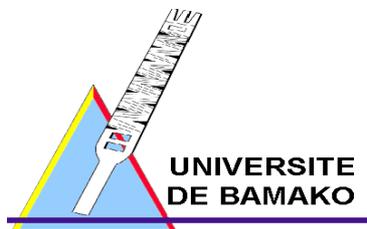


**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Foi**

**République du Mali
Un Peuple-Un But-Une**

Scientifique



**Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie
(F.M.P.O.S)**

Année universitaire 2010-2011

Thèse

N° /

TITRE

**MOTIFS D'ADMISSION DES PERSONNES
AGEES AU SERVICE DE REANIMATION
DU CHU GABRIEL TOURE.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/..... /20... devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Par M^r MANGANE SAMBOU dit M'PAH

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
DIPLOME D'ETAT

JURY

Président du jury :

Professeur

MOUSSA MAIGA

Membre du jury :

Docteur

AKORY AG IKNANE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011**

Co-directeur de thèse : Docteur BROULAYE M. SAMAKE
Directeur de thèse : Professeur ABDOULAYE DIALLO

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA-PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : BOUBACAR TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : IBRAHIM I. MAIGA - MAITRE DE CONFERENCES

**SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE - MAITRE
ASSISTANT**

**AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL -
CONTROLEUR DES FINANCES**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie-
Secourisme	
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-
Histoembryologie	
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Massa SANOGO
Mr Sambou SOUMARE
Mr Sanoussi KONATE
Mr Abdou Alassane TOURE
Mr Daouda DIALLO
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou K. TOURE
Mme SY Assitan SOW
Mr Salif DIAKITE

Toxicologie
Chimie Analytique
Chirurgie Générale
Santé Publique
Orthopédie-Traumatologie
Chimie Générale & Minérale
Radiologie
Cardiologie
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE
Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO
Mr Alhousseini Ag MOHAMED
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Chirurgie Générale
Urologie
Gynéco-Obstétrique
O.R.L.
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale, **Chef de**

D.E.R

Mr Gangaly DIALLO
Mme TRAORE J. THOMAS

Chirurgie Viscérale
Ophtalmologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Nouhoum ONGOIBA
Générale
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Orthopédie-Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Orthopédie-Traumatologie
Stomatologie
Anatomie & Chirurgie
Chirurgie Thoracique
Anesthésie-Réanimation

Mr ZimogoZié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	O.R.L
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obsétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obsétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obsétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie -Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	O.R.L
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konaba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadidia SINGARE	O.R.L
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obsétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obsétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou et Cardio Vasculaire	Chirurgie Thoracique
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatima KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE Générale	Chirurgie
Mr Bakary Tientigui DEMBELE Générale	Chirurgie
Mr Koniba KEITA Générale	Chirurgie
Mr Sidiki KEITA Générale	Chirurgie
Mr Soumaïla KEITA Générale	Chirurgie
Mr Alhassane TRAORE Générale	Chirurgie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Mahamadou A A	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
Médicale	
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie-Mycologie
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire
Médicale	
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire
Médicale	
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie-Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie
Entomologie	
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie
Mr Boubacar Ali TOURE	Hématologie
Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Moussa KONE	Chimie Organique

Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Samba Adama SANGARE	Bactériologie
Mr Oumar GUINDO	Biochimie
Mr Seydou Sassou COULIBALY	Biochimie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie Clinique
Mr Yaya GOITA	Biochimie Clinique

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALISTES **MEDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-
Hépatologie	
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
MrBakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
MrCheick Oumar GUINTO	Neurologie
MrAnselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
MrKassoum SANOGO	Cardiologie
MrBoubacar TOGO	Pédiatrie
MrArouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Mahamadou GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Ptisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr AdamaAguissa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine
Légale/Ophtalmologie	

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE

Chimie Analytique

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie, **Chef de**

D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO

Matières

Médicales

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Benoît Yaranga KOUMARE

Chimie

Analytique

Mr Ababakar I. MAIGA

Toxicologie

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr Saïbou MAIGA

Législation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE

Galénique

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Abdoulaye DJIMDE

Microbiologie-Immunologie

Mr Sékou BAH

Pharmacologie

Mr Loséni BENGALY

Pharmacie Hospitalière

4. ASSISTANTS

Mr Aboubacar Alassane Oumar

Pharmacologie Clinique

Mr Sanou Khô COULIBALY

Toxicologie

Mr Tidiane DIALLO

Toxicologie

Mr Bourama TRAORE

Législation

Mr Issa COULIBALY

Gestion

Mr Mahamadou TANDIA

Chimie Analytique

MrMadani MARIKO	ChimieAnalytique
MrMody CISSE	ChimieThérapeutique
MrOusmane DEMBELE	ChimieThérapeutique
MrHammaBoubacar MAIGA	Galénique
MrBacaryMoussa CISSE	Galénique
MrAdama DENOUE	Pharmacognosie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
MrHamadounAbba TOURE	Bromatologie
Mr Balla Fatoma COULIBALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Sounkalo TRAORE	Santé Publique, Chef de
D.E.R.	
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS **VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
------------------	-----------

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoureïbou MAIGA	Physique
MrBoubacar KANTE	Galénique
MrSouléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie
Hospitalière	

***DEDICACES ET
REMERCIEMENTS***

Dieu

Je remercie le Bon Dieu, le Créateur Suprême, le Clément, le Très Miséricordieux de m'avoir donné la vie et d'y veiller, la santé et le courage nécessaires pour la réalisation de ce travail.

A mon Père BA MANGANE

Papa, les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour vous en ces temps importants. Mais je puis déjà vous dire qu'au-delà de mes difficultés à moi, je sais que vous aussi vous avez souffert pour que ce jour arrive. En bon père, vous vous êtes toujours battu pour l'avenir de vos enfants, leur bien-être et le bonheur de la famille. Alors papa merci pour l'éducation que j'ai reçu de vous, car c'est le socle de ce que je suis, merci de n'avoir jamais douté de mes capacités, merci pour les petits mots d'amour si réconfortant depuis mon enfance.

A ma Mère SIRANTOU CISSE

Depuis l'enfance, vous avez guidé mes pas dans ce monde, me donnant le meilleur de vous et vos conseils multiples pour surmonter les épreuves de la vie. Merci pour votre soutien qui ne m'a pas fait défaut pour la réalisation de ce travail qui est le vôtre.

A mes frères et sœurs

DAOUDA MANGANE, KOUEDIA MANGANE, MALOUMA MANGANE, SOKONA MANGANE, ASSITAN MANGANE merci d'être toujours à mes côtés.

A mes oncles et tantes

MAHAMET MANGANE, NANGALE MANGANE, SIKOU MANGANE, MODIBO CISSE, BAKORE CISSE, SOULEYMANE CISSE, SALIM CISSE, AWA DISSA, OUMOU CISSE, AWA SANOGO, FATOUMATA MANGANE. Ce travail est le fruit de votre sage conseil, puissiez vous trouver à travers l'expression de ma profonde gratitude.

A feu KANDE MANGANE et BAKORE MANGANE

Je ne vous oublierai jamais. Ce travail est le vôtre. Que votre âme ait la paix éternelle du Seigneur (Amen).

Aux Messieurs ALOU DISSA, MAKAN FOFANA, TAGUET SYLLA, FOUSSENI TRAORE. Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour vous. Vous avez comble, mes besoins de père en tous points. Merci pour les conseils et le soutien sans faille jusqu' à ce jour.

Aux exceptionnelles familles DISSA a' Ségou et SYLLA à Konobougou, recevez ici mes remerciements infinis pour les efforts immenses durant les longues années d'études.

Au Professeur ABDOULAYE DIALLO

Cher Maître, Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. Ayant accepté de nous transmettre cette richesse infinie, nous ne saurions trouver les mots exacts pour vous exprimer notre très grande reconnaissance.

Au Dr SAMAKE BROULAYE M.

Merci pour tous vos conseils, votre rigueur scientifique, votre sens du travail bien accompli, mais surtout votre grande patience et sagesse, tous indispensables pour notre carrière. Veuillez croire, Cher Maître, en l'expression de ma profonde gratitude, mon immense admiration et de total respect que j'ai pour vous.

A mes aînés du Service

Dr MOUSSA DEMBELE, Dr BOUNA SANOGO, Dr ABDOULAYE CISSE, Dr DIADIE DIAKITE, Dr ANDRE KASSOGUE, Dr DRAMANE DIARRA, Dr KASSOUM KONE, Dr AMADOU SIDIBE, Dr MOUSSA DAOU, Dr OUSMANE NIENTAO, Dr LASSINE GOITA, Dr MOUSTAPHA MANGANE, Dr HAMIDOU MAIGA, BAKARY KEITA, MODIBO TOGOLA Merci pour votre total abnégation.

A mes Camarades et cadets du Service

YOUSSOUF DIALLO, NNEMNBENG FLAMINE, JEANNYS MAROUCHKA, NGAGOUE TCHANI CHANCELIN, DIBA SISSOKO, HOUSNATOU TIMBELY, MARIAM C. TRAORE, OUMAR DIAKITE, AMARA KONATE, Mme CISSE BINTA DIALLO, IGOR TSAFACT, ROCH FAMO. Sauvegardez les acquis, et bon courage.

A tout le personnel de la Réanimation

A mes amis : Zoumana DIARRA, Jean de Dieu KONE, Chacka MARIKO, Mamadou dit Kandé CISSE, Fousseyni SIDIBE, Saïba L DIABY, Mohamed KOUREICHY, Abdoulaye DIARRA, Moussa DOUMBIA. Ce travail est aussi le votre.

A tout le personnel, aînés, camarades et cadets de l'ASACROYR

**HOMMAGE
AUX MEMBRES DU
JURY**

A notre maître et président du jury : Pr MOUSSA Y. MAÏGA

- ✓ ***Professeur d'université***
- ✓ ***Chef du département de médecine au CHU Gabriel Touré***
- ✓ ***Responsable des cours d'hépatogastroentérologie à la FMPOS***
- ✓ ***Président de la société malienne des maladies de l'appareil digestif
(SOMAD)***

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre adorable comportement et vos qualités pédagogiques font de vous un maître incontestable, admirable et un exemple à suivre.

Recevez ici Cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,

Docteur AKORY AG IKNANE

- ✓ *Maitre-assistant à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie FMPOS,*
- ✓ *Spécialiste en SANTE PUBLIQUE,*
- ✓ *Chef du service de nutrition à l'INRSP,*
- ✓ *Premier médecin directeur de l'ASACOBÀ,*
- ✓ *Président du réseau malien de nutrition (REMANUT)*

Cher Maître,

Nous voudrions que ce travail soit un reflet des riches enseignements que vous nous avez donné durant notre formation.

Vous nous avez toujours témoigné de votre constante disponibilité et vous n'avez ménagé aucun effort pour l'encadrement et la formation des étudiants.

Vous nous avez toujours incité au travail bien fait et à la rigueur.

Cher Maître vous resterez pour nous un modèle. Veuillez accepter toute notre gratitude et notre profonde admiration.

A notre maître et codirecteur de thèse Dr BROULAYE M. SAMAKE

- ✓ *Spécialiste en Anesthésie-réanimation au CHU Gabriel TOURE,*
- ✓ *Maitre assistant à la FMPOS,*
- ✓ *Chef du service d'anesthésie du CHU Gabriel TOURE,*
- ✓ *Membre de la société d'anesthésie-réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI).*

Cher maître,

Nous avons été très honorés que vous acceptiez de codiriger cette thèse, vous avez été pour nous une personne ressource au service.

Votre grande culture médicale, votre disponibilité et votre dévouement pour notre formation imposent respect et admiration.

Nous saisissons l'occasion pour vous rendre un brillant hommage.

A notre maître et directeur de thèse Pr. ABDOULAYE DIALLO

- ✓ *Médecin colonel-major du service de santé des armées*
- ✓ *Maître de conférences en anesthésie et réanimation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie*
- ✓ *Chef du Département d'anesthésie – réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré*
- ✓ *Membre de la SARMU-MALI.*

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève, les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

Recevez ici, Cher Maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

SIGLES	ET
ABREVIATIONS.....	III
LISTE	DES
TABLEAUX.....	V
LISTE	DES
GRAPHIQUES.....	VIII
CHAPITRE I :	
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE II :	
GENERALITES.....	5
2-1 Définition.....	6
2-2 Approches sociodémographiques et sanitaire.....	8
2-3 Modifications physiologiques induites par le vieillissement.....	10
2-4 Vieillesse et maladie.....	16
2-5 Principaux motifs d'admission.....	18
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	30
3-1 Cadre d'étude.....	31
3-3 Type d'étude.....	32
3-2 Période d'étude.....	32
3-4 Patients.....	32
3-5 Critères d'inclusion.....	32
3-6 Critères de non inclusion.....	32
3-7 Patient et méthodes.....	33
3-8 Analyses des données.....	33
CHAPITRE IV : RESULTATS.....	35
4-1 Fréquence globale.....	36
4-2 Résultats descriptifs.....	36
CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	54
5-1 Méthodologie.....	55
5-2 Fréquence.....	55
5-3 caractéristiques sociodémographiques.....	56
5-4 Facteurs de risque.....	56
5-5 Motifs d'admissions.....	57
5-6 Pathologies des personnes âgées.....	58
5-7 Gestes invasifs.....	59
5-8 Evolution et complication.....	59

CHAPITRE VI : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS...62

6-1. Conclusion.....63
6-2. Recommandations.....63

CHAPITRE VII : REFERENCES.....60

ABRÉVIATIONS

ACFA : Arythmie Complète avec Fibrillation Auriculaire

ACSOS : Agressions Cérébrales Secondaire d'Origine Systémique

AIC : Accident Ischémique Constitué

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ATCD : Antécédent

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVCH : Accident Vasculaire Cérébral Hémorragique

AVCI : Accident Vasculaire Cérébral Ischémique

BPO : Broncho-pneumopathie Obstructive

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

DES : Docteur en Etude de Spécialisation

DH2O : Déshydratation

EP : Embolie Pulmonaire

HTA : Hypertension Artérielle

IR : Insuffisance Rénale

IDM : Infarctus Du Myocarde

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OAP : Œdème Aigue du Poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC post op : Prise en Charge postopératoire

P. Grave : Paludisme grave

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue

SRIS : Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique

SPO : Surveillance Postopératoire

TA : Tension Artérielle

TC : Traumatisme Crânien

TDM : Tomodensitométrie

USDL : Unité de Soins de Longue Durée

VO : Varice œsophagienne

VVC : Voie Veineuse Centrale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients en fonctions des antécédents.....	38
Tableau II : Répartition des patients en fonction du motif d'admission.....	39
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la pression artérielle.....	40
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la température corporelle.....	41
Tableau V : répartition des patients en fonction des affections médicales retrouvées.....	42
Tableau VI : répartition des patients en fonction des affections chirurgicales.....	42
Tableau VII : Répartition des patients selon les complications.....	43
Tableau VIII : Répartition des patients selon les gestes agressifs effectués.....	43
Tableau IX : répartition des patients en fonction de l'évolution.....	44
Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents et du motif d'admission.....	44
Tableau XI : Répartition des patients selon l'âge et le motif d'admission.....	45
Tableau XII : Répartition des patients selon l'âge et le diagnostic retenus.....	46
Tableau XIII : répartition des patients selon motifs et les affections médicales retenues.....	47
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des affections chirurgicales et des motifs d'admission.....	47
Tableau XV : répartition des patients en fonction des complications et l'âge.....	48
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des affections médicales et complications.....	48
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des complications et des pathologies chirurgicales.....	49

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de l'évolution et de la tranche d'âge.....	49
Tableau XIX : Répartition des patients selon le motif d'admission et de l'évolution.....	50
Tableau XX : Répartition des patients en fonction de l'état de conscience et de l'évolution.....	50
Tableau XXI : Répartition des patients en fonctions des affections médicales et de l'évolution.....	51
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction des affections chirurgicales et de l'évolution.....	51
Tableau XXIII : évolution des patients en fonction des complications.....	53

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....37

Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe.....37

Figure 3 : Etat de conscience des patients à l'admission.....39

Figure 4 : Etat général des patients de l'état général.....40

Figure 5 : Diurèse des patients à l'admission.....41

Figure 6 : évolution des patients selon la discipline médicale.....52

INTRODUCTION

1) INTRODUCTION :

L'activité de réanimation est définie par la prise en charge des patients de tout âge présentant ou susceptible de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant à la fois l'utilisation de techniques spécifiques, de matériels coûteux et la présence en continue d'un personnel médical et paramédical compétents et qualifiés.[1]

Les décisions d'admission en réanimation sont des décisions prises le plus souvent dans des situations d'urgence.

Il n'est pas aisé de donner une définition unique qui pourrait être satisfaisante en tout point de vue au terme de personne âgée, car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, sociaux et économiques varient d'un pays à un autre.

D'où de nombreuses tentatives de définition parmi lesquelles nous retiendront celle de l'OMS qui désigne par personnes âgées les personnes de 65ans et plus. [13].

L'évolution démographique du Mali tend vers un vieillissement important de sa population. Les réanimateurs se voient proposer des patients de plus en plus âgés, devant un apparent meilleur état de santé [1].

Les modifications physiologiques induites par l'âge tendent à fragiliser le sujet âgé et augmente le niveau de consommation des soins. De part ce fait, l'augmentation de l'espérance de vie de la population explique la part de plus en plus fréquente de la prise en charge des personnes âgées par les services de réanimation. [35]

Les modifications physiologiques induites par l'âge tendent à fragiliser le sujet âgé et augmente le niveau de consommation des soins. De part ce fait, l'augmentation de l'espérance de vie de la

population explique la part de plus en plus fréquente de la prise en charge des personnes âgées par les services de réanimation

Lorsque nous analysons la pratique de la médecine chez la personne âgée, le fait de reconnaître et d'éviter l'âgisme (discrimination envers la personne âgée) est certainement méritoire. S'abstenir de faire l'âgisme nous a permis avec raison de reconnaître que la personne âgée mérite autant de traitement que le plus jeune et l'incapacité et la perte de l'autonomie chez les personnes âgées sont rarement liées aux seuls effets de l'âge.

Le vieillissement est un processus inéluctable qui peut avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie individuelle et socio sanitaire. Les problèmes liés au troisième âge sont plus difficiles à maîtriser du fait du vieillissement des organes surtout quand la personne perd son autonomie.

Une étude effectuée sur les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, en juin 2006 en France, a montré que 85% des personnes âgées vivant en maison de retraite souffrent d'une atteinte neurologique ou psychiatrique et ce taux s'élève à 97 % chez les patients vivant en unité de soins de longue durée (USLD)[27].

Selon la société de réanimation des langues françaises en 2012, aux Etats-Unis 50% des patients admis en réanimation ont plus de 65 ans alors qu'en France, les patients de plus de 80 ans représentent plus de 10% du recrutement des services de réanimation. [35].

IVY WILLIA, à travers son étude sur le recours des personnes âgées aux urgences du CHU GT en 2009, a montré que l'altération de la conscience était le motif le plus fréquent [32].

L'évolution démographique et l'amélioration de l'espérance de vie nous conduit à admettre de plus en plus des personnes âgées en réanimation. Dans le souci d'une meilleure connaissance de la prise en charge des affections des personnes âgées, nous avons envisagé d'effectuer cette étude dans le service de réanimation polyvalente du CHU GT et nos objectifs étaient :

Objectif général :

Analyser le profil épidémioclinique et pronostique des personnes âgées en réanimation du CHU GT.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les motifs fréquents d'admissions des personnes âgées en réanimation du CHU GT.

- Déterminer la fréquence des affections des personnes âgées en réanimation du CHU GT.

- Déterminer le pronostic des personnes âgées en réanimation du CHU GT.

GENERALITES

2) GENERALITES :

2-1-Définition :

2-1-1 Personne âgée :

Il n'est pas aisé de donner une définition unique qui pourrait être satisfaisante en tout point de vue, au terme de personne âgée car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, sociaux et économiques varie d'un pays à un autre.[13]

Le passage de l'enfance à l'âge adulte suscite l'engouement chez les jeunes, mais celui de la personne adulte à la dernière ligne droite qu'est une personne âgée est, pour la plus part, difficile à vivre.

La personne âgée, fruit d'une longue existence et d'une expérience sociétale, n'est autre qu'une bibliothèque assez fournie témoins d'une autre époque.[15]

Selon l'OMS, la personne âgée est cette personne qui a un âge de 65ans ou plus. A partir de cette définition on pourra différencier trois catégories d'âge :

- Première catégorie : jeune vieux : Young old :
65à74ans,

- Deuxième catégorie : vieux moyen : middle old :
75 à 84 ans,

-

- Troisième catégorie : vieillard : old old :
85 ans et plus.

2-1-2 Motif d'admission :

Les questionnements vis à vis de l'admission d'un sujet âgé en réanimation sous-entend d'explicitier les raisons pour lesquelles un sujet pourrait être hospitalisé en réanimation. Quand on s'intéresse au résultat de la réanimation, on comprend que

l'hospitalisation d'un patient âgé en réanimation prétend à décider du devenir de ce patient car l'âge semble augmenter le risque de ne pas survivre à un séjour en réanimation. [26]

2-1-3 Réanimation :

Il s'agit d'une discipline médicale d'à peine d'un demi siècle qui travail sur la vie elle-même et son maintien, donc représente un lieu de dernier recours qui tendrait à empêcher la mort, préserver la vie, reculer les limites de la vie.[26]

Les réanimateurs sont confrontés à une situation nouvelle qui voit apparaître une recrudescence des personnes âgées dans leurs services, s'il y a 15ans, avoir un patient de 80ans dans ses lits semblait exceptionnel, cela est devenu une chose courante.

De même si le défi est de sauver à tout prix un père de famille de 40ans sans ATCD acquis, qu'est-il pour un grand-père de 85ans en pleine forme mais présentant un vieillissement physiologique inexorable. En vertu de l'égalité des soins, les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier des mêmes traitements que les plus jeunes.[1]

L'objet de la réanimation n'est pas seulement de maintenir en vie un patient, mais surtout de retrouver une qualité de vie moins équivalente à celle qu'il avait avant son hospitalisation.

2-2.Approches sociodémographique et sanitaire :

2-2-1 Approche sociodémographique :

Dans les pays industrialisés, les générations baby-booms (les soixante huitards) arrivent déjà à la vieillesse. L'effet résultant étant l'évolution démographique vers la sénescence [15]

Nous nous intéressons dans ce paragraphe aux mutations minant les sociétés ainsi que les actifs de cette mutation. Ces variations ou réalités de la population sont d'un grand intérêt d'étude et d'intervention dans les pays industrialisés. Les modifications sociétales dans les tranches d'âge et par sexe passent de ce fait dans l'ombre de l'analyse globale et plus ou moins superficielle de la population.

L'évolution démographique des sociétés industrialisées n'a pas les mêmes origines que celle des pays en voie de développement. Dans ces derniers, les facteurs minant cette évolution de la population sont l'augmentation de l'après-guerre et la baisse de la mortalité au jeune âge.[15]

Au mali les personnes âgées de 60ans ou plus représentaient 5,99% de la population en 1987 et 6,8% en 1998. Le taux d'accroissement moyens des personnes âgées entre 1998 et 2004 était de 4,3% par de loin supérieur de la population générale[2].

Si leur importance numérique n'est pas négligeable en 1998 (6,8% de la population), l'accroissement de leur nombre dans les années à venir, comme l'indique les chiffres de 2004, est visible en raison des progrès de la médecine et surtout grâce aux progrès de l'hygiène qui conditionne la diminution de la mortalité générale et l'allongement de l'espérance de vie.[2]

2-2-2 Dimension épidémiologique :

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un phénomène de mortalité croissante dans le groupe des personnes âgées. Les morbidités sont en train de changer suite au vieillissement de la population. Les maladies cardiaques ischémiques et cérébrovasculaires sont parmi les principales causes de décès des groupes les plus âgées suivies des néoplasmes et ensuite les maladies respiratoires essentiellement la pneumonie. Alors qu'augmente la proportion des personnes âgées, la proportion des groupes avec maladies et infirmités chroniques s'accroît également et, par conséquent, des ressources sanitaires accrues sont nécessaires pour les cas chroniques alors que le coût des soins aigus ou curatifs restent relativement constant.[25]

2-2-3 Dimension économique :

Le vieillissement de la population de la région aura un profond impact sur les dépenses sanitaires, sur les types d'institutions et d'arrangements informels qui seront nécessaires pour soutenir les soins administrés à la maison et sur la distribution des ressources tout au long du cycle de la vie.

2-2-4 Approche sanitaire :

Par rapport à une population plus jeune, les patients âgés de plus de 65ans, présentent plus souvent des motifs médicaux (dans 79% des cas).[16]

L'amélioration des conditions d'hygiène de vie, une alimentation mieux équilibrés et les progrès scientifiques réalisés dans le domaine sanitaire ces dernières années, ont comme corollaire la baisse du taux de mortalité et une augmentation de l'espérance de

vie. Ceci a pour conséquence logique le vieillissement de la population se traduisant par une croissance numérique des personnes âgées [24]

2-3 Les modifications physiologiques induites par le vieillissement :

Les médecins sont amenés à soigner des personnes âgées qu'ils soient généralistes ou spécialistes, au cabinet ou à l'hôpital.

Une bonne connaissance du vieillissement est dispensable afin de distinguer les effets du vieillissement de ceux des maladies. En effet, attribuer à tort certains aux effets du vieillissement conduit à méconnaître des problèmes de santé et à négliger leur prise en charge et leur traitement.[22]

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des effets des maladies [12]

Le vieillissement différentiel : phénomène résultant de l'écart entre l'âge chronologique d'une personne c'est-à-dire le nombre d'années écoulées depuis sa naissance et son âge biologique correspondant à ses performances physiologiques. Il s'agit en quelque sorte du vieillissement de certains domaines biologiques par rapport à d'autres.

