ont été étudiées.

Résultats : En 2008, 589 $PA \geq 80$ (âge : 83,6 ± 3,3 ans, 53,5 % d'hommes) ont été hospitalisés en réanimation, totalisant 641 séjours (DMS : 5,5 ± 11 jours), soit 1,2 à 12,7 % des séjours, selon les services. La comparaison réanimation médicale vs chirurgicale retrouve des patients plus graves (IGS II : 60,2 ± 24,2 vs 41,8 ± 19,6, $p < 0,001$), avec plus de diagnostics associés (DAS : 5,0 ± 3,7 vs 3,3 ± 2,9, $p < 0,001$), des séjours plus longs (8,8 ± 17,3 vs 4,4 ± 7,7 jours, $p < 0,001$), plus souvent initiés par l'urgence (34,8 vs 12,8 %, $p < 0,001$) avec une mortalité plus élevée (43 vs 18,2 %, $p < 0,001$). La comparaison des services entre eux est présentée dans le Tableau 1.

Tableau 1							
641 séjours	Âge (ans)	Hommes	DMS	IGS II	DAS	Mortalité	URG
MED 1 (n = 69)	83,4 ± 3	30 (45 %)	5,1 ± 7,3	61,2 ± 25	5,5 ± 2,7	29 (42 %)	29 (42 %)
MED 2 (n = 62)	84,5 ± 3,7	36 (64 %)	13,3 ± 25	58 ± 23,5	7 ± 4,2	24 (38 %)	17 (27 %)
MED 3 (n = 27)	83,1 ± 2,6	14 (52 %)	6,6 ± 6,4	62,5 ± 24	4,6 ± 1,9	15 (55 %)	9 (33 %)
p	ns	ns	*	ns	**	ns	ns
CHIR 1 (n = 16)	85,3 ± 3,6	5 (31 %)	17,1 ± 13	33,5 ± 10	4,4 ± 3,1	1 (6,2 %)	0
CHIR 2 (n = 45)	83,4 ± 2,7	24 (53 %)	6 ± 14,9	38,9 ± 23	6,8 ± 4,1	9 (20 %)	2 (4,4 %)
CHIR 3 (n = 71)	84 ± 4,7	39 (59 %)	4 ± 5,5	51 ± 20	8,9 ± 4,2	22 (31 %)	23 (32 %)
CHIR 4 (n = 54)	84 ± 3,6	26 (53 %)	5,8 ± 6,5	52 ± 23,6	5,2 ± 2,3	16 (29 %)	13 (24 %)
CHIR 5 (n = 42)	83 ± 3,3	22 (55 %)	4,3 ± 8,4	33,8 ± 20	3,4 ± 3,3	7 (16 %)	3 (7,1 %)
CHIR 6 (n = 188)	82,9 ± 2,4	96 (51 %)	2,6 ± 2,9	35,2 ± 12	3,8 ± 2,9	16 (8 %)	6 (3,2 %)
CHIR 7 (n = 67)	83,4 ± 3	32 (52 %)	5 ± 7,2	48,4 ± 20	3,1 ± 2,1	17 (25 %)	15 (22 %)
p	**	ns	**	**	**	**	**

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; Test de Chi² et Anova.

Discussion : Notre étude confirme l'existence de différences de séjours des PA en réanimation dans notre institution. Ces différences existent non seulement entre réanimations médicales et chirurgicales, mais aussi entre services de même type. La spécialisation de recrutement par service pourrait expliquer ces différences mais aussi l'absence de filière d'accueil structurée des PA en situation critique. Nous discutons aussi l'impact de décisions non consensuelles d'admissions et de limitations de soins dans cette population.

Conclusion : L'épidémiologie des PA en réanimation est complexe et contrastée. Les différences observées dans notre institution nous engage à évaluer nos pratiques de réanimation pour cette population et à améliorer nos filières de soins, en tenant compte des spécificités des différents services.

Références

1. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, et al (2007) Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med* 33(7):1252–62
2. Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, et al (2005) Outcomes of elderly survivors of intensive care: a review of the literature. *Chest* 127(5):1764–74

SP151

L'âge avancé ne doit plus être un facteur limitant l'admission en réanimation. Base de données REA-EVAL des personnes âgées en réanimation : résultats 2006-2009

C. Koubi, J.-P. Fosse, C. Obez, T. Masseur, E. Gouteix
Service de réanimation médicale, clinique Les Sources, Nice, France

Introduction : L'évolution démographique et l'amélioration de l'espérance de vie ont progressivement modifié les filières de prise en charge des personnes âgées avec notamment une plus forte implication des unités de réanimation. En France, 12 % des hospitalisations en réanimation concernent des patients (pts) de plus de 80 ans. La particularité dans notre établissement est de proposer, dans une prise en charge graduée des personnes âgées, la mise à disposition d'une unité de réanimation médicale, réservée aux pts âgés de plus de 60 ans, où un âge avancé n'a jamais été un critère de refus d'admission.

Patients et méthodes : La base de données REA-EVAL collige en temps réel tous les pts hospitalisés en réanimation et enregistre, entre

autres, les facteurs de gravité, le recours à la ventilation invasive (VI) ou non invasive (VNI), et le devenir du pt.

Résultats : Du 1^{er} décembre 2006 au 31 décembre 2009, l'unité de réanimation a pris en charge 855 pts, âge médian : 79,8 (9,1 % > 90 ans), sex-ratio H/F : 1,06, IGS II moyen : 45,3, durée moyenne de séjour : 7,7 jours. L'insuffisance respiratoire aiguë est le premier motif d'hospitalisation (51,05 %). Le pourcentage de décès (DC) est de 26 % (n = 222). À IGS II identique, le pourcentage de DC est plus élevé chez les plus de 85 ans (29,2 versus 26 %), sans différence statistiquement significative. Le SMR (ratio mortalité observée en réanimation sur mortalité prédite par l'IGS II) était de 0,74, comparable au SMR des bases de données des pts adultes de tout âge (CUBREA 2006–2009). Cinq cent douze (59,9 %) pts ont été ventilés : VI : 332 (64,8 %), durée moyenne de ventilation (DMV) : 9,9 jours, pourcentage de DC : 42 % ; VNI : 180 (35,2 %), DMV : 3,9 jours ; pourcentage de DC : 13,9 %.

Discussion : En termes de gravité, de recours à une assistance respiratoire, et de survie, nos données sont équivalentes à celles d'autres bases de données qui ne se limitent pas aux pts âgés. Cela suggère que l'âge ne doit plus être un facteur limitant l'admission en réanimation. Certes, la survie n'est pas le seul facteur à prendre en compte dans l'appréciation du bénéfice de la réanimation. La qualité de vie des survivants en est un critère essentiel. L'intégration de la réanimation dans une démarche gériatrique pluridisciplinaire, comme celle réalisée dans notre établissement, paraît être un élément indispensable de cette qualité de vie ultérieure. Une étude en cours tentera de l'évaluer.

Conclusion : S'il n'existe pas d'arguments formels pour proposer une prise en charge spécifique à des pts même très âgés, les résultats de notre expérience plaident pour une prise en charge des défaillances vitales à l'identique des sujets plus jeunes. Par contre, il est essentiel de réunir dès l'admission les éléments du pronostic que sont la qualité de vie antérieure, les comorbidités, les troubles des fonctions supérieures, pour argumenter un pronostic péjoratif et éviter un acharnement déraisonnable.

Références

1. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B (2007) Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med* 33(7):1252–62
2. Boumendil A, Aegerter P, Guidet B; CUB-Rea Network (2005) Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched-cohort study. *J Am Geriatr Soc* 53(1):88–93

SP152**Épidémiologie et pronostic des patients en état de précarité, hospitalisés en réanimation**

B. Zuber, H. Charbonneau, J. Charpentier, D. Grimaldi, J. Fichet, J.-D. Chiche, A. Cariou, J.-P. Mira

Service de réanimation médicale, CHU Cochin, Saint-Vincent de Paul, site Cochin, Paris, France

Introduction : Les patients « précaires » représentent une population en augmentation constante dans les grandes métropoles. Ces patients qui vivent dans des conditions difficiles, multiplient les conduites à risque et ont peu accès aux soins, représentent une population fragilisée. Très peu d'études se sont intéressées à l'épidémiologie de ces patients hospitalisés en réanimation. Nous avons ainsi souhaité décrire les motifs d'admission et le devenir de ces malades dans une réanimation parisienne.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle monocentrique rétrospective à partir des dossiers des patients précaires hospitalisés en réanimation médicale à l'hôpital Cochin entre 2002 et 2009. Le critère de sélection reposait sur l'item « mode de vie » qui est renseigné systématiquement dans le dossier patient.

Résultats : Entre 2002 et 2009, 323 patients en état de précarité ont été admis dans ce service de réanimation. Soixante pour cent des admissions ont été réalisées en automne et hiver. La population est significativement plus jeune que la population générale de la réanimation (âge moyen : 49,2 vs 58,7 ans) et quasi exclusivement de sexe masculin (91 %) avec un SAPS2 moyen à l'admission de 34, des antécédents fréquents de BPCO (23 %), de cirrhose (16 %) et d'insuffisance cardiaque (14 %). Une intoxication alcoolotabagique a été retrouvée à l'interrogatoire du patient ou des proches dans 67 % des cas, et une toxicomanie dans 15 % des cas. Le motif d'admission principal en réanimation est le coma (60,6 %) souvent dans le cadre d'intoxication aiguë (35 %) ou de comitialité (13,4 %). Vingt-quatre pour cent des patients ont été admis pour un sepsis dont 54 % vont développer un choc septique. La majorité des patients a nécessité une intubation trachéale (63 %), tandis que l'utilisation d'amines vasoactives a été utilisée dans 29,3 % des cas, et le recours à une épuration extrarénale dans 15,3 %. La durée moyenne d'hospitalisation est de 4,5 jours, et la mortalité en réanimation est de 17,8 %. Les facteurs associés à la mortalité seront détaillés.

Conclusion : Cette étude d'un effectif important de patients précaires admis en réanimation montre que malgré un âge moyen jeune et une durée moyenne d'hospitalisation relativement courte, cette population de patients a de lourdes comorbidités fréquentes et une mortalité en réanimation élevée. Le suivi à long terme de ces patients via le Samu social est en cours d'investigation.

SP153**La précarité n'est pas un facteur influençant le pronostic en réanimation et à l'hôpital**

B. Guidet¹, A. Retbi², A. Carron³, J.-L. Baudel¹, A. Galbois¹, H. Ait-Oufella¹, D. Margetis¹, E. Maury¹, N. Taright⁴

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

²Dim, CHU Saint-Antoine, Paris, France

³Service social, CHU Saint-Antoine, Paris, France

⁴Dim, Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Plusieurs travaux identifient que la précarité influence la prise en charge des patients. Ces études ne concernent pas les patients de réanimation ou sont réalisées dans des pays avec une organisation des soins différente de la France. Dans cette étude, nous voulons tester l'hypothèse que la précarité n'a pas d'impact sur la prise en charge et le pronostic en réanimation et à l'hôpital.

Matériels et méthodes : De juillet 2000 à décembre 2009 (9,5 ans), tous les patients précaires ont été codés par un seul codeur (BG) en utilisant le code CIM-10 : Z 590 correspondant à « SDF ». Le service social (AC) a évalué également les patients et a identifié huit patients précaires non codés qui ont été ajoutés à la liste qui a été revue par le DIM (AR, NT). Les dossiers de l'ensemble de la liste ont été revus (BG et JLB), et 23 patients non précaires ont été retirés. La base comporte ainsi 281 SDF et 6 824 non-SDF. Chez les SDF : les 281 patients ont eu 347 séjours hospitaliers : 17,1 % des SDF ont été réadmis au moins une fois pendant la période d'étude. Chez les non-SDF, les 6 824 patients ont eu 7 501 séjours hospitaliers : 7,5 % des non-SDF ont été réadmis au moins une fois. Ces taux de réadmissions sont significativement différents ($p < 0,0001$). Seuls les premiers séjours ont été analysés. Le score social a été codé sur quatre critères : absence de couverture sociale ; isolement ; absence de ressources ; sans abri (rue, squat, Samu social) par opposition à habitat précaire (collectif, foyer, hébergé, hôtel au mois, absence d'information sur la précision de l'habitat).

Résultats : Les patients SDF sont, comparativement aux non-SDF, significativement plus jeunes, plus souvent des hommes avec un score de Charlson significativement plus bas mais plus de CMA et CMAS. Le motif d'admission est différent : chez les SDF on trouve significativement plus de comas, de détresses respiratoires, d'états de grand mal épileptique, d'hypothermies, d'intoxications alcooliques et significativement moins de pneumothorax, d'intoxications. Les insuffisances respiratoires aiguës, les septicémies, les insuffisances rénales aiguës, les diabètes insulino-dépendants ne sont pas différents entre SDF et non-SDF. La sévérité (IGS II) est similaire ainsi que la mortalité en réanimation et à l'hôpital. En revanche, la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital est plus longue. Les actes pratiqués sont différents avec significativement moins de dialyses, plus de ventilation. Il n'y a pas de différence pour les substances vasoactives. Le mode de sortie de réanimation est plus souvent une mutation interne chez les SDF, alors que mode de sortie-hôpital n'est pas différent.

