

Iatrogénie, sécurité et stress

Iatrogenic events, safety and anxiety depression symptoms in ICU

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SP116

Mesure de la culture de sécurité en réanimation : résultats d'une étude pilote

C. Bretonniere¹, V. Piriou², C. Paugam-Burtz³,
GRQESDSER Interface CBPR-CFAR⁴

¹Réanimation médicale, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

²Anesthésie et réanimation médicale et chirurgicale,
centre hospitalier Lyon-Sud, Lyon, France

³Département d'anesthésie et réanimation, CHU Beaujon, Clichy,
France

⁴CBPR-CFAR, collège de bonnes pratiques en réanimation,
collège français d'anesthésie-réanimation, Paris, France

Introduction : La culture de sécurité des soins (CS) désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Développer cette culture de sécurité doit permettre de faire de la sécurité une priorité et d'éviter les accidents ou d'en limiter l'importance. Dans le cadre de la préparation d'une étude nationale, nous avons souhaité tester le seul outil de mesure de la CS, disponible en langue française depuis peu [1]. Nous présentons ici les résultats de ce test et les développements attendus.

Patients et méthodes : Trois services de réanimation (quatre unités fonctionnelles) ont participé à cette étude pilote. Le questionnaire a été envoyé à tous les professionnels (médecins, AS, IDE). Il est constitué de 40 items permettant d'explorer les dix dimensions de la CS (Tableau 1). Une dimension est considérée comme « développée » si le score est supérieur à 75 %, et « à améliorer » s'il est inférieur à 50 %.

Tableau 1. Les dix dimensions de la culture de sécurité

1	Perception globale de sécurité
2	Fréquence de signalements des événements indésirables
3	Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins
4	Organisation apprenante et amélioration continue
5	Travail d'équipe dans le service
6	Liberté d'expression
7	Réponse non punitive à l'erreur
8	Ressources humaines
9	Soutien du management pour la sécurité des soins
10	Travail d'équipe entre les services de l'établissement

Résultats : L'enquête a pu être réalisée dans les quatre unités avec plus de 80 % de répondants dans chacune d'elles (250 questionnaires exploités). Malgré des caractéristiques différentes (typologie de patients par exemple), on observe des résultats superposables dans

les quatre unités. La plupart des dimensions sont « à améliorer » (score < 50 %). Seules les dimensions 5 et 6 (travail d'équipe dans le service et liberté d'expression) obtiennent un score compris entre 50 et 75 %. La dimension 9 est celle qui obtient le plus mauvais score.

Discussion : Ces résultats peuvent paraître décevants puisque aucune dimension n'apparaît « développée ». Néanmoins, cette étude pilote a permis de montrer : 1) que la mesure était réalisable (malgré le caractère très exigeant de l'outil de mesure) ; 2) qu'il semble y avoir des caractéristiques communes entre les unités de réanimation (qui diffèrent vraisemblablement d'autres services de médecine ou de chirurgie par exemple) ; 3) que la mesure de la CS pourrait être un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans nos unités de réanimation. L'étude nationale, qui doit débiter au cours de l'hiver 2012–2013, visera à mesurer cette CS à grande échelle et à tenter d'explorer le lien entre CS et caractéristiques des revues de morbidité des unités enquêtées (AO PREPS 2012).

Conclusion : Cette étude pilote a permis de montrer que la mesure de la CS est réalisable en unités de réanimation. Des études complémentaires doivent permettre d'explorer les axes d'amélioration à mettre en place et d'évaluer dans le temps l'évolution de cette CS (en lien justement avec les améliorations proposées).

Référence

1. CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) (2010) Mesure de la culture de sécurité en milieu hospitalier : guide d'utilisation de l'outil de mesure. Pessac

SP117

Évaluation du niveau de sécurité des soins perçu par les soignants et les médecins en réanimation

C. Tacquard, C. Leduc, F. El Miloudi, A. Poidevin, G. Barberet,
C. Mathien, C. Ionescu, P. Guiot, K. Kuteifan
Réanimation médicale, hôpital Emile-Muller,
Mulhouse, Allemagne

Introduction : L'amélioration de la qualité des soins en réanimation nécessite une maîtrise de la gestion des risques, dans un environnement complexe, qui peut être favorisé par l'implémentation d'une culture de sécurité des soins. Afin de mettre en évidence les axes à promouvoir, cette étude vise à évaluer la culture de sécurité des soins dans notre service de réanimation médicale.

