

# 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](mailto:guillaume.thiery@chu-st-etienne.fr)



**RESHAPE**  
Research on Healthcare Performance

# 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**

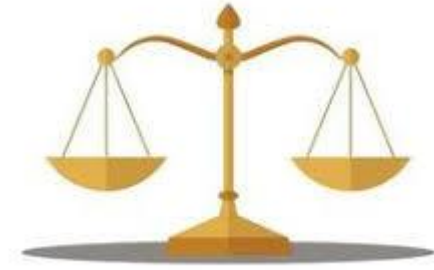
Quelle vie après la réanimation (pour les patients et pour les proches)

*27 mars*

# Deux concepts

---

1. La réanimation a beaucoup d'effets secondaires



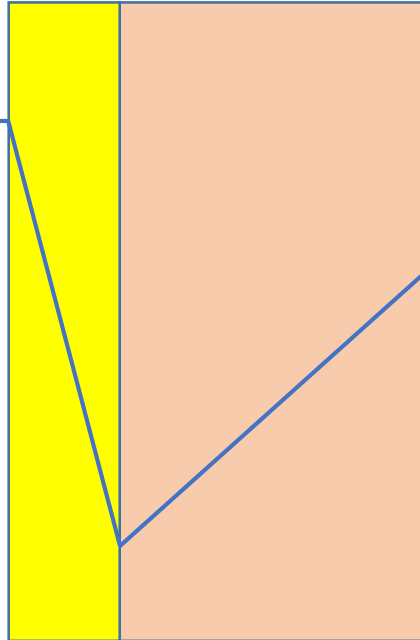
2. Le mythe du cap à passer n'existe pas



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

---

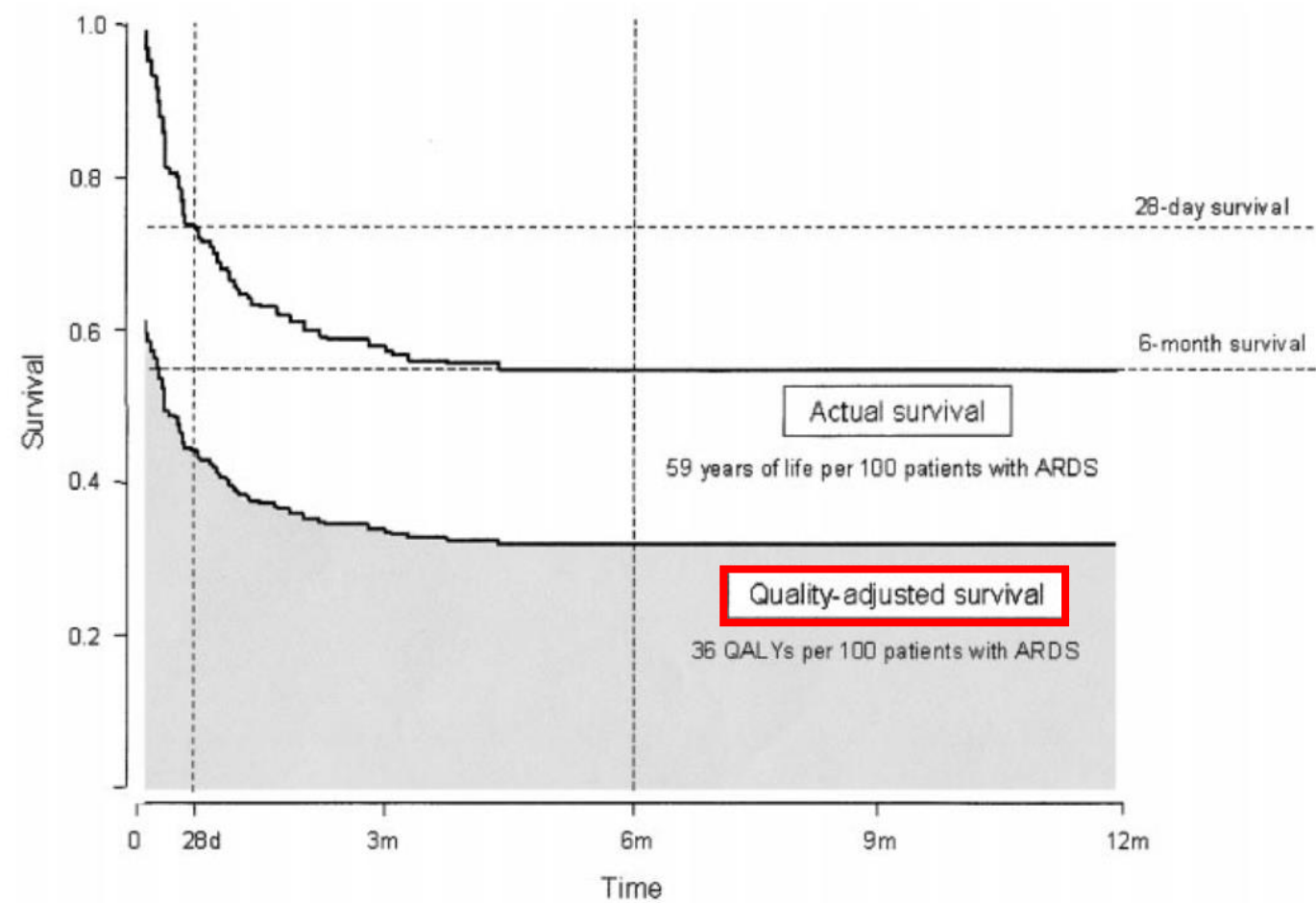
Réanimation Post-réanimation



Temps

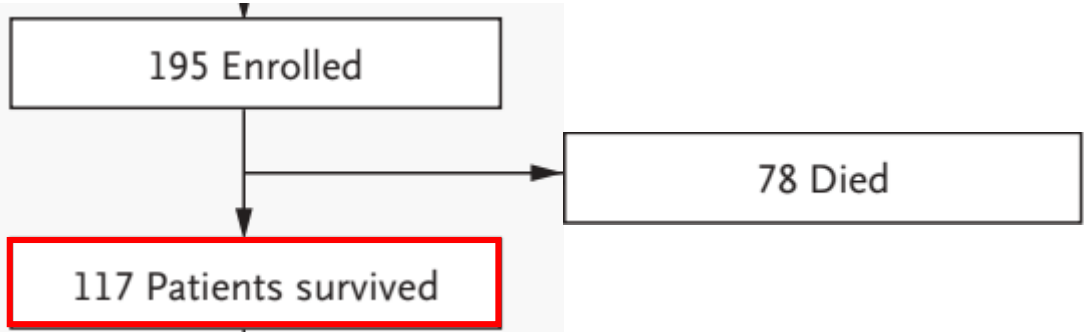
# Quality-adjusted Survival in the First Year after the Acute Respiratory Distress Syndrome

DEREK C. ANGUS, AMJAD A. MUSTHAFA, 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

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

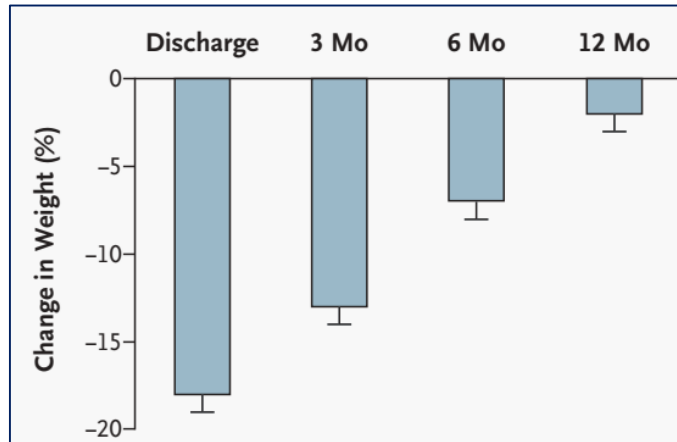


<b>Age</b> — yr	
Median	<b>45</b>
Interquartile range	36–58
Male sex — no. (%)	66 (56)
Preexisting organ dysfunction — no. (%) <sup>†</sup>	72 (62)
<b>Preexisting pulmonary disease</b> — no. (%) <sup>‡</sup>	<b>13</b> (11)
<b>Days of ventilator use</b>	
Median	<b>21</b>
Interquartile range	12–40
<b>Length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

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

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

## 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\*

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 Bienvu, 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

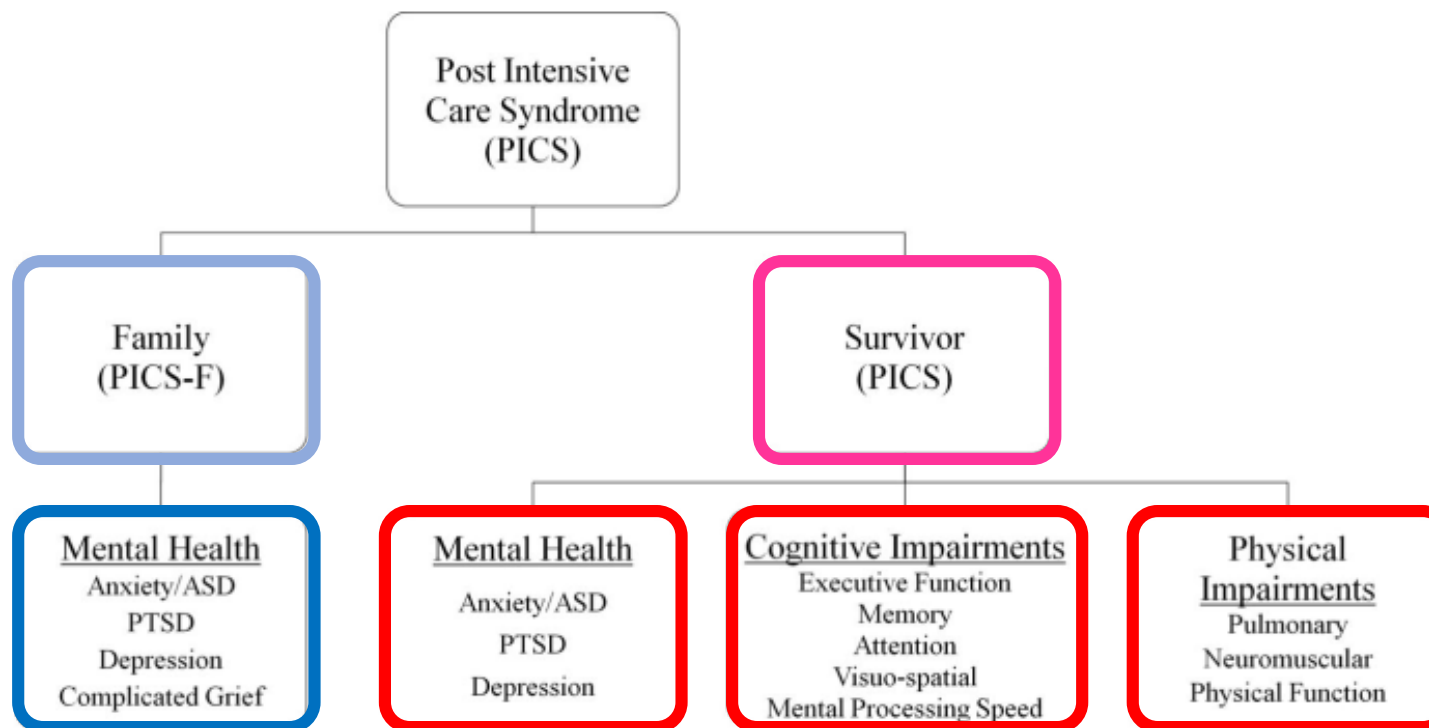


Figure 1. Postintensive care syndrome (PICS) conceptual diagram. *ASD*, acute stress disorder; *PTSD*, posttraumatic stress disorder.

---

**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 aiguë 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'entraînant 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

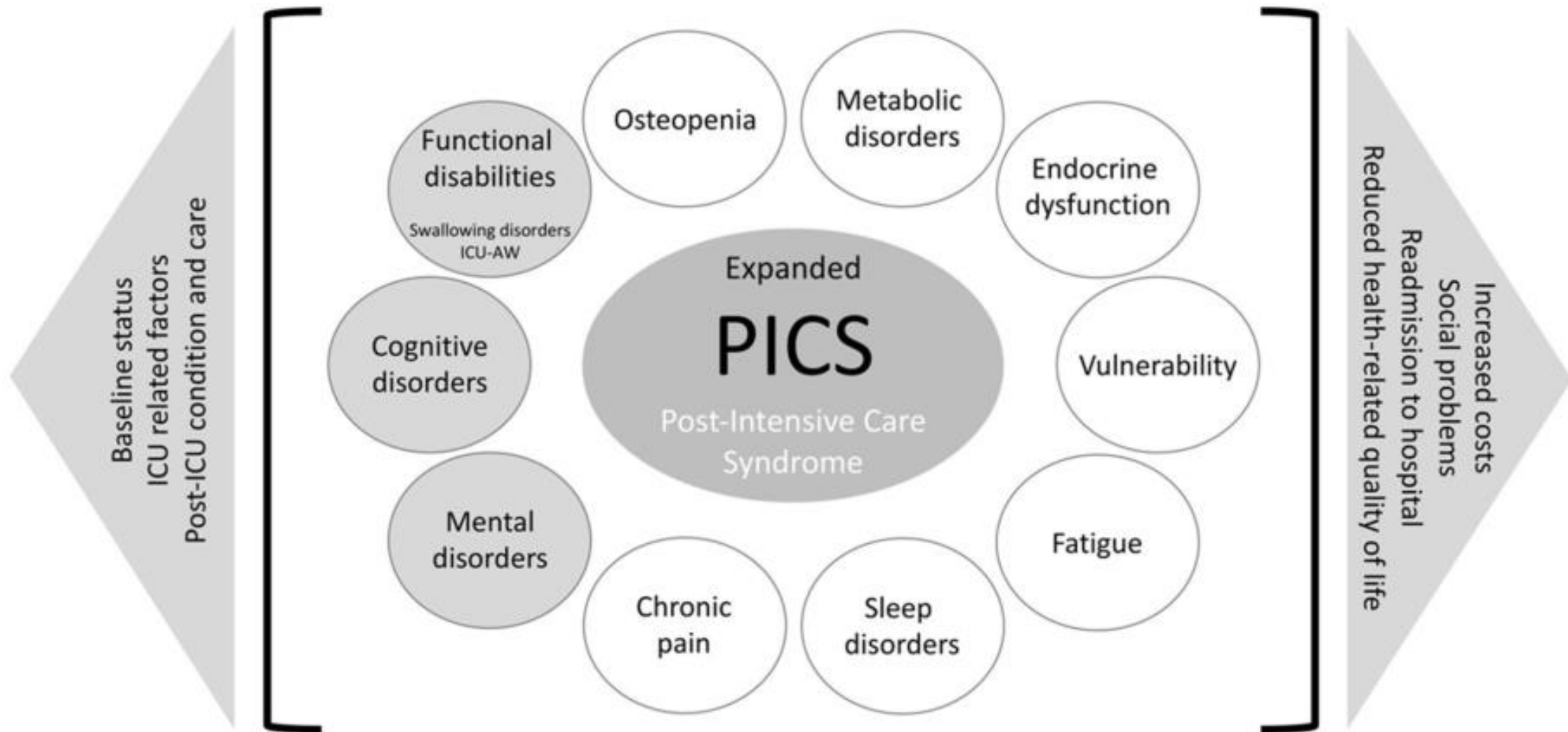
- **Stress post-traumatique (PTSD)**

- 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 Laurent<sup>1</sup>, Patricia Correia<sup>1</sup>, Raphael Lachand<sup>1</sup>, Eric Diconne<sup>1</sup>, Eric Ezingard<sup>1</sup>, Franklin Bruna<sup>1</sup>, Pierre-Alban Guenier<sup>1</sup>, Dominique Page<sup>1</sup>, Sophie Périnel-Ragey<sup>1,2,3</sup> and Guillaume Thiéry<sup>1,2,4\*</sup>

Frontiers in Public Health  
08 August 2023

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



# 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*

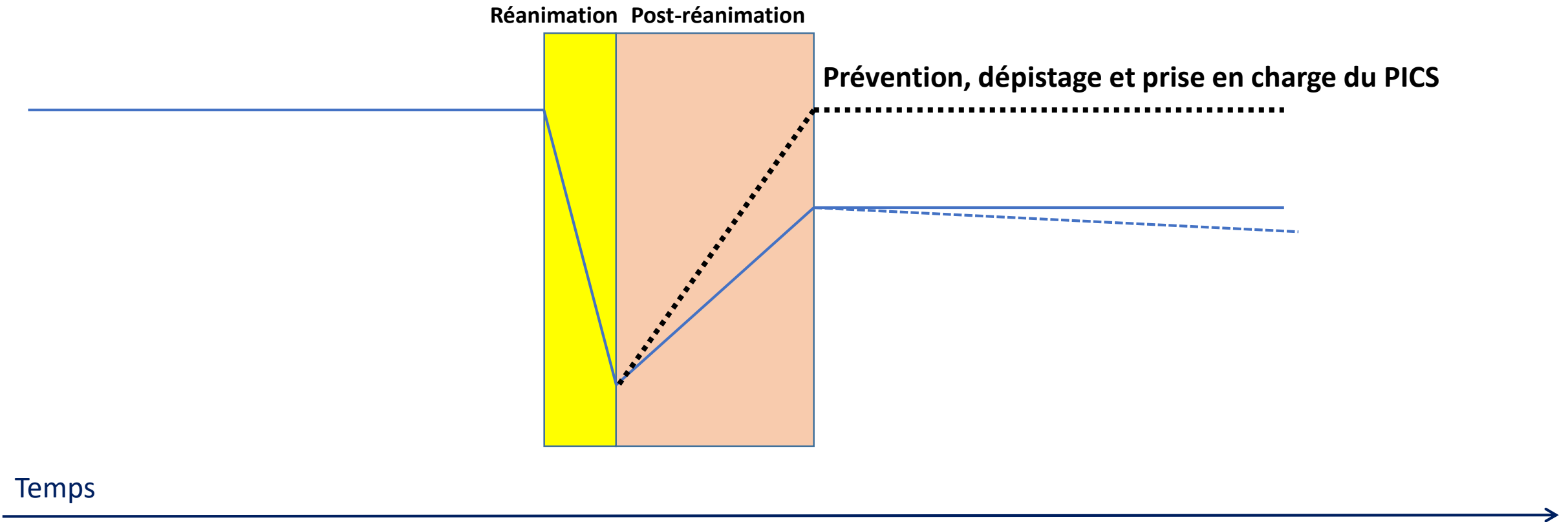
*Conférence de consensus SRLF-SFAR 2009: mieux vivre la réanimation*

# 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 eu PICS, de savoir le dépister ou au moins de savoir rappeler l'équipe de réanimation pour en parler.**



[guillaume.thiery@chu-st-etienne.fr](mailto:guillaume.thiery@chu-st-etienne.fr)