Conclusion : Les patients SDF sont aussi graves que les non-SDF. Le statut précaire n'influence pas le pronostic mais est un facteur d'allongement de la durée de séjour. L'analyse multivariée ajustée sur les caractéristiques des patients n'identifie pas le statut précaire comme facteur pronostique indépendant.

Tableau 1

Score de précarité	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4	p
Pourcentage de décès en réanimation	28	11,9	12,1	10,7	19	0,24
DMS en réanimation	3,5	4,7	4,5	7	7	< 0,01
DMS hospitalière	14	19,1	15,8	20,8	20,9	0,29

SP154**Admissions en réanimation au cours ou au décours de la grossesse dans un hôpital français avec maternité de niveau 3 : causes et pronostic**

I. Mezhari¹, M. Resche-Rigon², D. Sfoggia-Besserat³, N. Timezguid¹, A. Hamdi¹, M. Ciroidi¹, R. Chelha¹, E. Obadia¹, J.-L. Pallot¹, V. Das¹

¹Service de réanimation polyvalente, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

²Department of Biostatistics and Medical Data Processing; Inserm U717, CHU Saint-Louis, Paris, France

³Service de gynécologie-obstétrique, CHI André-Grégoire, Montreuil, France

Objectif : Décrire le pronostic des femmes admises en réanimation au cours ou au décours de la grossesse ; évaluer les performances des scores IGS II et SOFA dans cette population.

Patients et méthodes : Étude rétrospective de 2002 à 2009 dans le service de réanimation d'un centre hospitalier général ayant une maternité de niveau 3. Inclusion des femmes admises en réanimation au cours de la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement. Données recueillies : données épidémiologiques, diagnostics, scores IGS II et SOFA à j1, survie à l'hôpital, recours aux catécholamines, à la ventilation mécanique et à l'épuration extrarénale (EER). Construction des courbes ROC (Receiver-Operating Characteristics) des scores IGS II et SOFA pour prédire la mortalité hospitalière et calcul des aires sous la courbe ROC (AUCROC). Calcul du SMR (ratio de mortalité standardisé = mortalité observée/mortalité prédite) pour l'IGS II. Les données sont présentées en médiane (extrêmes) ou en pourcentage.

Résultats : Sur la période d'étude, 263 admissions ont été étudiées. Les patientes avaient 29 (18–48) ans, une (0–9) grossesses avant la grossesse étudiée. La grossesse étudiée était gémellaire dans 8 % des cas, résultait d'une fécondation in vitro dans 5 % des cas, et était correctement suivie dans 65 % des cas. L'admission en réanimation a eu lieu en pré-partum dans 44 % des cas (terme : 27 SA [5–41]) et en post-partum dans 66 % des cas (0 jour [0–31] après l'accouchement). Les motifs d'admission étaient la prééclampsie et ses complications (47 %), l'hémorragie de la délivrance (12 %), le sepsis (13 %), l'œdème pulmonaire aux tocolytiques (3 %), autre (25 %), et considérés comme liés à la grossesse dans 71 % des cas. L'IGS II et le SOFA étaient respectivement de 19 (6–83) et 3 (0–15). Le recours aux amines, à la ventilation mécanique, ou à l'EER a été nécessaire dans 10, 29, et 3 % des cas, respectivement. La mortalité en réanimation et à l'hôpital a été de 2 %. Les AUCROCs de l'IGS II et du SOFA étaient respectivement de 0,93 et 0,98 ($p = 0,10$). Le SMR de l'IGS II était de 0,20, IC 95 % : [0,09–0,40].

Conclusion : Dans cette étude monocentrique portant sur un large collectif de patientes, le pronostic des femmes admises en réanimation au cours ou au décours de la grossesse était bon, meilleur que prédit par le score IGS II. Les raisons qui peuvent expliquer la surmortalité prédite par l'IGS II restent à déterminer : terrain plus favorable (âge, comorbidités) que la population dans laquelle ce score a été validé, altérations physiologiques liées à la grossesse rendant les bornes des variables rentrant dans le calcul du score inadaptées, amélioration rapide après l'accouchement des pathologies liées à la grossesse, proximité d'une maternité de niveau 3, admission très précoce en réanimation pour des degrés de défaillance d'organe plus faibles qu'en dehors du contexte obstétrical.