Patients et méthodes : Nous avons réalisé une enquête prospective à partir du questionnaire « AHRQ », validé par le CCECQA¹ et proposé par la HAS, dans notre unité de réanimation médicale comprenant un effectif de 76 personnes incluant médecins, infirmiers et aides-soignants. Tous les membres du personnel ont reçu le questionnaire et devaient y répondre de façon anonyme. Les grands axes explorés par le

questionnaire étaient la liberté d'expression, le soutien du management pour la sécurité des soins, la réponse non punitive à l'erreur, l'organisation apprenante et l'amélioration continue, les ressources humaines et le travail d'équipe dans le service. L'analyse était effectuée à partir d'un tableur Excel et du logiciel StatView®. Les tests de Kruskal-Wallis et Mann-Whitney ont été appliqués. Pour être valide, le taux de réponse devait être d'au moins 80 %.

Résultats : Le taux de réponse dans notre service était de 81 %, soit 62 personnes. Le taux de satisfaction globale pour la sécurité des soins était de 48 %, 60 % chez les aides-soignants, 56 % chez les médecins et 30 % chez les infirmiers ($p = 0,02$). Le travail d'équipe était l'axe le mieux développé avec 63 % de satisfaction, de façon plus marquée chez les médecins (83 %) que chez les aides-soignants (47 %) [$p < 0,01$]. Les ressources humaines ne recueillent que 21 % de satisfaction, avec 8 % seulement chez les infirmiers ($p = 0,001$). Le soutien du management pour la sécurité des soins obtenait 22 % de satisfaction (13 % chez les médecins). La liberté d'expression semblait être respectée avec 51 % de satisfaction, tout comme les actions des supérieurs hiérarchiques pour la sécurité des soins qui étaient satisfaisantes à 58 %. La crainte d'une réponse punitive à l'erreur concernait 72 % des soignants. Elle était significativement plus importante chez le personnel travaillant depuis moins de cinq ans dans le service ($p = 0,04$). La collaboration avec les autres équipes de l'établissement n'apportait que 34 % de satisfaction avec une différence significative entre les médecins (13 %) et les aides-soignants (51 %) [$p < 0,01$].

Discussion : Le soutien du management pour la sécurité des soins est peu satisfaisant dans notre service et laisse envisager la nécessité d'un plus grand investissement de la part de l'administration pour la promotion de la sécurité des soins, en particulier la gestion des ressources humaines. La crainte d'une réponse punitive en cas d'erreur est encore importante, probablement à l'origine d'une sous-déclaration des événements indésirables. Cette crainte semble s'estomper avec l'ancienneté des professionnels.

Conclusion : La mesure de culture de sécurité semble être un bon outil pour détecter les points défaillants dans l'organisation des services de réanimation. Un effort de communication doit être entrepris au sein de l'équipe soignante et entre l'équipe soignante et l'environnement hospitalier.

Bibliographie

1. CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) (2010). Mesure de la culture de sécurité en milieu hospitalier : guide d'utilisation de l'outil de mesure. Pessac

SP118

Impact d'un protocole de sédation-analgésie sur la survenue d'autoextubations : à propos d'une cohorte de 404 patients d'un service de réanimation

M. Nyunga, F. Pagniez-Margolle, I. Verheyde, P. Herbecq, C. Lemaire

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France

Introduction : Le recueil des 14 indicateurs d'iatrogénie de l'étude IATROREF II a permis de mettre en évidence en réanimation polyvalente de Roubaix en 2008 un événement fréquent, l'autoextubation, d'où la mise en place d'un protocole de sédation-analgésie en 2009.

Il s'avérait alors nécessaire d'évaluer son impact sur les autoextubations et d'en définir les facteurs prédictifs.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective, cas-témoin, a été réalisée chez les patients autoextubés (AE) lors du second semestre 2008 et tous les patients ventilés de l'année 2010.

