

Conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation : comment les dépister et accompagner les patients ?



Pr Guillaume Thiéry

Médecine Intensive Réanimation

CHU de Saint-Etienne

guillaume.thiery@chu-st-etienne.fr



Déclaration de conflits d'intérêt

- Conflits d'intérêts industriels: aucun
- Conflits d'intérêts académiques
 - Responsable du groupe SRLF – Patients Proches depuis 2021
 - Membre du CA du Conseil National Professionnel de Médecine Intensive Réanimation (audit)

Critères d'admission en réanimation: comment raisonner?

Quels patients peuvent bénéficier d'une hospitalisation en réanimation?



Survie / mortalité

Quels sont les déterminants de la survie (ou de la mortalité) en réanimation?

30 janvier



Conséquences de la réanimation

Quelle vie après la réanimation (pour les patients et pour les proches)

27 mars

Deux concepts

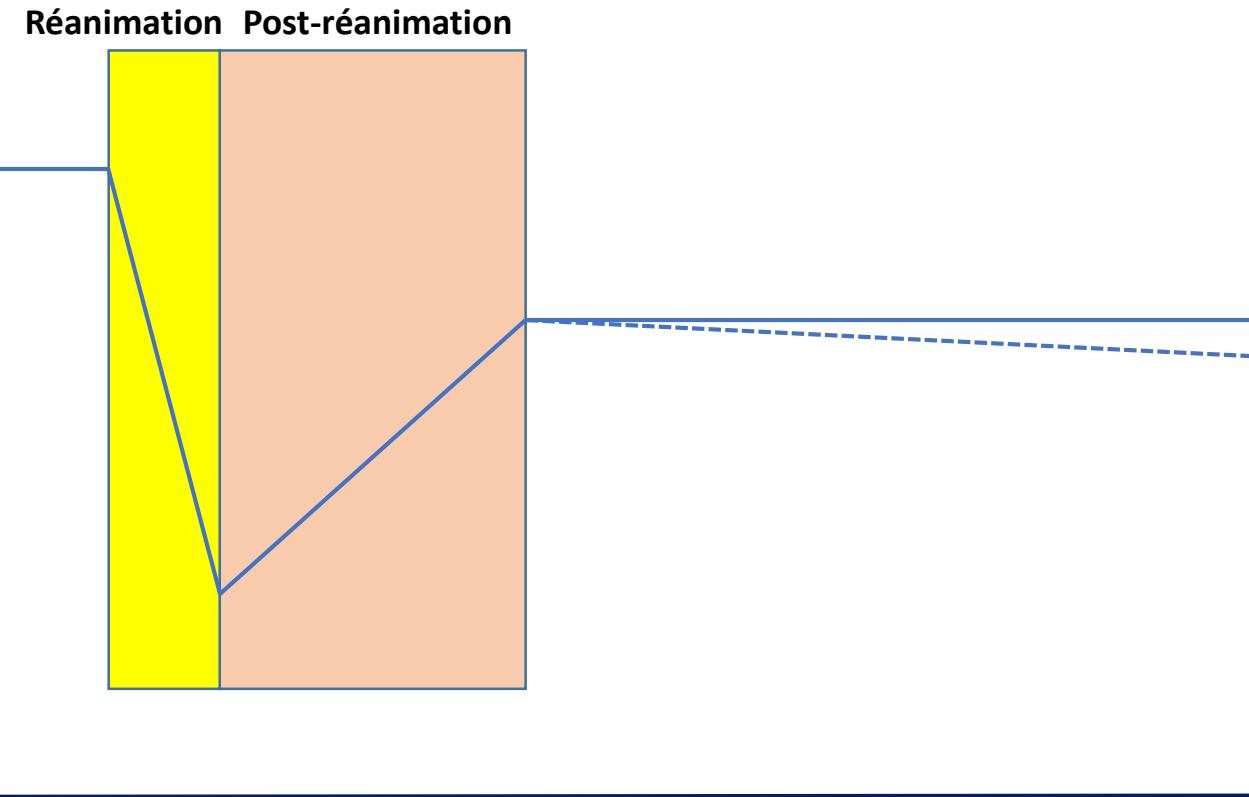
1. La réanimation a beaucoup d'effets secondaires



