



**HAL**  
open science

# Mise en place d'une consultation post-réanimation multidisciplinaire dans une unité de réanimation thoracique : évaluation du syndrome post-réanimation

Ariane Fière

► **To cite this version:**

Ariane Fière. Mise en place d'une consultation post-réanimation multidisciplinaire dans une unité de réanimation thoracique : évaluation du syndrome post-réanimation. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03641378

**HAL Id: dumas-03641378**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03641378>**

Submitted on 14 Apr 2022

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

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

**U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2022 – Thèse n°27

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEURE EN MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Mars 2022

Par Madame Ariane Fière

Née le 02 Novembre 1993 à Lyon, Croix-Rousse

**Mise en place d'une consultation post-réanimation  
multidisciplinaire dans une unité de réanimation thoracique :  
Évaluation du syndrome post-réanimation**

**Directrice de thèse** : Madame la Docteure Christelle Pellerin

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Alexandre Ouattara : Juge et Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph : Juge

Monsieur le Docteur Geoffroy Moucheboeuf : Juge

Madame la Docteure Isabelle Hamon : Juge

## **REMERCIEMENTS :**

### **Monsieur le Professeur Ouattara, Président**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Recevez ma reconnaissance pour votre écoute et votre bienveillance à mon égard malgré mes difficultés d'orientation. J'ai été heureuse de recevoir ma formation initiale d'anesthésiste réanimateur.

### **Monsieur le Professeur Joseph, Juge**

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger cette thèse. Merci également pour l'accueil que vous m'avez réservé au sein de votre spécialité. Je m'épanouis pleinement en médecine générale et je suis consciente de ma chance. Merci pour l'enseignement de qualité que vous nous proposez.

### **Madame la Docteure Hamon, Juge**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. C'est avec vous Isabelle que j'ai découvert la médecine générale et son charme. Merci beaucoup pour votre enseignement humain et scientifique. J'ai énormément appris à vos côtés et je souris intérieurement quand je tombe sur des patients chez qui j'applique vos tactiques. Merci de m'avoir remise sur pied et de m'avoir accompagnée dans ma transition entre anesthésie réanimation et médecine générale.

### **Monsieur le Docteur Moucheboeuf, Juge**

Merci Geoffroy d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Ton regard apporte beaucoup par ton métier de médecin physique et de rééducation. De plus tu réalises désormais des consultations post réanimation en neuro réanimation. Merci pour tes conseils et tes questions qui me challengent régulièrement.

### **Madame la Docteure Pellerin, Juge et Directrice de thèse**

Merci infiniment Christelle pour ce travail réalisé ensemble depuis 3 ans. Le sujet du suivi post réanimation et du sens du soin nous anime toutes les deux et y réfléchir ensemble par cette thèse a été passionnant. Je te remercie pour ta disponibilité et ta bienveillance. Je

suis admirative de ton parcours, de tes compétences, de ton énergie, de ta gentillesse avec les patients et avec tes collègues de travail quel que soit leur fonction. J'espère que ce travail n'est que le début du suivi post réanimation et qu'il permettra de continuer de réfléchir autour de ce sujet.

**A Madame Agnès Faurie,**

Merci pour votre engagement à nos côtés dans ce travail nous n'aurions jamais pu l'accomplir sans votre sérieux et votre dévouement. Je suis admirative de vos qualités tant auprès des patients que des praticiens. Ils ont de la chance de vous avoir.

**A Aurélie Cazaubiel et Julie Beretti,**

**A l'ensemble de l'équipe de kinésithérapie et particulièrement à Célia Ponsin et Pauline Sarreau,**

A Gauthier, mon älskling, mon allié pour atteindre le bonheur. Ton idéalisme, ta foi en la vie m'inspirent au quotidien. Merci d'avoir uni ton destin au mien.

Avec toi je sais que le jour se lèvera forcément au moins une fois.

A mon grand-père, Hubert Fière, médecin généraliste qui m'a donnée le goût de la médecine et de la vie.

J'espère satisfaire un des derniers conseils qu'il m'a donné « Quoique tu choisisses comme spécialité, le plus important c'est de rester empathique avec les patients ! ».

A ma mère, Alexandrine, qui m'a guidée tel un phare à travers les épreuves de la vie et qui n'a jamais cessé de croire en moi, même quand plus personne n'y croyait. Que notre complicité et notre force continuent de grandir chaque jour. Tu es un exemple pour moi.

A mon père, Vincent, chirurgien orthopédique (du rachis) mais aussi poète et naturophile. Tu as guidé ma voie vers la médecine dès mes 6 ans en m'emmenant auprès de tes patients les dimanches soir, où j'ai commencé ma longue amitié avec les infirmières et aides-soignantes qui veillaient sur moi.

Merci pour ta douceur et ton respect envers tes patients qui m'ont inspirée tout le long de mes études de médecine.

A ma tante, Anne, chirurgienne reconstructrice. Merci de m'avoir « recoudue » et encouragée sans relâche depuis ma plus tendre enfance tant dans les études que dans les concours de plongeurs et tentatives culinaires variées. Tu as été une figure importante de ma construction personnelle et tu continues de l'être.

A mon grand-père suédois qui a suivi mes études patiemment et m'a toujours encouragée. Merci pour nos vacances extraordinaires été comme hiver, véritables bouffées d'oxygène au cours de ces longues études de médecine. Merci pour ce stage aux urgences de Karolinska que j'ai pu accomplir et qui m'a ouverte sur d'autres horizons.

A mes grands-mères, Mamo et Nani, qui ont veillé sur mon enfance et m'ont transmis le goût de la littérature qui est mon refuge pour toujours.

A mon frère Erik, mon allié fidèle depuis 25 ans, je suis heureuse de t'avoir comme frère et témoin. Pour tous nos instants de bonheurs passés et futurs. Je serai toujours là pour toi.

A mon frère Gustav, mon petit frère d'amour, qui m'a guidée vers la médecine. Je suis fière de te voir grandir et t'épanouir avec Louise. Louise que j'adore.

A Cécilia, ma sœur, mon jour de gloire, ma première fan. Je t'aime et te respecte pour l'éternité. Bruxelles je t'aime.

A ma belle-famille qui m'a accueillie et soutenue. A Benoît, merci pour vos conseils éclairés, je sais que je pourrai toujours compter sur vous. A Isabelle, pleine de douceur et de clairvoyance, j'ai de la chance de vous avoir. A Gladys, comme une deuxième sœur, je sais que notre complicité est vouée à durer toujours. A Nathan, merveilleux beau-frère, merci pour ta joyeuse présence et ton amitié. A Ania merci pour ta bonne humeur qui résonne avec celle de Nathan et éclaire nos cœurs.

A Victoire, mon renardo, merveilleuse rencontre de l'externat. Merci d'essayer de comprendre le monde et les hommes avec moi. Merci d'écouter ma colère envers les injustices et de lutter pour un monde plus égalitaire et respectueux de tous les êtres vivants. Je sais que notre amitié durera toujours.

A Madeleine, Louise H, Louise DSC et Anna, mes glaces préférées. Nous évoluons chacune dans nos villes et nos vies mais je suis toujours aussi heureuse de vous retrouver. Je suis contente d'avoir été spectatrice de vos épanouissements respectifs.

A Claire P, ma merveilleuse clairette, de Orange, tu as enchanté mon externat. J'adore nos souvenirs d'excursions dans la Croix-Rousse, nos discussions passionnées l'après-midis dans ton petit appartement partagé avec Hélène (scène de tragédies grecques). A très vite.

A Louise Denjean, merci à ce master d'éthique qui nous a fait nous rencontrer. Merci pour nos fifis, délice des sens (macaronade) et à tous ces partages gustatifs qui ont nourris notre amitié. J'ai hâte d'avoir le temps de te voir.

A Maxime, mon caillou, rencontre merveilleuse du début d'internat. J'ai beaucoup de chance de t'avoir comme ami. Tu es vraiment un cœur pur.

A Marion Did, notre trio est un des meilleurs souvenirs de mon internat. C'est en partie grâce à toi que je suis Madame Fièrè Gress désormais ! Merci pour tout Marion. J'ai hâte de passer plus de temps avec toi.

A Camille, Gwendoline et Lucie pour notre amitié du stage à la maternité qui m'a portée en début d'internat. Je pense souvent à vous et vous souhaite beaucoup de bonheur. A Grégoire Cane, rencontré dans ces merveilleux murs de la mat tu m'as bien fait rire et nos repas à quatre sont des moments précieux.

A Laetitia, mon sosie de la semaine d'intégration, la vie fait bien les choses puisque nous sommes rapidement devenues amies. Je suis très heureuse de t'avoir dans ma vie bordelaise. Merci pour ton bon sens, tes paroles douces et bienveillantes et ta curiosité. Tu es une très bonne amie.

A Nina, ma fée, je souhaite à tout le monde d'avoir une Nina. Merci pour ta présence infaillible, tes intentions plus mignonnes les unes que les autres, tes partages littéraires et culinaires et ton amitié. Tu réussis à mettre du merveilleux dans le quotidien. Ne change pas.

A Manu, ma deuxième fée, j'ai de la chance d'en avoir deux !

Manu tu es une source d'inspiration, tu ne te plains jamais et tout a l'air moins difficile avec toi près de nous. Merci pour tous ces échanges de livres et pour ceux à venir. Merci pour ton amitié inestimable. Merci pour les briats savarins.

A Manou, ma partenaire de vélo, nos discussions qui déroulent le long des kilomètres me régalerent. Je sais que nous ne sommes qu'au début de nombreuses aventures.

A Claire O, mon petit clairon, toujours là pour les autres. Je sais que notre amitié durera toujours.

A Chloé et les citrons, merci pour la joie que tu diffuses au quotidien, pour ta belle énergie. J'ai hâte de toutes les aventures qu'on va vivre ensemble.

A Véronique, mon petit veau chéri, l'exploration du yoga et de nos âmes respectueuses me portent au quotidien. Merci pour cette belle amitié que nous construisons ensemble.

A Pierre et Klara le renardo, véritables rayons de soleil, vous êtes le sel de notre vie bordelaise. J'espère que vous profitez bien de la Réunion.

A Lannou, Cassandra, Jules, Lou, Stefano, Geoffroy, Armelle qui ont su m'accueillir dans leur joyeuse bande.

Aux équipes des services de réanimation et d'anesthésie où j'ai travaillé. Merci pour ce travail en équipe qui me tient à cœur. Je n'en garderai que les meilleurs souvenirs.

Merci aux IADE de la maternité et du CFXM qui m'ont appris des gestes essentiels qui me servent encore au quotidien. Merci pour votre patience et votre bienveillance.

Au Docteur Le Chat, mon tuteur d'anesthésie réanimation qui est le médecin le plus inspirant que j'ai eu la chance de rencontrer.

Aux soignants de la neuro réanimation, Claire, Anouk, Jane, Candice, Fanny, Alexandra, Lucie, Aurélie, Eline, Chloé, Marian, Dorian et Benoit. J'ai adoré travailler avec vous. Vous m'avez donné confiance en moi et en mes convictions éthiques.

Aux soignants du service de gériatrie de Bagatelle : Anaïs, Laetitia, Marie Hélène, Jérémy, Jo, Carole, Sophie, Charline, Nathalie, Cassandre, Estelle, j'ai continué de prendre confiance en moi à vos côtés. Vous faites un travail très important et fatigant. Je suis fière d'avoir été votre collègue.

Au Docteur Mazat, aux Docteurs Calmus et Moneger, médecins gériatres, qui m'ont laissée m'épanouir et trouver le médecin que je veux être.

Au Docteur Ceccato, pédiatre chez qui j'effectue actuellement mon stage qui stimule ma curiosité et la valorise. J'ai énormément de chance d'assister à la création du premier centre de pédiatrie polyvalent. Notre intérêt commun pour la médecine narrative et le sens du soin me rassure et me motive.



# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS :</b> .....	<b>2</b>
<b>Table des illustrations :</b> .....	<b>10</b>
1. Tables des tableaux .....	10
2. Table des figures.....	10
<b>Glossaire :</b> .....	<b>11</b>
<b>Introduction :</b> .....	<b>12</b>
Le syndrome post réanimation :.....	13
1. <i>Séquelles physiques :</i> .....	13
2. <i>Séquelles psychiques :</i> .....	14
3. <i>Séquelles cognitives :</i> .....	15
4. <i>Conséquences sur le patient et son entourage</i> .....	16
La Consultation post-réanimation :.....	17
1. <i>En France</i> .....	17
2. <i>Dans le monde</i> .....	18
3. <i>Ses bénéfices</i> .....	18
Objectifs de l'étude :.....	19
<b>Matériel et Méthodes :</b> .....	<b>20</b>
Lieu et durée de l'étude .....	20
Population de l'étude.....	20
La consultation post réanimation .....	20
<i>Organisation générale de la consultation post réanimation :</i> .....	20
<i>Déroulé de la consultation post réanimation :</i> .....	22
Analyse des données.....	28
Aspect éthique et réglementaire .....	28
<b>Résultats</b> .....	<b>29</b>
Population de l'étude.....	29
Démographie.....	31
Hospitalisation .....	31
<i>Motifs d'admission :</i> .....	31
<i>Durée de séjour :</i> .....	32
<i>Informations sur le séjour :</i> .....	32
La consultation post réanimation .....	33

<i>Délai</i> .....	33
<i>Accompagnant</i> .....	33
Le syndrome post réanimation .....	34
<i>Souvenirs du séjour en réanimation</i> .....	34
<i>Symptômes actuels</i> .....	35
<i>Avis du patient sur la CPR</i> : .....	38
<b>Discussion</b> .....	<b>39</b>
Résultats et implications : .....	39
Importance d'un suivi post réanimation : .....	41
Limites à la mise en place d'une CPR et solutions proposées : .....	42
<i>Améliorer le lien avec la médecine générale</i> : .....	43
<i>Prise en charge en amont de la sortie de réanimation</i> : .....	45
<i>Les services de rééducation post réanimations (SRPR)</i> : .....	45
La CPR, un retour sur expérience : .....	46
La CPR pour les proches : .....	47
<b>Conclusion</b> : .....	<b>48</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>50</b>
<b>Serment d'Hippocrate</b> : .....	<b>56</b>
<b>Annexes</b> : .....	<b>57</b>
Annexe 1 : Convocation du patient à la CPR.....	57
Annexe 2 : Courrier au médecin traitant .....	58
Annexe 3 : Consultation post réanimation.....	59
Annexe 4 : Score SF36 .....	66
Annexe 5: Echelle HAD .....	73
Annexe 6 : IES-R.....	76

# **Table des illustrations :**

## **1. Tables des tableaux**

<i>Tableau 1: Caractéristiques des patients vus en consultation post- réanimation thoracique à l'hôpital Haut-Lévêque (n=55).....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 2: Motifs d'admission (n=55).....</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 3: Séquelles physiques et psychiques à la sortie de la réanimation (n=55).....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 4: Autonomie pour les actes de la vie quotidienne (n=55).....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 5: Marche lors de la CPR (n=55).....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 6: Prise en charge au décours de la CPR (n=55).....</i>	<i>37</i>

## **2. Table des figures**

<i>Figure 1: Flow Chart.....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 2: Accompagnant (n=55).....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 3: Souvenirs du séjour en réanimation (n=55).....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 4: Souvenirs du séjour en réanimation détectés au memory tool (n=55).....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 5: Troubles psychologiques observés à la CPR (n=55).....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 6: Troubles physiques observés à la CPR (n=55).....</i>	<i>35</i>

## **Glossaire :**

Compte rendu d'hospitalisation CRH

Consultation post réanimation CPR

Hospital Anxiety and Depression scale HAD

Index of Event Severity scale Revisited IES-R

Journal de bord JDB

Neuromyopathie de réanimation NMR

New York Heart Association NYHA

Médecin anesthésiste réanimateur MAR

Médecin généraliste MG

Médecin spécialisé de médecine physique et de réadaptation MPR

Post intensive care syndrome PICS

Service de Rééducation Post Réanimation SRPR

Short Form 36 SF-36

Société française d'anesthésie réanimation SFAR

Syndrome de détresse respiratoire aigue SDRA

Syndrome post-réanimation SPR

Syndrome post traumatique SPT

## **Introduction :**

L'action de réanimer tient son étymologie du latin « re anima » qui signifie ramener l'élan vital. Pendant de nombreuses années la priorité en réanimation a été la prise en charge somatique et le premier objectif l'efficacité des traitements sur la réversibilité de la symptomatologie. Cependant à mesure que la médecine progresse sur le plan technique, des questionnements éthiques surgissent concernant cet élan vital contenu dans le nom même de la spécialité. Les conséquences de la maladie et des soins prodigués dans les services de réanimation laissent des traces aux patients et à mesure que la durée de vie augmente n'est-ce pas la qualité de cette vie plus que sa quantité qui devient importante ?

Les séquelles induites par le séjour en réanimation ont désormais été regroupées en une entité définie : le syndrome post réanimation (SPR) ou post intensive care syndrom (PICS)(1) qui s'applique au patient ainsi qu'aux membres de son entourage. Certaines études estiment que 50 % à 70 % des patients sortants vivants des unités de réanimation développent un SPR (2). Le SPR regroupe les déficiences cognitives, psychologiques et physiques aboutissant à une possible altération de la qualité de vie chez le patient et/ou son entourage (3).

Les nombreuses études qui se sont penchées sur les complications psychologiques au sortir de la réanimation ont alerté sur la nécessité de mettre en place des interventions per et post réanimation afin de diminuer l'incidence de celles-ci (4-7). Une des voies de prise en charge pourrait résider dans la consultation post réanimation (CPR) à 3, 6 mois voire 1 an chez certaines équipes (6).

Peu d'études françaises ont exploré la mise en place de ces consultations or cela paraît essentiel pour poursuivre leur développement et leur systématisation.

Dans le service de réanimation thoracique du groupe hospitalier Haut-Lévêque à Bordeaux sont pris en charge les patients bénéficiant de greffe pulmonaire. Ils ont un suivi régulier après leur séjour en réanimation par des pneumologues et une psychologue et c'est par leur intermédiaire que les médecins anesthésistes réanimateurs ont été sollicités. En effet certains patients greffés se plaignaient de cauchemars, de souvenirs flous et effrayants de leur séjour en réanimation et avaient de nombreuses questions à ce propos. C'est pour répondre à leurs demandes,

confortés par les données de la littérature, qu'ont été mises en place les consultations post réanimation dans ce service depuis maintenant 3 ans.

## **Le syndrome post réanimation :**

### **1. Séquelles physiques :**

Selon la pathologie ayant causé l'hospitalisation en réanimation, les séquelles physiques sont nombreuses et variées. Elles peuvent guérir, se stabiliser ou au contraire s'aggraver avec le temps d'où l'importance d'un suivi et d'une prise en charge adéquate.

Herridge et al. (8) ont étudié l'évolution d'une cohorte de 109 patients victimes d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë à 3, 6 et 12 mois. En ressort une perte moyenne de 18% de l'indice de masse corporelle (IMC), perte de poids qui se fait majoritairement au détriment de la masse musculaire. Tous les patients se plaignaient d'une fatigabilité et d'une diminution de la force musculaire. Cette amyotrophie peut être rapportée à l'immobilité prolongée et à une durée de séjour en réanimation conséquente avec une médiane de 25 jours. Par ailleurs un trouble ventilatoire restrictif est retrouvé initialement chez ces patients à 3 et 6 mois, respectivement 72 et 80% des volumes théoriques, ainsi que des troubles de la diffusion du monoxyde de carbone à 3, 6 et 12 mois (63, 70 et 72% des valeurs théoriques).

Dans leur essai contrôlé randomisé, Hermans et al. (9) rapportent des incidences de neuromyopathies de réanimation (NMR) à leur sortie du service de 25 à 76% pour les patients ventilés de 5 à 7 jours et de 67% pour ceux ventilés plus de 10 jours. La survenue de cette paralysie d'origine multifactorielle prolonge l'hospitalisation, la ventilation mécanique et ses conséquences ainsi que la mortalité de manière significative.

Cette faiblesse musculaire se poursuit après la sortie de l'hôpital. Après un suivi prospectif de 222 patients ayant survécu à un SDRA effectué en 2014, Fan et al. (10) rapportaient des incidences de NMR de 36% à la sortie de l'hôpital, 22% à 3 mois, 15% à 6 mois 14% à 1 an et 9% à 2 ans. La durée d'alitement est le principal facteur de risque, chaque jour supplémentaire alité diminue la force musculaire de 3 à 11%.

Concernant l'évaluation de la douleur en sortie de réanimation, une étude de 2014 réalisé par Cottigny et al. (11) retrouvait une incidence de douleur neuropathique en réanimation chez 19 % des patients. Parmi ceux-ci 13 % ont développé

secondairement une douleur neuropathique au long cours sans corrélation avec la durée de ventilation et de sédation.

L'étude de Baumbach et al. (12) s'est penchée sur le lien de causalité potentiel du sepsis sur la genèse des phénomènes douloureux chroniques en suivant une cohorte de 207 patients de réanimation sans résultat significatif. En revanche, cette étude retrouve une douleur chronique persistante chez un tiers des patients à 6 mois de la sortie de réanimation. Cette douleur est invalidante pour la majorité d'entre eux et pourvoyeuse d'une limitation des activités quotidiennes.

## **2. Séquelles psychiques :**

Le séjour en réanimation constitue un événement traumatique dans la vie du patient. La sensation de mort imminente, les sédations, la ventilation, les alarmes, les lumières, la douleur, l'inconfort et la dépendance extrême qu'implique ce séjour paraissent de potentiels éléments déclencheurs de syndrome de stress post traumatique, de syndrome anxieux ou dépressif. Depuis plusieurs années, de nombreuses études se sont penchées sur l'apparition de ces derniers.

Une méta-analyse réalisée en 2016 par Rabiee et al. à partir de 38 études a retrouvé une incidence de symptômes dépressifs de 29 % à 2-3 mois, 34 % à 6 mois et 29 % à 12-14 mois en utilisant comme outil diagnostique le score Hospital Anxiety and Depression scale (HAD-D). Des altérations psychologiques préexistantes ou se développant pendant l'hospitalisation ainsi que la présence de « faux souvenirs », d'hallucinations ou l'absence de souvenirs constituent des facteurs de risques de dépression ultérieure. En revanche l'âge, le sexe, la durée d'hospitalisation, l'administration de benzodiazépines ou la durée de sédation ne sont pas associés à la survenue de symptômes dépressifs dans les différentes études analysées (5).

Concernant les symptômes anxieux, une méta-analyse de 2016 réalisée sur 2880 patients par Nikayin et al. a retrouvé (en utilisant le score HAD-A>8) une incidence de troubles anxieux à 3 mois de 32%, à 6 mois de 40% et à 12 mois de 34%. Les facteurs de risque retrouvés étaient des symptômes psychiatriques au moment de la prise en charge et des faux souvenirs ou des hallucinations au cours du séjour en réanimation (4).

Enfin une méta-analyse de 2015 sur 40 études portant sur le stress post-traumatique en sortie de réanimation mettait en évidence une prévalence de 25 % à 6 mois de l'hospitalisation et une prévalence de 17 % à 1 an, au seuil Index of Event scale Revisited (I-ESR) > 35 (7). Les facteurs de risque comprenaient l'administration de benzodiazépines et les souvenirs d'épisodes qualifiés d'effrayants. D'autres études ont permis d'isoler des facteurs prédictifs de SPT comme l'absence de souvenirs réels ou la présence de faux souvenirs ou hallucinations concernant le séjour en réanimation (13). Les modalités de sédation instaurées pendant l'hospitalisation (14), les antécédents de troubles psychiatriques, la durée de ventilation mécanique (15) et un âge inférieur à 65 ans (16) multiplieraient le risque de développer un SPT. Une personnalité de type pessimiste avant l'hospitalisation en réanimation serait aussi un facteur favorisant (17).

Ainsi, les troubles psychologiques semblent être présents chez un tiers des patients sortant de réanimation (5) et peuvent persister dans le temps. Leurs principaux facteurs de risques sont les troubles psychologiques préexistants, l'absence de souvenir du séjour en réanimation ou la présence de faux souvenirs et d'hallucinations. De plus une étude de Hatch et al. menée en Angleterre sur 26 services de réanimation démontre que lorsqu'un patient présente une anxiété, une dépression ou un SPT suite à son séjour en réanimation, le risque de présenter un autre trouble psychologique est augmenté de 65% (18).

### **3. Séquelles cognitives :**

La fréquence des troubles cognitifs rapportée dans le cadre du syndrome post réanimation est variée, allant de plus de 64 % à la sortie de l'hôpital (19)(20), de 32% (21) à 57 % (22) à 6 mois et plus de 30% à 1 an (12)(19)(21) suivant les études.

Le déficit de la mémoire est le déficit cognitif le plus fréquent, suivi de celui des fonctions exécutives, de la vitesse motrice des membres supérieurs, du langage, de l'attention et du ralentissement psychique (19)(22). Les facteurs de risque de développer des troubles cognitifs ne sont pas encore bien établis. La présence d'un épisode de délirium durant l'hospitalisation et sa durée ressortent néanmoins comme des facteurs de risque importants. La durée de sédation, de la ventilation mécanique et l'utilisation de haute dose de benzodiazépines ne semblent pas être des facteurs de



risque dans l'étude de P.P Pandariphande et al. réalisée sur 821 patients testés sur les plans cognitifs et exécutifs à 3 et 12 mois de leurs séjours en réanimation (24). Le risque de développer une démence est augmenté de 3% chez les patients ayant été hospitalisés en réanimation par rapport à la population générale (25).

#### **4. Conséquences sur le patient et son entourage**

De nombreuses études mettent en évidence une altération de la qualité de vie au sortir de la réanimation, conséquence certaine des séquelles physiques et psychiques que son séjour a laissé au patient.

Une étude de cohorte menée par Cuberthson et al. (26) a utilisé le score SF-36 et l'EuroQOL-5D quality of life assessment tool (EQ-5D) pour comparer 300 patients de réanimation à un échantillon de la population générale britannique. Cette étude démontre qu'au cours des cinq années suivant la sortie de réanimation, le nombre d'années de vie ajusté en fonction de la qualité de vie est considérablement inférieur à celui attendu. Les facteurs de risque d'invalidité incluent des antécédents d'anxiété et de dépression, la durée de la ventilation mécanique, le fait d'être séparé ou divorcé, ainsi que le non-retour à domicile (27). Les symptômes du SPT semblent également associés à une dégradation de la qualité de vie (7).

Une étude prospective multicentrique incluant 262 patients (28) rapporte des prévalences à 6 mois de handicap et d'incapacité, évalués par l'échelle WHODAS II (The World Health Organisation's Disability Assessment Schedule 2.0), modérées à sévères dans 25% des cas et mineures dans 50% des cas.

Le syndrome post réanimation impacte aussi la vie sociale, les finances et l'entourage du patient. Griffiths et al. en 2013 (29) rapportent le suivi de 293 patients durant les 12 mois suivant leur sortie : les revenus familiaux sont diminués dans 33% des cas à 6 mois et 28% à 12 mois. Chez les patients ayant une activité professionnelle avant leur hospitalisation, un score composite comprenant la retraite anticipée, le chômage, l'arrêt de travail prolongé ou la réduction du temps de travail est retrouvé dans 33% des cas à 6 mois et 28% à 12 mois. Vingt-cinq pourcents des patients nécessitent des aides dans les gestes de la vie quotidienne à 6 mois, 22% à 12 mois, la plupart apportées par leur famille (80% à 6 mois et 78 % à 12 mois). Environ la moitié des

familles sont contraintes de faire des ajustements majeurs du temps de travail (51 % à 6 mois et 47% à 12 mois) et 10% ont dû démissionner ou prendre un arrêt de travail prolongé. Un tiers des ménages ont emprunté de l'argent, dépensé leurs économies ou vendu leur maison.

De même pour les patients étudiés par Herridge et al. (8) un an après leur sortie de réanimation, 49% avaient repris le travail et la majorité au même poste qu'avant leur hospitalisation. Les raisons de non reprise du travail sur cette cohorte de 109 patients étaient une fatigue persistante, une impotence fonctionnelle résiduelle, des douleurs articulaires persistantes depuis l'hospitalisation, un stress trop important ou la décision d'une retraite anticipée.

La prévalence du syndrome post-réanimation est également élevée chez les proches du patient comme le montre l'étude de Azoulay et al. réalisée en 2005 (30) qui retrouvait 33% de SPT chez les proches du patient. Le risque est augmenté si l'information médicale est incomplète ou incomprise (48,4%), si le proche a été sollicité dans la prise de décision (47,8%), si le patient est décédé suite à une décision d'arrêt des soins (60%) et si ils ont été impliqués dans cette décision (80%).

## **La Consultation post-réanimation :**

### **1. En France**

Une étude de pratique réalisée par la SFAR en 2018 sur les consultations post réanimation (31) montre que sur les 253 services de réanimation ayant répondu à l'étude seuls 18,6 % pratiquent des CPR. Pour la plupart cette consultation existe depuis moins de 5 ans (72, 4%) et les patients sont revus en majorité entre 3 et 6 mois. Les méthodes de convocation sont le plus souvent multiples alliant la remise systématique d'un rendez-vous à la sortie de l'hospitalisation avec un rappel par courrier postal et/ou appel téléphonique. Sur les 206 services ne pratiquant pas de CPR, 180 (92%) déclarent être intéressés pour développer cette activité dans l'avenir mais déplorent le manque de moyens disponibles et l'absence de données pratiques pour savoir comment développer cette activité.

## **2. Dans le monde**

La Grande Bretagne a publié via le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), des recommandations en 2009 et en 2018 pour la prise en charge des patients après un séjour en soins intensifs (32). Elles consistent à mettre en place un programme de réhabilitation précoce après la sortie de l'hôpital suivi d'une réévaluation à 2-3 mois de la sortie. Les recommandations de 2009 ont fait l'objet d'un audit en 2014 (33). Cent quatre-vingt-deux (75,8%) services de soins intensifs ont répondu à cette enquête sur les 240 que compte la Grande Bretagne. Parmi ces 182 services, seulement 27% avaient une consultation systématique à 2-3 mois de la sortie, 7% un programme de réhabilitation dédié. Les principales barrières rapportées à la mise en place de ce programme étaient le manque de moyen financier et le manque de personnel.

Les Pays-Bas bénéficient également de recommandations sur les soins et le suivi post-réanimation datant de 2015 (34). Une enquête de pratique antérieure à ces recommandations révélait que 40% des réanimations ayant répondu aux questionnaires organisaient un suivi post-réanimation.

## **3. Ses bénéfices**

Une thèse réalisée à Nancy en 2010 par le Dr Alia Meghenem sur un total de 1273 patients inclus sur 4 ans, a démontré la faisabilité et le bénéfice de la CPR pour 78,8% des patients : bénéfice ressenti par le patient et bénéfice médical défini par la prescription d'un acte médical de suivi, diagnostic ou thérapeutique. Elle a aussi démontré sa rentabilité avec un taux de participation de 60,5% des patients convoqués.

En revanche Jensen et al. (6) retrouvent des résultats différents dans leur méta-analyse en 2015 sur l'impact des consultations post réanimation. Cinq études sont incluses (855 patients), datant de 2007 à 2010, s'intéressant à la qualité de vie, au handicap et à l'autonomie, aux symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post traumatique, à la cognition et au retour au travail. La pluralité des indicateurs de qualité de vie rend les résultats hétérogènes, ce qui souligne les difficultés pour évaluer

l'efficacité des CPR. Les modalités de CPR sont également différentes d'une étude à l'autre. Cependant cette méta-analyse met en évidence un bénéfice sur la prévention du développement d'un SPT à 3 et 6 mois.

Au final comme vu précédemment, l'un des facteurs de risque principaux de développer une complication psychologique après une hospitalisation en réanimation est le manque de souvenirs ou la présence de faux souvenirs. La consultation post réanimation peut être le moment pour le patient de reconstituer son hospitalisation et de comprendre les hallucinations, rêves et les sensations qu'il a pu expérimenter pendant celle-ci (4,13,35).

### **Objectifs de l'étude :**

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'incidence des complications physiques et psychiques diagnostiquées lors de la CPR.

Nous avons conduit une étude observationnelle rétrospective au sein d'une cohorte de patients suivis dans le service de réanimation thoracique après 2 ans de mise en place de la CPR.

## **Matériel et Méthodes :**

### **Lieu et durée de l'étude**

L'étude s'est déroulée au sein du secteur de réanimation thoracique du centre médico-chirurgical Magellan du CHU de Bordeaux. L'unité de réanimation thoracique se compose de douze lits dont cinq dédiés aux patients réanimatoires, cinq aux soins continus et deux lits à la prise en charge des greffés pulmonaires. En partenariat avec les services de pneumologie et de chirurgie thoracique, la réanimation thoracique est un centre de recours de référence pour l'oncologie thoracique, la prise en charge des pathologies complexes pulmonaires (mucoviscidoses, fibroses pulmonaires, hypertension artérielle pulmonaire), la prise en charge des défaillances respiratoires et cardio-respiratoires (réanimation respiratoire et assistance circulatoire) ainsi que la transplantation pulmonaire et la réhabilitation pulmonaire.

L'équipe est composée de 10 médecins anesthésistes réanimateurs, 2 kinésithérapeutes dédiés, des infirmières, des aides-soignantes et une psychologue à quart temps.

Les données des CPR des patients ont été étudiées sur une durée s'étendant de décembre 2018 à mars 2021 inclus.

### **Population de l'étude**

Tous les patients majeurs ayant été ventilés pendant plus de quarante-huit heures de manière invasive et/ou ayant été hospitalisés plus de sept jours sont éligibles à la consultation post réanimation.

L'âge, le sexe, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les habitudes toxiques et les traitements habituels des patients sont connus et pris en compte dans l'analyse de leurs données.

### **La consultation post réanimation**

#### **Organisation générale de la consultation post réanimation :**

La convocation se fait en trois étapes :

- Le patient est contacté par le secrétariat de la réanimation par téléphone dans le mois qui suit sa sortie pour le prévenir qu'il va recevoir une convocation à une consultation post réanimation, les raisons de celle-ci et son déroulé. Celui-ci en a déjà été informé oralement lors de sa sortie de réanimation.

-Une convocation écrite mentionnant la date et l'heure de la consultation lui est adressée par courrier (cf annexe 1) l'invitant à réaliser les examens para cliniques jugés pertinents pour la CPR comportant un bilan sanguin ainsi qu'un scanner thoracique si nécessaire. Il lui est aussi demandé de compléter l'échelle SF-36 et le questionnaire HAD qui seront détaillés dans la suite de ce paragraphe.

Le médecin traitant est informé de cette CPR par courrier (cf annexe 2) afin d'encadrer la venue du patient et de l'aider dans cette démarche notamment pour remplir les questionnaires. Cela lui permet de rediscuter de cette hospitalisation avec son patient et de détailler les séquelles potentielles, les questionnements qui demeurent et ainsi de préparer la CPR.

- Le patient reçoit un message écrit sur son téléphone la veille de la consultation pour la lui rappeler.

Un agenda spécial est dédié à la CPR, tenu à jour par le secrétariat de la réanimation, il relève l'activité hebdomadaire ainsi que les motifs d'absence des patients convoqués et de non venue en CPR.

La consultation a lieu au sein du service de consultation d'anesthésie thoracique de la structure. L'activité est comptabilisée par le service d'Anesthésie Réanimation comme une consultation d'anesthésie ASA 3, et à ce titre elle est remboursée comme telle par les organismes sociaux soit 50 €.

La plage horaire affectée au dispositif est d'une matinée par semaine le jeudi de 9h à 12h sauf en période de vacances scolaires. Elle est réalisée par une équipe multi disciplinaire qui comporte une psychologue, un/une masseur kinésithérapeute et un/une anesthésiste-réanimateur affilié au service. Elle dure en moyenne 1 heure et 30 minutes et un patient est donc convoqué pour chaque plage de consultation soit 2 consultations par matinée.

La consultation est guidée par un questionnaire (cf annexe 3). Un compte rendu multidisciplinaire est ensuite rédigé par le médecin anesthésiste réanimateur, le

kinésithérapeute et la psychologue et envoyé au médecin traitant ainsi qu'aux autres acteurs de soins. Le compte rendu est ensuite archivé dans le dossier médical du patient.

Du fait de l'épidémie de COVID 19 ces modalités ont été perturbées. Les CPR ont été suspendues de mars à septembre 2020 du fait des conditions sanitaires et certains patients ont été revus entre 6 mois et 12 mois après leur hospitalisation.

Nous avons reçu en réanimation thoracique à Haut-Lévêque des patients de la région Grand Est et d'Ile de France, patients pour lesquels les CPR ont été réalisées en vidéo consultation en suivant le déroulé habituel de la consultation mais sans pouvoir examiner le patient ni leur proposer de visiter le service de réanimation.

### **Déroulé de la consultation post réanimation :**

Nous recueillons les informations concernant :

#### ***1. Caractéristiques générales du patient :***

L'identité, l'âge, les antécédents, les habitus et le sexe du patient sont notifiés.

#### ***2. Histoire de la maladie***

Au début de la consultation le médecin reprend avec le patient le déroulé de son hospitalisation avec notamment le motif d'hospitalisation (SDRA, transplantation, oncologie, post opératoire et autre), la chronologie (durée d'hospitalisation, de ventilation, de sédation, d'ECMO éventuellement), les événements marquants du séjour et les complications principales de celui-ci. Il prend le temps de répondre aux questions que le patient peut se poser.

#### ***3. Venu du patient lors de la consultation post réanimation***

Nous détaillons la présence d'un accompagnant (préciser son identité), le lieu de résidence actuel (domicile, CHU de Bordeaux, autre court séjour, rééducation, moyen/long séjour) et le mode de transport du patient (voiture, taxi, VSL, ambulance).

#### ***4. Symptomatologie actuelle du patient***

### **5. *Évolution depuis la sortie :***

Nous reprenons avec lui les potentielles hospitalisations et chirurgies depuis sa sortie de réanimation. Nous recueillons les éventuelles explorations effectuées depuis sa sortie et son traitement actuel. Il nous renseigne aussi sur sa situation professionnelle (reprise complète, à temps partiel, reconnaissance de travailleur en situation de handicap, invalidité).

### **6. *Évaluation nutritionnelle :***

Le praticien relève le poids actuel et calcule le BMI du patient comparés à ceux d'entrée en réanimation afin de dépister une potentielle dénutrition. Avec l'albuminémie dosée de manière systématique il peut orienter le patient vers une consultation diététique.

### **7. *Évaluation cardiorespiratoire :***

Le médecin anesthésiste-réanimateur réalise un examen clinique à orientation cardiovasculaire avec mesure des constantes vitales. En présence d'une dyspnée, il la quantifie en stade NYHA (New York Heart Association) et l'explore à travers les EFR réalisées en amont de la consultation.

En cas d'atteinte cardiaque en réanimation (ischémie myocardique, contusion myocardique, trouble du rythme acquis en réanimation), un électrocardiogramme de contrôle ainsi qu'une échographie trans thoracique complètent l'examen.

Le médecin anesthésiste peut requérir un avis spécialisé de cardiologie ou de pneumologie si la situation le nécessite.

### **8. *Dépistage de lésion de la sphère oro pharyngée***

Une sténose laryngo-trachéale est évoquée devant les antécédents de ventilation mécanique en réanimation, de trachéotomie, associée à la présence d'une dysphonie et/ou d'une dyspnée d'apparition progressive avec une fonction cardiaque et respiratoire normale. En cas de forte suspicion, le médecin sollicite un rendez-vous de consultation spécialisée chez un ORL.

De même nous recherchons systématiquement des troubles de la déglutition : fausses routes, dysphagie, pneumopathies récidivantes, etc.



### **9. *Évaluation de la fonction neuromusculaire :***

Nous recherchons à l'interrogatoire puis à l'examen clinique une impotence fonctionnelle, une amyotrophie, un trouble de la sensibilité et/ou de la sensorialité, la présence de douleurs neuropathiques et des séquelles de polyneuropathie. Un avis neurologique peut être demandé au décours ainsi qu'un EMG si nécessaire.

### **10. *Récupération des grandes fonctions (rein, foie)***

Si une atteinte hépatique ou rénale a été renseignée lors du séjour en réanimation, le réanimateur doit s'assurer de la bonne évolution de celle-ci. L'examen clinique recherche un ictère, la présence de trouble du transit.

En cas de dialyse lors du séjour il est noté si celle-ci est poursuivie et selon quelles modalités.

En cas d'atteinte de ces fonctions un bilan complémentaire est demandé comprenant NFS, ALAT, bilirubine ; la créatinine et l'urée étant dosées de manière systématique avant la consultation.

### **11. *Suivi post transfusionnel***

Pour les patients ayant reçu des produits sanguins labiles en réanimation, le médecin s'assure qu'ils en aient été informés. Par ailleurs selon les recommandations post transfusionnelle la prescription d'un contrôle de RAI est faite en amont de la consultation.

### **12. *Évaluation des traitements instaurés en réanimation***

Le médecin réévalue avec le patient, la présence d'un traitement habituel du patient arrêté ou modifié en réanimation et non repris sous sa forme antérieure ou d'un traitement introduit en réanimation et toujours présent.

Dans chaque cas le médecin informe le patient des raisons d'arrêt ou d'introduction du traitement en cause, il évalue la pertinence du maintien ou de l'arrêt, et oriente le patient si nécessaire vers un avis spécialisé.

### **13. *Recherche de séquelles inesthétiques :***

La présence de celles-ci est recherchée par le médecin avec l'aide du patient afin de l'orienter vers une consultation de chirurgie esthétique si nécessaire.

#### **14. Short Form 36 (SF36) :**

Le score SF-36 (cf annexe 4) est un questionnaire de santé polyvalent qui évalue la qualité de vie des patients sous forme d'un questionnaire de 36 items.

Les huit domaines étudiés forment deux groupes distincts explorant les états de santé physique et mentale. La santé physique (PF), les limitations dues à l'état de santé physique (RP), la douleur corporelle (BP) et la perception de sa propre santé (GH) contribuent à la notation de la composante physique. La santé psychique (MH), les limitations en rapport (RE), la vie sociale (SF) et la vitalité (VT) forment la composante psychique du questionnaire. Chaque item est coté de 0 à 100. Un score élevé est associé à une meilleure fonction, à l'inverse un score bas représente une altération.

Il est traduit dans 170 langues et représente un outil simple, acceptable et reproductible pour estimer la qualité de vie des patients (36).

Une méta-analyse, datant de 2010, s'intéressant à la qualité de vie après les soins intensifs, a sélectionné 53 articles dont 10 multicentriques. Le score le plus utilisé pour identifier le PICS est le formulaire abrégé 36 ou Short Form 36 (SF-36) dans 55 % des études (3). Il montre des performances supérieures au NHP (Nottingham health profile) dans l'évaluation de la qualité de vie des patients de réanimation (38). De la même manière il s'avère plus précis que le score EuroQol-5D (EQ-5D) (39).

#### **15. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS):**

L'échelle HAD (cf annexe 5) permet de dépister des symptomatologies anxieuse ou dépressive et est largement validée dans la littérature dans cette indication (40). Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (la note maximale de chaque score est de 21).

Pour chaque partie, le meilleur équilibre entre sensibilité et spécificité est un seuil supérieur ou égal à 8 pour le dépistage de troubles anxieux et/ou dépressifs. Un résultat supérieur ou égal à 11 signe un état anxieux ou dépressif certain.

Dans une méta analyse de 2016 sur 43 articles analysant les symptômes dépressifs après un séjour en réanimation, ce questionnaire était utilisé dans 58% des cas (5).

Si les scores A et D sont positifs soit  $>8$ , le test IES-R est réalisé par la psychologue au décours de l'entrevue médicale afin de dépister un potentiel syndrome de stress post traumatique.

### **16. Score IES-R : Impact of Even Scale Revisited**

Le score IES-R (cf annexe 6), Impact of Event Scale Revisited est un test analysant les difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement traumatique. L'IES-R a été validé en anglais et en français (41)(42). Cette auto-évaluation regroupe les conséquences psychologiques de l'exposition à un évènement traumatique, mesurant la sévérité des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperéveil (les symptômes neurovégétatifs) vécus durant les 7 derniers jours. Ce questionnaire contient 22 items. Chaque item se cote de 0 (pas du tout) à 4 (énormément). Un score supérieur à 20 est évocateur d'une symptomatologie à surveiller, un score supérieur à 35 nécessite une prise en charge spécialisée.

Ce score est le gold standard dans le dépistage du syndrome de stress post traumatique de patients au sortir de réanimation (36)(37).

### **17. Souvenirs du séjour en réanimation**

Le patient est interrogé sur les souvenirs qu'il a de son séjour en réanimation. Tout d'abord de manière globale sont-ils de très bons/bons/indifférents/mauvais/très mauvais souvenirs. Puis dans un second temps nous explorons le contenu de ceux-ci avec le memory-tool.

### **18. Memory-tool**

Le memory-tool (annexe 7) permet d'accompagner le patient dans le travail de remémoration de son séjour en réanimation. Il comprend une première partie sur les évènements précédant l'admission aux soins intensifs, les souvenirs qu'il en garde, notamment le mode d'admission à l'hôpital et la durée d'hospitalisation avant l'entrée en réanimation. La deuxième partie interroge le patient sur ses souvenirs de séjour en réanimation, leur temporalité et surtout leur contenu. Pour ce faire nous déroulons une liste comprenant les faits réels : visites de la famille, alarmes, voix, lumières, visages, sonde d'intubation, sonde naso-gastrique, VNI, aspiration trachéale, obscurité, examen des pupilles, toilettes ; les sensations désagréables : inconfort, mal être, panique, confusion, peur, douleur et les faits irréels : impression que des personnes tentaient de leur faire du mal, hallucinations, cauchemars, rêves.

Et enfin nous recherchons des symptômes pouvant évoquer un SPT notamment des sensations inexplicables (moments de panique, appréhension) et des ruminations des souvenirs de l'hospitalisation en réanimation.

### **19. Perceptions des informations médicales reçues lors du séjour**

Nous interrogeons le patient et sa famille sur leurs perceptions respectives des informations reçues durant l'hospitalisation : impossible du fait de l'inconscience, pas d'information reçues, informations insuffisantes, informations peu claires, bonnes informations.

### **20. Évaluation kinésithérapique**

Le patient est vu par une des kinésithérapeutes dédiées à la réanimation thoracique permettant un examen clinique détaillé ostéo-articulaire recherchant des séquelles réanimatoires au niveau de la force musculaire, de l'amplitude articulaire ainsi que des spasticités. Le score de MRC est complété ainsi que le TM6.

Ces deux scores servent de référence pour l'évolution neuro musculaire du patient.

Le score MRC (Medical Research Council), évalue trois fonctions motrices sur chaque membre et permet de préciser le degré d'atteinte motrice et d'en suivre l'évolution. Ce score est d'utilisation simple, et présente des propriétés clinimétriques satisfaisantes, y compris chez le patient intubé ventilé (45).

Le TM6 soit le test de marche de six minutes est un indicateur quantitatif de la tolérance à l'effort et permet d'apprécier l'évolution du patient.

De plus le kinésithérapeute évalue l'autonomie du patient pour les actes de la vie quotidienne et sa qualité de vie avec l'aide du SF-36. Des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites au décours selon les besoins du patient : déglutition, phonation, rééducation à la marche.

### **21. Évaluation psychologique**

Un entretien avec la psychologue du service est proposé au patient ainsi qu'à ses proches. Celui-ci permet de reprendre avec le patient le déroulé de la consultation et de ce qu'elle a pu réveiller en lui. Il permet d'observer comment le patient a intégré son séjour en réanimation et sur la nécessité ou pas de l'orienter vers un psychologue/psychiatre pour la suite de la prise en charge de ses potentielles complications psychologiques. C'est aussi au cours de cet entretien que le score I-ESR est réalisé si est suspecté un SPT. Par ailleurs la psychologue du service étant formée à l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), elle peut proposer au patient ainsi qu'à sa famille une prise en charge d'un potentiel SPT par cette méthode au sein d'un suivi psychologique.

## **22. Recueil de l'avis du patient sur la CPR :**

En fin de consultation nous demandons au patient son avis sur la CPR : très favorable, favorable, défavorable ou indifférent. Il peut aussi suggérer des améliorations qui lui paraîtraient intéressantes.

## **23. Recueil de l'avis du patient sur le journal de bord :**

Le journal de bord est une des autres méthodes qui permettrait de prévenir les troubles psychologiques au décours d'une hospitalisation en réanimation. En effet il permet au patient de lire le déroulé de son hospitalisation narré par les soignants et ses proches et ainsi de combattre l'absence de souvenirs ou la présence de faux souvenirs (46). Celui-ci comme la CPR bénéficie d'une attention soutenue actuellement afin de rendre son utilisation plus systématique.

## **24. Proposition de visite du service et discussion de possibles demandes ou critiques particulières du patient ou de sa famille**

### **Analyse des données**

Les données anonymisées ont été saisies sur un tableur Excel Microsoft version 2020.

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne ou médiane et intervalles de confiance. Les données qualitatives ont été exprimées en proportion et effectifs.

### **Aspect éthique et réglementaire**

Notre consultation ne comportait aucun item permettant d'identifier directement le patient. Les consultations ne comportaient pas de données directement nominatives. Il était donc impossible de faire le lien entre une consultation et un patient. Les patients étaient informés du travail de thèse sur les consultations post réanimation et pouvaient refuser que l'on utilise leurs données.

Le numéro d'enregistrement dans le registre des traitements du CHU de Bordeaux est **CHUBX2021RE029**. La finalité de traitement relève du champ d'application de l'Article 65-2 de la Loi Informatique et Libertés.

## **Résultats**

### **Population de l'étude**

Entre décembre 2018 et mars 2021, 106 patients présentant les critères d'inclusion ont été sélectionnés à leur sortie de réanimation. 8 sont décédés avant d'avoir été vu, 22 ont refusé la consultation post réanimation (refus de revivre le séjour, agenda médical chargé, refus sans explication), 2 sont repartis à l'étranger, 5 sont repartis en Ile de France sans qu'une téléconsultation ait pu être organisée et 8 ont été injoignables au décours de leurs hospitalisations.

61 consultations post réanimation ont donc été programmées et 6 patients ne sont pas venus en consultation. Au total les données de 55 consultations post réanimation ont pu être recueillies.

La figure 1 représente le diagramme de flux de l'étude.

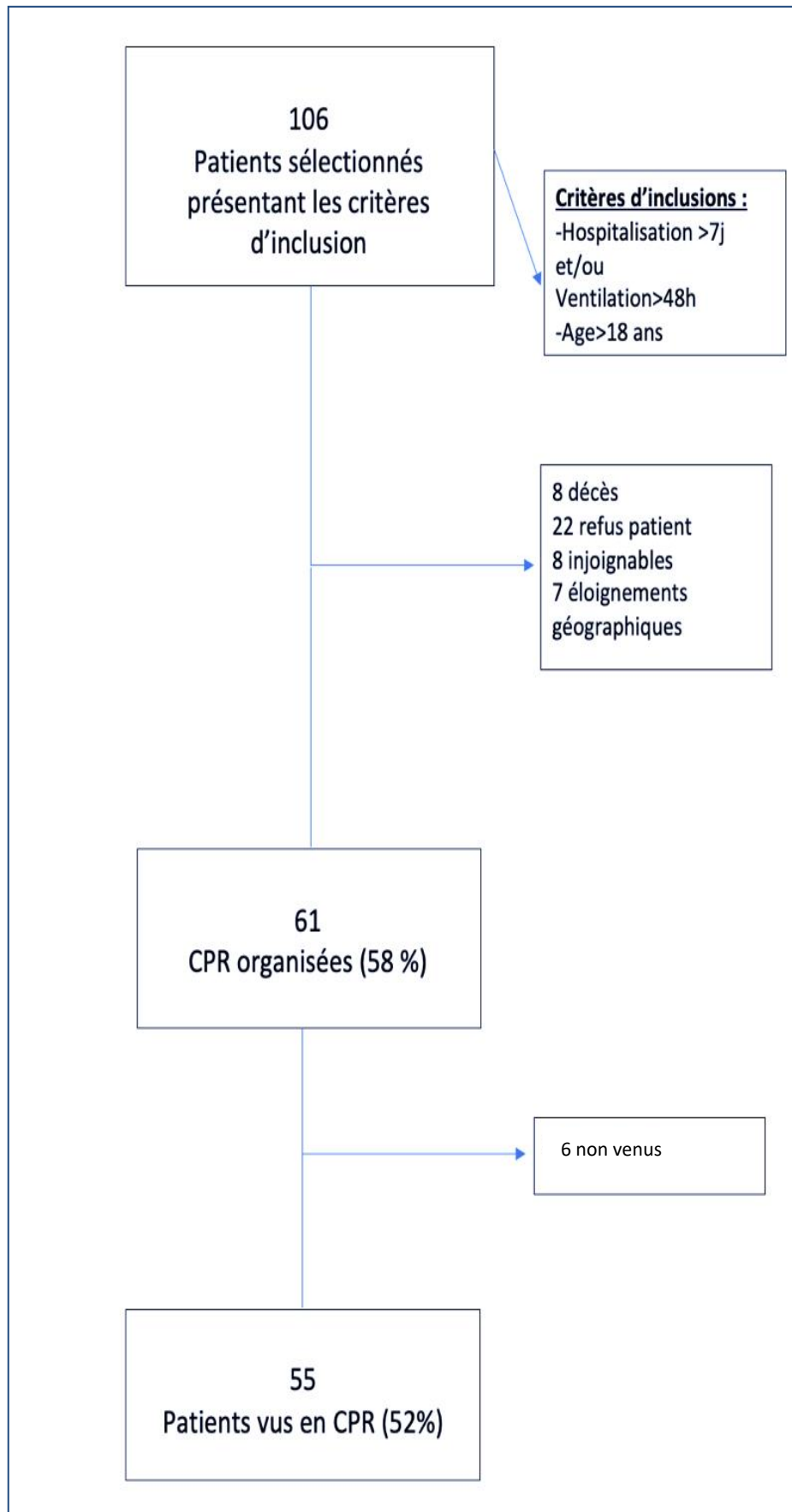


Figure 1: Flow Chart

## **Démographie**

L'âge moyen des patients vus en consultation est de 57 ans. Les âges extrêmes des consultants sont de 18 et 81 ans. L'effectif comprend 41 hommes et 14 femmes. La consommation active de toxique (tabac, alcool, drogues) est retrouvée chez 14 patients (25% de l'effectif).

*Tableau 1: Caractéristiques des patients vus en consultation post- réanimation thoracique à l'hôpital Haut-Lévêque (n=55)*

<b>Age</b>	57
<b>Homme</b>	41 (75%)
<b>Femme</b>	14 (25%)
<b>Toxique actif</b>	14 (25%)
<b>Pathologies respiratoires pré existantes</b>	35 (64%)
<b>Pathologies psychiatriques pré existantes</b>	15 (27%)

## **Hospitalisation**

### **Motifs d'admission :**

*Tableau 2: Motifs d'admission (n=55)*

<b>Médicale</b>	11 (21%)
<b>Chirurgie thoracique urgente</b>	9 (17%)
<b>Chirurgie thoracique programmée</b>	15 (29%)
<b>Transplantation pulmonaire</b>	17 (33%)

Les motifs médicaux regroupent les SDRA (10) de causes diverses dont 4 COVIDs et un pneumothorax compliqué (1).

Les chirurgies urgentes comprennent une transplantation en super urgence (1), les décortications ou lavages de pleuro pneumopathies (3), une lobectomie en urgence (1), les lavages de médiastinites (2), une chirurgie réparatrice sur désinsertion laryngo-trachéale et une pleurotomie.

La chirurgie programmée est majoritairement de la carcinologie pulmonaire.



### **Durée de séjour :**

La médiane de durée de séjour en réanimation thoracique était de 24 jours [12 ; 48].

### **Informations sur le séjour :**

La durée médiane de sédation était de 4 jours [1 ; 7], celle de ventilation de 10 jours [1 ; 25] et celle de curarisation de 1 jour [0 ; 3].

6 patients (11%) ont bénéficié de l'implantation d'une ECMO. 9 (16%) ont été trachéotomisés. 27 patients (49%) ont eu de la VNI et 12 (27%) de l'oxygénothérapie à haut débit.

*Tableau 3: Séquelles physiques et psychiques à la sortie de la réanimation (n=55)*

<b>Troubles psychologiques à la sortie de réanimation</b>	12 (22%)
<b>Traitements psychologiques à la sortie</b>	14 (25%)
<b>Séquelles respiratoires à la sortie</b>	41 (75%)
<b>Séquelles cardiaques à la sortie</b>	11 (20%)
<b>Séquelles rénales à la sortie</b>	14 (25%)
<b>Séquelles digestives à la sortie</b>	15 (27%)
<b>Dénutrition à la sortie</b>	10 (18%)
<b>Séquelles neurologiques à la sortie</b>	7 (13%)
<b>Séquelles autres à la sortie</b>	14 (25%)

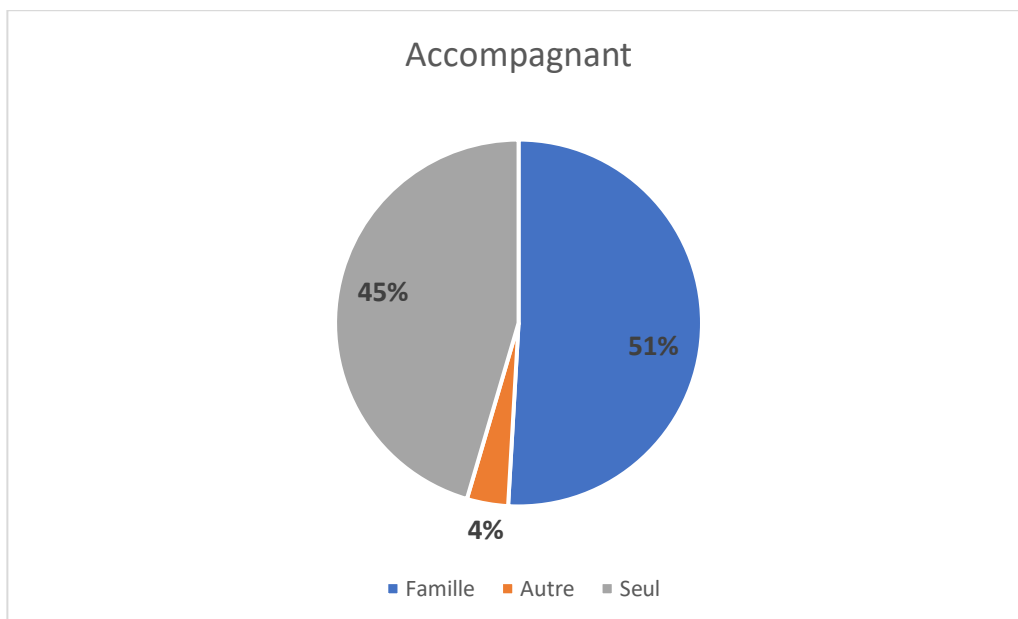
## La consultation post réanimation

### Délai

La majorité des patients ont été revus entre 3 et 6 mois après leur sortie de réanimation. 17 patients ont été vus à plus de 6 mois (31%) du fait de l'épidémie de covid 19.

### Accompagnant

Figure 2: Accompagnant (n=55)

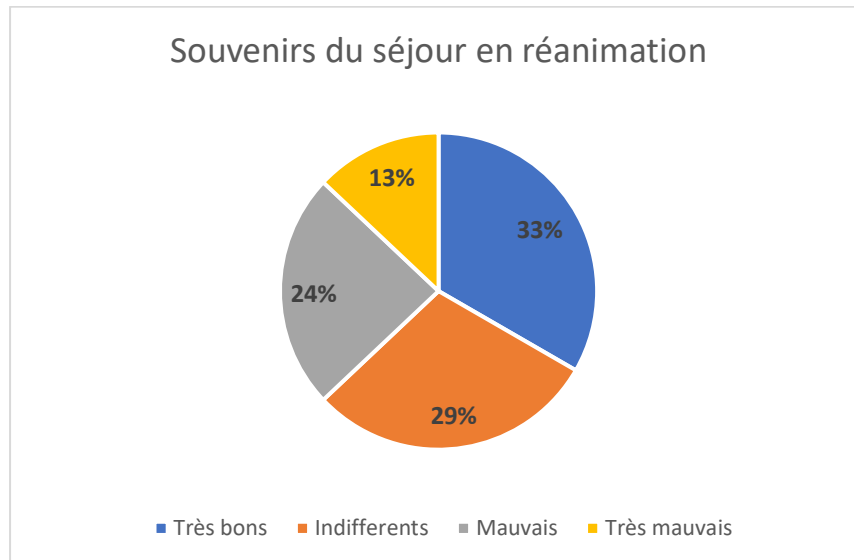


Vingt-huit patients (51%) étaient accompagnés de leur famille, 2 (4%) d'un autre proche et 25 (45%) étaient seuls.

## Le syndrome post réanimation

### Souvenirs du séjour en réanimation

*Figure 3: Souvenirs du séjour en réanimation (n=55)*

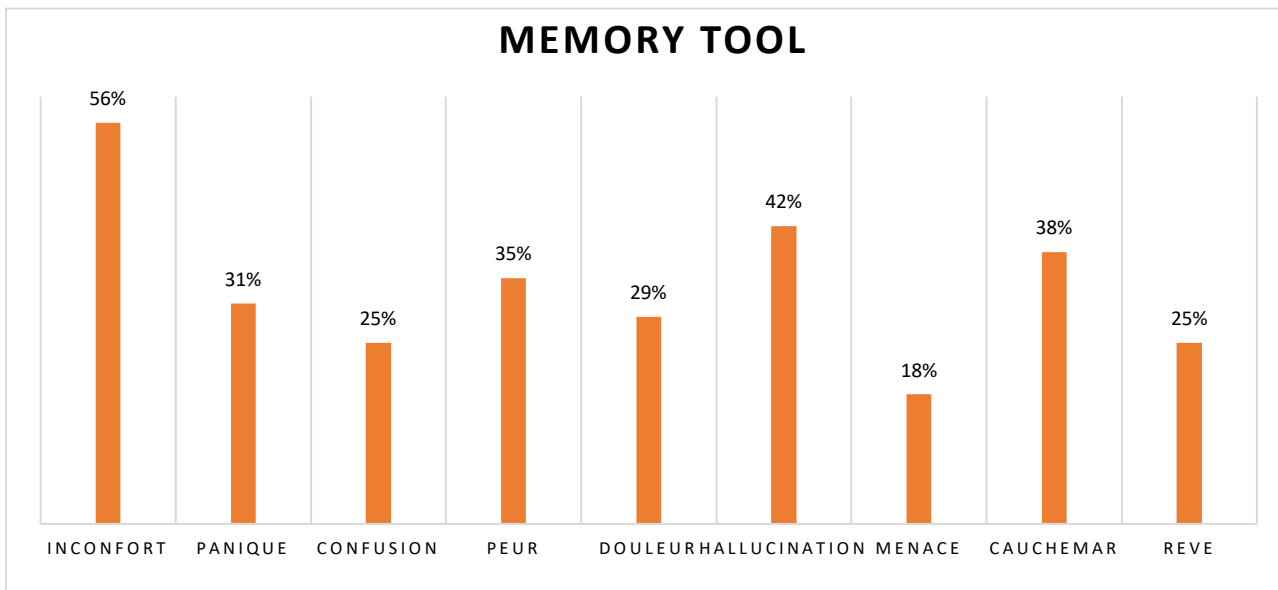


Vingt-six patients (47%) n'ont aucun souvenir de la réanimation, 26 (47%) en ont un souvenir partiel et 3 (5%) ont le souvenir de tout leur séjour.

Pour 18 patients (33%) ces souvenirs sont de bons souvenirs, pour 16 (29%) ils sont indifférents, pour 13 (24%) ce sont de mauvais souvenirs et pour 7 (13%) de très mauvais souvenirs.

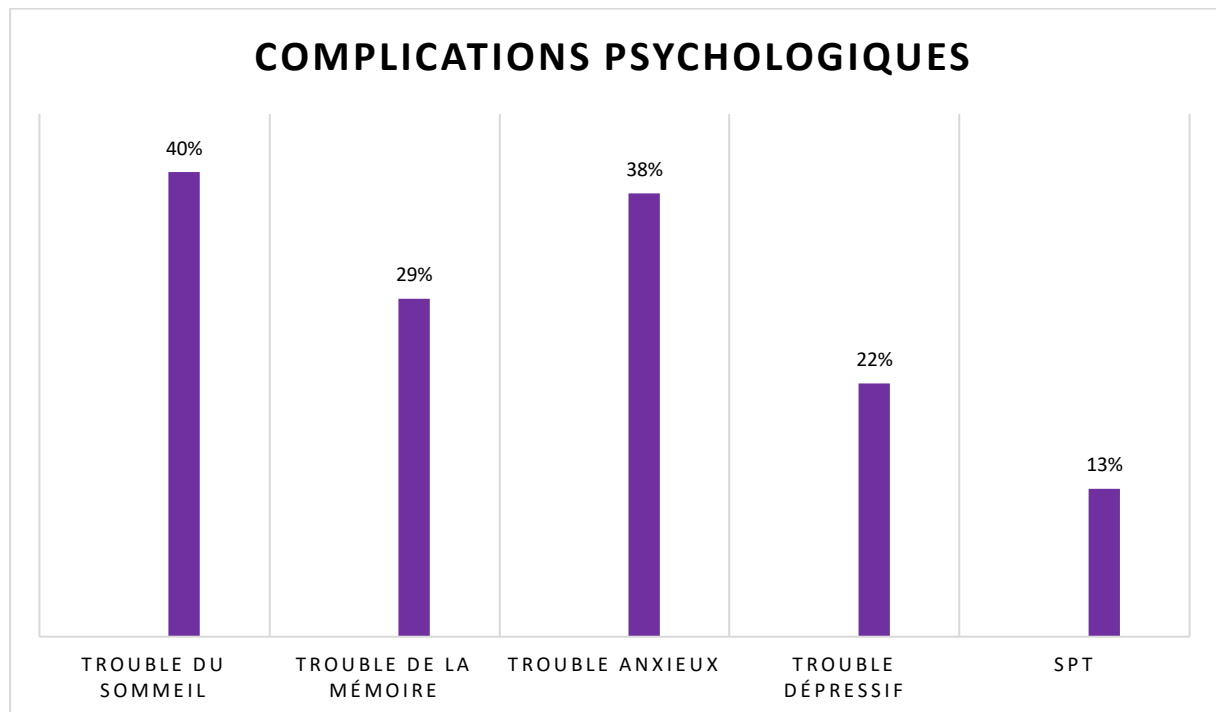
Le memory tool nous a permis de rechercher différents souvenirs et émotions chez nos patients détaillés dans la figure ci-dessous.

Figure 4: Souvenirs du séjour en réanimation détectés au memory tool (n=55)



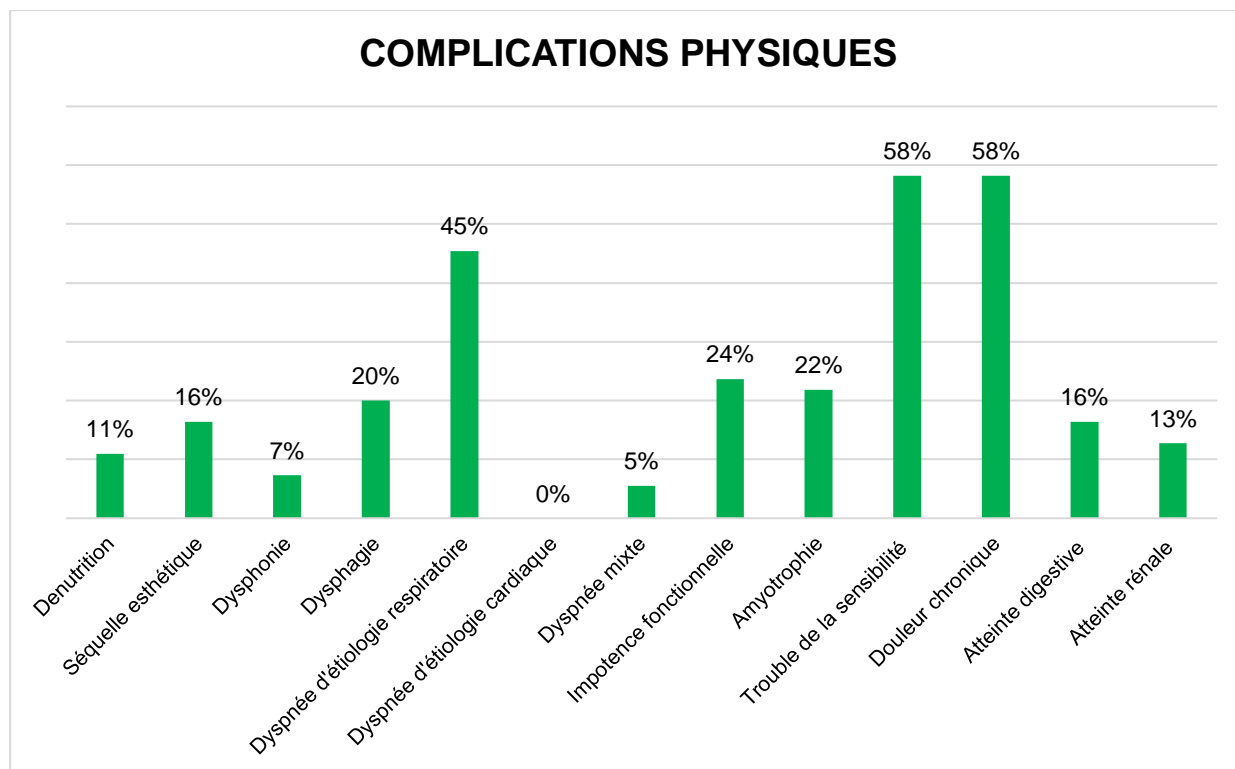
### Symptômes actuels

Figure 5: Troubles psychologiques observés à la CPR (n=55)



Parmi les patients présentant des troubles psychologiques, 59% en présentent plus d'un.

Figure 6: Troubles physiques observés à la CPR (n=55)



Les complications physiques les plus retrouvées sont les troubles de la sensibilité (paresthésies, dysesthésies), les douleurs chroniques et la dyspnée d'étiologie respiratoire.

#### Au total :

65% des patients présentaient au moins une complication psychologique en CPR.

85% des patient présentaient au moins une complication physique en CPR.

89% des patients présentaient au moins une complication en CPR.

Tableau 4: Autonomie pour les actes de la vie quotidienne (n=55)

Totale	40 (73%)
Partielle	14 (25%)
Absente	1 (2%)

Tableau 5: Marche lors de la CPR (n=55)

Normale	47 (85%)
Avec aide	6 (11%)
Fauteuil roulant	2 (4%)

Tableau 6: Prise en charge au décours de la CPR (n=55)

<b>Prescription d'un traitement psychiatrique</b>	2 (4%)
<b>Prescription d'un suivi psychologique</b>	20 (36%)
<b>Demande de consultation spécialisée</b>	22 (40%)
<b>Demande d'examens paracliniques</b>	7 (13%)
<b>Modification des traitements du patient</b>	8 (15%)

Nous avons demandé 22 consultations spécialisées parmi lesquelles :

- Consultation en neurologie dont 4 consultations mémoires et 1 pour un déficit neurologique autre,
- Consultation avec le chirurgien ayant pris en charge le patient initialement pour rediscuter de la chirurgie pour 1 patient et pour prévoir un acte complémentaire pour 1 patient,
- Consultation en hépato gastroentérologie pour une pose de gastrostomie per cutané pour 1 patient,
- Consultation en ORL pour dysphagie pour 1 patient,
- Consultation en pneumologie pour dyspnée persistante pour 3 patients, pour mettre en place un suivi dans le cadre d'une pathologie pulmonaire chronique pour 1 patient, pour bilan d'un syndrome d'apnée du sommeil pour 1 patient
- Consultation en cardiologie pour reprendre un suivi pour 1 patient,
- Consultation en médecine générale pour 1 patient peu observant et pour 1 patient afin d'adapter son traitement quotidien,

- Consultation en médecine de la douleur pour 3 patients présentant des douleurs neuropathiques résistantes aux traitements usuels.

**Avis du patient sur la CPR :**

Quatre patients n'ont pas apprécié ou n'ont pas trouvé d'intérêt à la CPR. Le reste des patients l'ont trouvée utile et en était très satisfait.

## **Discussion**

### **Résultats et implications :**

Nous avons sélectionné 106 patients qui pouvaient bénéficier d'une consultation post réanimation. Parmi eux 61 ont été programmés pour une CPR et 55 ont été vus. Parmi ceux qui ont refusé la CPR, certains ne voulaient pas revenir sur le lieu de leur séjour en réanimation et nous pouvons donc penser que certains présentaient des troubles psychologiques qui auraient pu être détectés lors de la consultation. Parmi les patients revus en consultation, la population est hétérogène du fait de la diversité du recrutement du service de réanimation thoracique. En effet dans la population étudiée il y a 29% de transplantés pulmonaires, ceux-ci ont un suivi médical intense en pré et post greffe qui les distinguent du reste de la population. Parmi les patients hospitalisés pour chirurgie programmée, 25% de la population, un grand nombre ont été pris en charge dans le cadre d'une néoplasie pulmonaire sous-jacente qui implique souvent un traitement au long terme par chimio ou radio thérapie et parfois un pronostic vital engagé à très court terme. Enfin le reste de la population pris en charge pour des urgences médicales ou chirurgicales a une entrée dans le soin qui se fait de manière aiguë.

Ainsi les greffés pulmonaires sont préparés à l'épreuve de la réanimation à contrario les patients qui présentent des complications suite à une chirurgie programmée se heurtent à un séjour et des complications non envisagées au préalable.

Nous retrouvons une incidence de complications psychiques de 65% dans notre population. Les troubles de la mémoire sont retrouvés chez 29% des patients, ce qui est inférieur à la littérature où les chiffres sont de 32 à 57% à 6 mois (22,23). Nous n'avons pas mené de tests cognitifs mais seulement recherché des plaintes mnésiques ou des fonctions exécutives chez les patients à l'interrogatoire. De plus une étude menée en 2021 par LC Marsh et al. montre que les patients peuvent ressentir une impression de troubles cognitifs mais que celle-ci est moindre lors de la réalisation de tests (47). C'est pourquoi nous avons dirigé certains de nos patients vers une consultation mémoire. Les troubles du sommeil sont retrouvés chez 40 % des patients ce qui est inférieur au chiffre de 46% retrouvé dans le travail des Docteurs Cinnotti et Le Courtois du Manoir sur le sujet (48). Un trouble anxieux est retrouvé chez 38% des patients avec un score HAD-A > 8, comparables aux données de la littérature qui sont



de 40% à 6 mois de la réanimation (4) et un trouble dépressif chez 22 % d'entre eux, inférieur aux données qui sont de 34% à 6 mois (5).

Le syndrome post traumatique n'est retrouvé que chez 13% de nos patients ce qui est inférieur aux nombres habituellement retrouvés de 25% (7) mais similaire à celui retrouvé par les Docteurs Cinotti et Le Courtois du Manoir (48) sur leur cohorte de 108 patients en 2020. Les durées de sédation et ventilation prolongées constituent des facteurs de risque de SPT (14,15). Une des raisons de diminution du taux de SPT retrouvé dans notre étude peut être la courte durée de sédation et de ventilation de nos patients. En effet la particularité de notre service de réanimation thoracique est de privilégier un réveil et une ventilation spontanée précoces chez tous les patients même les plus graves sous assistance circulatoire. Nos durées médianes de sédations sont de 4 jours et de 10 jours d'assistance ventilatoire.

L'incidence des complications physiques est élevée, 85%, en raison d'une recherche exhaustive des complications. Les douleurs chroniques et les troubles de la sensibilité sont présents chez 58% des patients majoritairement sous la forme de paresthésies et dysesthésies. Ce nombre est superposable au travail des Docteurs Cinotti et Le Courtois du Manoir (48) mais supérieur à l'étude de Cottigny et al. sur les douleurs neuropathiques chroniques post réanimation qui n'en retrouvait que chez 19% des patients (11). Elles mettent en lumière l'importance du positionnement des patients en réanimation et l'impact que peut avoir un détail sur la qualité de vie à long terme du patient. En effet les plaintes les plus fréquentes concernaient des paresthésies suite au cathéter artériel en position radiale ou encore des arthralgies des ceintures post décubitus ventral. Les patients chez qui nous avons dépisté ces douleurs chroniques ont pu être orientés rapidement vers une consultation douleur.

Concernant l'autonomie des patients pour les actes de la vie quotidienne 73% sont totalement autonomes, 14% nécessitent une aide partielle et 2% sont dépendants. L'autonomie a été estimée en posant des questions aux patients mais sans utiliser le score ADL. Nos données sont comparables à celles retrouvées par les Docteurs Cinotti et Le Courtois du Manoir (48).

Il aurait été intéressant d'explorer l'impact du syndrome post réanimation sur la reprise du travail des patients mais nous n'avons pas pu récolter assez de données à ce

propos pour les exploiter dans ce travail. De même l'impact sur les finances de la famille est un réel marqueur des conséquences globales que peut avoir une hospitalisation en réanimation sur la vie du patient mais ce n'était pas l'objectif de notre travail.

### **Importance d'un suivi post réanimation :**

L'épidémie de COVID 19 a permis de mettre en lumière le SPR et de démontrer l'importance de la mise en place de mesures pour le prévenir, le dépister et le traiter. Il a bénéficié d'une diffusion au grand public comme lors de l'émission « Interception » de France Inter diffusée le 19 septembre 2021 sur le sujet (49) .

La CPR constitue une des voies de prise en charge de celui-ci en le dépistant et en prenant en charge les complications retrouvées si ce n'est pas déjà le cas.

De plus elle permet aux patients de bénéficier d'un temps dédié pour se réapproprier leur hospitalisation et d'échanger avec le praticien sur celle-ci. Or comme le montrent différentes études le principal facteur de risque de SPT et de troubles anxieux et dépressifs est l'absence de souvenirs ou la présence de souvenirs effrayants ou de faux souvenirs (4,5,13).

En effet le docteur Grosclaude M., docteur d'état en psychologie, psychanalyste et responsable du réseau européen interdisciplinaire « Recherche psychologie et réanimation », décrit le concept du « trou réa » comme une interruption d'existence, un vide interne qui caractérise l'amnésie des patients de leur séjour en réanimation (50). Ce « trou identitaire » caractérisé par à la fois l'absence de contenu et la persistance de fragments d'expériences vécues non identifiables, est responsable chez le patient d'un sentiment de manque. Ces fragments sont souvent mêlés aux hallucinations. Ils constituent des faux souvenirs, nommés dans la littérature « delusional memories ». Ils sont définis par l'impression d'avoir vécu des expériences relatives à l'hospitalisation en réanimation rejetées ou souvent transformées en expériences persécutrices par le patient. Nos patients relatent souvent des souvenirs de guerre, de camp de concentration, de prison, de naufrage, de diable etc. Les soignants sont souvent vus comme des persécuteurs. De plus les contentions parfois utilisées renforcent cette sensation de vulnérabilité et d'emprisonnement. Ces faux souvenirs se manifestent pour certains par des cauchemars ou des hallucinations au décours de l'hospitalisation. Autre exemple un de nos patients nous relatait la résurgence d'angoisses devant les reportages montrant des images de réanimation

surchargées lors de l'épidémie de Covid 19. Leur présence et l'amnésie du séjour en réanimation peuvent entraîner l'installation des symptômes de dépression, d'anxiété pouvant persister jusqu'à 5 ans après la sortie de réanimation. La CPR aide les patients à restituer leur histoire, à leur donner la preuve de la continuité de leur existence pendant leur séjour en réanimation et contribuer ainsi à leur « restructuration psychique » (50).

L'originalité de notre CPR est sa pluridisciplinarité avec présence conjointe d'une psychologue, d'un ou une kinésithérapeute et d'un ou d'une médecin anesthésiste réanimateur. Ainsi le patient est pris en charge de manière holistique en explorant sa psyché mais aussi son corps.

### **Limites à la mise en place d'une CPR et solutions proposées :**

La CPR reste difficile à mettre en œuvre dans tous les services de réanimation. Une étude de pratique menée par la SFAR en 2018 (31) met en évidence les différents freins à sa mise en place. En effet sur les 253 services de réanimation ayant répondu à l'étude, seuls 18,6 % pratiquent des CPR tandis que 92% seraient intéressés par leurs mises en place. Les principaux freins à leurs mises en œuvre sont : le manque de moyens financiers (36%), le manque de moyens humains (66%), la lourdeur de l'organisation (37%), l'absence de bénéfice clairement validé pour le patient (20,5%) et le manque de données scientifiques concernant les modalités pratiques (21,7%). Certaines équipes mettent en place des hospitalisations de jour, qui permettent une évaluation plus approfondie mais nécessitent une organisation et des moyens importants. Dans notre service le développement de la CPR a été rendu possible par la motivation des équipes et un effectif suffisant. Cette dynamique a permis le recrutement d'une psychologue en novembre 2020. Nous étudions actuellement la possibilité d'évoluer vers une organisation en hôpital de jours.

La crise sanitaire que nous vivons engendre une augmentation massive du taux d'hospitalisation en réanimation avec des facteurs de risques supplémentaires de développer un SPR : hospitalisation longue, absence de visite, ventilation mécanique et sédation prolongées, méconnaissance du virus, incertitude des traitements... L'incidence du SPR va en être probablement augmentée et tous ces patients ne pourront pas être vus en CPR. Les études mono-centriques de Rousseau et al. et de

Janiri et al. nous alarment sur le risque important de SPR après une infection à Covid-19 (51,52).

Face à cette demande croissante d'un suivi post réanimation et l'impossibilité pour les services de réanimation d'y répondre se pose la question des solutions existantes et de leurs optimisations.

### **Améliorer le lien avec la médecine générale :**

En France, la consultation de suivi d'un patient par le MG après sa sortie d'hospitalisation fait l'objet d'une majoration appelée Majoration Sortie d'Hospitalisation (MSH) (53). Cette consultation longue et complexe doit être réalisée dans le mois suivant une hospitalisation avec notion de sévérité. Elle a pour but de favoriser la continuité des soins. Elle permet de rechercher des symptômes évocateurs de SPR chez les patients et de les prendre en charge précocement en les orientant vers les acteurs de soins adaptés. Le MG peut aussi reprendre avec son patient le déroulé de l'hospitalisation, les diagnostics portés, les complications potentielles et son ressenti. Le patient est vu dans son quotidien et ce regard est essentiel car c'est là que se joue sa qualité de vie et le sens de l'épreuve qu'il a traversée.

Dans les cas où les symptômes sont trop nombreux, si le patient est demandeur ou si le médecin généraliste estime que c'est nécessaire une consultation post réanimation pourrait être organisée avec l'équipe de réanimation.

Une thèse réalisée par un médecin généraliste de Bordeaux en décembre 2021, le Docteur Victoire Philibert se penche sur le sujet de la prise en charge du SPR en médecine générale. Elle a interrogé 26 médecins généralistes landais sur leurs prises en charges des patients sortants de réanimation, ayant été hospitalisés plus de 7 jours et vivant à 3 mois. Elle a identifié que 65% réalisaient une consultation dédiée au sortir de la réanimation, 42% utilisaient des scores d'évaluation psychologique, 73% ont dépistés des séquelles somatiques et 46% des séquelles psychologiques.

96% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire déclaraient connaître l'existence du risque de séquelles psychologiques après la réanimation.

Concernant le suivi du patient sortant de réanimation 19% estimaient qu'il leur revenait et 81% étaient en faveur d'un suivi réalisé conjointement avec le médecin anesthésiste réanimateur.

Concernant la communication entre médecine de ville et hôpital cette thèse met en évidence les limites existantes, en effet seulement 31% des MG ont été prévenu que leur patient était hospitalisé en réanimation à son entrée. 23% des MG l'ont appris à la sortie du patient et 46% l'ont su d'une autre manière. Très peu des médecins inclus connaissaient l'existence des CPR. Le principe leur a été expliqué et tous y étaient favorables pour renforcer ce lien entre la médecine de ville et hospitalière.

Un des points essentiels de cette thèse réside dans la mise en évidence du manque de communication entre la médecine générale et les services de réanimation. Cela avait déjà été mis en évidence dans l'étude de Le Meur et al. en 2014 qui se penchait sur la prise de contact par les réanimateurs avec les médecins généralistes lors de la réalisation de LATA (54) qui étaient de 22%. Une étude rétrospective de Etesse et al. en 2010, confirme cette insatisfaction générale des MG et montre que les mesures de communication doivent être renforcées (55).

Le suivi du patient sortant de réanimation doit être orchestré par son médecin généraliste. Il est essentiel que des efforts mutuels soient faits pour permettre une communication optimale entre hôpital et médecine de ville. Dans le courrier que nous adressons actuellement au médecin traitant pour le prévenir de la CPR (cf. annexe 2) nous joignons les tests HAD et SF36. Nous pourrions imaginer que ces scores soient joints systématiquement à tous les comptes rendus d'hospitalisation (CRH) adressés aux MG par les services de réanimation français associés à une note explicative du syndrome post-réanimation. Elle exprimerait clairement les symptômes à rechercher tant physiques que psychologiques. Ces derniers sont parfois difficiles à détecter, le patient pouvant en avoir honte, d'où l'intérêt de réaliser des tests de dépistage (HAD) et de le questionner systématiquement. Cela permettrait aux MG de remplir leur rôle de premier rempart face à un SPR et d'orienter rapidement les patients vers une consultation spécialisée ou une CPR s'il l'estime nécessaire.

Le MG a aussi un rôle majeur à jouer avec l'entourage des patients qui peuvent présenter eux aussi un SPR et en avoir honte. Étant le médecin de famille, il est un soutien indéniable. La communication étant parfois difficile entre famille et réanimateur, le MG peut être un intermédiaire de choix, notamment dans la vulgarisation des informations délivrées en réanimation. Cela n'est possible que si lui-même est aidé par le réanimateur.

### **Prise en charge en amont de la sortie de réanimation :**

Ce qui ressort de notre travail est aussi l'importance de la prise en charge psychologique précoce en réanimation tant des réanimés que de leurs familles. Cela n'est pas toujours possible par manque de psychologue dédiée au service de réanimation. Dans notre service nous avons la chance d'avoir une psychologue depuis novembre 2020. Elle accompagne les patients et leurs familles tout le long de leur séjour et est un lien précieux avec l'équipe soignante. En effet de par sa formation elle peut aborder précocement le traumatisme que constitue le séjour en réanimation et rechercher des signes de souffrance psychologique ou les prévenir.

Le journal de bord est aussi un outil précieux dans cet optique et devrait être mieux utilisé car il accompagne le patient tout au long de son séjour en réanimation et l'aide énormément lors de sa sortie vers un autre service à garder le lien entre les différentes étapes de sa prise en charge. Une étude européenne incluant 372 patients où la moitié recevaient le JDB 1 mois après leur sortie a montré une réduction de SPT de 13 à 5% dans le groupe recevant le journal (56). De même une étude française mono centrique a montré que le JDB était associé à une baisse de SPT chez les patients et leur famille un an après la sortie de réanimation (57).

Actuellement une étude prospective, multicentrique, randomisée, en simple aveugle est en cours en France réalisée par Dr Garrouste-Orgeas et al. comparant un groupe de patient ayant eu une journal de bord à un groupe n'en ayant pas eu, le patient et sa famille sont évalué par une psychologue à 3 mois de l'hospitalisation pour déterminer l'efficacité de cet outil (58).

### **Les services de rééducation post réanimations (SRPR) :**

Quelques SRPR voient le jour et sont certainement une voie de prévention du SPR puisqu'elles vont entreprendre une prise en charge globale du patient avec des praticiens formés à la prise en charge post réanimatoire tant sur le plan physique que psychologique dès la sortie de la réanimation (59).

La majorité de nos patients sortent vers les services conventionnels de chirurgie thoracique et de pneumologie avant de rejoindre un soin de suite et de réhabilitation, clinique Avicenne à Libourne. Il n'a pas de SSPR en région Nouvelle Aquitaine.

## **La CPR, un retour sur expérience :**

La CPR a une importance sur le plan éthique par le recul qu'elle permet d'avoir sur l'évolution du patient. En effet la notion de qualité de vie du patient au long terme peut parfois constituer un argument pour accepter ou pas une entrée en réanimation or paradoxalement les réanimateurs ne réalisent pas ou peu de suivi des patients. L'altération de la qualité de vie après la réanimation repose sur des données scientifiques encore relativement peu nombreuses et dont la prédiction à l'échelle individuelle n'existe pas. La mise en place d'une CPR pourrai permettre à l'avenir d'obtenir des réponses en termes de prédiction de la qualité de vie de nos patients.

La CPR permet aussi un recul sur nos pratiques en réanimation. En effet notre étude a permis de recueillir les critiques émises quant à la prise en charge des patients et des familles et de prendre en compte les raisons des mauvais souvenirs du séjour en réanimation. Des mesures adéquates ont été mise en place pour améliorer le confort des patients. La révision des protocoles de lutte anti douleur en a fait partie. Les épisodes délirants au cours de l'hospitalisation en réanimation sont rapportés par les patients comme motifs de mauvais souvenirs. Ces épisodes passent souvent inaperçus (60) et sont pourvoyeurs de conséquences sur le devenir du patient à long terme (61). Leur prévention semble difficile, cependant certaines équipes ont démontré que certaines mesures voire de nouvelles molécules pouvaient contribuer à diminuer la durée des épisodes délirants (62,63).

Enfin la CPR est aussi un moment précieux tant pour les équipes que pour les patients pour réaliser le chemin parcouru depuis la sortie du service notamment si une rencontre est possible au sein de la réanimation. Le devenir des patients est important pour les soignants car il permet de donner un sens à leur travail, qui est souvent mis à l'épreuve surtout dans le cadre particulier de la réanimation. La CPR pourrait contribuer ainsi à prévenir le « burn out » des soignants.

93% des patients sont satisfaits de cette consultation et en profite pour remercier les équipes médicales et para médicales.

### **La CPR pour les proches :**

Par ailleurs la consultation concerne aussi les proches, 51 % des patients sont venus accompagnés de leurs familles et 4% d'un proche hors famille. Nous savons que le syndrome post réanimation touche aussi la famille du patient dans 33% des cas d'après l'étude menée par Azoulay et all. en 2005 (30). L'absence d'information sur le séjour constitue un facteur de risque de complications psychologiques pour les proches. La CPR permet aussi de répondre aux questions des proches du patients, de reprendre avec eux le déroulé de l'hospitalisation et de leur montrer l'endroit où était le membre de leur famille s'ils n'ont pas pu le voir. La première vague de Covid en mars 2020 en a été un triste exemple. Ils peuvent être vus par la psychologue et pris en charge par celle-ci si nécessaire si besoin au cours d'une consultation dédiée.



## **Conclusion :**

Notre étude sur la mise en place de la consultation post réanimation en service de réanimation thoracique a permis de réaliser l'incidence importante (89%) de complications physiques ou psychiques post réanimation et donc de modifier les pratiques et d'orienter les patients vers des prises en charge spécifiques.

Elle a renforcé l'idée qu'un suivi après une hospitalisation en réanimation est essentiel pour donner du sens à la lourdeur des soins entrepris tant pour le patient et sa famille que pour les soignants.

Ce suivi doit passer par le renforcement du lien entre l'hôpital et la médecine de ville, entre le quotidien du patient et ce qu'il a vécu lors de son séjour. Le médecin généraliste est au centre de ce temps « post réanimation » et doit donc être mis au fait des complications que peut présenter son patient afin de pouvoir les repérer et les prendre en charge. L'épidémie que nous traversons nous révèle l'importance de la communication entre soignants pour garantir aux patients et à leurs proches une médecine efficace et humaine.

Ainsi on pourrait imaginer de joindre systématiquement à chaque CRH des tests de dépistage de l'anxiété et la dépression : HAD, du syndrome post traumatique : I-ESR et d'évaluation de la qualité de vie : SF-36 qui pourront servir d'outil au médecin traitant pour rechercher des conséquences physiques ou psychologiques de l'hospitalisation en réanimation. Une note explicative du syndrome post réanimation serait aussi présente.

Cela paraît être un moyen très simple, réalisable et réellement utile car les patients seraient ainsi pris en charge et orientés vers la CPR si le médecin traitant ou le patient en ressentent le besoin.

Une autre solution pourrait être la création d'une application de suivi des patients sortant de réanimation qui leur proposerait de remplir les différents tests sus cités à 1 mois, 3 mois et 6 mois ainsi que de cocher les symptômes qu'ils présentent. Selon les résultats obtenus ils seraient orientés vers leurs médecins traitants et/ou convoqués en CPR.

Ce travail révèle l'importance de la cohésion entre hôpital et médecine de ville, entre patients et médecins et au sein même de l'histoire du patient pour donner du sens au soin. Comme le disait Rabelais « science sans conscience n'est que ruine de l'âme » et par le suivi du patient au sortir de la réanimation nous nous dirigeons vers une pratique plus sensée.

## **Bibliographie**

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* févr 2012;40(2):502-9.
2. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med.* févr 2011;39(2):371-9.
3. Caillard A, Gayat E. La vie après la réanimation. *Anesth Réanimation.* janv 2020;6(1):39-49.
4. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* déc 2016;43:23-9.
5. Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al. Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* sept 2016;44(9):1744-53.
6. Jensen JF, Thomsen T, Overgaard D, Bestle MH, Christensen D, Egerod I. Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* mai 2015;41(5):763-75.
7. Parker AM, Sricharoenchai T, Rappaport S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med.* mai 2015;43(5):1121-9.
8. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte-Martyn A, Diaz-Granados N, Al-Saidi F, et al. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 20 févr 2003;348(8):683-93.
9. Hermans G, Van Mechelen H, Clerckx B, Vanhullebusch T, Mesotten D, Wilmer A, et al. Acute outcomes and 1-year mortality of intensive care unit-acquired weakness. A cohort study and propensity-matched analysis. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 août 2014;190(4):410-20.
10. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz C, et al. Physical Complications in Acute Lung Injury Survivors: A Two-Year Longitudinal Prospective Study. *Crit Care Med.* avr 2014;42(4):849-59.

11. Cottigny X, Petiot S, Mahjoub Y, Malaquin S, Guilbart M, Salomon A, et al. Incidence de la douleur neuropathique en réanimation. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 sept 2014;33:A194-5.
12. Baumbach P, Götz T, Günther A, Weiss T, Meissner W. Prevalence and Characteristics of Chronic Intensive Care-Related Pain: The Role of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med*. juin 2016;44(6):1129-37.
13. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. mars 2001;29(3):573-80.
14. Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 déc 2003;168(12):1457-61.
15. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med*. mars 2004;30(3):450-5.
16. Wallen K, Chaboyer W, Thalib L, Creedy DK. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. nov 2008;17(6):534-43; quiz 544.
17. Myhren H, Ekeberg O, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care Lond Engl*. 2010;14(1):R14.
18. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Crit Care Lond Engl*. 23 nov 2018;22(1):310.
19. Aberegg SK. Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 sept 2005;172(6):786; author reply 786-787.
20. Predicting Cognitive Sequelae in Survivors of Critical Illness with Cognitive Screening Tests | *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201112-2261oc>
21. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive ca... : *Critical Care Medicine* [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: [https://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2003/04000/Six\\_month\\_neuropsycholo](https://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2003/04000/Six_month_neuropsycholo)

gical\_outcome\_of\_medical.35.aspx

22. Girard TD, Thompson JL, Pandharipande PP, Brummel NE, Jackson JC, Patel MB, et al. Clinical phenotypes of delirium during critical illness and severity of subsequent long-term cognitive impairment: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 1 mars 2018;6(3):213-22.
23. Hopkins RO, Jackson JC. Short- and Long-Term Cognitive Outcomes in Intensive Care Unit Survivors. *Clin Chest Med*. 1 mars 2009;30(1):143-53.
24. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *N Engl J Med*. 3 oct 2013;369(14):1306-16.
25. Guerra C, Hua M, Wunsch H. Risk of a Diagnosis of Dementia for Elderly Medicare Beneficiaries after Intensive Care. *Anesthesiology*. nov 2015;123(5):1105-12.
26. Cuthbertson BH, Roughton S, Jenkinson D, MacLennan G, Vale L. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care Lond Engl*. 2010;14(1):R6.
27. Hodgson CL, Udy AA, Bailey M, Barrett J, Bellomo R, Bucknall T, et al. The impact of disability in survivors of critical illness. *Intensive Care Med*. juill 2017;43(7):992-1001.
28. Hashem MD, Nallagangula A, Nalamalapu S, Nunna K, Nausran U, Robinson KA, et al. Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge. *Crit Care*. 26 oct 2016;20(1):345.
29. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care Lond Engl*. 28 mai 2013;17(3):R100.
30. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 mai 2005;171(9):987-94.
31. admin\_sfar. Enquête sur la pratique des consultations post-réanimation en France - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2018 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://sfar.org/enquete-sur-la-pratique-des-consultations-post-reanimation-en-france/>
32. Quaille A. NICE QS158: Rehabilitation after critical illness in adults. *Br J Card*

Nurs. 2 oct 2018;13(10):476-7.

33. Connolly B, Douiri A, Steier J, Moxham J, Denehy L, Hart N. A UK survey of rehabilitation following critical illness: implementation of NICE Clinical Guidance 83 (CG83) following hospital discharge. *BMJ Open*. 1 mai 2014;4(5):e004963.
34. Schaaf van der Marike, Bakhshi-Raiez F, van der Steen M, Dongelmans D, de Keizer N. Recommendations for intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cares. *Minerva Anesthesiol*. 14 mai 2014;81.
35. Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al. Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. sept 2016;44(9):1744-53.
36. Ware J, Snoww K, MA K, BG G. SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Linc RI Qual Metr Inc 1993. 1 janv 1993;30.
37. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med*. déc 2010;38(12):2386-400.
38. VanderZee KI, Sanderman R, Heyink J. A comparison of two multidimensional measures of health status: the Nottingham Health Profile and the RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. févr 1996;5(1):165-74.
39. Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. juin 1993;2(3):169-80.
40. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
41. Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J Trauma Stress*. janv 2000;13(1):101-13.
42. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can J Psychiatry*. 1 févr 2003;48(1):56-61.
43. Hosey MM, Leoutsakos J-MS, Li X, Dinglas VD, Bienvenu OJ, Parker AM, et al. Screening for posttraumatic stress disorder in ARDS survivors: validation of the Impact of Event Scale-6 (IES-6). *Crit Care Lond Engl*. 07 2019;23(1):276.
44. Hosey MM, Bienvenu OJ, Dinglas VD, Turnbull AE, Parker AM, Hopkins RO, et al. The IES-R remains a core outcome measure for PTSD in critical illness survivorship

research. Crit Care Lond Engl. 19 2019;23(1):362.

45. Van Aerde N, Meersseman P, Debaveye Y, Wilmer A, Gunst J, Casaer MP, et al. Five-year impact of ICU-acquired neuromuscular complications: a prospective, observational study. Intensive Care Med. 22 janv 2020;

46. Griffiths RD, Jones C. Filling the intensive care memory gap? Intensive Care Med. févr 2001;27(2):344-6.

47. Marsh LC, Leach RM, Blane J, Daly K, Barrett NA, Slack A, et al. Long-term cognitive and psychiatric outcomes of acute respiratory distress syndrome managed with Extracorporeal Membrane Oxygenation. Respir Med. juill 2021;183:106419.

48. Cinotti R, Le Courtois du Manoir M, Asehnoune K. Consultation systématique après l'hospitalisation en soins intensifs pour le dépistage et la prise en charge du syndrome post-réanimation. Anesth Réanimation. 1 juill 2020;6(4):377-82.

49. Les séquelles psychologiques des patients sortis de réanimation [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/les-séquelles-psychologiques-des-patients-sortis-de-reanimation>

50. Réanimation et coma | Livre | 9782294709067 [Internet]. [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/reanimation-et-coma-9782294709067.html>

51. Rousseau A-F, Minguet P, Colson C, Kellens I, Chaabane S, Delanaye P, et al. Post-intensive care syndrome after a critical COVID-19: cohort study from a Belgian follow-up clinic. Ann Intensive Care. 29 juill 2021;11(1):118.

52. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, Sani G, et al. Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. JAMA Psychiatry. 1 mai 2021;78(5):567-9.

53. Tarifs en métropole [Internet]. [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

54. Barthel A. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en médecine d'urgence: évaluation et évolution des pratiques. :51.

55. Etesse B, Jaber S, Mura T, Leone M, Constantin J-M, Michelet P, et al. How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. Crit Care. 2010;14(3):R112.

56. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical

illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care Lond Engl.* 2010;14(5):R168.

57. Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Périer A, Timsit J-F, Pochard F, Lancrin F, et al. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives\*. *Crit Care Med.* juill 2012;40(7):2033-40.

58. Garrouste-Orgeas M, Flahault C, Fasse L, Ruckly S, Amdjar-Badidi N, Argaud L, et al. The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials.* 15 nov 2017;18(1):542.

59. Morawiec E, Delemazure J, Dres M, Mayaux J, Dangers L, Demoule A, et al. Prise en charge et pronostic des patients admis en service de rééducation post-réanimation pour sevrage de la ventilation mécanique. *Rev Mal Respir.* 1 janv 2018;35:A244.

60. Patel RP, Gambrell M, Speroff T, Scott TA, Pun BT, Okahashi J, et al. Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Crit Care Med.* mars 2009;37(3):825-32.

61. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population - PubMed [Internet]. [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19745202/>

62. Hall JB, Schweickert W, Kress JP. Role of analgesics, sedatives, neuromuscular blockers, and delirium. *Crit Care Med.* oct 2009;37(10 Suppl):S416-421.

63. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, Ceraso D, Wisemandle W, Koura F, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. *JAMA.* 4 févr 2009;301(5):489-99.



## **Serment d'Hippocrate :**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

# Annexes :

## Annexe 1 : Convocation du patient à la CPR



PÔLE ANESTHÉSIE-RÉANIMATION - Pr Matthieu BIAIS, chef de pôle  
**SERVICE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION SUD**

Pessac, le 15 septembre 2021

**Pr Alexandre OUATTARA**  
*Professeur des universités  
Praticien hospitalier  
Chef de service*

**Dr Hadrien ROZÉ**  
*Praticien hospitalier  
Responsable de l'unité*

**Dr Clément BOISSELIER**  
**Dr Arnaud GERMAIN**  
**Dr Christelle PELLERIN**  
**Dr Virginie PERRIER**  
**Dr Benjamin REPUSSEAU**  
**Dr Patrick REYNIER**  
**Dr Régis SERAMONDI**  
*Praticiens hospitaliers*

**Céline RIGOUS-LEMERCIER**  
*Cadre supérieur de santé*

**Marie-Paule BOSSIS**  
**Sophie FARION**  
**Pascale SEILLAN**  
*Cadres de santé*

**Consultation d'anesthésie**  
du lundi au jeudi de 14 h à 18 h  
Tél. (33) 05 57 65 67 35  
Fax 05 57 65 63 65

**Secrétariat**  
Tél. 05 57 65 68 66  
Fax 05 57 65 68 11

[prenom-compose.nom-compose@chu-bordeaux.fr](mailto:prenom-compose.nom-compose@chu-bordeaux.fr)

**Monsieur**

.....  
.....

Monsieur,

Lors de votre hospitalisation dans le service de réanimation thoracique, vous avez bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire : aide-soignant(e)s, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, diététiciennes, anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens.

Un séjour en réanimation est une hospitalisation particulière et possiblement éprouvante. C'est pourquoi nous souhaiterions vous revoir pour une consultation post-réanimation. Lors de cette consultation où vous pouvez être accompagné, vous rencontrerez un médecin anesthésiste-réanimateur, un(e) kinésithérapeute et un(e) psychologue.

Nous vous proposons un rendez-vous :

**Judi 21 octobre 2021 à 11h00**

Consultation d'Anesthésie de Chirurgie Thoracique  
Centre Médico-chirurgical Magellan, entrée 1, 2<sup>ème</sup> étage  
Hôpital Haut-Lévêque

A votre arrivée, vous serez reçu par le kinésithérapeute qui vous fera effectuer un test de marche.

Dans un deuxième temps, le médecin répondra à vos questions, vous examinera et consultera vos résultats d'examens.

Ensuite, vous pourrez échanger avec la psychologue autour de votre vécu de la réanimation ainsi que sur vos ressentis depuis cette hospitalisation.

Enfin, si vous le souhaitez, vous pourrez venir visiter le service de réanimation et rencontrer les soignants.

1/2

FINISS 330783648

## Annexe 2 : Courrier au médecin traitant



PÔLE ANESTHÉSIE-RÉANIMATION - Pr Matthieu BIAIS, chef de pôle  
**SERVICE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION SUD**

Pessac, le 15 septembre 2021

**Pr Alexandre OUATTARA**  
*Professeur des universités  
Praticien hospitalier  
Chef de service*

**Dr Hadrien ROZÉ**  
*Praticien hospitalier  
Responsable de l'unité*

**Dr Clément BOISSELIER**  
**Dr Arnaud GERMAIN**  
**Dr Christelle PELLERIN**  
**Dr Virginie PERRIER**  
**Dr Benjamin REPUSSEAU**  
**Dr Patrick REYNIER**  
**Dr Régis SERAMONDI**  
*Praticiens hospitaliers*

**Céline RIGOUS-LEMERCIER**  
*Cadre supérieure de santé*

**Marie-Paule BOSSIS**  
**Sophie FARION**  
**Pascale SEILLAN**  
*Cadres de santé*

**Consultation d'anesthésie**  
du lundi au jeudi de 14 h à 18 h  
Tél. (33) 05 57 65 67 35  
Fax 05 57 65 63 65

**Secrétariat**  
Tél. 05 57 65 68 66  
Fax 05 57 65 68 11

[prenom-compose.nom-compose@chu-bordeaux.fr](mailto:prenom-compose.nom-compose@chu-bordeaux.fr)

**Madame le Docteur .....**  
**Médecin Traitant**

.....  
.....

Chère Consœur,

Votre patient **Mr .....** a été hospitalisé en réanimation thoracique Magellan au CHU de Bordeaux du .../.../2021 au .../.../2021, dont vous trouverez ci-joint son compte-rendu d'hospitalisation.

Dans le cadre d'un suivi post-réanimation, il bénéficiera d'une consultation multi-disciplinaire (kinésithérapeute, anesthésiste-réanimateur, psychologue).

Un RDV a été fixé le **jeudi 21 octobre 2021**, à l'hôpital Haut-Lévêque (CHU de Bordeaux)

A cet effet, vous trouverez ci-joint les deux questionnaires que nous avons adressés à votre patient, afin qu'il les complète avant la consultation post-réanimation :

questionnaire SF36 sur la qualité de vie  
échelle HAD pour dépistage des troubles anxieux et dépressifs

Merci d'aider votre patient si besoin, à renseigner ces deux questionnaires, dans la mesure du possible 8 à 10 jours avant notre consultation post-réanimation, qu'il devra impérativement rapporter avec lui le jour de la consultation.

En vous remerciant pour votre collaboration,  
Bien confraternellement,

**Dr PELLERIN Christelle**

## Annexe 3 : Consultation post réanimation

### CONSULTATION POST-RÉANIMATION

Médecin AR :

Date :

Nom, Prénom

DDN

Sexe

F

M

#### 1-HISTOIRE DE LA MALADIE (à reprendre avec le patient)

##### Motif admission en REA

SDRA  Infectieux  Traumatique/contusion  Autre

ECMO VV

Pneumopathie

Date d'entrée

Sortie

Durée de séjour

Durée de ventilation mécanique

Durée sédation

Curarisation

VNI

Optiflow

Trachéotomie

##### Complications séjour en réanimation

Cardiaque

Respiratoire

Rénale

Hépatique

Dénutrition

Cutanées/escarres

Autres

#### 2-INTERROGATOIRE

Patient Seul  Accompagné + famille  (préciser)

Famille seule  (préciser)

Vient Domicile

CHU Bordeaux

Autre court séjour

Rééducation

Moyen/long séjour

Mode de transport

Voiture

Taxi

VSL

Ambulance

**Symptomatologie actuelle**

Aucun

Fatigue

Troubles psychiques

Troubles mnésiques

Cauchemars

Douleur chronique

Suivi psycho

TTT AD/anxiolytique

Séquelles motrices

Séquelles respiratoires (dyspnée)

Dysphonie

Troubles de la déglutition

Séquelles esthétiques

Autres

Consommation de toxique :

Traitement actuel du patient :

-	-	-
-	-	-
-	-	-

Hospitalisation(s) depuis la sortie :

Chirurgie depuis la sortie :

### 3-EXAMEN CLINIQUE

#### NUTRITION :

Poids :                      Taille (m) :                      BMI :

⇒ Si BMI<20 et perte poids>10%  
ALBUMINEMIE  
+/- cs diététicienne

#### FONCTION CARDIORESPIRATOIRE :

TA :                      FC :                      HypoTA orthostatique : non                       oui

SpO2 (FIO2) :

Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire :

⇒ Si dyspnée > II :  
EFR et consultation PNEUMO

Fonction respiratoire et cardiaque normales : OUI                       NON

Si Dyspnée, stade (NYHA): I                      II                      III                      IV

En cas d'atteinte cardiaque initiale, (IDM, contusion myocardique...) : prévoir ECG, échocardiographie +/- CS CARDIO

Recherche de sténose laryngo-trachéale : IOT ou trachéotomie en réa et dyspnée d'apparition progressive

Si suspicion sténose trachéale  
RDV consultation ORL

#### FONCTION NEUROMUSCULAIRE :

Impotence fonctionnelle :                       Non

Marche seul / avec aide / en fauteuil roulant

Amyotrophie :                       Non

Oui, territoire :

Troubles sensibilité et/ou douleurs :                       Non                       Oui, territoire(s) :

Paresthésies :  Non                       Oui, territoire(s) :

Vue, toucher, odorat, audition :  Non                       Oui, territoire(s) :

Si séquelles de polyneuropathie,  
Avis neuro +RDV consultation EMG :

**RÉCUPÉRATION GRANDES FONCTION D'ORGANES (foie, rein) :**

En cas d'atteinte hépatique en réanimation:

- Actuellement  Asymptomatique  
 Ictère  
 Troubles du transit  
 Autre :

Si Atteinte hépatique en réa  
Contrôler NFS, ALAT,  
Bilirubine

En cas d'insuffisance rénale en réanimation avec Epurateur extra rénale:

- Actuellement  Dialyse persistante  
 Pas de dialyse mais suivi par néphrologue ou médecin traitant  
 Pas de suivi

**4 -EVALUATION DES TRAITEMENTS INSTAURÉS EN RÉANIMATION:**

**SUIVI POST-SPLÉNECTOMIE :**

Splénectomie :  Non  Oui

Antibioprophylaxie à la sortie de réanimation :  Non  Oui poursuivie

Statut vaccinal : anti-pneumococcique, date : anti Hib, date :  
anti-méningocoque C, date :

Modification thérapeutique :

**SUIVI POST-TRANSFUSIONNEL :**

Transfusion Produits sanguins labiles en réanimation :  Non  Oui

Informations transfusionnelles en réanimation :  Oui  Non  Impossible, famille

Recherche d'anticorps irréguliers:

**SUIVI VACCINAL :**

Grippe  Pneumocoque  Haemophilus

**EVALUATION DES TRAITEMENTS INTRODUITS EN RÉANIMATION :**

TTT débuté(s) en réanimation :  Non  Oui, Nom(s) :

Modifications thérapeutiques :

**SÉQUELLES ESTHÉTIQUES DE LA RÉANIMATION:**

Escarres :

Si séquelles inesthétiques d'escarres, avis chir plastique

**5-TESTS FONCTIONNEL ET PSYCHOLOGIQUE : résultats**

- **SF36** (score à renseigner sur le tableur excel sur lecteur N):

- **Echelle HAD :**

INTERPRETATION DU SCORE HAD (Rempli par patient avant CPR)	
<b>SCORES :</b>	
- Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.	TOTAL A =
- Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.	TOTAL D =
<b>INTERPRETATION :</b>	
Pour dépister des symptomatologies anxieuses (A) et dépressives (D), l'interprétation suivante peut être proposées pour chacun des scores (A et D) : 7 ou moins : absence de symptomatologie 8 à 10 : symptomatologie douteuse 11 et plus : symptomatologie certaine	
Si scores A et D positifs, faire le test IES (par psychologue) pour dépistage de troubles de stress post-traumatique (TSPT). Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.	

- **Test IES-R** (à réaliser si score HAD caractéristique – feuille jointe)

<b>GRILLE DES RÉSULTATS :</b>
- <b>Un score à l'IES-R entre 1 – 11 :</b> Votre patient présente peu de symptômes de stress post-traumatique. Aucune action n'est requise.
- <b>Un score à l'IES-R entre 12 – 32 :</b> Votre patient présente un bon nombre de symptômes de stress post-traumatiques. A surveiller.
- <b>Un score égal ou supérieur à 33 :</b> La plupart des personnes qui présentent un niveau de symptômes post-traumatiques tel que celui de votre patient souffrent d'un trouble de stress post-traumatique. Référer le patient pour une évaluation approfondie.

**Souvenir du séjour en réanimation (s'aider du memory tool ci-dessous):**

Aucun  Seulement la fin  Intégralement

- ⊕ Très bon souvenir
- ⊕ Indifférent
- ⊕ Mauvais souvenir
- ⊕ Très mauvais souvenir

Commentaires =



- **MEMORY-TOOL :**

1. Vous souvenez-vous d'avoir été admis à l'hôpital ?
2. Pouvez-vous quantifier la durée d'hospitalisation précédant votre arrivée aux soins intensifs ?
3. Vous souvenez-vous de votre présence aux soins intensifs ?
4. 4a. Vous souvenez-vous de l'intégralité du séjour ?  
4b. De quoi vous souvenez-vous spontanément ? Puis usage de la liste ci-dessous.
5. Vous souvenez-vous de votre transfert des soins intensifs vers une chambre en secteur de chirurgie ?
6. Avez-vous des sensations inexplicables (moments de panique, quelconques appréhensions) ?
7. Repensez-vous souvent à votre hospitalisation ou aux événements qui ont mené à votre admission à l'hôpital ?

**Cf Question 4b : LISTE DE SOUVENIRS AUX SOINS INTENSIFS**

**1. SOUVENIRS DE FAITS RÉELS :**

- Visite de la famille
- Alarmes
- Voix
- Lumières
- Visages
- Sonde d'intubation trachéale
- VNI
- Aspiration trachéale
- Obscurité
- Notion du temps
- Sonde dans votre nez
- Examens de vos pupilles

**2. SOUVENIRS DE SENSATIONS DÉSAGRÉABLES :**

- |             |             |
|-------------|-------------|
| - Inconfort | - Confusion |
| - Mal être  | - Peur      |
| - Panique   | - Douleur   |

### 3. SOUVENIRS DE FAITS IRRÉELS :

- Impression que des personnes tentaient de vous faire du mal
- Hallucinations
- Cauchemars
- Rêves

### Perceptions des informations médicales reçues lors du séjour

**Patient** Impossible j'étais inconscient  
Pas d'informations  
Info insuffisantes, trop rares  
Info peu claires  
Bonnes informations

**Famille** Pas d'info  
Info insuffisantes, trop rares  
Info peu claires  
Bonnes informations

### **6-EVALUATION PAR LE KINESITHEREPEUTE :**

### **7-EVALUATION PAR LA PSYCHOLOGUE :**

### **8-CONCLUSION MÉDICALE** (avec lettre au médecin traitant) :

Examens réalisés : NFS, urée, créatinine, K+, bilirubine, ALAT, RAI, sérologies post-transfusionnelles, albuminémie

ECG Echo spirométrie

Demande de consultation spécialisée (+ date):

Demande de CPR ultérieure (+ date) :

Avis du patient sur la CPR :  Très favorable  Favorable  Défavorable

Ne se prononce pas

Avis du patient sur le journal de bord :  Très favorable  Favorable  Défavorable

Ne se prononce pas

Améliorations suggérées :

Demandes et critiques particulières du patient ou de la famille :

Visite du service de réanimation souhaitée :

## **Annexe 4 : Score SF36**



### QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

**1.- Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :** (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Médiocre \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

**2.- Par rapport à l'an dernier, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?**

Bien meilleur qu'il y a un an \_\_\_ Plutôt meilleur qu'il y a un an \_\_\_ A peu près comme il y a un an \_\_\_

Plutôt moins bon qu'il y a un an \_\_\_ Beaucoup moins bon qu'il y a un an \_\_\_

**3.- Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel ? (entourez la flèche).**

a. *Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité                      oui, peu limité                      pas limité du tout

b. *Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité                      oui, peu limité                      pas limité du tout

c. *Soulever et porter les courses.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité                      oui, peu limité                      pas limité du tout

*d. Monter plusieurs étages à la suite.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité

oui, peu limité

pas limité du tout

*e. Monter un seul étage.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité

oui, peu limité

pas limité du tout

*f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher en avant.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité

oui, peu limité

pas limité du tout

*g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Oui, très limité

oui, peu limité

pas limité du tout

*h. Marcher plus de 500 mètres*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_   
Oui, très limité                      oui, peu limité                      pas limité du tout

*i. Marcher seulement 100 mètres.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_   
Oui, très limité                      oui, peu limité                      pas limité du tout

*j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_   
Oui, très limité                      oui, peu limité                      pas limité du tout

**4.- Au cours des 4 dernières semaines, du fait de votre état physique (cocher oui ou non)**

	oui	non
Avez-vous limité le temps passé au travail ou à d'autres activités ?		
Avez-vous fait moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Avez-vous du arrêter de faire certaines choses ?		
Avez-vous eu des difficultés à tout faire ? (cela a été au prix d'un effort supplémentaire)		

**5.- Au cours des 4 dernières semaines, du fait de votre état émotionnel (cocher oui ou non)**

	oui	non
Avez-vous limité le temps passé au travail ou à d'autres activités ?		
Avez-vous fait moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Avez-vous accomplies vos activités aussi soigneusement et avec autant d'attention que d'habitude ?		

**6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état physique ou mental ont perturbé votre vie sociale, vos relations avec votre famille, vos amis, vos connaissances ?**



\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*f. étiez-vous triste et maussade ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

*i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais



**10.- Au cours des 4 dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où votre état physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations sociales avec votre famille, vos connaissances, etc ?**

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
En permanence    très souvent    souvent    quelques fois    rarement  
jamais

**11.- indiquez dans quelle mesure les affirmations suivantes sont vraies ou fausses dans votre cas ?**

*a. il me semble que je tombe malade plus facilement que les autres.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Tout à fait vrai    plutôt vrai    je ne sais pas    plutôt faux  
totalement faux

*b. je me porte aussi bien que n'importe qui.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Tout à fait vrai    plutôt vrai    je ne sais pas    plutôt faux  
totalement faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé se dégrade.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Tout à fait vrai    plutôt vrai    je ne sais pas    plutôt faux  
totalement faux

*d. je suis en excellente santé.*

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Tout à fait vrai    plutôt vrai    je ne sais pas    plutôt faux  
totalement faux

## **Annexe 5: Echelle HAD**



### ***Échelle HAD: Hospital Anxiety and Depression scale***

Ce questionnaire va nous aider à savoir comment vous vous sentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui vous correspond le mieux pour la semaine passée.

#### **1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**

- La plupart du temps      3
- Souvent                      2
- De temps en temps      1
- Jamais                        0

#### **2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**

- Oui, tout autant            0
- Pas autant                  1
- Un peu seulement        2
- Presque plus                3

#### **3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**

- Oui, très nettement                      3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave      2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas    1
- Pas du tout                                  0

#### **4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**

- Autant que par le passé                      0
- Plus autant qu'avant                        1
- Vraiment moins qu'avant                    2
- Plus du tout                                    3

### **5. Je me fais du souci**

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

### **6. Je suis de bonne humeur**

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

### **7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

### **8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

### **9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

### **10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2

- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

### **11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

### **12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

### **13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

### **14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

## Annexe 6 : IES-R

### **TEST IES-R (Weiss et Marmar, 1997)**

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant :

**ENTOUREZ LA REPONSE CORRESPONDANT A VOTRE CHOIX**

	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Enor- mément
Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4

J'étais nerveux(se) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

## POUR QUEL TYPE DE POPULATION L'IES-R EST-IL PRÉCONISÉ ?

Toute personne adulte.

## QU'EST-CE QUE L'IES-R MESURE ?

**Il s'agit d'un test auto-administré qui mesure la sévérité des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperéveil (symptômes neurovégétatifs) vécus pendant les 7 derniers jours.**

#### **DURÉE DU TEST**

**Passation : 5 minutes**

**Cotation : 5 minutes**

#### **COTATION**

**Pour coter ce test, nous vous proposons cette méthode validée :**

**Comptez les réponses de votre patient selon son type de réponse à chaque question :**

**Pas du tout = 0; Un peu = 1; Moyennement = 2; Beaucoup = 3; Énormément = 4**

**Une fois le score établi, reportez-vous à la grille des scores.**

## GRILLE DES RÉSULTATS

- **Un score à l'IES-R entre 1 – 11 :**

Votre patient présente peu de symptômes de stress post-traumatique. Aucune action n'est requise.

- **Un score à l'IES-R entre 12 – 32 :**

Votre patient présente un bon nombre de symptômes de stress post-traumatiques. A surveiller.

- **Un score égal ou supérieur à 33 :**

La plupart des personnes qui présentent un niveau de symptômes post-traumatiques tel que celui de votre patient souffrent d'un trouble de stress post-traumatique. Référer le patient pour une évaluation approfondie.

## LES SYMPTOMES DE TSPT DU DSM-IV (APA, 1994)

Selon les critères diagnostiques déterminés par l'APA au travers du DSM-4, pour déterminer si votre patient présente un trouble de stress post-traumatique, il doit satisfaire les critères :

**A. Menace vitale et sévérité de la réponse péritraumatique**

**B. Symptômes de reviviscence**

**C. Symptômes d'évitement et d'émoussement**

**D. Symptômes d'hyperéveil**

**E. Durée de la perturbation**

**F. Souffrance significative ou altération du fonctionnement**

### **Critère A : La confrontation à l'événement traumatique**

Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments étaient présents :

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée



2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur

### **Critère B : Symptômes d'intrusion**

L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) de façons suivantes :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions
2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
3. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (illusions, hallucinations, flash-back)
4. Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause

### **Critère C : Symptômes d'évitement et d'émoussement**

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), avec au moins trois des manifestations suivantes :

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
3. Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités

5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien sentiment de devenir étranger aux autres
6. Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres)
7. Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple : ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants...)

**Critères D : Symptômes d'hyperéveil**

Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) ; au moins deux des manifestations suivantes :

1. **Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu**
2. **Irritabilité ou accès de colère**
3. **Difficultés de concentration**
4. **Hypervigilance**
5. **Réaction de sursaut exagérée**

**Critère E : Les perturbations des critères B, C et D durent plus d'un mois**

**Critère F : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants**