

Évaluation des admissions

Evaluation of admission

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

EP140

Réadmission précoce en réanimation : caractéristiques cliniques, pronostic et facteurs de risque, étude cas-témoins

S. Ayed, H. Ben Sik Ali, R. Atig, N. Tilouche, Y. Touil, O. Jaoued, R. Gharbi, M. Fekih Hassen, S. Elatrous
Service de réanimation médicale, CHU Taher-Sfar-Mahdia, Mahdia, Tunisie

Introduction : La réadmission précoce des patients en réanimation au cours du même séjour hospitalier est un facteur de pronostic. Les objectifs de cette étude sont de déterminer l'incidence, les caractéristiques et le pronostic des patients réadmis dans les 7 jours qui suivent leur sortie de réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude cas témoins où les cas sont les patients réadmis dans notre service dans un délai ≤ 7 jours après leur sortie de réanimation entre Mars 2001 et Juin 2013. Les témoins étaient sélectionnés à partir de la base de données du service avec comme critères de sélection (même diagnostic principal, âge ± 5 ans, SAPS II ± 5). Les données démographiques, les comorbidités, le motif d'admission, le SAPS II, le score de Glasgow, les gaz du sang avant la sortie, le « Stability and Workload Index for Transfer score » (SWIFT), et la mortalité ont été comparés entre les patients réadmis (les cas) et les patients n'ayant pas eu une réadmission (les témoins). Pour chaque cas nous avons sélectionné 2 témoins.

Résultats : Cinquante-trois patients sur 3 620 admis (1,4 %) répondaient aux critères d'inclusion : 35 hommes, 18 femmes, d'âge moyen 57 ± 18 ans, SAPS II : 29 ± 15 . Les pathologies motivant l'hospitalisation en réanimation étaient dominées par l'insuffisance respiratoire aiguë (60 %). Le SAPS II moyen lors de la réadmission était significativement plus élevé par rapport à celui de l'admission et de la sortie de la première hospitalisation (33 ± 19 vs 29 ± 15 vs 21 ± 10 , $p < 0,001$). Aucun des paramètres suivants : Le GCS, le rapport PaO₂/FiO₂, PaCO₂ et le score SWIFT ne permet de prédire la survenue de réadmission précoce en réanimation. La mortalité des patient réadmis était de 20 % alors qu'elle était de 15 % pour groupe témoins ($p = 0,43$).

Conclusion : L'incidence des réadmissions précoces des patients de réanimation au cours du même séjour hospitalier est faible. Les réadmissions ne semblent pas aggraver le pronostic. Aucun des paramètres respiratoires et neurologiques recueillis à la sortie ne permet d'identifier ces patients.

EP141

Facteurs de mauvais pronostic présents à l'admission en réanimation

F. Daly, S. Abdellatif, A. Trifi, M. Oueslati, R. Nasri, S. Ben Lakhal
Réanimation médicale, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : La décision d'admettre un patient en réanimation est particulièrement difficile du fait, entre autres, du manque de lits et doit

dépendre de plusieurs paramètres. Le but de notre étude est d'analyser la mortalité en réanimation et d'essayer de dégager les facteurs de mauvais pronostic présents dès l'admission.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, menée au service de réanimation médicale de La Rabta. L'ensemble des informations disponibles sont recueillies systématiquement pour tous les patients admis durant une année. La comparaison du groupe dont l'évolution est favorable et le groupe des patients décédés est faite par le test de Student et Chi².

Résultats : 260 patients sont admis. Ils sont âgés de $49,5 \pm 19,6$ ans et ont un sex-ratio de 1,79. Les patients proviennent des autres services de l'hôpital dans 80 % des cas. Les tranches horaires de l'admission ont été comparées (60,4 % dans la journée versus 39,6 % la nuit). La demande de transfert est faite par téléphone dans 60,4 %. L'appelant est un résident en médecine dans 47,7 % et le type de demande est médical dans 98,4 %. La prise de décision est faite après déplacement du réanimateur au chevet du malade dans 78,8 % des cas. La durée d'hospitalisation moyenne dans le service d'origine avant le transfert est de 5,62 jours. A l'admission, 42 % des patients sont ventilés mécaniquement. La mortalité prédite par le score MPM II à l'admission est de 25,74 % ($\pm 21,79$). Les patients ont au moins un antécédent dans 77,7 %, un score de comorbidité de Charlson ≥ 1 dans 55,8 %, un score ADL de Katz et al. Moyen de 5,12. 43,5 % des patients ont un état de santé antérieur normal (un score A de Knaus) et 52,3 % des patients ne présentent pas de maladies sous jacentes affectant le pronostic vital (score 0 de Mac Cabe). La mortalité observée est de 42,6 %.