Résultats : Nous avons recensé 404 patients ventilés d'âge moyen de 63 ± 16 ans, d'IGS II moyen de 57 ± 22 , avec 58 % d'hommes, une addiction dans 33,7 %, une contention dans 52 %, une durée de ventilation mécanique de $9,2 \pm 11$ jours, une durée moyenne de séjour de $15,2 \pm 20$ jours, un score de Ramsay moyen inférieur ou égal à 3 (53 %), un score de Payen à 3 (90 %) et un taux de réintubation de 12 %. La population extubée se composait de 161 patients à extubation planifiée (EP) et de 71 AE. L'incidence des autoextubations des patients ventilés n'était pas significativement plus faible en 2010 qu'en 2008 : 13,12 versus 9,81 %, $p = 0,23$. Cela concernait surtout les hommes (82 versus 62 %, $p = 0,07$) ou les patients postopératoires (36 versus 9,5 %, $p = 0,02$). La comparaison entre les populations avec EP ($n = 161$) et AE ($n = 50$) de 2010 retrouvait comme facteurs de risque indépendants ($p < 0,2$) : l'âge inférieur ou égal à 60 ± 17 ans, la présence d'une analgésie, la présence d'une sédation, l'agitation, l'hémoglobine, l'heure de survenue de l'AE avec une médiane à 12 heures [11–15 heures], l'expérience professionnelle de l'infirmier. Le taux de réintubation des AE est significativement plus élevé (26,53 versus 5,59 %, $p < 0,01$), avec une augmentation de la durée d'hospitalisation en réanimation ($p < 0,01$) et du risque de décès (20 versus 10,56 %, $p = 0,08$). Les patients s'autoextubaient d'autant plus que le personnel infirmier avait une longue expérience professionnelle générale ($13,3 \pm 9,6$ versus $8,9 \pm 7,8$ ans, $p < 0,01$) et en réanimation ($9,6 \pm 10,4$ versus $6,4 \pm 6,4$ ans, $p = 0,01$). Bien que le ratio patients/infirmier soit de 2,9, il transparaissait probablement un défaut de surveillance. L'adhésion médicale au protocole était faible : 14,9 % de prescription d'un objectif de sédation.

Conclusion : L'absence de diminution de l'incidence des AE, après la mise en route du protocole de sédation-analgésie, doit induire des mesures d'amélioration : une sensibilisation des équipes soignantes sur les facteurs de risque et les complications des AE, et une nouvelle évaluation prospective de ce protocole en utilisant une fiche de déclaration d'événement porteur de risque sur l'AE.

SP119

Iatrogénie en réanimation chirurgicale : bilan de dix ans de recueil systématique

M.-A. Régner¹, C. Charpentier¹, P.-L. N'Guyen², J. Garric¹, P. Welfringer¹, P.-M. Mertes³, G. Audibert¹

¹Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France

²Service d'épidémiologie et d'évaluation clinique, CHU Nancy, hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France

³Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU de Strasbourg, nouvel hôpital civil, Strasbourg, France

Introduction : Les patients de réanimation sont particulièrement exposés à l'iatrogénie. L'intérêt d'une surveillance des événements iatrogènes (EI) au long cours est controversé. Les objectifs de cette étude sont de décrire l'épidémiologie des EI en réanimation chirurgicale, d'identifier les facteurs de risque d'iatrogénie et de déterminer l'association entre EI et mortalité.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle monocentrique, réalisée entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre

2010, et incluant tous les patients admis en réanimation durant cette période. Les infections nosocomiales ont été exclues. La survenue d'EI durant le séjour était consignée sur une fiche de recueil spécifique, anonyme. Les caractéristiques des patients étaient recueillies : motif d'admission, scores de gravité (IGSII, Glasgow) et de charge en soins (OMÉGA), procédures et traitements administrés, durée de séjour. Un groupe de surveillance de l'iatrogénie composé d'un praticien hospitalier en anesthésie-réanimation, d'un interne, de deux infirmiers et d'un aide-soignant avait pour tâche de pérenniser le recueil, d'en assurer l'exhaustivité et de proposer des mesures correctrices des iatrogénies au vu de leur évolution. Les résultats ont été exprimés en nombre d'EI rapporté à la durée d'exposition au risque chaque fois que possible. Le risque de survenue du premier EI en fonction de la charge en soins (score OMÉGA) a été analysé par le test du Logrank. Une régression logistique a été utilisée pour l'analyse des facteurs de risque d'iatrogénie et de mortalité (logiciel SAS 9.2).

Résultats : Quatre mille sept cent trente et un patients ont été inclus, dont 46,6 % de polytraumatisés. L'âge moyen était de 51,1 ans, IGS II moyen de 34, la mortalité de 18,2 %. L'incidence de survenue des EI était de 79 pour 1 000 jours d'hospitalisation, soit au moins une déclaration pour 31 % des patients. Les déclarations d'EI émanaient à parts égales des médecins et paramédicaux. Près de 90 % des EI étaient considérés comme évitables par les soignants. Les EI les plus fréquents concernaient les actes techniques, devant ceux liés aux médicaments et ceux consécutifs aux actes chirurgicaux. Quatre EI fréquents ont été identifiés : les extubations accidentelles, les EI liés à l'administration de catécholamines, les veinites et les escarres, tous corrigés durablement par l'instauration de protocoles (Fig. 1). Pour un score OMÉGA supérieur à 100, le risque de survenue d'un EI était de 50 % à dix jours et de 100 % à 125 jours. Cinquante-six patients sont décédés des suites d'un EI. L'iatrogénie de gravité sévère (c'est-à-dire nécessitant un traitement spécifique ou une manœuvre de réanimation) constituait un facteur de risque de mortalité (OR : 3,1 [1,8–5,4]). Les facteurs de risque d'EI étaient l'âge, un score IGS II supérieur à 30, une durée de séjour supérieure à huit jours, une transfusion, l'existence d'un syndrome de détresse respiratoire aigu, le cathétérisme veineux central et artériel, le recours à une trachéotomie, la sédation, le monitoring de la pression intracrânienne et le recours à une dérivation ventriculaire externe.

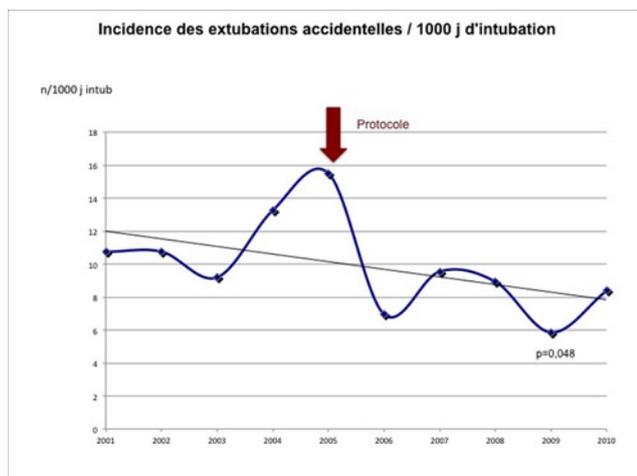


Fig. 1. Incidence des extubations accidentelles/1 000 jours d'intubation

Conclusion : La surveillance de l'iatrogénie est possible et s'inscrit dans une culture du risque en réanimation. Elle permet la mise en œuvre d'actions correctrices ciblées.

Bibliographie

1. Garrouste-Orgeas M, Soufir L, Tabah A, et al (2012) A multifaceted program for improving quality of care in intensive care units: IATROREF study. *Crit Care Med* 40:468–76
2. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, et al (2006) Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med* 32:1591–8

SP120

Évaluation de la prise en charge du patient obèse en réanimation

M. Nyunga, Y. Homs, P. Herbecq, C. Lemaire, G. Vignozzi
Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France

Introduction : L'obésité pose un véritable problème de santé publique, responsable d'une augmentation inéluctable de l'admission des patients obèses en réanimation. Il importait alors d'évaluer les facteurs prédictifs de mortalité en réanimation de ces patients, ainsi que le retentissement psychophysique de leur prise en charge sur l'ensemble du personnel soignant.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective observationnelle a permis de retenir 77 sur 158 dossiers des patients obèses admis en réanimation polyvalente du centre hospitalier de Roubaix de janvier 2006 à décembre 2010 (81 exclusions pour absence d'indice de masse corporelle ou IMC). Ont été recueillies les caractéristiques clinico-démographiques, les différentes complications dont les escarres et l'iatrogénie, le type de ventilation, le type de nutrition, la durée moyenne de séjour en réanimation, le taux de mortalité global et à j28 avec ses causes, l'impact sur le personnel soignant médical et paramédical (accidents de travail, enquête subjective sur le ressenti des contraintes psychophysiques dues à la prise en charge, présence d'une formation à la manutention).

