

## Séjours prolongés et personnes âgées

### Prolonged ICU stays and elderly patients

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### FC079

##### Suivi et évaluation de la qualité de vie des patients ayant effectué un séjour prolongé en réanimation

G. Tachon<sup>1</sup>, D. Gleeton<sup>2</sup>, N. Brechot<sup>1</sup>, G. Hekimian<sup>1</sup>, M. Duprey<sup>1</sup>, A. Nieszkowska<sup>1</sup>, J.-L. Trouillet<sup>1</sup>, A. Combes<sup>1</sup>, J. Chastre<sup>1</sup>, C.E. Luyt<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>2</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU de Québec, hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec, Qc, Canada

**Introduction :** La durée de séjour moyenne dans les unités de réanimation n'excède pas 7 à 10 jours, mais certains patients effectuent un séjour prolongé. Le devenir à la sortie de l'hôpital, l'impact sur la qualité de vie et le retentissement psychologique de ce groupe de patient n'ont jamais été évalués. L'objectif de l'étude est d'évaluer à long terme le devenir, la qualité de vie et l'existence de séquelles psychologiques (dépression réactionnelle, état de stress post traumatique) des survivants d'un séjour prolongé en réanimation.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective monocentrique réalisée sur une cohorte de 2 461 patients hospitalisés entre sept 2006 et décembre 2010 dans notre service. Le séjour prolongé était défini comme une durée de séjour > 27 jours (10<sup>e</sup> percentile de la population). Les patients survivants ont été recontactés par téléphone en médiane 1 800 [1 394-2 122] jours après leur sortie de réanimation. La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire SF36, les symptômes d'anxiété et de dépression par le questionnaire HAD, et l'existence de facteurs de risque d'état de stress post-traumatique (SSPT) par le questionnaire IES. La qualité de vie des patients a été comparée à un groupe contrôle appariés sur le sexe et l'âge. Les patients étaient considérés à risque de SPT si le score IES était  $\geq 30$  ; l'anxiété et la dépression étaient définies respectivement par des scores A et D  $\geq 8$ . Les données sont exprimées en moyenne  $\pm$  SD.

**Résultats :** Parmi les 247 patients ayant effectué un séjour prolongé, 66 (27 %) sont décédés au cours du séjour. Les 181 survivants avaient un âge de  $57 \pm 18$  ans, 62 étaient des femmes (34,8 %), leur SAPS II était de  $66 \pm 17$ , et 111 (61 %) étaient admis après une chirurgie. Parmi ces 181 patients sortis vivant de réanimation, 66 (36 %) sont décédés avant évaluation (délai médian 1 387 jours [110-1 963]), 80 (44 %) sont vivants, 35 (19 %) sont perdus de vue. Sur les 80 survivants, 58 ont été évalués. Par rapport à la population contrôle, il existait une diminution significative ( $p < 0,05$ ) de tous les items du SF36 hormis l'item douleur physique. Les scores résumés physiques et psychiques étaient significativement inférieures par rapport au groupe contrôle (respectivement  $41 \pm 10,5$  vs  $49,6 \pm 6,1$  ( $p < 0,0001$ ) et  $46,5 \pm 11,6$  vs  $50,7 \pm 2,8$  ( $p = 0,009$ )). Quarante quatre pourcent des patients présentaient au moins un symptôme évoquant l'existence de séquelles psychologiques : 19 patients (33,3 %) avaient des symptômes d'anxiété ; 12 patients (21 %) avaient des symptômes dépressifs ; 4 patients (7 %) étaient à risque de développer un SPT. 49 % avaient une autonomie préservée. 22 (40 %) avaient des difficultés pour se

déplacer à pied et 11 (20 %) avaient des difficultés pour se laver ou s'habiller seul.

**Conclusion :** Un tiers des survivants à un séjour prolongé en réanimation sont décédés en médiane 1 387 jours après la sortie de réanimation. A plus de 5 ans de la sortie de réanimation, il persiste chez les survivants une altération de la qualité de vie par rapport à une population témoin, et près de la moitié présentent des symptômes d'anxiété, de dépression et/ou sont à risque de développer un SSPT.

#### FC080

##### Long séjour en réanimation : caractéristiques épidémiologiques et pronostiques de patients hospitalisés dans une unité de réanimation médicale marocaine

H. Ezzouine, N. Harbouze, B. Charra, A. Benslama  
Réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd de Casablanca, Casablanca, Maroc

**Introduction :** Le séjour au long cours en réanimation est l'apanage de patients qui ont des particularités cliniques et évolutives. Le but de ce travail est d'identifier les caractéristiques épidémiologiques de ces patients dans une unité de réanimation médicale marocaine.

**Matériels et méthodes :** Étude rétrospective descriptive étalée sur trois ans (Janvier 2010, Décembre 2012), ont été inclus tous les patients hospitalisés pour une durée minimale de 30 jours. Les données démographiques, cliniques, bactériologiques et évolutives ont été recueillies.

**Résultats :** 21 patients ont été colligés pendant la période de l'étude. L'âge moyen est de : 51,15 ans [16-72 ans] avec une prédominance masculine, le sex ratio H/F est de 3,2. La durée d'hospitalisation moyenne est de 46,2 j. La pathologie d'admission a été une affection neurologique dans 78 % des cas (accident vasculaire cérébral 40 % des cas, méningite ou méningoencéphalite 19 %, traumatisme crânien 19 %), tétanos 9 % des cas, choc septique 9 %, acidocétose diabétique 4 %. Une comorbidité est retrouvée dans 60 % des cas (Diabète : 9 %, insuffisance rénale : 9 %, Cardiopathie : 33 %, Autres : 9 %). 95 % des patients ont été intubés et ventilés avec une durée moyenne de ventilation de 36 jours. 100 % des patients ont eu un sondage vésical et un cathétérisme veineux central. *Sur le plan infectieux*, la date de début moyenne est le 8<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation. L'infection urinaire est retrouvée dans 47 % des cas, pulmonaire dans 80 % des cas et infections sur cathéter dans 42 % des cas. Une bactériémie est notée dans 38 % des cas. Les germes isolés sont *Pseudomonas aeruginosa* 52 % des cas, *Acinetobacter baumannii* 47 % des cas, levures 38 %, *Klebsiella* 23 % des cas. Les drogues vasoactives étaient utilisées dans 28 %. L'évolution a été marquée par le décès dans 80 % des cas.

**Conclusion :** Le séjour au long cours en réanimation, au-delà de 30 jours, est un paramètre non négligeable d'intérêt pronostique.

La pathologie neurologique à l'admission en est un facteur de risque et l'évolution globale des patients est marquée par un taux de décès non négligeable.

## FC081

### Vécu psychologique des patients trois mois après la sortie de réanimation

K. Charhraoui<sup>1</sup>, A. Laurent<sup>2</sup>, A. Bioy<sup>1</sup>, A. Vinay<sup>1</sup>, J.-P. Quenot<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale, université de Bourgogne, Dijon, France

<sup>2</sup>Laboratoire de psychologie, université de Franche-Comté, Besançon, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage et UMR 866, Dijon, France

**Introduction :** Plusieurs études ont mis l'accent sur l'impact psychologique majeur d'un séjour en réanimation avec le développement de troubles psychiatriques (troubles dépressifs et anxieux, états de stress post-traumatiques) chez au moins un quart des patients plusieurs mois après la sortie d'hospitalisation. Notre objectif est de mieux comprendre le vécu psychologique des patients de réanimation trois mois après leur séjour à l'aide d'une méthodologie qualitative basée sur l'entretien clinique.

**Patients et méthodes :** 20 patients ont participé à un entretien clinique (mené par une psychologue) qui avait pour objectif d'investiguer les souvenirs de la réanimation et le vécu psychologique actuel. Tous les entretiens ont été enregistrés et entièrement retranscrits puis ils ont fait l'objet d'une analyse thématique avec trois cotuteurs indépendants. Deux échelles cliniques ont été également été remplies par chaque sujet (IESR et HADS).

**Résultats :** Nos résultats montrent une grande variabilité dans le vécu psychologique des patients trois mois après leur séjour en réanimation. 50 % des patients présentent un vécu anxieux en relation avec des problèmes somatiques toujours présents. Nous observons également un développement de troubles dépressifs majeurs et de troubles post-traumatiques chez trois sujets sur 20 en relation avec un vécu traumatique du séjour en réanimation. Enfin 35 % des sujets présentent une amélioration de leur qualité de vie qui semble être en lien avec l'utilisation de certaines stratégies adaptatives (oubli, soutien social, humour, acceptation).

**Conclusion :** La méthodologie qualitative avec entretien clinique et analyse thématique permet d'aller plus loin dans la compréhension des troubles post-réanimatoires par rapport aux questionnaires fermés utilisés de manière courante. Ce type d'étude peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients au quotidien et sans doute pour des situations bien déterminées proposer plus systématiquement des consultations post-réanimation avec un psychologue.