2. Le mythe du cap à passer n'existe pas



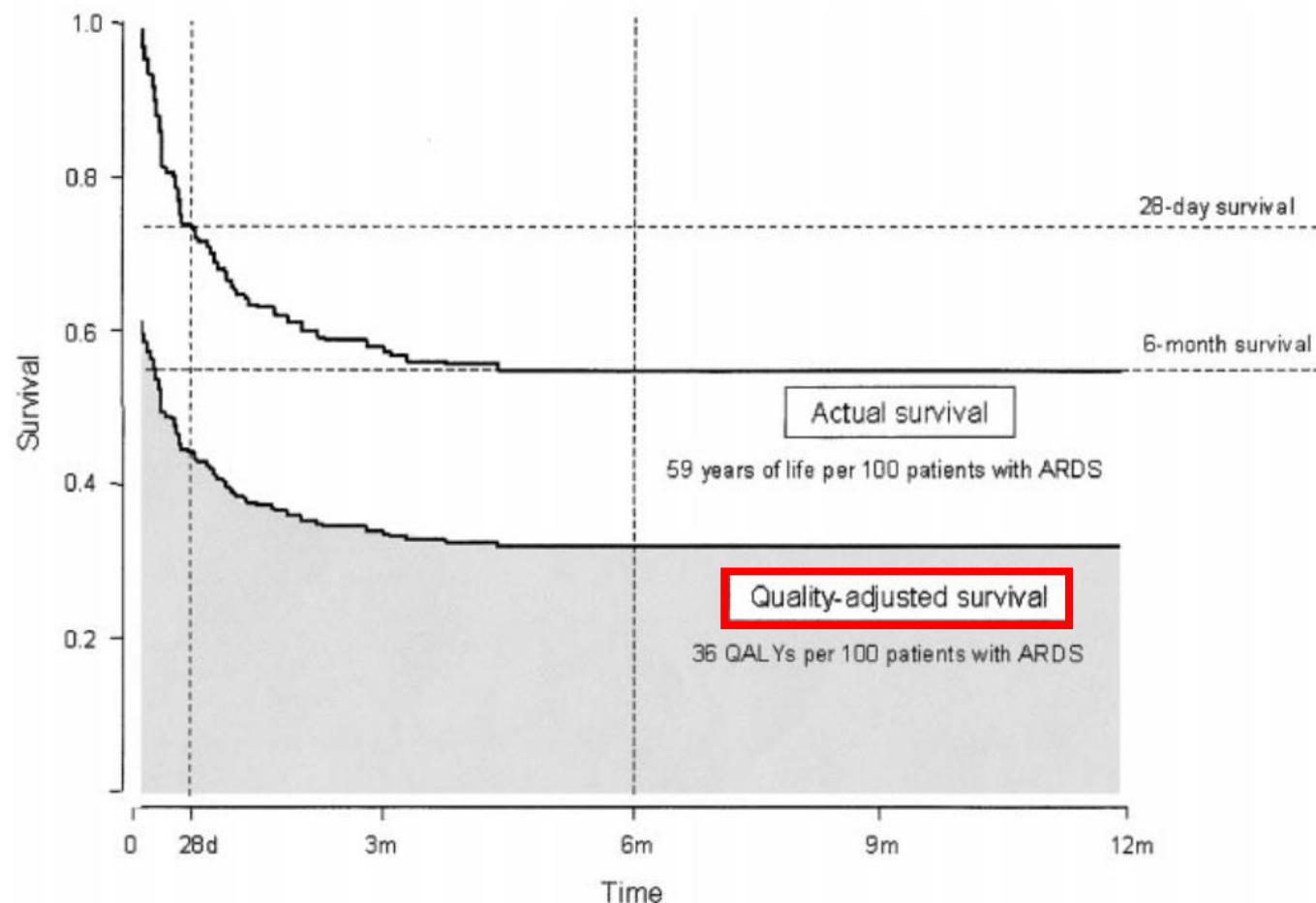
Impact d'un séjour en réanimation sur l'état de santé