Résultats : La prévalence de l'obésité dans notre service était de 4,5 %, progressant de 0,3 % par an (4,2 % en 2006 versus 5,3 % en 2010), avec 57 % de femmes, d'âge moyen de 61 ans \pm 13, d'IGS II moyen de 41 \pm 20, d'IMC moyen de 42 kg/m² \pm 9. En analyse bivariée, avaient une influence significative sur la survenue du décès en réanimation, le motif d'hospitalisation respiratoire ($p = 0,0459$), la nutrition mixte entérale et parentérale ($p = 0,0048$), la ventilation mécanique invasive ($p = 0,0028$), les complications respiratoires ($p = 6,6 \times 10^{-5}$), les complications infectieuses ($p = 0,0058$), les complications cardiovasculaires ($p = 3,31 \times 10^{-4}$), la survenue d'escarres ($p = 0,007$). On notait néanmoins une tendance à la mortalité si la durée de ventilation mécanique était longue ($p = 0,061$). En analyse multivariée apparaissaient deux facteurs indépendants de mortalité en réanimation : les complications cardiovasculaires (OR = 20,6 ; IC 95 % : [3,35 ; 126,69]) et les escarres (OR = 9,93 ; IC 95 % : [1,68 ; 58,68]). Le retentissement, des contraintes psychophysiques induites par l'obésité, a pu être évalué d'une part par le nombre d'accidents de travail déclarés (traumatismes dans 96 % des cas ou *burn-out*), concernant dans 68 % des cas les aides-soignants, avec une incidence parallèle à la prévalence de l'obésité dans le service. D'autre part, il ressortait de l'enquête subjective un ressenti négatif du personnel, qui soulignait l'absence de matériel spécifique adapté et suffisant, et un manque de formation criant à la manutention, générant ainsi de mauvaises conditions de travail.

Conclusion : L'optimisation de la prise en charge du patient obèse en réanimation passe par un équipement adéquat en matériel spécifique, une formation sur la prévention des troubles musculosquelettiques du personnel soignant, ainsi qu'un enseignement théorique sur les spécificités thérapeutiques de l'obèse.

SP121

La qualité de vie des proches des patients âgés hospitalisés dans un service de réanimation médicale marocain

J. Belayachi¹, N. Sassi², T. Dendane², K. Abidi², N. Madani², R. Abouqal², A.A. Zeggwagh²

¹Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

²Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Introduction : La qualité de vie des proches des patients âgés hospitalisés en réanimation a été largement étudiée. Cependant, celle-ci n'a jamais été évaluée chez les proches des patients âgés. L'objectif de ce travail était de mesurer la qualité de vie des familles des patients âgés au décours d'un séjour en réanimation et analyser les facteurs influençant cette qualité de vie.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective menée, entre août 2011 et janvier 2012, au service de réanimation médicale du CHU Ibn-Sina de Rabat (Maroc). Tous les proches des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés plus de 48 heures étaient inclus dans l'étude. Des variables liées aux patients, aux proches ou à l'organisation de l'unité ont été recueillies. La qualité de vie était mesurée par la version arabe et validée du score SF-36. Tous les domaines du score SF-36 étaient mesurés, permettant de rapporter les sous-échelles physiques ou mentales. Le score de chaque sous-échelle varie de 0 à 100, des valeurs plus élevées indiquent une meilleure qualité de vie. L'analyse statistique a été réalisée par la méthode *generalized estimating equation* (données corrélées : plusieurs proches pour un patient).

Résultats : La qualité de vie a été mesurée chez 91 proches de 51 patients âgés. La mortalité en réanimation était de 39,2 %. Les moyennes (\pm ET) des scores SF-36 mentaux et physiques étaient respectivement de $39 \pm 10,6$ et de $38,3 \pm 3,6$. En analyse multivariée, concernant la santé physique, les variables indépendamment associées à une qualité de vie médiocre étaient soit liées au patient : admission pour insuffisance respiratoire aiguë ($\beta = -1,13$; IC 95 % : $[-2,1 \text{ à } -0,8]$; $p = 0,03$), soit liées au proche : la participation aux soins quotidiens ($\beta = -2,5$; IC 95 % : $[-4,7 \text{ à } -0,2]$; $p = 0,03$), la participation à la décision de limitation thérapeutique ($\beta = -9,6$; IC 95 % : $[-11,17 \text{ à } -8,14]$; $p \leq 0,001$), l'absence d'antécédent d'hospitalisation d'un proche en réanimation ($\beta = -5,7$; IC 95 % : $[-6,8 \text{ à } -4,5]$; $p \leq 0,001$) et une durée de séjour réduite ($\beta = -0,13$; IC 95 % : $[-0,16 \text{ à } -0,07]$; $p \leq 0,001$). Concernant la santé mentale, seule l'altération de l'état de conscience à l'admission était associée à une qualité de vie médiocre ($\beta = -1,19$; IC 95 % : $[-2,16 \text{ à } -0,23]$; $p = 0,01$).