Discussion : Parmi les facteurs retrouvés de mauvais pronostic, on cite l'âge ($p = 0,004$), l'état de santé antérieur altéré selon la classification de Mac Cabe ($p = 0,005$), la présence de comorbidités selon le score de comorbidité de Charlson ($p = 0,045$), la présence d'assistance respiratoire ($p < 0,001$), la durée d'hospitalisation dans le service d'origine ($p = 0,049$), le motif d'hospitalisation ($p < 0,001$) et le score MPM IIa ($p < 0,001$).

Conclusion : Le réanimateur doit, à chaque demande d'admission en réanimation, estimer les bénéfices et les risques, en prenant en compte plusieurs paramètres en plus de la sévérité de la pathologie aiguë. Aucun de ces paramètres, ne peut et ne doit être considéré, à lui seul, comme un critère de refus d'admission, même s'il semble être un facteur de mauvais pronostic.

EP142

L'admission différée en réanimation médicale : étude de pratique au CHU de Rouen et impact sur la mortalité

J. Abily¹, J.B. Michot², G. Gastaldi³, C. Girault¹, D. Carpentier¹, G. Béduneau¹, F. Tamion¹, G. Bonmarchand¹

¹Réanimation médicale, CHU, hôpitaux de Rouen, Rouen

²Réanimation-surveillance continue, centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers, Val-de-Reuil, Elbeuf, France

³Anesthésiologie-réanimation chirurgicale, CHU, hôpitaux de Rouen, Rouen, France

Introduction : Les sollicitations pour une admission en réanimation sont nombreuses avec des ressources limitées. Les réanimateurs sont ainsi conduits à ne pas admettre des patients qu'ils jugent « trop graves », « pas assez graves », par faute de place ou du fait du refus du patient. Cette décision difficile de ne pas admettre un patient n'est pas toujours prise d'emblée, le réanimateur pouvant réévaluer le patient au décours d'une période d'observation. Ainsi avons nous voulu caractériser cette période d'observation en déterminant les facteurs intervenant dans le processus de décision et évaluer l'impact sur la mortalité des patients.

Patients et méthodes : étude prospective observationnelle monocentrique sur un an des sollicitations pour une admission en réanimation médicale au CHU de Rouen. La décision du réanimateur a été recueillie : admission, refus, réorientation ou période d'observation. Les critères démographiques (âge, sexe, gravité à la sollicitation et à l'admission éventuelle, critères d'hospitalisation en unité de surveillance continue), les caractéristiques des sollicitations (motif d'appel, lieu initial de prise en charge, heure d'appel, nombre de lits disponibles), la mortalité à 28 jours et le recours à des suppléances d'organes ont été étudiés.

Résultats : Sur les 1 815 patients analysés, 845 patients (46,6 %) ont été admis d'emblée, 579 (31,9 %) refusés d'emblée, 341 (18,8 %) mis en observation et 50 (27,5 %) réorientés. Il n'existe pas de différence de mortalité à 28 jours entre les patients admis après une période d'observation et les patients admis d'emblée. Au moment de la sollicitation, les patients admis au décours de cette période d'observation sont moins graves que les patients admis d'emblée (score SOFA à 4,8 [4,1–5,4] vs 6,4 [6,1–6,7] ($p = 0,0008$)). À l'admission en réanimation, il n'est plus retrouvé de différence significative concernant le score SOFA pour ces deux groupes ($p = 0,74$). Les patients ont été refusés d'emblée dans 42 % des cas pour un excès de gravité, dans 39 % des cas pour un manque de gravité et dans 18 % des cas faute de place. Ces patients ont un taux de mortalité significativement plus important que les patients en observation ($p < 0,0001$). La décision de refus d'emblée est prise en moins de trente minutes dans près de 70 % des cas alors que cela ne correspond qu'à 37 % des patients en observation ($p < 0,0001$). La décision de mettre en observation un patient a pris plus d'une heure dans près de 40 % des cas. Des facteurs organisationnels : contact par téléphone, provenance et horaire de l'appel peuvent influencer sur la décision d'admission. Le recours à la ventilation mécanique est plus important pour les patients admis d'emblée.

