



**ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE
RABAT**



ANNEE : 2018

THESE N° : 350

**QUALITÉ DE VIE LIÉE A LA SANTE ÉVALUÉE PAR
LE MOS SF-36 CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES
1 MOIS AVANT ET 3 MOIS APRÈS UN SÉJOUR
EN RÉANIMATION**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :/...../2018

PAR

Mlle Zineb ZEGGWAGH

Née le 15 Juin 1993 à Rabat

Pour l'Obtention du Diplôme de Docteur en Médecine

MOTS CLES : Évolution - MOS SF-36 - Personnes âgées - Qualité de vie liée à la santé -
Réanimation

MEMBRES DU JURY

Pr R. ABOUQAL

Professeur de Réanimation Médicale

Pr K. ABIDI

Professeur de Réanimation Médicale

Pr M. ALILOU

Professeur d'anesthésie Réanimation

Pr T. DENDANE

Professeur de Réanimation Médicale

Pr C. HAIMEUR

Professeur de Réanimation Médicale

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

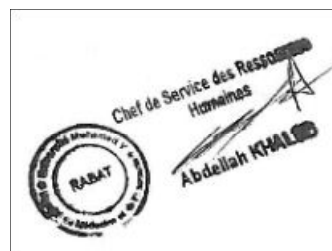
MEMBRE ASSOCIE



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUY Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACHAîcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDAYahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAHYahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**



Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la FMPA**
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie

Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQAL Redouane
 Pr. AMRAOUI Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. CHAARI Jilali*
 Pr. DIMOU M'barek*
 Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALIHOUSSYNI Leila
 Pr. HDA Abdelhamid*
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
 Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. ELALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. MAHFOUDI M'barek*
 Pr. OUADGHIRI Mohamed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
 Chirurgie Générale- **DirecteurCHIS**
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie



Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Cardiologie -**DirecteurHMI Med V**
 Urologie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Radiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMARALI

Doyen de la FMP Abulcassis

Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie –

Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie



Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOUYoussef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia

Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie

Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim*
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARIMina
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISSMohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

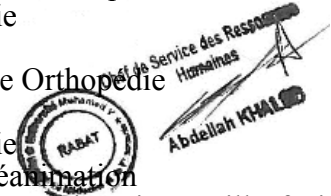
Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADASMalik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHIZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSIBadreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZURJamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*

Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale



Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale

Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtiham
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saïda*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie



Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie vasculaire périphérique
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie



Ophtalmologie

Décembre 2008

PrZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUAITY Brahim*

MARS 2014

Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUIDA Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie
Chimie
Dermatologie
ORL

Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique



Directeur Hôpital My Ismail

Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 ACHIR ABDELLAH
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Chirurgie Thoracique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 O.
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida

AOUT 2015

Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie

Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie



Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

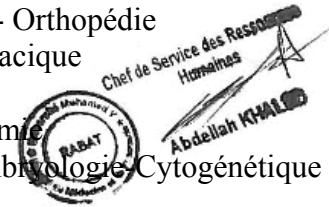
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

****Enseignants Militaires***

MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique



****Enseignants Militaires***

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie

SBAI IDRISSE KARIM

Médecine préventive, santé publique et Hyg.

**Enseignants Militaires*

AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L



2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naïma
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZIMoulay El Abbas
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

- à la mémoire de mes grands-pères et ma grand-mère maternelle
- à ma grand-mère paternelle
- à mes chers parents
- à ma sœur Kawtar
- à mes oncles, mes tantes, à leurs époux et épouses
- à mes cousins, mes cousines, leurs conjoints et leurs enfants
- à tous les autres membres de ma famille
- à tous mes ami(e)s

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont vers mes Maîtres :

- Le **Professeur Redouane Abouqal**, Président

Chef de Service des UMH à l'hôpital Ibn Sina de Rabat

Vous me faites l'honneur et le plaisir de présider le jury de thèse et je vous en remercie chaleureusement.

- Le **Professeur Khalid Abidi**, Directeur

Professeur de Réanimation Médicale à l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

J'ai l'honneur et le plaisir de vous faire part de toute ma reconnaissance. J'espère être à la hauteur de votre confiance.

- Le **Professeur Tarek Dendane**, Juge

Professeur de Réanimation Médicale à l'hôpital Ibn Sina de Rabat

Je profite de votre participation au jury de thèse pour vous exprimer ma respectueuse considération.

- Le **Professeur Mustapha Alilou**, Juge

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Je vous remercie vivement pour votre présence au jury de thèse dont l'apport sera très enrichissant.

- Le **Professeur Charqui Haimeur**, Membre associé

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Mes remerciements les plus sincères d'avoir accepté de siéger dans le jury de thèse.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I. Type de l'étude	4
II. Patients	4
1. Critères d'inclusion	4
2. Critères d'exclusion	4
III. Recueil des données des patients	4
1. Les paramètres socio-démographiques	5
2. L'état de santé antérieur	5
3. Les scores de gravité	5
4. Le diagnostic principal à l'admission	5
5. Les paramètres thérapeutiques	5
6. L'évolution	6
IV. Outil d'évaluation de la QVLS	6
V. Statistique	9
RESULTATS	12
I. Caractéristiques de base	12
II. Principaux diagnostics à l'admission	13
III. Evolution	13
IV. La QVLS des patients	16
1. Fiabilité et validité de l'échelle MOS SF-36	16
2. QVLS des 118 patients 1 mois avant l'admission en réanimation	19
3. QVLS des groupes des survivants et des décédés 1 mois avant l'admission en réanimation	22
4. Evolution de la QVLS du groupe des survivants	23
5. Facteurs prédictifs des scores résumés du MOS SF-36 à 3 mois	28
a. Facteurs prédictifs du SRP	28
b. Facteurs prédictifs du SRM	30
6. Facteurs prédictifs des variations des scores résumés du MOS SF-36 .	32
a. Facteurs prédictifs des variations du SRP	32
b. Facteurs prédictifs de variations du SRM	33
V. Facteurs pronostiques liés à la mortalité à trois mois	35
DISCUSSION	38
I. Réponses aux objectifs de notre étude	38
II. Définition des personnes âgées	39

III. Mortalité des personnes âgées hospitalisées en réanimation	40
IV. La qualité de vie liée à la santé	42
1. Définition	42
2. Instruments de mesure	44
3. Méthode de collecte des données de la QVLS	46
4. Quand la QVLS doit-elle être évaluée en réanimation ?	47
5. QVLS des personnes âgées après un séjour en réanimation	50
a. Les études démontrant une amélioration de la QVLS	51
b. Les études démontrant une QVLS altérée	54
c. Limites des comparaisons des études sur la QVLS chez les personnes âgées	55
d. Ecart entre les déficiences physiques et mentales chez les personnes âgées	57
e. Facteurs influençant les variations de la QVLS	59
6. Perception du séjour en réanimation par les personnes âgées	63
V. Limites de notre étude	64
CONCLUSION	66
ANNEXES	
Annexe 1 : Classification de Knaus – Echelle de Mac Cabe	67
Annexe 2 : Version arabe du MOS SF-36	68
Annexe 3 : Les huit dimensions du MOS SF-36	75
Annexe 4 : Modèle conceptuel du MOS SF-36	76
Annexe 5 :	77
I. Items des dimensions du MOS SF-38 en Français	77
II. Choix de réponses aux questions du MOS SF-36	78
REFERENCES	79
RESUME	88
ABSTRACT	89
الخلاصة	90

LISTE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Flow chart des patients

Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge (N = 118)

Figure 3 : Corrélation entre les âges et les Scores résumés physiques du MOS SF-36 des patients (N = 118)

Figure 4 : Corrélation entre les âges et les Scores résumés mentaux du MOS SF-36 des patients (N = 118)

Figure 5 : Evolution des dimensions du MOS SF-36 après le séjour en réanimation

Figure 6 : Représentation graphique des dimensions du MOS SF-36 1 mois avant l'admission et 3 après la sortie de la réanimation

Figure 7 : Proportions de variation des dimensions du MOS SF-36

Figure 8 : Evolution des scores résumés du MOS SF-36 après le séjour en réanimation

Figure 9 : Proportions de variation des scores résumés du MOS SF-36 après le séjour en réanimation

Figure 10 : Instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé

Figure 11 : Résumé schématique des résultats de la QVLS des patients âgés ayant séjourné en réanimation

Figure 12 : Principaux facteurs influençant la QVLS des personnes âgées après un séjour en réanimation

TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des patients (N = 118)

Tableau II : Diagnostics à l'admission en réanimation (N = 118)

Tableau III : Traitement et évolution des patients (N = 118)

Tableau IV : Coefficients de corrélation inter-dimensions (Huit dimensions du MOS SF-36)

Tableau V : Corrélations entre les huit dimensions du MOS F-36 et les scores résumés après rotation

Tableau VI : QVLS 1 mois avant l'admission en réanimation (N = 118)

Tableau VII: QVLS des groupes des survivants et des décédés 1 mois avant l'admission

Tableau VIII: QVLS du groupe des survivants 1 mois avant l'admission et 3 mois après la sortie de la réanimation (n = 53)

Tableau IX: Proportions de variation des dimensions du MOS SF-36 trois mois après le séjour en réanimation (n = 53)

Tableau X: Facteurs corrélés au SRP du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Tableau XI: Facteurs corrélés au SRP du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Tableau XII: Facteurs corrélés au SRM du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Tableau XIII: Facteurs corrélés au SRM du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Tableau XIV: Facteurs corrélés aux variations du SRP du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Tableau XV: Facteurs corrélés aux variations du SRP du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Tableau XVI: Facteurs corrélés aux variations du SRM du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Tableau XVII: Facteurs corrélés aux variations du SRM du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Tableau XVIII: Comparaison des groupes des survivants et des décédés en analyse univariée

Tableau XIX: Comparaison de la QVLS des groupes des survivants et des décédés 1 mois avant l'admission en analyse univariée

Tableau XX: Facteurs prédictifs de décès à 3 mois en analyse multivariée

INTRODUCTION

Le développement de la réanimation avec ses nouvelles technologies et ses produits pharmaceutiques sophistiqués a permis que beaucoup de vies soient sauvées [1,2]. Mais en réalité, le réanimateur ne peut sauver tout le monde et un certain nombre de patients survivent dans des états qu'ils n'auraient peut être pas souhaités vivre et qu'ils jugent indésirables [1,3]. Ainsi, il est généralement reconnu que la survie seule n'est pas le seul résultat important après un séjour en réanimation.

C'est pour cela qu'après s'être longtemps focalisés sur l'estimation de la probabilité de décès en réanimation à l'aide de scores de gravité de la maladie, les réanimateurs ont commencé à s'intéresser aux survivants et leur devenir après leur séjour en réanimation dès le début des années 90 [1,4,5]. En effet, les divers facteurs de stress subis par les patients en réanimation ainsi que la gravité de la maladie sont susceptibles d'avoir des conséquences à moyen et long terme avec risque de survenue de syndrome de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression ou de détérioration de la qualité de vie avec altérations fonctionnelles, sociales et mentales [6-11]. A ce titre, la qualité de vie et plus précisément la qualité de vie liée à la santé (QVLS) s'est vue considérer comme un résultat significatif à prendre en considération après une hospitalisation en réanimation [12,13].

Le bénéfice de la réanimation pour les personnes âgées, définies selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme toute personne de 65 ans ou plus, est actuellement débattu [14,15]. La population âgée représente 13 à 51% des admissions en réanimation [2]. Cette proportion qui a pratiquement doublé au

début du 21ème siècle comparativement à la fin des années 1990 sera à l'avenir de plus en plus importante eu égard à l'évolution de la démographie actuelle aussi bien au Maroc que dans la majorité des pays du monde [16-21].

Il n'existe pas d'accord unanime sur l'objectif le plus acceptable de parvenir à des soins intensifs optimaux pour les patients âgés [22]. Est-ce la sortie de la réanimation, la sortie de l'hôpital, la capacité de mener des activités quotidiennes ou la QVLS [22] ?

La survie en réanimation n'est peut-être pas le résultat le plus approprié pour les interventions en réanimation chez les personnes âgées, mais plutôt le rétablissement du statut fonctionnel du patient et sa capacité à retourner dans la communauté [10, 23]. Il est admis que les personnes âgées hospitalisées en réanimation sont plus sensibles à la qualité de leur survie d'autant plus que leur capacité à exécuter des activités quotidiennes se réduit avec l'âge avancé [24].

L'évaluation de la QVLS chez les patients âgés après un séjour en réanimation implique divers facteurs tels que l'environnement, les conséquences psychologiques et physiologiques du traitement et des considérations éthiques [25]. Par conséquent, l'identification des facteurs qui affectent la QVLS est cruciale pour guider les professionnels de la santé et les décideurs vers des stratégies d'intervention adaptées pour l'amélioration de ce concept et de l'assistance aux patients âgés en situations critiques ainsi que pour l'utilisation la plus efficace des soins en réanimation [26-28].

Les données concernant l'impact d'une hospitalisation en réanimation chez les plus de 65 ans sont rares au regard de l'importance croissante de cette population. En effet, la littérature fournit des renseignements sur la QVLS avant

ou après la réanimation, mais rares sont les études s'intéressant à la variation de la QVLS imputable à l'hospitalisation en réanimation chez les personnes âgées [29-32].

Au Maroc, très peu d'études ont été réalisées sur la QVLS après un séjour en réanimation tout âge confondu [33,34] mais l'impact de l'hospitalisation en réanimation des personnes âgées n'est pas du tout connu en termes de qualité de vie. Nous avons donc entrepris de réaliser cette étude dans le but de mieux connaître les variations induites sur la QVLS des patients âgés hospitalisés en réanimation médicale [35]. Nous avons ainsi tenté de savoir si la réanimation avait une incidence à court terme sur la QVLS des patients âgés après leur sortie.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était de mesurer chez les patients âgés les variations de leur QVLS évaluée un mois avant leur admission en réanimation et trois mois de leur sortie de la réanimation.

D'autre part, les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs liés aux patients et aux soins associés à ces variations de la QVLS, de décrire la mortalité à trois mois et de mettre en évidence les facteurs associés à cette mortalité.

MATERIEL ET METHODES

I. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective monocentrique menée au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Ibn Sina du CHU Ibn Sina de Rabat entre août 2012 et mars 2013.

II. Patients

1. Critères d'inclusion

Tous les patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés plus de 48 h au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat ont été inclus consécutivement dans l'étude.

2. Critères d'exclusion

Les patients exclus ont été ceux :

- âgés de moins de 65 ans,
- exprimant directement ou à travers leurs proches une opposition à la participation à l'étude,
- ayant séjourné moins de 48h,
- présentant des troubles cognitifs, des maladies psychotiques ou des maladies au stade terminal (cancer, maladie cardiaque ou pulmonaire...),
- admis après un arrêt cardiaque ou ayant survécu à un arrêt cardiaque survenu en cours d'hospitalisation en réanimation.

III. Recueil des données des patients

Les données ont été recueillies sur une fiche d'exploitation qui a comporté plusieurs variables socio-démographiques, l'état de santé antérieur, la gravité de

la maladie à l'admission ainsi que des données cliniques, thérapeutiques et évolutives.

1. Les paramètres socio-démographiques

Nous avons rapporté : l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'instruction (sans études, études primaires, études secondaires ou études universitaires), le lieu de résidence (urbain ou rural) et sa distance à l'hôpital, le revenu financier et le niveau d'isolement social (vivant accompagné ou vivant seul).

2. L'état de santé antérieur

Nous avons utilisé la classification de Knaus et l'échelle de Mac Cabe pour apprécier l'état de santé des patients préexistant à l'épisode ayant conduit en réanimation (Annexe 1).

3. Les scores de gravité

La sévérité de la maladie a été évaluée durant les premières 24 heures de l'entrée en réanimation grâce au SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II) et l'état neurologique grâce au Glasgow Coma Scale.

4. Le diagnostic principal à l'admission

Les diagnostics retenus à l'admission ont été regroupés en détresse respiratoire aiguë, défaillance neurologique, défaillance métabolique, défaillance cardiaque, sepsis sévère et autres.

5. Les paramètres thérapeutiques

Ont été notés : le recours à la ventilation mécanique et sa durée ainsi que le recours aux catécholamines et à l'épuration extrarénale.

6. L'évolution

Elle a été évaluée par la survie (en réanimation, à l'hôpital et à trois mois) et la durée de séjour en réanimation. La décision de limitation thérapeutique au cours du séjour a été relevée.

IV. Outil d'évaluation de la QVLS

Nous avons mesuré la QVLS par la version arabe et validée du score « Medical Outcome Study Short Form-36 items» (MOS SF-36) (Annexe 2) [34]. Le MOS SF-36 est un instrument de mesure de l'état de santé générique largement utilisé qui comprend 36 questions réparties en huit domaines [36]. Cet outil a été validé dans les milieux de soins primaires et dans la population générale mais il a été utilisé également pour évaluer la QVLS des patients gravement malades [37,38].

Ce questionnaire généraliste contient 36 items et permet d'évaluer huit dimensions de la QVLS : le « Activité physique » (Physical functioning), les « Limitations physiques » (Role physical), les « Douleurs physiques » (Bodily pain), la « Santé générale » (General health), la « Vitalité » (Vitality), le « Fonctionnement social » (Social functioning), les « Limitations émotionnelles » (Role emotional) et la « Santé mentale » (Mental health) (Annexes 3 et 4). Les items de ce questionnaire sont construits sur une échelle de Likert de 3 à 6 modalités de réponses selon les items (Annexe 5). Les réponses ont été transformées sur la base des recommandations antérieures produites par le concepteur du questionnaire et les scores ont été calculés pour chacun des huit domaines [36].

Les scores des dimensions sont calculés en additionnant les réponses aux items de la dimension puis en les transformant. Chaque score est ainsi standardisé sur

une échelle de 0 à 100 tel que 100 représente un bon niveau de santé perçue ainsi qu'un meilleur fonctionnement et 0 un bas niveau fonctionnel.

Ainsi, pour l'« Activité physique », les scores faibles sont typiques de quelqu'un qui connaît beaucoup de réductions dans les activités physiques, telles la marche ou la montée d'escalier, tandis que les scores élevés représentent une personne capable d'effectuer ces types d'activités sans limitations. Les scores faibles des « Limitations physiques » représentent une personne qui connaît de nombreuses gênes dans les activités quotidiennes telles le bain ou l'habillement, et des scores élevés caractérisent quelqu'un qui n'a aucune difficulté avec ces activités. Les scores faibles pour les « Douleurs physiques » sont typiques d'une personne qui a des douleurs très sévères et extrêmement limitantes, et les scores élevés représentent des individus qui n'ont pas de douleurs corporelles ou de limitations liées à la douleur. Les scores faibles de la « Santé générale » représentent une personne qui perçoit sa santé comme mauvaise et susceptible de s'aggraver, et les scores élevés représentent une personne qui considère que sa santé est excellente.

Pour la « Vitalité », les scores faibles sont typiques de quelqu'un qui se sent fatigué et usé tout le temps, alors que les scores élevés caractérisent ceux qui se sentent pleins d'énergie. Les scores faibles du « Fonctionnement social » caractérisent une personne qui éprouve beaucoup de difficultés dans des activités sociales normales en raison de problèmes de santé physique et émotionnelle, et les scores élevés représentent une personne capable d'effectuer des activités sociales normales sans interférence physique ou émotionnelle. Les scores faibles des « Limitations émotionnelles » représentent une personne qui éprouve de nombreux problèmes avec les activités quotidiennes en raison d'une

mauvaise santé émotionnelle, et les scores élevés représentent ceux qui n'ont aucun problème émotionnel avec ces activités. Sur l'échelle de la « Santé mentale », les scores faibles représentent des niveaux élevés de nervosité et de dépression, tandis que des scores élevés caractérisent quelqu'un qui se sent paisible, heureux et calme [39,40].

Afin de refléter un niveau global de QVLS de ce questionnaire multidimensionnel qui ne fournit pas de score total, les scores des huit dimensions peuvent être agrégés pour créer des mesures résumées. Ainsi, deux scores résumés sont proposés et correspondent à la moyenne obtenue pour un sous-ensemble de 4 dimensions chacun : le « Score Résumé Physique » (SRP) et le « Score Résumé Mental » (SRM). Le SRP résume les dimensions : « Activité physique », « Limitations physiques », « Douleurs physiques » et « Santé générale ». Le SRM résume quant à lui les 4 autres dimensions : « Vitalité », « Fonctionnement social », « Limitations émotionnelles » et « Santé mentale » [36].

Pour une auto-évaluation de la QVLS, les patients devaient présenter des capacités physiques, cognitives et linguistiques suffisantes. Quand le questionnaire ne pouvait être renseigné par le patient, nous avons opté pour une hétéro-évaluation de la QVLS. Par conséquent, le questionnaire a été soit énoncé au patient par une tierce personne, le médecin investigateur en charge de l'étude, soit renseigné par un proche du patient le plus proche en cas de capacités physiques et mentales trop limitées. Cette approche a été décrite et utilisée précédemment en réanimation quand les patients n'étaient pas en mesure de renseigner le questionnaire [41,42].

Dans les 48 heures suivant l'admission, nous avons procédé au recueil rétrospectif de la QVLS telle qu'elle était perçue un mois avant l'admission en réanimation (valeur de référence). L'évaluation de la QVLS a ensuite été effectuée prospectivement chez les survivants trois mois après la sortie de la réanimation par un entretien téléphonique réalisé par le même médecin investigateur. Le questionnaire a été complété auprès du patient ou, à défaut, auprès d'un membre de sa famille connu le plus proche.