Quality-adjusted Survival in the First Year after the Acute Respiratory Distress Syndrome

Am J Respir Crit Care Med Vol 163. pp 1389–1394, 2001

DEREK C. ANGUS, AMJAD A. MUSTHAF, GILLES CLERMONT, MARTIN F. GRIFFIN,
WALTER T. LINDE-ZWIRBLE, TONY T. DREMSIZOV, and MICHAEL R. PINSKY



One-Year Outcomes in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome

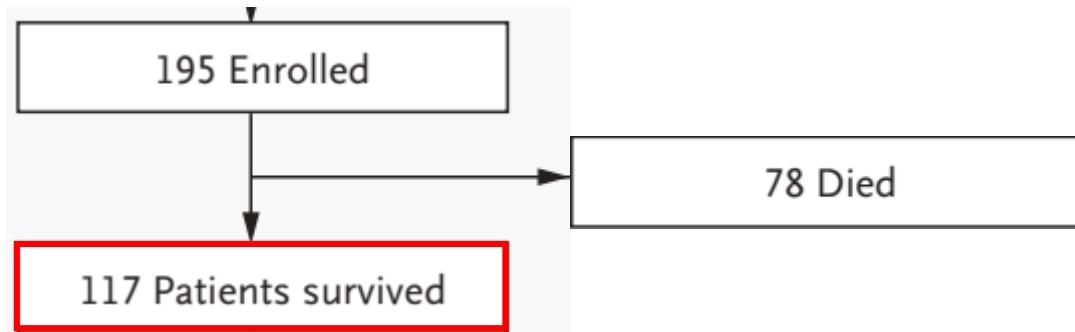
The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Margaret S. Herridge, M.D., M.P.H., Angela M. Cheung, M.D., Ph.D., Catherine M. Tansey, M.Sc.,
Andrea Matte-Martyn, B.Sc., Natalia Diaz-Granados, B.Sc., Fatma Al-Saidi, M.D., Andrew B. Cooper, M.D.,
Cameron B. Guest, M.D., C. David Mazer, M.D., Sangeeta Mehta, M.D., Thomas E. Stewart, M.D., Aiala Barr, Ph.D.,
Deborah Cook, M.D., and Arthur S. Slutsky, M.D., for the Canadian Critical Care Trials Group

ESTABLISHED IN 1812

FEBRUARY 20, 2003

VOL. 348 NO. 8



| | |
|--|---------|
| Age — yr | 45 |
| Median | 36–58 |
| Interquartile range | |
| Male sex — no. (%) | 66 (56) |
| Preexisting organ dysfunction — no. (%)† | 72 (62) |
| Preexisting pulmonary disease — no. (%)‡ | 13 (11) |
| Days of ventilator use | 21 |
| Median | 12–40 |
| Interquartile range | |
| Length of stay in ICU — days | 25 |
| Median | 15–45 |
| Interquartile range | |
| Length of hospitalization — days | 48 |
| Median | 27–77 |
| Interquartile range | |

One-Year Outcomes in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

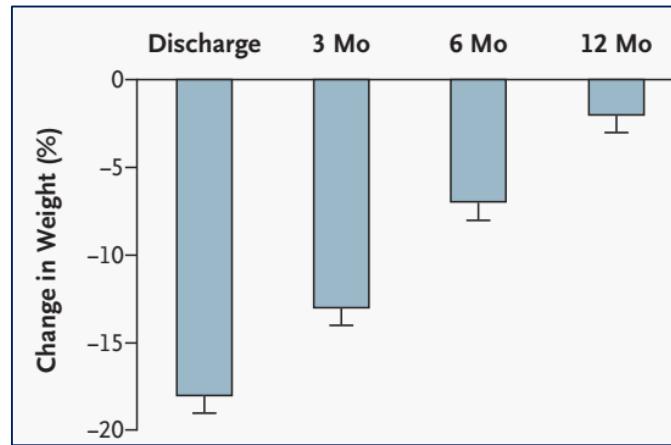
Margaret S. Herridge, M.D., M.P.H., Angela M. Cheung, M.D., Ph.D., Catherine M. Tansey, M.Sc.,
Andrea Matte-Martyn, B.Sc., Natalia Diaz-Granados, B.Sc., Fatma Al-Saidi, M.D., Andrew B. Cooper, M.D.,
Cameron B. Guest, M.D., C. David Mazer, M.D., Sangeeta Mehta, M.D., Thomas E. Stewart, M.D., Aiala Barr, Ph.D.,
Deborah Cook, M.D., and Arthur S. Slutsky, M.D., for the Canadian Critical Care Trials Group

ESTABLISHED IN 1812

FEBRUARY 20, 2003

VOL. 348 NO. 8

Evolution du poids



EFR à 12 mois

| | |
|-----------------|------|
| Capacité vitale | 85% |
| VEMS | 86% |
| CPT | 95% |
| VR | 105% |
| DLCO | 72% |

Tests fonctionnels et vie sociale

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Test de marche 6 min | 66% |
| Reprise du travail | 49% (40/82) |
| Retour au travail antérieur | 78% (31/40) |
| | 38% (31/82) |

1 an après un SDRA, les EFR sont proches de la normale, mais la reprise de la vie est très diminuée

Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*

Crit Care Med 2012 Vol. 40, No. 2

Dale M. Needham, MD, PhD; Judy Davidson, DNP, RN; Henry Cohen, PharmD; Ramona O. Hopkins, PhD; Craig Weinert, MD, MPH; Hannah Wunsch, MD, MSc; Christine Zawistowski, MD; Anita Bemis-Dougherty, PT, DPT; Susan C. Berney, PT, PhD; O. Joseph Bienvenu, MD, PhD; Susan L. Brady, MS; Martin B. Brodsky, PhD; Linda Denehy, PT, PhD; Doug Elliott, RN, PhD; Carl Flatley, DDS; Andrea L. Harabin, PhD; Christina Jones, RN, PhD; Deborah Louis, RN; Wendy Meltzer, JD; Sean R. Muldoon, MD, MPH, MS; Jeffrey B. Palmer, MD; Christiane Perme, PT, CCS; Marla Robinson, OTR/L, MSc, BCPR; David M. Schmidt, MD, PhD; Elizabeth Scruth, RN; Gayle R. Spill, MD; C. Porter Storey, MD; Marta Render, MD; John Votto, DO; Maurene A. Harvey, RN, MPH, FCCM

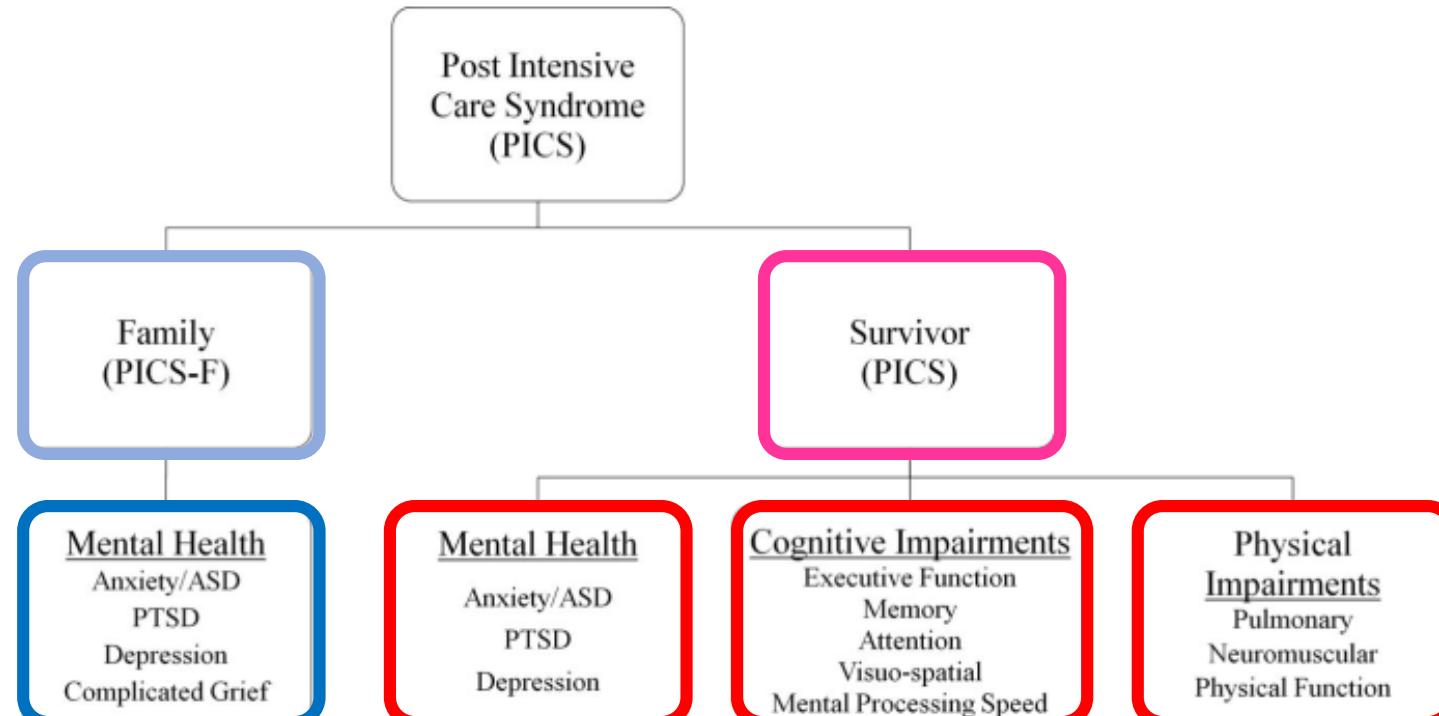


Figure 1. Postintensive care syndrome (PICS) conceptual diagram. ASD, acute stress disorder; PTSD, posttraumatic stress disorder.

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Diagnostic et prise
en charge des
patients adultes
avec un syndrome
post réanimation
(PICS) et leur
entourage

Les séquelles physiques du PICS

- **Faiblesse neuromusculaire acquise en réanimation (ICU-AW)**

- 30 à 50% des patients
- Diagnostic: score MRC

- **Atteintes ostéo-articulaires**

- Raideurs articulaires
- Capsulite de l'épaule

- **Atteintes cutanées**

- **Atteintes ORL (intubation)**

- Troubles de la déglutition +++ : 30-80%, résolutif en plusieurs mois
- Sténose trachéale

- **Atteintes pulmonaires**

- Altération de la diffusion

- **Maladie rénale chronique**

- 5 à 10 fois plus de probabilité de développer une maladie rénale chronique si IR aigue en réanimation

- **Risque cardiovasculaire**

- 1,5 à 2 fois plus de probabilité de développer un accident cardiovasculaire après la réanimation (vs pas de réa)

- **Fatigue chronique**

0 = Aucune contraction

1 = Contraction visible n'entrant aucun mouvement

2 = Contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur

3 = Contraction permettant le mouvement contre la pesanteur

4 = Contraction permettant le mouvement contre la résistance

5 = Force musculaire normale

Les séquelles psychologiques du PICS

- **Symptômes dépressifs**

- 20% des patients
- Peu d'amélioration avec le temps

- **Symptômes anxieux**

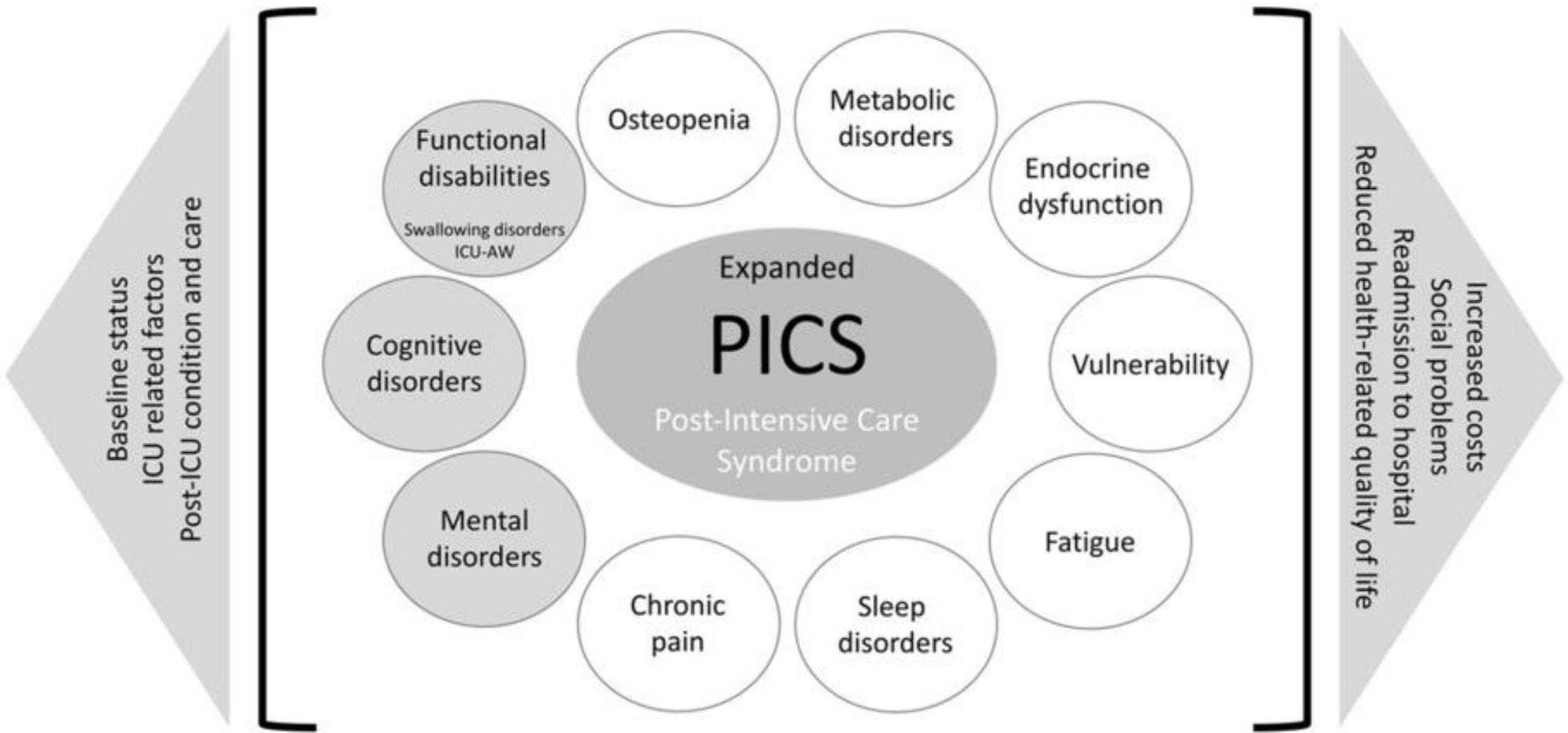
- 20% des patients
- Peu d'amélioration avec le temps

- **Stress post-traumatique (PTSD)**

- 25% avant 6 mois
- 15-20% après 6 mois

Les séquelles cognitives du PICS

- Au moins 40% la première année
- Persistance la première année
- Décroissance au delà, parfois



Le PICS-Family

- Stress émotionnel
- Peur de la perte du proche
- Difficultés de communication
- Isolement
- Déstabilisation de l'entourage familial

| | En réanimation | À 12 mois |
|----------------------|----------------|--------------|
| Symptômes dépressifs | 19-90% | 22-44% |
| Symptômes anxieux | 42-80% | 15-24% |
| PTSD | | 32-80% |
| Deuil pathologique | | 52% (6 mois) |

Van Beuzekom, Crit Care 2016
Kentish-Barnes N, Eur Resp J 2015

Long-term outcomes of COVID-19 intensive care unit survivors and their family members: a one year follow-up prospective study

Raphael Laurent¹, Patricia Correia¹, Raphael Lachand¹,
Eric Diconne¹, Eric Ezingeard¹, Franklin Bruna¹,
Pierre-Alban Guenier¹, Dominique Page¹,
Sophie Périnel-Ragey^{1,2,3} and Guillaume Thiéry^{1,2,4*}

Frontiers in Public Health
08 August 2023

| | Patients (n = 48) | Relatives (n = 42) |
|--|-------------------|--------------------|
| IES-R scores | | |
| Median (interquartile range) | 21 (8–34) | 46.5 (19–58) |
| IES-R ≥ 18, no (%) [§] | 24 (51) | 31 (71) |
| IES-R ≥ 33, no (%)^{§§} | 12 (25) | 23 (55) |
| Mean IES-R ≥ 1.6 (%) ^{§§§} | 12 (25) | |
| HADS scores | | |
| Anxiety, median (interquartile range) | 7 (3–10) | 10 (7–14) |
| Depression, median (interquartile range) | 4 (2–7) | 5 (2–9) |
| HADS anxiety ≥ 8, no (%) [*] | 23 (48) | 26 (66) |
| HADS anxiety ≥ 11, no (%)^{**} | 8 (16) | 17 (44) |
| HADS depression ≥ 8, no (%) [*] | 11 (23) | 13 (33) |
| HADS depression ≥ 11, no (%)^{**} | 6 (13) | 8 (21) |

Comment prévenir le PICS?

- Préoccupation quotidienne des réanimateurs (d'où la question de la balance bénéfice-risque de la réanimation parfois)
- Traitements moins invasifs
- Moins de sédation
- Plus de mobilisation
- Amélioration de l'environnement de la réanimation : « **mieux vivre la réanimation** »
 - Lumière du jour
 - Gestion des inconforts (soif, douleur, isolement, bruit....)
 - Visite des proches 24/24
 - Visite des enfants
 - Journal de bord
 - Musicothérapie
 - Soins socio-esthétiques
 - Etc.....

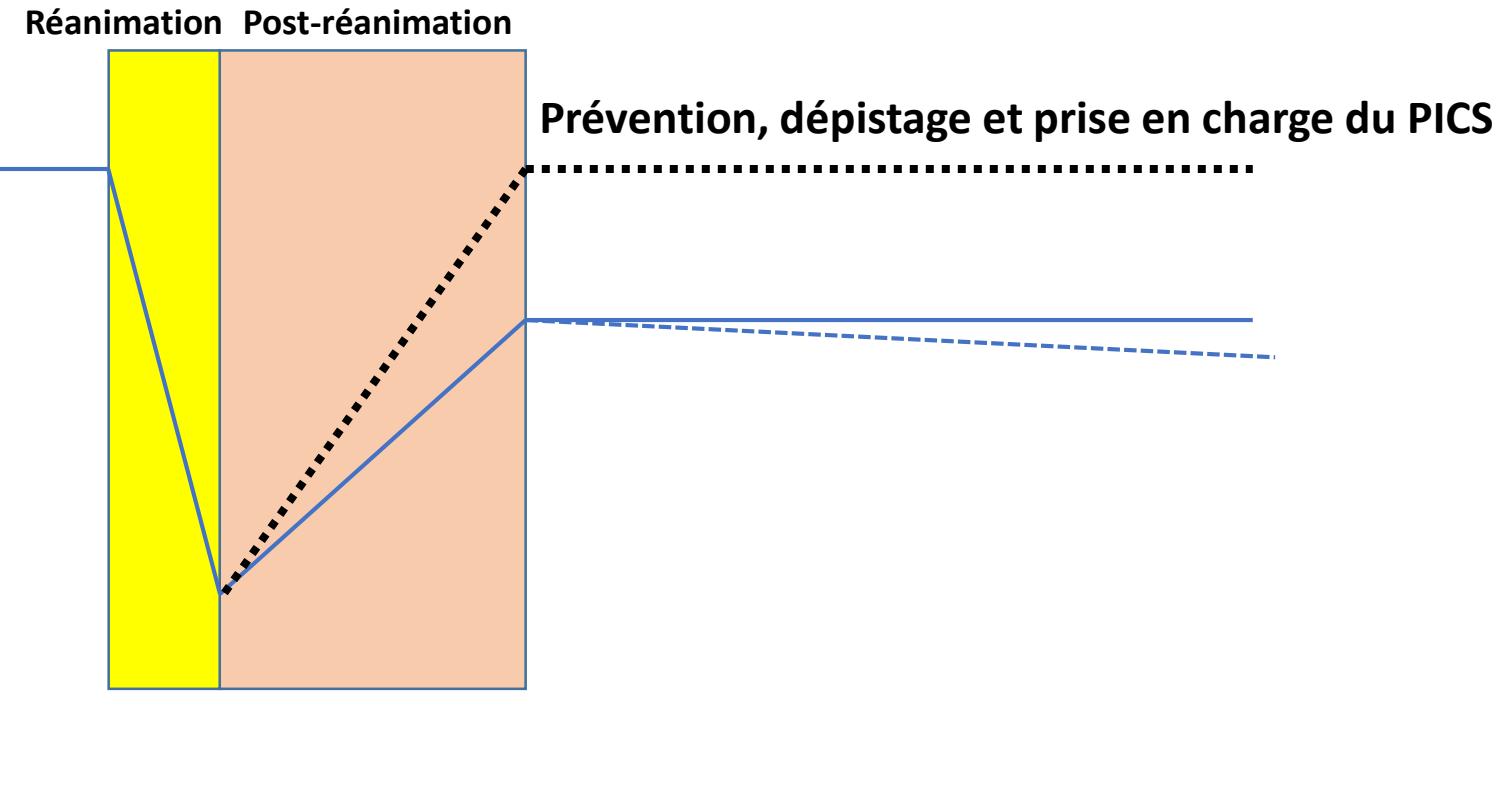
Recommandations HAS 2023

Conférence de consensus SRLF-SFAR 2009: mieux vivre la réanimation

Comment prendre en charge PICS?

- Connaître son existence
- Considérer que chaque patient sortant de réanimation est susceptible de présenter un PICS
- **Nécessité d'un suivi post-réanimation multidisciplinaire +++**
 - Réanimateurs
 - Médecins de services d'aval
 - Réseau de spécialistes concernés (rhumatologues, néphrologues, pneumologues, MPR, cardiologues, urologues, etc....)
 - Relai avec la médecine de ville

Impact d'un séjour en réanimation sur l'état de santé



Que retenir?

- La question de l'admission en réanimation s'aborde dans une perspective de long terme, en prenant en compte la dimension « post-réanimation » (PICS),
- Aucun patient ne ressort de la réanimation en meilleur état de santé qu'en y entrant,
- La prise en charge post-réanimation est le prolongement nécessaire des soins de réanimation,
- Elle est multidisciplinaire par essence
- Elle nécessite de connaître l'existence du PICS, de savoir le dépister ou au moins de savoir rappeler l'équipe de réanimation pour en parler.

LES FROTTEMENTS
DU CŒUR

JOURNAL HOSPITALIER



KATIA GHANTY

LES ÉDITIONS

METROPOLIS

GENÈVE



guillaume.thiery@chu-st-etienne.fr