-Vieillesse physique : C'est la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler ;

-Vieillesse psychologique : C'est la transformation des processus sensoriel, perceptuel, cognitif et de sa vie affective de l'individu ;

-vieillesse comportemental : résultat des changements ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné regroupant les aptitudes, les attentes, les motivations, l'image de soi, les rôles sociaux, les personnalités et l'adaptation [15]

Le vieillissement, qui affecte tous les organes, est un facteur de risque potentiel de la situation pathologique ; il peut diminuer la performance de certains organes et en modifier la présentation clinique. Certaines conséquences de la vieillesse, moins apparentes, doivent être connues telles que les modifications induites par la vieillesse sur le système cardiovasculaire, le système nerveux, le métabolisme de certaines substances, l'appareil urinaire et le système immunitaire...,car elle sont impliquées dans le maintien des fonctions vitales. [23]

2-3-1 Le vieillissement cardiovasculaire:

Le vieillissement cardiaque aboutit à une raréfaction des myocytes, à des plages de fibrose ainsi qu'un épaississement des parois ventriculaires. Ceci est responsable en grand parti de l'apparition de la dysfonction myocardique aboutissant à l'insuffisance cardiaque après 80ans. La fibrose auriculaire associée à la raréfaction des cellules du nœud sinusal entraîne une fibrillation auriculaire.

Les dépôts de lipides, de collagènes et calciques rigidifient les parois artérielles responsables d'hypertension artérielle. Ces mêmes modifications pourraient donner une hypotension orthostatique. [1,12,15]

2-3-2 Effets du vieillissement sur le métabolisme: Certaines modifications liées à l'âge ont des conséquences cliniques. La diminution de l'eau totale et de la masse musculaire augmente le risque de surdosage des médicaments hydrosolubles.

L'augmentation du tissu adipeux majore le risque d'accumulation des médicaments liposolubles et prolonge ainsi leurs actions avec risque d'intoxication accrue.[13]

La diminution protéique (albumine) augmente le risque de surdosage des médicaments normalement transportés par l'albumine.

Le métabolisme glucidique est modifié au cours de l'avance d'âge. La tolérance à une charge de glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète sucré ou d'obésité, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline.[22]

2-3-3 Effets du vieillissement sur le système nerveux :

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles, il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux en particulier l'acétylcholine.

Le vieillissement du système nerveux central se traduit par une réduction modérée des performances mnésiques et une augmentation du temps de réaction ; une réduction et déstructuration du sommeil, une réduction de la sensibilité des récepteurs de soif.

L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions et notamment le risque de syndrome confusionnel.[22]

Le vieillissement du système nerveux autonome se caractérise par une hyperactivité sympathique (augmentation du taux plasmatiques des catécholamines) et par une réduction des réponses sympathiques en raison d'une diminution de la sensibilité des récepteurs aux catécholamines. La tachycardie induite par l'effort est ainsi moins marquée chez le sujet âgé que chez l'adulte d'âge moyen.

2-3-4 Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire :

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et du volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. Les volumes mobilisables diminuent au profit du volume résiduel. Les volumes utiles et les débits diminuent en raison de la perte d'élasticité tissulaire.

Par ailleurs, la fonction ciliaire, les réactions tussigènes et la réponse immunitaire locale perdent en efficacité. La réponse ventilatoire à l'hypoxie et à l'hypercapnie diminue du fait d'une baisse de la sensibilité des chémorécepteurs.[1,12].La survenue d'infections broncho-pulmonaires serait favorisée par la diminution de la clairance mucociliaire et la dépression relative de l'immunité cellulaire, la malnutrition, la diminution du réflexe de toux, la modification de la flore bactérienne des voies aériennes supérieures et l'existence de comorbidités. [7]

2-3-5 Vieillessement de l'appareil digestif :

Il s'accompagne de modification de l'appareil bucco-dentaire, une diminution du flux salivaire et de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques ainsi qu'une hypochlorhydrie gastrique.

Le temps de transit intestinal est ralenti chez le sujet âgé par diminution du péristaltisme. Il existe également une baisse de la masse et du débit sanguin hépatique responsable d'une diminution quantitative, mais non qualitative, de la fonction hépatique. . [1,12,13]

2-3-6 Modifications rénales :

Au cours du vieillissement, s'observe une baisse du nombre de néphrons fonctionnels (variable d'un individu à un autre) induisant une baisse de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein. La créatinine de la personne âgée est d'environ la moitié de celle d'un sujet de 20ans de même poids.

La fonction tubulaire est aussi modifiée au cours du vieillissement. Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement avec l'avance d'âge.

2-3-7 Effets du vieillissement sur le système immunitaire :

Avec l'âge, apparaît une diminution de l'efficacité des différentes cellules impliquées dans la réponse immunitaire notamment, les lymphocytes, macrophages et granulocytes.

Cette diminution explique le risque accru des infections chez les personnes âgées. [1]

2-3-8 Modifications cutanées :

La sénescence altère les propriétés de la peau avec diminution de la sécrétion cutanées, des facultés de cicatrisation, le rôle de protection de la peau est alors diminué. Ainsi la peau se fragilise, face aux infections.

La présence de plis cutanés suite à la perte de l'élasticité cutanée entraîne un problème de diagnostic différentiel de la déshydratation du sujet âgé avec la présence de rides cutanées.

Le vieillissement cutané participe à une plus grande susceptibilité du sujet aux infections.[12]

3-9 Effets du vieillissement sur les organes sexuels :

Chez la femme, la ménopause s'accompagne d'un arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogène, de la disparition du cycle menstruel, de l'involution de l'utérus et des glandes mammaires.

Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone (variable d'un individu à un autre). Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogenèse suffisante pour procréer. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate.

Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle est variable d'un individu à un autre et est influencé par le statut hormonal, mais aussi les facteurs sociaux, psychologiques et culturels [13]

2-3-10 Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur :

Histologiquement, on observe une régression de la densité des fibres musculaires (principalement de type II).

Sur le plan anatomique, il y'a réduction de la masse musculaire donc diminution fonctionnelle de la force musculaire.

Au niveau osseux, le vieillissement se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse (principalement chez la femme sous l'effet de la privation oestrogénique de la ménopause) et par une diminution de la résistance mécanique de l'os.

Au niveau du cartilage, il y'a une diminution de la quantité d'eau, du nombre de chondrocytes et une modification de la composition en glycosaminoglucanes.

Ces modifications génèrent un amincissement du cartilage et une altération de ces propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité, accentuée par l'existence d'ostéophytes marginaux.[22]

2-4 Vieillesse et maladie :

2-4-1 L'avancé d'âge s'accompagne d'une dégradation de l'état de santé : les personnes âgées ont de ce fait recours couramment à des soins de santé. En effet de nombreuses atteintes et vieillissements somatiques sont en cause. La question actuelle est de savoir comment répondre aux besoins de santé des personnes âgées surtout les plus dépendantes. La particularité frappante de la personne âgée est la poly pathologie prédominante chez la femme que l'homme.[19,21]

L'approche général de la personne âgée actuelle est de limiter le plus possible l'évolution vers l'incapacité. La conception de cet état par les sexagénaires est relative par rapport à celle représentés par les médecins experts de l'OMS réagissant par rapport au concept de □ nature subjective de l'auto perception de la santé□. Si un état de santé s'avérait n'être qu'une impression subjective, alors leurs état de santé ne serait pas amélioré par des mesures sanitaires supplémentaires. Il se pourrait cependant qu'il soit possible d'améliorer la perception de leur santé à l'aide par exemple de mesures sociales supplémentaires.[20]

2-4-2 L'âge constitue-t-il un obstacle à l'admission d'un patient en réanimation : L'âge est associé à un pronostic plus sévère mais ne représente pas le facteur pronostique

prépondérant. Cependant, son poids dans la décision d'admission ou de refus d'admission d'un patient en réanimation semble majeur. Lorsqu'il est proposé deux patients (56 et 82 ans) à un réanimateur pour une place possible, 80 % choisissent le patient jeune, mais cette proportion diminue si les conditions cliniques étaient favorables au patient âgé **[18]**. En interrogeant les médecins, la maladie causale, le terrain sous-jacent et l'expression par le patient de refus de soins de réanimation sont des critères plus importants que l'âge. Pour une large majorité de réanimateurs, l'âge ne peut pas être une raison incontournable de refus d'admission **[17]**

Le serment d'Hippocrate réactualisé en 1996 par le professeur Bernard Hoemi (bulletins de l'ordre des médecins n°14 avril 1996) précise :

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté sans aucune discrimination selon leur état ou leur conviction.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Selon l'article R 712-90 du code de santé publique, le décret du 05Avril 2002 définit les unités de réanimation par leur aptitude à prendre en charge des patients présentant plusieurs défaillances viscérales, circulatoire, rénale, et respiratoire aiguës mettant en jeu le pronostic vital. Ce texte précise que ces patients peuvent nécessiter la mise en œuvre prolongée des méthodes de

suppléance telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique et l'assistance rénale. A aucun moment il n'est mentionné de limitation d'âge [1].

2-5 Les principaux motifs d'admission des personnes âgées dans les unités de soins intensifs :

2-5-1 Le coma

Le coma est un trouble primitif de la vigilance, caractérisé par une absence de parole, d'ouverture des yeux et de mouvements volontaires. Cette atteinte peut être en relation avec une lésion cérébrale focale ou une souffrance cérébrale diffuse [11].

2-5-1-1 Comas vasculaires :

Les accidents vasculaires cérébraux regroupent toutes les atteintes cérébrales liées à un processus pathologique des vaisseaux à destinée cérébrale.

L'AVC est défini par l'OMS comme étant un déficit neurologique focal (ou parfois global) d'apparition soudaine durant plus de 24 heures (ou conduisant au décès) et d'origine vasculaire.

On peut le diviser en deux grands groupes étiologiques que sont l'AVC ischémique et l'AVC hémorragique.

2-5-1-1-1 AVC ischémiques :

Ils représentent 75 à 90% des AVC et sont subdivisés en accident ischémique constitué (AIC) et accident ischémique transitoire (AIT)

° Accident Ischémique Constitué :

Type d'AVC le plus fréquent, il se traduit par un déficit neurologique correspondant à l'atteinte de la fonction de la zone cérébrale lésée. On parle de déficit focal. Il touche un ou plusieurs modes d'une ou plusieurs fonctions cérébrales, dans une topographie restreinte (hémicorps, visage, topographie proximale,

distale ou totale d'un ou plusieurs membres). La profondeur et le nombre des déficits seront donc guidés par l'étendue de la zone lésée.

Le scanner peut montrer l'infarctus qui se traduira par une hypodensité dans le territoire lésé, alors que l'imagerie par résonance magnétique montrera un hypo signal en séquence T1, un hyper signal en séquence T2 et plus précocement visible en séquence FLAIR.

°L'accident ischémique transitoire :

Il est défini par des symptômes traduisant l'ischémie dont la durée est inférieure à 24heures, l'imagerie est normale. Le risque majeur est la récurrence et l'AIC.

Les étiologies des AVC ischémiques :

Cardiopathie emboligène: Cause 16% des AIC, l'ACFA est la plus fréquente des causes.

Par ailleurs, les maladies des petites artères perforantes (lacunes), lésions des artères cérébrales, artérites inflammatoires ou infectieuses, les oestroprogestatifs sont également à noter.

2-5-1-1-2 AVC hémorragique :

°hématome intra parenchymateux :

Il s'agit d'une irruption de sang au sein du parenchyme cérébral, consécutif à la rupture d'un vaisseau intracrânien [9,10].

L'HTA chronique en constitue la première cause, puis les malformations artérioveineuses, les angiopathies amyloïdes et les accidents des anticoagulants sont rares.

A la TDM, il se caractérise par une hyper intra parenchymateuse et l'IRM montre un hypo signal en séquence T2 (avec un éventuel œdème péri lésionnel sous d'hyper signal en séquence T1).

Chez le sujet de plus de 80ans, on a une prédilection de l'hématome hypertensif pour le thalamus.

Les céphalées sont classiquement plus sévères qu'en cas d'AIC et les troubles de la conscience plus précoces.

°L'hémorragie sous arachnoïdienne : le plus souvent due à la rupture d'anévrisme sacciforme dans l'espace sous arachnoïdienne, elle peut être secondaire à la rupture d'une veine intra crânienne sans anévrisme à l'angiographie.

°L'hémorragie intra ventriculaire primitive :

Elle est non secondaire à l'effusion intra ventriculaire d'un hématome parenchymateux.

Les étiologies des AVC hémorragiques :

-HTA par lipohyalinose le plus souvent (athérome de petits vaisseaux secondaire à une HTA chronique) responsable de l'apparition de micro anévrisme qui tendent à se rompre et l'hématome,

-les angiopathies amyloïdes surtout chez les personnes âgées

-les traitements anti thrombotiques et anticoagulants deviennent de plus en plus fréquents,

-mais la rupture d'anévrisme sacciforme est l'étiologie la plus fréquente des hémorragies sous arachnoïdienne,

- malformations vasculaires.

2-5-1-2 Comas métaboliques :

2-5-1-2-1 Coma hypoglycémique :

Il s'agit d'une altération de la conscience avec glycémie inférieure à 2,78mmol/l et se voit le plus souvent chez le diabétique (surdosage des médicaments antidiabétiques).

Devant un tableau de sueurs froides, tremblements, nausées, pâleur, anxiété, agressivités, crampes, fatigues, désorientation voire coma ; il faut également penser à un manque d'apport ou d'absorption. Le pronostic est surtout mauvais dans un tableau de dénutrition, alcoolique ou d'insuffisance hépatique.

2-5-1-2-2 Coma acidocétosique :

C'est une carence en insuline avec une glycémie \leq 3g/l, une glycosurie et une cétonurie importante et se déroulant en deux phases :

- Phase pré-coma se manifestant par : une asthénie, amaigrissement, odeur acétonique de l'haleine, un syndrome polyuro-polydipsique, polyphagie, des signes digestifs à types de nausées vomissements, des troubles neurologiques : céphalées, obnubilation, vertiges.
- Phase coma : il s'agit d'un coma profond sans signes de focalisation associés à une polypnée importante. [14].

2-5-1-2-3 coma hyper osmolaire :

C'est l'apanage du diabète du sujet âgé dont le diabète est méconnu ou négligé avec une glycémie \geq 5g/l et une glycosurie mais sans cétonurie à la bandelette urinaire.

Au début, on observe une diarrhée associée à des sueurs profuses, vomissement et le plus souvent une notion de prise de diurétique.

L'évolution se fait vers un coma vigil, stuporeux avec une déshydratation plus marquée, une tachycardie mais sans polypnée. Il est de mauvais pronostic.

2-5-1-2-4 coma par acidose lactique :

Il est défini par une hyper lactinémie ≥ 7 mmol/l le plus souvent secondaire à la prise de biguanide. Il débute rapidement par une polypnée, acidose, suivi d'un coma vigil ou carus. Le pronostic est redoutable et l'évolution se fait vers le collapsus, trouble du rythme cardiaque, et le décès dans 30 à 50% de cas.

2-5-1-2-5 Autres comas métaboliques :

Hypoxémie, hyper uricémie, coma hépatique

2-5-1-3 Comas traumatiques :

Ils surviennent en général après un traumatisme lors d'un accident de la voie publique (le plus souvent) ou par coups et blessures volontaires.

2-5-1-4 Comas neurogènes :

2-5-1-4-1 Abscess du cerveau :

il s'agit d'une collection purulente, d'origine infectieuse, développée au sein du tissu cérébral, se comportant comme un processus expansif intra cérébral et se traduisant par syndrome d'hypertension intracrânienne (vomissement, céphalée, œdème papillaire), un syndrome neurologique de focalisation et un syndrome infectieux.

2-5-1-4-2 Tumeurs cérébrales :

Il pose un problème de diagnostic différentiel avec l'abcès cérébral. Mais absence de syndrome infectieux dans la tumeur cérébrale.

2-5-1-5 Comas toxiques :

C'est l'administration d'une dose toxique d'un médicament soit à but d'autolyse, soit une dose normale de l'adulte au sujet à fonction hépatique ou rénale défaillante.[11]

2-5-2 Détresses respiratoires :

Ils s'agissent des troubles de la respiration aigue, se manifestant par une sensation d'étouffement, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie. Leur prise en charge, urgence absolue, se fait parfois en milieu de soins.

2-5-2-1 Particularités sémiologiques :

La sémiologie des pathologies cardiorespiratoires est souvent trompeuse [7,8]. La corrélation entre les plaintes fonctionnelles (dyspnée, douleur thoracique notamment) et les anomalies retrouvées à l'examen physique est médiocre, un même symptôme pouvant être retrouvé dans diverses maladies[4].

L'audition des râles crépitant peut n'avoir aucune signification pathologique, en particulier chez le sujet obèse. La présence de signe extra respiratoire comme un trouble confusionnel ou un trouble digestif (présents dans plus de un tiers des cas d'infection broncho-pulmonaire) peut orienter à tort vers une atteinte d'un autre appareil [7,8]

2-5-2-2 Principales étiologies des détresses respiratoires des personnes âgées :

2-5-2-2-1 Les pneumopathies infectieuses :

Elle est la maladie infectieuse la plus fréquente de la personne âgée. Comme l'ensemble des pathologies respiratoires et cardiovasculaire, la gravité des pneumopathies communautaires augmente avec l'âge avec 70 à 90% des décès par pneumonie et touche les plus de 65ans.

Le diagnostic est souvent porté tardivement, car les signes pulmonaires pourtant présents sont souvent masqués par des symptômes extra pulmonaires. Plus de 30% des patients hospitalisés pour pneumopathie n'ont ni tachycardie ni hyperleucocytose. L'inhalation est également plus fréquente et favorisée par les médicaments sédatifs et les maladies neurologiques (AVC, démence maladies de parkinson).

2-5-2-2-2 L'embolie pulmonaire :

L'âge est un facteur de risque indépendant de la survenue des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire. Si les D-dimères sont plus spécifiques chez le sujet jeune, tel n'est pas le cas du sujet âgé car les D-dimères sont physiologiquement augmentés avec l'âge du fait des modifications physiologiques de l'hémostase, l'existence de Co-morbidités (infection, néoplasie, insuffisance cardiaque...; etc.). Par contre l'échographie doppler des veines des membres inférieurs présente un rendement diagnostique élevé chez le sujet âgé. Elle est d'une sensibilité de plus de 55% chez le plus de 80ans.

2-5-2-2-3 Œdème pulmonaire cardiogénique :

L'incidence annuelle de l'insuffisance cardiaque s'augmente beaucoup plus rapidement à partir de 65 ans.

L'OAP est une pathologie fréquente, responsable de nombreuses hospitalisations et d'une mortalité au décours du premier épisode. Les facteurs déclenchant sont en général la non observance du traitement, trouble du rythme supra ventriculaire, les écarts de régime, les poussées hypertensives [6]. Parfois on peut avoir les surcharges hydro sodées chez un patient avec insuffisance rénale latente, exacerbation aiguë d'une BPO associée ...etc. Le diagnostic d'OAP cardiogénique du sujet âgé devant une orthopnée d'aggravation progressive et/ou un facteur déclenchant, HTA, fins râles crépitant.

2-5-2-2-4 Autres :

Asthme aiguë grave (crise d'asthme inhabituelle, qui par sa gravité, met en jeu le pronostic vital à court terme, représente une des causes les plus fréquentes de détresses respiratoires aiguës), OAP lésionnel, anémies.

2-5-3 Les états de choc :

Il s'agit d'une insuffisance circulatoire aiguë durable aboutissant à une hypoxie tissulaire avec une TA inférieure à 80 mm hg ou à 30% chez le sujet HTA.

Les modifications induites par le vieillissement sur les conditions hémodynamiques, la régulation de pression artérielle, l'altération des baroréflexes, les modifications pharmacodynamiques fragilisent ces patients et en modifient la prise en charge.

5-3-1 La gravité :

L'existence de certains signes est alarmante à savoir :

-l'altération de la conscience,

- hémorragie incontrôlée,
- retard de prise en charge,
- l'existence de pathologies associées.

Selon l'étiologie, multiples cas de figure sont envisagés. On distingue quatre principales causes d'état de choc dont :

2-5-3-2 Choc hémorragique :

Il s'agit d'une diminution importante du volume sanguin suite à une hémorragie ou perte liquidienne importante responsable d'une chute tensionnelle par altération du baroréflexe [5].

La prise en charge se fait, selon les cas, par le remplissage vasculaire par les solutés isotoniques ou macromoléculaires, ou par la transfusion des dérivés sanguins (**E. Pilly 2008, chapitre 13**).

2-5-3-3 Choc septique :

C'est l'état de choc survenu chez le sujet infecté. L'évolution se fait par plusieurs stades:

- syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) associant polypnée, tachycardie, hyperleucocytose, fièvre ...etc.
- sepsis : SRIS+foyer infectieux confirmé ou non,
- syndrome septique grave : sepsis+dysfonction d'organe
- choc septique

On observe une distribution anormale du sang dans la microcirculation donc une mauvaise oxygénation tissulaire. Ceci est responsable de la libération des médiateurs de l'inflammation qui à son tour va entraîner une vasodilatation puis hypotension artérielle [3].

Sa prise en charge fait recourir au remplissage vasculaire, les amines vasoactives, voire la corticothérapie et le traitement étiologique.

2-5-3-4 Le choc cardiogénique :

On observe une chute du débit cardiaque responsable des signes d'hypo perfusion tissulaire soit par :

- baisse de la contractilité myocardique,
- bradycardie ou tachycardie extrême,
- anomalie de l'écoulement sanguin intra cardiaque,
- dysfonction ventriculaire droite.
- Insuffisance ventriculaire gauche / OAP :

Limitation de l'OAP, ventilation, diminution de la charge et augmentation de l'inotropisme du VG.

-Insuffisance ventriculaire droite :

Maintien de la perfusion diastolique du VD, diminution de la surcharge du VD.

Autres étiologies : IDM, trouble du rythme, valvulopathie, tamponnade (**E. Pilly 2008, chapitre 13**).

Le traitement est en général étiologie dépendante.

2-5-3-5 Choc anaphylactique :

Il est consécutif à une réaction anaphylactique brutale et importante. On assiste à une libération de substances vasodilatatrices (responsable d'une hypo volémie relative) puis une baisse des pressions de remplissage et débit cardiaque **[13]**.

La prise en charge fait recourir à l'adrénaline, remplissage vasculaire et surtout l'interdiction de l'allergène.

2-5-4 Les problèmes post-opératoire :

La période de réveil est une phase critique au cours de laquelle surviennent près de la moitié des accidents imputables à l'anesthésie. Cette phase importante chez la personne âgée du fait de la fréquence des co-morbidités.

2-5-4-1 Complications respiratoires :

Le plus souvent lié à des surdosages, les facteurs de risque sont l'âge, le diabète, l'obésité, intervention de plus quatre heures, types d'intervention et d'anesthésie. Ce sont :

- les effets résiduels de l'anesthésie sur les fonctions respiratoire,
- l'obstruction des voies aériennes,
- hypoxémie post-opératoire,
- inhalation du contenu gastrique,

2-5-4-2 Complications cardiaques :

On peut avoir une hypo ou une hyper tension artérielle, les troubles du rythme voire des accidents cardiaques sévères.

2-5-4-3 Retard de réveil :

Elles sont dues soit à un surdosage relatif ou absolu en anesthésiques, soit à des désordres métaboliques ou à des désordres neurologiques per-opératoire.

2-5-4-4 Confusion mentale et agitation post-opératoire :

-la confusion associe une baisse de la vigilance, des troubles mnésiques, baisse de l'attention, désorientation temporo-spatiale, trouble du comportement et du sommeil.

-l'agitation postopératoire est une urgence médicale pouvant compromettre le pronostic vital ou fonctionnel.

2-5-4-5 Autres :

Les hypo thermies et frissons, les nausées et vomissements post-op, complications urinaires (rétention urinaire et insuffisance rénale post-op).

METHODOLOGIE

3) METHODOLOGIE :

3-1-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Service de réanimation du Centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré de Bamako. Situé au centre administratif de la ville de Bamako, le CHU Gabriel Touré, hôpital de 3^{ième} référence, se hisse au sommet de la pyramide sanitaire du Mali. Du fait de sa situation géographique, il constitue la structure de santé la plus fréquentée. Il abrite de nombreux services dont le service de réanimation.

3-1-1 Personnel de la réanimation : il se compose de :

- Deux(2) médecins anesthésistes-réanimateurs
- Quatre(4) internes des hôpitaux
- Quatre(4) médecins en étude de spécialisations qui sont en rotation
- Un nombre variable de résidents
- Un major
- Treize (13) infirmiers et cinq (5) aides-soignantes, tous repartis en quatre groupe.

3-1-2 Le Matériel :

Le matériel disponible en salle de réanimation se compose comme suit:

- 1 table d'urgence avec 2 boîtes complètes d'intubation.
- 2 respirateurs.
- 1 défibrillateur en panne.
- 4 aspirateurs mobiles.
- 4 poussettes seringues électriques à une piste.

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

- 1 réfrigérateur pour les produits pharmaceutiques, les produits sanguins et dérivés.
- 1 appareil de désinfection.
- 7 barboteurs pour oxygénation nasale.
- 5 scopes pour la surveillance de l'activité électrique du cœur et des paramètres vitaux.

3-2- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective.

3-3- Période d'étude :

Notre étude a été réalisée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Octobre 2010 au 30 Septembre 2011.

3-4-Patients :

Notre étude a concerné les patients admis dans le service de réanimation polyvalente du CHU GT du 1^{er} Octobre 2010 au 30 Septembre 2011.

3-5- Critères d'inclusion

Les patients intéressés étaient ceux âgés de 65ans ou plus, admis le service pendant la période allant du 1^{er} Octobre 2010 au 30 septembre 2011, quelle que soit la pathologie

3-6- Critères de non inclusion :

Les patients exclus étaient ceux de :

- moins de 65ans
- âge indéterminé
- admis avant ou après la période d'étude

3-7-Méthodes :

3-7-1 Outils de collecte :

Un dossier médical a été réalisé pour chaque malade dans lequel étaient consignés les données de l'interrogatoire du patient ou de son entourage, le motif d'admission, les données de l'examen physique, les résultats des examens para clinique (TDM, NFS, créatininémie, glycémie, Goutte Epaisse, hémoculture etc...., le diagnostic retenu, le traitement, l'évolution et les complications du patient.

Une fiche de collecte des données nous a permis de recueillir, pour chaque patient inclus dans l'étude, les variables nécessaires à savoir :

L'âge,
le sexe,
la fréquence cardiaque,
la fréquence respiratoire,
la tension artérielle,
la température,
la diurèse,
les examens para cliniques,
l'évolution,
et la durée du séjour.

3-7-2 Déroulement de l'enquête :

Le recrutement des patients était réalisé dans le service de réanimation du CHU GT. Les patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'une évaluation clinique et para clinique complète.

Le registre d'hospitalisation nous a permis d'avoir l'effectif des patients admis durant la période d'étude.

3-8 Analyse des données

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

Le traitement et la saisie du texte ont été réalisés grâce au logiciel Word Office 2007.

L'analyse des données a été faite sur logiciel SPSS17.0.

Le test statistique utilisé fut le test de Chi².

Les graphiques ont été réalisés à partir du logiciel Excel.

RESULTS

4) Résultats :

4-1-Fréquence globale :

Sur une période allant du 1^{er} octobre 2010 au 30 Septembre 2011, 95 patients répondaient à nos critères d'inclusion soit 19,0% des admissions.

4-2-Résultats descriptifs :

4-2-1Caractéristiques sociodémographiques :

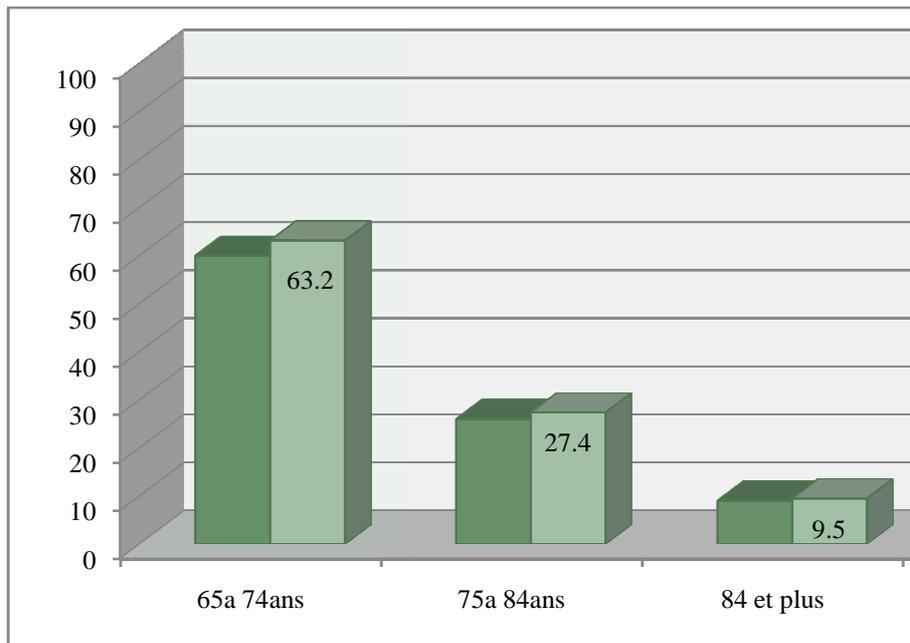


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 65 à 74ans était la plus représentée avec 63,3%.

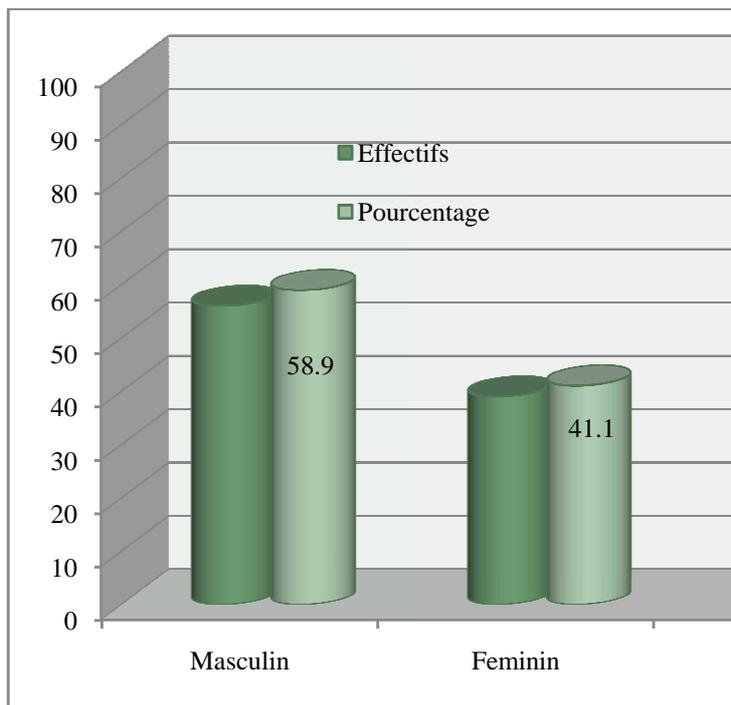


Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe.

Parmi les patients colligés, 58,9% étaient de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,4.

4-2-2 Caractéristiques cliniques de la population

Tableau I : Répartition des patients en fonctions des antécédents.

Antécédents	Effectifs	Pourcentage
Hypertension artérielle	53	55,7
Diabète	14	14,7
Asthme	4	4,2
Pathologie digestive	5	5,2
Pathologies chirurgicales	12	12,6
Drépanocytose	1	1
Autres pathologies cardiovasculaires	3	3,1
Neuropathie	5	5,2
Aucun	20	21,1

Sur une période de 12 mois, 55,7% des patients avaient une notion antérieure d'hypertension artérielle.

Tableau II : Répartition des patients en fonction du motif d'admission.

Motifs d'admission	Effectifs	Pourcentage
Altération de la conscience	62	65,3
PEC post op	7	7,4
TC	8	8,4
Pneumopathie	1	1,1
SDRA	9	9,5
Autres	8	8,4
Total	95	100,0

Autres= Déshydratation, Epilepsie, OAP, Hématémèse, Crise convulsive, Hypoglycémie, Agitation, poly traumatisme. L'altération de la conscience a été le motif d'admission le fréquent avec 65,3% des cas.

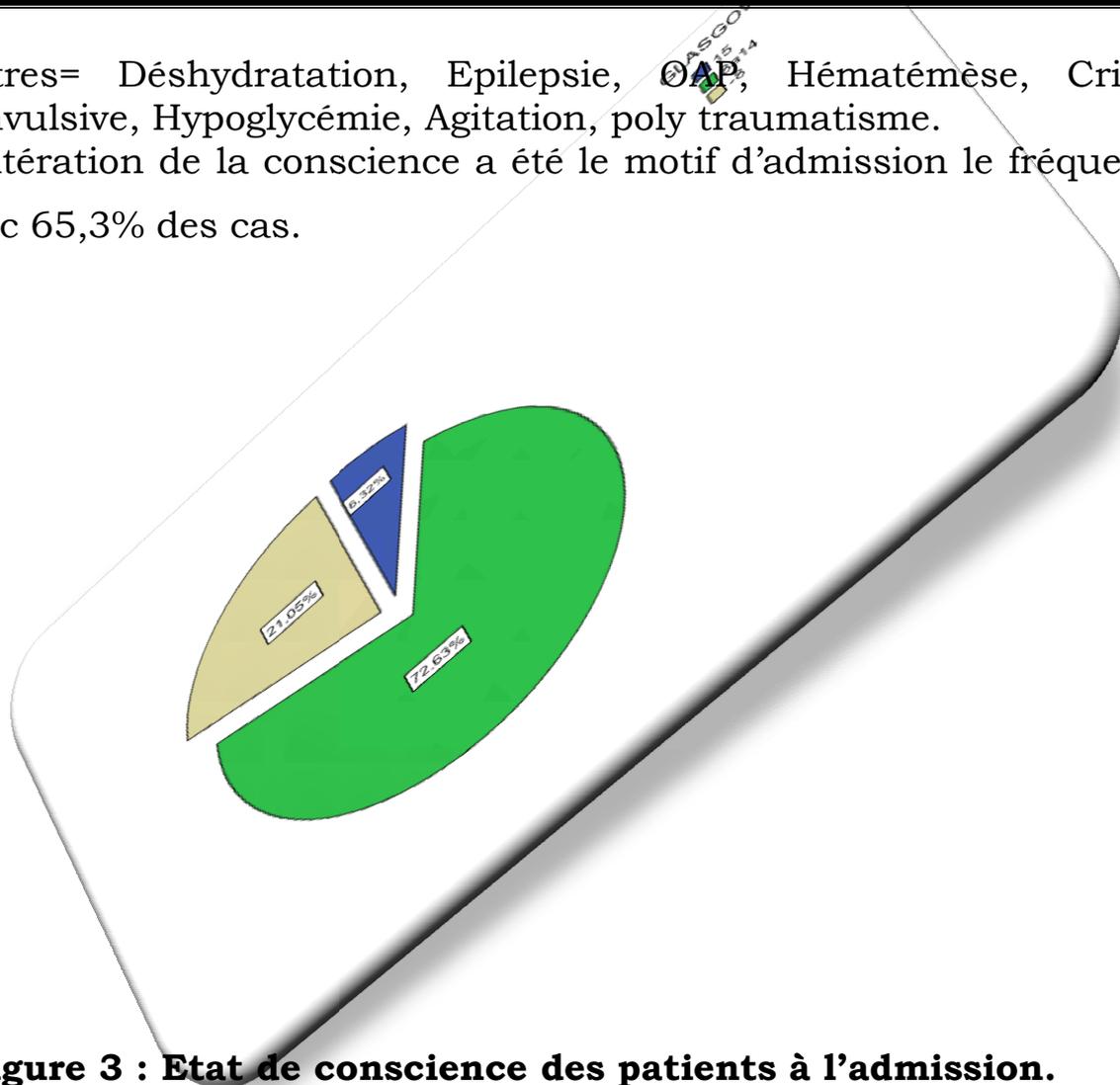


Figure 3 : Etat de conscience des patients à l'admission.

Parmi les patients ayant répondu à nos critères, 21,05% avaient un score de Glasgow inférieur à 8.

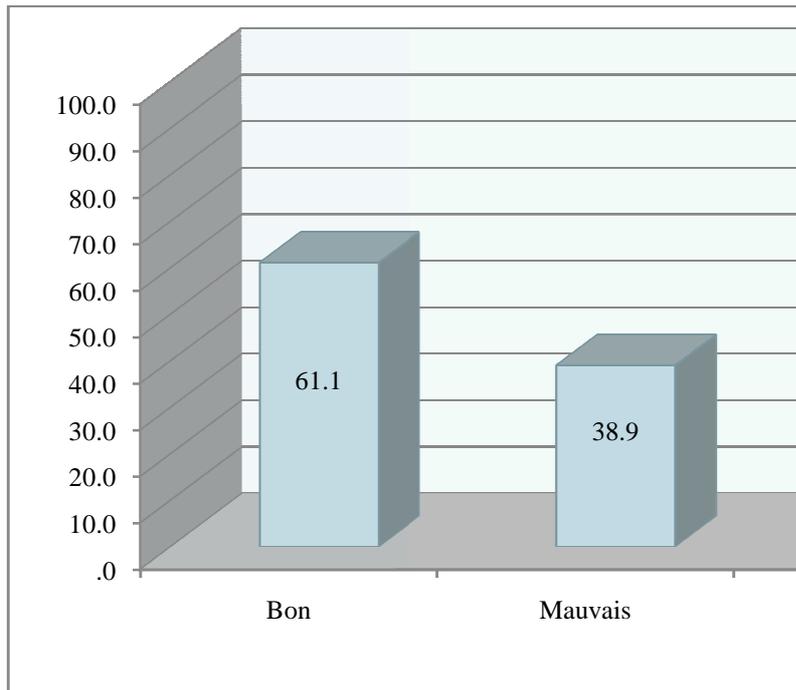


Figure 4 : Etat général des patients.

A l'admission, 61,1% de nos patients avaient un bon état général.

Tableau III: Répartition des patients en fonction de la pression artérielle

Tension Artérielle	Effectifs	Pourcentage
TA \leq 09/05	12	12,6
09/05 \leq TA \leq 13/08	30	31,6
TA \geq 14/09	53	55,8
Total	95	100,0

Parmi les patients colligés, 55,8% étaient hypertendus à l'admission.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la température corporelle.

Température	Effectifs	Pourcentage
$T^{\circ} \leq 35,9^{\circ}\text{C}$	4	4,2
$36 \leq T^{\circ} \leq 37,5^{\circ}\text{C}$	73	76,8
$T^{\circ} \geq 37,6^{\circ}\text{C}$	18	18,9
Total	95	100,0

Parmi les patients colligés, 18,9% étaient fébriles.

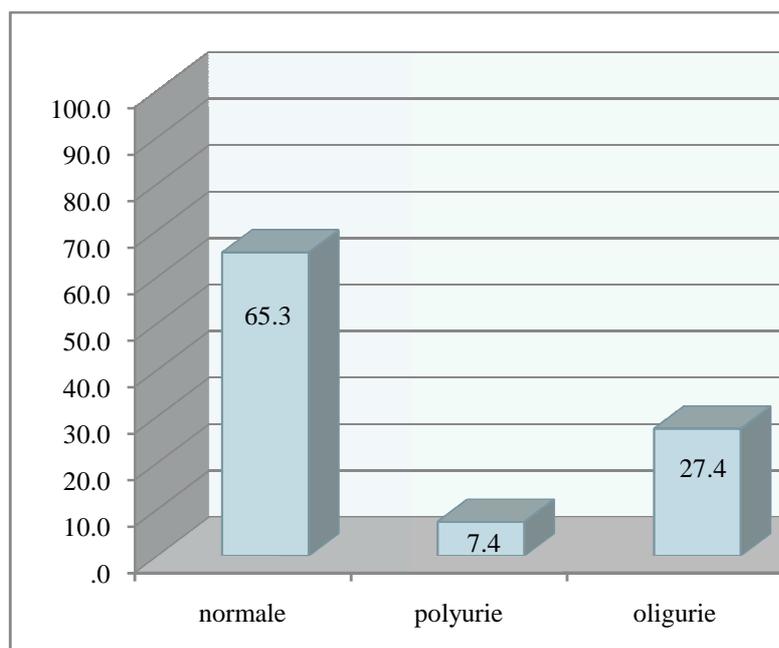


Figure 5 : Diurèse des patients à l'admission.

Dans les premières 24 heures de l'admission, 27,4% de nos patients étaient en oligurie.

Tableau V : répartition des patients en fonction des affections médicales retrouvées.

Pathologies	Effectifs	Pourcentage
AVC	42	40.7
Comas diabétiques	8	07,8
Paludisme grave	2	02,0
T C	7	06,8
Hypo volémie	16	15,5
Sepsis	17	16,5
Autres	11	10.7
Total	103	100,0

Autres=polytraumatisé, tumeur cérébrale, VO rompu, OAP, EP, CIVD.

Au cours de cette étude, 40,7% des affections médicales étaient des AVC.

Tableau VI : répartition des patients en fonction des affections chirurgicales.

Affections chirurgicales	Effectifs	Pourcentage
Digestives	7	46.7
Traumatologiques	4	26.7
Urologiques	2	13.3
Neurologiques	2	13.3
Total	15	100.0

Sur l'ensemble des affections chirurgicales, la chirurgie digestive occupait 46,7%.

Tableau VII : Répartition des patients selon les complications.

complications	Effectifs	Pourcentage
Escarre	8	8,4
Hypo ou hyperglycémie	5	5,3
Infection	14	14,7
ACSOS	13	13,7
Instabilité hémodynamique	21	22,1
Aucun	34	35,8
Total	95	100,0

Au cours de l'évolution, 22,1% des patients ont présenté une instabilité hémodynamique.

Tableau VIII: Répartition des patients selon les gestes agressifs effectués.

Gestes agressifs	Fréquence	Pourcentage
Intubation	35	36.8
VVC	19	20
Drainage	3	3,3
Aucun	56	58.9

VVC= voie veineuse centrale

L'intubation trachéale a été le geste agressif le plus effectué avec 36,8%.

Tableau IX : répartition des patients en fonction de l'évolution.

Evolution	Effectifs	Pourcentage
Vivants	39	41,1
Décédés	56	58,9
Total	95	100,0

A la fin de leur séjour, 58,9% des patients sont décédés.

4-2-3 Etude analytique

Tableau X : Motifs d'admission des patients selon les antécédents

Motifs d'admission / Antécédents	altération de la conscience	Prise en charge post op	SDRA	Autres	Total
HTA	38(61,3%)	2(28,6%)	9(75,0%)	2(22,2%)	51(42,5%)
Diabète	12(19,4%)	0(0,0%)	1(8,3%)	1(11,1%)	14(11,7%)
Asthme	3(4,8%)	0(0,0%)	1(8,3%)	0(0,0%)	4(3,3%)
Cardiovasculaire	2(3,2%)	0(0,0%)	1(8,3%)	0(0,0%)	3(2,5%)
Neurologique	4(6,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(11,1%)	5(4,2%)
Pathologies digestives	2(3,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(22,2%)	4(3,3%)
Pathologies chirurgicales	8(12,9%)	2(28,6%)	0(0,0%)	2(22,2%)	12(10,0%)
aucun	10(16,1%)	3(42,8%)	0(0,0%)	1(11,1%)	20(16,7%)

Parmi les 62 patients admis pour altération de la conscience, 61,3% étaient hypertendus et 19,4% diabétiques.

Tableau XI : Motif d'admission des patients selon l'âge et le motif d'admission.

Tranche d'âge \ Motifs d'admission	65 à 74ans	75 à 84 ans	85 ans et plus	total
altération de la conscience	31(51,7%)	23 (88,5%)	8(88,9%)	62(65,3%)
SPO	7(11,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	7(7,3%)
TC	8(13,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(8,4%)
pneumopathie	1(1,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,0)
SDRA	9(15,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	9(9,5%)
Autres	4(6,7%)	3(11,5%)	1(11,1%)	8(8,4%)
Total	60(100,0%)	26(100,0%)	9(100,0%)	95(100,0)

Autres= Déshydratation, Epilepsie, OAP, Hématémèse, Crise convulsive, poly traumatisme. Hypoglycémie, Agitation,

L'altération de la conscience était le motif le plus représenté quel que soit l'âge.

Tableau XII : Répartition des patients selon l'âge et le diagnostic retenus.

Tranche d'âge	65 à 74ans		75 à 84ans		85ans et plus	
	effectifs	Pourcentage	effectifs	Pourcentage	effectifs	Pourcentage
Dg retenu						
AVC	24	33,7	12	37,4	6	60.0
T C	7	09.9	0	00.0	0	00.0
Coma diabétique	4	05.6	3	09.3	1	10.0
Paludisme grave	2	02.8	0	00.0	0	00.0
Hypo volémie	17	23.9	8	25.0	1	10.0
Sepsis	9	12.7	6	18.7	2	20.0
Autres	8	11.2	3	09.3	0	00.0
Total	71	100.0	32	100.0	10	100.0

Autres=polytraumatisé, tumeur cérébrale, VO rompu, OAP, EP, CIVD.

Dans les trois tranches d'âge, l'AVC a été l'affection la plus représentée.

Tableau XIII : Répartition des motifs selon les affections médicales retenues.

Motifs d'admission Dg retenu	Altération de la conscience	TC	SDRA	Autres
AVC	36(52,2%)	1(8,3%)	4(36,4%)	1(12,5%)
TC	0(0,0%)	7(58,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Diabète	7(10,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Paludisme grave	2(2,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Hypo volémie	11(15,9%)	2(16,7%)	1(9,1%)	2(25,0%)
Sepsis	10(14,5%)	2(16,7%)	3(27,3%)	2(25,0%)
Autres	3(4,3%)	0(0,0%)	3(27,3%)	3(37,5%)
Total	69(100,0%)	12(100%)	11(100%)	8(100%)

Autres=polytraumatisé, tumeur cérébrale, VO rompu, OAP, EP, CIVD.

Parmi les patients ayant un AVC, 52,2% étaient admis pour altération de la conscience.

Tableau XIV : Motifs d'admission des patients en fonction des affections chirurgicales.

Motifs d'admission Dg retenu	Alteration de la conscience	SPO
Chirurgie digestive	2(25,0%)	4(80,0%)
Chirurgie urologique	1(12,5%)	1(20,0%)
Chirurgie traumatologique	3(37,5%)	0(0,0%)
Chirurgie neurologique	2(25,0%)	0(0,0%)
Total	8(100,0%)	5(100,0%)

Dans notre étude, 80,0% des patients de la chirurgie digestive étaient admis pour SPO.

Tableau XV : Répartition des complications selon l'âge.

Tranche d'âge \ Complications	65a 74ans	75a 84ans	84 et plus	Total
escarre	3(8,3%)	3(23, 1%)	2(22,2%)	8(8, 4%)
hypo ou hyperglycémie	3(5,0%)	1(3, 8%)	1(11,1%)	5(5, 3%)
infection	10(16,7%)	2(7, 7%)	2(22,2%)	14(14,7%)
ACSOS	11(18,3%)	1(3,8 %)	1(11,1%)	13(13,7%)
Instabilité hémodynamique	18(30,0%)	2(7,7%)	1(11,1%)	21(22,1%)
aucun	15(28,3%)	17(65,4%)	2(22,2%)	31(32, 6%)
Total	60(100%)	26(100%)	9(100%)	95(100%)

Parmi les patients de 65 à 74ans, 30,0% ont présenté une instabilité hémodynamique.

Tableau XVI : Complications selon les affections médicales.

Complications \ Dg Retenu	Escarres	Hypo ou hyperglycémie	Infection	ACSOS	aucun	Instabilité hémodynamique
AVC	6(75%)	0(0.0%)	3(21,4%)	4(30,8%)	13(38,2%)	16(76,2%)
TC	0(0.0%)	0(0.0%)	1(7,1%)	5(38,5%)	1(2,9%)	0(0.0%)
Diabète	0(0.0%)	4(80%)	2(14,5%)	0(0.0%)	2(5,9%)	0(0.0%)
Paludisme Grave	0(0.0%)	0(0.0%)	1(7,1%)	0(0.0%)	1(2,9%)	0(0.0%)
hypo volémie	1(12,5)	0(0.0%)	1(7,1%)	2(15,4%)	5(14,7%)	3(14,4%)
Sepsis	1(12,5)	1(20%)	5(35,7%)	2(15,4%)	3(8,8%)	1(4,8%)
Autres	0(0.0%)	0(0.0%)	1(7,1%)	0(0.0%)	9(26,5%)	1(4,8%)
Total	8(100%)	5(100%)	14(100%)	13(100%)	34(100 %)	21(100%)

Autres=polytraumatisé, tumeur cérébrale, VO rompu, OAP, EP, CIVD.

Parmi les patients ayant présentés une instabilité hémodynamique, 76,2% avaient un AVC.

Tableau XVII : Complications en fonction des pathologies chirurgicales.

Dg Retenu \ Complications	Escarre	Infection	aucun	Instabilité hémodynamique
Chirurgie digestive	0(0,0%)	1(33,3%)	5(71,4%)	1(33,3%)
Chirurgie urologique	1(50%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(33,3%)
Chirurgie neurologique	1(50%)	1(33,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Chirurgie traumatologique	0(0,0%)	1(33,3%)	2(28,6%)	1(33,3%)
Total	2(100%)	3(100%)	7(100%)	3(100%)

En chirurgicale digestive, 71,4% des patients n'ont présentés aucune complication

Tableau XVIII : Evolution des patients en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge \ Evolution	65 à 74 ans	75 à 84 ans	84 ans et plus
Vivants	28(46,7%)	7(26,9%)	4(44,4%)
Décédés	32(53,3%)	19(73,1%)	5(55,6%)
Total	60(100,0%)	26(100,0%)	9(100,0%)

Le taux de décès était plus élevé chez les jeunes vieux avec 73,1%.

Tableau XIX : Evolution des patients selon le motif d'admission.

Evolution Motifs d'admission	vivants	décédés
Altération de la conscience	27(69,2%)	35(62,5%)
SPO	4(10,3%)	3(5,3%)
TC	2(5,1%)	6(10,7%)
Pneumopathie	0(0,0%)	1(1,9%)
SDRA	2(5,1%)	7(12,5%)
Autres	4(10,3%)	4(7,1%)
Total	39(100,0%)	56(100,0%)

Parmi les patients décédés, 62,5% étaient admis pour altération de la conscience.

Tableau XX : Evolution des patients en fonction de l'état de conscience.

Evolution Glasgow	Vivants	Décédés	Total
15	5(12,8%)	1(1,9%)	6(6,3%)
8 à 14	30(76,9%)	39(69,6%)	69(72,6%)
< 8	4(10,3%)	16(28,5%)	20(21,1%)
Total	39(100,0%)	56(100,0%)	95(100,0%)

Parmi les survivants, 76,9% avaient un score de Glasgow compris entre 8 et 14

Tableau XXI: Evolution des patients en fonctions des affections médicales.