## FC082

### Lieu de prise en charge initiale des patients de plus de 80 ans et mortalité hospitalière : impact de la prise en charge par le Samu

J. Richecoeur<sup>1</sup>, C. Joasson<sup>1</sup>, P. Michel<sup>1</sup>, D. Combaut<sup>1</sup>, P. Blanc<sup>1</sup>, G. Colin<sup>1</sup>, S. Mortaza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médico-chirurgicale, CH René-Dubos, Pontoise, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CH René Dubos, Pontoise, France

**Objectif :** Nous sommes intéressés à évaluer l'impact de la provenance SAMU (GI, n = 22 patients (pts), SAU (GII, n = 25 pts) et services

médico-chirurgicaux (GIII, n = 39) sur la mortalité en réanimation et hospitalière des patients octogénaires et plus.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective, monocentrique incluant des patients de plus de 80 ans hospitalisés en réanimation durant l'année 2011. Les données recueillies sont la mortalité en réanimation et à l'hôpital et les paramètres suivants : âge, sexe, IGSII, SOFA, critères de Knaus, Mac Cabe, Karnosky, provenance du patient, typologie du patient, durée moyenne de séjour (DMS), ventilation mécanique (VM), supports catécholergiques, épuration extra rénale. *Analyse statistique :* Chi2, Fischer exact test, test T de Student, ANOVA après contrôle de normalité, Kaplan Meier ; log Rank test et comparaison multicritère par modèle de Cox. Résultats exprimés en médiane et interquartile ou moyenne.

**Résultats :** 112 patients octogénaires et plus (âge médian : 83 ans IQ25-75 : 81-85 ans) sont admis en 2011, 102 ont été inclus. La DMS médiane en réanimation de 4 j (IQ25-75 : 2-8 j). La DMS réanimation vivants versus (vs) décédés est similaire 5 j (IQ25-75 : 3-7,5 j) vs 3 j (IQ25-75 : 2-8 j). La DMS hospitalière globale est de 13 j (IQ25-75 : 3-23). La DMS hospitalière vivants vs décédés est similaire : 15 j (IQ25-75 : 10,5-21,4 j) vs 6 j (IQ25-75 : 2-13,4 j). Le taux de mortalité globale en réanimation et hospitalière est respectivement de 38 % (70 % des patients décédés ont eu une LATA) et de 59 %. Selon les groupes, la mortalité hospitalière est de 73 % GI, 65 % GII et 55 % GIII (p : ns). L'IGS II est plus élevé pour le GI : 67,77 (IC 95 % : 64-69,) vs 51 (IC 95 % : 48-54) GII et 50 (IC 95 % : 47-53) (p : 0,009). On note plus de pathologies respiratoire et digestives dans le GI vs GII et GIII. (p = 0,003) et donc plus de recours à la VM dans le GI : 77 % vs 50 % GII et 45 % GIII (p = 0,003). Le recours aux catécholamines n'est pas lié au type de provenance. Globalement les pts du GI partagent pour les 2/3 d'entre eux les facteurs prédictifs de mortalité de notre population identifiés par analyse uni variée : scores SOFA, et SAPS II, la ventilation mécanique (VM), et par analyse multivariée : SAPSII (p : 0,03). Il est à noter que la variable « catécholamines » ressort seule en analyse multi variée (p = 0,02) comme facteur prédictif de mortalité lors de l'analyse globale des groupes vivants versus décédés.

**Discussion :** La prise en charge SAMU s'accompagne d'une surmortalité dans ce groupe de patient bien que non significative. Ceci est en relation avec une gravité plus importante comme l'atteste le score de l'IGSII. Les scores prédictifs habituels Knaus, Mac Cabe, Karnosky et la typologie du patient ne ressortent pas dans notre étude [1]. Bien que l'âge ne soit pas un paramètre prédictif de mortalité, on constate que 7/10 patients décèdent lors de l'hospitalisation (s'ils sont adressés par le SAMU) alors que la mortalité attendue dans la population française des plus de 80 ans est de 8 à 10 décès par mois pour mille habitants. Cela n'est pas sans soulever des questions portant à la fois sur l'éthique — quels sont les niveaux d'engagement proposés et à proposer, centrés sur le service à rendre aux patients, comment est compris le concept de décision anticipée (rarement retrouvée dans les dossiers des patients) — mais également sur l'économie laquelle devant restée morale.