V. Statistique

La vérification de la distribution normale des différentes variables a fait appel au test de Shapiro-Wilk. La validité (convergence, divergence et validité structurelle) des dimensions et des deux scores sommaires du MOS SF-36 a été évaluée. L'indice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et le test de sphéricité de Bartlett ont été effectués pour vérifier l'adéquation de l'échantillonnage et l'adaptation du modèle de facteurs. Un test de fiabilité semi-split et le coefficient α de Cronbach ont été utilisés pour mesurer la stabilité interne et la fiabilité des scores résumés du MOS SF-36. La fiabilité interne a été jugée adéquate si $\alpha \geq 0,70$.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs, pourcentages et intervalles de confiance à 95%. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes $\pm$ écarts-types, médianes et étendues interquartiles. Concernant les scores QVLS, ils sont généralement rapportés de manière hétérogène (scores absolus, scores z, résultats semi-quantitatifs). Cependant, certains auteurs recommandent la standardisation des méthodes d'expression de la QVLS, en particulier en score moyen $\pm$ écart type, afin de permettre des comparaisons et une synthèse des résultats améliorées [43].

Le critère principal de jugement a été la variation de la QVLS entre le mois précédant l'entrée en réanimation et trois mois après la sortie. Le critère de jugement secondaire a été la mortalité à trois mois de la sortie de la réanimation.

Les facteurs prédictifs du SRP et du SRM obtenus à trois mois de la sortie de la réanimation ainsi que les facteurs influençant les variations de ces scores entre les deux périodes de mesure (un mois avant et trois mois après la réanimation) ont été évalués chez les survivants. D'autre part, les facteurs associés à la mortalité à trois mois après la sortie de la réanimation ont été déterminés après comparaison des survivants et des décédés.

Les comparaisons des proportions ont été faites à l'aide du test du Chi^2 ou du test exact de Fisher selon les conditions d'application. Pour la comparaison des variables quantitatives, nous avons utilisé le test de Student et le test de Mann-Whitney. L'analyse de l'évolution de la QVLS entre les deux temps de mesure, un mois avant et trois mois après la réanimation, a été réalisée à l'aide du test de Wilcoxon pour échantillons appariés.

Pour la détermination des facteurs prédictifs du SRP et SRP observé à trois mois et de leurs variations, des régressions linéaires simple puis multiple ont été réalisées. Les variables explicatives pour lesquelles le degré de signification p a été inférieur à 0,2 en régression linéaire simple, ont été retenues pour la régression linéaire multiple. De même, pour la détermination des facteurs prédictifs de mortalité, les variables dépendantes pour lesquelles le degré de signification p a été inférieur à 0,2 en analyse univariée ont été retenues pour la régression logistique multiple.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ; SPSS Inc. ; version 18). Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

I. Caractéristiques de base

Durant la période d'étude, 137 personnes âgées ont été hospitalisées en Réanimation Médicale dont 118 patients (66 hommes : 55,9% et 52 femmes : 44,1%) ont été inclus dans le présent travail (Figure 1). L'âge moyen a été de 72 ± 6 ans [Extrêmes : 65 - 95 ans]. Soixante quinze patients (63,6%) ont été âgés de 65 à 74 ans, 40 (33,9%) patients de 75 ans à 84 ans et 3 (2,5%) de 85 ans et plus (Figure 2). Plus de la moitié des patients (61% ; $n = 72$) a eu une limitation de l'activité physique importante à majeure selon la classification de Knaus. Les principaux antécédents médicaux ont été le diabète dans 33,9% des cas ($n = 40$), l'hypertension artérielle dans 30,5% des cas ($n = 36$) et l'insuffisance respiratoire chronique dans 29,7% des cas ($n = 35$). Le SAPS II moyen a été de $38,6 \pm 10$ [Extrêmes : 18 - 65]. Les caractéristiques des malades inclus sont reportées dans le Tableau I.

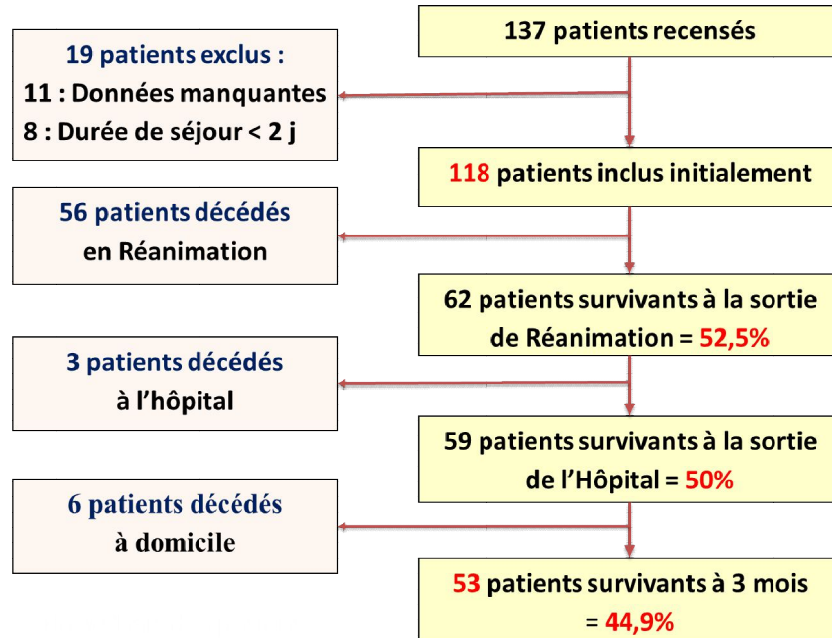


Figure 1 : Flow chart de l'étude

II. Principaux diagnostics à l'admission

Les principaux motifs d'hospitalisation ont été : une détresse respiratoire aiguë dans 44,9% des cas (n = 53), une défaillance neurologique dans 17% des cas (n = 20), un trouble métabolique dans 16,1% des cas (n = 19) et un sepsis sévère dans 12,7% des cas (n = 15) (Tableau II).

III. Evolution

La durée du séjour en réanimation a été en moyenne de $7 \pm 6,7$ jours (extrêmes : 2 - 40 j ; médiane 5 j, Quartiles : 3 – 8 j). Le recours à la ventilation mécanique durant l'hospitalisation a été nécessaire chez 56 patients (47,5 % des cas) et le recours aux catécholamines chez 64 patients (54,2 % des cas). La mortalité en réanimation a été de 47,5 % [n = 56 ; IC95% : 38,5 – 56,5 %] et la mortalité hospitalière de 50% [n = 59 ; IC95% : 41 – 59 %]. Onze décès sont survenus suite à une limitation et arrêt des thérapeutiques actives. A trois mois d'évolution après la sortie de la réanimation, 6 patients sont décédés soit une mortalité à trois mois de 55,1% [n = 65 ; IC95% : 46,1- 64,1%] (Tableau III).

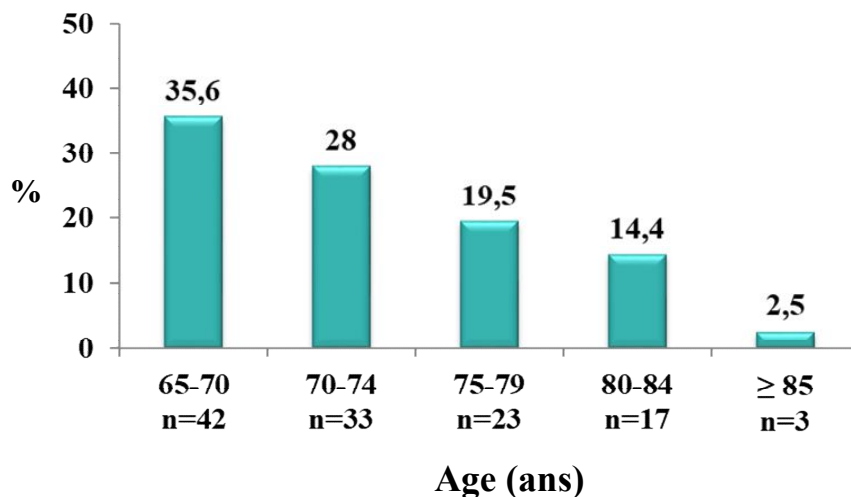


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge (N = 118)

Tableau I : Caractéristiques des patients (N = 118)

Variables		Moyenne $\pm$ Ecart- type ou effectif	Médiane [Quartiles]	Extrêmes ou %
Age (ans)		72 $\pm$ 6	70 [67-76]	65 - 95
Sexe H/F		66/52		55,9/44,1
Statut marital :	• Marié	68		57,6
	• Veuf (ve)	45		38,1
	• Célibataire	3		2,6
	• Divorcé	2		1,7
Niveau d'instruction	• Aucun	92		78
	• Primaire	13		11
	• Secondaire	8		6,8
	• Supérieur	5		4,2
Lieu de résidence	• Urbain	86		72,9
	• Rural	32		27,1
Distance lieu de Résidence-Hôpital (km)		46,5 $\pm$ 74	20 [0 - 40]	5 - 550
Sans profession		114		96,6
Revenu financier (MDA)		2002 $\pm$ 2651	1000 [0 - 3000]	0 - 12000
Statut social	• Vit accompagné	113		95,8
	• Vit seul	5		4,2
Classification de Knaus	• A	17		14,4
	• B	29		24,6
	• C	66		55,9
	• D	6		5,1
Echelle de Mac Cabe	• 1	44		37,3
	• 2	57		48,3
	• 3	17		14,4
Antécédents :				
• Diabète		40		33,9
• Hypertension artérielle		36		30,5
• Insuffisance respiratoire chronique		35		29,7
• Dépression		11		9,3
• Cardiopathie		9		7,6
• Hépatopathie chronique		8		6,8
• Insuffisance rénale chronique		6		5,1
• Néoplasie		7		5,9
• Corticothérapie au long cours		4		3,4
• Maladie d'Alzheimer		2		1,7
• Accident vasculaire ischémique		2		1,7
• Hypothyroïdie		2		1,7
• Maladies générales		3		2,5
Simplified Acute Physiological Score II		38,6 $\pm$ 10	38 [31 - 45,5]	18 - 65
Glasgow coma scale		12,9 $\pm$ 2,5	14 [11 - 15]	5 - 15

Tableau II : Diagnostics à l'admission en réanimation (N = 118)

Diagnostic	N	%
Détresse respiratoire aiguë :	53	44,9
• Pneumonie	34	28,8
• Exacerbation de BPCO	13	11
• Embolie pulmonaire	4	
• Pyothorax	1	
• Pneumothorax	1	
Défaillance neurologique :	20	17
• Méningo-encéphalite :	9	7,6
• Thrombophlébite cérébrale	3	
• Accident vasculaire ischémique	4	
• Accident vasculaire hémorragique	2	
• Etat de mal épileptique	2	
Défaillance métabolique :	19	16,1
• Encéphalopathie hépatique	7	5,9
• Acidocétose diabétique	3	
• Syndrome hyperosmolaire hyperglycémique	3	
• Hyponatrémie profonde	3	
• Hypernatrémie	1	
• Hypoglycémie	1	
• Coma myxoedémateux	1	
Défaillance cardiaque :	4	3,4
• Œdème aigu du poumon	3	
• Choc cardiogénique	1	
Sepsis sévère :	15	12,7
• Pyélonéphrite aiguë	10	8,5
• Bactériémie	1	
• Infection digestive	1	
• Accès palustre	1	
• Pancytopénie fébrile	1	
• Dermohypodermite aiguë non nécrosante	1	
Autres :	7	5,9
• Syndrome de Lyell	1	
• Eruption fébrile	1	
• Purpura thrombopénique thrombotique	1	
• Syndrome d'activation macrophagique	1	
• Morsure de vipère	2	
• Inconnu	1	

Tableau III : Traitement et évolution des patients (N = 118)

Variables	Moyenne ± Ecart-type ou effectif	Médiane [Quartiles]	Extrêmes ou %
Ventilation mécanique	56		47,5
Durée de la ventilation mécanique (j)	7 ± 6,2	5 [3 - 9,8]	1-26
Catécholamines	64		54,2
Epuration extrarénale	6		5,1
Durée de séjour (j)	7 ± 6,7	5 [3 - 8]	2 - 40
Mortalité en réanimation	56		47,5
Mortalité hospitalière	59		50
Mortalité à 3 mois	65		55,1

IV. La QVLS des patients

1. Fiabilité et validité de l'échelle MOS SF-36

L'échelle de fiabilité globale pour les huit dimensions utilisant l'alpha de Cronbach était de 0,911 et le coefficient alpha standardisé de 0,925. Cette valeur qui dépasse la norme minimale de 0,70 requise montre à quel point chacune des dimensions constitue une mesure équivalente du même concept à savoir la QVLS. Le coefficient de fiabilité pour les huit dimensions a révélé qu'aucun des éléments retirés n'améliorerait grandement leur cohérence interne et leur fiabilité.

Les coefficients de corrélation entre les huit dimensions du MOS SF-36 sont présentés dans le Tableau IV. La matrice de corrélation a montré que les huit dimensions sont linéairement corrélées. Seule la dimension « Douleurs physiques » a eu une faible corrélation avec les dimensions « Limitations

physiques » ($R = 0,218$) et « Santé générale » ($R = 0,237$) tout en maintenant une association modérée avec les autres dimensions.

La méthode Split-half, qui est une technique constituant à évaluer jusqu'à quel point les deux sous ensembles de dimensions (Split A : dimensions du SRP et Split B : dimensions du SRM) constituent deux mesures fidèles du même concept, a révélé une valeur de l'alpha de Cronbach respectivement de 0,78 et 0,86 confirmant ainsi la stabilité relative du MOS SF-36.

Tableau IV : Coefficients de corrélation inter-dimensions (8 dimensions du MOS SF-36)

Dimensions	Activité physique	Limitations physiques	Douleurs physiques	Santé générale	Vitalité	Fonctionnement social	Limitations émotionnelles
Activité physique	1						
Limitations physiques	,678 [*]	1					
Douleurs physiques	,355 [*]	,218 [§]	1				
Santé générale	,658 [*]	,526 [*]	,237 [□]	1			
Vitalité	,782 [*]	,616 [*]	,429 [*]	,721 [*]	1		
Fonctionnement social	,778 [*]	,656 [*]	,487 [*]	,667 [*]	,792 [*]	1	
Limitations émotionnelles	,729 [*]	,745 [*]	,352 [*]	,606 [*]	,690 [*]	,736 [*]	1
Santé mentale	,583 [*]	,384 [*]	,446 [*]	,582 [*]	,621 [*]	,675 [*]	,611 [*]

^{*} $p < 0,0001$ [□] $p = 0,002$ [§] $p = 0,001$; $R \geq 0,70$: corrélation forte ; $0,30 < R < 0,70$: corrélation modérée ; $R \leq 0,30$: corrélation faible

La validité divergente a été testée en examinant les items de chaque dimension dans la matrice. Les résultats ont montré que la corrélation entre chaque item et sa dimension hypothétique était supérieure à la corrélation entre cet item et les sept autres dimensions, confirmant la validité discriminante de l'échelle.

La validité structurelle a été évaluée en utilisant l'analyse factorielle pour les huit échelles en testant si les données observées recueillies au cours de l'étude étaient en corrélation avec la structure hypothétique des deux scores résumés (SRP et SRM). L'analyse soutient la solution à deux facteurs qui permettent d'expliquer 67,4 % de la variance totale. Le Tableau V montre la corrélation entre les huit échelles et les deux scores résumés. Les corrélations ont confirmé l'association hypothétique entre les huit dimensions avec les scores résumés SRP et SRM obtenus à partir des première et deuxième composantes. Les dimensions « Activité physique » et « Limitations physiques » avaient une meilleure corrélation avec SRM qu'avec SRP. Les dimensions « Vitalité », « Fonctionnement social » et « Santé mentale » avaient quant à eux une meilleure corrélation avec SRM qu'avec SRP. La dimension « Douleurs physiques » avait une faible association avec SRP. La dimension « Santé générale » avait une corrélation modérée avec les deux scores résumés.

Tableau V : Corrélations entre les huit dimensions du MOS SF-36 et les scores résumés après rotation

Dimensions	Score Résumé Physique	Score Résumé Mental
Activité physique	0,673	0,546
Limitations physiques	0,893	0,167
Douleurs physiques	0,125	0,524
Santé générale	0,522	0,532
Vitalité	0,580	0,662
Fonctionnement social	0,583	0,700
Limitations émotionnelles	0,710	0,476
Santé mentale	0,298	0,739

* p < 0,0001

Les résultats ont en outre montré que la mesure de précision de l'échantillonnage Kaiser Meyer-Olkin (KMO) a été de 0,903 (indiquant l'existence d'une solution factorielle statistiquement acceptable qui représente des relations excellentes entre les variables) avec un test de sphéricité de Bartlett ($\chi^2 = 993,6$; ddl = 28) à $p < 0,0001$ (rejetant l'hypothèse selon laquelle toutes les corrélations seraient égales à zéro) répondant aux exigences sous-jacentes à l'analyse factorielle et permettant ainsi de poursuivre l'analyse.

2. QVLS des 118 patients un mois avant l'admission en réanimation

Concernant les dimensions physiques du MOS SF-36 de la période antérieure à l'hospitalisation, le score d'« Activité physique » des 118 patients inclus a été en moyenne de $43,4 \pm 27$, celui des « Limitations physiques » de $23,3 \pm 35,5$, celui évaluant les « Douleurs physiques » de $73,1 \pm 25,9$ et le score « Santé générale » de $29,8 \pm 23$ (Tableau V). Pour les dimensions psychiques, le score de la « Vitalité » a été en moyenne de $28,5 \pm 20,2$, celui du « Fonctionnement social » de $47,9 \pm 25,9$, celui des « Limitations émotionnelles » de $35,3 \pm 41$ et celui de la « Santé mentale » de $56,3 \pm 16,6$ (Tableau VI).

Les scores résumés physique et mental moyens ont été respectivement de $35,4 \pm 9$ et $37,6 \pm 9,9$ (Tableau VI).

Tableau VI : QVLS 1 mois avant l'admission en réanimation (N = 118)

Dimension	m ± ET	Médiane	Quartiles	Extrêmes
Activité physique	43,4 ± 27	40	20 - 65	0 - 95
Limitations physiques	23,3 ± 35,5	0	0 - 50	0 - 100
Douleurs physiques	73,1 ± 25,9	74	52 - 100	0 - 100
Santé générale	29,8 ± 23	25	10 - 45	0 - 100
Vitalité	28,5 ± 20,2	25	12,3 - 40	0 - 85
Fonctionnement social	47,9 ± 25,9	50	25 - 65,6	0 - 100
Limitations émotionnelles	35,3 ± 41	16,5	0 - 66,7	0 - 100
Santé mentale	56,3 ± 16,6	56	44 - 72	4 - 88
Score Résumé Physique	35,4 ± 9	34,5	28,6 - 41,3	18,5 - 58,7
Score Résumé Mental	37,6 ± 9,9	36,3	29,3 - 46,2	19 - 63,1

QVLS : qualité de vie liée à la santé ; m ± ET : écart-type

Nous avons remarqué une diminution régulière des scores du MOS SF-36 avec l'âge. En effet, toutes les dimensions du MOS SF-36 sont corrélées significativement et de manière négative avec l'âge des patients : « Activité physique » ($\beta = -1,6$; $p < 0,0001$), « Limitations physiques » ($\beta = -1,6$; $p < 0,004$), « Douleurs physiques » ($\beta = -1,1$; $p < 0,006$), « Santé générale » ($\beta = -1,1$; $p < 0,003$), « Vitalité » ($\beta = -1$; $p < 0,001$), « Fonctionnement social » ($\beta = -1,1$; $p < 0,007$), « Limitations émotionnelles » ($\beta = -1,8$; $p < 0,005$) et « Santé mentale » ($\beta = -0,6$; $p < 0,012$). Il en a été de même pour les scores résumés physique et mental (respectivement : $\beta = -0,4$; $p < 0,0001$ et $\beta = -0,2$; $p = 0,016$) (Figures 3 et 4).

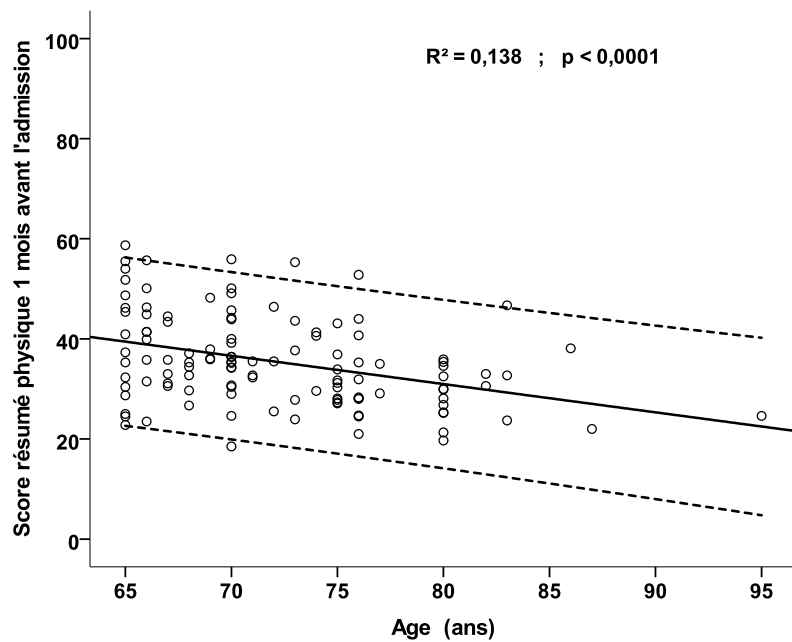


Figure 3 : Corrélation entre les âges et les Scores résumés physiques du MOS SF-36 des patients (N = 118) --- : Intervalle de Confiance à 95%

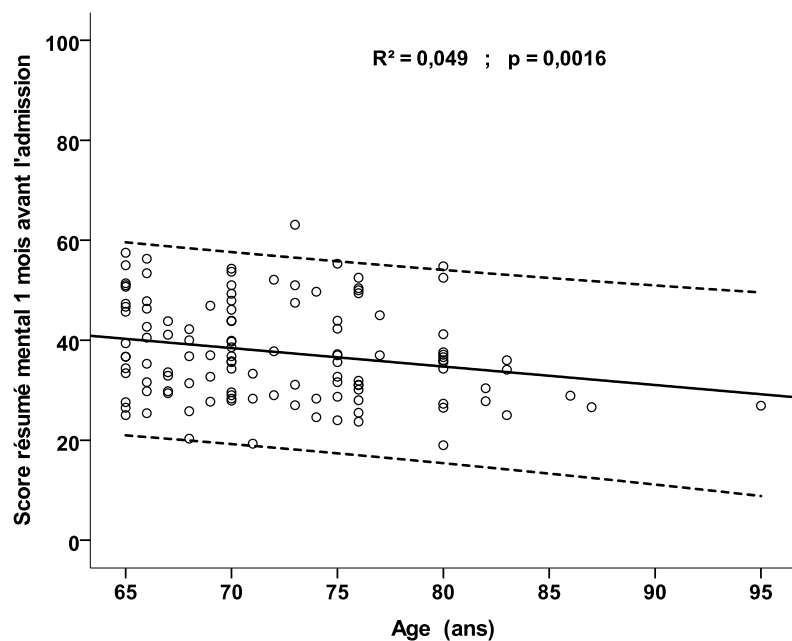


Figure 4 : Corrélation entre les âges et les Scores résumés mentaux du MOS SF-36 des patients (N = 118) --- : Intervalle de Confiance à 95%

3. QVLS des groupes des survivants et des décédés 1 mois avant l'admission en réanimation

La comparaison des dimensions du MOS SF-36 et de leurs scores résumés est représentée dans le Tableau VII. Trois dimensions et un score résumé sont significativement plus bas chez les décédés : « Santé générale » ($p = 0,022$), « Fonctionnement social » ($p = 0,027$), « Limitations émotionnelles » ($p = 0,035$) et SRM ($p = 0,030$).

Tableau VII : QVLS des groupes des survivants et des décédés 1 mois avant l'admission

Dimension	Décédés m ± ET n = 65	Survivants m ± ET n = 53	p
Activité physique	39,8 ± 27,9	47,9 ± 25,2	0,093
Limitations physiques	23,8 ± 38,1	22,6 ± 32,3	0,767
Douleurs physiques	71,1 ± 25,6	75,6 ± 26,3	0,243
Santé générale	26,5 ± 23,2	33,8 ± 22,3	0,022
Vitalité	26,4 ± 19,7	31,1 ± 20,8	0,175
Fonctionnement social	43,9 ± 27,9	52,8 ± 22,6	0,027
Limitations émotionnelles	29,7 ± 41,7	42,1 ± 39,3	0,035
Santé mentale	53,8 ± 16,6	59,4 ± 16,1	0,094
Score Résumé Physique	34,7 ± 9,6	36,3 ± 8,2	0,151
Score Résumé Mental	36 ± 9,9	39,7 ± 9,6	0,030

QVLS : qualité de vie liée à la santé ; m ± ET : moyenne ± écart-type

4. Evolution de la QLVs du groupe des survivants

L'évolution des scores des dimensions du MOS SF-36 chez les survivants à trois mois de la sortie de la réanimation comparativement à ceux mesurés un mois avant l'admission a révélé une baisse statistiquement significative quasi-totale sauf pour la dimension « Douleurs physiques » (Tableau VIII ; Figures 5 et 6).

Tableau VIII : QVLS du groupe des survivants 1 mois avant l'admission et 3 mois après la sortie de la réanimation (n = 53)

Dimension	1 mois avant l'admission m ± ET	3 mois après la sortie m ± ET	p
Activité physique	47,9 ± 25,2	40,6 ± 24,4	< 0,0001
Limitations physiques	22,6 ± 32,3	13,5 ± 24,3	0,008
Douleurs physiques	75,6 ± 26,3	75,7 ± 25,5	0,950
Santé générale	33,8 ± 22,3	25,2 ± 19,4	< 0,0001
Vitalité	31,1 ± 20,8	27,3 ± 19,1	0,001
Fonctionnement social	52,8 ± 22,6	44 ± 25,9	< 0,0001
Limitations émotionnelles	42,1 ± 39,3	28,2 ± 35,5	< 0,0001
Santé mentale	59,4 ± 16,1	54,6 ± 16	< 0,0001
Score Résumé Physique	36,3 ± 8,2	34,3 ± 7,6	0,004
Score Résumé Mental	39,7 ± 9,6	36,3 ± 9,3	< 0,0001

QVLS : qualité de vie liée à la santé ; m ± ET : moyenne ± écart-type

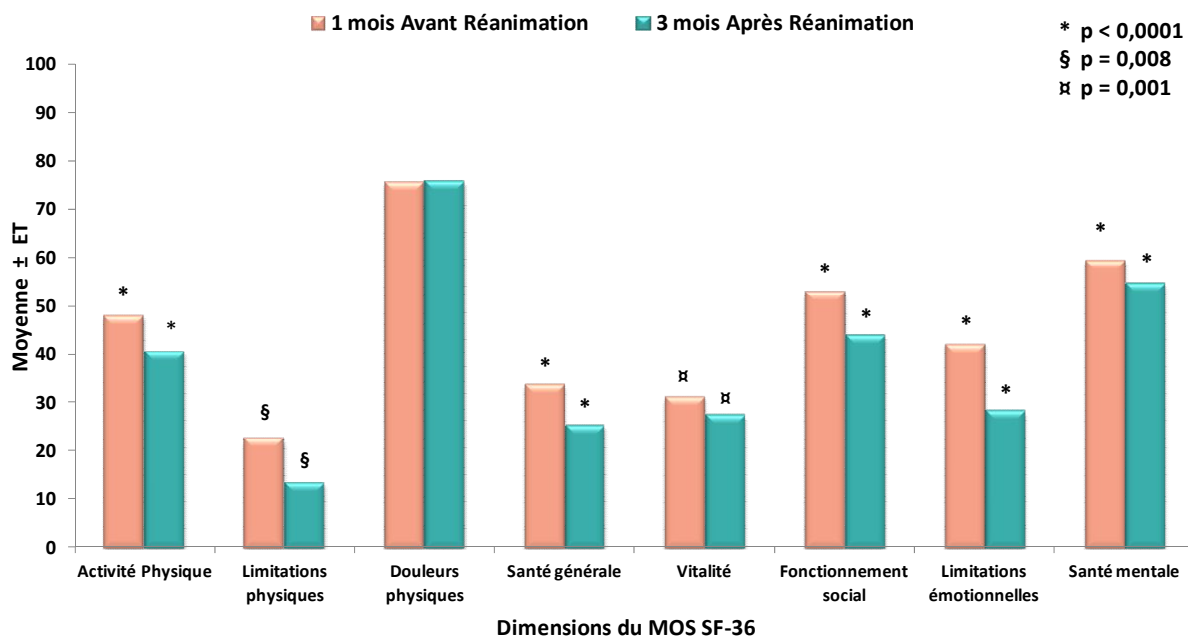


Figure 5 : Evolution des dimensions du MOS SF-36 après le séjour en réanimation ; ET : écart-type

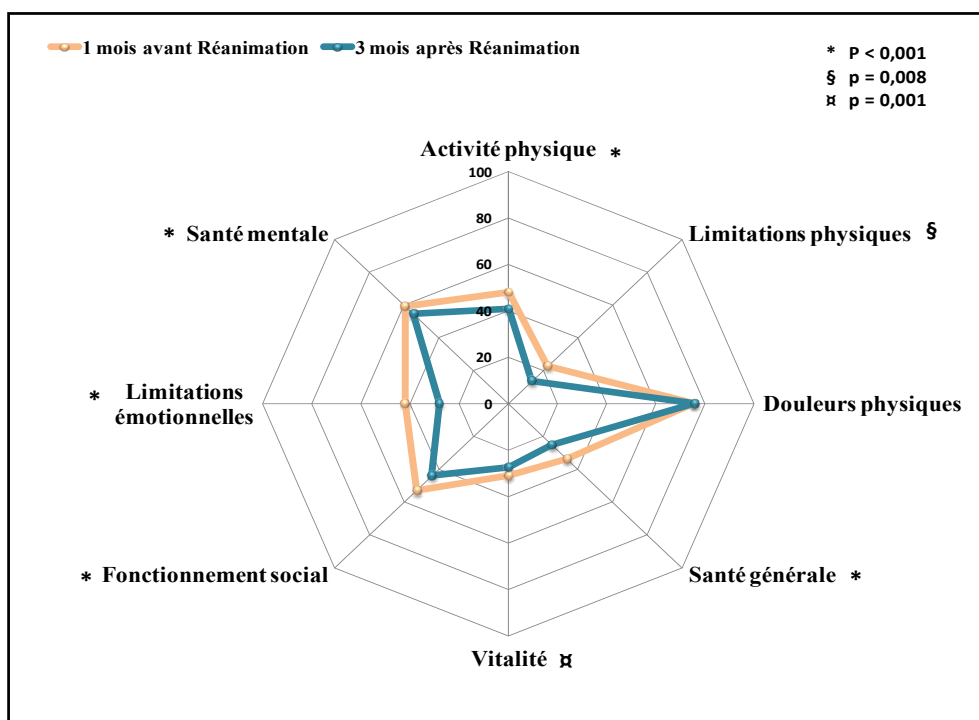


Figure 6 : Représentation graphique des dimensions du MOS SF-36 1 mois avant l'admission et 3 après la sortie de la réanimation

En termes de proportions de variation $\left[\frac{(\text{Score}_{3 \text{ mois après}} - \text{Score}_{1 \text{ mois avant}})}{\text{Score}_{1 \text{ mois avant}}} \times 100\right]$, hormis la dimension « Douleurs physiques », les autres dimensions du MOS SF-36 ont subi des baisses trois mois après la sortie de la réanimation allant de -8 à -25,3% des valeurs de référence observées un mois avant l'admission (Tableau IX, Figure 7).

Tableau IX : Proportions de variation des dimensions du MOS SF-36 trois mois après le séjour en réanimation (n = 53)

Dimensions	Moyenne %	Ecart-type %	Extrêmes %
Activité physique	-14,4	30,4	-100 ; 66,7
Limitations physiques	-16,8	33,2	-100 ; 50
Douleurs physiques	10,2	80,4	-58,1 ; 567
Santé générale	-24,7	30,7	-100 ; 33,3
Vitalité	-12,4	31,8	-100 ; 100
Fonctionnement social	-20	31,2	-100 ; 25
Limitations émotionnelles	-25,3	37,8	-100 ; 0
Santé mentale	-8	13,8	-44,4 ; 23,1
Score Résumé Physique	-4,5	11	-44,7 ; 13,2
Score Résumé Mental	-8,3	9,7	-24,4 ; 14,9

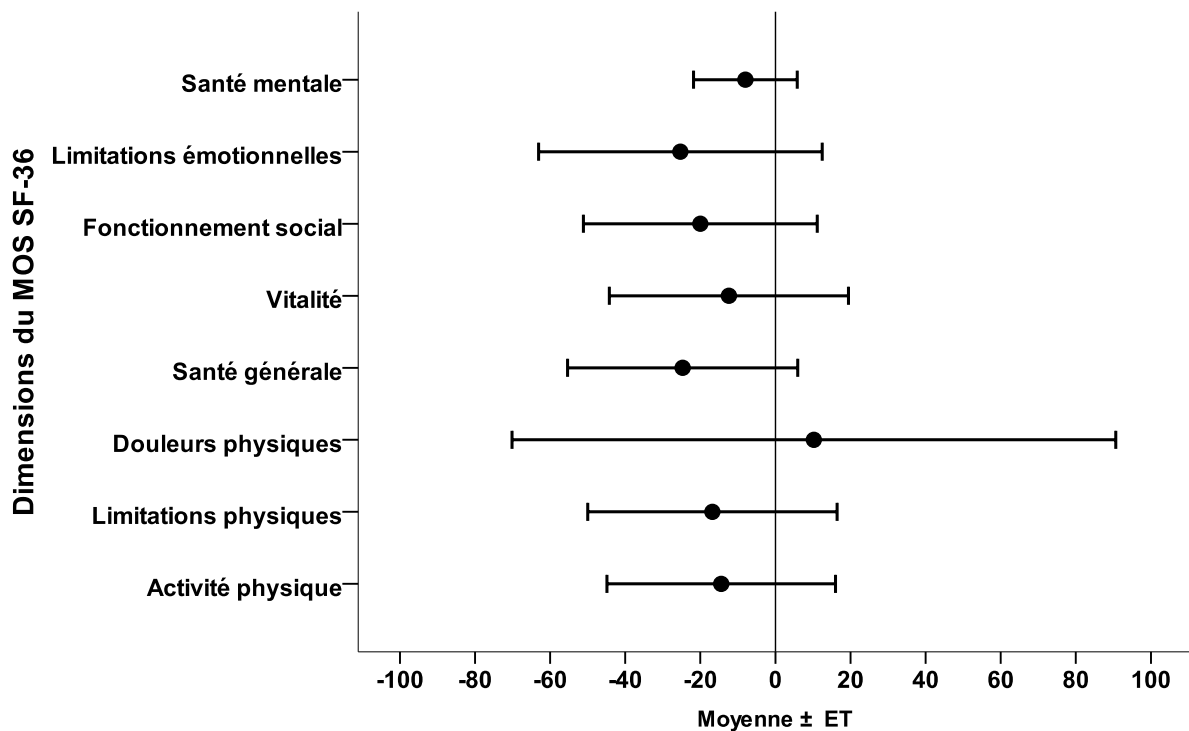


Figure 7 : Proportions de variation des dimensions du MOS SF-36 après le séjour en réanimation (n = 53) ; ET : écart-type

Les scores résumés ont aussi connu une baisse statistiquement significative (Tableau VII) entre les deux mesures. La baisse du SRP a été en moyenne de $-2 \pm 4,5$ [Extrêmes : -22 à 3 ; médiane : -1 ; quartiles : -3,5 et 0,8] et celle du SRM de $-3,4 \pm 3,9$ [Extrêmes : -10,9 à 4,7 ; médiane : -3,3 ; quartiles : -6,3 et -0,5] (Figure 8).

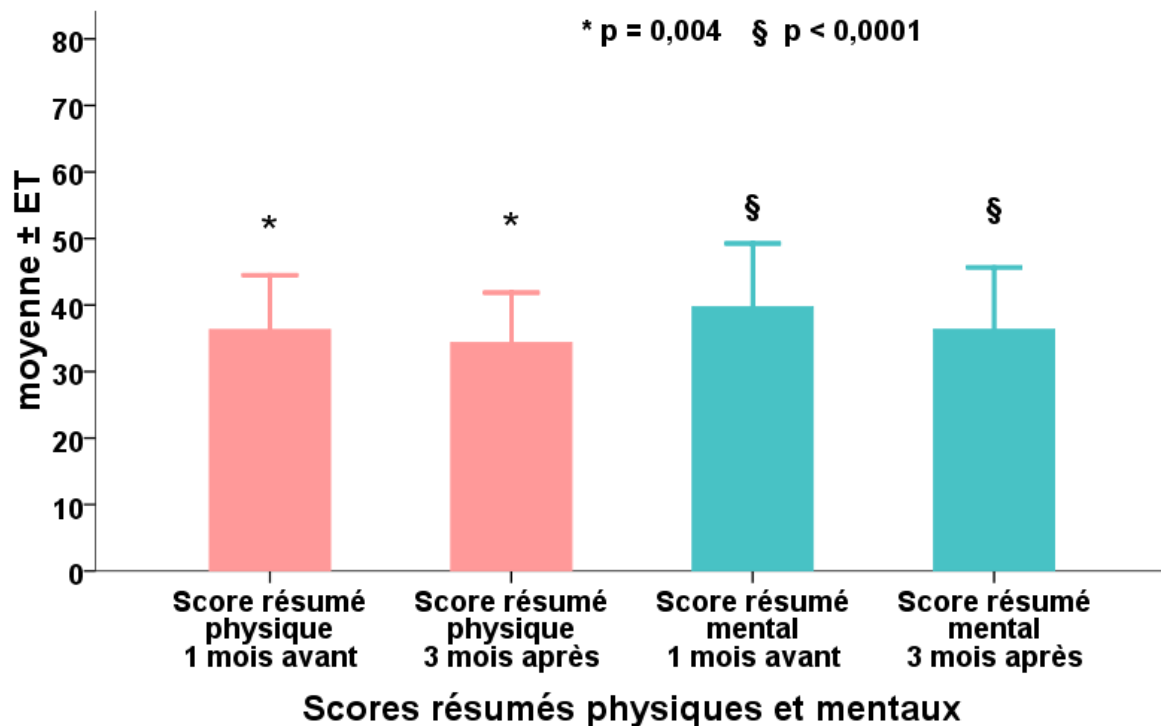


Figure 8 : Evolution des scores résumés du MOS SF-36 après le séjour en réanimation ; ET : écart-type

Près des 2/3 des patients survivants ($n = 34$; 64,2 %) ont eu une baisse de leur SRP. Ce taux a été de 81,1% ($n = 43$) pour le SRM. La baisse simultanée des deux scores résumés à trois mois de la sortie de la réanimation a été notée chez 52,2 % des patients ($n = 28$) et 3 patients (5,7 %) seulement ont eu une amélioration de leurs deux scores résumés.

En termes de proportion de variation $\left[\frac{(\text{Score}_{3\text{mois après}} - \text{Score}_{1\text{mois avant}})}{\text{Score}_{1\text{mois avant}}} \times 100 \right]$, les baisses des scores résumés physique et mental, étaient respectivement de $-4,5 \pm 11$ [IC 95% : -26,1 à 17,1) et $-8,3 \pm 9,7$ (IC 95% : -27,3 à 9,3] (Figure 9).

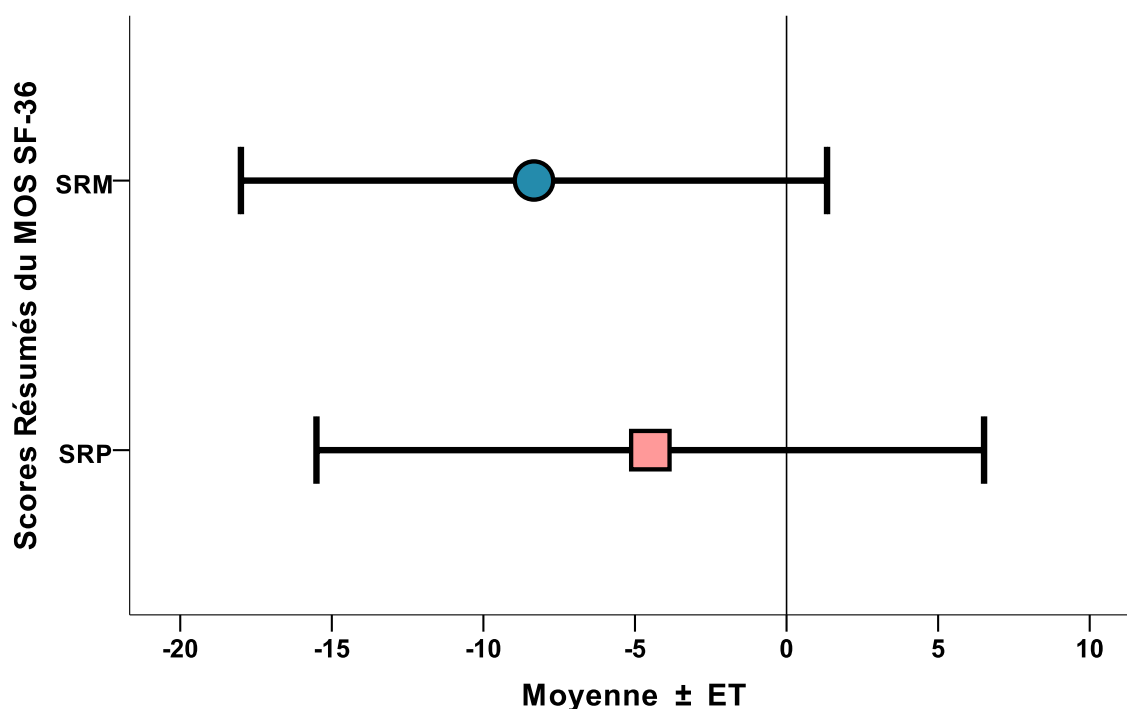


Figure 9 : Proportions de variation des scores résumés du MOS SF-36 après le séjour en réanimation. SRM : Score Résumé Physique ; SRM : Score Résumé Mental ; ET : écart-type

5. Facteurs prédictifs des scores résumés du MOS SF-36 à trois mois

a. Facteurs prédictifs du SRP

En analyse univariée, les variables corrélées significativement au SRP mesuré trois mois après la sortie de réanimation ont été : l'âge ($\beta = -0,57$; $p = 0,003$), l'état de santé antérieur selon la classification de Knaus ($\beta = -21,14$; $p = 0,006$), le pronostic des comorbidités selon l'échelle de Mac Cabe ($\beta = -12,83$; $p = 0,018$), le SAPS II ($\beta = -0,43$; $p = 0,001$), et la durée de séjour ($\beta = -0,32$; $p = 0,024$). Les autres variables ayant atteint un seuil de significativité $< 0,20$ ont été : l'isolement social ($\beta = -9,70$; $p = 0,07$) et l'existence d'un niveau d'instruction ($\beta = -3,69$; $p = 0,18$) (Tableau X).

Tableau X : Facteurs corrélés au SRP du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Age	-0,57	-0,93 ; -0,21	0,003
Statut social			
• Vit accompagné	0	-	-
• Vit seul	-9,70	-20,39 ; 0,98	0,07
Niveau d'instruction			
• Non	0	-	-
• Oui	-3,69	-9,19 ; 1,81	0,18
Classification de Knaus			
• A	0	-	-
• B	-3,30	-9,76 ; 3,15	0,31
• C	-7,65	-13,40 ; -1,91	0,01
• D	-21,14	-35,86 ; -6,43	0,006
Echelle de Mac Cabe			
• 1	0	-	-
• 2	-4,67	-8,75 ; -0,60	0,026
• 3	-12,83	-23,37 ; -2,29	0,018
SAPS II	-0,43	-0,68 ; -0,18	0,001
Durée de séjour	-0,32	-0,60 ; -0,04	0,024

SRP : Score Résumé Physique ; SAPS II : Simplified Acute Physiological Score II ;
IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

En analyse multivariée, les variables indépendantes associées significativement et de manière négative au SRM enregistré à trois mois de la réanimation ont été : l'âge ($\beta = -0,56$; $p = 0,003$) et l'état de santé antérieur selon la classification de Knaus ($\beta = -22,10$; $p = 0,002$) (Tableau XI). Ceci signifie que plus l'âge des patients est élevé et que leur activité physique à l'admission en réanimation est limitée plus leur SRP est bas trois mois après leur sortie de la réanimation.

