



HAL
open science

**Devenir des personnes âgées après un séjour en
réanimation : mortalité et qualité de vie à 6 mois : étude
DEPARQ**
Ronan Hinaut

► **To cite this version:**

Ronan Hinaut. Devenir des personnes âgées après un séjour en réanimation : mortalité et qualité de vie à 6 mois : étude DEPARQ. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01237013

HAL Id: dumas-01237013

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01237013>

Submitted on 27 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2015

FACULTÉ DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2015AGUY0895

DEVENIR DES PERSONNES AGEES APRES UN SEJOUR
EN REANIMATION : MORTALITE ET QUALITE DE VIE
A 6 MOIS

ETUDE DEPARQ

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 26 mai 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

HINAUT RONAN

Examineurs de la thèse : M. DABADIE Philippe, Professeur (Président)
M. CESAIRE Raymond, Professeur
M. CABRE Philippe, Professeur
M. DELIGNY Christophe, Maître de conférences
M. VALENTINO Ruddy, Docteur
M. CHABARTIER Cyrille, Docteur (Directeur)

Remerciements

A Monsieur le Professeur DABADIE, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de m'avoir fait profiter de votre enseignement.

A Monsieur le Professeur CESAIRE, doyen de la faculté des Antilles-Guyane, merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur CABRE, je suis honoré de votre présence au sein de mon jury de thèse.

Au Docteur DELIGNY, Maître de conférence, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Au Docteur VALENTINO, mes plus sincères remerciements pour votre participation à mon jury de thèse. Enfin, merci de ne pas m'avoir fait trop peur durant mon premier passage dans le service, et de me faire l'honneur de pouvoir revenir travailler avec vous.

Au Docteur CHABARTIER, je te remercie de m'avoir appris toute, enfin presque toute la réanimation. Merci d'avoir pris le temps et de m'avoir aidé à réaliser cette thèse.

Au Docteur MEHDAOUI, merci d'avoir œuvré dans l'ombre pour que ce semestre 2012-2013 chez vous ait été pour moi et mes co-internes du moment, inoubliable et si formateur.

Au Docteur MERLE.S et BANYDEEN.R merci pour votre aide statistique précieuse.

Parce que au commencement il y avait la Guadeloupe :

Un grand merci aux Docteurs : Bahsoun.K ,Belhamissi.H, Ouro.F, et à toute l'équipe d'IADE du CHU : Gaël, Zenar, Elina, Léna, Caroline,Max et tous les autres. Vous qui m'avez fait passer une première extraordinaire année d'internaten Guadeloupe et m'avoir appris { mettre mes premiers tuyaux, je ne vous oublierai JAMAIS.

2^eme année de rêve en Martinique :

Un grand merci aux Docteurs en plus de ceux déjà nommés : Jean-Louis (Caen fait vraiment les meilleurs réanimateurs), Michel (Sherlock Holmes), Etienne (pour le squat du bureau), Dabor (Tonnerre tu es mon ami !!), Caroline et Emilie(pour toutes les gardes que j'ai passé avec vous et tout ce que vous m'avez appris). Carmen (ma maman martiniquaise, que j'ai pas assez appelé pendant mon passage { Parisg), Thierry (Pour le souvenir de ton kilt !! Et pour ton aide précieuse), Mathieu, enfin { tout ceux que j'oublie. Un grand merci { vous pour m'avoir appris tant de choses.

A l'équipe infirmière de Réa de FDF (Nerlande, Céline, Fabienne, et tous les autres) qui ont fait que j'ai vraiment envie de revenir ;-)

Merci { l'équipe de réanimation chirurgicale de Saint Antoine et en particulier aux Docteurs LESCOT.T, BIZET.S, CAMUS.T,LE MEE.J, MASINI.J-P merci pour tout !!!

Merci { l'équipe d'anesthésie-réanimation de chirurgie cardiaque de Bichat et tout particulièrement aux docteurs : DILLY M-P (pour ta gentillesse et pour ton savoir),IBRAHIM.H, à la jeune maman Lucie Marianniet aux jeunes Dr THORGAL et BOHADANA parce que Caen est une équipe qui gagne !!

Merci { toute l'équipe de réanimation chirurgicale de la Pitié et en particulier à :

-GASTON-C aux docteurs : ARBELOT.C (pour ta patience et ta gentillesse), DERANSY.R (Le citrate ça vous gagne !!), GARCON.P(Tonnerre nous avons un ami en commun !!), LE CORRE.M (Rdv au soleil) et BODIN.L
-HUSSON-M les docteurs : TRAN.M, PONS.A, BRISSON.H, MONSEL.A, VEZINET.C pour avoir attendu patiemment les press, ce qui a du être un peu long quelquefois

A tout mes cointernes : Fabien, Fion, Adrien, Deborah, Agathe, Rita, Enora, Sonia, Hanen, Marine, Coraline, Maxime,
Et surtout à toi Bénébitch sans qui cette thèse serait sûrement illisible
Et { toi Lulu pour m'avoir appris l'échocoeur et pour ces 6 mois inoubliables en réanimation à FDF

A ma famille :

Un merci à vous : Henri, Josette, Pierre et Jeanne

Papa et Maman, en faisant courtparce qu'une simplethèse ne suffirait pas, MERCI pour tout !!!

DADY (hein-hein) : parce que partager ma vie avec toi depuis 28 ans, c'est (la plupart du temps) indescriptible !! Et merci { toi Ionie ma belle sœur.

A mes oncles et tantes : Jean-Pierre et Anick, Alain et Françoise, Thierry et Françoise, Jean-Luc et Nanou, Yves et Silou.

A mes cousins et cousines : Philippe, France, Thomas, François, Samuel, Aline, Florian, Emilie, Benoit et Sophie et vos « bouts rajoutés » Marc, Simon, Marine, Cyril et je n'oublie pas Nina et Glen.

A mes amis dans le désordre :

Antoine (pechou) oui,oui, on va la refaire cette croisière
Edouard (shaman) parce que l'apposition de mains ne peut pas guérir les gens ;-) !!

Morino parce que tu me suis depuis 15 ans !!

Gwénolé pour m'avoir appris { manger les pâtes avec les mains !!

Chabinou parce que c'est quand même aussi grâce { toi si j'ai écrit cette thèse et pour tout le reste .

Nino, Laurent,

Joan, Loison, JC, Dr Renouf.M

Dave parce que bientôt je nagerai plus vite que toi.

Merci pour ce 25'84" et mention spéciale à Sylvère, Patrick, Gaëlle, Jérôme et { tous ceux du CNP en général pour m'avoir fait sortir la tête de l'eau ;-)
pendant ces 2 ans à Paris.

Au souvenir de ces années jusqu'à Douai 2011 : Tomtom, Alex, Anton, Anne, Fredouille, Carlos, TiboFislip, Francis, Samu, Hakim Mimisiku, Philou g
Et { tout ceux que j'oublie

Merci à la plus belle :

Parce que vivre avec un ours n'est pas facile tous les jours,
Parce que la vie avec toi est toujours plus douce,
Parce que sans toi beaucoup de choses n'auraient pas été possible
Pour ton soutien, ton amour
Merci à toi Solène Philippe !!

Je ne remercie pas Microsoft pour leur conception aussi naze de leurs logiciels de texte et de m'avoir fait perdre autant de temps.

« C'est le devoir de chaque homme de rendre au monde au moins autant qu'il en a reçu »

A. Einstein

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODES	9
CONCEPTION	9
DONNEES ETUDIEES	10
CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	10
CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE	11
DONNEES RECUEILLIES	12
GESTION DES DONNEES	13
ANALYSE STATISTIQUE	14
COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES	15
RESULTATS	15
EXCLUSIONS	17
PATIENTS INCLUS	17
QUALITE DE VIE A J0	19
QUALITE DE VIE A M6	20
VARIATION DE QUALITE DE VIE ENTRE J0 ET M6	21
MORTALITE	26
DISCUSSION	29
CONCLUSION	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
SERMENT D'HIPPOCRATE	43
ANNEXES	44
DOCUMENT INFORMATION PATIENTS	44
DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE REPRESENTANT	47
AVIS DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES	53
AVIS DU COMITE NATIONAL DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES	55
AUTORISATION D'IMPRIMER	56

Abréviations

CUB-Réa= Collège des Utilisateurs de la Base de données des Réanimations

DRCI= Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

CHUM= Centre Hospitalo-Universitaire de Martinique

CPP= Comité de Protection des Personnes

J0= date d'entrée en réanimation

M6= date de recueil des nouvelles 6 mois après la date d'entrée en réanimation

M1= date de recueil de la mortalité { 1 mois après la date d'entrée en réanimation

EVA= Echelle Visuelle Analogique

IGS2= Index Gravity Score 2

VNI= Ventilation non invasive

PaO₂= Pression artérielle en oxygène

FiO₂= Fraction d'oxygène inspirée

TP= temps de prothrombine

TCA= temps de céphaline activée

CNIL = Commission nationale de l'Informatique et des Libertés

n= nombre

p= valeur de p

SF36= RAND36 =Short Form Health Survey 36

NHP= Nottingham Health Profile

ADL= Activities Daily Living

iADL= instrumental Activities Daily Living

SOFA= Sequential Organ Failure Assessment

Introduction

Les personnes âgées, définies selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme toute personne de 65 ans ou plus(1), représentent actuellement une proportion très variable de la population à travers le monde(2). Dans les pays industrialisés, on observe un décalage de la pyramide des âges vers le haut, par baisse de la natalité, vieillissement des tranches d'âges du baby boom et allongement de l'espérance de vie dû aux progrès médicaux(2). Cette tendance devrait se poursuivre en France métropolitaine dans les vingt prochaines années, avec aux horizons 2030 une part des plus de 65 ans à 23,5% de la population générale, contre 18,6 % actuellement (3). Aux Antilles, le vieillissement de la population sera plus marqué avec 26% pour la Martinique et 24% pour la Guadeloupe, contre 13,2% et 11,2% respectivement(4). Ce vieillissement n'est pas sans conséquence sanitaire. Actuellement, les hospitalisations des personnes de 65ans et plus représentent plus de 40 % de la prise en charge hospitalière(5), les coûts de séjour se majorant avec l'âge. Dans la base de données CUB-Réa (Collège des Utilisateurs de Base de données en Réanimation), qui regroupe les données des patients de centaines de réanimations françaises, on retrouve une évolution des caractéristiques des patients en réanimation. Celle-ci montre que la part des plus de 80 ans est passée de 9,3% en 1997 à 14,9% en 2008(6). Or, l'impact sur la qualité de vie et sur la mortalité, relatif à un séjour en réanimation, n'est pas bien connu dans cette population, contrairement aux patients jeunes(8). Les auteurs rapportent une mortalité variable de 6,4% pour des services de réanimation chirurgicale spécialisée à plus de 40 % pour des services de réanimation polyvalente(7).

Le service de réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire de Martinique, qui compte 15 lits, a accueilli en 2013 569 patients dont 204 patients âgés de 65 ans et plus.

L'impact sur la qualité de vie et sur la mortalité, suite à une hospitalisation en réanimation n'a jamais été étudié en Martinique jusqu'à présent. Nous avons donc réalisé une étude prospectivemono centrique s'intéressant à 100 patients consécutifs d'au moins 65 ans, hospitalisés en réanimation. L'objectif principal était de mesurer la variation de qualité de vie à 6 mois del'entrée en réanimation. Nous avons aussi cherché à décrire la mortalité réanimatoire,à 1 mois et à 6mois, ainsi qu'à mettre en évidence des facteurs associés à celle-ci.

Matériel et méthodes

Conception

Après consultation et aide de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier et Universitaire de Martinique (CHUM), nous avons réaliséune étude prospective, mono centrique, en soins courants, dans le service de réanimation du CHU de Martinique, à Fort-De-France.

Etaient inclus tous les patients résidants martiniquais d'un âge supérieur ou égal à 65ans, hospitalisés pour la première fois en réanimation, pour un séjour d'une durée supérieure à 48h et affiliés à un régime de sécurité sociale.

L'absence d'opposition à la participation à l'étude a été recherchée auprès du patient, ou auprès de la personne de confiance à défaut.

Étaient exclus les non résidents martiniquais, ceux ayant une hospitalisation effective de moins de 48 h en réanimation ou refusant de participer à l'étude.