SP155

Évaluation de la qualité de vie liée à la santé des familles des patients dans un service de réanimation marocain à l'aide du questionnaire EQ-5D

I. Khoudri, S. Abil, J. Belayachi, T. Dendane, K. Abidi, N. Madani, A. Zekraoui, A.A. Zeggwagh, R. Abouqal
Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Introduction : L'expérience du séjour en réanimation représente souvent pour les familles des patients une source d'anxiété-dépression et d'altération de la qualité de vie durant l'hospitalisation et à l'issue des patients. La mesure de la qualité de vie des familles permet d'évaluer les désordres physiques, psychiques, et émotionnels

suggérant ainsi des moyens de lutte et de prise en charge. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité de vie des familles par l'intermédiaire de l'*EuroQol-5-Dimensions* (EQ-5D) et de préciser ses facteurs déterminants.

Patients et méthodes : Étude prospective réalisée dans un service de réanimation médicale entre mai 2008 et janvier 2009. Ont été inclus, pour chaque patient hospitalisé plus de 48 heures, les proches âgés plus de 18 ans ayant rendu visite au patient. Ont été recueillies chez les patients et leurs proches les variables sociodémographiques, et les données du séjour en réanimation. La qualité de vie liée à la santé (QVLS) des familles a été mesurée à la sortie des patients par la version arabe pour le Maroc, validée de l'EQ-5D [1]. L'EQ-5D comporte un index (EQ-Index) qui évalue cinq domaines de la santé : mobilité, autonomie, activités courantes, douleur/gêne physique, et anxiété/dépression ; et une échelle visuelle analogique (EQ-VAS) graduée de 0 (mauvaise QVLS) à 100 (meilleure QVLS). L'EQ-Index varie de -0,59 (mauvaise QVLS) à 1 (meilleure QVLS). Les facteurs déterminants de la qualité de vie des familles ont été identifiés par une analyse multivariée par la méthode de Generalized Estimating Equation (GEE).

Résultats : Un total de 151 familles (83F/68H) âgées de 40 ± 12 ans, et 91 patients âgés de 39 ± 18 ans (50F/41H, APACHEII : $12,8 \pm 7,5$) ont été inclus. La médiane (IQR) de l'EQ-Index était de 0,68 (0,36–0,84), et la médiane de l'EQ-VAS était de 50 (40–70). Parmi les participants, 4 (3 %) avaient des problèmes modérés à sévères de mobilité, 19 (13 %) avaient des problèmes modérés à sévères d'autonomie, 40 (27 %) avaient des problèmes modérés à sévères pour accomplir des activités courantes, 97 (64 %) ressentait une douleur ou une gêne physique, et 132 (87 %) avaient des problèmes modérés à sévères d'anxiété-dépression. La meilleure QVLS mesurée par l'EQ-Index était liée à la durée de séjour prolongée des patients ($\beta = 0,008$; $p = 0,022$), à l'activité thérapeutique élevée évaluée par le TISS à 24 heures de l'admission ($\beta = 0,20$; $p < 0,001$), au non-recours à la ventilation mécanique ($\beta = 0,23$; $p = 0,008$) et au sexe masculin des membres des familles ($\beta = 0,15$; $p = 0,014$). La QVLS mesurée par l'EQ-VAS était meilleure quand l'âge des patients était avancé ($\beta = 0,37$; $p = 0,023$).

Conclusion : La QVLS des familles à la sortie des patients en réanimation était globalement altérée, principalement dans le domaine de l'anxiété-dépression. Les variables associées à une meilleure QVLS étaient essentiellement liées aux patients dont l'âge avancé, la durée de séjour prolongée, la charge thérapeutique élevée, et le non-recours à la ventilation mécanique. Nos résultats suggèrent la possibilité d'intervention sur certains paramètres en vue d'améliorer la QVLS des familles. D'autres études sont nécessaires afin de confirmer ces résultats.

Références

1. Lemiale V, Kentish-Barnes N, Chaize M, et al (2010) Health-related quality of life in family members of intensive care unit patients. *J Palliat Med* 13:1131–37
2. I. Khoudri, K Abidi; N Madani, et al (2008) Adaptation transculturelle et validation de la version Arabe pour le Maroc de l'EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D) en réanimation. *Réanimation* 17:197