**Conclusion :** 1- La provenance des pts n'influe pas la mortalité mais il existe une surmortalité parmi les patients admis via le SAMU. 2- Elle est liée à la gravité de la pathologie aigüe conduisant à des décisions de limitation des soins. 3- L'orientation des patients GI avant admission en réanimation pourrait bénéficier pour certains d'une seconde évaluation au déchoquage du SAU.

## Référence

1. Roch A, Wiramus S, Pauly V, et al (2011) Long-term outcome in medical patients aged 80 or over following admission to an intensive care unit. *Crit Care* 15:R36

**FC083****Facteurs prédictifs de mortalité en réanimation des patients de plus de 80 ans : étude rétrospective sur deux ans**

A. Leboucher, E. Parmentier-Decrucq, A. Durocher  
Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare,  
CHRU de Lille, hôpital Calmette, Lille, France

**Introduction :** Le nombre d'admissions en réanimation de patients de plus de 80 ans augmente avec le vieillissement de la population. Pourtant aucun critère d'admission en réanimation n'existe pour ces patients. L'objectif principal de cette étude était d'identifier chez des patients de plus de 80 ans, des critères prédictifs de mortalité présents dès l'admission en réanimation.

**Patients et méthodes :** Cette étude monocentrique, rétrospective, réalisée au sein d'un service de réanimation médicale universitaire, a inclus tous les patients de plus de 80 ans hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2011 et le 31 décembre 2012. Toutes les caractéristiques cliniques des patients à l'admission et les caractéristiques de leur séjour en réanimation ont été recueillies puis analysées en fonction des statuts « vivant » ou « décédé » en réanimation, au 28<sup>ème</sup> jour, à 3 mois et à 6 mois ainsi que le statut « retour à domicile » ou non. Les résultats sont exprimés en nombre absolu et pourcentage pour les variables qualitatives et en médiane et interquartiles pour les variables quantitatives. Une analyse univariée par test de Khi-2 ou de Mann-Withney a été réalisée puis complétée par une analyse multivariée par régression logistique pour déterminer les facteurs de risque indépendamment associés à la mortalité des patients. Les résultats sont donnés en Odds Ratios (OR) complétés par l'intervalle de confiance à 95 %.

**Résultats :** Cent trois patients ont été inclus soit 6,8 % des admissions en réanimation. L'âge était de 83,7 ans [81,4-85,7], 60 patients (60,6 %) étaient autonomes et 84 patients (82,4 %) vivaient à domicile. La mortalité en réanimation était de 52,4 % et celle à 6 mois était de 72,2 %. Quarante patients sont rentrés à domicile ce qui correspond à 83 % des patients sortis vivants de réanimation. En analyse multivariée, les facteurs associés à la mortalité en réanimation étaient l'Index de Gravité Simplifié 2 (OR = 1,04 [1,01-1,06] ; p = 0,007), la durée de ventilation mécanique (OR = 1,08 [1,02-1,14] ; p = 0,008) et le nombre de traitement pris à domicile (OR = 0,83 [0,7-0,98] ; p = 0,034). L'albuminémie était un facteur indépendant de survie à 3 mois (OR = 0,89 [0,83-0,98] ; p = 0,011) et à 6 mois (OR = 0,89 [0,8-0,99] ; p = 0,04). Concernant le retour à domicile, l'albuminémie (OR = 0,72 [0,54-0,97] ; p = 0,028) et le poids d'entrée (OR = 0,75 [0,6-0,95] ; p = 0,017) étaient des facteurs de bon pronostic alors que l'Index de Gravité Simplifié 2 (OR = 1,2 [1,02-1,41] ; p = 0,032) et le poids de sortie (OR = 1,53 [1,13-2,07] ; p = 0,006) étaient des facteurs de mauvais pronostic. L'analyse des comorbidités et de l'âge ne montrait pas de différence significative.

**Conclusion :** Dans notre étude, l'Index de Gravité Simplifié 2 restait un bon score pronostic en réanimation même pour les plus de 80 ans. L'albuminémie pourrait être un bon facteur prédictif de survie à long terme et de retour à domicile. Ce dernier pourrait être utilisés dans la mise au point de critères d'admission de la personne âgée en réanimation.

**FC084****Les patients âgés dans une unité de réanimation marocaine**

I. Malajati, K. Belkadi, H. Ezzouine, C. Boubaker, A Benslama  
Réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

**Introduction :** L'évolution démographique de la population marocaine a subi un accroissement de la proportion des personnes âgées,

puisque l'espérance de vie a augmenté de 55 % en 50 ans (de 46,6 à 72,1 ans), qui est responsable d'une augmentation des admissions des sujets âgés en réanimation. Le but de notre travail était d'évaluer le pourcentage des admissions des personnes âgées dans un service de réanimation marocain, leur séjour, et l'impact de l'âge comme facteur pronostic.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective sur une période de 19 mois (du janvier 2012 au juillet 2013), incluant tous les patients âgés de plus de 60 ans, admis au service de réanimation médicale du CHU Ibn-Rochd de Casablanca. On a évalué les caractéristiques épidémiologiques, les scores de gravité, et la mortalité de cette population.

**Résultats :** 69 patients (16,42 % des admissions) ont été colligés durant la période de l'étude, à prédominance masculine 60 %, avec un âge moyen de 67,98 ± 7,82 ans (extrêmes : 60 à 90 ans). Les principales comorbidités associées étaient : le diabète (45,7 %), l'hypertension artérielle (37,68 %), insuffisance respiratoire chronique (8,69 %), insuffisance rénale chronique (5,7 %), et cardiopathie ischémique (4,35 %). Les motifs d'admission par ordre de fréquence étaient : les troubles de conscience (40,6 %) dont 6 cas d'accident vasculaire cérébral ischémique, l'acidocétose diabétique (20,3 %), les détresses respiratoires (10 %) dont 3 cas de décompensation de BPCO, la pathologie traumatique (7,25 %), et la pathologie néoplasique (2,9 %). Les scores de gravité moyens étaient successivement : score GCS (11,48 ± 3,17), apach II (12,38 ± 4,86), apach III (22,12 ± 8,12), SOFA (2,90 ± 2,36). 55,6 % des patients ont nécessité une assistance ventilatoire artificielle dont la durée moyenne était de 13,79 ± 15,21 jours. À l'admission, 38,6 % des patients ont présenté une insuffisance rénale, 61,4 % avaient des troubles hydroélectrolytiques prédominés par les dysnatrémies. Au cours de l'hospitalisation, 37,1 % des patients ont présenté une instabilité hémodynamique ayant nécessité le recours des drogues vaso-actives. L'infection nosocomiale a été notée chez 38,6 % des patients prédominés par les pneumopathies (n = 25), elle représente également un facteur de mauvais pronostic (p < 0,001). La mortalité a atteint 58,6 %.

**Conclusion :** Compte tenu du vieillissement de la population, les admissions des patients âgés en réanimation augmentent. Il n'existe pas d'arguments formels pour proposer une prise en charge spécifique pour les sujets âgés. En revanche, réunir les éléments du pronostic que sont l'état fonctionnel antérieur, les comorbidités, les troubles des fonctions supérieures, est essentiel pour la prise en charge.

**Bibliographie**

1. Galzerano A, Sabatini E, Duri D, et al (2009) Old patients in intensive care unit (ICU): what decisions to make? Arch Gerontol Geriatr 49:294-7

**FC085****L'admission du sujet âgé de plus de 80 ans en réanimation**

F. Daly, S. Abdellatif, A. Trifí, M. Oueslati, R. Nasri, S. Ben Lakhel  
Réanimation médicale, CHU la-Rabta, Tunis, Tunisie

**Introduction :** Les réanimateurs se voient proposer des patients de plus en plus âgés en rapport avec l'évolution démographique de la population et l'amélioration de l'espérance de vie. Le but de notre étude est d'essayer d'étudier l'influence de l'âge sur la prise de décision d'admission et le pronostic de cette population en réanimation.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, menée au service de réanimation médicale du CHU La Rabta. Elle est fondée sur l'analyse des propositions de transfert dans notre service et l'analyse des patients admis durant toute une année. Les tests de Student et du Chi2 sont utilisés pour comparer les variables des différents groupes.

**Résultats :** 61 patients proposés sont âgés de plus de 80 ans dont 9 (14 %) ont été admis. Ces 9 patients sont âgés de 80 à 89 ans avec un sex-ratio à 1,25. L'appelant est un senior en médecine dans 5 cas et la proposition est faite par téléphone dans 5 cas. Le motif de l'appel est une détresse respiratoire dans 7 cas. 2 patients ont eu une hospitalisation récente et 1 seul patient est intubé à l'admission. 5 patients ont un état de santé antérieur normal (score A de Knaus) et 6 % ont une autonomie complète (indice de comorbidité ADL de Katz et al. à 6). La mortalité prédite évaluée par le score MPM IIa est à 32 %, 28,5 % par l'IGS II et 18,5 % par l'APACHE II. Deux patients sont décédés soit une mortalité observée à 22 %. Les 52 patients refusés sont âgés de 80 à 93 ans avec sex-ratio à 2,46. L'appelant est un senior dans 4 cas et la proposition est faite par téléphone dans 26 cas. Le motif de l'appel est une détresse respiratoire 21 fois. 33 patients ont eu une hospitalisation récente et 15 sont intubés à l'admission. 7 patients ont un état de santé antérieur normal (score A de Knaus) et 8 ont une autonomie complète (indice de comorbidité ADL de Katz et al. à 6). La mortalité prédite évaluée par le score MPM IIa est à 29,28 %.

**Discussion :** La différence entre le taux de refus des patients proposés âgés de plus de 80 ans et des autres est significative ( $p = 0,013$ ) identifiant ainsi l'âge supérieur à 80 ans comme facteur subjectif limitant l'admission en réanimation. Par ailleurs, on identifie d'autres facteurs pouvant influencer l'admission de ces patients comme la qualité de l'appelant (Sénior) avec  $p = 0,001$ , une notion d'hospitalisation récente  $p = 0,047$ , un état de santé antérieur normal (score A de Knaus)  $p = 0,031$  et une autonomie complète (score ADL à 6) avec une  $p = 0,032$ . La mortalité des patients âgés de plus de 80 ans admis est à 22,22 %.

**Conclusion :** Le pronostic des patients âgés de plus de 80 ans admis en réanimation peut être meilleur que celui des autres malades, à condition que la décision d'admission tienne compte d'autres paramètres tels que l'état de santé antérieur, le degré d'autonomie et la notion d'hospitalisation récente.

## FC086

### Qualité de vie d'une population âgée un mois avant et trois mois après un séjour en réanimation

K. Berrechid<sup>1</sup>, J. Belayachi<sup>2</sup>, T. Dendane<sup>1</sup>, K. Abidi<sup>1</sup>, N. Madani<sup>2</sup>, R. Abouqal<sup>2</sup>, A.A. Zeggwagh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Service des urgences médicales hospitalières, CHU Ibn-Sina, Rabat, Maroc

**Introduction :** Plusieurs études se sont attachées à définir les facteurs pronostiques associés au décès des personnes âgées en réanimation. Au-delà du pronostic qu'en est-il de la qualité de vie de ces patients âgés après un séjour en réanimation ? L'objectif de ce travail était de comparer la qualité de vie avant et trois mois après un séjour en réanimation chez une population âgée de plus de 65 ans en utilisant le questionnaire MOS SF-36.

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective menée, entre août 2012 et mars 2013, au service de réanimation médicale du CHU Ibn Sina de Rabat (Maroc). Tous les patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés plus de 48 h étaient inclus dans l'étude. Un ensemble de critères sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été évalués ainsi que les comorbidités (antécédents et score de Charlson) et la gravité à l'admission (SAPS II). La qualité de vie était mesurée par la version arabe et validée du score SF-36 [1]. 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. La qualité de vie a été évaluée 1 mois avant l'admission (M-1) et 3 mois après la sortie de la réanimation (M+3). Statistique : t test pour données appariées.

**Résultats :** Quarante-trois patients (49H/34F) ont été inclus. L'âge moyen était de  $74 \pm 7$  ans. La mortalité en réanimation était de 49,4 %. La mortalité hospitalière était de 51,8 % et la mortalité cumulée à 3 mois de 59 %. A l'admission, le score SAPS II était de  $38,2 \pm 10,6$ . A M-1, le score de la santé physique chez les survivants était de  $35 \pm 7,3$  puis avait diminué à  $33,2 \pm 7,8$  à M+3 ( $P = 0,08$ ). Concernant la santé mentale chez les survivants, le score était de  $39 \pm 9,1$  à M-1 puis avait diminué à  $37,2 \pm 9,8$  à M+3 ( $P < 0,002$ ).

**Conclusion :** Cette étude a objectivé une mortalité importante dans la population âgée hospitalisée en réanimation. Un séjour en réanimation réduit la qualité de vie à trois mois des patients âgés avec un impact significatif sur la santé mentale.