Tableau XI : Facteurs corrélés au SRP du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Age	-0,56	-0,88 ; -0,23	0,003
Classification de Knaus			
• A	0	-	-
• B	-3,66	-9,50 ; 2,18	0,21
• C	-7,32	-15,52 ; -2,12	0,007
• D	-22,10	-35,42 ; -8,77	0,002

SRP : Score Résumé Physique ; IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

b. Facteurs prédictifs du SRM

En analyse univariée, les variables corrélées significativement au SRM mesuré trois mois après la sortie de réanimation ont été : l'isolement social ($\beta = 17,80$; $p = 0,007$), l'état de santé antérieur selon la classification de Knaus ($\beta = -10,94$; $p = 0,003$), le pronostic des comorbidités selon l'échelle de Mac Cabe ($\beta = -6,55$; $p = 0,01$) et le SAPS II ($\beta = -0,33$; $p = 0,049$) (Tableau XII).

En analyse multivariée, les variables indépendantes associées significativement et de manière négative au SRM ont été : l'isolement social ($\beta = 16,50$; $p = 0,006$), l'état antérieur selon la classification de Knaus ($\beta = -9,1$; $p = 0,008$) (Tableau XIII). Autrement dit, plus les patients vivent seuls et ont moins de limitations d'activité mieux sera leur SRM trois mois après leur sortie de la réanimation.

Tableau XII : Facteurs corrélés au SRM du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Age	-0,40	-0,88 ; 0,73	0,1
Statut social			
• Vit accompagné	0	-	-
• Vit seul	17,80	5,12 ; 30,48	0,007
Niveau d'instruction			
• Non	0	-	-
• Oui	-6,64	-13,30 ; 0,03	0,051
Classification de Knaus			
• A	0	-	-
• B	-2,48	-10,25 ; 5,29	0,52
• C	-10,94	-17,85 ; -4,02	0,003
• D	-17,16	-34,88 ; 0,57	0,057
Echelle de MacCabe			
• 1	0	-	-
• 2	-6,55	-11,57 ; -1,52	0,01
• 3	-14,29	-27,28 ; -1,30	0,03
SAPS II	-0,33	-0,66 ; -0,001	0,049

SRM : Score Résumé Mental ; SAPS II : Simplified Acute Physiological Score II ;

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau XIII : Facteurs corrélés au SRM du MOS SF-36 observé 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Statut social			
• Vit accompagné	0	-	-
• Vit seul	16,50	-5,05 ; 27,94	0,006
Classification de Knaus			
• A	0	-	-
• B	-0,124	-7,55 ; 7,31	0,973
• C	-9,1	-15,67 ; -2,52	0,008
• D	-14,80	-31,41 ; 1,81	0,08

SRM : Score Résumé Mental ; IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

6. Facteurs prédictifs des variations des scores résumés du MOS SF-36

a. Facteurs prédictifs des variations du SRP

En analyse univariée, les deux variables significativement liées de manière négative à la variation du SRP (VSRP) entre le mois avant l'admission en réanimation et le troisième mois après la sortie de réanimation ($VSRP = SRP_{3 \text{ mois après}} - SRP_{1 \text{ mois avant}}$) ont été l'état de santé antérieur selon la classification de Knaus ($\beta = -0,57$; $p = 0,003$) et la présence d'une d'hypertension artérielle dans les antécédents ($\beta = -2,99$; $p = 0,02$) (Tableau XIV).

Tableau XIV : Facteurs corrélés aux variations du SRP du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Classification de Knaus			
• A	0	-	-
• B	-0,57	-9,69 ; -2,08	0,003
• C	-1,53	-4,92 ; 1,86	0,37
• D	0,10	-8,59 ; 8,79	0,98
Hypertension artérielle	-2,99	-5,52 ; -0,48	0,02
SAPS II	-0,12	-0,28 ; 0,04	0,13

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% ; SAPS II : Simplified Acute Physiological Score II

En analyse multivariée, les variables indépendantes associées de façon significative et de manière négative aux variations du SRP ont été l'état de santé antérieur selon la classification de Knaus ($\beta = -5,46$; $p = 0,005$) et le SAPS II ($\beta = -0,16$; $p = 0,04$) (Tableau XV). Autrement dit, les patients dont la limitation

de l'activité est modérée à l'admission en réanimation altèrent significativement leur SRP trois mois après leur sortie de la réanimation et ce d'autant plus que leur maladie est grave.

Tableau XV : Facteurs corrélés aux variations du SRP du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Classification de Knaus			
• A	0	-	-
• B	-5,46	-9,16 ; -1,76	0,005
• C	-0,54	-3,94 ; 2,87	0,75
• D	1,44	-7,05 ; 9,92	0,74
SAPS II	-0,16	-0,30 ; -0,02	0,04

SRP : Score Résumé Physique ; IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% ; SAPS II : Simplified Acute Physiological Score II

b. Facteurs prédictifs de variations du SRM

La seule variable corrélée significativement et de manière positive aux variations du SRM durant la même période a été l'existence d'un niveau d'instruction ($\beta = 2,85$; $p = 0,043$). Les autres variables ayant atteint un seuil de significativité $< 0,20$ sont rapportées dans le Tableau XVI.

En analyse multivariée, la seule variable indépendante associée significativement et de manière positive aux variations du SRM a été l'existence d'un niveau d'instruction ($\beta = 2,98$; $p = 0,037$). Ceci signifie que l'absence d'instruction académique chez les patients est associée significativement à une altération de l'état subjectif mental trois mois après le séjour en réanimation (Tableau XVII).

Tableau XVI : Facteurs corrélés aux variations du SRM du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation avec $p < 0,2$ en régression linéaire simple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Niveau d'instruction			
• Non	0	-	-
• Oui	2,85	0,10 ; 5,60	0,043
Activité professionnelle			
• Non	0	-	-
• Oui	3,57	-0,38 ; 7,52	0,08
Revenu mensuel			
• Non	0	-	-
• Oui	1,38	-0,74 ; 3,5	0,19
Montant du revenu mensuel	3.10^{-4}	-1.10^{-4} ; 0,001	0,15
Glasgow coma scale	-0,62	-1,27 ; 0,04	0,063
Ventilation mécanique			
• Non	0	-	-
• Oui	2,06	-1,06 ; -5,19	0,19

SRM : Score Résumé Mental ; IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau XVII : Facteurs corrélés aux variations du SRM du MOS SF-36 entre 1 mois avant et 3 mois après la réanimation. Régression linéaire multiple

Variables	Bêta	IC 95%	p
Niveau d'instruction			
• Non	0	-	-
• Oui	2,98	0,18 ; 5,77	0,037

SRM : Score Résumé Mental ; IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

V. Facteurs pronostiques liés à la mortalité à trois mois

En analyse univariée, les patients décédés ont été plus souvent sans profession ($p = 0,038$), ont eu un pronostic de leur comorbidité selon l'échelle de Mac Cabe plus mauvais ($p = 0,008$), une gravité de leur maladie à l'admission en réanimation plus élevée ($p < 0,0001$), des troubles de conscience à l'admission plus profonds ($p = 0,003$) ainsi qu'un recours à la ventilation mécanique et aux catécholamines plus fréquents ($p < 0,0001$) (Tableau XVIII).

A ces paramètres s'associent trois dimensions et un score résumé de la QVLS signalés précédemment sur le Tableau VI et qui sont significativement plus bas chez le groupe des décédés : « Santé générale » ($p = 0,022$), « Fonctionnement social » ($p = 0,027$), « Limitations émotionnelles » ($p = 0,035$) et SRM ($p = 0,030$) (Tableau XIX).

En analyse multivariée, les variables indépendantes associées à un mauvais pronostic à trois mois ont été : l'état de santé mental précédant le mois d'admission en réanimation ($OR = 0,93$; $p = 0,017$), l'état de conscience à l'admission ($OR = 0,74$; $p = 0,034$), le recours à la ventilation mécanique ($OR = 11,2$; $p = 0,028$) et le recours aux catécholamines ($OR = 12,6$; $p = 0,002$) (Tableau XX). Ce modèle a permis de classer 82,1 % des patients.

Tableau XVIII : Comparaison des groupes des survivants et des décédés en analyse univariée

Variables		Survivants (N=53) m ± ET ou n (%)	Décédés (N=65) m ± ET ou n (%)	P
Age (ans)		72 ± 6	72 ± 5	NS
	• < 75	35 (66)	75 (63,6)	NS
	• 75-84	18 (34)	40 (33,9)	
	• ≥ 85	0(0)	3 (2,5)	
Sexe H/F		28/25 (47,2/52,8)	38/27 (58,5/41,5)	
Statut marital :	• Marié	29 (54,7)	39 (60)	NS
	• Veuf (ve)	22 (41,5)	23 (35,4)	
	• Célibataire	2 (3,8)	1 (1,5)	
	• Divorcé	0 (0)	2 (3,1)	
Niveau d'instruction	• Aucun	44 (83)	48 (73,9)	NS
	• Primaire	5 (9,4)	8 (12,3)	
	• Secondaire	2 (3,8)	6 (9,2)	
	• Supérieur	2 (3,8)	3 (4,6)	
Lieu de résidence	• Urbain	39 (73,6)	47 (72,3)	NS
	• Rural	14 (26,4)	18 (27,7)	
Sans profession		49 (92,5)	65 (100)	0,038
Revenu financier (MDA)		1818 ± 2318	2148 ± 2900	NS
Statut social	• Vit accompagné	51 (96,2)	62 (95,4)	NS
	• Vit seul	2 (3,8)	3 (4,6)	
Classification de Knaus	• A	7 (13,2)	10 (15,4)	NS
	• B	13 (24,5)	16 (24,6)	
	• C	32 (60,4)	34 (52,3)	
	• D	1(1,9)	5 (7,7)	
Echelle de Mac Cabe	• 1	20 (37,7)	24 (36,9)	0,008
	• 2	31 (58,5)	26 (40)	
	• 3	2 (3,8)	15 (23,1)	
Antécédents :				
	• Diabète	20 (37,7)	20 (30,8)	NS
	• Hypertension artérielle	17 (29,1)	19 (32,1)	
	• Insuffisance respiratoire chronique	18 (34)	17 (26,2)	
Diagnostic à l'admission				
	• Insuffisance respiratoire aiguë	24 (45,3)	29 (44,6)	NS
	• Défaillance neurologique	7 (13,2)	13 (20)	
	• Défaillance métabolique	9 (17)	10 (15,4)	
	• Défaillance cardiaque	2 (3,8)	2 (3,1)	
SAPS II		34,2 ± 7,7	42,3 ± 10,3	< 0,0001
Glasgow coma scale		13,7 ± 1,6	12,2 ± 2,9	0,003
Ventilation mécanique		7 (13,2)	49 (77,8)	< 0,0001
Durée de la ventilation mécanique (j)		10,4 ± 8,4	6,6 ± 5,8	< 0,0001
Catécholamines		10 (18,9)	54 (83,1)	< 0,0001
Epuration extrarénale		1 (1,9)	5 (7,7)	NS
Durée de séjour (j)		6,5 ± 7,2	7,5 ± 6,3	0,045

m ± ET : moyenne ± écart-type ; n = effectif ; SAPS II : Simplified Acute Physiological Score II

Tableau XIX : Comparaison de la QVLS des groupes des survivants et des décédés 1 mois avant l'admission en analyse univariée

Dimension	Décédés m ± ET n = 65	Survivants m ± ET n = 53	p
Santé générale	26,5 ± 23,2	33,8 ± 22,3	0,022
Fonctionnement social	43,9 ± 27,9	52,8 ± 22,6	0,027
Limitations émotionnelles	29,7 ± 41,7	42,1 ± 39,3	0,035
Score Résumé Mental	36 ± 9,9	39,7 ± 9,6	0,030

QVLS : qualité de vie liée à la santé ; m ± ET : moyenne ± écart-type ; n = effectif

Tableau XX : Facteurs prédictifs de décès à 3 mois en analyse multivariée

Variables	β	OR	IC 95%	p
Score Résumé Mental avant réanimation	-0,076	0,93	0,87 - 0,99	0,017
Glasgow coma scale	-0,30	0,74	0,56 - 0,98	0,034
Recours à la ventilation mécanique	2,41	11,2	3,3 - 37,6	< 0,0001
Recours aux catécholamines	2,54	12,6	3,8 - 41,7	< 0,0001
Constante	4,72	111	-	-

OR : Odds ratio ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95%

DISCUSSION

I. Réponses aux objectifs de notre étude

Notre étude prospective a révélé un impact de la maladie critique sur la perception de la QVLS chez les patients de 65 ans et plus admis en réanimation depuis 48 heures et qui ont survécu pendant au moins trois mois après leur sortie de la réanimation. En effet, une diminution significative des scores de sept dimensions du MOS SF-36 et des Scores Résumés Physique et Mental a été notée trois mois révélant ainsi une altération des capacités physiques et psychiques après le séjour en réanimation.

Les facteurs indépendants prédictifs de l'état physique de la QVLS et de sa détérioration à trois mois d'un séjour en réanimation ont été l'âge élevé, la limitation de l'activité antérieure à l'hospitalisation et la gravité de la maladie à l'admission en réanimation. Pour l'autoperception de la santé mentale et sa détérioration, il est intéressant de noter que les facteurs indépendants retenus dans notre étude ont été le fait de vivre accompagné, la limitation de l'activité antérieure à l'hospitalisation et l'absence de niveau d'études.

Concernant la mortalité, elle a été de 47,5% en réanimation, de 50% à l'hôpital et de 55,1% à trois mois de la sortie de la réanimation. Les facteurs pronostiques qui ressortent dans notre étude ont été la qualité de vie mentale antérieure à l'admission en réanimation, l'état de conscience à l'admission ainsi que le recours à la ventilation mécanique et aux catécholamines.

II. Définition des personnes âgées

Dans la littérature médicale en général, et dans la littérature sur les patients de réanimation en particulier, le terme « personnes âgées » est généralement défini par un seuil de 65 ans mais un large éventail allant de 60 à 85 ans est aussi noté [16]. En effet, si un âge au-delà de 65 ans est fréquemment choisi pour définir la population âgée, certains auteurs suggèrent que l'âge de 80 ans est plus proche des réalités médicales pour définir la population âgée [31,44].

En fait, la population âgée est assez hétérogène avec des différences sensibles entre les aspects cliniques des survivants de réanimation de plus de 85 ans et ceux des patients âgés plus jeunes [45]. De plus, les résultats des études de survie ou de qualité de vie sont très variables en fonction du seuil d'âge fixé.

Ceci a inspiré la stratification de ces patients en 3 catégories sous forme de « jeunes vieux » (young-old ; 65-75 ans), « vieux-vieux » (old-old ; 75-80 à 85-90 ans), et « très vieux » (oldest-old ; plus de 85-90 ans) [16,30,31,45-47]. L'âge seuil choisi constitue donc une première source d'hétérogénéité des résultats [16,31].

Afin d'inclure toutes les catégories de personnes âgées, nous avons opté pour le seuil de 65 ans dans notre étude comme la plupart des auteurs qui reconnaissent qu'un âge de 65 ans constitue une limite acceptable. Il ressort de notre étude que les 2/3 environ de la population correspondaient à la catégorie de « jeunes vieux » (63,6 % de la population totale incluse et 66% parmi les survivants). Seuls trois patients étaient âgés de plus de 85 ans dans la population incluse mais aucun n'a survécu.

III. Mortalité des personnes âgées hospitalisées en réanimation

Les taux de mortalité ont été élevés dans notre population. Mais, le taux de mortalité à trois mois de 55,1% rapporté dans notre étude ne différait pas de ceux précédemment rapportés chez les patients âgés admis en réanimation [30,48-53]. Selon ces études antérieures, la majorité des non-survivants sont décédés pendant le séjour en réanimation et la moitié d'entre eux au cours de la première semaine [53]. Dans une précédente étude, nous avons noté que 64% des décès de personnes âgées survenait dans les cinq premiers jours d'hospitalisation en réanimation [54].

Les résultats de la mortalité des études effectuées chez les patients âgés sont très variables allant de 6,4 à plus de 44,7% en réanimation [12,16,17,19,20,35,47,54-56] ; 14,7 à 53 % à l'hôpital [20,47] ; 44 à 61% à trois mois [31,35,47,53] et 40,8 à 72,1% à 1 an ou plus [16,17,19,20,47,55-57]. Globalement, l'essentiel des décès survient durant les trois premiers mois après la sortie de réanimation : 44 à 49% selon l'âge [58].

On remarque donc que les taux de mortalité varient d'une étude à l'autre probablement en raison des limites d'âge d'inclusion, des caractéristiques des patients, du traitement administré (ventilation mécanique, catécholamines, etc...) ou du type d'admission (planifiée, non planifiée, médicale ou chirurgicale) [46-48,50-52]. Concernant ce dernier point, il est rapporté une mortalité variable de 6,4% pour des services de réanimation chirurgicale spécialisée à plus de 40 % pour des services de réanimation polyvalente [56]. La plupart des études sur les résultats des patients âgés après un séjour en réanimation sont principalement réservées aux patients chirurgicaux bien que les patients médicaux aient

généralement un pronostic plus sombre [30,51,52,59,60]. Une étude a même suggéré qu'une condition médicale était un facteur indépendant de refus d'admission en réanimation chez les patients âgés de 80 ans ou plus [51].

L'impact de l'âge avancé sur l'évolution en réanimation est incertain [26]. Les études qui ont examiné uniquement la survie en réanimation ou en milieu hospitalier ont eu des résultats variables concernant le rôle pronostique de l'âge, certaines études démontrant que les patients âgés en réanimation connaissaient des taux de mortalité plus élevés et d'autres concluant que l'âge, en soi, n'était pas un indicateur pronostique de surmortalité [16,17,48,49,55,58,61-66].

Toutefois, bien que la mortalité des patients âgés soit pratiquement similaire à celle d'une population plus jeune après correction des facteurs de confusion (sévérité de la maladie, comorbidités, etc...), on ne peut pas nier un effet lié à ce paramètre [47]. En effet, il est évident que le processus de vieillissement altère le fonctionnement de tous les systèmes de l'organisme et fragilise le patient progressivement. Ceci se traduit par une diminution de la réserve physiologique face au stress aigu qui engage le pronostic à court et long terme. Même au sein d'une population bien choisie de personnes âgées en bonne santé avant l'admission en réanimation, la survie à 12 mois après le séjour en réanimation est mauvaise car la mortalité peut atteindre 51% [57].

Il faut garder à l'esprit que l'âge est inclus comme variable indépendante dans de nombreux systèmes de notation pronostique couramment utilisés tels que l'APACHE II [67] et le SAPS II [68]. Or, de nombreuses études suggèrent que le résultat pour les patients de réanimation est plus fortement lié à la gravité de la maladie reflétée par les scores sus-cités qu'à l'âge seul [50,69-72].

Les facteurs qui déterminent la mortalité en réanimation et à l'hôpital des personnes âgées sont différents de ceux concernant la survie à long terme. Initialement, la gravité de la maladie aiguë évaluée par les scores de sévérité (APACHE ou SAPS) et la défaillance d'organe sont les facteurs les plus pertinents [30,49,50,52,53,58,71,73,74]. A plus long terme, les comorbidités, la qualité de vie et l'état fonctionnel avant l'admission sont déterminants [22,45,50,57,58,64,75,76].

Dans notre étude, nous n'avons évalué que le pronostic à court terme et nos résultats sont en accord avec la plupart des études bien que la majorité d'entre-elles ait une faible proportion de patients médicaux. C'est ainsi que la mortalité de nos patients âgés a été corrélée à la gravité des défaillances respiratoire, hémodynamique et neurologique. Par ailleurs, notre modèle a retenu la qualité de vie psychique antérieure à l'admission en réanimation comme facteurs pronostiques à court terme. Ces résultats viennent compléter ceux d'une précédente étude dans laquelle nous avons démontré que les facteurs prédictifs de mortalité des personnes âgées en réanimation étaient la pneumopathie et l'état de choc [54].

IV. La qualité de vie liée à la santé

1. Définition

La qualité de vie repose principalement sur la définition de la « santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » [77]. Ainsi l'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du

système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes . Il s'agit d'un large champ conceptuel englobant d'une manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificité de son environnement » [78]. Autrement dit, la qualité de vie est un concept multidimensionnel qui couvre tous les aspects de la vie d'une personne considérés comme importants à savoir :

- l'état physique et les capacités fonctionnelles,
- le statut psychologique et le bien-être,
- les interactions sociales,
- le statut et les facteurs économiques et/ou professionnels ainsi que
- le statut religieux et/ou spirituel [79].

Comme cette conceptualisation de la qualité de vie est vaste et multidimensionnelle, les chercheurs en soins de santé se limitent généralement aux trois premières de ces dimensions et ont défini le concept de « qualité de vie liée à la santé » [80,81]. Malgré cette distinction, les deux termes ont souvent été utilisés de manière interchangeable dans la littérature [82]. La QVLS est un phénomène dynamique qui comprend une estimation des aspects sociaux, psychologiques, physiques et quotidiens du bien-être et du fonctionnement [25].

En définitive, la QVLS est un concept subjectif qui peut être interprété comme l'écart entre nos attentes en matière de santé et notre expérience actuelle [83]. En effet, elle dépend des perceptions individuelles concernant les multiples dimensions comme la santé physique (force, énergie), l'état psychologique (bons ou mauvais sentiments), le niveau d'indépendance (mobilité), les relations sociales (réseau social, aide, exigences), l'environnement de vie (accès aux

soins) ou les croyances personnelles (signification de la vie) [84,85]. Ainsi, à un état équivalent de maladie ou d'infirmités, deux patients peuvent percevoir une QVLS très différente [22]. De même, des personnes ayant des niveaux de fonctionnement et de santé objectivement différents peuvent déclarer une qualité de vie équivalente [83,86].

2. Instruments de mesure

Depuis plus de trois décennies, un certain nombre d'instruments de mesure ont été mis au point pour tenter d'objectiver le concept de la QVLS (Figure 10) [12,24,87]. Deux types d'instruments permettent d'évaluer la QVLS : les instruments génériques et les instruments spécifiques. Les premiers fournissent des informations sur la QVLS sans tenir compte de la maladie et peuvent même être utilisés en l'absence de toute pathologie. Les instruments spécifiques le sont pour une maladie donnée et fournissent des informations propres à cette maladie. Ces outils de mesure de la santé perçue tentent de rendre compte des différentes dimensions de la santé.

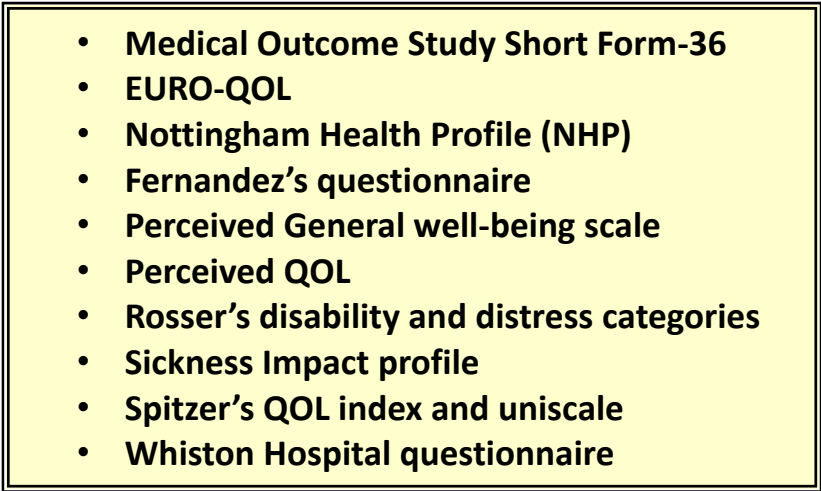
- 
- **Medical Outcome Study Short Form-36**
 - **EURO-QOL**
 - **Nottingham Health Profile (NHP)**
 - **Fernandez's questionnaire**
 - **Perceived General well-being scale**
 - **Perceived QOL**
 - **Rosser's disability and distress categories**
 - **Sickness Impact profile**
 - **Spitzer's QOL index and uniscale**
 - **Whiston Hospital questionnaire**

Figure 10 : Instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé [12,24,87]

En général, il n'y a pas de test standard uniformément accepté pour la QVLS et encore moins chez les patients en réanimation [88]. Il en est de même pour les personnes âgées hospitalisées en réanimation pour lesquelles il n'y a pas non plus de consensus sur l'outil de mesure de la QVLS à utiliser [88]. En réalité, aucune échelle n'est spécialement conçue pour les personnes âgées. En outre, il convient de noter que plusieurs instruments de la QVLS partagent des domaines et des questions similaires mais présentent des avantages et des limites différents en ce qui concerne leur durée d'administration, le déséquilibre entre leurs différents domaines, leur précision et leur validité [26]. Les deux scores les plus fréquemment utilisés sont MOS SF-36 et EuroQol-5D.

Dans notre étude, nous avons utilisé l'instrument MOS SF-36. Ce questionnaire a été créé en 1992 aux Etats-Unis [39]. Traduit en plus de 50 langues, il est l'un des instruments de mesure de la QVLS les plus utilisés dans la littérature médicale et ce grâce à sa concision, sa haute reproductibilité, sa validité et sa grande sensibilité aux changements [31,36,89]. En matière d'évaluation de la QVLS, il peut être considéré comme « *gold standard* ». Ses propriétés psychométriques ont été démontrées et validées chez les patients de réanimation [37,81,90-92]. Il est de plus en plus souvent inclus dans les études sur cette population depuis le début des années 2000 [9, 31,43, 93-97].

Notre étude a utilisé la version arabe du MOS SF-36, disponible depuis 1997 et qui a été validée dans plusieurs pays arabes [98,99]. Nous l'avons précédemment évalué (fiabilité, acceptabilité et validité) et il s'est avéré être un outil robuste autorisant ainsi son utilisation dans l'évaluation de la QVLS en réanimation [33]. Les valeurs normatives du SF-36 pour la population marocaine n'existent pas et encore moins pour les personnes âgées [27].

3. Méthode de collecte des données de la QVLS

Le résultat de l'évaluation de la QVLS est le plus pertinent lorsqu'il est bien entendu jugé par les patients eux-mêmes. Mais la mesure de la QVLS est évidemment problématique lorsqu'il s'agit de patients gravement malades. Ceci est une situation très fréquente en réanimation où les patients n'ont pas souvent la capacité de répondre de manière fiable aux questions sur leur QVLS. En effet, les instructions assez longues et spécifiques des questionnaires peuvent poser des problèmes à ces personnes surtout si elles n'ont aucun niveau d'instruction comme cela a été le cas chez les $\frac{3}{4}$ de nos patients [31].

Dans les études qui évaluent la QVLS en réanimation, la méthode d'auto-administration du questionnaire de la QVLS est rarement utilisée, beaucoup reposant sur un proche du patient. Nous avons-nous-mêmes opté dans notre étude pour cette pratique pour les patients avec troubles cognitifs ou autres graves puisqu'elle a été adoptée dans plusieurs études [42,46,48,60,63,66,70,100-104].

Certaines études utilisant des répondants autres que les patients eux mêmes ont conclu que l'accord entre ces répondants et les sujets était variable selon le domaine évalué et font preuve par conséquent de prudence [105]. En effet, les résultats du questionnaire peuvent être influencés par des facteurs extérieurs au patient, tels que la détresse des proches et le fardeau perçu par eux réalisant ainsi un biais affectif [106,107].

Pour certains auteurs, les activités ou les comportements observables, comme le fonctionnement physique, sont plus en accord que les aspects plus subjectifs de la QVLS comme l'état de santé mentale [80,106,108]. Une deuxième catégorie

d'auteurs conclut que les proches des patients sous-estiment le mental et surestiment la santé physique du patient [105,107,109]. Enfin, pour d'autres, les proches auraient tendance à sous-évaluer le statut fonctionnel et la qualité de vie des patients [106,110-113].

Malgré ces études qui reprochent à l'évaluation de la QVLS par les proches des patients les inexactitudes de cette substitution pour les aspects subjectifs de la QVLS [81], il a été démontré que l'aide d'un proche lors de l'administration du questionnaire de la QVLS est possible sans constituer une source d'erreur significative [114,115]. En effet, la fiabilité des répondantsse substituant aux patients a été étayée par certaines études utilisant différents instruments de la QVLS [42,114]. Cette stratégie validée et utilisée pour les patients qui ne peuvent pas répondre de façon indépendante permet de ne pas les exclure des études. Par ailleurs, le MOS SF-36 est également approprié à être délivré par appel téléphonique notamment pour le suivi des patients après une hospitalisation [37,95,116,117].

4. Quand la QVLS doit-elle être évaluée en réanimation ?

Évaluer la QVLS des patients avant leur admission en réanimation est intrinsèquement difficile et peu effectué [9,93-97]. De nombreuses études n'évaluent pas la QVLS en pré-réanimation et choisissent de comparer les résultats à un groupe témoin en bonne santé, à des normes de population générale appariées ou à des patients plus jeunes en réanimation [55,60,118,119].

L'évaluation de la QVLS avant l'admission en réanimation peut être influencée soit par un biais de mémorisation (ou de rappel) qui limite les études reposant

sur les données rétrospectives auto-déclarées soit par un biais de référence selon lequel les patients évaluent leur état pré-réanimation en fonction de leur état actuel [120,121]. Certains auteurs prétendent que cette approche surestimerait la QVLS avant l'admission en réanimation et entraînerait des changements plus importants dans les estimations de la QVLS après la sortie [94,122].

Parmi les quelques études qui ont évalué la QVLS avant l'admission en réanimation, certaines ont trouvé que les patients avaient plus de comorbidités chroniques qu'une population générale, ce qui pourrait expliquer leur QVLS plus altérée [26,94,122].

Malgré ces limites potentielles, nous avons jugé utile d'inviter les patients à estimer leur QVLS un mois avant d'être admis en réanimation afin d'avoir un état de référence pour mieux juger l'impact de la réanimation sur leur QVLS.

Concernant le moment approprié pour évaluer la QVLS chez les patients après leur sortie de la réanimation, il n'est pas clairement établi [26]. La durée pendant laquelle les patients sont suivis varie considérablement d'une étude à l'autre et serait en moyenne de un à six mois [16]. A titre d'exemple, certains auteurs ont suivi les patients âgés pendant trois mois comme nous l'avons fait dans notre étude [31,65], tandis que d'autres ont suivi leurs patients sur une période pouvant atteindre cinq ans [59]. Une seule étude a rapporté la QVLS chez les patients âgés de 80 ans et plus au cours d'une période de suivi post-réanimation de 13 ans [123].

La durée de suivi idéale au long terme devrait être celle qui serait suffisante pour permettre de récupérer le meilleur possible dans tous les domaines de la QVLS et où les mesures ne donneraient plus d'informations additionnelles. En 2003, un

groupe d'experts a recommandé que les patients soient revus au moins 6 mois après leur séjour en réanimation et qu'une évaluation de la QVLS soit particulièrement effectuée [124]. Certains auteurs justifient le choix du délai de six mois par la volonté de minimiser les abandons et par le fait que des études antérieures ont suggéré que les problèmes de santé après six mois sont dus à des affections sous-jacentes chroniques ou de nouvelles conditions notamment chez les personnes âgées [9]. En effet, plus le délai de suivi s'allonge et plus les éventuelles modifications de l'état de santé peuvent être imputables à un événement intercurrent et diminuer le poids du séjour en réanimation dans les réponses [31]. Le risque de ce délai est de manquer un déclin plus précoce de la QVLS si le suivi ne débute que six mois après la sortie de la réanimation. Ceci a été un des éléments pris en compte dans le choix dans notre étude du délai de trois mois pour l'évaluation des patients.

Pour un délai fixé à une année, les limitations physiques semblent être plus importantes que les problèmes émotionnels car les problèmes physiques peuvent ne pas être encore rétablis et que le délai peut sembler court pour que le patient s'habitue aux restrictions [12]. Cependant, attendre une année pour effectuer l'évaluation fournit une estimation solide de la QVLS après la réanimation [25].

Au-delà d'une année, l'intérêt de l'évaluation de la QVLS réside dans la possibilité de détecter le maximum de problèmes [12]. Le délai de un à deux ans constituerait une limite pour l'amélioration des dimensions de la QVLS et révélerait plus de problèmes émotionnels que physiques [12]. Un des risques de ce délai assez long est que les patients soient perdus de vue. Ceci est le cas de la moitié des études dont les perdus de vue dépassent les 20% habituellement admis [12]. Un autre risque serait que les réponders aux questionnaires ne

soient que les mieux portants induisant de la sorte une surestimation de la QVLS.

5. QVLS des personnes âgées après un séjour en réanimation

Les informations sur la QVLS chez les patients âgés après un séjour en réanimation fournissent aux patients, à leurs proches et aux professionnels de la santé des données importantes sur lesquelles sont fondées les décisions thérapeutiques [2,124,125]. Les personnes âgées semblent souvent plus préoccupées par une dépendance fonctionnelle ou une déficience cognitive après leur séjour en réanimation que par la mort [126].

Avant le séjour en réanimation, des auteurs ont constaté que la QVLS des patients âgés était déjà compromise au cours des 30 jours précédant l'hospitalisation comparativement à une population générale [26].

Concernant le suivi après la sortie de la réanimation, les résultats sur le devenir de la QVLS sont disparates. En effet, certains auteurs ont rapporté une baisse significative de la QVLS au suivi [9,101,127], tandis que d'autres ont rapporté un retour à l'état de pré-réanimation voire même une amélioration de la QVLS à 3-24 mois après leur sortie de la réanimation [20,65,101,128]. Les différences dans les populations de patients étudiés, les instruments de mesure utilisés et la durée du suivi après la sortie de la réanimation peuvent expliquer les différences de résultats entre ces études [26]. Très peu d'études fournissent des informations sur les résultats à long terme de la QVLS chez les personnes âgées en réanimation [50,59,65,70,129].

a. Les études démontrant une amélioration de la QVLS

Pour ces études, l'évolution de la QLSV après un séjour en réanimation est un processus dynamique qui passe par une phase d'altération précoce puis s'améliore pour finalement revenir, dans la plupart des cas, pratiquement à son niveau de base après six à douze mois et cela indépendamment de l'âge ou de la pathologie aiguë [93,130].

Les résultats d'amélioration de la QVLS ont été démontrés depuis les années 90 à nos jours. Ainsi entre 1990 et 2000, des études ont suggéré que la majorité des survivants parmi les personnes âgées ont déclaré que leur QVLS est restée inchangée ou s'est améliorée [46,65,66,131].

Parmi elles, celle de Chelluri et al. qui ont montré dans un petit échantillon de 32 patients médicaux de réanimation que la QVLS des patients âgés s'est légèrement améliorée un an après la sortie de réanimation [65]. Ils ont également comparé la QVLS des personnes âgées de 65 à 74 ans ($n = 15$) à celles des 75 ans et plus ($n = 17$) et ont constaté qu'elle a été similaire entre les deux groupes à un, trois, six et douze mois après la sortie de la réanimation [65].

La même année, Rockwood et al. ont comparé les personnes âgées de moins de 65 ans ($n = 225$) aux personnes de 65 ans et plus ($n = 143$) sur leur QVLS et leur capacité à effectuer leurs tâches quotidiennes de façon autonome un an après la réanimation [66]. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes pour l'état de santé subjectif qui a été déclaré bon ou très bon par près des deux tiers des deux groupes. De plus, les personnes âgées ont déclaré plus de satisfaction à l'égard de leur état de santé que le groupe plus jeune.

En 1997, McHugh et al ont comparé deux groupes de personnes âgées hospitalisés en réanimation de chirurgie cardiaque et ont montré que leur QVLS a été satisfaisante après leur sortie de l'hôpital [131].

Ces résultats ont été réconfortés après les années 2000 par plusieurs autres études [13,20,30,57,60,101,132].

Ainsi Kaarlola et al ont évalué la QVLS d'un échantillon de 299 patients âgés survivants dix mois à sept ans après leur sortie de réanimation et ont noté que 88% d'entre-eux ont évalué leur état de santé « actuel » comme satisfaisant à bon, que 53% n'ont eu besoin d'aucune aide et qu'un tiers vivait seul [30]. De plus, 48% de ces patients ont considéré que leur QVLS a été similaire ou meilleure que celle qu'ils ont affichée avant l'hospitalisation en réanimation.

D'autre part, de Rooij et al. ont conclu que les survivants âgés de la réanimation suite surtout à une chirurgie ont montré un statut cognitif, fonctionnel et de qualité de vie valable à bon [60]. Parmi les 204 patients inclus, 5% seulement ont été médicaux et 88% ont eu un séjour en réanimation < 5 jours. La QVLS a été similaire à celle d'une population générale appariée à l'âge sur le long terme.

Dans une population bien choisie de personnes âgées en bonne santé avant l'admission en réanimation, Sacanella et al ont trouvé qu'à la sortie de l'hôpital, la QVLS a été significativement plus basse comparée à la valeur initiale à l'admission mais elle s'est progressivement améliorée au cours des mois suivants [57]. Par conséquent, les auteurs ont conclu que la QVLS était apparemment bonne chez les survivants bien qu'une forte augmentation de la prévalence des syndromes gériatriques ait été observée [57].

L'étude de Jeitziner et al a comparé le groupe de personnes âgées de réanimation (n=124) à un groupe contrôle de personnes âgées de la population générale non hospitalisée (n=135) [2]. Les patients de réanimation ont eu une QVLS significativement plus basse que le groupe contrôle à une semaine avant l'hospitalisation ainsi qu'à 6 mois et 12 mois de la sortie mais aucun changement significatif de la QVLS n'a été noté dans le groupe de réanimation pendant l'année de suivi. Le fait qu'un an après la sortie de l'hôpital, la QVLS ait été comparable à celle avant le séjour en réanimation a conduit les auteurs à conclure que les patients âgés disposent de réserves physiologiques et psychologiques nécessaires pour tolérer un séjour en réanimation [2].

Plus récemment en Australie, Levinston et al ont évalué la QVLS à trois mois, six mois, 12 mois et 24 mois après la réanimation chez 348 patients âgés de 80 ans et plus (176 patients de chirurgie cardiaque et 172 autres médico-chirurgicaux) [133]. Sur toute la période de suivi, ils ont relevé une préservation des deux scores résumés du MOS SF-36 (SRP et SRM) dans le groupe de patients médico-chirurgicaux et une amélioration significative à partir du sixième mois post-réanimation de ces mêmes scores dans le groupe de chirurgie cardiaque. Dans la majorité des cas, le mode de vie antérieur a été préservé.

Dans d'autres études, la perception de la QVLS après un séjour en réanimation a été jugée satisfaisante ou bonne par les personnes âgées [13,20,101,132,134]. Elle s'est révélée similaire à la population générale et meilleure que celle des patients plus jeunes [20,134].

b. Les études démontrant une QVLS altérée

Contrairement aux études sus-citées, d'autres auteurs avancent que les patients âgés se détériorent au cours de leur séjour en réanimation, s'améliorent après la sortie de l'hôpital mais ne parviennent pas à revenir au niveau de pré-admission même après un très long suivi [16]. Ces personnes âgées présentent de mauvais résultats dans la plupart des domaines de la QVLS, en particulier dans les dimensions physiques par rapport à la population générale appariée selon l'âge ou aux patients plus jeunes [12].

Vazquez Mata et al., utilisant le questionnaire Fernandez QOL déjà utilisé et validé par eux-mêmes, ont constaté que la cohorte de personnes âgées de leur échantillon de patients ont eu la plus grande réduction de la QVLS après la sortie de la réanimation comparativement à la valeur initiale [100]. Leur questionnaire a porté sur les communications orales, le contrôle des sphincters, la motricité fine, l'exercice physique, la mobilité et la dépendance, les médicaments, le travail ou d'autres activités.

Montuclard et al ont évalué la QVLS de 30 patients d'un âge ≥ 70 ans hospitalisés en réanimation durant plus de 30 jours [59]. Tous les patients ont bénéficié d'une ventilation mécanique et ont été évalués en moyenne 557 ± 117 jours après leur sortie. Ils ont alors observé, qu'en dépit du maintien de leur indépendance, les patients estimaient que leur QVLS avait diminué dans les domaines de la santé globale, la mémoire, la sociabilité et des loisirs.

En 2007, Merlani et al ont comparé la QVLS de 36 patients d'un âge ≥ 70 ans hospitalisés en réanimation pour pathologies abdominales avec celle de la population générale de même âge [134]. Les deux groupes ont eu les mêmes

scores de leur QVLS avant l'hospitalisation du groupe de survivants atteints de pathologies abdominales. Deux ans après la sortie de réanimation, les auteurs ont noté une baisse du SRP du MOS SF-36 comparativement à la population générale appariée alors que le SRM est resté similaire.

Toujours en 2007, Viricel et al ont étudié la QVLS de 28 patients survivants de plus de 80 ans trois mois après un séjour en réanimation [31]. Le SRP du MOS SF-36 s'est significativement abaissé par rapport au mois précédant l'admission. Parallèlement, il n'y a pas eu de modification significative du SRM du MOS SF-36. L'abaissement des scores de leur population entre le mois précédent et la fin du troisième mois après la sortie de réanimation a été statistiquement significatif pour les dimensions « Activité physique », « Limitations physiques » et, comme cité précédemment, SRP.

Notre étude et nos résultats s'inscrivent dans cette dernière catégorie puisque nous avons observé une baisse significative de la QVLS aussi bien sur le plan physique que mental après trois mois de la sortie de la réanimation.

c. Limites des comparaisons des études sur la QVLS chez les personnes âgées

Il faut être très prudent dans la comparaison directe entre nos résultats et ceux des autres études sur la QVLS des personnes âgées après un séjour en réanimation. En effet, les écarts de résultats entre les études peuvent être dues à des différences méthodologiques relatives à la conception globale de l'étude, à la population étudiée, aux instruments de mesure utilisés parfois, à la période de suivi, à la disponibilité des mesures de base ou aux différences de terminologie [13,26,60].

Concernant ce dernier point, la variation entre les études en ce qui concerne la définition de la terminologie « personnes âgées » pose une difficulté insurmontable dans la comparaison des résultats entre études [16]. Certaines études ne donnent pas une définition cohérente des personnes âgées bien qu'il est généralement admis le seuil de 65 ans pour qualifier cette catégorie de la population [16]. Cependant, il serait erroné de considérer toutes les personnes âgées de plus de 65 ans comme constituant un groupe homogène [16]. Dans notre étude, c'est le seuil de 65 ans qui a été retenu et les différentes tranches d'âge ne sont pas équitablement représentées : 35,6% de patients âgés de moins de 70 ans, 28% entre 70 et 75 ans, 19,5% entre 75 et 80, 14,4% entre 80 et 85 et seulement 2,5% au-delà de 85 ans. Or la plupart des études ont porté soit sur des patients de 70 ans ou plus, seuil correspondant au 2/3 environ de nos patients, soit sur des patients âgés de plus de 80 ans qui représentent seulement 16,9% de notre population. On comprend mieux alors les limites de la comparaison de nos résultats avec ceux de sous-populations spécifiques.

La grande hétérogénéité dans les résultats obtenus peut être aussi due au statut pré-morbide des patients, au diagnostic principal à l'admission en réanimation et au type de réanimation (chirurgicale ou médicale) [30,51,52,59,135,136].

Il faut aussi noter que parmi les principales limites de certaines études, on note la taille de l'échantillon, l'absence d'évaluation de la QVLS avant l'entrée en réanimation et, parfois, l'utilisation d'échelles de mesure non validées [30,51,59,60,65]. A ce titre, beaucoup d'études n'ont pas étudié les propriétés psychométriques des instruments utilisés [16]. Dans notre étude, nous avons tenu compte de ce point particulier et avons préféré utilisé le MOS SF-36 déjà évalué dans notre service de réanimation sur une population générale composée

de patients médicaux [33] pour ensuite étudier dans la présente étude sa fiabilité et sa validité chez les personnes âgées incluses.

Enfin, il convient de noter que les résultats de ces études ont pu surestimer l'état de santé ultérieur des patients âgés gravement malades, en particulier parce que seuls ceux qui devraient survivre aux soins intensifs seraient admis [16].

d. Ecart entre les déficiences physiques et mentales chez les personnes âgées

Dans certaines études, une discordance entre l'état fonctionnel diminué et les variations signalées de la QVLS a été notée [31,59,70]. Une bonne perception de la QVLS, malgré une déficience physique, peut être attribuable à une baisse des attentes de la vie par les personnes âgées après une maladie grave. Ces patients ajustent probablement leurs attentes lorsqu'ils sont confrontés à une maladie grave et à un handicap, ce qui peut les conduire à attribuer des notes plus élevées à leur qualité de vie [20]. De plus, Winter et al ont démontré que les personnes âgées malades ou fragiles ont exprimé plus souvent leurs préférences pour une vie plus longue malgré des conditions de santé physique compromises que les personnes saines de même âge, ce qui implique que les préférences pour une vie prolongée changent en fonction de l'évolution de l'état de santé [137]. On peut donc suggérer qu'il se produit une évolution des normes internes et de la conceptualisation de la qualité de la vie aboutissant à un changement dans les attentes ou les perceptions de la personne [16]. L'ajustement des attentes peut refléter une réponse adaptative à la détérioration de la perte de fonction liée à l'âge et à la santé [138].

Survivre à une maladie potentiellement mortelle peut offrir des opportunités pour renforcer la force psychologique des personnes âgées et diminuer leur peur

de la mort [20]. Bénéficier d'un sursis au sortir d'une situation aiguë où le pronostic vital est en jeu peut expliquer cette relative tolérance des personnes âgées à une dégradation de leur état physique [31] ?

D'autre part, les personnes âgées acceptent plus facilement que les patients plus jeunes une diminution de leur capacité physique suite à leur séjour en réanimation et s'en accommodent [70,139]. Cet écart entre fonctions perçues et sentiment de bien-être est peut-être lié à une meilleure acceptation des limites au vieillissement et à une meilleure capacité d'adaptation par rapport aux patients plus jeunes [140].

Il faut par contre nuancer ces notions car les évaluations de QVLS peuvent être sujettes à un biais de sélection. En effet, les répondants aux questionnaires de la QVLS après un séjour en réanimation peuvent représenter des patients en meilleure santé [47].

En définitive, nous pouvons résumer schématiquement les différentes situations de la QVLS des personnes âgées avant et après leur séjour en réanimation sur la Figure 11.

QVLS avant la Réanimation	QVLS après la Réanimation
 - vs Population Générale - vs Population de même âge - vs Population de Réa plus jeune	 - vs Population Générale - vs Population de même âge (surtout pour les aspects physiques)  - vs Population de Réa plus jeune (surtout pour les aspects non physiques) - vs Même population avant Réa

Figure 11 : Résumé schématique des résultats de la QVLS des patients âgés ayant séjourné en réanimation ; QVLS : qualité de vie lié à la santé ; vs : versus ; Réa = Réanimation
 = Réduction ;  = Stabilité ou équivalence [24]

e. Facteurs influençant les variations de la QVLS

Les résultats de la littérature sur les facteurs influençant la QVLS après un séjour en réanimation sont très variables. Dans notre étude, nous avons étudié les facteurs liés aux scores résumés du MOS SF-36 observés trois mois après la sortie de la réanimation des patients ainsi que ceux corrélés aux variations de ces scores entre les périodes pré et post-réanimation. Ainsi, les facteurs indépendants corrélés négativement au SRP à trois mois étaient l'âge et l'état fonctionnel antérieur selon la classification de Knaus. Pour le SRM, on a retrouvé également deux facteurs indépendants : les limitations physiques antérieures selon la classification de Knaus ainsi que le statut social. Ce dernier facteur signifie que les patients vivant seuls disposaient d'un meilleur SRM que ceux qui vivaient en famille.

Concernant les variations des scores résumés entre les deux temps de mesure (un mois avant et trois mois après la réanimation), les modifications du SRP

observées semblent influencées par le pronostic des comorbidités selon l'échelle de Mac Cabe et la gravité de la maladie tandis que celles du SRM semblent liées seulement au niveau d'instruction. Autrement dit, plus la maladie est grave à l'admission en réanimation et le patient atteint de maladie(s) chronique(s), plus la composante physique de sa QVLS est basse. D'autre part, l'absence d'un niveau d'études chez le patient s'accompagne d'une santé psychique plus altérée après un séjour en réanimation. Si tous les autres facteurs influençant la QVLS ont été décrits dans la littérature, ce dernier paramètre relatif au niveau d'instruction n'a jamais été rapporté bien que recueilli par certains auteurs. Selon notre étude, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'instruction académique aiderait les personnes une fois âgées à mieux affronter et gérer les problèmes psychiques induits à court terme par un séjour en réanimation.

Une qualité de vie réduite avant l'admission s'est avérée corrélée à une mauvaise QVLS après le séjour en soins intensifs [92]. Comme dans notre étude, des auteurs ont aussi appuyé l'idée que les comorbidités peuvent être un facteur important dans la réduction des dimensions de la QVLS parmi les patients qui ont été traités en réanimation [104,141,142]. Parmi les autres facteurs influençant cités par différentes études, on retrouve les capacités physiques de la QVLS, l'âge, le diagnostic d'admission, la sévérité de la maladie aiguë, la durée de séjour et la réadmission à l'hôpital [12,28,43] (Figure 12).

Dans une récente publication, Jeitziner et al ont constaté qu'un SRP du MOS SF-36 bas est associé à une insuffisance rénale aiguë, une chirurgie cardiaque et une forte gravité de la maladie et qu'un SRM du MOS SF-36 bas est associé aux actes de soins tels que les aspirations trachéales ou les changements de position et aux maladies cardiovasculaires [2]. Ceci a incité les auteurs à insister sur

l'attention particulière qui doit être accordée à la mise au point et à l'utilisation de méthodes visant à réduire la souffrance au cours des actes de soins de routine en réanimation [2]. A ce titre, Schelling et al. ont constaté auparavant que les anciens patients de réanimation qui se sont souvenus de la douleur et d'autres situations traumatiques éprouvées pendant leur séjour en réanimation ont eu une QVLS plus basse [143].

Dans une population générale de réanimation âgée en moyenne de 57 ± 17 ans [Extrêmes : 45–71 ans], Wehler et al. ont confirmé que les patients ayant une défaillance rénale ou respiratoire ont eu la plus grande détérioration du score SRP du MOS SF-36 [94].

En revanche, dans certaines études, des facteurs tels que l'âge, la gravité de la maladie, l'hospitalisation prolongée en réanimation et la ventilation mécanique prolongée n'ont pas été considérés comme des indicateurs d'une réduction de la QVLS après un séjour en réanimation [12,28,59,93]. Comme dans le cas de la mortalité, on remarque que la littérature fournit des informations très diverses. Ceci s'explique par l'hétérogénéité des groupes en termes d'âge ou de pathologie ainsi que par la durée séparant le séjour en réanimation de l'évaluation qui peut varier de quelques semaines à plusieurs années [47].

Le statut de vie (vivant seul ou accompagné) a été bien analysé [30,31,101]. Une seule étude a trouvé un résultat similaire au nôtre révélant ainsi que les personnes âgées qui ont eu de l'aide de leurs proches ont pu vivre chez eux avec une QVLS moins bonne que celle des personnes sans aide des proches [30]. Ceci va à l'encontre de l'idée défendue que l'acceptation du handicap physique

chez les personnes âgées est meilleure quand elles ont un réseau social actif [59].

Par contre, dans une étude concernant deux groupes de patients de plus de 80 ans définis par le degré d'isolement social, il a été trouvé que ceux qui vivaient seuls avaient présenté un abaissement du score « Vie et relations avec les autres » (correspondant au « Fonctionnement social ») au cours du temps significativement plus important que ceux qui vivaient accompagnés [31]. De plus, bien que non significatif, les auteurs ont noté que le SRM du MOS SF-36 du groupe de patients vivant seuls a baissé alors qu'il a légèrement augmenté dans le second groupe [31]. Le sentiment d'isolement semble s'accroître chez ceux qui le sont déjà plus [31].

Chez la population âgée, l'importance du tissu social et familial est primordial [31,144]. Les patients ont souvent besoin d'un soutien continu de la part de la famille et des soignants après leur retour à la maison, principalement ceux qui ont reçu une ventilation mécanique invasive prolongée [145,146]. Au Maroc, une étude sur une population générale de Tétouan, a révélé que les personnes âgées de plus de 55 ans ont eu une mauvaise perception de la majorité des domaines mesurés du MOS SF-36, surtout ceux en relation avec la sante physique et les relations avec les autres [27]. De plus, les limitations dues à l'état psychique ont été assez importantes, comme cela a aussi été démontré par l'enquête réalisée par le Ministère de la Santé du Maroc en 2003 [147]. Ces personnes âgées ont besoin d'être considérées et appréciées, de se sentir utiles et dignes de vivre [27].

De ce fait, le rôle de la famille et de la société paraît indispensable malgré nos résultats qui n'intéressent que les trois premiers mois suivant la sortie de la réanimation. Une évaluation plus tardive aurait permis peut être de mieux cerner cette problématique.

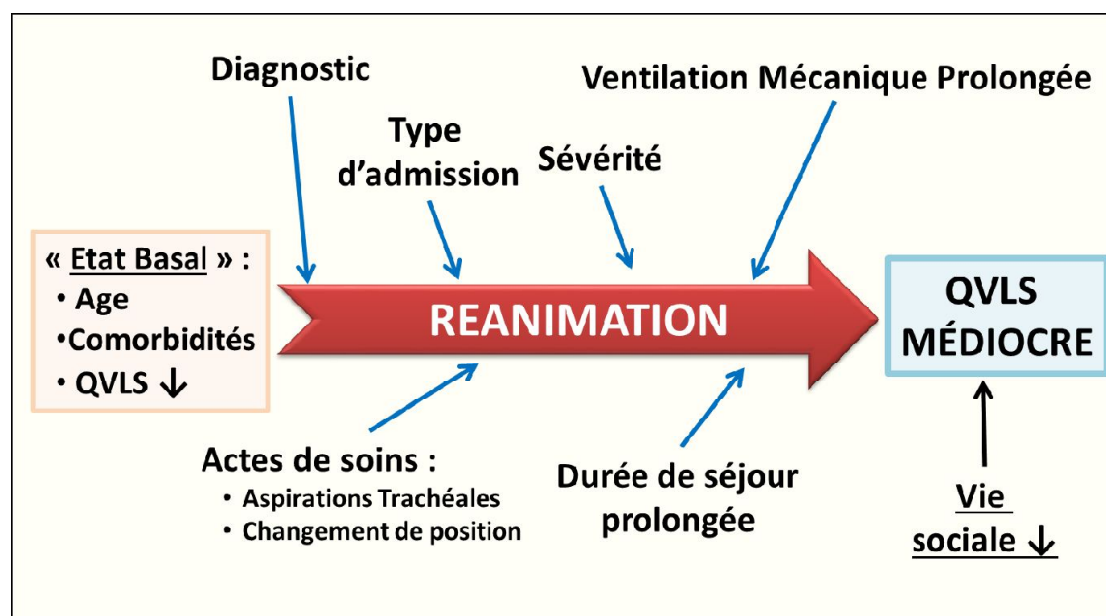


Figure 12 : Principaux facteurs influençant la QVLS des personnes âgées après un séjour en réanimation ; QVLS : qualité de vie liée à la santé

6. Perception du séjour en réanimation par les personnes âgées

Il est intéressant de noter que quel que soit l'âge, les patients qui survivent ont la plupart du temps une bonne perception de leur séjour en réanimation [148]. Cette satisfaction de la prise en charge en réanimation a été rapportée par 93% dans une population d'octogénaire trois mois après leur sortie de la réanimation [31]. Dans cette étude, les raisons de cette perception favorable étaient le désir de vivre, l'angoisse de la mort, l'absence de détérioration des facultés cognitives et le plaisir de garder le lien avec le tissu familial [31].

De plus, dans plusieurs études, la plupart des patients déclarent être disposés à recevoir à nouveau un traitement en réanimation si nécessaire. En effet, entre la moitié à trois quarts des patients seraient d'accord avec une nouvelle admission en réanimation si leur état venait à se détériorer brutalement [20,31,51,57,134,148]. Le fait d'avoir vécu et survécu à un séjour en réanimation pourrait conduire à une opinion plus positive concernant la réadmission en réanimation, et ce d'autant plus que les scores des dimensions « Fonctionnement social » et « Santé générale » sont basses [20,31].

V. Limites de notre étude

Notre étude, qui est la première au Maroc et en Afrique, a plusieurs points forts tels que sa nature prospective, l'inclusion de patients âgés uniquement médicaux, l'utilisation d'une échelle de la QVLS antérieurement validée dans notre propre service, la confirmation de la fiabilité et la validité de cette échelle dans la présente étude et enfin l'évaluation de la QVLS des patients avant l'admission en réanimation.

La QVLS des patients âgés gravement malades après la réanimation et la sortie de l'hôpital a été principalement prise en compte dans les pays développés [9,57,95,149-151] et jamais spécifiquement dans les quelques études menées dans les pays en voie de développement [28,152-154].

Toutefois, certains aspects de notre étude peuvent limiter l'interprétation et la pertinence de nos données. Premièrement, notre étude est monocentrique et, par conséquent, ses résultats ne peuvent pas être extrapolés à tous les patients âgés admis dans d'autres services de réanimation [20]. Deuxièmement, la taille de l'échantillon était relativement petite puisque limitée à 53 patients. Ceci est

courant dans les études monocentriques des populations âgées en réanimation où les effectifs ont pu être beaucoup moindre [12,65,155]. Cette limite est attribuable au taux de mortalité élevé habituel chez les patients âgés qui nécessitent une admission en réanimation [20]. Troisièmement, le délai d'évaluation à la sortie de la réanimation était limité à trois mois seulement [20]. Certes, cette période permet de détecter les altérations rapides de la QVLS mais la prolongation de cette surveillance à six mois et une année aurait fourni une estimation plus solide de la QVLS dont l'évolution après la réanimation est un processus dynamique [25,31]. Pour des raisons principalement logistiques, nous n'avons pu prolonger cette surveillance.

CONCLUSION

Au delà du pronostic vital qui reste assez sombre chez près de la moitié des personnes âgées de notre étude, le suivi à court terme de ces patients après un séjour en réanimation permet de mettre en évidence une altération de la QVLS tant sur le plan physique que psychique. L'altération physique semble liée à l'âge élevé, l'existence antérieure d'importantes limitations physiques et la gravité de la maladie à l'admission en réanimation. Sur le plan mental, la dégradation semble expliquée par le pronostic des comorbidités, l'existence antérieure d'importantes limitations physiques et la présence d'un tissu familial. Ces données interpellent sur les mesures à instaurer afin d'améliorer l'état de ces survivants âgés après leur hospitalisation en réanimation. Au regard de nos résultats, tous les facteurs influençant la QVLS semblent être intrinsèques aux patients eux-mêmes et ne paraissent pas modifiables à notre niveau. En effet, nos résultats jettent la lumière sur de facteurs sociétaux qui mériteraient d'être confirmés par des études locales ou émanant de pays similaires au nôtre. Mais il est fort probable que des interventions spécifiques telles que l'instauration de soins adaptés à cette catégorie de patients, d'une réhabilitation précoce et d'une prise en charge multidisciplinaire systématique tant en réanimation que dans le suivi post-réanimation permettrait d'obtenir de meilleurs résultats.

Nos recherches futures devraient se concentrer sur d'autres variables de pré-admission, d'hospitalisation et de suivi qui pourraient déterminer des cibles de changement dans la gestion de ces patients en réanimation et post-réanimation.

ANNEXES

ANNEXE 1

I. Classification de Knaus

L'état fonctionnel est évalué dans les six mois précédant l'admission et classé en 4 classes A, B, C et D :

- A : Santé normale
- B : Limitation modérée. Ex : Présence d'un traitement chronique
- C : Limitation importante. Ex : Handicap à l'effort, traitement anticancéreux, hémodialyse
- D : Patient grabataire, restriction majeure. Ex : Hospitalisation long séjour, visite hebdomadaire d'un médecin, incapacité à 100 %

II. Echelle de Mac Cabe

Elle décrit le pronostic des comorbidités qui est défini dans les trois mois précédant l'entrée dans le service de réanimation. Elle comprend 3 classes :

- 1 - Maladie mortelle = 0
- 2 - Maladie mortelle à 5 ans
Ex : Insuffisant cardiaque stade III NYHA, insuffisant respiratoire sous O₂ à domicile, cancer non métastaté, hypertension portale.
- 3 - Maladie mortelle à 1 an
Ex : Insuffisant cardiaque stade IV NYHA, insuffisant respiratoire déjà ventilé, cancer métastaté, décompensation hémorragique de cirrhose.

ANNEXE 2

Version Arabe du MOS SF-36

استبيان صحي

الجنس ☐ ذكر

☐ أنثى

العمر _____ سنة

- المؤهل العلمي:
- ☐ ابتدائي
 - ☐ اعدادي
 - ☐ ثانوي
 - ☐ بكالوريوس
 - ☐ ماجستير
 - ☐ دكتوراه

من فضلك، أجب على كل الأسئلة الموجودة في هذا الاستبيان. في حالة عدم وضوح أي سؤال، أرجو اختيار أقرب إجابة لفهمك للسؤال.

١- بصورة عامة، كيف ترى حالتك الصحية؟

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

- ☐ ممتازة
- ☐ جيد جداً
- ☐ جيدة
- ☐ لا بأس بها
- ☐ سيئة

٢- مقارنة بعام مضى، كيف تقيم حالتك الصحية الآن بصورة عامة؟

(اختر إجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الإجابة المناسبة)

- ☐ أفضل بكثير مما كانت عليه قبل عام
- ☐ أفضل نوعاً ما من العام الماضي
- ☐ تقريباً على ما هي عليه
- ☐ أسوأ نوعاً ما من العام الماضي
- ☐ أسوأ بكثير مما كانت عليه قبل عام

٣- تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن أن تقوم بها خلال يومك العادي، في الوقت الحالي، إلى أي مدى تقيدك حالتك الصحية:

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

لا تقيدني اطلاقا	نعم تقيدني قليلا	نعم تقيدني كثيرا	
☐	☐	☐	أ) من ممارسة الأنشطة الشاقة مثل: الجري، حمل الأشياء الثقيلة أو مزاولة الأنشطة الرياضية المجهدة جدا؟
☐	☐	☐	ب) من ممارسة الأنشطة متوسطة الجهد، كتحريك الطاولة أو التنظيف باستخدام المكينة الكهربائية أو تنظيف حديقة المنزل والعناية بها ؟
☐	☐	☐	ج) من حمل المشتريات من البقالة أو السوق المركزي (السوبرماركت)؟
☐	☐	☐	د) من صعود الدرج لعدة ادوار؟
☐	☐	☐	هـ) من صعود الدرج لدور واحد فقط؟
☐	☐	☐	و) من الانحناء أو الركوع أو السجود ؟
☐	☐	☐	ز) من المشي لأكثر من كيلومتر ونصف؟
☐	☐	☐	ح) من المشي لمسافة نصف كيلومتر؟
☐	☐	☐	ط) من المشي لمسافة مئة متر؟
☐	☐	☐	ي) من الاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسك؟

الصحة الجسمية

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

		٤- تتعلق البنود التالية (أ ، ب ، ج ، د) بالمشاكل التي يمكن ان تواجهك خلال تأديتك لعملك او للأنشطة اليومية المعتادة نتيجة لحالتك الصحية الجسمية. خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية الجسمية في:
لا	نعم	
☐	☐	(أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي أنشطة أخرى؟
☐	☐	(ب) التقليل مما تود انجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟
☐	☐	(ج) تقييدك في أداء نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى؟
☐	☐	(د) أن تجد صعوبة في تأدية العمل أو أي أنشطة أخرى؟ (على سبيل المثال، احتجت الى جهد اضافي لتأديتها)

الصحة النفسية

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

		٥- تتعلق البنود التالية (أ ، ب ، ج ، د) بالمشاكل التي يمكن ان تواجهك خلال تأديتك لعملك او للأنشطة اليومية المعتادة كنتيجة لحالتك الصحية النفسية. (مثلا الشعور بالاكئاب أو القلق) خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية النفسية في:
لا	نعم	
☐	☐	(أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي أنشطة أخرى؟
☐	☐	(ب) التقليل مما تود انجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟
☐	☐	(ج) عدم انجاز العمل أو أي أنشطة أخرى بالحرص المعتاد؟

الصحة الجسمية او النفسية

٦- خلال الاسبوع الاربعة الماضية، الى اي مدى تعارضت صحتك الجسمية او النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية المعتادة مع عائلتك او اصدقائك او جيرانك او اي من المناسبات الاجتماعية الأخرى؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ لم يكن هناك أي تعارض اطلاقا
- ☐ كان هناك تعارض قليل
- ☐ كان هناك تعارض متوسط
- ☐ كان هناك تعارض كبير
- ☐ كان هناك تعارض كبير جدا

شدة الألم

٧- ما شدة الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الاسبوع الاربعة الماضية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ لم يكن هناك أي ألم
- ☐ كان هناك ألم خفيف جدا
- ☐ كان هناك ألم خفيف
- ☐ كان هناك ألم متوسط
- ☐ كان هناك ألم شديد
- ☐ كان هناك ألم شديد جدا

٨- خلال الاسبوع الاربعة الماضية، الى اي مدى ادى الألم الجسمي الى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء داخل المنزل او خارجه)؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ☐ لم يكن هناك أي تعارض
- ☐ كان هناك تعارض قليل جدا
- ☐ كان هناك تعارض متوسط
- ☐ كان هناك تعارض كبير
- ☐ كان هناك تعارض كبير جدا

٩- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك خلال الأسابيع الأربعة الماضية، الرجاء إعطاء اجابة واحدة لكل سؤال بحيث تكون هذه الاجابة هي الأقرب الى الحالة التي كنت تشعر بها.
خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم من الوقت:

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

لم اشعر في أي وقت من الأوقات	في قليل من الأوقات	في بعض الأوقات	في كثير من الأوقات	في معظم الأوقات	في كل الأوقات	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	أ) شعرت بأنك ملئ بالحيوية والنشاط؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ب) كنت شخصا عصيبا جدا؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ج) شعرت بأنك في حالة اكتئاب الى درجة لم يمكن معها ادخال السرور اليك؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	د) شعرت بالهدوء والطمأنينة؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	هـ) كانت لديك طاقة كبيرة؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	و) شعرت بالاحباط واليأس؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ز) شعرت بأنك منهك (استنفذت قواك)؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ح) شعرت بأنك شخص سعيد؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ط) شعرت بأنك تعبان؟

١٠- خلال الاسبوع الاربعة الماضية، ما مقدار الوقت الذي تعارضت فيه صحتك الجسمية او مشاكلك النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الاصدقاء والاقارب وغير ذلك) ؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ امام الاجابة المناسبة)

- ☐ كان التعارض في كل الاوقات
- ☐ كان التعارض في معظم الاوقات
- ☐ كان التعارض في بعض الاوقات
- ☐ كان التعارض في قليل من الاوقات
- ☐ لم يكن هناك تعارض في أي وقت من الاوقات

١١- ما مدى صحة او خطأ كل من العبارات التالية (أ ، ب ، ج ، د)

بالنسبة الى حالتك الصحية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

خطا بلا شك	خطا غالبيا	لا اعلم	صحيحة غالبيا	صحيحة بلا شك	
☐	☐	☐	☐	☐	(أ) يبدو أنني أصاب بالمرض أسهل من الآخرين.
☐	☐	☐	☐	☐	(ب) حالتي الصحية مساوية لأي شخص أعرفه.
☐	☐	☐	☐	☐	(ج) أتوقع أن تسوء حالتي الصحية.
☐	☐	☐	☐	☐	(د) حالتي الصحية ممتازة.

***** شكراً لتعاونكم *****

ANNEXE 3

Les huit dimensions du MOS SF-36

Nom des dimensions	Symbole	Définition du contenu
Activité physique (Physical functioning)	PF	Mesure les limitations des activités physiques telles marcher, monter les escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés
Limitations physiques (Role physical)	RP	Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser
Douleurs physiques (Bodily physical)	BP	Mesure l'intensité de la douleur et la gêne occasionnée
Santé générale (General Health)	GH	Autoévaluation de la santé générale, résistance à la maladie
Vitalité (Vitality)	VT	Autoévaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue
Fonctionnement social (Social functioning)	SF	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique
Limitations émotionnelles (Role emotional)	RE	Mesure de la gêne, due aux problèmes psychiques, dans les activités quotidiennes
Santé mentale (Mental health)	MH	Autoévaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être (bonheur)

ANNEXE 4

Modèle conceptuel du MOS SF-36

Questions		Dimensions		Scores résumés
PF1 PF2 PF3 PF4 PF5 PF6 PF7 PF8 PF9 PF10	3a 3b 3c 3d 3e 3f 3g 3h 3i 3j	Activité physique (Physical functioning)	PF	Score Résumé Physique (Physical Component Score)
RP1 RP2 RP3 RP4	4a 4b 4c 4d	Limitations physiques (Role physical)	RP	
BP1 BP2	7 8	Douleurs physiques (Bodily physical)	BP	
GH1 GH2 GH3 GH4 GH5	1 11a 11B 11c 11d	Santé générale (General Health)	GH	
VT1 VT2 VT3 VT4	9a 9e 9g 9i	Vitalité (Vitality)	VT	Score Résumé Psychique (Mental Component Score)
SF1 SF2	6 10	Fonctionnement social (Social functioning)	SF	
RE1 RE2 RE3	5a 5b 5c	Limitations émotionnelles (Role emotional)	RE	
MH1 MH2 MH3 MH4 MH5	9b 9c 9d 9f 9h	Santé mentale (Mental health)	MH	

ANNEXE 5

I. Items des dimensions du MOS SF-38 en Français

- PF1 : Efforts physiques importants tels que soulever un objet lourd, faire du sport, etc.
PF2 : Efforts physique modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...
PF3 : Soulever et porter les courses
PF4 : Monter plusieurs étages par l'escalier
PF5 : Monter un étage par l'escalier
PF6 : Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir
PF7 : Marcher plus d'un kilomètre à pied
PF8 : Marcher plusieurs centaines de mètres
PF9 : Marcher une centaine de mètres
PF10 : Prendre un bain, une douche ou s'habiller
- RP1 : Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?
RP2 : Avez-vous accompli moins de chose que ce que vous auriez souhaité ?
RP3 : Avez-vous du arrêter de faire certaines choses?
RP4 : Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (Par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)
- BP1 : Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?
BP2 : Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?
- GH1 : Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :
GH2 : Je tombe malade plus facilement que les autres
GH3 : Je me porte aussi bien que n'importe qui
GH4 : Je m'attends à ce que ma santé se dégrade
GH5 : Je suis en parfaite santé
- VT1 : Vous vous êtes senti(e) dynamique ?
VT2 : Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?
VT3 : Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?
VT4 : Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?
- SF1 : Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est ce que votre état de santé, physique ou émotionnelle, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?
SF2 : Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnelle, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

RE1 : Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?
RE2 : Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?
RE3 : Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ?

MH1 : Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ?
MH2 : Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
MH3 : Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?
MH4 : Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?
MH5 : Vous vous êtes senti(e) bien dans votre peau ?

HT : Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

II. Choix de réponses aux questions du MOS SF-36

PF1, PF2, PF3, PF4, PF5, PF6, PF7, PF8, PF9, PF10 :
Oui, beaucoup limité(e) - Oui, un peu limité(e) - Non, pas du tout limité(e)

RP1, RP2, RP3, RP4, RE1, RE2, RE3 : Oui - Non
BP1 : Nulle - Très faible - Faible - Moyenne - Grande - Très grande

BP2, SF1 : Pas du tout - Un petit peu - Moyennement Beaucoup - Enormément
SF2 : En permanence - Une bonne partie du temps - De temps en temps - Rarement - Jamais

GH1 : Excellente - Très bonne - Bonne - Médiocre - Mauvaise

GH2, GH3, GH4, GH5 :
Totalement vraie - Plutôt vraie - Je ne sais pas - Plutôt fausse - Totalement fausse

VT1, VT2, VT3, VT4, MH1, MH2, MH3, MH4, MH5 :
En permanence - Très souvent - Souvent - Quelquefois - Rarement - Jamais

HT :
Bien meilleur que l'an dernier - Plutôt meilleur - A peu près pareil - Plutôt moins bon - Beaucoup moins bon

REFERENCES

1. Ricou B, Merlani P. Qualité de vie après les soins intensifs. *Rev Med Suisse* 2003 ; 1 : 23458.
2. Jeitziner MM, Zwakhalen SM, Bürgin R, Hantikainen V, Hamers JP. Changes in health-related quality of life in older patients one year after an intensive care unit stay. *J Clin Nurs* 2015 ; 24 : 3107-17.
3. Rady MY, Johnson DJ. Hospital discharge to care facility : a patient centered outcome for the evaluation of intensive care for octogenarians. *Chest* 2004 ; 126 : 1583-91.
4. Knaus WA, Harrell FE Jr, Lynn J, Goldman L, Phillips RS, Connors AF Jr et al. The SUPPORT prognostic model. Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *Ann Intern Med* 1995 ; 122 : 191-203.
5. Capuzzo M, Bianconi M. Our paper 20 years later : 1-year survival and 6-month quality of life after intensive care. *Intensive Care Med* 2015 ; 41 : 605-14.
6. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU : patients' evaluation. *Intensive Care Med* 1997 ; 23 : 1282-5.
7. Hopkins RO, Weaver LK, Pope D, Orme JF, Bigler ED, Larson-LOHR V. Neuropsychological sequelae and impaired health status in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1999 ; 160 : 50-6.
8. Schelling G, Richter M, Roozendaal B, Rotenhäusler HB, Krauseneck T, Stoll C et al. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality of life outcomes after cardiac surgery. *Crit Care Med* 2003 ; 31 : 1971-80.
9. Hofhuis JG, Spronk PE, van Stel HF, Schrijvers GJ, Rommes JH, Bakker J. The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay, and after hospital discharge : a longterm follow-up study. *Chest* 2008 ; 133 : 377-85.
10. Williams TA, Dobb GJ, Finn JC, Knuiman MW, Geelhoed E, Lee KY et al. Determinants of long-term survival after intensive care. *Crit Care Med* 2008 ; 36 : 1523-30.
11. Bienvenu OJ, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Dinglas VD, Shanholtz C, Husain N et al. Depressive symptoms and impaired physical function after acute lung injury : a 2-year longitudinal study. *Am J Respir Crit Care Med* 2012 ; 185 : 517-24.
12. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care : a systematic review of the literature. *Critical Care Medicine* 2010 ; 38 : 2386-400.
13. Vest MT, Murphy TE, Araujo KL, Pisani MA. Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors : a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2011 ; 9 : 9.
14. ONU. World population ageing 2013, Statistical Papers - United Nations (Ser. A), Population and Vital Statistics Report, Nations Unies, New York ; 2014.
15. Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot JP, Ganancia O et al. Effect of systematic intensive care unit triage on long-term mortality among critically ill elderly patients in France. A randomized clinical trial. *JAMA* 2017 ; 318 : 1450-9.
16. Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, Noseworthy T, Doig C. Outcomes of elderly survivors of intensive care. A review of the literature. *Chest* 2005 ; 127 : 1764-74.

17. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit ? *Intensive Care Med* 2007 ; 33 : 1252-62.
18. Haut commissariat au Plan. Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux. Rabat : Centre d'études et de recherches démographiques ; 2009.
19. Pisani MA: Considerations in caring for the critically ill older patient. *J Intensive Care Med* 2009, 24 : 83-95.
20. Tabah A, Philippart F, Timsit JF, Willems V, Français A, Leplège A et al. Quality of life in patients aged 80 or over after ICU discharge. *Critical Care* 2010 ; 14 : R2.
21. Nguyen YL, Angus DC, Boumendil A, Guidet B. The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care* 2011 ; 1 : 29.
22. Conti M, Merlani P, Ricou B. Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Med Wkly* 2012 ; 142 : w13671.
23. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med* 2006 ; 34 : S176-82.
24. Chenaud C, Ricou B, Merlani P. Quelle est la qualité de vie des personnes âgées après un séjour aux soins intensifs ? *Rev Med Suisse* 2006 ; 2 : 31859.
25. Azoulay E, Kentish-Barnes N, Pochard F. Health-related quality of life : an outcome variable in critical care survivors. *Chest* 2008 ; 133 : 339-41.
26. Khouli H, Astua A, Dombrowski W, Ahmad F, Homel P, Shapiro J et al. Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. *Crit Care Med* 2011 ; 39 : 731-7.
27. El Emrani L, Senhaji M, Bendriss A. Mesure de la qualité de vie en relation avec la santé chez la population de Tétouan (Maroc) à l'aide du SF-36 : données normatives et influence du sexe et de l'âge. *East Mediterr Health J* 2016 ; 22 : 133-41.
28. Mafra JM, Maria da Silva J, Yamada da Silveira LT, Fu C, Tanaka C. Quality of life of critically ill patients in a developing country : a prospective longitudinal study. *J Phys Ther Sci* 2016 ; 28 : 2915-20.
29. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA* 1998 ; 279 : 1187-93.
30. 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* 2006 ; 34 : 2120-6.
31. Viricel L, Auboyer C, Sauron C, Mathern P, Gonthier R. Devenir et qualité de vie d'une population âgée de plus de 80 ans trois mois après un séjour en réanimation. *Ann Readapt Med Phys* 2007 ; 50 : 590-9.
32. 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* 2012 ; 54 : e193-8.
33. Khoudri I, Zeggwagh AA, Abidi K, Madani N, Abouqal R. Measurement properties of the Short Form 36 and health-related quality of life after intensive care in Morocco. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007 ; 51 : 189-97.
34. Khoudri I, Belayachi J, Dendane T, Abidi K, Madani N, Zekraoui A et al. Measuring quality of life after intensive care using the Arabic version for Morocco of the EuroQol 5 Dimensions. *BMC Res Notes* 2012 ; 5 : 56.

- 35. Hinaut R**, Chabartier C, Ferge JL, Resiere D, Schloesser M, Sabia M et al. Devenir des personnes âgées après un séjour en réanimation : qualité de vie à 6 mois et mortalité. *Anesth Reanim* 2015 ; 1 Suppl 1 : 371-2. [Abstract]
- 36. Leplège A**, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris : Éditions ESTEM ; 2001. 156p.
- 37. Chrispin PS**, Scotton H, Rogers J, Lloyd D, Ridley SA. Short Form 36 in the intensive care unit : assessment of acceptability, reliability and validity of the questionnaire. *Anaesthesia* 1997 ; 52 : 15-23.
- 38. Heyland DK**, Hopman W, Coe H, Tranmer J, McColl MA. Long term health-related quality of life in survivors of sepsis. Short form 36 : a valid and reliable measure of health-related quality of life. *Crit Care Med* 2000 ; 28 : 3599-605.
- 39. Ware JE**, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 ; 30 : 473-83.
- 40. Busija L**, Pausenberger E, Haines TP, Haymes S, Buchbinder R, Osborne RH. Adult measures of general health and health-related quality of life. *Arthritis Care Res* 2011; 63 Suppl 11 : 383-412.
- 41. Capuzzo M**, Grasselli C, Carrer S, Gritti G, Alvisi R. Quality of life before intensive care admission : agreement between patient and relative assessment. *Intensive Care Med* 2000 ; 26 : 1288-95.
- 42. Hofhuis J**, Hautvast JL, Schrijvers AJ, Bakker J. Quality of life on admission to the intensive care : can we query the relatives ? *Intensive Care Med* 2003 ; 29 : 974-9.
- 43. Dowdy DW**, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Herridge MS et al. Quality of life in adult survivors of critical illness : a systematic review of the literature. *Intensive Care Med* 2005 ; 31 : 611-20.
- 44. Saint Jean O**, Loirat P. Réanimation : facteurs et index pronostiques. In : Servin F, ed. *Anesthésie-réanimation du sujet âgé*. Paris : Masson ; 1993. p : 155-62.
- 45. Djaiani G**, Ridley S. Outcome of intensive care in the elderly. *Anaesthesia* 1997 ; 52 : 1130-6.
- 46. Chelluri L**, Pinsky MR, Grenvik AN. Outcome of intensive care of the "oldest-old" critically ill patients. *Crit Care Med* 1992 ; 20 : 757-61.
- 47. Conti M**, Merlani P, Eckert P. Patient âgé aux soins intensifs. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 2494-8.
- 48. Kass JE**, Castriotta RJ, Malakoff F. Intensive care unit outcome in the very elderly. *Crit Care Med* 1992 ; 20 : 1666-71.
- 49. Dardaine V**, Dequin PF, Ripault H, Constans T, Giniès G. Outcome of older patients requiring ventilatory support in intensive care : impact of nutritional status. *J Am Geriatr Soc* 2001 ; 49 : 564-70.
- 50. 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* 2004 ; 30 : 647-54.
- 51. Garrouste-Orgeas M**, Timsit JF, 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* 2006 ; 32 : 1045-51.

- 52.** 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* 2006 ; 32 : 1039-44.
- 53.** 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.
- 54.** Belayachi J, El khayari M, Dendane T, Madani N, Abidi K, Abouqal R et al. Factors predicting mortality in elderly patients admitted to a Moroccan medical intensive care unit. *S Afr J Crit Care* 2012 ; 28 : 22-7.
- 55.** Sacanella E, Pérez-Castejón JM, Nicolás JM, Masanés F, Navarro M, Castro P et al. Mortality in healthy elderly patients after ICU admission. *Intensive Care Med* 2009 ; 35 : 550-5.
- 56.** Wunsch H, Guerra C, Barnato AE, Angus DC, Li G, Linde-Zwirble WT. Three year outcomes for medicare beneficiaries who survive intensive care. *JAMA* 2010 ; 303 : 849-56.
- 57.** Sacanella E, Pérez-Castejón JM, Nicolás JM, Masanés F, Navarro M, Pedro Castro P et al. Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients : a prospective observational study. *Critical Care* 2011 ; 15 : R105.
- 58.** Somme D, Maillet JM, Gisselbrecht M, Novara A, Ract C, Fagon JY. Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care : Short- and long-term outcomes. *Intensive Care Med* 2003 ; 29 : 2137-43.
- 59.** Montuclard L, Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Misset B, de Jonghe B, Carlet J. Outcome, functional autonomy and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med* 2000 ; 28 : 3389-95.
- 60.** de Rooij SE, Govers AC, Korevaar JC, Giesbers AW, Levi M, de Jonge E. Cognitive, functional and quality of life outcomes of patients aged 80 and older who survived at least 1 year after planned or unplanned surgery or medical intensive care treatment. *J Am Geriatr Soc* 2008 ; 56 : 816-22.
- 61.** Champion EW, Mulley AG, Goldstein RL, Barnett GO, Thibault GE. Medical intensive care for the elderly : a study of current use, costs, and outcomes. *JAMA* 1981 ; 246 : 2052-6.
- 62.** Nicolas F, Le Gall JR, Alperovitch A, Loirat P, Villers D. Influence of patients'age on survival, level of therapy and length of stay in intensive care units. *Intensive Care Med* 1987 ; 13 : 9-13.
- 63.** Mahul P, Perrot D, Tempelhoff G, Gaussorgues P, Jospe R, Ducreux JC et al. Short- and long-term prognosis, functional outcome following ICU for elderly. *Intensive Care Med* 1991 ; 17 : 7-10.
- 64.** Mayer-Oakes SA, Oye RK, Leake B. Predictors of mortality in older patients following medical intensive care : the importance of functional status. *J Am Geriatr Soc* 1991 ; 39 : 862-8.
- 65.** Chelluri L, Pinsky MR, Donahoe MP, Grenvik A. Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care. *JAMA* 1993 ; 269 : 3119-23.
- 66.** Rockwood K, Noseworthy TW, Gibney RT, Konopad E, Shustack A, Stollery D et al. One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Crit Care Med* 1993 ; 21 : 687-91.

67. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II : a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985 ; 13 : 818-29.
68. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA* 1993 ; 279 : 2957-63.
69. Van Den Noortgate N, Vogelaers D, Afschrift M, Colardyn F. Intensive care for very elderly patients : Outcome and risk factors for in-hospital mortality. *Age Ageing* 1999 ; 28 : 253-6.
70. 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* 2001 ; 193 : 245-9.
71. Bo M, Massaia M, Raspo S, Bosco F, Cena P, Molaschi M et al. Predictive factors of in-hospital mortality in older patients admitted to a medical intensive care unit. *J Am Geriatr Soc* 2003 ; 51 : 529-33.
72. Esteban A, Anzueto A, Frutos-Vivar F, Alía I, Ely EW, Brochard L. Outcome of older patients receiving mechanical ventilation. *Intensive Care Med* 2004 ; 30 : 639-46.
73. Kleinpell RM, Ferrans CE. Factors influencing intensive care unit survival for critically ill elderly patients. *Heart Lung* 1998 ; 27 : 337-43.
74. Vosylius S, Sipylaite J, Ivaskevicius J. Determinants of outcome in elderly patients admitted to the intensive care unit. *Age Ageing* 2005 ; 34 : 157-62.
75. Dardaine V, Constans T, Lasfargues G et al. Outcome of elderly patients requiring ventilatory support in intensive care. *Aging* 1995 ; 7 : 221-7.
76. Rivera-Fernández R, Sánchez-Cruz JJ, Abizanda-Campos R, Vázquez-Mata G. Quality of life before intensive care unit admission and its influence on resource utilization and mortality rate. *Crit Care Med* 2001 ; 29 : 1701-9.
77. World Health Organization. Basic documents. 46th ed. Geneva : World Health Organization ; 2007.
78. The WHOQOL group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993 ; 2 : 153-9.
79. Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott-Raven ; 1996.
80. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997 ; 278 : 47-50.
81. Chaboyer W, Elliott D. Health-related quality of life of ICU survivors : review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs* 2000 ; 16 : 88-97.
82. Guyatt G H, Jaeschke R, Feeny D H, Patrick D L. Measurements in clinical trials : choosing the right approach. In : Spilker B, éd. *Quality of Life and Pharmacoeconomics*. Philadelphia : Lippincott-Ravin ; 1996. 41p.
83. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience ? *BMJ* 2001 ; 322 : 1240-3.
84. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996 ; 334 : 835-40.
85. World Health Organization. What quality of life ? The WHOQOL Group. *World Health Organization Quality of Life Assessment*. World Health Forum. 1996 ; 17 : 354-6.
86. Iwashyna TJ, Netzer G. The burdens of survivorship: an approach to thinking about long-term outcomes after critical illness. *Semin Respir Crit Care Med* 2012 ; 33 : 327-8.
87. Amarenco G, Bayle B, Lagauche D, Lapeyre E, Sheikh Ismael S. Construction et validation des échelles de qualité de vie. *Ann Readapt Med Phys* 2000 ; 43 : 263-9.

- 88.** Rowan KM, Jenkinson C, Black N. Healthrelated quality of life. In : Angus DC, Carlet J, éd. *Surviving Intensive Care*. Heidelberg : Springer ; 2003. p : 35-50.
- 89.** Ware JE Jr, Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Brazier J et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries : results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 1167-70.
- 90.** Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 health survey questionnaire : is it suitable for use with older adults ? *Age Ageing* 1995 ; 24 : 120-5.
- 91.** Weinberger M, Oddone E, Samsa G, Landsman P. Are health-related quality of life measures affected by the mode of administration ? *J Clin Epidemiol* 1996 ; 49 : 135-40.
- 92.** Welsh CH, Thompson K, Long-Krug S. Evaluation of patient-perceived health status using the Medical Outcome Survey Short-Form 36 in an intensive care unit population. *Crit Care Med* 1999 ; 27 : 1466-71.
- 93.** Graf J, Koch M, Dujardin R, Kersten A, Janssens U. Health-related quality of life before, 1 month after, and 9 months after intensive care in medical cardiovascular and pulmonary patients. *Crit Care Med* 2003 ; 31 : 2163-69.
- 94.** Wehler M, Geise A, Hadzionerovic D, Aljukic E, Reulbach U, Hahn EG et al. Health-related quality of life of patients with multiple organ dysfunction : individual changes and comparison with normative population. *Crit Care Med* 2003 ; 31 : 1094-101.
- 95.** Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Kilonzo M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia* 2005 ; 60 : 332-9.
- 96.** Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O. Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients : a 1-year follow-up study. *Crit Care Med* 2010 ; 38 : 1554-61.
- 97.** Skinner EH, Warrillow S, Denehy L. Health-related quality of life in Australian survivors of critical illness. *Crit Care Med* 2011 ; 39 : 1896-905.
- 98.** Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in 13. Lebanon using SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes* 2003 ; 1 : 30.
- 99.** Khader S, Hourani MM, Al-Akour N. Normative data and psychometric properties of short form 36 health survey (SF-36, version 1.0) in the population of north Jordan. *East Mediterr Health J*. 2011; 17 : 368-74.
- 100.** Vazquez Mata G, Rivera Fernandez R, Gonzalez Carmona A, Delgado-Rodriguez M, Torres Ruiz JM, Raya Pugnaire A et al. Factors related to quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Crit Care Med* 1992 ; 20 : 1257-62.
- 101.** Konopad E, Noseworthy T W, Johnston R, Shustack A, Grace M. Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. *Crit Care Med* 1995 ; 23 : 1653-9.
- 102.** Staquet M, Berzon R, Osoba D, Machin D. Guidelines for reporting results of quality of life assessments in clinical trials. *Qual Life Res* 1996 ; 5 : 496-502.
- 103.** Kleinpell RM, Ferrans CE. Quality of life of elderly patients after treatment in the ICU. *Res Nurs Health* 2002 ; 25 : 212-21.
- 104.** 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. *Critical Care* 2013, 17 : R236

- 105.** Andresen EM, Vahle VJ, Lollar D. Proxy reliability : Health-related quality of life (HRQoL) measures for people with disability. *Qual Life Res* 2001 ; 10 : 609-19.
- 106.** Rothman ML, Hedrick SC, Bulcroft KA, Hickam DH, Rubenstein LZ. The validity of proxy-generated scores as measures of patient health status. *Med Care* 1991 ; 29 : 115-24.
- 107.** Scales D, Tansey C, Matte A, Herridge M. Difference in reported premorbid health-related quality of life between ARDS survivors and their substitute decision makers. *Intensive Care Med* 2006 ; 32 : 1826-31.
- 108.** Epstein A, Hall J A, Tognetti J, Son L H, Conart L. Using proxies to evaluate quality of life can they provide valid information about patient's health status and satisfaction with medical care? *Medical Care* 1989 ; 27 Suppl 3 : 91-8.
- 109 =** Gifford JM, Husain N, Dinglas VD, Colantuoni E, Needham DM. Baseline quality of life before intensive care : a comparison of patient versus proxy responses. *Crit Care Med* 2010 ; 38 : 855-60.
- 110.** Yip JY, Wilber KH, Myrtle RC, Grazman DN. Comparaison of older adult subject and proxy responses on the SF-36 health-related quality of life instrument. *Aging Ment Health* 2001 ; 5 : 136-42.
- 111.** Magaziner J, Simonsick E M, Kashner M, Hebel J R. Patient-proxy response comparability on measures of patient health and functional status. *J Clin Epidemiol* 1988 ; 41 : 1065-74.
- 112.** Sprangers MAG, Aaronson N K. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease : a review. *J Clin Epidemiol* 1992 ; 45 : 743-60.
- 113.** Guyatt G H, Feeney D H, Patrick D L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993 ; 118 : 622-9.
- 114.** Rogers J, Ridley S, Chrispin P, Scotton H, Lloyd D. Reliability of the next of kins' estimates of critically ill patients' quality of life. *Anaesthesia* 1997 ; 52 : 1137-43.
- 115.** Pierre U, Wood-Dauphinee S, Korner-Bitensky N, Gayton D, Hanley J. Proxy use of the Canadian SF-36 in rating health status of the disabled elderly. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 983-90.
- 116.** Ciconelli RM, Ferraz MB. Brazilian Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol* 1999 ; 39 : 143-50.
- 117.** Hough CL, Needham DM. The role of future longitudinal studies in ICU survivors : understanding determinants and pathophysiology of weakness and neuromuscular dysfunction. *Curr Opin Crit Care* 2007 ; 13 : 489-96.
- 118.** Brooks R, Kerridge R, Hillman K, Bauman A, Daffurn K. Quality of life outcomes after intensive care. *Intensive Care Med* 1997 ; 23 : 581-6.
- 119.** Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P, Edell-Gustafsson U, Sjoberg F. Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care : a prospective multicenter cohort study. *Crit Care* 2008 ; 12 : R97.
- 120.** Groot W. Scale of reference bias and the evolution of health. *Eur J Health Econ* 2003 ; 4 : 176-83.
- 121.** Schmier JK, Halpern MT. Patient recall and recall bias of health state and health status. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2004 ; 4 : 159-63.
- 122.** Flaatten H, Kvale R. Survival and quality of life 12 years after ICU : a comparison with the general Norwegian population. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 : 1005-11.

123. Andersen FH, Flaatten H, Klepstad P, Romild U, Kvåle R. Long-term survival and quality of life after intensive care for patients 80 years of age or older. *Ann Intensive Care* 2015 ; 5 : 53.
124. Angus DC, Carlet J. Surviving intensive care : a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med* 2003 ; 29 : 368-77.
125. Kerridge RK, Glasziou PP, Hillman KM. The use of “Quality-Adjusted Life Years” (QALYs) to evaluate treatment in intensive care. *Anaesth Intens Care* 1995 ; 23 : 322-31.
126. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 1061–6.
127. Wehler M, Martus P, Geise A, Bost A, Mueller A, Hahn EG, Strauss R. Changes in quality of life after medical intensive care. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 :154-9.
128. Ridley SA, Wallace PG. Quality of life after intensive care. *Anaesthesia* 1990 ; 45 : 808-13.
129. Engoren M, Arslanian-Engoren C, Steckel D, Neihardt J, Fenn-Buderer N. Cost, outcome, and functional status in octogenarians and septuagenarians after cardiac surgery. *Chest* 2002 ; 122 : 1309-15.
130. Roche VM, Kramer A, Hester E, Welsh CH. Longterm functional outcome after intensive care. *J Am Geriatr Soc* 1999 ; 47 : 18-24.
131. McHugh GJ, Havill JH, Armistead SH, Ullal RR, Fayers TM. Follow up of elderly patients after cardiac surgery and intensive care unit admission, 1991 to 1995. *N Z Med J* 1997 ; 110 : 432-5.
132. Hofhuis JG, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Spronk PE. Changes of health-related quality of life in critically ill octogenarians : a follow- up study. *Chest* 2011 ; 140 : 1473-83.
- 133 = 7. Levinson M, Mills A, Oldroyd J, Gellie A, Barrett J, Staples M et al. The impact of intensive care in a private hospital on patients aged 80 and over : health-related quality of life, functional status and burden versus benefit. *Intern Med J* 2016 ; 46 : 694-702.
134. 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* 2007 ; 51 : 530-7.
135. Demoule A, Cracco C, Lefort Y, Ray P, Derenne JP, Similowski T. Patients aged 90 years or older in the intensive care unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005 ; 60 : 129-32.
136. Rellos K, Falagas ME, Vardakas KZ, Sermaides G, Michalopoulos A. Outcome of critically ill oldest-old patients (aged 90 and older) admitted to the intensive care unit. *J Am Geriatr Soc* 2006 ; 54 :110-4.
137. Winter L, Lawton MP, Ruckdeschel K. Preferences for prolonging life : a prospect theory approach. *Int J Aging Hum Dev* 2003 ; 56 :155-70.
138. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life : the importance of optimism and goal adjustment. *Qual Life Res* 2003 ; 12 : 59-72.
139. Capuzzo M, Moreno RP, Jordan B, Bauer P, Alvisi R, Metnitz PG. Predictors of early recovery of health status after intensive care. *Intensive Care Med* 2006 ; 32 : 1832-8.
140. Carstensen LL, Fung HH, Charles ST. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motiv Emotion* 2003 ; 27 : 103-23.

141. Orwelius L, Nordlund A, Edell-Gustafsson U, Simonsson E, Nordlund P, Kristenson M et al. Role of preexisting disease in patients' perceptions of health-related quality of life after intensive care. *Crit Care Med* 2005 ; 33 : 1557-64.
142. Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P, Simonsson E, Bäckman C, Samuelsson A et al. Pre-existing disease : the most important factor for health related quality of life long-term after critical illness : a prospective, longitudinal, multicentre trial. *Crit Care* 2010 ; 14 : R67.
143. Schelling G, Stoll C, Haller M, Briegel J, Manert W, Hummel T et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine* 1998 ; 26 : 651-9.
144. Fassi Fihri M. État de santé et morbidité chez les personnes âgées au Maroc. In : Haut-Commissariat au Plan, éd. *Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux. Analyse des résultats de l'enquête nationale sur les personnes âgées ENPA 2006*. Rabat : Haut-Commissariat au Plan ; 2009. p : 95–134.
145. Im K, Belle SH, Schulz R, Mendelsohn AB, Chelluri L; QOL-MV Investigators. Prevalence and outcomes of caregiving after prolonged (> or =48 hours) mechanical ventilation in the ICU. *Chest* ; 2004 ; 125 : 597-606.
146. Cox CE, Carson SS, Lindquist JH, Olsen MK, Govert JA Chelluri L et al. Differences in one-year health outcomes and resource utilization by definition of prolonged mechanical ventilation : a prospective cohort study. *Crit Care* 2007 ; 11 : R9.
147. Ministère de la Santé. Enquête sur la santé et la réactivité du système de santé - Maroc 2003. Rabat : Service des Études et de l'Information Sanitaire ; 2007 (available from URL : [http:// www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/](http://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/)).
148. Mendelsohn AB, Chelluri L. Interviews with intensive care unit survivors : assessing post-intensive care quality of life and patients' preferences regarding intensive care and mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2003 ; 31 Suppl 5 : 400–6.
149. Orme J Jr, Romney JS, Hopkins RO, Pope D, Chan KJ, Thomsen G et al. Pulmonary function and health-related quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2003 ; 167 : 690-4.
150. Davidson TA, Rubenfeld GD, Caldwell ES, Hudson LD, Steinberg KP. The effect of acute respiratory distress syndrome on long-term survival. *Am J Respir Crit Care Med* 1999 ; 160 : 1838-42.
151. Baldwin FJ, Hinge D, Dorsett J, Boyd OF. Quality of life and persisting symptoms in intensive care unit survivors : implications for care after discharge. *BMC Res Notes* 2009 ; 2 : 160.
152. Morsch C, Thomé FS, Balbinotto A, Guimarães JF, Barros EG. Health-related quality of life and dialysis dependence in critically ill patient survivors of acute kidney injury. *Ren Fail* 2011 ; 33 : 949-56.
153. Quispe-Laime AM, Fiore C, González-Ros MN, Bettini JE, Rolfo VE, Campagne CG et al. Lung diffusion capacity and quality of life 6 months after discharge from the ICU among survivors of acute respiratory distress syndrome due to influenza A H1N1. *Med Intensiva* 2012 ; 36 : 15-23.
154. Contrin LM, Paschoal VD, Beccaria LM, Cesarino CB, Lobo SM. Quality of life of severe sepsis survivors after hospital discharge. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013 ; 21: 795-802.
155. Fakhry S M, Kercher K W, Rutledge R. Survival, quality of life, and changes in critically ill surgical patients requiring prolonged ICU stays. *J Trauma* 1996 ; 41: 999-1007.

RESUME

Titre: Qualité de vie liée à la santé évaluée par le MOS SF-36 chez les personnes âgées un mois avant et trois mois après un séjour en réanimation

Auteur: Zineb ZEGGWAGH

Mots-clés: Evolution-MOS SF36-Qualité de vie liée à la santé-Personnes âgées-Réanimation

Introduction: Les objectifs étaient d'évaluer chez les patients âgés les variations de leur qualité de vie liée à la santé (QVLS) mesurée avant et après leur séjour en réanimation et d'identifier les facteurs associés à cette QVLS.

Matériel et méthodes : Etude prospective menée au service de Réanimation Médicale du CHUIS-Rabat (Août 2012-Mars 2013). Tous les patients avec un âge ≥ 65 ans et une hospitalisation ≥ 48 h étaient inclus. La QVLS était évaluée 1 mois avant l'admission en réanimation chez tous les patients et 3 mois après la sortie chez les survivants par la version arabe du MOS SF-36.

Résultats : 118 patients (66H: 55,9% et 52F: 44,1%) étaient inclus. L'âge moyen était de 72 ± 6 ans. La mortalité en réanimation était de 47,5% et à trois mois de 55,1%. La fiabilité et la validité du questionnaire étaient satisfaisantes. Chez les 53 survivants, les dimensions du MOS SF-36 à trois mois avaient connu une baisse significative hormis la dimension «Douleurs physiques». Les scores résumés Physique (SRP) et Mental (SRM) avaient aussi connu une baisse respectivement de $-2 \pm 4,5$ ($p=0,004$) et de $-3,4 \pm 3,9$ ($p<0,0001$). Les variables indépendantes associées significativement au SRM et à ses variations étaient: l'âge ($\beta=-0,56$; $p=0,001$), l'état fonctionnel antérieur ($\beta=-22,10$; $p=0,002$) et le SAPSII ($\beta=-0,16$; $p=0,04$). Pour le SRM, ces variables étaient: l'isolement social ($\beta=16,50$; $p=0,006$), l'état fonctionnel antérieur ($\beta=-9,09$; $p=0,008$) et l'existence d'un niveau d'instruction ($\beta=2,98$; $p=0,037$).

Conclusion : Nous avons observé une altération des aspects physiques et psychiques de la QVLS des patients âgés trois mois après leur séjour en réanimation. L'âge, l'état fonctionnel antérieur, la sévérité de la maladie, le statut familial et le niveau d'instruction semblent déterminer la QVLS post-réanimation.

ABSTRACT

Title: Health-related quality of life evaluated by MOS SF-36 in the elderly one month before ICU admission and three months after ICU discharge

Author: Zineb ZEGGWAGH

Key words : Health-related quality of life-Intensive care unit-MOS SF36-Older persons-outcome

Introduction: The aims of this study was to evaluate changes in health-related quality of life (HRQOL) before and after ICU stay in elderly patients admitted to medical ICU and to determine predictors of this HRQOL.

Material and methods: This prospective study has been realized in the Medical ICU-CHUIS-Rabat (August 2012-March 2013). All patients 65 yrs of age or older who were hospitalized for ≥ 48 h in our medical ICU have been included. The HRQOL was assessed 1 month prior to ICU admission in all the patients at ICU admission and 3 months after ICU discharge for surviving patients using the Arabic version of MOS SF-36 questionnaire.

Results: We enrolled 118 patients (66H: 55.9% and 52F: 44.1%). The mean age was 72 ± 6 years. ICU mortality was 47.5% and 3 months mortality was 55.1%. The reliability and validity of MOS SF-36 were satisfactory. Among the 53 survivors at follow-up, the domains of MOS SF-36 decreased significantly at 3 months after ICU stay except the "Bodily Pain". The Physical Component Score (PCS) and Mental Component Score (MCS) decreased also significantly. The average decrease of PCS and MCS was respectively -2 ± 4.5 ($p=0.004$) and -3.4 ± 3.9 ($p<0.0001$). The independent factors strongly associated with PCS and its variations were: age ($\beta=-1.56$, $p=0.001$), prior functional status ($\beta=-22.10$, $p=0.002$) and SAPSII ($\beta=-0.16$, $p=0.04$). For MCS, these factors were: live alone ($\beta=16.50$, $p=0.006$), previous functional status ($\beta=-9.09$, $p=0.008$) and existence of education level ($\beta=2.98$, $p=0.037$).

Conclusion: We demonstrated a fall in the physical and psychical aspects of HRQOL 3 months after ICU discharge in the elderly patients. In addition to factors such as age, prior functional status and severity of illness, family status and educational level seem decisive in the HRQOL post-ICU.

الخلاصة

عنوان: تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المسنين باستخدام استبيان MOS SF-36 شهر واحد من القبول إلى مصلحة الإنعاش و 3 أشهر بعد مغادرتها

المؤلف: زينب زكواغ

كلمات البحث: الإنعاش، تطور، المسنين، جودة الحياة المرتبطة بالصحة، MOS SF-36.

مقدمة

كانت الأهداف من هذه الدراسة تقييم التغيرات في جودة الحياة المرتبطة بالصحة للمرضى المسنين قبل وبعد إقامتهم في وحدة العناية المركزة و تحديد العوامل المرتبطة بجودة هذه الحياة المرتبطة بالصحة.

وسائل ومنهجيات:

أجريت هذه الدراسة الاستباقية في قسم الإنعاش الطبي بالمستشفى الجامعي ابن سينا في الرباط بين أغسطس 2012 ومارس 2013. جميع المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا ودخلوا قسم الإنعاش الطبي لفترة تتجاوز 48 ساعة تم تضمينهم تم تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة قبل شهر واحد من القبول إلى مصلحة الإنعاش عند جميع المرضى و 3 أشهر بعد مغادرة مصلحة الإنعاش عند الناجين من خلال النسخة العربية للاستبيان SF-36 SOM .

نتائج

تم قبول 118 مريض (66 رجلاً: 55.9% و 52 امرأة: 44.1%). كان متوسط العمر 72 ± 6 سنوات. كان معدل وفيات في مصلحة الإنعاش 47.5% و 55.1% 3 أشهر بعد الخروج من مصلحة الإنعاش. بين 53 الناجين، انخفضت مقاييس SF-36 SOM 3 أشهر بعد مغادرة مصلحة الإنعاش إلى حد ذات دلالة إحصائية باستثناء مقياس "الألم الجسدي" كما انخفضا الدرجتين التلخيصيتين SRM و SRP بشكل ملحوظ. كان متوسط الانخفاض ل SRP -2 ± 4.5 (p = 0.004) ول SRM -3.4 ± 3.9 (p < 0.0001). كانت العوامل المستقلة المرتبطة بشكل كبير وسلبي مع تغيرات SRP هي: العمر ($\beta = -0.56$ ، p = 0.001)، الحالة الصحية السابقة ($\beta = -22.10$ ، p = 0.002) و SAPS II ($\beta = -0.16$ ، p = 0.04). بالنسبة ل SRM كانت العوامل هي: العزلة الاجتماعية ($\beta = 16.50$ ، p = 0.006)، الحالة الصحية السابقة ($\beta = -9.09$ ، p = 0.008) وجود مستوى التعليم ($\beta = 2.98$ ، p = 0.037).

الخلاصة

لاحظنا تغيير في الجوانب الجسدية والنفسية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المسنين 3 أشهر من مغادرة مصلحة الإنعاش. بالإضافة إلى العمر والحالة الصحية السابقة وشدة المرض الحاد، فإن العزلة الاجتماعية ومستوى التعليم لهما علاقة بجودة الحياة المرتبطة بالصحة للمرضى المسنين بعد الإنعاش.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

القسم الطبي

بسم الله الرحمن الرحيم

في هذه اللحظة التي يتم قبولي فيها عضوا في المهنة الطبية ,
أتعهد علانية بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .

أن أحترم أساتذتي و أعترف لهم بالجميل لذي يستحقونه .

أن أمارس مهنتي بوازع من ضميري و شرفي جاعلا
صحة مريضني هدفي الأول .

أن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .

أن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد
النبيلة لمهنة الطب .

أن أعتبر سار الأطباء إخوة لي .

أن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو
وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .

أن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .

أن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريقة تضر بحقوق
الإنسان مهما لاقيت من تهديد .

بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار و مقسما بشرفي .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط



أطروحة رقم: 350

سنة: 2018

تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المسنين باستخدام
استبيان MOS SF-36 شهر واحد من القبول إلى مصلحة الإنعاش
و 3 أشهر بعد مغادرتها

أطروحة:

قدمت ونوقشت علانية يوم...../...../2018

من طرف

الآنسة : زينب زكواغ

المزدادة في 15 يونيو 1993 بالرباط

لنيل شهادة دكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية: الإنعاش- تطور - جودة الحياة المرتبطة بالصحة – MOS SF-36 - المسنين

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة :

رئيس

السيد: رضوان أبوقال

مشرف

أستاذ في الإنعاش الطبي

السيد: خالد عبيدي

أستاذ في الإنعاش الطبي

السيد: مصطفى عليلو

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيد: طارق دندان

أستاذ في الإنعاش الطبي

السيد: الشرقي الحيمر

أستاذ في الإنعاش والتخدير

أعضاء

عضو مشارك