Conclusion : Les sollicitations pour une admission en réanimation sont de plus en plus nombreuses. Dans ce travail, la temporisation dans la décision d'admission en réanimation médicale n'est pas associée à une augmentation de la mortalité.

EP143

L'association entre le temps d'admission et la mortalité dans un service de réanimation marocain

K. Berechid, K. Abidi, T. Dendane, N. Madani, J. Belayachi, A.A. Zeggwagh, R. Abouqal

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

Introduction : Les données de la littérature restent partagées en ce qui concerne l'association entre le temps d'admission et la mortalité en

réanimation. En effet, la méta-analyse réalisée en 2010 montrait que les patients admis durant le week-end avaient un risque élevé de mortalité. Par contre, les admissions faites durant les heures non ouvrables n'étaient pas associées à une mortalité élevée. L'objectif de l'étude est de déterminer si les admissions durant les heures et les jours non ouvrables sont liées à une surmortalité.

Patients et méthodes : Ont été inclus prospectivement et consécutivement tous les patients admis en réanimation entre février et mai 2013. A été comparé le taux de mortalité des admissions faites durant les jours non ouvrables (Samedi 08 h 30 am jusqu'au lundi 08 h 30 am et les jours fériés) et les jours ouvrables (lundi au vendredi, de 08 h 30 à 06 h 00 pm), ainsi que celui des admissions faites durant les heures non ouvrables (de 06 h 00 pm à 08 h 30 am) et les heures ouvrables.

Résultats : 199 patients (118 hommes et 81 femmes) ont été inclus. L'âge moyen était de 43 ± 18 ans, l'APACHE II était de 15 ± 7 , la médiane de la durée de séjour (IQR) était de 3 (2-5) jours. Les admissions faites durant les jours non ouvrables et les jours ouvrables étaient respectivement de 26,6 % et de 73,4 %. 67,3 % des patients ont été admis durant les heures ouvrables et 25 % durant les heures non ouvrables. Le taux de mortalité globale était de 36,2 %. Il n'y a aucune différence significative en terme de mortalité en réanimation entre les patients admis durant les jours ouvrables et les jours non ouvrables (34,2 vs 41,5 %, $p = 0,25$). Il n'y a non plus aucune différence significative entre les patients admis durant les heures ouvrables et les heures non ouvrables (32 % vs 39,6 %, $p = 0,34$). Cette absence de différence significative a persisté après analyse multivariée (régression logistique) dans les 2 cas.

Conclusion : Dans cette étude prospective, les admissions faites durant les heures et les jours non ouvrables ne sont pas associées à une surmortalité.

EP144

Typologie et devenir des patients non admis en réanimation

F. Dachraoui, F. May, I. Ouanes, Z. Hammouda, R. Bouzgarrou, S. Blel, I. Mjendel, I. Touil, S. Ben Abdallah, L. Ouanes-Besbes, F. Abroug
Réanimation polyvalente, CHU F.-Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction : *Rationne :* La décision de non admission en réanimation est le résultat d'une démarche complexe, dont les conséquences peuvent être tragiques, et ce dans un laps de temps souvent très court compte tenu de la nécessité d'une décision rapide. Peu de données sont disponibles quant à ses modalités. *Objectif :* Décrire la typologie des patients proposés et non admis au service de Réanimation Polyvalente du CHU Monastir et leur devenir immédiat.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au service de réanimation Polyvalente du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir en Tunisie entre le 1^{er} septembre 2012 et le 31 août 2013 incluant tous les patients consécutivement proposés et non admis au service de réanimation. Nous avons recueilli leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe), service et/ou hôpital auxquels ont été hospitalisés, leurs comorbidités, les diagnostics évoqués, ainsi que leur devenir à court terme (hospitalisation en réanimation ou dans un autre service) ou au contraire le refus d'hospitalisation en précisant les raisons de ce refus.

Résultats : Durant la période d'étude, l'équipe de réanimation a été sollicitée à 841 reprises pour 762 patients, 279 d'entre (37 %) eux ont été hospitalisé en réanimation (63 % de sexe masculin, âge médian 56 ans [IQR = 26]). 483 patients n'ont pas pu être hospitalisé en réanimation (65 % de sexe masculin), l'âge médian de ces patients était de 62 ans (IQR = 26, min = 11 - max = 90) ; les principales comorbidités étaient l'HTA, le diabète, les cardiopathies et l'insuffisance respiratoire

chronique (IRC), relevées respectivement dans 35,5 %, 33 %, 29 % et 21 %. Plus de la moitié des patients (55 %) ce sont vu refuser l'hospitalisation en réanimation en raison d'un manque de lit et 25 % d'entre eux ne présentaient pas de tableau clinique suffisamment grave pour justifier leur transfert en réanimation. Les patients proposés provenaient principalement des urgences et des services de médecine respectivement dans 46 % et 34 % des cas. 30 % des propositions étaient proposés au cours des week-ends et jours fériés. Les principaux motifs de transfert en réanimation des patients non admis en réanimation comparativement à ceux qui l'ont été, étaient respectivement les suivants : L'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) de novo : 34,3 % vs 17,4 %, les états de choc : 13,2 % vs 10 %, les états septiques 10,5 % vs 6,1 %, et les IRA/poumon antérieurement malade étaient 9,8 % vs 41,1 %. 3/4 des patients sont restés dans leurs services d'origine et 7 % d'entre eux sont décédés après intervention de l'équipe de réanimation.

Conclusion : La pénurie des lits disponibles en réanimation et la non-gravité du tableau clinique sont les principales causes de refus d'hospitalisation en réanimation pour 2/3 des malades proposés. La mise en place d'une politique de triage des patients notamment par le biais des équipes d'intervention rapide « *rapid response team* » ainsi que l'augmentation du nombre de lits de réanimation pourraient améliorer le pronostic de ces patients.

EP145

Limitations thérapeutiques par les réanimateurs à l'extérieur et à l'intérieur de la réanimation

D. Reuter, V. Lemiale, E. Canet, L. Zafrani, N. Maziers, S. Merceron, E. Azoulay

Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : En réanimation, plus de la moitié des décès sont précédés d'une limitation et arrêt des traitements (LAT). Ces décisions sont encadrées par 2 textes de loi et des recommandations des sociétés savantes. Les LAT sont également prises régulièrement par les réanimateurs en dehors de la réanimation, le plus souvent lors d'une consultation aboutissant à une non-admission en réanimation. L'objectif de cette étude est de comparer nos pratiques selon que les décisions de LAT soient prises à l'intérieur ou à l'extérieur de la réanimation.

Patients et méthodes : Étude prospective observationnelle, monocentrique sur 10 mois (15/10/2012-15/08/2013). Tous les patients proposés au réanimateur médical de l'hôpital Saint-Louis et ayant fait l'objet d'une décision de LAT à l'intérieur ou à l'extérieur de la réanimation ont été inclus. Les avis uniquement téléphoniques n'ont pas été inclus. Les données relatives aux patients et au processus décisionnel de LAT ont été colligées et comparées selon que les décisions aient été prises à l'intérieur ou à l'extérieur de la réanimation.

Résultats : Sur la période d'étude, 107 patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT ont été inclus. Dans 70 cas (65 %) il s'agissait de patients à l'intérieur de la réanimation, et dans 37 cas (35 %) la LAT survenait chez des patients extérieurs à la réanimation, débouchant sur une décision de non admission. Les patients provenaient soit d'un service de médecine (57 %) soit du SAU (43 %) de l'hôpital. Les LAT en amont de la réanimation concernaient des patients plus âgés (72 [56-82] vs 63 [53-77] ans, $p = 0,07$), plus souvent atteints par un cancer métastatique (40 % vs 11 %, $p < 0,01$), ayant un état général plus altéré (PS 3-4 : 66 % vs 27 %, $p < 0,01$), un score Mc Cabe plus élevé (Mc Cabe 2 : 77 % vs 45 %, $p < 0,01$) et moins souvent autonomes au domicile (40 % vs 81 %, $p < 0,01$). L'appel au réanimateur était plus souvent réalisé par un interne (46 % vs 20 %, $p < 0,01$). Tous ces patients ont été examinés cliniquement par le réanimateur consultant. La famille était plus souvent présente au moment de la

consultation à l'extérieur de la réanimation (43 % vs 15 % $p = 0,001$). La mortalité hospitalière des patients à l'extérieur de la réanimation était inférieure à celle des patients avec LAT en réanimation (57 % vs 73 %, $p < 0,01$). Les LAT prises en dehors du service de réanimation se prenaient majoritairement pendant les gardes et week-end (61 %). Concernant le processus décisionnel de LAT, la présence d'un consultant extérieur n'était pas significativement différente à l'intérieur ou à l'extérieur de la réanimation (65 % vs 51 % $p = 0,21$). À l'inverse, la concertation avec l'équipe soignante était beaucoup plus rare (8 % vs 94 %, $p < 0,01$) en dehors de la réanimation. Le nombre total de médecins (incluant les internes) impliqués dans la discussion de LAT était plus faible à l'extérieur qu'à l'intérieur de la réanimation (3 [2-3] vs 6 [4-7], $p < 0,01$). Il en était de même pour le nombre de réunions médicales entourant la décision de LAT (0 [0-1] vs 2 [1-2], $p < 0,01$). La connaissance de directives anticipées étaient plus fréquentes chez les patients ayant une LAT à l'extérieur de la réanimation (68 % vs 16 %, $p < 0,01$). Il existait plus fréquemment des données manquantes sur le(s) pathologie(s) chronique(s) du patient et son autonomie lors des décisions de LAT à l'extérieur de la réanimation (35 % vs 8 %, $p < 0,01$). La capacité du patient à participer à la décision au moment de la LAT n'était pas différente dans les 2 situations (16 %), par contre les proches étaient beaucoup moins impliqués lorsque la décision était prise à l'extérieur de la réanimation (35 % vs 85 %, $p < 0,01$). Le nombre d'entretien avec la famille autour de la décision de LAT était également plus faible (0 [0-0] vs 2 [1-2], $p < 0,01$). Dans les 2 situations, le médecin traitant du patient était exceptionnellement consulté (0 % vs 3 %, $p = 0,29$).

Conclusion : Les LAT prises par les réanimateurs à l'extérieur de la réanimation représentent une situation fréquente. Elles concernent des patients plus âgés, plus altérés physiquement, ayant plus fréquemment exprimé antérieurement des directives anticipées. Ces décisions sont prises malgré des données manquantes dans 1/3 des cas. Les contraintes liées à ces décisions prises en dehors de leur service sont responsables d'une communication plus faible avec les soignants et les proches. Cette étude montre que les procédures actuelles encadrant les LAT par les réanimateurs en réanimation ne sont pas facilement transposables en dehors de la réanimation. La meilleure connaissance des spécificités de cette activité pourrait permettre d'améliorer les pratiques et de formuler des recommandations spécifiques.

EP146

Évaluation du potentiel de patients éligibles à un don d'organes de la catégorie 3 de la classification de Maastricht dans un service de réanimation polyvalente

E. Brocas, F. Fender, C. Guérineau, S. Rolando

Coordination des dons d'organes et de tissus,

centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil-Essonnes, France

Introduction : Face à la pénurie de greffons, la France via l'Agence de la biomédecine et les sociétés savantes (SFAR et SRLF) a entamé une réflexion sur la possibilité de réaliser des prélèvements d'organes à partir de donneurs décédés d'un arrêt cardiaque après arrêt des thérapeutiques actives (ATA) (catégorie 3 de la classification de Maastricht : donneur M3). Le but de ce travail était d'évaluer le potentiel de ces patients dans un service de réanimation polyvalente d'un établissement autorisé au prélèvement d'organes.

Patients et méthodes : Analyse rétrospective des décès survenus en réanimation polyvalente entre le 01/01 et le 31/08/2013. Les critères d'inclusions ont été ceux retenus par les recommandations des pays pratiquant le prélèvement de donneurs M3 et proposés par les

commissions éthiques de la SFAR et de la SRLF : patients cérébrolésés, $18 < \text{âge} < 65$ ans. Les critères d'exclusion étaient : contre-indication médicale au prélèvement, absence de ventilation mécanique, absence d'ATA, défaillance multiviscérale, mort encéphalique. La définition et la durée d'ischémie chaude (IC) compatible avec un prélèvement étaient : $\text{PAS} \leq 60$ mmHg et/ou $\text{SpO}_2 \leq 80\%$, durée ≤ 60 minutes.

Résultats : 944 patients ont été admis dans le service. 150 patients sont décédés (4 étaient des transferts pour PMO, exclus). 9 patients présentaient les critères d'inclusions. Ils s'agissaient de 6 hommes et 3 femmes, d'âge moyen $49,8 \pm 13$ ans [extrêmes : 29-64 ans]. Les étiologies étaient : 1 anoxie cérébrale secondaire à un coup de chaleur, 8 anoxies secondaires à des arrêts cardio-respiratoires. Le score de Glasgow médian lors de la décision d'ATA était : 3 ± 1 [extrêmes : 3-6]. Les bilans biologiques réalisés au plus proche de l'ATA étaient : créatininémie : $54,5 \pm 17$ $\mu\text{mol/l}$; TP : $77 \pm 13\%$, Bilirubinémie : $7,4 \pm 4$ $\mu\text{mol/l}$, gammaGT 70 ± 75 U/l. Tous les patients avaient eu un EEG et un avis neurologique. Néanmoins, la notion d'un avis médical extérieur lors de la prise de décision d'ATA n'était retrouvée que dans 1/3 des dossiers. Les modalités de l'AT étaient une extubation dans les 2/3 des cas et une hypoventilation alvéolaire dans 1/3 des cas. Une sédation était présente dans 7/9 cas. La durée d'IC n'était pas disponible dans 1 dossier, elle était inférieure à 60 minutes dans seulement 2 cas : 20 et 25 minutes. Dans ces 2 cas, l'ATA a consisté en une extubation, sans sédation. Un de ces deux patients a été donneur de cornées. Au total, le potentiel de donneurs M3 dans notre série est de 2 patients sur 146 : 1,4 % des décès.

Conclusion : Le potentiel de donneurs d'organes de type M3 reste à préciser. Des études présentées au congrès de la SRLF en 2013 avaient retrouvé un potentiel variant de 1,4 à 27 %. Le caractère rétrospectif de l'étude n'a pas permis d'intégrer l'analyse des critères UNOS ou de l'université du Wisconsin prédictifs d'un arrêt cardiaque dans l'heure suivant l'arrêt de la ventilation mécanique. Une étude prospective multicentrique intégrant ces critères permettrait de préciser le potentiel de patients concernés et d'orienter les discussions sur les modalités de réalisation d'un prélèvement à partir de donneurs M3.

Bibliographie

1. Communiqué SFAR - groupe éthique ICARE : réflexion sur le principe du don d'organe après arrêt des thérapeutiques actives. Mis en ligne le 25 janvier 2012 et modifié le 26 janvier 2012. <http://www.sfar.org/categorie/7/communiqué/1>
2. Graftieux JP, Bollaert PE, Haddad L, et al (2012) Contribution de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française à un scénario de mise en œuvre des prélèvements d'organes de type Maastricht III en France. *Réanimation* 21:236-44

EP147

La mortalité en réanimation médicale

I. Malajati, H. Ezzouine, B. Charra, A. Benslama

Réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : L'étude de la mortalité en milieu de réanimation, bien que difficile d'appréciation, est un moyen incontournable pour évaluer l'efficacité des soins prodigués aux patients. Il est donc intéressant d'étudier leur devenir dans le but d'apporter un regard critique sur les pratiques professionnelles et surtout de déduire les axes d'amélioration de la qualité du service rendu. Notre travail est une analyse critique de la mortalité dont l'objectif est de dégager les caractéristiques épidémiologiques ainsi que les facteurs pronostiques liés à la mortalité.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, ayant intéressée l'ensemble des patients hospitalisés dans le service de Réanimation Médicale du CHU Ibn Rochd à Casablanca durant une période allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques ont été recueillies suivant une fiche d'exploitation, regroupées puis analysées par un logiciel de statistiques (SPSS) en étudiant les patients selon leur devenir ; survivants et décédés.

Résultats : Sur la période d'étude 356 malades ont été admis. Le sexe Masculin représente 54,2 %, L'âge moyen est de $45,77 \pm 19,25$ ans. La majorité des malades (51 %) proviennent du service d'accueil des urgences. Les pathologies médicales constituent le principal motif d'hospitalisation avec 88,5 % des cas. La valeur moyenne des scores de gravité est comme suit : l'APACHE II : $10,39 \pm 4,54$; L'IGS II : $21,70 \pm 9,13$; l'OSF : $0,48 \pm 0,65$; MPM0 : $18,38 \pm 17,75$; MPM 24-48-72 : $23,30 \pm 20,78$. La valeur moyenne du score oméga est de $98,77 \pm 149,1$. La durée moyenne de séjour est de $9,57 \pm 11,8$ jours. La ventilation mécanique (47,7 %) et le sondage vésical (42,6 %) sont les dispositifs invasifs les plus utilisés. L'antibiothérapie (41,5 %) et la sédation (32,5 %) sont les principales thérapeutiques. L'incidence de l'infection nosocomiale est de 12,9 %, Les pneumopathies et les infections urinaires sont les principaux sites, les BGN sont les germes les plus incriminés, dominés par l'*Acinetobacter baumannii*. Le taux de mortalité est de 38,2 %. Le choc septique (29,4 %) et la défaillance neurologique (27,95 %) sont les deux principales causes de décès. Le créneau horaire 18 h-8 h a connu 71 % des cas de décès. En analyse univariée, les variables qui sont apparues comme des facteurs associés à la mortalité sont : L'âge ($p = 0,001$), Avoir une cardiopathie ($p = 0,020$) ou une maladie de système ($p = 0,021$), Les scores de gravité (APACH II ($p < 0,0001$), SAPS II ($p < 0,0001$), MPM adm ($p < 0,0001$), MPM 24-48-72 h ($p < 0,0001$) et OSF ($p < 0,0001$), Le score d'activité thérapeutique oméga ($p < 0,0001$), La provenance par transfert interservices au sein de l'hôpital ($p < 0,0001$). L'admission pour suites opératoires ($p = 0,036$), Le conditionnement à l'admission en utilisant la VM ($p < 0,0001$), ou par acte chirurgical ($p = 0,011$), Les dispositifs invasifs (Ventilation mécanique ($p < 0,0001$), le sondage vésical ($p < 0,0001$), et le cathétérisme artériel ($p < 0,0001$) et veineux ($p < 0,0001$), La survenue d'une infection nosocomiale ($p < 0,0001$). L'utilisation de la sédation ($p < 0,0001$), Le recours aux vasopresseurs ($p < 0,0001$), La nécessité d'une transfusion sanguine ($p = 0,007$). Cependant deux facteurs pronostiques associés à la survie sont retrouvés : l'antibiothérapie, et l'insulinothérapie. En analyse multivariée : le score MPM II 24-48-72 h ($p < 0,0001$; OR = 1,0 [1,06-1,1]) et OSF ($p = 0,003$; OR = 0,4 [0,2-0,7]), la ventilation mécanique ($p = 0,005$; OR = 3,2 [1,4-7,3]), la sédation ($p = 0,016$; OR = 2,6 [1,1-5,8]) et la corticothérapie ($p = 0,012$; OR = 2,3 [1,2-4,6]), étaient identifiés comme facteurs indépendants prédictifs de mortalité en réanimation.

Conclusion : La mortalité dans notre étude reste élevée, et elle est liée à plusieurs paramètres qui doivent être pris en compte pour la réalisation de nouveaux travaux, d'autant plus que des facteurs pronostiques sont identifiés et permettent d'appréhender le pronostic des patients admis, dans le but de réduire la fréquence des décès en réanimation.

Bibliographie

1. Albanese J, Delliaux S, Antonnini F, Leone M (2004) Facteurs de risque des pneumonies associés à la ventilation chez les traumatisés graves sous décontamination digestive sélective. *Ann Fr Anesth Réa* 23:330
2. Chelluri L (2002) Month mortality and functional status of critical ill adult patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Chest* 121:549-58