Le recrutement a débuté à partir de décembre 2013 après avis favorable du comité de protection des personnes (CPP) pour une durée approximative de 6 mois. Nous avons prévu de recenser 100 patients consécutifs pour cette étude.

Données étudiées

Pour toutes les échéances utilisées durant cette étude, le J0 était la date d'entrée en réanimation et M6 était le sixième mois à partir de la date d'entrée en réanimation.

Critère de jugement principal

Le critère principal de jugement était la qualité de vie avant l'entrée en réanimation et six mois plus tard, mesurée à l'aide du questionnaire EuroQol 5D 3L(9). Ce questionnaire est validé pour évaluer la qualité de vie chez les personnes âgées(10) et les patients de réanimation(11) et explore 5 dimensions de la qualité de vie (mobilité, autonomie, activités de la vie courante, douleurs/gênes, anxiété/dépression). Pour chacune de ces catégories, il existe trois niveaux : « aucune difficulté », « difficultés modérées » et « difficultés importantes », respectivement dénommées classes 1, 2 et 3. L'EuroQol 5D comporte aussi une échelle visuelle analogique (EVA) d'autoévaluation de l'état de santé, s'étendant de 0 à 100, avec 0 la plus basse et 100 la meilleure note.

Pour la qualité de vie à l'inclusion, le questionnaire était rempli par 2 personnes : le coordonnateur et celui réalisant l'étude. Le questionnaire était rempli le plus précocement

possible après interrogatoire du malade, si possible, à défaut auprès de la personne de confiance ou de la famille la plus proche.

L'évaluation à 6 mois a été réalisée par un entretien téléphonique, uniquement par la personne réalisant la recherche. De la même manière, le questionnaire était complété auprès du patient ou auprès de sa famille connue la plus proche à défaut. Pour analyser les possibles variations de qualité de vie entre J0 et M6, les classes 2 et 3 ont été regroupées (problèmes modérés et importants) et comparées à la classe 1 (aucun problème), pour chaque dimension de la première partie de l'EuroQol. Ce regroupement de classes est validé par le manuel d'utilisation de l'EuroQol.

Les EVA de J0 et M6 étaient uniquement remplies par interrogatoire du malade. En cas d'impossibilité elles étaient laissées non renseignées.

Critère de jugement secondaire

La mortalité était recensée en tant que critère de jugement secondaire pendant le séjour en réanimation ainsi qu'aux premier (M1) et sixième mois (M6).

La mortalité a été recueillie à l'aide des données enregistrées dans les services hospitaliers du CHU de Martinique. Pour les patients sortis vivants de réanimation, le statut vital était renseigné lors l'appel téléphonique du 6^{ème} mois.

Données recueillies

Un formulaire préétabli a permis de recueillir les caractéristiques démographiques des patients étudiés, la date, le diagnostic d'entrée en réanimation et le score IGS2 des 24 premières heures. Nous avons aussi recensé la survenue de défaillances d'organes.

La défaillance hémodynamique était définie comme l'utilisation de toute catécholamine.

La défaillance respiratoire était définie comme le recours à la ventilation non invasive (VNI) ou un rapport un $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mm Hg si ventilation invasive.

La défaillance rénale était définie comme une diurèse horaire inférieure à 0,3ml/kg/h pendant 6h, et/ou une créatininémie basale multipliée par trois ou le recours à une épuration extra-rénale (conventionnelle ou continue).

La défaillance neurologique était définie comme un déficit neurologique focalisé nouveau et/ou un Glasgow Coma Scale strictement inférieur à 8.

La défaillance hématologique était définie par une hémoglobémie inférieure à 7g/dl, une thrombopénie inférieure à 50G/l, une leucopénie inférieure à 4000/mm³ ou une transfusion de produits sanguins labiles (PSL).

La défaillance hépatique était définie par une cytolyse supérieure à 10 fois la normale associée à un temps de prothrombine (TP) inférieur à 50% du témoin.

La défaillance coagulatoire était définie par l'association d'un TP inférieur à 50% de la normale, et d'un temps de céphaline activée (TCA) supérieur à 1,5 fois le témoin.

Il était aussi noté le recours à une décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (Loi Léonetti 2005) pendant le séjour en réanimation, la date de sortie ou de décès en réanimation.

Gestion des données

Le recueil des données brutes était réalisé sous format papier, sur formulaire pré-rempli, par les 2 personnes réalisant la recherche. Il existait deux formulaires.

Le premier était la fiche de recueil d'identité, qui comportait, en plus du numéro d'inclusion, l'adresse postale valide, les numéros de téléphones, les coordonnées du représentant et du médecin traitant, qui permettait de contacter le patient ou son représentant à 6 mois.

Le deuxième était la fiche de recueil médical anonymisée par le numéro d'inclusion, qui comportait en plus des informations médicales les données de l'EuroQol 5D.

Les formulaires étaient conservés sous format papier, sous la responsabilité de l'investigateur principal, dans le service de réanimation du CHU de Martinique. Ils ont été détruits à la fin de la recherche. Seul le numéro d'inclusion dans l'étude était enregistré pour identifier chaque patient dans le tableau récapitulatif des données.

Les données médicales anonymisées ont été transférées vers un fichier tableur de données type Microsoft® Excel 2011, regroupant les informations de l'ensemble des patients de l'étude. Les données informatiques ne restaient accessibles qu'aux personnes dirigeant la recherche et réalisant la recherche, stockées sur un ordinateur personnel protégé par mot de passe, sur disque chiffré. Chaque donnée recueillie était vérifiée par le coordonnateur et la personne réalisant la recherche.

Des sauvegardes quotidiennes ont été réalisées à l'aide d'un site de stockage en ligne protégé par mot de passe.

Les données ont été enregistrées dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

Le schéma de conservation de données sur système informatique a été validé et autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro 1770483 v 0 le 10/06/2014.

Analyse statistique

L'expression des résultats concernant le questionnaire EuroQol et les autres variables quantitatives a été faite sous forme de médianes (valeurs extrêmes) ou de moyennes (écarts types) et de pourcentages et d'intervalles de confiance à 95 % selon le type de donnée. Chaque dimension de l'EuroQol (mobilité, autonomie, activités courantes, douleurs/gênes et anxiété/dépression) a été exprimée en pourcentages de patients et en effectifs, selon les 3 niveaux possibles d'état de santé (classes 1 à 3). Pour chaque dimension de l'EuroQol, les patients ont été regroupés en 2 niveaux d'état de santé : « aucun problème » correspondant à la classe 1, « au moins un problème » correspondant aux classes 2 et 3.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs, de pourcentages et d'intervalles de confiance à 95 %.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectifs, moyennes, écart-types, intervalles de confiance, médianes, et étendues interquartiles.

Des analyses en sous groupes ont été réalisées selon le sexe, les catégories d'âge et les différents paramètres médicaux recueillis en réanimation.

Les comparaisons des proportions ont été faites à l'aide du test du Chi² ou du test exact de Fisher, quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, selon les conditions d'application.

Pour la comparaison des variables quantitatives, nous avons utilisé soit le test de Student, soit l'ANOVA, soit le test de Mann-Whitney, Wilcoxon/Kruskal Wallis.

Il n'était pas prévu de réaliser d'analyses intermédiaires.

Comité de protection des personnes

L'étude « DEVENIR DES PERSONNES AGEES APRES UN SEJOUR EN REANIMATION : MORTALITE ET QUALITE DE VIE A 6 MOIS (ETUDE DEPARQ) » a été présentée au comité de protection des personnes sud ouest et outre mer III le 28 octobre 2013. Celui-ci a donné un avis favorable le 18/12/2013 avec le dossier CPP n° 2013/92 et avec le numéro EudraCT 2013-004568-68.

Cette étude a été enregistrée comme étude de soins courants.

Le promoteur de l'étude était le CHU de la Martinique, Hôpital Pierre Zobda-Quitman, CS 90632, 97261 Fort-de-France cedex. Le coordonnateur était le docteur Cyrille CHABARTIER, praticien hospitalier dans le service de réanimation.

Résultats

Nous avons recensé 140 patients consécutifs, dont 99 d'entre eux ont pu être inclus, sur une durée de 287 jours, données reportées dans le diagramme des flux (figure 1).

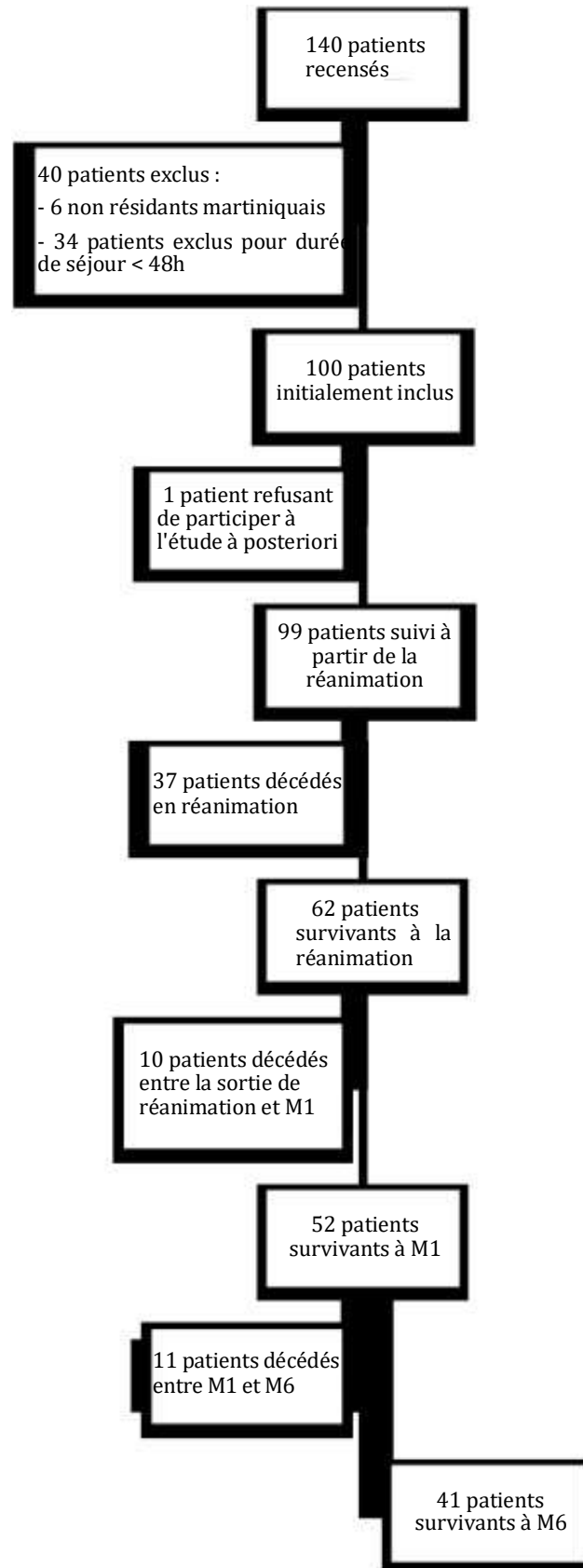


Figure 1: Diagramme de flux

Exclusions

Quarante et un patients ont été exclus : 6 ne résidaient pas sur le territoire martiniquais, 34 avaient une durée de séjour en réanimation inférieure à 48h et 1 patient a refusé de participer à l'étude à posteriori. Parmi ces patients exclus, 16 sont décédés en réanimation et du fait de leur exclusion, aucun survivant n'a été suivi à 6 mois.

Patients inclus

Nous avons inclus 99 patients. Les caractéristiques des malades sont reportées dans le tableau 1.

L'âge moyen était de 74 +/- 6,3 années. Cinquante quatre patients étaient âgés de 65 à 74 ans et 45 patients de 75 ans et plus, pour des âges extrêmes de 65 à 90 ans. La durée du séjour en réanimation était en moyenne de 12 jours (2 ; 90 jours).

Les motifs d'hospitalisation ont été répartis en 3 grandes catégories : médicale, chirurgicale et arrêt cardio-circulatoire. Nous avons inclus 28 patients ayant bénéficié de chirurgie, 58 patients pour motif médical et 13 patients dans les suites d'un arrêt cardiaque. L'IGS2 moyen était de 70,8 +/- 19,7. Les défaillances sont détaillées dans la partie mortalité. Une limitation de soins en réanimation selon la loi Leonetti 2005a été mise en place pour 39 malades, dont un seul était toujours vivant à 6 mois.