Conclusion : Les familles des patients âgés hospitalisés en réanimation souffrent d'une altération considérable de leur qualité de vie. Cette étude a identifié le profil des familles à haut risque d'altération de leur santé physique et mentale et devrait être complétée par une étude du devenir de ces familles après la sortie du patient de la réanimation afin de détecter les familles à haut risque de séquelles physiques et mentales.

SP122

Les symptômes d'anxiété et de dépression chez les proches des patients âgés hospitalisés dans un service de réanimation médicale marocain

J. Belayachi¹, N. Sassi², T. Dendane², K. Abidi², N. Madani², R. Abouqal¹, A.A. Zeggwagh²

¹Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

²Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

Introduction : La prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les proches des patients hospitalisés en réanimation est bien connue. La prévalence de ces symptômes chez les proches de la population des patients âgés n'a jamais été spécifiquement étudiée. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les proches des patients âgés hospitalisés et d'évaluer les facteurs associés aux symptômes d'anxiété et de dépression durant le séjour et trois mois après la sortie.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective menée, entre août 2011 et janvier 2012, aux services de réanimation médicale du CHU Ibn-Sina de Rabat (Maroc). Ont été inclus les proches des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés. Les symptômes d'anxiété et de dépression ont été évalués par la version arabe du Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) administré au cours d'un séjour de plus de 24 heures, et trois mois après la sortie des patients. L'anxiété et la dépression ont été définies par un score supérieur à 10. Plusieurs variables liées aux patients, aux proches ou à l'organisation de l'unité ont été recueillies. L'analyse statistique a été réalisée par la méthode *generalized estimating equation* (données corrélées : plusieurs proches pour un patient).

Résultats : Quatre-vingt-quinze (51f/44h) proches âgés en moyenne de 42 ± 13 ans et 51 patients (20f/31h) âgés de 72 ± 6 ans ont été inclus. La médiane [IQ] de la durée de séjour était 6 [4–9] jours. La mortalité en réanimation et cumulative trois mois après était respectivement de 39,2 et 52,9 %. La prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les proches était de 57,9 et 57,9 % respectivement. En analyse multivariée, les facteurs associés à de moindres symptômes d'anxiété étaient : le référent (OR : 0,15 ; IC 95 % : $[0,04\text{--}0,55]$; $p = 0,004$), une information donnée par le senior (OR : 1,08 ; IC 95 % : $[0,04\text{--}0,55]$; $p = 0,004$). Les facteurs associés à de moindres symptômes de dépression étaient : le référent (OR : 0,06 ; IC 95 % : $[0,01\text{--}0,3]$; $p < 0,001$), un IGS II élevé (OR : 0,16 ; IC 95 % : $[0,03\text{--}0,91]$; $p = 0,03$), et des informations non contradictoires (OR : 0,13 ; IC 95 % : $[0,02\text{--}0,85]$; $p = 0,03$). La prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les proches trois mois après la sortie était respectivement de 45,9 et 58,8 %. Les facteurs associés à une anxiété moindre étaient le décès du patient en réanimation (OR : 0,33 ; IC 95 % : $[0,11\text{--}0,86]$; $p = 0,02$) et le sexe féminin du proche (OR : 0,40 ; IC 95 % : $0,17\text{--}0,92$; $p = 0,03$). Le décès en réanimation du patient était le seul facteur associé à de moindres symptômes de dépression chez le proche (OR : 0,33 ; IC 95 % : $[0,12\text{--}0,92]$; $p = 0,03$).

Conclusion : La prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression était élevée chez les proches des patients âgés hospitalisés en réanimation et reste stable trois mois après la sortie de la réanimation. Au cours du séjour en réanimation, être le référent est le principal rôle du proche qui permet d'amoinrir ces symptômes. Cependant, trois mois après la sortie, seuls les proches des patients décédés en réanimation ont une réduction significative des symptômes.