Evolution P. médicales	Vivants	Décédés	Total
AVC	18(51,4%)	24(35,3%)	42(40,8%)
TC	1(2,9%)	6(8,8%)	7(6,8%)
Coma diabétique	1(2,9%)	7(10,3%)	8(7,8%)
Paludisme grave	1(2,9%)	1(1,5%)	2(1,9%)
Hypovolémie	6(17,1%)	10(14,7%)	16(15,5%)
Sepsis	3(8,6%)	14(20,6%)	17(16,5%)
Autres	5(14,3%)	6(8,8%)	11(10,7%)
Total	35(100%)	68(100%)	103(100%)

Autres=polytraumatisé, tumeur cérébrale, VO rompu, OAP, EP, CIVD.

Parmi les survivants, 51,4% étaient des AVC

Tableau XXII : Evolution des patients en fonction des affections chirurgicales.

Evolution P. chirurgicales	Vivants	Décédés	Total
Chirurgie digestive	5(62,5%)	2(28,6%)	7(46,7%)
Chirurgie Urologique	1(12,5%)	1(14,3%)	2(13,3%)
Chirurgie Traumatologique	1(12,5 %)	3(42,8%)	4(26,7%)
Chirurgie Neurologique	1(12,5%)	1(14,3%)	2(13,3%)
Total	8(100,0%)	7(100,0%)	15(100%)

Au terme de cette étude, chez les survivants, 62,5% avaient une affection chirurgicale digestive.

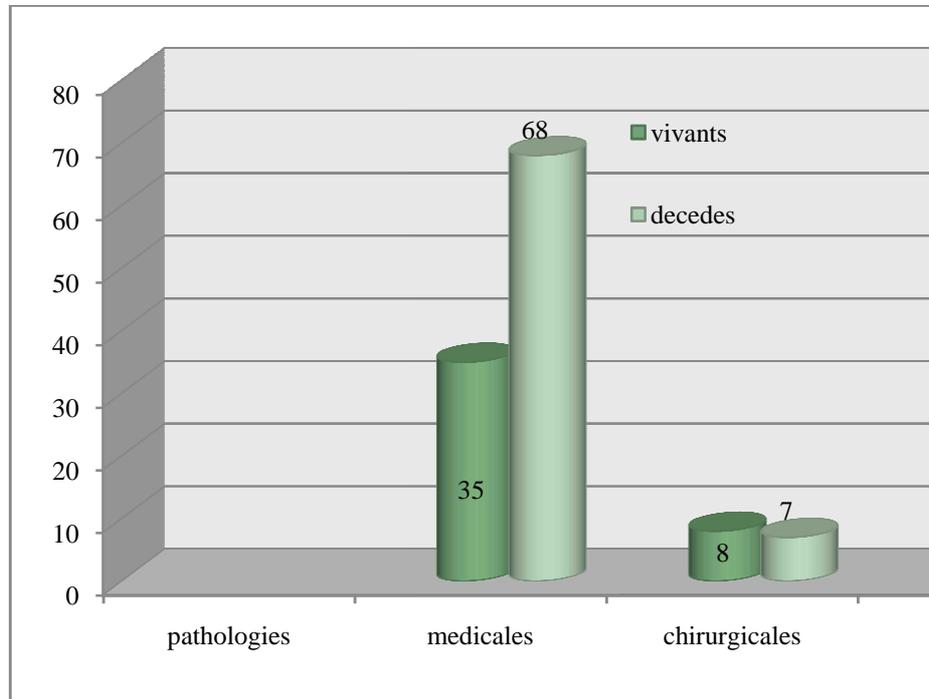


Figure 6 : évolution des patients selon la discipline médicale.

Parmi 15 cas d'affections chirurgicales, 7 sont décédées a la fin de leur séjour en réanimation contre 68 cas de décès sur 103 affections médicales.

Tableau XXIV : évolution des patients en fonction des complications.

Evolution Complications	Vivants	Décédés
Escarres	6(15,4%)	2(3,5%)
Hypo ou hyperglycémie	1(2,7%)	4(7,1%)
ACSOS	3(7,7%)	10(17,9%)
Infection	4(10,2%)	10(17,9%)
Instabilité hémodynamique	3(7,7%)	18(32,1%)
Aucun	22(56,4%)	12(21,4%)
total	39(100,0%)	56(100,0%)

Parmi les cas de décès, 32,1% avaient présenté une instabilité hémodynamique.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

5-1- La méthodologie :

Les 95 patients de notre étude prospective ont été colligés sur une période de 12 mois. Les patients, concernés par notre étude, ont été suivi de l'admission jusqu'à la fin de leur séjours en réanimation.

En réalisant cette étude, notre préoccupation essentielle était d'étudier les motifs d'admission des personnes âgées au Service de réanimation polyvalente.

Cependant, dans la réalisation de ce travail, nous avons rencontré des difficultés qui sont :

- La transcription des symptômes par les accompagnants et non par les malades eux-mêmes,
- Le faible pouvoir d'achat de la majorité des malades.

Ces résultats sont comparables à ceux de **MOGHOMAYE M A, en réanimation du CHU GT en 2009**, qui a effectué une prospective sur 12 mois et dont les difficultés étaient la manque de données comparative.

5-2- Fréquence :

Il a été observé dans notre étude ayant porté sur 95 dossiers qui ont été colligés 501 patients admis en réanimation polyvalente du CHU GT sur une période allant du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2011 soit une fréquence globale de personne âgée de 19.0%. Ces résultats sont comparables à ceux de **SANOGO B. en réanimation du CHU PG en 2008** et de **MOGHOMAYE M A en 2009 en réanimation du CHU GT** dont les études ont retrouvé respectivement 19,42% et 17,7% de personnes âgées [**13,36**].

5-3- Caractéristiques sociodémographiques :

5-3-1 Age :

La tranche d'âge de 65 à 74 ans a été la plus représentée avec une moyenne de 73,04 ans. Ces résultats sont comparables à ceux de **SANOGO B.** en 2008 en réanimation du CHU PG et de **MOGHOMAYE M A en 2009 en réanimation du CHU GT** qui ont eu respectivement des moyennes de 74,6 et 75 ans.

Cette surreprésentation de cette tranche pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge serait la plus active dans la population âgée. Il serait donc normal de voir l'effectif de chaque tranche d'âge diminuer avec l'âge [13,36].

5-3-2 Sexe :

Au cours de notre étude le sexe masculin était prédominant avec 59,0%, un résultat superposable à ceux de **S Diarra en réanimation du CHU GT en 2010** et **MOGHOMAYE M A en réanimation du CHU GT en 2009** qui ont retrouvé respectivement 52,4 et 66%.

Cette prédominance du sexe Masculin pourrait s'expliquer par le fait que les hommes seraient plus actifs malgré l'âge ; ce qui les expose aux facteurs d'agressions extérieurs tels que les AVP. [36,37].

5-4- Facteurs de risques chez la personne âgée :

L'hypertension artérielle a été le facteur de risque le plus important chez la personne âgée avec 55,8%.

Ce résultat est superposable à celui d'**IVY-Willia à travers son étude sur les motifs de recours des personnes âgées aux urgences du CHU GT en 2009** dans lequel, elle a montré que 53% des facteurs de risque de la personne âgée étaient représentés

par l'ATHA. Cette surreprésentation de l'hypertension artérielle pourrait s'expliquer par le fait que l'avance en âge s'accompagne de l'apparition de dépôts de lipides, de collagènes et calciques qui rigidifient les parois artérielles responsables d'hypertension artérielle. [1,12,15]

5-5- Les motifs d'admission :

Dans notre étude, il est ressorti que l'altération de la conscience était le plus fréquent. Cette prédominance de l'altération de la conscience a été notée par **SANOGO B.** en réanimation du CHU PG en 2008 et **MOGHOMAYE M A en 2009 en réanimation du CHU GT.**

Fréquence de l'altération de la conscience selon les auteurs

Altération de la conscience	Effectif	Pourcentage
Sanogo B CHU PG 2008	49	52%
MOGHOMAYE M A CHU GT 2009	100	55,4%
Notre étude CHU GT 2011	62	65,3%

Cette surreprésentation dans notre étude pourrait s'expliquer par la fréquence des AVC et diabète qui constituent les causes les plus fréquents d'altération de conscience.

En tenant en compte l'âge dans cette admission, on observe que 51,7%; 88,5% et 88,9% respectivement des tranches d'âge de 65-74ans; 75-84ans et 85ans et plus étaient admis pour altération de la conscience, alors que l'effectif des individus diminue avec l'avance en âge. Il ressort de cette étude que les populations les

âgées sont moins fréquentes mais lorsqu'elles sont présentes, le risque d'altération de la conscience est plus importante. Ce qui explique que plus l'âge n'avance, plus la conscience est altéré. Les autres motifs se trouvent regrouper dans la tranche des jeunes vieux. Ce qui pourrait s'expliquer par une motivation pouvant être la dépendance ultérieure probable de ce patient. De même, si le déficit est de sauver à tout prix un père de famille de 65ans sans ATCD acquis, qu'est-il pour un grand-père de 85ans en pleine forme mais présentant un vieillissement physiologique inexorable [1].

Par ailleurs, le motif pour lequel le patient est admis, donne une globale du cadre pathologique dans lequel il peut se trouver.

La SPO a été le motif le plus représenté dans les affections chirurgicales digestives avec 80%

En dehors de la SPO et l'altération de la conscience, les autres motifs tels que la pneumopathie, les TC, les SDRA sont moins représentés.

5-6- Pathologies des personnes âgées en réanimation.

Selon la définition de l'Organisation mondiale pour la santé, l'AVC est un déficit neurologique focal (ou parfois global) d'apparition soudaine, durant plus de 24 heures (ou conduisant au décès) et d'origine vasculaire. [30,31]

L'incidence de cette pathologie augmente nettement avec l'âge. Elle commence à dépasser celle de l'infarctus du myocarde en raison d'une fréquence nettement plus importante chez la personne âgée. Notre étude n'a pas fait exception car 40,7% de nos affections médicales étaient représentées par les AVC. Ce résultat est

comparable à ceux **de SANOGO B. en réanimation du CHU PG en 2008** et de **MOGHOMAYE M A en 2009 en réanimation du CHU GT** qui ont eu respectivement 34,04% et 46% d'AVC. L'étude d'AUDRY M s'était portée uniquement sur les patients en altération de la conscience qui constitue une des premières causes d'AVC d'où la fréquence des AVC dans son étude par rapport au nôtre.

En fonction de l'âge, la fréquence de l'AVC est progressivement croissant car 33,7% ; 37,4% et 60% respectivement des tranches d'âge de 65-74ans; 75-84 et 84ans et plus ont un AVC.

Les affections chirurgicales digestives représentent 46,7% de la pathologie chirurgicale.

Par ailleurs, il y avait 23 cas de poly pathologie.

5-7-Gestes invasifs de réanimation :

Parmi les patients colligés, notre étude a retrouvé 35 patients qui, au cours de leur séjours, ont été intubés soient 38,8%. Ce résultats est comparable a celui de **B. SANAGO au CHU PG en 2008** et de **S Diarra au CHU GT en 2010** qui ont eu respectivement 20% et 28% d'intubation. Cette surreprésentation des intubations s'explique par la priorisation de la prise en charge du coté vital dans les unités de réanimation polyvalente.

5-8 Evolution et complications :

5-8-1 Complications :

Les complications enregistrées furent l'instabilité hémodynamique, ACSOS dans les TC, les infections (urinaire et pulmonaire surtout) escarres, dysglycémies. La survenue de ces

complications a une influence importante sur le pronostic vital du patient

5-8-2 Evolution :

Dans **Notre étude** 58,9% des patients sont décédés. Ce résultat est comparable à celui de **SANOGO B. en réanimation du CHU PG en 2008** avec un taux de 55,3% et nettement supérieur à celui de **DIARRA S. en réanimation du CHU GT en 2010** qui s'est porté sur tous les patients âgés ou non d'où le faible taux de décès dans son étude.

Les patients ayant une altération profonde de la conscience à l'admission avaient une mortalité plus élevée avec un de 80%. Donc si on essaie d'associer l'âge à cette évolution, vue l'état de la conscience en fonction de l'avancée en âge, nous pouvons en déduire que l'âge peut être prise en compte des facteurs pronostics.

Parmi les patients décédés, 32,1% avaient présenté des complications à type d'instabilité hémodynamique.

5-8-3 facteurs de morbi-mortalités :

-l'âge : il s'agit d'un déterminant important intervenant dans la démarche diagnostic et thérapeutique du malade. Notre étude n'a pas fait exception à cette règle car plus l'âge avance, plus le risque d'AVC est important et plus la conscience est altérée. Parmi les vieux vieux, 60% avaient un AVC et 88,9% étaient en altération de la conscience.