Tableau 1 : caractéristiques des patients inclus

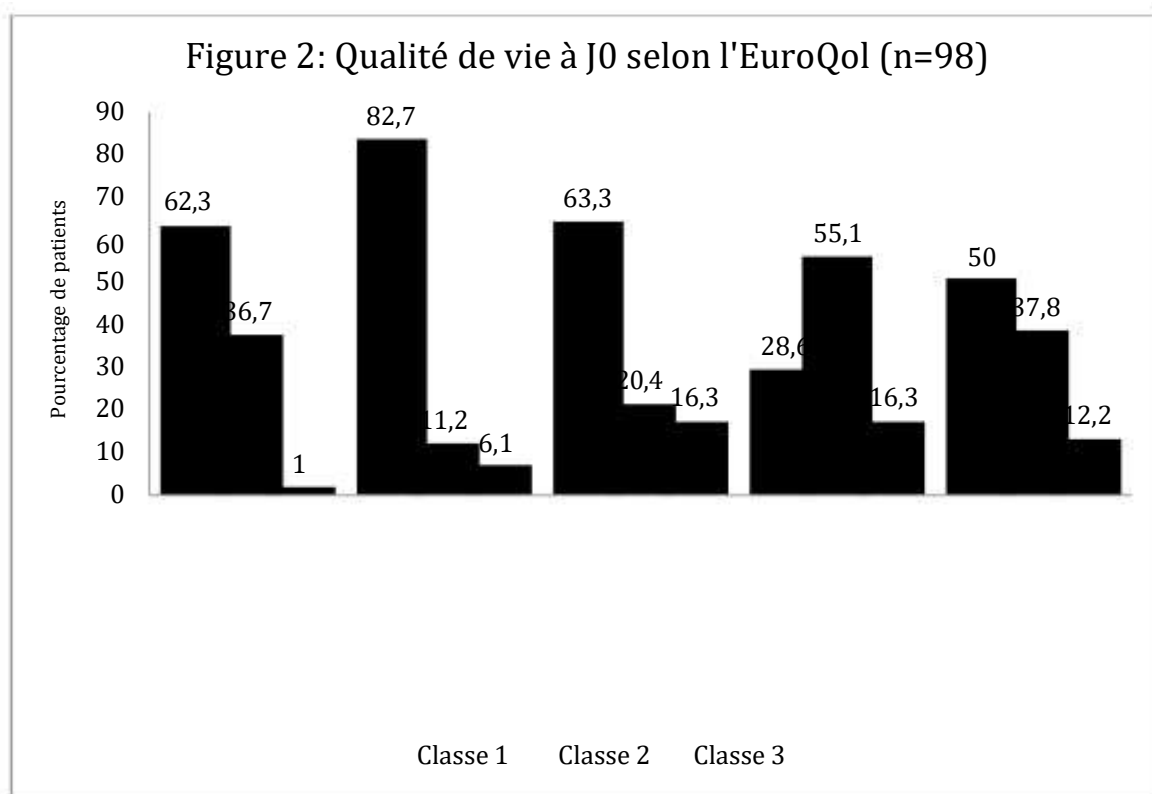
Caractéristiques	Patients
Age (années) moyenne	74,2 ± 6,3
Hommes n (%)	61 (61,6%)
Répartitions catégories d'âge (ans)	n
65-69	28
70-74	26
75-79	27
80-84	12
85 et plus	6
Durée séjour moyenne (j)	11,9 ± 13,4
Répartition des durées de séjours (j)	n
< 7	41
7-13	33
14 et +	25
Score IGS2	70,8 +/- 19,7
Défaillance d'organes	%
Neurologique	54
Hémodynamique	75
Respiratoire	50
Rénale	63
Hépatique	21
Hématologique	52
Coaguloire	32
Présence de LATA	39

Qualité de vie à J0

Le questionnaire EuroQol n'a pu être complété à J0 pour un patient.

La première partie de l'EuroQol (n=98) à J0 est reportée dans la figure 2.

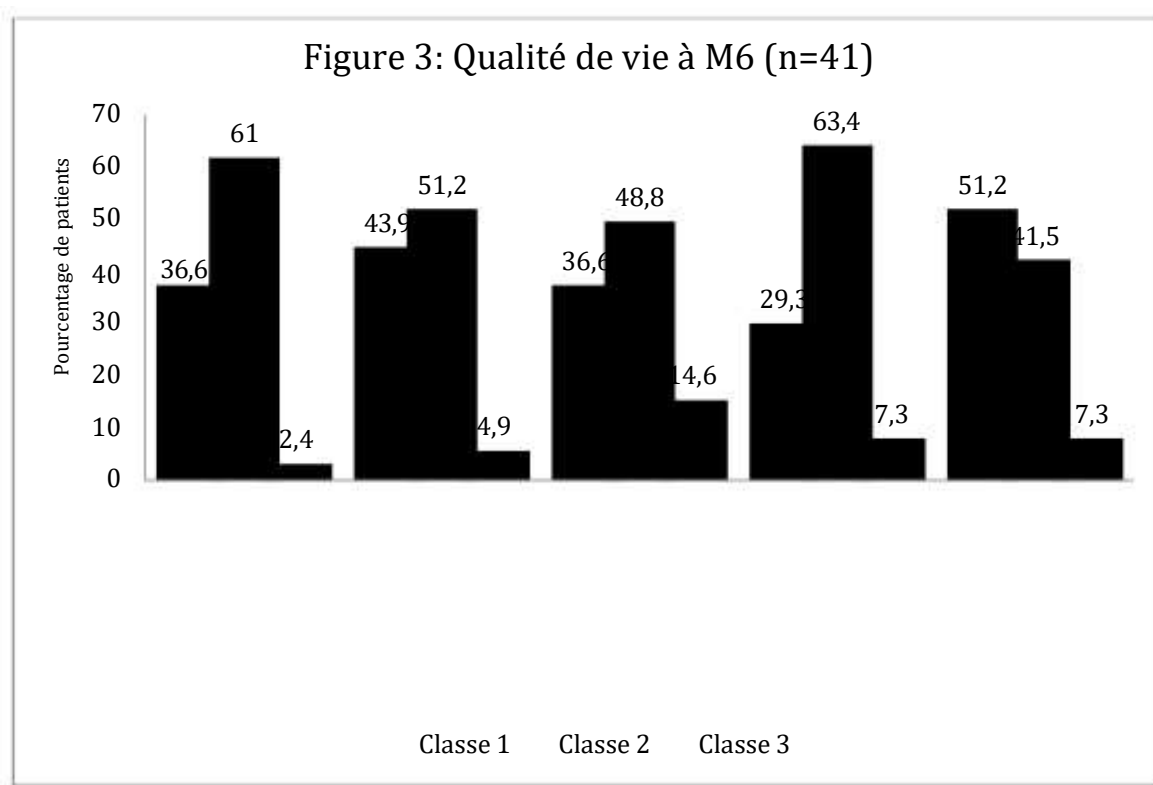
Seul un patient était alité avant son hospitalisation en réanimation. On notait que 82,7 % des patients étaient autonomes pour les gestes de la vie quotidienne et que 63,3 % des patients n'avaient pas de difficulté (classe 1) pour exercer leurs activités quotidiennes. On notait que 71,4% des patients avaient des douleurs modérées à importantes. Concernant la dimension anxiété/dépression, 50% des patients appartenaient à la classe 1.



L'EVA à J0 était recueillie chez 33 patients avec un score moyen à 67,2 +/- 27,2.

Qualité de vie à M6

La première partie de l'EuroQol chez les 41 patients survivants est reportée dans figure 3. On observait que la majorité des patients se trouvait dans la classe 2 de l'EuroQol pour les quatre premières dimensions. Dans la dimension anxiété/dépression 51,2 % des patients se situaient en classe 1.



L'EVA moyennerecueillie chez 21 patients était à 58 +/- 28,5.

Variation de qualité de vie entre J0 et M6

Pour faciliter les comparaisons de qualité de vie, nous avons pris parti d'associer la classe 2 et 3 de l'EuroQol (défini comme problèmes) comme précédemment expliqué dans « matériels et méthodes ».

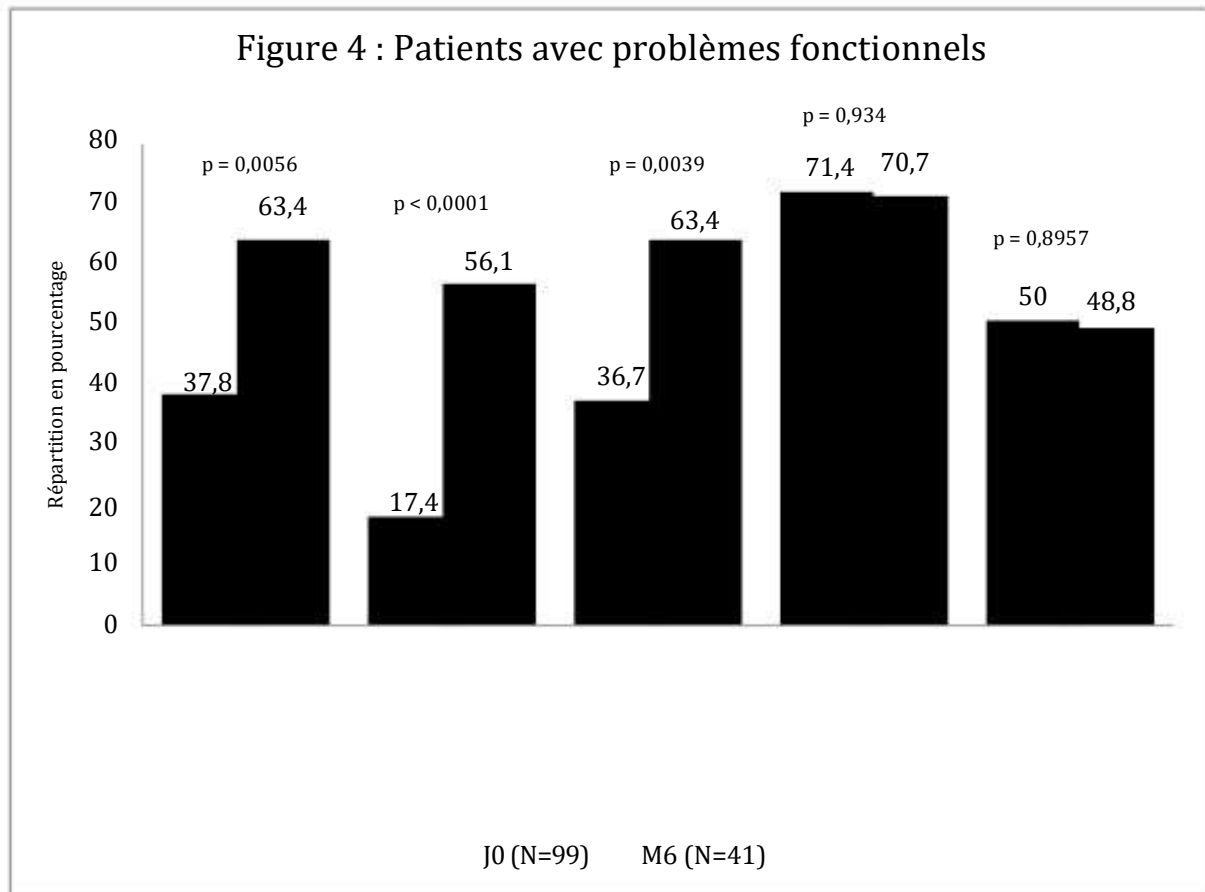
La répartition des patients déclarant au moins un problème fonctionnel à J0 et M6 est reportée dans la figure 4.

La mobilité à 6 mois était significativement altérée avec 63,4% des patients classes 2 et 3 contre 37,8% à J0 ($p=0,0056$).

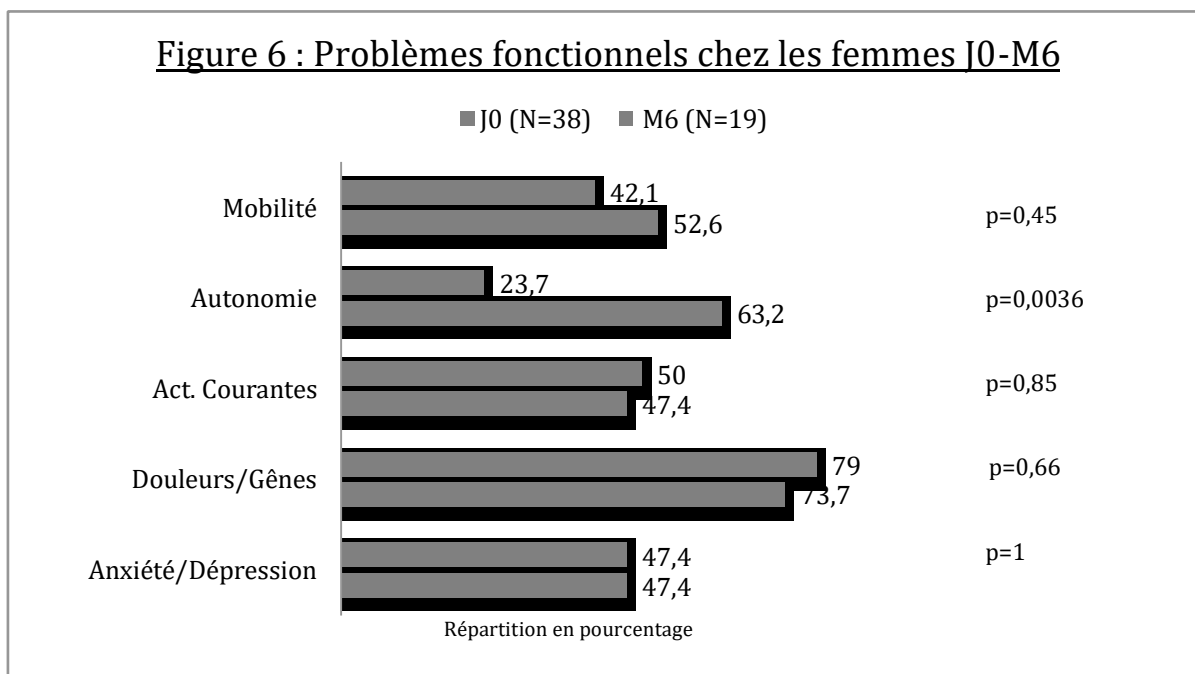
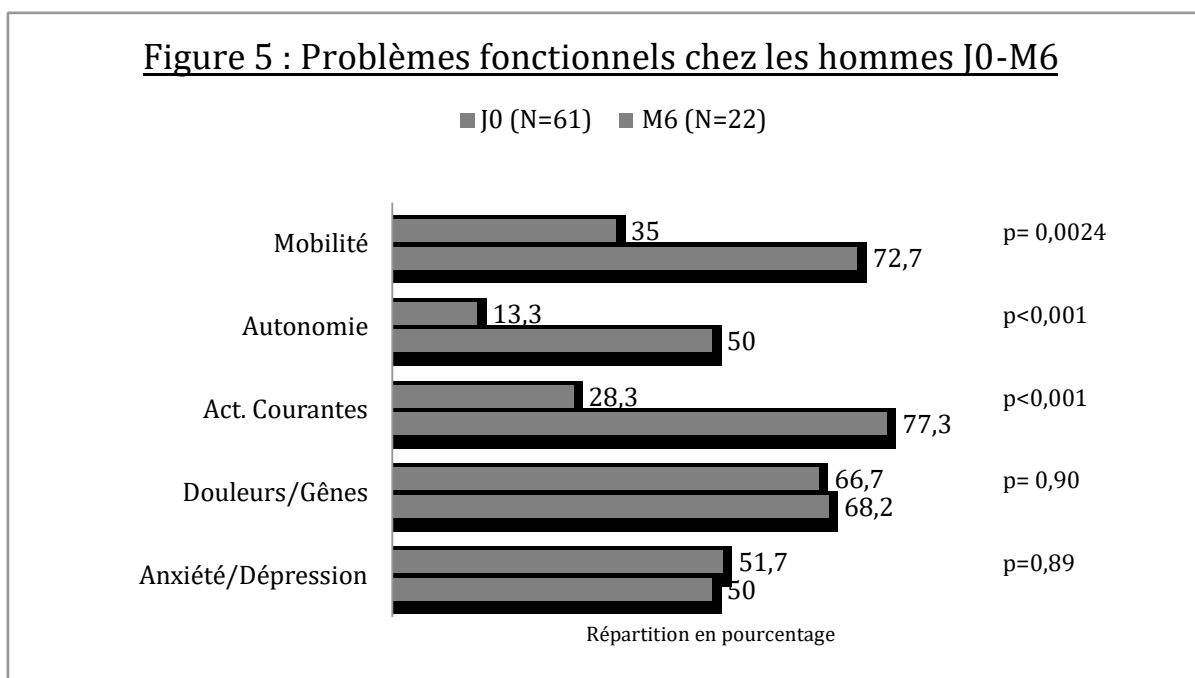
L'autonomie à 6 mois était également plus mauvaise avec 56,1% de patients en classes 2 et 3 à M6 contre 17,4% à J0 ($p<0,001$).

Nous avons réalisé la même observation pour les activités courantes avec 63,4% des patients en classes 2 et 3 à M6 contre 36,7% à J0 ($p=0,0039$).

Aucune différence significative n'était mise en évidence entre J0 et M6 pour les dimensions anxiété/dépression et douleurs/gênes.



Ces mêmes différences significatives étaient retrouvées chez les hommes (Figure5).



Chez les femmes (figure 6), on ne retrouvait pas de différence significative sur les activités courantes et la mobilité. On observait une différence significative concernant l'autonomie,

avec 23,7% des patientes ayant au moins un problème fonctionnel à J0 contre 63,2% à M6 (p=0,0036).

Nous avons réalisé des analyses en sous groupes selon l'âge (Figures 7 et 8).

Chez les 65-74 ans, on observait une dégradation significative de l'autonomie entre J0 et M6 (14,8% de patients avec un problème fonctionnel à J0 contre 48% à M6 ; p=0,0016). Une altération significative était aussi observée dans les activités courantes entre J0 et M6 (27,8% de patients avec un problème fonctionnel à J0 contre 60 % à M6 ; p=0,0061).

Les plus de 75 ans présentaient une diminution significative de mobilité (34,1% des patients avec un problème fonctionnel à J0 contre 75% à M6 ; p=0,0049) et d'autonomie entre J0 et M6 (20,5% des patients avec un problème fonctionnel à J0 contre 68,8% à M6 ; p= 0,0004).

Nous avons aussi comparé la variation de qualité de vie entre J0 et M6 chez les seuls survivants. Les résultats sont présentés sur la figure 9.

Il n'était retrouvé aucune différence statistique significative sur les différentes dimensions de l'EuroQol. Une tendance apparaissait concernant les activités courantes et l'autonomie. Il n'était pas réalisé d'analyse en sous groupes sur cette population étant donné le faible effectif.

Figure 7 : Problèmes fonctionnels chez les 65-74 ans J0-M6

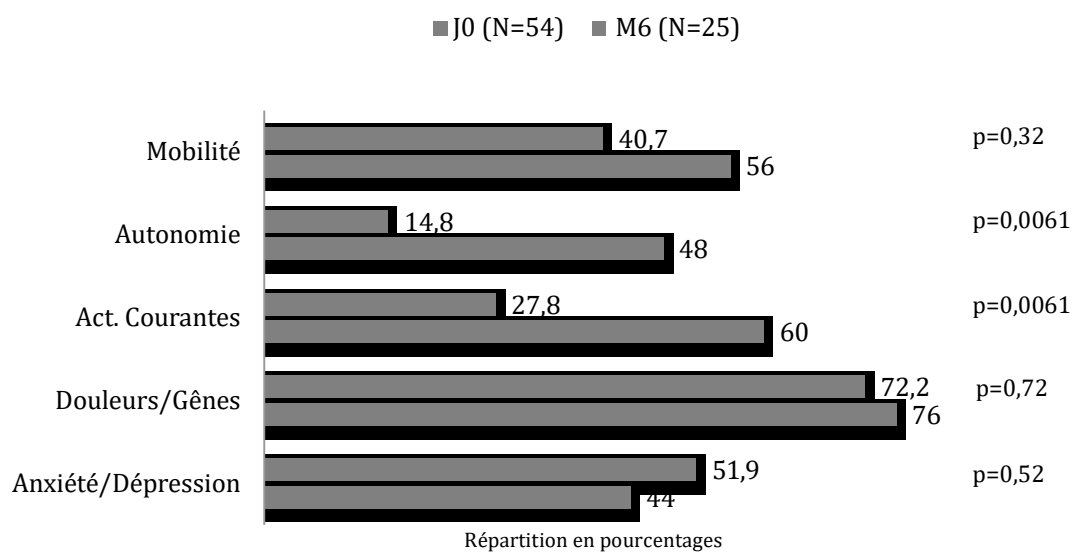
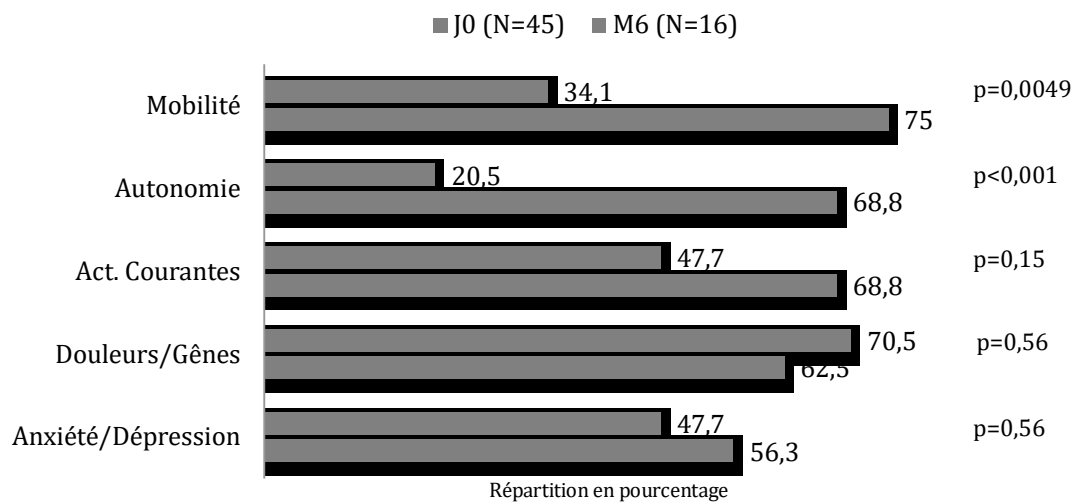
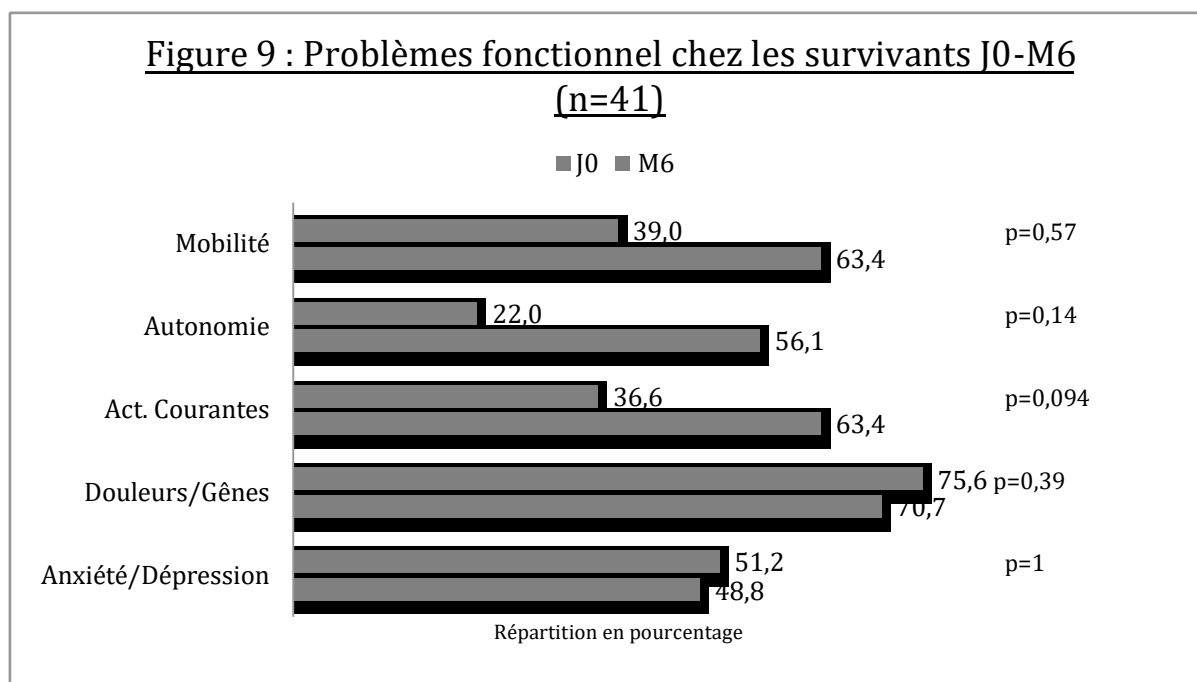


Figure 8 : Problèmes fonctionnels chez les plus de 75 ans J0-M6



Il n'existait pas de différence significative pour l'EVA entre J0 et M6 (67,2 +/-27,2 contre 58,0 +/-28,5 avec p=0,545).



Mortalité

La mortalité observée en réanimation était de 37,4% et de 47,5% à 1 mois. La mortalité à 6 mois s'élevait à 58,6%.

Il n'y avait pas de différence de mortalité significative, durant l'hospitalisation, à M1 et M6 selon la tranche d'âge (65-74 ans vs 75 ans et plus) et le sexe.

On notait toutefois qu'il existait une tendance à la surmortalité, tout sexe confondu, après M1 chez les 75 ans et plus (27,3% contre 16,7% ; p=0,0878).

La mortalité hospitalière prédite par le score IGS2 moyen de 71 était de 85% pour une mortalité observée en réanimation de 37,4%. Le score IGS2 était significativement plus élevé chez les patients décédés (78 contre 66 avec p=0,0014).

La valeur seuil du score IGS2, pour laquelle tous les malades décédaient, était de 106. Deux malades seulement rentraient dans cette catégorie avec des scores IGS2 à 106 et 114.

La mortalité durant le séjour en réanimation a été répertoriée selon les défaillances d'organes précédemment décrites dans « matériels et méthodes » (Tableau 2).

Tableau 2: Mortalité selon défaillances

Type de défaillance	Taux de mortalité en réanimation
HEMODYNAMIQUE	40,0 %
RESPIRATOIRE	42,0 %
RÉNALE	41,3 %
HÉPATIQUE	52,4 %
NEUROLOGIQUE	57,4 %
COAGULATOIRE	53,1 %
HÉMATOLOGIQUE	46,2 %

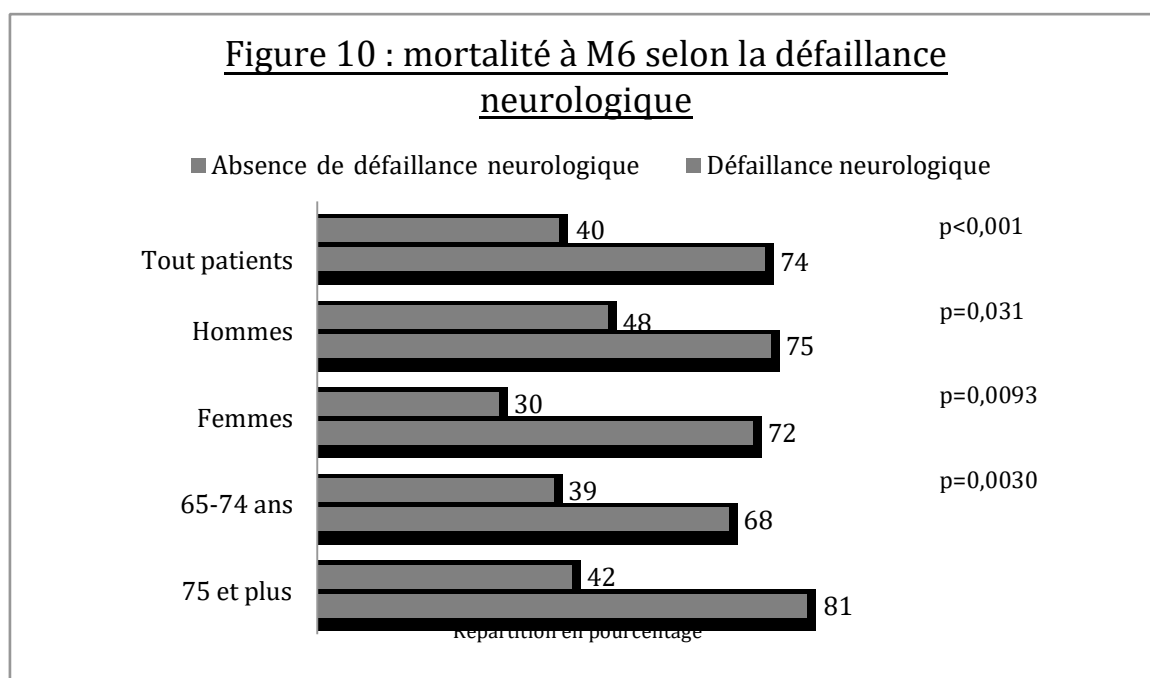
Celle-ci était croissante de manière significative avec le nombre de défaillances observées (Tableau 3).

Tableau 3: mortalité en réanimation selon le nombre de défaillances observées

Nombres de défaillances	Taux de mortalité
1	21,4 %
2	22,2 %
3	31,8 %
4	18,8 %
5	66,7 %
6	66,7 %
7	80 %
Test de Fisher avec	

Le nombre de défaillance était significativement plus élevé chez les patients décédés à 4 +/- 1 contre 3 +/- 2 (p=0,0002).

La défaillance rénale n'était pas un facteur de mortalité plus importante en réanimation. La survenue d'une défaillance neurologique était associée à une mortalité plus importante dans la population générale et dans tous les sous groupes (figure10).



La durée de séjour n'influçait pas la mortalité en réanimation (décédés 12,7+/-14,9 jours, vivants 10,7+/-10,5 jours ; p=0,4538).

Enfin nous avons observé l'évolution du statut vital à M1 et M6 selon les résultats de l'EuroQol à J0.

Les patients survivants présentaient significativement plus de troubles de mobilité à l'admission que les patients qui venaient à décéder pendant leur séjour en réanimation (45,2%

versus 25%, $p=0,0472$). Cette différence n'était pas retrouvée à 1 mois ($p = 0,0682$) ni à 6 mois ($p = 0,8260$).

Sur les 6 mois de suivi, il existait une augmentation significative de la mortalité parmi les patients présentant des troubles de la mobilité à J0 ($p=0,0142$).

On retrouvait de la même manière une augmentation significative de la mortalité lors du suivi chez les patients qui présentaient des problèmes de douleurs/gênes à J0 (61% décès en réanimation contre 68% à M6 ; $p = 0,0141$).

Discussion

Les pays industrialisés font face à un vieillissement croissant de la population. De ce fait, les services de réanimation sont de plus en plus confrontés à l'hospitalisation de patients âgés, entraînant des problèmes éthiques, économiques et médicaux (12).

Les données concernant l'impact d'une hospitalisation chez les plus de 65 ans en réanimation restent rares. En effet, la littérature fournit des renseignements quant à la qualité de vie avant (13) ou après (8)(14)(15)(16)(17) la réanimation, mais rares sont les études (18)(19) s'intéressant à la variation de la qualité de vie imputable à l'hospitalisation en réanimation chez les personnes âgées. Nous avons donc réalisé cette étude dans le but de mieux connaître les changements induits sur la qualité de vie de nos patients âgés hospitalisés en réanimation.

La qualité de vie mesurée à J0 chez nos patients se trouve être assez semblable à celle relevée dans une population hollandaise (20), qui retrouvait des problèmes pour la mobilité chez 26 % des 60-69 ans et chez 43% à 60 % des plus de 70 ans. En comparaison, nos résultats ont révélé

des problèmes chez 40,7% des 65-74 ans pour la mobilité et 34,1% de problèmes concernant les 75 ans et plus. Seule la dimension anxiété/dépression semble différente puisque seulement 11,8% de la population âgée hollandaise se décrit en classe 2 ou 3 de l'EuroQol contre 50% dans notre étude.

La thématique de notre étude est singulière dans le sens que seuls de très rares essais sont recensés dans la littérature.

A notre connaissance, aucune étude ne s'intéresse à la qualité de vie mesurée par l'EuroQol chez des patients âgés, issus de réanimation polyvalente à 6 mois. Une étude italienne (17) retrouve des résultats sur la qualité de vie relativement similaires aux nôtres. Mais le recrutement de cette étude était différent puisque seulement 18% des malades (n=21) hospitalisés dans cette réanimation l'ont été pour raison médicale. L'évaluation se faisait par ailleurs à 1 an.

Nous avons trouvé de nombreuses similitudes avec une étude genevoise (21) s'intéressant aux patients de plus de 70 ans, 2 ans après une hospitalisation en réanimation pour chirurgie abdominale. En effet, 56 % des patients présentaient des problèmes de mobilité, 30 % d'autonomie, 68 % d'activités courantes, 50% une dépression ou des symptômes d'anxiété et 72% des douleurs ou des gênes.

La principale force de notre étude est d'avoir comparé de manière prospective la qualité de vie avant l'hospitalisation et à 6 mois, dans une population de 65 ans ou plus. Nous avons choisi le questionnaire EuroQol 5D 3L car il a été utilisé et validé dans de nombreuses études de qualité de vie en réanimation (14)(15)(19) et semble plus approprié que l'EuroQol 6D qui explore la cognition (14). De plus, ce questionnaire permet une certaine lisibilité en comparaison des autres questionnaires utilisés tels que : The Short Form Health Survey 36 (SF36 = RAND36), le Nottingham Health Profile (NHP), l'échelle d'autonomie de Katz connu

aussi par le nom d'Activities of Daily Living (ADL), ou l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL). En effet ces questionnaires donnent une note globale dont la perception est finalement assez abstraite.

Notre étude a montré une diminution fonctionnelle dans les domaines physiques de l'EuroQoL que sont la mobilité, l'autonomie et les activités courantes. Les deux autres dimensions de l'EuroQoL (douleurs/gênes et anxiété/dépression) demeuraient inchangées. Nos résultats ont été retrouvés dans l'étude de Kaarlola et al. (15) et les revues de littérature (8). Une étude comparant les patients âgés à la population générale, après hospitalisation en réanimation, a montré elle aussi, que les domaines les plus touchés étaient les activités courantes (14) excepté chez les plus de 75 ans.

Nous avons montré que nos patients n'ont pas eu de plaintes supplémentaires pour les dimensions psychiques de l'EuroQoL (douleurs/gênes et anxiété/dépression).

Ceci pourrait être expliqué par une diminution des attentes sur leur statut fonctionnel, et d'une sensation de bonne qualité de vie malgré des handicaps devenus importants (8)(22). Les analyses en sous groupes ont montré des différences selon le sexe et l'âge. Nous avons mis en évidence que la population féminine n'a pas présenté de variation significative sur l'EuroQoL excepté pour l'autonomie. Nous n'avons pas retrouvé de résultat comparable dans la littérature, seuls quelques articles relatent une mortalité accrue chez les hommes âgés en comparaison aux femmes (23).

La qualité de vie des survivants à M6 n'était pas différente de celle à J0. Plusieurs éléments pourraient expliquer ce résultat. Le premier est que l'EuroQoL n'est pas une bonne échelle de mesure pour discriminer les qualités de vie dites faibles (24). La deuxième raison est que la qualité de vie à 6 mois est proche de celle avant l'hospitalisation. Ceci a déjà été noté

(25)(26)(27), mais la plupart du temps pour des intervalles plus importants entre l'hospitalisation et la prise de nouvelles (25). La dernière raison, la plus probable, est que nous n'avons pas pu mettre en avant une différence significative d'altération des dimensions fonctionnelles par manque de puissance. Nous n'avons pas réalisé d'analyses en sous groupes chez ces seuls survivants étant donné l'effectif trop faible.

Nous avons choisi une période relativement courte de suivi des patients. Cela permettait une évaluation rapide des données. Cet intervalle de 6 mois a par ailleurs déjà été utilisé dans la littérature(19). Nous avons obtenu un taux de réponse à 6 mois de 100%, bien supérieur à ceux communément retrouvés dans la littérature. Ce taux est atteint quelques fois (28)(29) dans des études de qualité de vie post réanimation pour patients sans limites d'âge, mais exceptionnellement chez des personnes âgées(30)(31). Les études similaires à la nôtre ont des taux de suivi qui restent globalement proche de 80% (8).

Le principal biais de notre étude vient du mode de recueil de la qualité de vie. Les données de qualité de vie à 6 mois ont été obtenues après entretien téléphonique. Une consultation post réanimation aurait semblé plus appropriée et précise pour cette évaluation. Elle semble toutefois difficilement réalisable. Par ailleurs, l'entretien téléphonique obtient un bien meilleur taux de réponse(8)(25). Nous avons aussi réalisé la prise de nouvelles auprès de proches, sous estimant ainsi faiblement la qualité de vie des patients(32), surtout celle à J0 par l'effet dépréciatif de l'hospitalisation soudaine en réanimation. Certains auteurs considèrent même que seuls les patients eux-mêmes doivent être interrogés(31)(33). Mais ceux-ci ont utilisé des questionnaires avec une part de subjectivité comme le RAND 36(31).

Comme dans l'étude de Merlaniet al.(21), nous ne retrouvons pas de différence significative quant à l'échelle visuelle analogique de l'EuroQol. Ces résultats sont à pondérer quant au faible taux de réponse. En effet, nous n'avons eu seulement que 21 patients répondants

sur les 41 survivants. Il existait un problème majeur de compréhension avec une notation qui est normalement faite à l'écrit et non à l'oral. Ce biais de recueil n'a pas été précédemment décrit.

Dans l'ensemble il existait des difficultés de compréhension pour l'ensemble du questionnaire, dues à un obstacle linguistique, les personnes âgées martiniquaises parlant créole et maîtrisant parfois mal le français. Cette barrière de langue nous a fait recueillir peut être plus fréquemment la qualité de vie auprès des proches que si il n'y avait pas eu cet obstacle. Enfin, nous n'avons pas précisé si le recueil de l'EuroQol de M6 se faisait auprès du même proche que pour J0.

Le choix de suivi de 100 patients a été fait car il nous semblait suffisant pour refléter au mieux la population de patients âgés de réanimation de Fort-de-France. En effet, le service de réanimation a accueilli 200 patients de 65 ans et plus durant l'année 2012.

Nos critères d'exclusion n'ont pas induit de sous-estimation ou de surestimation de la mortalité en réanimation, par la non prise en compte des patients décédés dans les 48 premières heures (39% contre 37,4% avec $p=0,62$, résultats non présentés). Le but de cette exclusion était d'écartier de l'analyse de qualité de vie les patients hospitalisés en réanimation pour simple dialyse en urgence (14/41 patients, résultats non présentés) et autres courts séjours. Cette exclusion pour court séjour est réalisée dans certaines études (16)(34)(35).

La mortalité en réanimation à 37,4% était similaire à celle retrouvée pour les personnes âgées dans des réanimations polyvalentes ou médicales (15)(30)(31)(35)(36). En comparaison, les études en réanimation chirurgicale trouvaient une mortalité plus faible (14)(15)(18)(37), même si certaines s'en rapprochaient (38).

Les décès observés dans notre population survenaient tout particulièrement durant le séjour et le premier mois suivant l'hospitalisation en réanimation, comme cela a déjà été décrit(15)(30). La mortalité importante dans notre étude pourrait être expliquée par la gravité initiale de nos patients puisque le score IGS2 à l'entrée était à 70,8 +/- 19,7, avec une mortalité prédite intra-hospitalière à 85%. Aucune étude ne rapporte des IGS2 de valeurs aussi importantes, même si Daubinet al.(30) ont rapporté les plus élevées avec une moyenne à 53.

Nous n'avons pas utilisé le score SOFA (39) fait à J0, reflétant uniquement la gravité initiale déjà prise en compte par l'IGS2(40), mais préféré utiliser le cumul de toutes les défaillances rencontrées durant le séjour.

Notre étude fait ressortir que le nombre de défaillances d'organe est un facteur d'augmentation de la mortalité en réanimation, comme le score SOFA(39).

L'existence d'une défaillance rénale en réanimation, selon nos critères, n'était pas un facteur associé à une mortalité plus importante. Cela est très certainement dû à notre définition de la défaillance rénale ne se limitant pas aux stricts besoins d'épuration extra-rénale. En effet, l'augmentation de la mortalité et la dégradation de la qualité de vie a déjà été mis en évidence en cas de défaillance rénale, mais définie comme un recours à l'épuration extra-rénale(19).

Cette défaillance était responsable d'une augmentation de la mortalité seulement lorsqu'elle nécessitait une suppléance les 3 premiers jours de réanimation selon certains auteurs(30).

Dans notre étude, la défaillance neurologique était responsable d'une mortalité augmentée.

Haas et al.(18) ont eux aussi trouvé des résultats similaires, avec en plus une altération de la qualité de vie.

Nous n'avons pas mis en évidence une augmentation de la mortalité due au statut fonctionnel altéré à J0, comme d'autres ont pu le mettre en évidence (16)(32)(41)(42). Ce résultat est très certainement dû au tri des malades réalisé par le réanimateur de garde, pour lequel le statut

fonctionnel fait parti des critères d'entrée (43). Ces critères d'admission font que seuls de très rares patients aux statuts fonctionnels très altérés, synonymes d'extrême mauvais pronostics à court et moyen termes, sont hospitalisés en réanimation à Fort-De-France.

Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse sur la qualité de vie en fonction des défaillances, car l'échantillon était trop faible.

Les limitations ou arrêts thérapeutiques sont rapportés pour 39,4% de nos malades. Cetaux est supérieur à ceux de la littérature (44), proches de 10% des malades admis en réanimation, toute catégorie d'âge confondu. Comme décrit précédemment, le taux élevé de décisions de limitations thérapeutiques vient de la gravité de nos malades et de leur âge (45). En effet, Daubinet al.(30), qui rapportent la population la plus grave selon le score IGS2, ont pris des décisions de limitation pour 36 % de leurs malades (n=36). Il existait une similitude avec notre étude, puisque par la suite sur les 36 malades concernés, 32 décédaient.

Ces décisions de limitations ont très certainement influencé la durée de séjour en réanimation des patients concernés. En effet, notre étude ne retrouve pas de différence significative de durée de séjour entre patients décédés et survivants. Cette différence de durée entre patients décédés et survivants a déjà été démontrée. Les séjours les plus longs étaient un facteur d'augmentation de la mortalité et de la morbidité (34).

Conclusion

Notre étude montre une qualité de vie diminuée pour les patients âgés survivants à la réanimation. Ils sont difficilement mis en avant par manque de puissance. Ces résultats sont dans le prolongement des études sur la qualité de vie chez les personnes âgées en réanimation. Une nouvelle étude avec utilisation de plusieurs outils de mesure de qualité de vie serait nécessaire pour confirmer ces résultats. Ces résultats confortent les pratiques actuellement en cours dans le service de réanimation. En effet, même si la mortalité est importante, le service rendu pour les personnes âgées survivantes à la réanimation est correct en terme de qualité de vie.

Enfin, il serait aussi intéressant de mesurer des indices de morbidité compétitive comme l'index de Charlson. De même, il serait intéressant d'essayer de confirmer la notion de fragilité (46) et son impact après réanimation (47) à Fort-De-France en terme de qualité de vie et mortalité.

Références bibliographiques

1. Nascher. I IL. Geriatrics : the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medico-legal relations. Philadelphia : P. Blakiston's son & Co.; 1914. 654 p.
2. United Nations. World Populations Ageing 2013. 2011.
3. INSEE. Pyramide des âges (France métropolitaine) : 2030.
4. INSEE. Projections de la population aux Antilles-Guyane { l'horizon 2030. 2013;
5. Commission des comptes. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité social. 2012.
6. Boumendil A, Aegerter P, Guidet B, CUB-Rea Network. Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched-cohort study. J Am Geriatr Soc. janv 2005;53(1):88- 93.
7. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. Crit Care Med. déc 2010;38(12):2386- 400.
8. Knaus WA, Wagner DP, Zimmerman JE, Draper EA. Variations in mortality and length of stay in intensive care units. Ann Intern Med. 15 mai 1993;118(10):753- 61. 9. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy Amst Neth. déc 1990;16(3):199- 208.
10. Abizanda P, López MD, García VP, Estrella J de D, da Silva González Á, Vilardell NB, et al. Effects of an Oral Nutritional Supplementation Plus Physical Exercise Intervention

on the Physical Function, Nutritional Status, and Quality of Life in Frail Institutionalized Older Adults: The ACTIVNES Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2 avr 2015;

11. Honselmann KC, Buthut F, Heuwer B, Karadag S, Sayk F, Kurowski V, et al. Long-term mortality and quality of life in intensive care patients treated for pneumonia and/or sepsis: Predictors of mortality and quality of life in patients with sepsis/pneumonia. *J Crit Care.* 13 mars 2015;

12. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med.* sept 2006;34(9 Suppl):S176- 82.

13. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA.* 15 avr 1998;279(15):1187- 93.

14. Soliman IW, de Lange DW, Peelen LM, Cremer OL, Slooter AJC, Pasma W, et al. Single-center large-cohort study into quality of life in Dutch intensive care unit subgroups, 1 year after admission, using EuroQoL EQ-6D-3L. *J Crit Care.* févr 2015;30(1):181- 6.

15. Kaarlola A, Tallgren M, Pettilä V. Long-term survival, quality of life, and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. *Crit Care Med.* août 2006;34(8):2120- 6.

16. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH, et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA J Am Med Assoc.* 20 juin 2001;285(23):2987- 94.

17. Pavoni V, Giancesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Mori E, Gori G. Outcome and quality of life of elderly critically ill patients: an Italian prospective observational study. *Arch Gerontol Geriatr.* avr 2012;54(2):e193- 8.

18. Haas JS, Teixeira C, Cabral CR, Fleig AH, Freitas AP, Treptow EC, et al. Factors

influencing physical functional status in intensive care unit survivors two years after discharge. *BMC Anesthesiol.* 18 juin 2013;13(1):11.

19. Vaara ST, Pettilä V, Reinikainen M, Kaukonen K-M, Finnish Intensive Care Consortium. Population-based incidence, mortality and quality of life in critically ill patients treated with renal replacement therapy: a nationwide retrospective cohort study in Finnish intensive care units. *Crit Care Lond Engl.* 2012;16(1):R13.
20. Hoeymans N, van Lindert H, Westert GP. The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* avr 2005;14(3):655- 63.
21. Merlani P, Chenaud C, Mariotti N, Ricou B. Long-term outcome of elderly patients requiring intensive care admission for abdominal pathologies: survival and quality of life. *Acta Anaesthesiol Scand.* mai 2007;51(5):530- 7.
22. Udekwu P, Gurkin B, Oller D, Lapio L, Bourbina J. Quality of life and functional level in elderly patients surviving surgical intensive care. *J Am Coll Surg.* sept 2001;193(3):245- 9.
23. Reinikainen M, Niskanen M, Uusaro A, Ruokonen E. Impact of gender on treatment and outcome of ICU patients. *Acta Anaesthesiol Scand.* août 2005;49(7):984- 90.
24. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P. Performance of two measures of general health-related quality of life, the EQ-5D and the RAND-36 among critically ill patients. *Intensive Care Med.* déc 2004;30(12):2245- 52.
25. Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, Noseworthy T, Doig C. Outcomes of elderly survivors of intensive care: a review of the literature. *Chest.* mai 2005;127(5):1764- 74.
26. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P. Quality of life six years after intensive care. *Intensive Care Med.* août 2003;29(8):1294- 9.

27. Orwelius L, Fredrikson M, Kristenson M, Walther S, Sjöberg F. Health-related quality of life scores after intensive care are almost equal to those of the normal population: a multicenter observational study. *Crit Care Lond Engl*. 2013;17(5):R236.
28. Jackson JC, Obremskey W, Bauer R, Greevy R, Cotton BA, Anderson V, et al. Long-term cognitive, emotional, and functional outcomes in trauma intensive care unit survivors without intracranial hemorrhage. *J Trauma*. janv 2007;62(1):80- 8.
29. Saner H, Borner Rodriguez E, Kummer-Bangerter A, Schüppel R, von Planta M. Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. avr 2002;53(1):7- 13.
30. Daubin C, Chevalier S, Séguin A, Gaillard C, Valette X, Prévost F, et al. Predictors of mortality and short-term physical and cognitive dependence in critically ill persons 75 years and older: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:35.
31. Garrouste-Orgeas M, Timsit J-F, Montuclard L, Colvez A, Gattolliat O, Philippart F, et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med*. juill 2006;32(7):1045- 51.
32. Hofhuis JGM, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers AJP, Bakker J. Quality of life before intensive care unit admission is a predictor of survival. *Crit Care Lond Engl*. 2007;11(4):R78.
33. Pettilä V, Kaarlola A, Mäkeläinen A. Health-related quality of life of multiple organ dysfunction patients one year after intensive care. *Intensive Care Med*. oct 2000;26(10):1473- 9.
34. Baldwin MR, Narain WR, Wunsch H, Schluger NW, Cooke JT, Maurer MS, et al. A prognostic model for 6-month mortality in elderly survivors of critical illness. *Chest*. avr 2013;143(4):910- 9.

35. Somme D, Maillet J-M, Gisselbrecht M, Novara A, Ract C, Fagon J-Y. Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes. *Intensive Care Med.* déc 2003;29(12):2137- 43.
36. De Rooij SE, Govers A, Korevaar JC, Abu-Hanna A, Levi M, de Jonge E. Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med.* juill 2006;32(7):1039- 44.
37. Lown DJ, Knott J, Rechnitzer T, Maclsaac C. Predicting short-term and long-term mortality in elderly emergency patients admitted for intensive care. *Crit Care Resusc J Australas Acad Crit Care Med.* mars 2013;15(1):49- 55.
38. Raveau T, Annweiler C, Chudeau N, Gergaud S, Thiery S, Gautier J, et al. Comprehensive geriatric assessment in intensive care unit: a pilot study (pre-Seniorea). *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* déc 2013;11(4):389- 95.
39. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* juill 1996;22(7):707- 10.
40. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA J Am Med Assoc.* 22 déc 1993;270(24):2957- 63.
41. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau A-L, Menn A-M, Ginsburg C, Takun K, et al. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly. *PloS One.* 2012;7(4):e34387.
42. Boumendil A, Maury E, Reinhard I, Luquel L, Offenstadt G, Guidet B. Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit. *Intensive Care*

Med. avr 2004;30(4):647- 54.

43. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al.

Compliance with triage to intensive care recommendations. Crit Care Med. nov

2001;29(11):2132- 6.

44. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, et al. End-of-

life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA. 13 août

2003;290(6):790- 7.

45. Hamel MB, Lynn J, Teno JM, Covinsky KE, Wu AW, Galanos A, et al. Age-related

differences in care preferences, treatment decisions, and clinical outcomes of seriously

ill hospitalized adults: lessons from SUPPORT. J Am Geriatr Soc. mai 2000;48(5

Suppl):S176- 82.

46. Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary

systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the

Canadian Initiative on Frailty and Aging. BMC Med Res Methodol. 2009;9:68.

47. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint Martin M, et al.

Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective,

multicenter, observational study. Intensive Care Med. mai 2014;40(5):674- 82.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis { exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins { l'indigent et { quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu { l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire { l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide { mes confrères ainsi qu' { leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle { mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Annexes

Document information patients



Etude DEPARQ
Version n° 1.1 du 19/12/2013



DOCUMENT D'INFORMATION

« DEVENIR DES PERSONNES AGÉES APRES RÉANIMATION – QUALITÉ DE VIE »
ETUDE DEPARQ

Code promoteur : 13/B/24

Version n°1.1

Gestionnaire de la recherche : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Martinique

Personne qui dirige et surveille la recherche : Dr CHABARTIER Cyrille

Madame, Monsieur,

Le médecin du service de réanimation du CHU de Martinique vous propose de participer à une recherche visant à évaluer les soins courants dont le CHU de Martinique est le gestionnaire. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au médecin.

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à y participer. Dans ce cas-là, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche?

Avec le vieillissement de la population générale, les services hospitaliers sont de plus en plus amenés à prendre en charge des personnes âgées, notamment en service de réanimation.

La mortalité et la qualité de vie après une hospitalisation en réanimation sont bien connues pour les populations jeunes. Au contraire, les suites d'une hospitalisation en réanimation chez les personnes âgées demeurent très peu étudiées.

Quel est l'objectif de cette recherche?

L'objectif de cette recherche est de mieux connaître la qualité de vie et la mortalité à 6 mois des patients âgés d'au moins 65 ans après une hospitalisation en réanimation au CHU de Martinique.

Comment va se dérouler cette recherche?

Cette étude concerne les patients de 65 ans et plus, hospitalisés dans le service de réanimation du CHU de Martinique, site Pierre Zobda-Quitman.

Dès votre admission, nous rechercherons à obtenir votre accord pour participer à cette étude, ou auprès d'une personne de confiance qui vous représentera, si vous n'êtes pas en mesure de le donner.

Les informations recueillies seront de nature médicale et habituelles pour tout patient de réanimation. Elles seront collectées sous la forme d'un questionnaire de qualité de vie, comportant 6 questions concernant : la marche, les soins personnels, les activités de la vie quotidienne, la douleur ou l'inconfort, l'anxiété ou la dépression, et une évaluation personnelle de la qualité de vie.

Ce même questionnaire sera à nouveau réalisé 6 mois après votre hospitalisation dans le service de réanimation par contact téléphonique réalisé par un des médecins du service de réanimation participant à la réalisation de cette étude.

Au total, cette étude comprendra une centaine de patients.

Qui peut participer ?

Tous les patients de 65 ans et plus hospitalisés en réanimation et ayant séjourné 48 heures ou plus au cours de la période d'enquête participeront à cette étude, sauf refus de leur part.

Que vous demandera-t-on ?

Les jours suivants l'entrée en réanimation, un des médecins du service de réanimation s'entretiendra avec vous ou votre représentant. Cet entretien aura pour but d'évaluer votre qualité de vie à travers 6 questions, concernant : la marche, les soins personnels, les activités quotidiennes, la douleur ou l'inconfort, l'anxiété ou la dépression et une évaluation personnelle de la qualité de vie.

Le médecin remplira en parallèle une fiche comportant vos coordonnées (adresse postale valide, numéros de téléphones, coordonnées du représentant et du médecin traitant). Ces informations personnelles sont collectées dans l'unique but d'organiser un rappel téléphonique dans 6 mois et seront détruites à l'issue de la recherche. Ces données personnelles seront conservées sous format papier et détruites à la fin de l'étude. Et le médecin vous contactera 6 mois plus tard, par téléphone, afin de vous faire passer ce questionnaire.

La participation à cette étude n'entraîne aucune autre obligation de votre part.

Votre participation s'achèvera à l'issue de ce contact téléphonique à 6 mois.

	Au début du séjour en réanimation	A la sortie de réanimation	1 ^{er} mois	6 ^e mois
Information au patient et recueil de la non opposition pour participer à l'étude	X			
Informations médicales	X	X		
Questionnaire de qualité de vie	X			X
Statut vital du patient		X	X	X

Quels sont vos droits ?

Le médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous souhaitez ne pas y participer ou vous en retirer à quelque moment que ce soit, et pour quelque motif que ce soit, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de la recherche à laquelle le CHU de Martinique vous propose de participer, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie, seront transmises au CHU de Martinique ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un code et/ou vos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères et à d'autres entités du CHU de Martinique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le

secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Conformément à la loi Politique de Santé Publique :

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes du Sud-Ouest Outre-Mer III, le 18 décembre 2013,
- le gestionnaire de cette recherche, le CHU de Martinique (Service de Réanimation, Hôpital Pierre ZOBDA QUITMAN, CS 90632-97261 Fort de France cedex), a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de la société SHAM (contrat d'assurance n° 142 469),
- lorsque cette recherche sera terminée, la fiche comportant vos coordonnées (adresse postale valide, numéro de téléphone, coordonnées des médecins traitants), utilisée pour vous joindre 6 mois après votre admission aux urgences sera détruite par le Dr Chabartier,
- lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

S'agissant d'une recherche visant à évaluer les soins courants, un accord oral vous sera demandé pour votre participation mais votre consentement écrit ne sera pas recueilli. Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser au médecin du service de réanimation du CHU de Martinique toutes les questions que vous désirez.

L'ensemble des cliniciens qui participent à cette recherche vous remercie chaleureusement d'avoir pris sur votre temps pour comprendre notre démarche scientifique.

Signature du médecin :

Exemplaire à remettre au patient

Document d'information pour le représentant



Etude DEPARQ
Version n° 1.1 du 19/12/2013



**DOCUMENT D'INFORMATION
REPRESENTANT DU PATIENT**
« DEVENIR DES PERSONNES AGÉES APRES RÉANIMATION – QUALITÉ DE VIE »
ETUDE DEPARQ

Code promoteur : 13/B/24

Version n°1.1

Gestionnaire de la recherche : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Martinique

Personne qui dirige et surveille la recherche : Dr CHABARTIER Cyrille

Madame, Monsieur,

Le médecin du service de réanimation du CHU de Martinique vous propose la participation de la personne que vous représentez à une recherche visant à évaluer les soins courants dont le CHU de Martinique est le gestionnaire. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au médecin.

La participation de la personne que vous représentez est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à sa participation. Dans ce cas-là, elle continuera à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche?

Avec le vieillissement de la population générale, les services hospitaliers sont de plus en plus amenés à prendre en charge des personnes âgées, notamment en service de réanimation.

La mortalité et la qualité de vie après une hospitalisation en réanimation sont bien connues pour les populations jeunes. Au contraire, les suites d'une hospitalisation en réanimation chez les personnes âgées demeurent très peu étudiées.

Quel est l'objectif de cette recherche?

L'objectif de cette recherche est de mieux connaître la qualité de vie et la mortalité à 6 mois des patients âgés d'au moins 65 ans après une hospitalisation en réanimation au CHU de Martinique.

Comment va se dérouler cette recherche?

Cette étude concerne les patients de 65 ans et plus, hospitalisés dans le service de réanimation du CHU de Martinique, site Pierre Zobda-Quitman.

Dès l'admission de votre proche, nous rechercherons l'accord de celui-ci pour participer à cette étude, ou auprès de vous, personne de confiance, si votre proche n'est pas en mesure de le donner.

Les informations recueillies seront de nature médicale et habituelles pour tout patient de réanimation. Elles seront complétées par un questionnaire de qualité de vie, comportant 6 questions concernant : la marche, les soins personnels, les activités de la vie quotidienne, la douleur ou l'inconfort, l'anxiété ou la dépression, et une évaluation personnelle de la qualité de vie.

Ce même questionnaire sera à nouveau réalisé 6 mois après l'hospitalisation en réanimation par contact téléphonique par un des médecins du service de réanimation participant à la réalisation de cette étude. Nous rechercherons ces mêmes informations auprès de votre proche ou auprès de vous en cas d'impossibilité de questionner votre proche.

Au total, cette étude comprendra une centaine de patients.

Qui peut participer ?

Tous les patients de 65 ans et plus hospitalisés en réanimation et ayant séjourné 48 heures ou plus au cours de la période d'enquête participeront à cette étude, sauf refus de leur part ou de leur proche.

Que lui demandera-t-on ?

Les jours suivants l'entrée en réanimation, un des médecins du service de réanimation sera réalisé s'entretiendra avec votre proche ou avec vous, si son état de santé ne le permet pas. Cet entretien aura pour but d'évaluer la qualité de vie de votre proche à travers 6 questions, concernant : la marche, les soins personnels, les activités quotidiennes, la douleur ou l'inconfort, l'anxiété ou la dépression et une évaluation personnelle de la qualité de vie.

Le médecin remplira en parallèle une fiche comportant les coordonnées du patient (adresse postale valide, numéros de téléphones et du médecin traitant) ainsi que vos coordonnées afin de vous contacter au cas où le patient ne peut répondre aux questions ou être joint. Ces informations personnelles sont collectées dans l'unique but d'organiser un rappel téléphonique dans 6 mois et seront détruites à l'issue de la recherche. Ces données personnelles seront conservées sous format papier et détruites à la fin de l'étude

Ces mêmes questions seront posées 6 mois plus tard, par téléphone, par un des médecins de l'équipe de réanimation.

La participation à cette étude n'entraîne aucune autre obligation de votre part.

Tableau résumé des informations récupérées dans le cadre de notre recherche

	Au début du séjour en réanimation, durant un entretien avec un médecin	A la sortie de réanimation	1 ^{er} mois	6 ^e mois, par contact téléphonique par un médecin
Information au patient ou à son représentant et recueil de la non opposition pour participer à l'étude	X			
Informations médicales	X	X		
Questionnaire de qualité de vie	X			X
Statut vital du patient		X	X	X

Quels sont ses droits ?

Le médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous ne souhaitez pas que la personne que vous représentez y participe ou si vous souhaitez en retirer la personne que vous représentez à quelque moment que ce soit et pour quelque motif que ce soit ou si la personne elle-même

ne souhaite pas participer ou poursuivre sa participation, elle continuera à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien sa surveillance future.

Dans le cadre de la recherche à laquelle le CHU de Martinique propose de faire participer la personne que vous représentez, un traitement informatique de ses données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales la concernant *et les données relatives à ses habitudes de vie*, seront transmises au CHU de Martinique ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un code et/ou ses initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères et à d'autres entités du CHU de Martinique

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la personne que vous représentez dispose à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées la concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). La personne que vous représentez dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. La personne que vous représentez peut également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix à l'ensemble de ses données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui la suit dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité.

Conformément à la loi Politique de Santé Publique :

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes du Sud-Ouest Outre-Mer III, le 18 décembre 2013,
- le gestionnaire de cette recherche, le CHU de Martinique (Service de Réanimation, Hôpital Pierre ZOBDA QUITMAN, CS 90632-97261 Fort de France cedex), a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de la société SHAM (contrat d'assurance n° 142 469),
- lorsque cette recherche sera terminée, la fiche comportant vos coordonnées (adresse postale valide, numéro de téléphone), collectée pour vous joindre 6 mois après l'admission aux urgences du patient que vous représentez sera détruite par le Dr Chabartier,
- lorsque cette recherche sera terminée, la personne que vous représentez sera tenue informée personnellement des résultats globaux par son médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si elle le souhaite.

S'agissant d'une recherche visant à évaluer les soins courants, un accord oral vous sera demandé pour la participation de la personne que vous représentez mais votre consentement écrit ne sera pas recueilli. Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser au médecin du service de réanimation du CHU de Martinique toutes les questions que vous désirez.

L'ensemble des cliniciens qui participent à cette recherche vous remercie chaleureusement d'avoir pris sur votre temps pour comprendre notre démarche scientifique.

Signature du médecin :

Exemplaire à remettre au représentant du patient

Questionnaire EuroQol

Questionnaire sur la santé

Version française pour la France

(French version for France)

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité

Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied

J'ai des problèmes pour me déplacer à pied

Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi

J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)

Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes

J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes

Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

Je n'ai ni douleur ni gêne

J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)

J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/Dépression

Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)

Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)

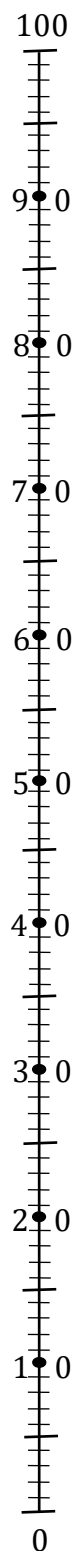
Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous { l'endroit qui, sur l'échelle, correspond { votre état de santé aujourd'hui.

Votre état de
santé
aujourd'hui

Meilleur état de
santé imaginable



Pire état de
santé
imaginable

Avis du comité de protection des personnes

09-01-14 15:21

0557817607

CPP SOOM3

->0596757652

ECM Page 2

**COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD-OUEST ET OUTRE MER III**
Président : Professeur Emmanuel CUNY

**DOSSIER ENREGISTRÉ CPP N° : 2013/92
Numéro EudraCT : 2013-004568-68**

DESTINATAIRE : CHU de la Martinique
Madame Véronique ERDUAL
DRCI
Hôpital Pierre Zobda-Quitman
CS 90632
97261 Fort-de-France

Vos réf. : *protocole DEPARQ*

Bordeaux, le 8 janvier 2014.

Complément d'information en date du 13 novembre 2013.

PROMOTEUR : CHU de la Martinique
Hôpital Pierre Zobda-Quitman
CS 90632
97261 Fort-de-France cedex

COORDONNATEUR : Docteur Cyrille CHABARTIER
Service de réanimation polyvalente
Hôpital Pierre Zobda-Quitman
CS 90632
97261 Fort-de-France cedex

En date du **13 NOVEMBRE 2013**, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest et Outre-mer III a examiné le protocole de recherche visant à évaluer les soins courants mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique intitulé :

**"DEVENIR DES PERSONNES AGEES APRES UN SEJOUR EN REANIMATION : MORTALITE ET
QUALITE DE VIE A 6 MOIS (ETUDE DEPARQ)."**

Avant de se prononcer, conformément au 2° de l'article R. 1123-24 du code de la santé publique, le comité a formulé une demande d'informations complémentaires et demandé au promoteur de modifier son projet.

En date du **18 DECEMBRE 2013**, au vu des corrections apportées, le comité à l'unanimité des membres votants émet un

AVIS FAVORABLE

Le Président du Comité



Professeur Emmanuel CUNY.

Conformément à l'article R. 1123-28 du code de la santé publique, si dans un délai d'un an suivant le présent avis la recherche biomédicale n'a pas débutée, cet avis devient caduc.

Service de Pharmacologie clinique – Groupe Hospitalier Pellegrin – Bât. 1A
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX CEDEX
TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 – E-mail : cpp.soom3@u-bordeaux2.fr
Site Internet : www.cpp-soom3.u-bordeaux2.fr

**COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD-OUEST ET OUTRE MER III**

Président : Professeur Emmanuel CUNY

**DOSSIER ENREGISTRÉ CPP N° : 2013/92
Numéro EudraCT : 2013-004568-68**

DOCUMENTS EXAMINÉS PAR LE COMITE

- > Courrier de demande d'avis du promoteur en date du 28 octobre 2013 ;
- > Curriculum vitae du Docteur Cyrillie CHABARTIER ;
- > Formulaire de recueil des données personnelles version du 23 octobre 2013 ;
- > Courrier du promoteur en date du 26 novembre 2013 ;
- > Tableau comparatif des modifications apportées sur le protocole ;
- > Protocole d'évaluation des soins courants version 1.1 du 25 novembre 2013 ;
- > Résumé du protocole en français version 1.1 du 25 novembre 2013 ;
- > Document d'Information au patient version 1.1 du 25 novembre 2013 ;
- > Document d'Information au représentant du patient version 1.1 du 25 novembre 2013 ;
- > Formulaire de demande d'avis signé et daté du 26 novembre 2013 ;
- > Document permettant au comité de s'assurer que le projet porte sur l'évaluation des soins courants signé et daté du 27 novembre 2013.

MEMBRES PRESENTS

Catégorie médecins ou personnes qualifiées dans la recherche biomédicale :

- ◆ Professeur Emmanuel CUNY (titulaire)
- ◆ Docteur Igor GALPERINE - pédiatre (titulaire)
- ◆ Professeur Didier LACOMBE - pédiatre (titulaire)
- ◆ Professeur Simone MATHOULIN-PELISSIER - compétente en matière biostatistique ou d'épidémiologie (titulaire)
- ◆ Professeur Marc GENIAUX (suppléant)
- ◆ Docteur Antoine BENARD - compétent en matière biostatistique ou d'épidémiologie (suppléant)

Catégorie pharmaciens hospitaliers :

- ◆ Mademoiselle Marie-Claude SAUX (titulaire)

Catégorie personnes qualifiées dans le domaine de l'éthique :

- ◆ Monsieur André CALAS (titulaire)
- ◆ Maître Philippe ROGER (suppléant)

Catégorie psychologues :

- ◆ Professeur Pascal-Henri KELLER (titulaire)
- ◆ Madame Eva TOUSSAINT (suppléante)

Catégorie travailleurs sociaux :

- ◆ Madame Christiane GABORIAU (suppléante)

Catégorie juridique :

- ◆ Professeur Jean-Pierre DUPRAT (titulaire)
- ◆ Monsieur Didier CUGY (titulaire)

Catégorie Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé :

- ◆ Monsieur François DUPUY (titulaire)
- ◆ Madame Jacqueline PRUVOST (suppléante)

Avis du Comité National de l'Informatique et des Libertés



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1770483 v 0

du 10-06-2014

Madame ROMAND Guetty
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
MARTINIQUE
DIRECTION DES SYSTEMES D'INFORMATIONS
ET DE L'ORGANISATION (DSIO)
HOPITAL PIERRE ZOBDA QUITMAN
CS 90632 LA MEYNARD
97261 FORT DE FRANCE CEDEX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE

N° SIREN ou SIRET :

200034528 00014

Service : DIRECTION GENERALE

Code NAF ou APE :

8610Z

Adresse : HOPITAL PIERRE ZOBDA QUITMAN CS 90632 LA MEYNARD

Tél. : 05 96 55 23 31

Fax. : 05 96 75 84 53

Code postal : 97261

Ville : FORT DE FRANCE CEDEX

Traitement déclaré

Finalité : MESURER LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS DE 65 ANS ET PLUS, A 6 MOIS D'UN SEJOUR DE REANIMATION AU CHU DE MARTINIQUE, A L'AIDE DE L'ECHELLE EUROQOL 5D . LE BUT : AVOIR UNE VISION PLUS PRECISE DE LA MORTALITE ET DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES MARTINQUAISES, APRES UNE HOSPITALISATION EN REANIMATION AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MARTINIQUE DENOMINATION DE LA RECHERCHE : (ACRONYME : DEPARQ) DR CYRILLE CHABARTIER

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Autorisation d'Imprimatur

HINAUT

RONAN

Sujet de la thèse : Devenir des personnes âgées après un séjour en réanimation : mortalité et qualité de vie à 6 mois (étude DEPARQ)

Thèse : Médecine - Université des Antilles et de la Guyane
Année 2015

MOTS-CLÉS : Personnes âgées, Réanimation, Qualité de vie, Mortalité, EuroQol, Fort-De-France, Facteurs pronostiques, Statut fonctionnel.

INTRODUCTION :

L'impact de l'hospitalisation en réanimation des personnes âgées n'est pas très bien connu en terme de qualité de vie.

METHODE :

Etude prospective mono centrique, en soins courants, en réanimation polyvalente au CHU de Fort-de-France. L'objectif était de mesurer la variation de qualité de vie à 6 mois (M6) et la mortalité. Les critères d'inclusion comprenaient : un âge égal ou supérieur à 65ans, hospitalisation dans le service de réanimation pour une durée de plus de 48 heures, patient résidant sur le territoire martiniquais, premier séjour en réanimation sur la période étudiée, affiliation à un régime de sécurité sociale français. La qualité de vie était mesurée par l'EuroQoL 5D-3L à l'entrée en réanimation (J0) et M6. La mortalité était mesurée en réanimation, au 1er et 6ème mois.

RESULTATS :

Au total, 99 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 74 +/- 6 ans. L'IGS2 moyen était de 71 +/- 20. La durée de séjour moyenne était de 12 jours (2 ; 90 jours). On observait une différence significative pour 3 items de la qualité de vie que sont la mobilité, l'autonomie et les activités courantes. L'EVA moyenne à M6 ne différait pas de celle à l'entrée (58 +/- 28 vs 67 +/- 27; p=0,54). La mortalité observée était de 37,4%, 53,5 % et 58,6% en réanimation, à 1 mois et 6 mois, respectivement.

DISCUSSION :

Notre étude montre une qualité de vie diminuée pour les patients âgés survivants à la réanimation. Ces résultats sont dans le prolongement des études sur la qualité de vie chez les personnes âgées en réanimation.

JURY :

- Président : Professeur DABADIE Philippe
- Juges : Professeur CESAIRE Raymond
 Professeur CABRE Philippe
 Docteur MCUDELIGNY Christophe
 Docteur VALENTINO Ruddy
 Docteur CHABARTIER Cyrille Directeur de Thèse