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

-les antécédents : ce sont des facteurs pouvant intervenir dans la démarche diagnostic et thérapeutique du patient les plus fréquemment rencontrés l'HTA et le diabète.

ATCD	HTA	Diabète
MOGHOMAYE M A	58%	16%
Notre étude	55,7%	14,7%

-le motif d'admission : elle représente la cause pour laquelle un patient pourrait être admis en réanimation.

- ✓ Plusieurs facteurs sont impliqués parmi lesquels, l'âge décrit plus haut, et les antécédents (HTA+++, diabète++...).
- ✓ Ce motif peut également guider le diagnostic : en pathologie médicale, sur 62 patients admis pour altération de la conscience, 36 avaient un AVC et 10 avaient un sepsis.
- ✓ Sur le plan pronostic, sur 62 patients admis pour altération de la conscience, 35 sont décédés à la fin de leur séjour en réanimation.

-le diagnostic retenu : il est le facteur pratiquement le plus important. Il agit essentiellement sur le pronostic du patient d'où sur 42cas d'AVC, 24 sont décédés à la fin de leur séjour.

-les complications : parmi les patients survécus, 56,4% n'avaient présenté aucune complication

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

6) CONCLUSION ET RECOMMANDATION

6-1 CONCLUSION :

Notre étude s'est porté sur le profil épidémioclinique et pronostic des personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU GT.

Au terme de cette étude, il a été constaté que 19% des admissions en réanimation étaient des personnes âgées. Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio de 1,4. L'altération de la conscience était le motif le plus fréquent avec 65,3% et le plus souvent sur un terrain d'HTA. Les diagnostics établis à la suite de la prise en charge de la personne âgée en réanimation étaient les AVC. Le pronostic était marqué d'une létalité de 58,9%, ce qui pourrait s'expliquer par un rapport coût-bénéfice défavorable pour la personne âgée. Celui-ci n'est plus productif, son espérance de vie est minime et sa réadaptation à la vie est longue.

Dans le souci d'une amélioration de la qualité de prise en charge de la personne âgée, une meilleure connaissance des motifs d'admission, les étiologies de ces motifs d'admission, ainsi que les principales complications qui peuvent en survenir, est nécessaire.

6-2 RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations ci-après:

Aux personnels de la santé

- prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes âgées,
- évacuation rapide et adéquate des patients en détresses dans un service de soins intensif ;

A la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)

- organisation de sessions de formation médicale continue des personnels de la réanimation,
- rédaction d'un manuel de BONNES PRATIQUES DE REANIMATION,
- élaboration de normes standard d'équipement de la réanimation;

Aux Autorités sanitaires

- instauration d'un carnet de suivi des personnes âgées,
- approvisionnement des services de réanimation en produits et matériels consommables,
- formation de gériatres et création d'un service de gériatrie.
- ouverture d'un service d'assistance médicale urgente
- organisation de campagne de sensibilisation des populations sur les facteurs de risque cardiovasculaire
- réduction du cout des soins et examens complémentaires en particulier la TDM pour les personnes âgées.

Références bibliographiques

1. **Esnault P** : *La personne âgée en réanimation : Etat des lieux à Rodez, et revue de la littérature*. Thèse de Médecine, Rodez (France) ,Faculté de medecine PARIS DESCARTES 2008
2. **Traoré G** : *projet de plan d'action national pour la promotion des personnes âgées au Mali*. Draft du 1^{er} Juin 2005 P-7
3. **Lacotte J, Dubois-Randé J L**. Fédération de cardiologie. Hôpital Marie Mondor, Créteil. Etat de choc
4. **L'Her E., Ray P., Duquesne F.**. *Détresse respiratoire aigue de la personne âgée*. Médecine d'urgence 2003, P 63-85
5. **Weiss A., Grossman E., Beloosesky Y., Grinblat J**. *Orthostatic Hypotension in acute geriatric ward: is it a consistent finding?* Arch Intern med 2002; 162; 2369 – 74
6. **Gandhi S. K., Powers J. C., Nomeir A. M., Fowle K., et al**. *The pathogenesis of acute pulmonary oedema associated with hypertension*. N Engl J Med 2001; 344: 17-22.
7. **Marrie T**. *acquired pneumonia in the elderly*. Clin infect 2000; 31: 1066-78
8. **Metlay J., Schulz R., Singer G.**: *influence of age on symptom at presentation in patient with community acquired pneumonia*. Arch intern med 1997; 157; 1453-9
9. **Thrift, Dewey et al.**, *Incidence of the major stroke sub-types: initial findings from the North East Melbourne stroke incidence study (NEMESIS)*, Stroke, 2001, 32, pp. 1732-1738
10. **Rothwell, Coull et al**. *Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study)*, Lancet, 2005, 366, pp. 1773–1783

11. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en réanimation adulte : *Recommandation de la Société de Réanimation en Langues Françaises 2002.* Réanimation 2002; 11 :442-9

12. Faculté de Strasbourg 2005/2006 *Vieillissement normal.vieillissement_nortmal_item54.pdf*

13. Sanogo B : *Pathologie de la personne Agée au service de réanimation polyvalente du CHU PG.* Thèse de Médecine; Bamako, FMPOS : 2008 ; n°08M532

14.Somme O., Maillet JM., Fagon JY. *Particularités physiologiques du sujet âgé en réanimation.* In : Collège national des Enseignements de réanimation médicale de Paris : Masson ; 2001 .P . 213 -8

15. OUAKAM OUAKAM J F.: *Autonomie dépendance et santé des personnes âgées.* Cas du district de Bamako : thèse de médecine ; Bamako, FMPOS : 2005 ; n°05M91

16. Néouze A: *filière d'admission directe en gériatrie aigue. Une alternative aux urgences pour certains patients?* Thèse de Médecine; Paris, Facultés de médecine PARIS DESCARTES : 2012 ; n°415250

17. Nuckton T J, List D. *Age as a factor in critical care unit admission.* Arch Intern Med 1995; 155: 1087-92.

18. Muller L, Lefrant J.Y., Gache A., de la Coussaye J.E. *Critères d'admission du sujet âgé en réanimation.* Fédération

d'anesthésie douleur urgences réanimation, CHU de Nîmes, 30000
Nîmes, France SFAR 2003 P 29-37

19. Henrard J.C I. *Vieillesse et âge, âge et représentation de la vieillesse.* Actualité et dossier en santé publique n°21 Décembre 1997, pp.4à11

20. Promotion de la santé pour les personnes âgées. *Eurolink*, avril 1996 pp1à40.

21. hopflunger F et valerie *Etat de santé des personnes âgées* Observatoire Suisse de la santé, Berne Ed. Haus Huber, 2003 pp.1à4

22. <http://umvf.univ-nantes.fr/gériatrie/enseignementgeriatrie1/site/html/cours.pdf> 2008-2009

23. Kitzman D W, Scholtz D G, Ilstrup D M et al. *Age related changes in human hearts during the first ten years decades of life.* *Mayo clin proc* 1998 june 63(6):637

24. Brutel O.C : *projection de la population à l'horizon 2005 un vieillissement inéluctable.* Insee première 2001, 762, 1-4

25. 25^{ème} conférence panaméricaine, 50^{ème} session du comité régional : Washington, D.C., 21-25Sept 1998.

26. Borel M:*Admission du sujet âgé en réanimation : l'âge influence-t-il l'accès aux soins.* Mémoire de fin d'étude pour Master de recherche en éthique Médicale 2006-2007. Université Paris 5 René Descartes. 27(6) P472-480

27. Dutheilet N, Scheidegger S, *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*”, et DREES, Études et résultats, n° 494, juin 2006

28- KAO *Gérontologie et gériatrie au Sénégal : Emergence des problèmes et recherche des solutions.* Thèse méd. Dakar, 1991, N°5

- 30. Murray, Lopez et al.,** *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990- 2020: Global Burden of Disease Study*, Lancet, 1997, 349, pp. 1498-1504
- 31. Gentil, Béjot et al.,** *Comparative epidemiology of stroke and acute myocardial infarction: the Dijon Vascular project (Diva)*, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2009, 80, pp. 1006-1011
- 32. Mengue-ME-MGUEMA I W:** *motifs de recours des personnes âgées au service d'accueil des urgences du CHU GT*. Thèse de Médecine. Bamako, FMPOS : 2009 ; n
- 33. Nagor T.** *Les pathologies chirurgicales des personnes âgées à l'Hôpital du Point-G.*
Thèse médecine ; Bamako ; 1999-67 : P.N°10
- 34- Cissouma M.** *Place de la rachianesthésie dans les services de chirurgie de l'HNPG (A propos de 200 cas)* Thèse : méd : FMPOS de Bamako 1999 ; 85-M-99 : p. 135
- 35- Guidet, Bertrand; Artigas Raventos, Antonio (Réd.)**
Collection: Références en réanimation. Collection de la SRLF
2012, 400 p. 5 ill.
- 36- MOGHOMAYE M A** *Le coma chez le sujet âgé : facteurs étiologiques, prise en charge et pronostic dans le service d'anesthésie-réanimation du CHU Gabriel Toure.* Thèse de médecine : Bamako ; 2007 FMPOS

VIII) ANNEXE :

Nom : Mangané

Prénom : Sambou dit M'pah

Titre de thèse : Motifs d'admission des personnes âgées au service de réanimation du CHU Gabriel Touré.

Année académique : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Réanimation, gériatrie

Résumé :

Nous avons réalisé une étude sur les motifs d'admission des personnes âgées au service de réanimation du CHU Gabriel Touré. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1^{er} Octobre 2010 au 30 septembre 2011.

Notre objectif était d'analyser le profil épidémioclinique et pronostique des personnes âgées en réanimation du CHU Gabriel Touré

Cette étude s'est portée sur 95 personnes âgées avec une moyenne d'âge de 73,04ans. Le sexe masculin a été le plus représenté 58,9%. L'altération de la conscience a été le motif le plus représenté avec 62 cas avec comme principales causes : les AVC et le sepsis qui à leur tour avaient comme facteurs de risque potentiels l'HTA et le diabète. Ces affections se sont compliquées d'infections et/ou d'ACSOS. Le taux de mortalité était de 58,9%.

Fiche d'enquête :

1 Age a) 65-74ans/.../ b) 75-84ans/.../ c) 85ans et plus/.../

2 Sexe a) masculin/.../ b) féminin/.../

3 ATCD a) HTA/.../ b) Diabète/.../ c) asthme/.../
d) cardiopathie/.../ e) psychiatrique/.../ f) néphropathie/.../ g)
hépato-digestif/.../ h) tumeur/.../ i) hernie/.../
j) adénome de prost/.../ k) drépano/.../ l) autres/.../

4 Motifs d'admission

a) altération de la conscience/.../ b) SPO/... /
c) TC Grave/.../ d) AVCI/.../ e) AVCH/.../ f)
pneumopathie/.../ g) Hgie méningée/.../ h) SDRA/.../ i)
collapsus cardiovasculaire/.../ j) AEG/.../ k) autres/.../

5 Etat général a) bon/.../ b) mauvais/.../

6 Conjonctives a) colorées/.../ b) pales/.../ c) ictère/.../

7 Température a)-36/.../ b) 36-37,8/.../ c)+37,8/.../

8 SPO2 a) -90% /.../ b) +90%/.../

9 Diurèse a) normale/.../ b) polyurie/.../ c) oligurie/.../ d)
anurie/.../

10 Tension a) hypotension/... / b) normo tension /... /
c) HTA/.../ d) état de choc /.../

11 Fréquence cardiaque a) 60-100 /.../ b) -60/ ... /
c)+100/.../

12 fréquences respiratoires a) 16-22/.../ b) -16/.../
c) +22/.../

13 Glasgow a) 15/.../ b) 8-14/.../ c) -8/.../

14 Glycémie a) -2,77mmol/.../ b) 2,77-8,32/.../ c) + 8,32/.../

15 Créatinémie a) normale/.../ b) élevée/.../

Motif d'admission des personnes âgées au service réanimation du CHU GT

16 NFS a) normal /..../ b) anémie et/ou thrombopenie et/ou leucopénie/.../

17 Autres examens biologiques a) fait/...../ b) non fait/.../

18 Examens radiologiques a) fait/.../ résultat à préciser
b) non/..../

19 Diagnostique retenu

a) AVCH/..../ b) AVCI/..../ c) TC/.../ d)
coma diabétique/.../ e) sepsis /.../ f) DH2O/.../
g) trouble du réveil post anesthésique/.../ i) choc/..../
h) HSDA ou C/.../

20 Conditionnement a) venue conditionné/.../ b) conditionné dans le service/...../

21 Actes

22 Médicaments

Solutés.....

Antalgiques.....

Anticoagulants ;.....

Antipyrétique.....

Amines vaso actives.....

23 Complications liées aux traitements.....

.....

.....24

complications de la maladie.....

.....

.....

.....

25 Evolution a) favorable/.../ b) défavorable/.../

26 Durée de séjour a) -3jours/.../ b) 3-7jours/.../ c)
+7jours/..../

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE