

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° 2018-123

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

Maxime LE COURTOIS DU MANOIR

Né le 10 septembre 1986 à Equemauville

Présentée et soutenue publiquement le 04 octobre 2018

**Mise en place d'une consultation post-réanimation
dans le service de Réanimation Chirurgicale PTMC
de l'Hôtel Dieu**

Président : Monsieur le Professeur Karim ASEHNOUNE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphaël CINOTTI

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury pour avoir accepté de juger mon travail, et à mon directeur de thèse pour sa disponibilité sans faille depuis mon deuxième semestre jusqu'à la rédaction des dernières lignes de ce travail de thèse.

À mes parents et mes deux sœurs sur qui je peux compter en toutes circonstances.

A ma nièce Louise, dernière arrivée dans la famille.

A celle qui a accepté de vivre avec moi, je salue son courage.

A celui qui m'a supporté pendant un an de voyage, il se reconnaîtra.

A mon socle caennais, maintenant dispersé dans le grand ouest et ailleurs mais toujours aussi présent. Aux nouveaux arrivants Arthur et Raphaëlle.

A mes deux « vieilles » copines.

A mes amitiés nantaises, d'anesthésie et d'ailleurs.

A mes amis d'enfance.

A mes compagnons de fête, parfois anesthésiste également.

A l'équipe du bloc des urgences de Nantes, qu'on ne veut pas quitter.

A ma promo 2012... Bientôt tous thésés ?

A tous ceux qui ont contribué à ma formation, à Nantes mais aussi Saint Nazaire et La Roche-sur-Yon.

A ceux qui ont souhaité venir ce jour.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	
I. Le syndrome post-réanimation	
A/ Les séquelles physiques.....	
B/ Les séquelles psychiatriques.....	
C/ Les séquelles cognitives.....	
D/ Les séquelles endocrines.....	
II. Conséquences	
A/ Le patient et son entourage.....	
B/ Sociétales.....	
III. Suivi des patients après la réanimation	
A/ Etat des lieux.....	
B/ Efficacité.....	
IV. Objectifs	
MATERIEL ET METHODES	
I. La consultation post-réanimation	
II. Les données recueillies	
A/ Au domicile.....	
B/ Lors de la consultation.....	
III. Enquête SFAR sur la pratique de la consultation post-réanimation en 2018 en France	
RESULTATS	
I. Population	
II. Démographie	
III. Hospitalisation	
A/ Les motifs d'admission.....	
B/ Les souvenirs de la réanimation.....	
IV. Le syndrome post réanimation	
A/ La qualité de vie.....	

B/ Les séquelles psychiatriques.....	
C/ Les douleurs chroniques.....	
D/ Les nouveaux traitements depuis la sortie de la réanimation.....	
E/ Le devenir neurologique.....	
F/ Les séquelles biologiques.....	
G/ L'autonomie.....	
H/ Le devenir social.....	
V. Résultat de l'enquête épidémiologique des consultations post-réanimation en France en 2018.....	
DISCUSSION.....	
CONCLUSION.....	
ANNEXE BIBLIOGRAPHIQUE.....	
RESUME.....	

ABREVIATIONS

SPR = Syndrome Post-Réanimation

CPR = Consultation Post-Réanimation

SDRA = Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue

NMR = Neuro-Myopathie de Réanimation

SPT = Stress Post-Traumatique

IAH = Insuffisance Anté-Hypophysaire

SFAR = Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

PTMC = Pôle Technique Médico-Chirurgicale

SF-36 = Short Form 36 version 2

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale

IES-R = Impact of Event Scale – Revised

DSM V = Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux dans sa 5^{ème} version

EQ5-D = EuroQol groupe EQ-5D

ADL = Activities of Daily Living

GOS-E = Glasgow Outcome Scale Extended

GOS = Glasgow Outcome Scale

TC = Traumatisme Crânien

MPR = Médecine Physique et de Réadaptation

USC = Unité de Soins Intensifs

INTRODUCTION

La Fédération Hospitalière Française (FHF) dénombre 718 000 patients hospitalisés en réanimation et soins continus en 2013 (1). Le recours plus fréquent aux soins intensifs allié aux progrès de la médecine engendre une population de plus en plus nombreuse de patients « survivants ». Ces patients peuvent souffrir de multiples séquelles somatiques, cognitives et psychiatriques. L'ensemble de ces plaintes forme une entité identifiée récemment, le syndrome post-réanimation (SPR), recouvrant l'apparition ou l'aggravation de problèmes physique, cognitif, ou de santé mentale, survenant après une maladie grave et persistant au-delà de l'hospitalisation pour soins aigus. Le terme s'applique à un survivant mais également un membre de la famille.

Le polymorphisme des plaintes et les spécificités des soins font du médecin réanimateur un acteur central dans le diagnostic des séquelles d'une hospitalisation en soins intensifs. Pourtant l'absence de suivi des patients par un médecin réanimateur reste le cas le plus fréquent.

Dans ce contexte nous avons souhaité organiser une consultation post-réanimation (CPR).

I. Le syndrome post réanimation

A. Les séquelles physiques

De Corte et al. (2) en 2016 réalisaient un suivi de 1292 patient souffrant d'insuffisance rénale en réanimation. La récupération complète de la fonction rénale était observée dans moins de 50 % des cas à un an, avec 19% de nécessité d'une épuration extra rénale chronique. Une évolution défavorable (score composite comprenant le décès, la récupération rénale incomplète et l'initiation d'une dialyse chronique) était retrouvée dans 83,1%. Cette proportion montait à 87,5% à un an,

92,4% à deux ans et 93,7% à trois ans. Malgré cela, seulement 34% des patients bénéficiaient d'une consultation néphrologique systématique à leur sortie de l'hôpital.

Les insuffisances respiratoires en réanimation, particulièrement chez les patients victimes d'un Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe (SDRA), souffrent de séquelles lourdes. Herridge et al. (3) rapportent la persistance de syndromes obstructifs à 3 et 6 mois, respectivement 72 et 80% des volumes normaux, ainsi que des troubles de la diffusion du monoxyde de carbone à 3, 6 et 12 mois (63, 70 et 72% des valeurs normales) chez une cohorte de 109 patients victime d'un SDRA.

Hermans et al. (4) en 2015 rapportent des incidences de 25 à 76% de neuromyopathie de réanimation (NMR) pour les patients ventilés de 5 à 7 jours et 67% des patients ventilés plus de 10 jours à la sortie du service. La survenue de cette paralysie d'origine multifactorielle prolonge l'hospitalisation, la ventilation mécanique et ses conséquences ainsi que la mortalité. Cette faiblesse musculaire se poursuit après la sortie de l'hôpital. Fan et al. (5) en 2014 après un suivi prospectif de 222 patient survivant à un SDRA rapportaient des incidences de neuromyopathies de réanimation 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.

On observe une prévalence importante de douleurs chroniques après les soins intensifs, la physiopathologie n'est pas élucidée. Baumbach et al. étudient le rôle du sepsis dans la genèse des phénomènes douloureux chroniques (6). Le suivi d'une cohorte de 207 patients de réanimation ne met en évidence aucune différence significative concernant les douleurs chroniques entre les sujets septiques ou non en réanimation. En revanche, ils retrouvent une prévalence plus élevée (33,2%) de douleurs chroniques chez les patients de réanimation par rapport au groupe contrôle.

B/ Les séquelles psychiatriques

Les troubles rencontrés sont dominés par les syndromes dépressifs et anxieux, incluant le syndrome de stress post traumatique. Une méta-analyse de

2016 de Rabiee et al. (7) s'intéressant au syndrome dépressif après réanimation, la prévalence globale d'un syndrome dépressif atteint 30% au cours de la première année après la sortie du service, contre 8 à 11% dans la population générale en Europe occidentale et en Amérique du nord.

Le syndrome de stress post-traumatique (SPT) est le trouble anxieux chronique le plus fréquent au décours d'une hospitalisation en soins intensifs. Une méta-analyse de 2016 (8) révèle une prévalence des symptômes de SPT à 6 mois et 12 mois respectivement de 24% et 22%.

C/ Les séquelles cognitives

Les déficiences cognitives après la réanimation concernent des domaines variés comme l'attention, la vitesse de traitement de l'information, la mémoire, les fonctions exécutives, le langage... Wolters et al. dans une méta-analyse de 2013 (9) rassemblant 19 études rapporte des prévalences allant de 4 à 62% de dysfonctions cognitives de novo ou aggravées après une hospitalisation en soins intensifs.

Des données plus précises existent quant à la dysfonction cognitive chez certaines populations de patients comme les survivants à un sepsis ou à un SDRA. Wilcox et al. en 2013 (10) publiait une méta-analyse incluant 487 patients survivant à un SDRA, la prévalence des troubles cognitifs était de 70 à 100% à la sortie de l'hôpital, 46 à 78% à un an et 25 à 47% à 2 ans.

Iwashyna et al. (11) publient en 2010 une cohorte prospective de 1520 hospitalisations pour sepsis. La prévalence des troubles cognitifs modérés à sévères est augmentée de 10,6% par rapport au groupe contrôle de 5574 patients hospitalisés sans sepsis.

D/ Les séquelles endocrines

La réanimation entraîne des dérèglements dans l'homéostasie hormonale des patients. On distingue deux phases à ce dérèglement, la phase précoce qui se caractérise par des résistances périphériques aux sécrétions hormonales

hypothalamo-hypophysaires, et la phase tardive qui correspond à un déficit de production centrale de l'hypothalamus (12).

Chez la population des traumatisés crâniens, des données récentes confirment une prévalence importante d'insuffisance antéhypophysaire. Aimaretti et al. (13) dans un suivi prospectif de 102 patients neurolésés met en évidence 32,8% d'insuffisances antéhypophysaires (IAH) à 3 mois du traumatisme, dont 5,7% présentaient un panhypopituitarisme, 5,7% des insuffisances multiples touchant plusieurs axes et 21,4% un déficit isolé. A 12 mois il persiste 22,7% d'IAH, dont 5,7% sont complets, 4,2% multiples et 12,8% isolés. Le retentissement de ces déficits et leur prise en charge restent sujets à débat, particulièrement pour l'insuffisance gonadotrope et somatotrope.

II. Les conséquences du syndrome post-réanimation

A/ Pour le patient et son entourage

Les conséquences de ces différentes atteintes sont multiples. Une littérature récente nous fournit des données quant à la qualité de vie après la réanimation.

Les survivants sont exposés à une surmortalité, plusieurs années après leur sortie de réanimation. Une cohorte multicentrique de 293 patients (14) rapporte une mortalité 3.4 fois plus élevée que dans la population générale pour des patients appariés par l'âge et le sexe durant les 5 années de suivi. La mortalité globale à 5 ans est de 47,1% au total, 33,4% pour ceux sortis vivants du service de soins intensifs.

Une étude prospective multicentrique incluant 262 patients (15) 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 (16) 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 survivants nécessitent des aides dans les gestes de la vie quotidienne à 6 mois, 22% à 12 mois, la plupart apportés par la famille (80% à 6 mois et 78 % à 12 mois). Environ la moitié des familles ont dû faire des ajustements majeurs du temps de travail (51 % 6 mois et 47% 12 mois) et 10% ont dû démissionner ou prendre un arrêt de travail prolongé. Enfin un tiers des ménages ont dû emprunter de l'argent, dépenser des économies ou vendre leur maison.

Sans surprise la qualité de vie des survivants est diminuée. Une méta-analyse de 2005 (17) incluant 7320 adultes retrouve une qualité de vie diminuée dans les 8 domaines explorés par le SF-36 sauf la douleur somatique par rapport à la population générale au cours de la première année suivant la sortie.

B/ Sociétales

Une hospitalisation en réanimation pour un sepsis coûte 30 000 euros (18). Cette estimation ne tient pas compte des soins de suites. Koster-Brouwer et al. (19) nous rapportent un suivi médico-économique de 2 ans avant et après une hospitalisation en réanimation pour sepsis. Le coût mensuel des soins passait de 1035 euros mensuels en moyenne à 3533 euro mensuels par patient, soit 2498 euro de surcoût. Les dépenses les plus importantes sont liées aux ré-hospitalisation, aux hospitalisations à domicile et aux soins liés à la santé mentale. Après deux ans de suivi, la moyenne des coûts liés aux soins mensuels était toujours significativement plus élevée qu'avant l'hospitalisation, à 1690 euro mensuels par patient.

Une autre cohorte (16) met en évidence le doublement des patients bénéficiant d'aide de l'état en Grande Bretagne (de 15% à 30%) avant et après la réanimation.

Les conséquences économiques à long terme d'une hospitalisation en réanimation sont majeures à l'échelle individuelle, familiale et sociétale.

III. Le suivi des patients après la réanimation

A/ Etat des lieux

La Grande Bretagne a publié en 2009 (20) et 2017 (21), via le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), des recommandations pour la réhabilitation des patients après les soins intensifs. Elle consiste entre autre 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 pour un programme de complément si nécessaire ou l'identification de nouveaux symptômes physiques ou psychiques. Les recommandations de 2009 ont fait l'objet d'un audit en 2014 (22). 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 48 (27,3%) avaient une consultation systématique à 2-3 mois de la sortie, 12 (6,8%) un programme de réhabilitation dédié. Les principales barrières rapportées à la mise en place de ce programme étaient le manque de moyen financier dans 91% et le manque de personnel dans 75% des cas.

Les Pays-Bas bénéficient également de recommandation sur les soins et suivi post-réanimation datant de 2015 (23). Une enquête de pratique antérieure à ces recommandations révélait que 40% des réanimations ayant répondu aux questionnaires organisaient un suivi post-réanimation.

Egerod et al. (24) publient une autre enquête de pratique des suivis post réanimation chez les pays scandinaves (Suède, Norvège et Danemark). Les modalités de suivi sont très hétérogènes, une consultation paramédicale avec une infirmière de réanimation est fréquemment retrouvée. On retrouve un suivi organisé

chez 17% (8/48) des réanimations danoises, 26% (18/70) des norvégiennes et entre 30 à 40% en Suède.

En France, il n'existe pas de données épidémiologiques sur la pratique des consultations post-réanimation. Nous avons réalisé, conjointement avec la SFAR, une enquête de pratique chez les services de réanimations françaises.

Le suivi post-réanimation existe sous diverses formes en Europe, des CPR, des hospitalisations de jour et des services de soins post réanimation qui mettent en place des programmes de réhabilitation dédié. L'absence de suivi reste cependant le cas le plus fréquent.

B/ Efficacité

Il existe plusieurs données décrivant les symptômes et conséquences du SPR. Cependant la pratique des consultations post réanimation reste marginale, il existe donc peu de données pour évaluer son efficacité. De plus l'absence de standardisation des pratiques et le polymorphisme des plaintes des patients rendent son évaluation difficile.

Jensen et al. (25) réalisent une 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. Du fait de l'hétérogénéité des mesures concernant la qualité de vie, les résultats ne sont pas homogènes, ce qui souligne les difficultés pour évaluer l'efficacité de ces CPR. L'étude avec le plus grand effectif (187 patients) et la méthodologie qualifiée comme la plus rigoureuse (26) authentifie un bénéfice sur la qualité de vie concernant les composantes physiques et mentales du Short Form 36. La méta-analyse met aussi en évidence un bénéfice sur la prévention du développement d'un SPT à 3 et 6 mois (25). Aucun effet bénéfique n'est démontré quant à la survenue d'une dépression et au retour au travail.

C/ Les acteurs du suivi post-réanimation

Plusieurs conditions sont nécessaires pour prendre en charge le suivi médical de patients au décours d'une hospitalisation en réanimation :

- une connaissance approfondie des spécificités des soins intensifs et des complications susceptibles d'émerger à moyen terme
- une approche pluridisciplinaire de la symptomatologie
- la possibilité de dépister et d'orienter les patients pour un avis spécialisé le cas échéant.

Le médecin de réanimation, comme à la phase aigüe de l'hospitalisation, est au centre d'un dispositif pluridisciplinaire car il est le mieux placé pour faire le diagnostic de SPR. Les conclusions de cette consultation peuvent ensuite conduire à divers examens complémentaires et consultations spécialisées le cas échéant. A ce stade, le médecin traitant sera l'interlocuteur privilégié pour centraliser les informations et poursuivre la prise en charge au long cours.

IV. Objectifs

Le but de ce travail est de décrire les différentes étapes de la mise en place d'une CPR dans un service de réanimation.

Pour répondre à l'absence de données épidémiologiques sur la pratique d'une CPR en France, nous avons organisé, en collaboration avec la SFAR, un sondage sur les réanimations françaises en 2018.

Matériel et méthodes

I. La consultation

LE SERVICE DE REANIMATION

Cette consultation après la réanimation est mise en place dans le service de réanimation chirurgicale PTMC de l'Hôtel Dieu, CHU de Nantes. Le service de réanimation est composé de 27 lits, dont 14 lits de réanimation, 7 de soins intensifs et 6 dédiés à l'accueil des Grands Brûlés.

LES MOTIFS D'ADMISSIONS

- La traumatologie y compris les traumatismes crâniens et vertébro-médullaires
- Les patients en post-opératoire de chirurgie urologique, digestive, otorhinolaryngologique, neurochirurgicale, orthopédique et gynécologique de manière programmée ou en urgence
- Les urgences obstétricales
- Les infections intra-abdominales
- Les pancréatites aiguës
- Les Grands Brûlés

LES CRITERES D'INCLUSIONS

Les patients hospitalisés en Réanimation Chirurgicale PTMC dans le cadre de la traumatologie, d'une insuffisance respiratoire aiguë ou d'un sepsis/choc septique plus de 48 heures avec au moins un recours à la ventilation mécanique y compris les patients mineurs le cas échéant. L'âge minimal d'admission dans le service est de 15 ans et trois mois.

LES MOTIFS DE NON-REALISATION

- Les patients en post-opératoire réglé, hors complications
- Les traumatismes vertébro-médullaires déficitaires qui bénéficient déjà d'une consultation pluri-disciplinaire

- Les patients brûlés
- Les troubles cognitifs à 6 mois incompatibles avec la réalisation d'un entretien de 30 minutes
- La domiciliation en dehors de la région
- Le refus du patient de se déplacer

LES MODALITES DE CONVOCATIONS

- Une information à la sortie du service est réalisée, avec la prise d'une date de rendez-vous à 6 mois de l'entrée en réanimation
- Un à 2 mois avant la consultation, un contact téléphonique est réalisé par l'équipe de recherche clinique du service (par l'interne de recherche clinique). Il recherche alors le statut du patient (vivant, décédé), son lieu de résidence ou d'hospitalisation actuel pour l'envoi de la convocation, d'éventuels critères d'exclusions et sa capacité à effectuer un entretien d'au moins une trentaine de minutes. En l'absence de contre-indication, l'équipe de recherche rappelle au patient la date et la nature de la consultation ainsi que les modalités de réalisation des questionnaires à domicile.
- Un mois avant la consultation, la convocation est envoyée au lieu de résidence ou d'hospitalisation le cas échéant ainsi que les questionnaires à remplir (HADS, SF-36, IES-R).

LA REALISATION DE LA CONSULTATION

Cette consultation est réalisée en dehors du service de réanimation dans une salle de consultation d'anesthésie au 3^{ème} étage aile nord. Elle est réalisée par un médecin du service de Réanimation Chirurgicale PTMC et dure environ une heure. Le patient est vu seul ou avec des accompagnants le cas échéant.

LE DEBUT DE CONSULTATION

Les premières consultations ont eu lieu à partir de février 2016, pour des patients hospitalisés en août 2015. Cette cohorte reprend toutes les consultations jusqu'en décembre 2017 soit une période de 23 mois.

LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS NECESSAIRES

Cette consultation est réalisée un après-midi par semaine en dehors des vacances scolaires, à raison de trois consultations d'une heure, par un médecin réanimateur du service. Elles sont réalisées au sein d'un service déjà existant de consultation d'anesthésie, l'accueil des patients est assuré par le secrétariat habituel.

Aucun aménagement particulier n'est nécessaire au sein des bureaux de consultation habituels. Les prises de sang sont réalisées par les infirmières dédiées au centre de prélèvement centralisé des consultations. Un bon de transport peut être nécessaire pour les patients.

II. Les données recueillies

Toutes les échelles recueillies ainsi que le cahier d'observation des consultations sont disponibles en annexes.

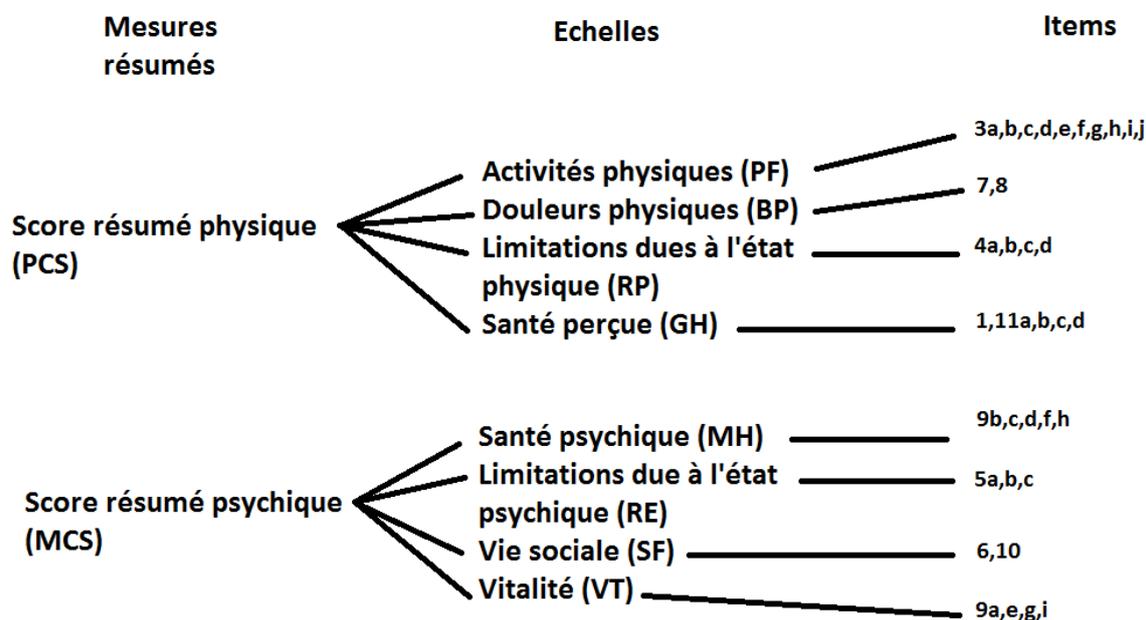
A/ Au domicile

- ***Short Form 36 (SF-36)***

Le SF-36 est un questionnaire de santé polyvalent qui évalue la qualité de vie des patients sous forme d'un questionnaire de 36 items.

Il est utilisé chez l'adulte, et peut être rempli de façon autonome ou en entretien. Il est traduit dans 170 langues et représente un outil simple, acceptable et reproductible pour estimer la qualité de vie des patients (27).

Les huit domaines étudiés forment deux groupes distincts la santé physique et mentale. L'activité physique, les limitations ressenties en rapport, la douleur corporelle et la perception de sa propre santé contribuent à la notation du résumé de la composante physique. La santé psychique, les limitations en rapport, la vie sociale et la vitalité ressenties forment la composante psychique du questionnaire (28).

Figure 1 : les items, échelles et mesures résumés du SF-36

Chaque échelle donne un score de 0 à 100. Les résultats sont ensuite rendus sous forme d'un ratio de 0 à 1, où 1 représente la moyenne d'une population comparable (29).

- **Hospital anxiety and depression scale (HADS)**

L'HADS est un questionnaire divisé en deux parties, une pour l'anxiété et une pour la dépression. Chaque partie est constituée de 7 questions cotées de 0 (absent) à 3 (sévère), fournissant deux scores distincts de 0 à 21.

Les résultats peuvent être exprimés en moyenne du score HADS ou par rapport à une valeur seuil (30). 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 (31). Un résultat supérieur ou égal à 11 signe un état anxieux ou dépressif certain.

- ***Impact of Event Scale – revised (IES-R)***

L'IES-R est un auto-questionnaire de dépistage de SPT, l'un des plus utilisés dans la littérature scientifique. Il est conforme aux critères diagnostiques du Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux dans sa 5^{ème} version (DSM V) (32). Cette auto-évaluation évalue les conséquences psychologiques de l'exposition à un événement 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 (33). Il est validé dans la langue française (34).

B/ Lors de la consultation

- ***Les données générales***

- Le poids avant la réanimation, le poids minimum au cours des 6 derniers mois et le jour de la consultation
- Le motif d'admission initial
- Les souvenirs de l'hospitalisation en réanimation
- Les nouveaux traitements depuis la sortie de l'hôpital
- Des données déclaratives concernant la qualité de vie (la douleur, l'appétit, le sommeil, la mémoire, la concentration, la vie sexuelle...)
- Le lieu de résidence et les aides mises en place
- L'activité professionnelle et l'évolution des revenus
- Des informations sur la vie personnelle
- L'intérêt ressenti par le patient pour cette consultation
- Les consultations prévues au décours (algologue, psychologue ou psychiatre, neuropsychologue...)

Le questionnaire préétabli et complété le jour de la consultation est disponible en annexes

- ***EuroQol groupe EQ-5D (EQ-5D)***

Ce questionnaire auto-rempli contient 5 items (la mobilité, l'autonomie, la réalisation des activités courantes, les douleurs et gênes et enfin l'anxiété et la dépression). Trois réponses sont possibles ("non", "modéré" ou "extrême").

Ce profil de santé à cinq chiffres est transformé en quotient, en utilisant un algorithme développé à partir des préférences de la population locale pour différents états de santé. Ce score, qu'on nomme score EQ-5D, varie entre 0 et 1 (1 étant le meilleur possible) (35).

C'est un questionnaire simple et rapide pour décrire des profils de santé, développé dans les années 1990 par un groupe européen l'EuroQol Group.

- ***Activities of daily living (échelle d'ADL)***

Ce questionnaire s'intéresse à l'état d'autonomie dans les activités élémentaires de la vie quotidienne du patient (réalisation de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation, des déplacements et de la continence.). Il existe trois réponses possibles par items : autonome, partiellement ou complètement dépendant. Le score total va de 0 (dépendance complète) à 6 (autonomie pour tous les gestes abordés).

- ***Echelle de devenir du Glasgow étendue (Glaslow Outcome Scale Extended ou GOS-E), pour les neurolésés uniquement***

Le GOS-E est une échelle de devenir global des traumatismes crâniens (TC). Cette échelle est fiabilisée par un entretien structuré. Le GOS-E, comporte 8 degrés de devenir en déclinant en deux les handicaps sévères, modérés et la bonne récupération, comparé à l'échelle de GOS standard (Glasgow Outcome Scale) qui compte 5 degrés (36) . La traduction française de cette échelle est validée chez les

patients de plus de 16 ans (37). L'expression des résultats du GOS et du GOS-E sont disponibles en annexe.

LES QUESTIONNAIRES ENVOYES AU DOMICILE

Le SPR se caractérise par un polymorphisme important de plaintes et de conséquences pour le patient. L'évaluation exhaustive est donc très chronophage. Certains de nos patients souffrent de troubles de l'attention et de la concentration, particulièrement dans la population des neurolésés. Pour obtenir des résultats complets et limiter les efforts d'attention soutenue et prolongé des patients, nous avons décidé d'envoyer au domicile un mois avant la date de la consultation :

- l'IES-R
- l'HADS
- le SF-36

De cette manière les questionnaires sont remplis sans contrainte de temps, en précisant si un aidant a été nécessaire (soignant ou familial). L'information concernant l'aide au remplissage est colligée.

III. Enquête SFAR sur la pratique de la consultation post-réanimation en 2018 en France

Il s'agit d'une enquête nationale, sous forme d'un questionnaire anonyme en ligne sur le site de la SFAR, menée entre mai et août 2018. Il comportait une dizaine de questions et deux volets selon si le service concerné pratiquait ou non une CPR. Chaque questionnaire était identifié par la dénomination du service (chirurgicale, médicale ou polyvalente), la sectorisation (public universitaire, public non universitaire, PSPH et privé), son code postal et le nombre de lits d'hospitalisation afin d'éviter les doublons et de conserver une seule réponse par service de réanimation. Le questionnaire a été diffusé aux adhérents de la SFAR ainsi que par mail à un annuaire de réanimation médicale et polyvalente. Les données continues sont exprimées comme médianes (\pm écart interquartile), les données nominales sont

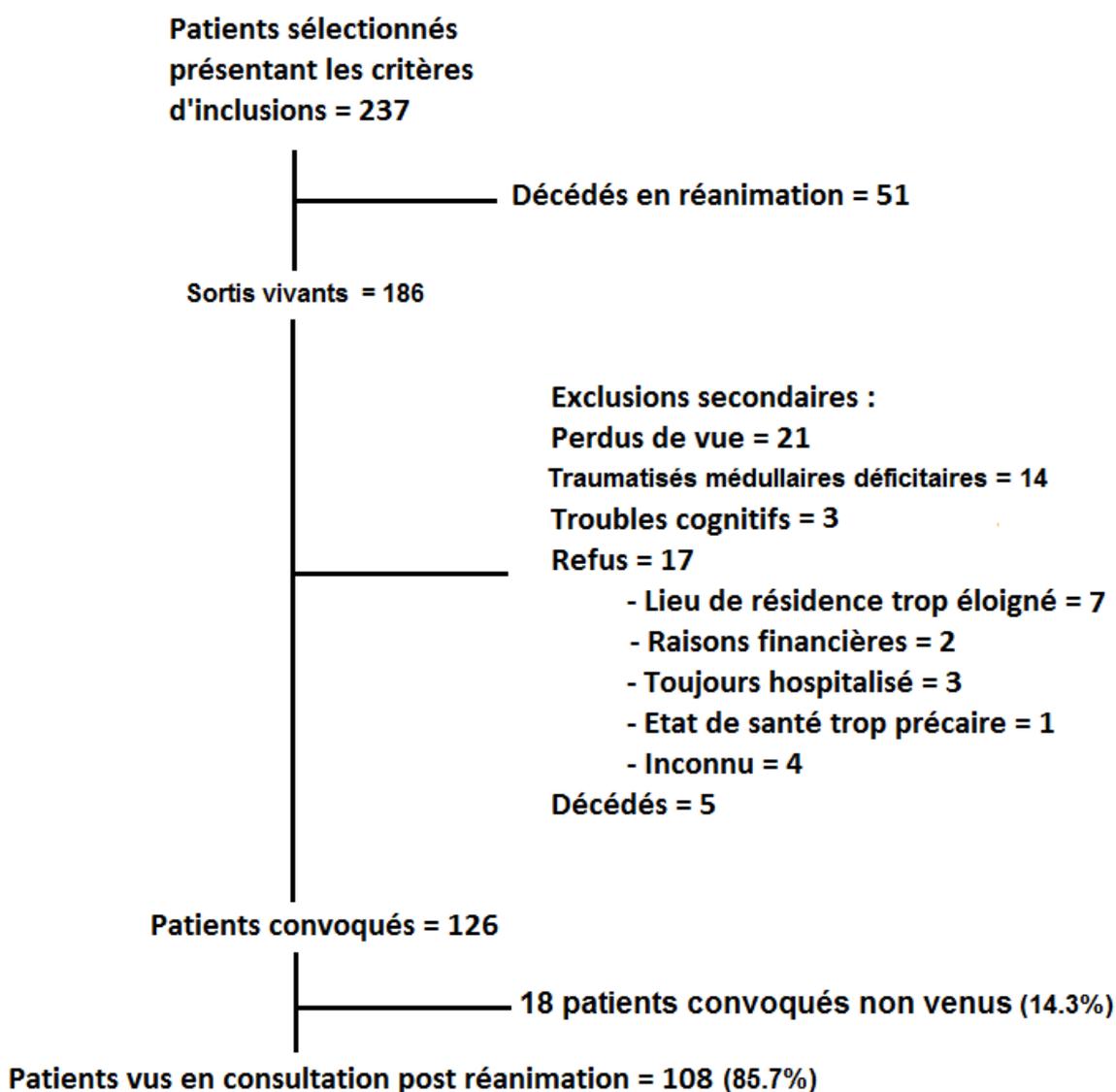
exprimées en N (%). Le questionnaire est disponible en annexe de ce document (**Annexe 4**).

RESULTATS

I. La population

Entre août 2015 et juin 2017, 237 patients présentant les critères d'inclusions ont été sélectionnés. Cinquante et un (21,5%) sont décédés en réanimation soit 186 patients sortis vivants. Soixante patients ont été exclus et 126 convocations ont été envoyées, 108 (85,7%) patients sont venus en consultation. La **figure 1** représente le diagramme de flux de l'étude.

Figure 1 : Le diagramme de flux de l'étude



II. La démographie

L'âge des patients vus en CPR est de 46 ans (26-62). L'effectif comptait 78 hommes (72,2%) et 30 femmes (27,8%). Les âges extrêmes des consultants étaient de 15 et 83 ans.

Le tabagisme actif était retrouvé chez 30 patients (31,3%), l'exogénose chez 17 patients (15,7%). Le poids moyen en consultation était de 68,3 kilos, pour un poids moyen de 73,3 kg à l'entrée en soins intensifs.

Tableau 1 : caractéristiques des patients vus en consultation post-réanimation chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Âge	46 (26;62)
Homme	78 (72,2%)
Femme	30 (27,8%)
Alcoolisme chronique	17 (15,7%)
Cancer	9 (8,3%)
Diabète	5 (4,6%)
Immunodépression	7 (6,5%)
Insuffisance rénale	0 (0%)
Insuffisance cardiaque	2 (1,9%)
Pathologie respiratoire	5 (4,6%)
Tabagisme actif	30 (27,8%)
Antécédents neurologiques	12 (11,1%)

Légende : les données continues sont exprimées en médiane et écart interquartile, les données nominales sont exprimées en N (%)

III. Hospitalisation

A/ Les motifs d'admission

Cinquante-six (52,8%) patients avaient été admis pour un polytraumatisme, 27 (25,5%) pour un traumatisme crânien isolé, 9 (8,5%) pour un saignement intra-cérébral spontané, 5 (4,7%) pour une infection intra-abdominale, 3 (2,8%) pour une détresse respiratoire aiguë, 1 (0,9%) pour une dermo-hypodermite, 1 (0,9%) pour une complication dans les suites d'une chirurgie réglée et 8 (7,6%) pour un motif d'admission autre, sans précision.

Chez les 56 patients polytraumatisés, 33 (58,9%) avaient un traumatisme crânien, 41 (73,2%) un traumatisme orthopédique, 39 (69,6%) un traumatisme thoracique et 19 (33,9%) un traumatisme abdominal.

Sur les 108 patients, 18 (16,6%) ont été vu en présence de leur conjoint, 14 (13%) de leur parent, 4 (3,7%) avec des professionnels de santé, 2 (1,9%) avec des membres de la fratrie et 1 (0,9%) en présence de ses enfants. Soixante-neuf patients (63,9%) sont venus seuls en consultation.

B/ Les souvenirs de la réanimation

Dans notre cohorte, 40 (38,1%) des patients n'ont aucun souvenir de la réanimation. Chez les autres patients, il existe un cortège de souvenirs désagréables, les plus fréquents sont la soif (33%), les soins douloureux (23,1%), l'impossibilité de parler (27,7%) et des symptômes évocateurs d'un syndrome confusionnel que sont les cauchemars (22,3%), la désorientation spatio-temporelle (28,4%), les hallucinations (26,9%) et les troubles du sommeil (28,7%).

Les données complètes sont disponibles dans le **tableau 2**.

Tableau 2 : Les souvenirs durant l'hospitalisation en réanimation

	Nombres de patients (n)	Pourcentage des répondants (%)	Données manquantes (n)
Aucun souvenir	40	38,1	3
Cauchemars	23	22,3	5
Contention	22	21,6	6
Difficultés à respirer	10	16,1	46
Désorientation spatio-temporel	29	28,4	6
Hallucinations	28	26,9	4
Impossibilité de parler	28	27,7	7
Nuisances lumineuses	10	15,9	45
Nuisances sonores	17	16,4	4
Sensation de faim	4	4	8
Sensation de soif	36	33	5
Sentiment de persécution	8	8,2	10
Soins douloureux	24	23,1	4
Syndrome confusionnel	18	17,7	6
Troubles du sommeil	29	28,7	7

Légende : les données nominales sont exprimées en N (%).

Vingt-quatre patients (23,1%) rapportent le souvenir de soins douloureux. Les plus fréquemment retrouvés sont les aspirations trachéales (37,5%), les pansements (33,3%), la toilette (29,1%) et les soins en rapport avec la sonde d'intubation (25%).

IV/ Le syndrome post-réanimation

A/ La qualité de vie

Les 8 dimensions explorées par le SF-36 à 6 mois de l'entrée en réanimation sont altérées par rapport à la population générale. Les deux domaines où la dégradation est la plus importante sont les limitations ressenties dans la vie quotidienne dues à l'état physique, ratio = 0,23 (0,00 ;0,31) et psychique, ratio = 0,41 (0,00 ;0,77). Les scores résumés des composantes physique et mentale sont aussi altérés, respectivement 0,74 (0,58 ;0,87) et 0,85 (0,69 ;1,00). (**Tableau 3**)

Tableau 3 : Les ratios du SF-36 et les scores résumés

Score de résumé des composantes physiques (PCS)	0,74 (+/- 0,20)
Activités physiques (PF)	0,60 (+/- 0,39)
Douleurs physiques (BP)	0,67 (+/- 0,36)
Limitations dues à l'état physique (RP)	0,23 (+/- 0,38)
Santé perçue (GH)	0,74 (+/- 0,31)
Score de résumé des composantes psychiques (MCS)	0,85 (+/- 0,23)
Santé psychique (MH)	0,85 (+/- 0,29)
Limitations dues à l'état psychique (RE)	0,41 (+/- 0,49)
Vie sociale (SF)	0,65 (+/- 0,32)
Vitalité (VT)	0,72 (+/- 0,35)

Légende : les ratios sont exprimés en moyenne et écart type.

L'EQ5D est également diminué à 6 mois, 0,67 [0,49;0,89] (n=86).

L'altération de la qualité de vie des patients dans le cadre du SPR est multifactorielle. Cinquante-trois pourcent des patients rapportent une asthénie et 61,5% des douleurs chroniques. Les troubles de la concentration (43,3%), de la mémoire (48,5%) et du sommeil (46,6%) sont également très fréquents. **(Tableau 4)**

Tableau 4 : Évaluation de la qualité de vie, données déclaratives

	Nombres de patients (n)	Pourcentage des répondants (%)	Données manquantes (n)
Asthénie	56	53,9	4
Douleurs chroniques	64	61,5	4
Troubles de l'appétit	33	32,0	5
Troubles de la concentration	42	43,3	11
Troubles de la sexualité	9	24,3	71
Troubles de la mémoire	47	48,5	11
Troubles du sommeil	48	46,6	5

Légende : les données nominales sont exprimées en N (%)

B/ Les séquelles psychiatriques

L'échelle HADS permet d'identifier 43,3% de patients présentant des symptômes anxieux dont 20,6% avec un seuil supérieur à 11. Les symptômes dépressifs sont retrouvés chez 34,4% des répondants, dont 20,6% supérieurs à 11. **(Tableau 5)**

Tableau 5 : Dépistage des troubles anxieux et dépressifs par l'échelle HADS

Les troubles anxieux (score HADS-A) (n = 97)	
Strictement inférieur à 8	55 (56,7%)
Compris entre 8 et 11	22 (22,7%)
Supérieur ou égal à 11	20 (20,6%)
Les troubles dépressifs (score HADS-D) (n = 93)	
Strictement inférieur à 8	61 (65,6%)
Compris entre 8 et 11	12 (12,9%)
Supérieur ou égal à 11	20 (21,5%)

Légende : Les données nominales sont exprimées en N (%)

Le dépistage d'un SPT grâce à l'échelle IES-R révèle 30,6 % de patient avec une symptomatologie significative (IES-R > 20) dont 13,0% de patients avec un IES-R supérieur à 35. **(Tableau 6)**

Tableau 6 : Dépistage du SPT par l'échelle IES-R

Score IES-R (n = 108)	
Strictement Inférieur à 20	75 (69,4%)
Compris entre 20 et 35	19 (17,6%)
Supérieur ou égale à 35	14 (13,0%)

Légende : Les données nominales sont exprimées en N (%)

C/ Les douleurs chroniques

Soixante-quatre patients (61,5%) sur 104 rapportent des douleurs chroniques quotidiennes, dont 20 (43,5%) sont minimales, 17 (36,9%) modérées et 9 (19,6%) qualifiées de sévères et/ou invalidantes (18 données manquantes concernant l'intensité douloureuse). Les localisations douloureuses les plus fréquemment citées sont le site opératoire initial pour 21 patients (32,8%), les articulations chez 19 patients (29,7%) et les céphalées pour 9 patients (14,1%). Seulement 17 patients (26,6%) bénéficient d'une prise en charge spécialisée.

D/ Les nouveaux traitements depuis la sortie de la réanimation

Cinquante-huit patients (54,7%) bénéficient de nouveaux traitements médicamenteux à 6 mois de leur sortie. Cinquante-deux (49,5%) patients ont été ré-hospitalisés, 23 (21,9%) ont été opérés et 52 (49,5%) ont bénéficié à un moment d'un suivi en rééducation. **(Tableau 6)**

Tableau 6 : Nouveaux traitements depuis la sortie de réanimation

Nouveaux traitements	58 (54,7%)
Médicamenteux (n=106)	
AVK / NACO	7 (6,6%)
Pallier I	18 (17%)
Pallier II	11 (10,4%)
Pallier III	2 (1,9%)
Anti-épileptique	6 (5,7%)
Anti-agrégant	6 (5,7%)
Antidépresseur	16 (15,0%)
Anxiolytique	14 (13,2%)
Baclofène	3 (2,8%)

Bétabloquant	7 (6,6%)
IEC / ARAII	5 (4,7%)
Somnifère	10 (9,4%)
Thymorégulateur	5 (4,7%)
Autres (n = 105)	
Hospitalisation intercurrente	52 (49,5%)
Dialyse chronique	1 (1%)
Prise en charge chirurgicale	23 (21,9%)
Suivi en rééducation	52 (49,5%)
Trachéotomie persistante	3 (2,9%)
Ventilation à domicile	1 (1%)

Légende : Les données nominales sont exprimées en N (%)

E/ Le devenir neurologique (pour les patients neurolésés uniquement)

Le GOS-E a été réalisé chez 55 patients neurolésés. **(Tableau 7)**

Tableau 7 : évaluation neurologique de 55 traumatisés crâniens grâce au score de GOS-E

Score de GOS-E (n = 55)	
Bonne récupération niveau supérieur	4 (7,3%)
Bonne récupération niveau inférieur	4 (7,3%)
Handicap modéré niveau supérieur	16 (29,1%)
Handicap modérée niveau inférieur	13 (23,6%)
Handicap sévère niveau supérieur	8 (14,5%)

Handicap sévère niveau supérieur	10 (18,2%)
État végétatif persistant	NA
Décès	NA

Légende : Les données nominales sont exprimées en N (%). NA = non applicable.

F/ Les séquelles biologiques

La formule sanguine révèle que 20 patients (29,4%) des patients souffrent d'une lymphopénie, suggérant une immunodépression persistante.

Dix-sept patients (22%) ont une créatinine supérieure à la norme. Les bilans thyroïdiens apparaissent assez peu perturbés, la cortisolémie est difficilement interprétable du fait de son heure de prélèvement (dans l'après-midi). La somatomédine C est inférieure à la norme dans 35.9% des cas. **(Tableau 8)**

Tableau 8 : les séquelles biologiques

	Valeurs moyennes	Supérieure à la norme laboratoire	Inférieure à la norme laboratoire
Leucocytes (n = 77), giga/L	7,17 (5,62; 8,42)	11 (14,3%)	4 (5,2%)
Neutrophiles (n = 68), giga/L	4,27 (2,96;5,18)	3 (4,4%)	2 (2,9%)
Basophiles (n = 77), giga/L	0,05 (0,03;0,06)	9 (13,2%)	0 (0%)
Éosinophiles (n = 77), giga/L	0,21 (0,10;0,26)	5 (7,3%)	4 (5,9%)
Lymphocytes (n = 77), giga/L	1,90 (1,43; 2,22)	2 (2,9%)	20 (29,4%)
Monocytes (n = 77), giga/L	0,56 (0,42;0,65)	5 (7,8%)	0 (0%)
Hémoglobine (n = 77), giga/L	13,61 (12,80; 14,70)	4 (5,1%)	11 (14,1%)
T3L (n = 55), pg/mL	3,07 (2,70;3,40)	2 (3,6%)	0 (0%)
T4L (n = 69), pg/mL	11,58 (10,40;12,40)	0 (0%)	1 (2,7%)
TSH (n=73), µmUI/mL	1,68 (0,99;2,14)	3 (4,1%)	2 (2,7%)
Cortisolémie (n= 69), ng/mL	94,33 (61,20;115,90)	NA	NA
Somatomédine C (n = 64), nb/mL	185,55 (122,00;250,00)	3 (4.7%)	23 (35.9%)
Créatinine (n = 75), µmol/L	72,44 (58,00;80,00)	17 (22,7%)	2 (2,7%)
Urée (n = 75), mmol/L	5,15 (3,90;6,10)	3 (4,0%)	5 (6,7%)

Légende : Les données continues sont exprimées en moyenne et écart interquartile, les données nominales sont exprimées en N (%). NA = non applicable.

G/ L'autonomie

L'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne est évaluée par l'échelle ADL et apparait conservée. Les données sont disponibles pour 100 patients, le score moyen est 5.47 / 6, [5,50;6,00]. Quarante-deux patients (42%) ont un résultat strictement supérieur à 4, 6 patients (6%) entre 2 et 4 (dépendance modérée) et seulement 2 patients (2%) inférieur à 2 (dépendance complète).

H/ Le devenir social

Le SPR a un retentissement social, familial et professionnel important. Quarante-vingt-quatorze patients (89,5%) sont à leur domicile à 6 mois du traumatisme, avec un suivi en MPR (en hôpital de jour ou de semaine) pour 21 d'entre eux (22,3%). Des aides sont nécessaires pour les tâches de la vie quotidiennes pour 20 d'entre eux (21,3%). (**Tableau 9**)

Tableau 9 : le devenir social des patients suivis dans le cadre des CPR

	OUI	NON	Données manquantes (n)
Retour au domicile (n=105)	94 (89,5%)	11 (10,5%)	3
Aides mises en place au domicile (n=94)	20 (21,3%)	74 (78,7%)	0
Suivi en rééducation en externe (HDJ ou HDS) (n=94)	21 (22,3%)	73 (77,7%)	0
Travaux nécessaires au domicile (n=94)	7 (7,5%)	87 (92,5%)	0

Légende : HDJ = hôpital de jour, HDS = hôpital de semaine.

Sur les 108 patients de notre cohorte, 33 étaient retraités et 10 sans emploi au moment de traumatismes (10 données sont manquantes). Les 55 patients restant avaient une activité professionnelle ou une formation. Sur ces 55 patients actifs, 9 (16,4%) ont repris leur activité antérieure à 6 mois, dont 7 à temps complet (12,7%).

V. Résultat de l'enquête épidémiologique des consultations post-réanimation en France en 2018

Sur les 376 services de réanimation recensés sur le territoire français en 2012 (métropole et outre-mer) (38), nous avons obtenu 355 réponses. Cent deux questionnaires ont été exclu de l'analyse finale (19 doublons, 72 sans code postal et 11 réanimations étrangères), soit 253 analysés (71,3%). Le tableau 10 présente les caractéristiques des services répondus.

Tableau 10 : Caractéristiques des services

Structure	
Centre hospitalier non universitaire	88 (35%)
Centre hospitalier universitaire	137 (53%)
Centre privé	23 (9%)
Centre PSPH	5 (2%)
Activité	
Réanimation chirurgicale	68 (27%)
Réanimation médicale	19 (8%)
Réanimation polyvalente	166 (66%)

Légende : les données nominales sont exprimées en N (%).

Les consultations post-réanimation réalisées en France en 2018

Au sein de notre échantillon de 253 services de réanimation, 47 (18,6%) pratiquent des CPR. Les CPR sont réalisés par un médecin réanimateur du service d'hospitalisation dans 46 cas (97,8%). Trois consultations (6,4%) rapportent la présence d'un médecin de rééducation, 3 (6,4%) d'un kinésithérapeute, 11 (23,4%) d'un infirmier diplômé d'état de réanimation et 8 (17%) d'un psychologue. Les données sont disponibles dans le **tableau 11**.

Tableau 11 : caractéristiques des CPR réalisées en France en 2018

Durée d'existence des CPR	
< 2 ans	17 (36,2%)
2 à 5 ans	17 (36,2%)
5 à 10 ans	7 (14,9%)
> 10 ans	6 (12,8%)
Délai de convocations des patients	
Convocations uniques	37 (78,7%)
Trois mois ou moins	13 (27,7%)
Entre 3 et 6 mois inclus	20 (42,5%)
12 mois	3 (6,4%)
Variable (3, 6 ou 12 mois)	1 (2,1%)
Convocations multiples	10 (21,3%)
Modalités de convocation	
Convocation remise à la sortie de la réanimation	26 (55,3%)
Convocation par lettre	26 (55,3%)
Convocation par téléphone	24 (51,1%)

Légende : les données nominales sont exprimées en N (%).

Les services ne réalisant pas de consultation post-réanimation

Deux-cent six (81,4%) des 253 services de réanimation interrogés ne pratiquent pas de CPR. Vingt-sept services (13%) ont pratiqué puis interrompu cette activité. Cent quatre-vingt (92%) services déclarent être intéressés pour développer cette activité dans l'avenir. Les principaux freins au développement de cette activité sont :

- Le manque de moyens financiers : 91 (36%)
- Le manque de moyens humains : 167 (66%)
- La lourdeur de l'organisation : 93 (37%)
- L'absence de bénéfice clairement validé pour le patient : 52 (20,5%)

- Le manque de données scientifiques concernant les modalités pratiques : 55 (21,7%)

DISCUSSION

Il n'existe pas à ce jour en France de recommandations sur le diagnostic ou l'organisation d'une filière de soins dans les suites de la réanimation. Le suivi des patients après les soins intensifs par un médecin réanimateur repose principalement sur des initiatives locales. Dans ce contexte nous avons souhaité partager notre expérience concernant la mise en place d'une CPR à 6 mois de l'entrée en Réanimation Chirurgicale au CHU de Nantes, Hôtel Dieu, et discuter du bénéfice individuel direct escompté pour les patients et des perspectives d'avenir de ces CPR.

Notre cohorte de 108 patients vus en consultation représente une population de réanimation chirurgicale. La moitié des patients ont souffert d'un polytraumatisme, un quart d'un traumatisme crânien isolé. La qualité de vie apparaît diminuée à 6 mois pour les 8 domaines explorés par le SF-36, l'altération la plus importante concerne les limitations ressenties dues à l'état physique et psychique. Les patients rapportent de multiples souffrances comme les douleurs chroniques, l'asthénie, l'anorexie, les troubles du sommeil, les troubles de la concentration et de la mémoire. Tous ces troubles s'intègrent dans un SPR dont la reconnaissance récente et l'absence de prise en charge codifiée entraînent souvent une banalisation des symptômes et l'absence de réelle prise en charge.

L'évaluation par le GOS-E offre un aperçu du pronostic des patients neurolésés. Les patients les plus lourdement handicapés qui ne sont pas revus en consultation sont colligés de manière systématique. Il n'est pas encore possible de saisir ces données dans le cahier d'observation informatisé, ce qui engendre un biais de sélection dans le pronostic neurologique de notre cohorte mais la collaboration avec les data-managers et les méthodologistes est en cours afin de pallier ce problème. L'échelle de GOS-E est une version enrichie du GOS. Il est fiabilisé par un entretien structuré, il existe 8 pronostics neurologiques possibles contre 5 pour le GOS. Cependant sa réalisation est complexe et les résultats parfois contradictoires avec l'impression clinique et le niveau de handicap côté par l'échelle. Il existe une part importante de subjectivité dans la cotation des activités et de l'autonomie du

patient. De plus, la présence ou non d'un proche et/ou d'un soignant pendant l'entretien influe de manière importante sur le résultat, le handicap pouvant être minimisé par le patient. Les recommandations françaises pour la réalisation du GOS-E recommande de chercher l'information la plus précise possible y compris via l'entourage, mais ne recommande pas la présence systématique d'un proche, ce qui entraîne d'importante variation dans le résultat (36). Un des axes de recherche qui a émergé à la suite de la mise en place de ces consultations est la création d'une nouvelle échelle d'évaluation du devenir du patient neurolésé.

La CPR est nouvelle au sein de notre service, et semble peu pratiquée en France. Notre enquête épidémiologique rapporte 18.6% de CPR chez les services de réanimation répondants. De ce fait les patients et les autres professionnels de santé ne sont pas familiers de sa réalisation ni de ses objectifs. Elle intervient plusieurs mois après l'hospitalisation, chez des patients parfois altérés aux consultations médicales multiples sans réelle synthèse. L'information sur les buts et attentes légitimes de cette consultation ainsi que les modalités de convocations doivent garantir l'adhésion et le suivi du plus grand nombres de patients.

Lagrange A. dans son travail de thèse de 2010 décrit trois méthodes de convocation pour une CPR à trois mois de la sortie du service (39). L'envoi postal d'une lettre d'information sur les CPR incitant le patient à prendre lui-même rendez-vous s'avère inefficace (0 sur 31). Le même dispositif avec cette fois une date et une heure de rendez-vous définit se solde par 2 patients effectivement vu sur 19 lettres. Il est alors décidé d'appeler directement chaque patient pour convenir d'un rendez-vous. Sur 178 patients contactés, 115 consultations sont programmées (15 refus, 15 impossibilités de se déplacer, 33 encore hospitalisés) et 59 seront effectivement réalisées soit 33,1% au total.

Nous avons fait le choix de combiner plusieurs méthodes pour optimiser la participation à cette consultation. A la sortie du service, une convocation est remise au patient ou à son entourage. Un à 2 mois avant la consultation, un contact téléphonique médical est réalisé, permettant un rappel de la date, la recherche de critères d'exclusion et une information complémentaire si nécessaire. En l'absence de critères d'exclusion, une nouvelle convocation est envoyée par voie postale accompagnée des questionnaires à domicile. Avec cette méthode, nous avons

obtenu un taux de participation très satisfaisant de 85,7% soit 108 consultations sur 126 convocations. Le nombre de patients peut encore être optimisé mais semble déjà excellent et vient conforter le choix de la méthode utilisée, qui reste cependant lourde et nécessite une vigilance constante. Nous souhaitons que cette consultation soit pérenne dans le temps et intégrée au sein de l'Unité Médicale Ambulatoire (UMA). Les démarches pour cette intégration sont en cours et nous permettraient :

- un accès facilité à l'imagerie
- la mutualisation des moyens dans le cas où les autres services de réanimation souhaiteraient développer cette activité dans le cadre du projet du futur hôpital sur l'île de Nantes.

Il n'existe pas de données quant au délai optimal pour revoir les patients. La littérature rapporte des délais s'échelonnant de 1 à 12 mois. Le diagnostic de SPR doit se faire après stabilisation de la situation clinique post-réanimation. Une consultation trop précoce surestimera les plaintes des patients. Une consultation trop tardive réduira les possibilités d'intervention thérapeutiques. La Grande Bretagne dans ses recommandations de 2009 (20) conseille une première évaluation 2 à 3 mois après la sortie de soins intensifs, au Pays Bas une durée de 6 à 12 semaines est recommandée (23). Le délai de trois mois après la sortie du service est fréquemment utilisé. Il est souvent suffisant pour juger de la récupération des dysfonctions d'organes initiales, ainsi que pour l'installation des séquelles psychiatriques.

Notre population d'étude est composée d'une majorité de traumatisés crâniens, qu'ils soient isolés ou dans le cadre d'un polytraumatisme. L'évaluation des séquelles dans le cadre d'un SPR est donc dépendante de la récupération neurologique. Le délai de récupération après un traumatisme crânien est très variable, il est cependant admis qu'une évolution rapide de l'état neurologique est possible les 6 premiers mois. Pour cette raison, la réalisation du GOS-E après un traumatisme crânien est recommandée à 6 mois dans les Annales de réadaptation et de médecine physique (37). Nous avons donc reculé l'échéance de notre propre consultation à 6 mois du traumatisme, et non de la sortie de l'hospitalisation, pour permettre une durée optimale pour l'évaluation des séquelles après une phase de

récupération neurologique. Le délai de 6 mois est aussi le plus fréquemment retrouvé au cours de notre enquête (19 services sur 47 soit 40.4%).

La symptomatologie à rechercher est très variée, les domaines à explorer sont divers, il convient d'avoir à disposition des outils de dépistage simples et efficaces pour pouvoir au besoin orienter le patient vers un spécialiste. Le médecin réanimateur, comme à la phase aigüe, se retrouve coordonnateur de la prise en charge du patient avec des intervenants de plusieurs spécialités.

De nombreuses séquelles du SPR sont communes pour tous les patients de soins intensifs. Il est donc possible de mettre au point une consultation qui serait transposable à chaque service de soins intensifs à laquelle viendraient s'ajouter d'autres données spécifiques à certaines populations comme le GOS-E chez les neurolésés.

L'évaluation du SPR est très chronophage, une simple consultation peut se révéler trop courte. Certaines équipes mettent en place des hospitalisations de jour, qui permettent une évaluation plus approfondie mais nécessite une organisation et des moyens importants. Nous avons fait le choix d'une consultation unique d'une heure en limitant le temps perdu en faisant remplir des questionnaires en amont de la consultation. Cette méthode permet d'économiser des moyens humains et financiers, véritable frein à la mise en place d'une nouvelle consultation, en gardant une évaluation aussi exhaustive que possible. Les questionnaires à domicile sont aussi garant de l'implication du patient et limitent l'absentéisme en consultation.

Les bénéfices attendus d'une telle consultation sont individuels, collectifs et sociétaux.

Même si l'estimation du bénéfice individuel direct est complexe dans le contexte du suivi à long terme des patients de réanimation, les CPR nous ont permis :

- de réaliser des bilans algologiques et la prise en charge des douleurs chroniques
- l'orientation vers un psychologue dans le cadre du dépistage de symptômes d'anxiété, de dépression ou de SPT

- l'orientation spécialisée (EFR dans le suivi des traumatismes thoraciques majeurs, angio-TDM et échographie cardiaque post embolique, avis endocrinien, consultation de chirurgie...)
- des réévaluations du traitement chronique (anti-coagulants)

Les patients semblent apprécier cette consultation à distance qui permet la plupart du temps de donner des explications complémentaires sur le parcours de soins. Elle a montré son intérêt pour la diminution du SPT (25) et l'amélioration de la qualité de vie (26).

L'implication des équipes paramédicales de réanimation permet de partager ce suivi transversal des patients et offre un bénéfice dans le travail d'équipe à l'échelle d'un service.

La mise en relation des données de l'hospitalisation et de suivi via la CPR offre également un outil de recherche nouveau et prometteur. Elle permet la recherche de lien d'association entre les symptômes au décours et le déroulement de l'hospitalisation. Son recueil informatisé au sein de la cohorte d'ATLANREA en fait d'ores et déjà un outil de recherche autour des axes suivants :

- modélisation du devenir et de la qualité de vie à 6 mois de patients par rapport aux événements survenus en réanimation
- l'étude des phénomènes de dysimmunité chronique (bio-collection IBIS)
- l'impact du séjour en réanimation sur la famille et les proches

La CPR s'inscrit dans une démarche moderne de qualité et d'amélioration globale de la prise en charge des patients et des proches.

Les admissions en réanimation sont de plus en plus fréquentes, avec des patients âgés et/ou avec de lourdes comorbidités. De ce fait les discussions éthiques sont fréquentes quant au niveau de soin à proposer. La qualité de vie offerte au patient au décours de cette hospitalisation est donc fréquemment évoquée comme un argument important pour la prise de décision. Paradoxalement, l'absence de suivi des patients par un médecin réanimateur reste le cas le plus fréquent. 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 permettra à l'avenir d'obtenir des réponses en termes de prédiction de la qualité de vie de nos patients.

L'enquête SFAR réalisée entre mai et août 2018, rapporte 47 (18,6%) services pratiquant une CPR sur les 253 services répondants. Cette prévalence est un peu inférieure aux données recueillies au cours d'enquêtes similaires chez d'autres pays européens (40% aux Pays-Bas, 26% en Norvège, 27,3% en Royaume-Uni (22)(23)(24). La création de ces consultations est à 72,4% inférieure à 5 ans, ce qui correspond à une reconnaissance récente du SPR comme une entité à part entière.

Nous avons constaté un manque d'homogénéité flagrant en ce qui concerne les modalités pratiques de leur réalisation (les délais de convocations s'échelonnent entre une semaine et douze mois), et les modalités de convocations (lettre, téléphone). Sur les 206 services ne pratiquant pas de CPR, cent quatre-vingt (92%) déclarent être intéressés pour développer cette activité dans l'avenir.

Cette enquête souligne l'intérêt grandissant et la place centrale des médecins réanimateurs pour le diagnostic et la prise en charge du SPR. Les principales limites mises en évidence sont le manque de moyens humains et financiers à disposition ainsi que l'absence de recommandations à l'échelle nationale.

Nous souhaitons publier les résultats de notre enquête dans les prochains mois, et proposer dans cette publication une méthode pratique pour mettre en place cette filière de soins, à la lumière de notre expérience qui s'avère précurseur.

CONCLUSION

Ce travail de thèse apporte un premier retour d'expérience concernant les modalités de mises en place d'une CPR ainsi que les premiers résultats après deux ans de fonctionnement. Elles ont permis d'étudier le SPR dans ces composantes physique et psychique chez une population de patients de réanimation chirurgicale. La pérennité de cette consultation permettra l'amélioration du suivi de nos patients de réanimation, et l'amélioration de la qualité des soins et de leur état de santé via un recueil de données précieux concernant leur devenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération Française hospitalière, données issue du PMSI. 2013. disponible sur <http://www.atih.sante.fr>.
2. De Corte W, Dhondt A, Vanholder R, De Waele J, Decruyenaere J, Sergoyne V, et al. Long-term outcome in ICU patients with acute kidney injury treated with renal replacement therapy: a prospective cohort study. *Crit Care* [Internet]. déc 2016 [cité 29 août 2018];20(1). Disponible sur: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1409-z>
3. Herridge MS, Matte-Martyn A, Diaz-Granados N, Al-Saidi F, Guest CB, Cook D. One-Year Outcomes in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med*. 2003;11.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla 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.
9. Wolters AE, Slooter AJC, van der Kooi AW, van Dijk D. Cognitive impairment after intensive care unit admission: a systematic review. *Intensive Care Med*. mars 2013;39(3):376-86.
10. Wilcox ME, Brummel NE, Archer K, Ely EW, Jackson JC, Hopkins RO. Cognitive Dysfunction in ICU Patients: Risk Factors, Predictors, and Rehabilitation Interventions. *Crit Care Med*. sept 2013;41:S81-98.
11. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term Cognitive Impairment and Functional Disability Among Survivors of Severe Sepsis. :8.

12. Roquilly A, Asehnoune K. Neuroendocrine Dysfunction in the Critically Ill Patients. In: Ichai C, Quintard H, Orban J-C, éditeurs. *Metabolic Disorders and Critically Ill Patients* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cité 29 août 2018]. p. 365-77. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-64010-5_16
13. Aimaretti G, Ambrosio MR, Di Somma C, Gasperi M, Cannavò S, Scaroni C, et al. Residual Pituitary Function after Brain Injury-Induced Hypopituitarism: A Prospective 12-Month Study. *J Clin Endocrinol Metab.* nov 2005;90(11):6085-92.
14. Lone NI, Walsh TS. Impact of Intensive Care Unit Organ Failures on Mortality during the Five Years after a Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med.* oct 2012;186(7):640-7.
15. 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* [Internet]. déc 2016 [cité 29 août 2018];20(1). Disponible sur: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1516-x>
16. 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.* 2013;17(3):R100.
17. Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Herridge MS, et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: A systematic review of the literature. *Intensive Care Med.* mai 2005;31(5):611-20.
18. Koster-Brouwer ME, Cremer OL. Critical care management of severe sepsis and septic shock: a cost-analysis. 2016;24(3):7.
19. On behalf of the MARS Consortium, Koster-Brouwer ME, van de Groep K, Pasma W, Smeets HM, Slooter AJC, et al. Chronic healthcare expenditure in survivors of sepsis in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* oct 2016;42(10):1641-2.
20. National Institute for Health and Excellence Care NICE. Clinical guideline: Rehabilitation after critical illness in adults. 25 March 2009. disponible sur nice.org.uk/guidance/cg83.
21. National Institute for Health and Excellence Care NICE. Clinical guideline: Rehabilitation after critical illness in adults. 7 September 2017. disponible sur nice.org.uk/guidance/qs158.

22. 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*. mai 2014;4(5):e004963.
23. Dongelmans DA, Keizer NFD. Recommendations for intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cares. *MINERVA Anesthesiol*. 2015;81(2):10.
24. Egerod I, Risom SS, Thomsen T, Storli SL, Eskerud RS, Holme AN, et al. ICU-recovery in Scandinavia: A comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. *Intensive Crit Care Nurs*. avr 2013;29(2):103-11.
25. 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.
26. Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, Gager M, Roughton S, Smith A, et al. The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 16 oct 2009;339(oct16 1):b3723-b3723.
27. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
28. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. *SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA: The Health Institute, 1994.
29. Advantages of norm-based scoring. (Accessed 02-01-2013). disponible sur [http://www.qualitymetric.com/Portals/0/Uploads/Documents/Public/Norm-based%20Scoring%20\(NBS\)](http://www.qualitymetric.com/Portals/0/Uploads/Documents/Public/Norm-based%20Scoring%20(NBS))
30. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1983;67(6):361-70.
31. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;9.
32. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
33. Blanchard E.B, Jones-Alexander J, Buckley T.C.,. Forneris C.A. Psychometric Properties of the PTSD checklist *Behav. Res. Ther*. Vol. 34, No. 8, pp. 669-73, 1996.

34. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can J Psychiatry*. févr 2003;48(1):56-61.
35. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. déc 1990;16(3):199-208.
36. Wilson L, Pettigrew L, Teasdale G. Structured Interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: Guidelines for Their Use. *Journal of Neurotrauma* VOL. 15, NO. 8.
37. Fayol P, Carrière H, Habonimana D, Preux P.M, Dumond J.J. Version française de l'entretien structuré pour l'échelle de devenir de Glasgow (GOS) : recommandations et premières études de validation. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 47 (2004) 142–156.
38. Annane D, Diehl J-L, Drault J-N, Farkas J-C, Gouello J-P, Fourrier F, et al. Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale): état des lieux. *Réanimation*. déc 2012;21(S3):540-61.
39. Lagrange A. Consultation post réanimation : évaluation sur 16 mois dans un service réanimation polyvalente. [Mémoire de médecine]. Université de Paris. 2010.

ANNEXES

ANNEXE 1 : cahier de recueil des consultations post-réanimation

Date de la consultation : /____/____/_____/

Date de l'entrée en réanimation : /____/____/_____/

N° ATLANRÉA : /_____/

Médecin réalisant la consultation : _____

Données cliniques

Poids (kg) le jour de la consultation :

Poids (kg) à l'arrivée en réanimation :

Âge :

Echelle de MacCabe dans les 3 mois qui précèdent la réanimation :

1. Maladie mortelle = 0

2. Maladie mortelle à 5 ans

Insuffisance cardiaque stade III NYHA, insuffisant respiratoire sous O₂ au domicile, Cancer non métastasé, hypertension portale

3. Maladie mortelle à 1 an

Insuffisance cardiaque stade IV NYHA, Insuffisant respiratoire déjà sous ventilation, Cancer métastasé, Décompensation hémorragique de cirrhose

Motif d'admission en réanimation :

- ✓ Traumatisme Crânien isolé
- ✓ Polytraumatisme
- Crânien Thoracique Uro-Digestif Orthopédique
- ✓ Hémorragie Intra-Cérébrale
- ✓ Réanimation de chirurgie digestive
- Infection intra-abdominale Pancréatite
- ✓ Dermo-hypodermite nécrosante
- ✓ Insuffisance respiratoire aiguë
- ✓ Choc cardiogénique
- ✓ Chirurgie vasculaire
- ✓ Brûlé
- ✓ Post-opératoire programmé
- ✓ Réanimation obstétricale
- ✓ Autre pathologie

Préciser :.....

✓ Autre :

✓ *Nouveaux traitements après la réanimation*

⇒ Médicaments:

Néant

Antiaggrégant plaquettaire

AVK/NACO

Bêta-bloquant

IEC/ARA II

Antidépresseur

Anxiolytique

Somnifère

Anti-épileptique

Thymorégulateur

Antalgique pallier I / II / III

Baclofène (orale ou pompe intra-téchale)

⇒ Hospitalisation intercurrente entre la réanimation et la consultation

⇒ VNI à domicile

⇒ Trachéotomie persistante

⇒ Dialyse chronique

⇒ Pansements

⇒ Suivi en Rééducation

⇒ Chirurgie

Préciser :

Personne réalisant la consultation

- ✓ Patient
- ✓ Conjoint
- ✓ Frère/Sœur
- ✓ Parent autre
- ✓ Enfant
- ✓ Professionnel de santé

Qualité de vie

✓ Asthénie oui non

✓ Douleurs oui non

✓ Sites douloureux

Articulaires ORL Escarre Céphalées Site opératoire

Autres :.....

→ Retentissement sur la vie quotidienne

Aucun Minime Modérée Sévère / Invalidant

→ Prise en charge spécialisée oui non

✓ Troubles de l'appétit oui non

✓ Troubles des phanères oui non

✓ Dysphonie oui non

✓ Troubles du sommeil oui non

✓ Reprise d'activité personnelle (sport, musique, jardinage, hobby...) oui non

✓ Troubles de mémoire oui non

✓ Troubles de concentration oui non

✓ Trouble de la sexualité oui non

→ Hypersexualité hyposexualité

TSVP

✓ Retour à domicile :

Sans aide Avec aides à domicile

Retour partiel (hospitalisation de jour ou semaine long séjour)

Aménagement du domicile / travaux

Pas de retour au domicile

Structure de long/moyen séjour

Scores de qualité de vie

(Auto-questionnaire à domicile)

SF 36 : / 100

Q5D :

Dépistage des troubles anxieux et dépressifs
(échelle HADS)

Anxiété : / 21

Dépression : / 21

Score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que le patient souffre d'anxiété et/ou de dépression selon la colonne concernée.

Dépistage d'un état de stress post
traumatique

IES-R :

Echelle d'autonomie

Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Activité professionnelle

- ✓ Retraité
- ✓ Sans emploi
- ✓ Reprise d'activité au poste professionnel antérieur à la réanimation
Temps complet Temps partiel
- ✓ Absence de reprise professionnelle
- ✓ Arrêt Maladie
- ✓ En formation avant la réanimation
Reprise complète de la formation
Reprise de la formation avec horaires aménagés
Pas de reprise de la formation
- ✓ Perte de revenus depuis l'hospitalisation

Vie personnelle

- ✓ Pas de changement
- ✓ Même conjoint
- ✓ Célibataire
- ✓ Séparation
- ✓ Nouveau conjoint

Echelle de devenir du Glasgow étendue (GOSE) pour TC ou
Cérébro-lésé uniquement

Interlocuteur :

Patient seul

Parent / ami / référent

Patient + parent / ami / référent

CONSCIENCE	
1 Le sujet est-il capable de répondre aux ordres simples ou de dire un mot ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (4)
INDEPENDANCE AU DOMICILE	
2a Le sujet est-il capable de se prendre en charge à domicile, sans aide, pendant 24 H. si nécessaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Pour répondre "Oui" le sujet doit être capable de se prendre en charge dans les différentes activités de la vie quotidienne pendant 24 H. si nécessaire, même si en ce moment ce n'est pas le cas. Ceci comprend la capacité à planifier et à mener à bien les activités suivantes : toilette, habillage, préparation d'un repas pour soi-même, réponse au téléphone et résolution des problèmes domestiques mineurs. Le sujet doit être capable d'exécuter ces activités sans incitation ni rappel et peut être laissé seul durant la nuit. Si vous avez répondu "Oui", ne répondez pas à la question 2b.</p>	
2b Le sujet est-il capable de se prendre en charge à domicile, sans aide, pendant 8 H. si nécessaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (3.1) (3.2)
<p>Pour répondre "Oui" le sujet doit être capable de se prendre en charge dans les différentes activités de la vie quotidienne pendant au moins 8 H durant la journée si nécessaire, même si en ce moment ce n'est pas le cas.</p>	
2c Avant le traumatisme le sujet était-il capable de se prendre en charge ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
INDEPENDANCE EN DEHORS DU DOMICILE	
3a Le sujet est-il capable de faire ses courses sans aide ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (3.1)
<p>Ceci inclut la capacité de planifier les achats, de les payer, et de se comporter de façon appropriée en public. Si le sujet ne fait pas habituellement ses courses, répondre à la question comme s'il avait à les faire.</p>	
3b Avant le traumatisme le sujet était-il capable de faire ses courses sans aide ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4a Le sujet est-il capable de se déplacer dans la localité sans aide ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (3.1)
<p>Le sujet peut conduire, utiliser les transports en commun ou prendre un taxi (le commander par téléphone, donner les instructions au chauffeur).</p>	
4b Avant le traumatisme, le sujet était-il capable de se déplacer dans la localité sans aide ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

TRAVAIL	
5a Le sujet est-il capable actuellement de travailler à son niveau antérieur ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si le sujet était à la recherche d'un travail avant le traumatisme, répondre "Oui" si le traumatisme n'a pas affecté ses chances d'obtenir un travail ou le niveau de travail qu'il pouvait espérer. Si le sujet était étudiant avant le traumatisme, répondre "Oui" si sa capacité à suivre des études n'a pas été affectée. Si vous avez répondu "Oui", ne répondez pas à la question 5b.	
5b Importance de la restriction du travail : 1) réduction de la capacité de travail 2) uniquement capable de travailler en milieu protégé ou dans un travail non compétitif ou incapable de travailler	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 (2.1) (2.2)
5c Avant le traumatisme, le sujet avait-il un travail ou était-il à la recherche d'un emploi (répondre "Oui") ou ni l'un ni l'autre (répondre "Non") ?	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
VIE SOCIALE ET LOISIRS	
6a Le sujet est-il capable de poursuivre des relations sociales régulières et d'avoir des activités de loisirs en dehors du domicile ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si le sujet n'a pas repris toutes ses activités de loisirs, mais qu'il n'est pas gêné par des difficultés physiques ou mentales, répondre "Oui". S'il a arrêté ses activités en raison d'un manque d'intérêt ou de motivation répondre "Non". Si vous avez répondu "Oui", ne répondez pas à la question 6b.	
6b Importance de la restriction des activités sociales ou de loisirs : par rapport à avant le traumatisme 1) participe un peu moins : moins de deux fois moins souvent 2) participe beaucoup moins : plus de deux fois moins souvent 3) participe rarement, pour ne pas dire jamais	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 (1.2) (2.1) (2.2)
6c Avant le traumatisme le sujet prenait-il part à des activités sociales régulières et à des activités de loisirs en dehors du domicile ?	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
FAMILLE ET AMIS	
7a Y-a-t-il eu des problèmes psychologiques ayant conduit à des ruptures familiales ou amicales toujours présentes actuellement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Les modifications typiques de la personnalité post-traumatique sont : l'impulsivité, l'irritabilité, l'anxiété, l'indifférence à autrui, les changements d'humeur, la dépression et le comportement irresponsable ou enfantin. Si vous avez répondu "Non", ne répondez pas à la question 7b.	
7b Importance des ruptures ou des tensions : 1) occasionnelles : moins d'une fois par semaine 2) fréquentes : une fois par semaine ou plus mais tolérable 3) constantes : quotidiennes et intolérables.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 (1.2) (2.1) (2.2)
7c Avant le traumatisme y avait-il des problèmes avec la famille ou les amis ? Si tel était le cas mais si ces problèmes se sont aggravés de façon marquée, répondre quand même "Non".	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
REPRISE D'UNE VIE NORMALE	
8a Existe-t-il actuellement d'autres problèmes dus au traumatisme et qui affectent la vie quotidienne ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (1.2) (1.1)
Les autres problèmes typiquement rapportés après un traumatisme crânien sont : céphalées, vertiges, fatigue, sensibilité au bruit ou à la lumière, ralentissement, manque de mémoire et difficultés de concentration.	
8b Existait-il des problèmes du même ordre avant le traumatisme ? Si tel était le cas mais si ces problèmes se sont aggravés de façon marquée, répondre quand même "Non".	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Entretien structuré pour l'Échelle de devenir de Glasgow étendue (GOSE)

Épilepsie : Depuis le traumatisme le sujet a-t-il présenté des crises d'épilepsie ? oui non
Lui a-t-on dit qu'il risquait de faire des crises d'épilepsie ? oui non

Quel est le facteur le plus important du devenir ?
le traumatisme crânien : ____ un traumatisme non crânien ou une maladie : ____ un mélange des deux : ____

Cotation : le score global du patient est basé sur l'indication de la catégorie de devenir la moins bonne. Reportez-vous aux recommandations pour de plus amples informations concernant la passation de l'entretien et la cotation.

Bonne récupération :

Niveau supérieur 1.1

Niveau inférieur 1.2

Handicap modéré :

Niveau supérieur 2.1

Niveau inférieur 2.2

Handicap sévère :

Niveau supérieur 3.1

Niveau inférieur 3.2

État végétatif persistant 4

(Décès) 5

Intérêt de la consultation

✓ Le patient est-il satisfait de cette consultation ?
Oui Non

✓ Rediscuter les problèmes : Oui Non

✓ Recevoir des conseils : Oui Non

✓ Orientation vers une autre consultation : Oui Non

✓ A l'issue de la consultation, une nouvelle orientation diagnostique, thérapeutique ou sociale a-t-elle été effectuée ?
Oui Non

Préciser :

✓ Centre anti douleur Oui Non

✓ Psychologue / psychiatre Oui Non

✓ Centre de la mémoire Oui Non

Autre :

✓ Le patient a-t-il obtenu des réponses complémentaires sur sa pathologie et son hospitalisation ?
Oui Non

✓ Le patient recommanderait-il cette consultation à un autre patient hospitalisé en réanimation ?
Oui Non

✓ Courrier au MT de synthèse de la consultation ?
Oui Non

ANNEXE 2 : questionnaires réalisés au domicile**QUESTIONNAIRE DE SANTE SF 36**

Etiquette patient

Personne ayant complété le questionnairePatient Proche/Famille Personnelsoignant **Comment répondre ?**

Les questions qui suivent portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

- Excellente 1
- Très bonne 2
- Bonne 3
- Médiocre 4
- Mauvaise 5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

- Bien meilleur que l'an dernier 1
- Plutôt meilleur 2
- A peu près pareil 3
- Plutôt moins bon 4
- Beaucoup moins bon 5

3. Voici une 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(e) en raison de votre état de santé actuel**. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces **4 dernières semaines** et en raison de votre **état physique** : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
- Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
- Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. **Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :** (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6. **Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?** (entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout	1
- Un petit peu	2
- Moyennement	3
- Beaucoup	4
- Enormément	5

7. **Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?** (entourez la réponse de votre choix)

- Nulle	1
- Très faible	2
- Faible	3
- Moyenne	4
- Grande	5
- Très grande	6

8. **Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?** (entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout	1
- Un petit peu	2
- Moyennement	3
- Beaucoup	4
- Enormément	5

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	en permanen	très souvent	souven t	quelqu efois	rarement	jamais
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)

- En permanence 1
- Une bonne partie du temps 2
- De temps en temps 3
- Rarement 4
- Jamais 5

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	totalem vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalem fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Etiquette patient

Personne ayant complété le questionnairePatient Proche/Famille Personnel soignant **Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)**

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	Total du score pour l'anxiété		Total du score pour la dépression

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

Etiquette patient

Personne ayant complété le questionnairePatient Proche/Famille Personnel soignant **Table 2 IES-R en français**

Instructions. Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés *au cours des 7 derniers jours* en ce qui concerne _____. Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisait penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. 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
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. 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
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

ANNEXE 3 : La présentation des résultats du score de GOS-E et de GOS

GOS-E	GOS
Bonne récupération :	Bonne récupération = 1
- Niveau supérieur = 1.1	Handicap modéré = 2
- Niveau inférieur = 1.2	Handicap sévère = 3
Handicap modéré :	État végétatif persistant = 4
- Niveau supérieur = 2.1	Décès = 5
- Niveau inférieur = 2.2	
Handicap sévère :	
- Niveau supérieur = 3.1	
- Niveau inférieur = 3.2	
État végétatif persistant = 4	
Décès = 5	

ANNEXE 4 : enquête épidémiologique SFAR sur la pratique des consultations post-réanimation en 2018

Pratique d'une consultation post réanimation : état des lieux en 2018

Le nombre de patient survivant à la réanimation augmente. Ces patients sortis vivants peuvent souffrir de multiples séquelles, somatiques, cognitives et psychiatriques. Dans ce contexte, certains services de soins intensifs organisent un suivi à distance.

L'objectif de cette enquête est de recenser combien de réanimations pratiquent ce suivi et selon quelles modalités. Elle comporte une dizaine de question et nécessite environ 5 minutes.

Destinataires : Les praticiens des services de réanimation.

Question 1 :

Dans quelle structure exercez-vous ?

- Centre universitaire
- Non universitaire

Question 2 :

Quelle est votre activité ?

- Réanimation polyvalente
- Réanimation médicale
- Réanimation chirurgicale

Question 3 :

Existe-t-il une consultation post-réanimation dans votre unité :

- Oui
- Non

Si oui : poursuivre avec la question 4 jusqu'à la question 11

Si non : poursuivre de la question 12 à la question 14

Question 4 :

Depuis combien de temps existe-t-il un suivi post réanimation ?

- < 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- > 10 ans

Question 5 :

Dans quel délai s'organise ce suivi ? (plusieurs choix possibles)

- 1 à 2 mois
- 3 mois
- 6 mois
- 12 mois

- Autre (texte libre)

Question 6 :

Quelle sont les modalités de convocations du patient ? (plusieurs choix possibles)

- Convocation remise à la sortie de la réanimation
- Convocation par lettre
- Convocation par téléphone
- Autre (texte libre)

Question 7 :

Qui réalise ce suivi post réanimation ? (plusieurs choix possibles)

- Médecin réanimateur du service concerné
- Médecin réanimateur d'une autre équipe
- Kinésithérapeute
- Infirmière de réanimation
- Praticien de médecine physique et de réadaptation
- Algologue
- Psychologue
- Psychiatre
- Autre (texte libre)

Question 8 :

Combien de consultation post réanimation sont réalisées par an dans votre service ?

- < 50
- 50 à 100
- 100 à 200
- > 200

Question 9 :

Où se déroule ce suivi ?

- Salle de consultation au sein de la réanimation
- Salle de consultation dans un autre service
- Hôpital de jour

- Autre (texte libre)

Question 10 :

Combien de temps est prévu pour cette consultation ?

- 1 heure ou moins
- De une à deux heures
- Une demi-journée
- Une journée entière
- Plus de une journée

Question 11 :

Quel(s) est (sont) le(s) motif(s) d'admission initial en réanimation le(s) plus fréquent(s) des patients revus en consultation ? (plusieurs choix possibles)

- Infection intra-abdominale
 - Pancréatite
 - Décompensation d'une pathologie cirrhotique
 - Post opératoire de chirurgie cardio-thoracique
 - Traumatologie hors traumatisme crânien
 - Traumatisme crânien
 - Neuro-réanimation à l'exclusion de la traumatologie
 - Sepsis/Choc septique
 - SDRA/Insuffisance respiratoire aiguë
 - Onco-hématologie
 - Insuffisance rénale aiguë
 - Autre (texte libre)
-

Question 12 : une consultation de ce type à t elle déjà existée au sein de votre service ?

- Oui
- Non

Question 13 : seriez-vous intéressé dans l'avenir par une telle activité ?

- Oui
- Non

Question 14 : quelle sont les facteurs limitants à la mise en place d'une consultation post réanimation au sein de votre service ?

- Manque de moyens financiers
- Manque de moyens humains
- La lourdeur de l'organisation
- L'absence de bénéfice clairement validé pour le patient
- Manque de données scientifiques concernant les modalités pratiques
- Autre (texte libre)

Merci d'avoir pris le temps de répondre à notre enquête.

CHU Nantes, Réanimation chirurgicale et brûlés PTMC
Hôtel Dieu

Vu, le Président du Jury,

Professeur Karim Asehnoune

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur Raphaël Cinotti

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'R' followed by a series of connected loops and a long horizontal stroke.

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : LE COURTOIS DU MANOIR

PRENOM : Maxime

Titre de Thèse : Mise en place d'une consultation post-réanimation dans le service de réanimation chirurgicale PTMC de l'Hôtel Dieu

RESUME

Introduction : Après une hospitalisation en réanimation, les patients peuvent souffrir de multiples séquelles somatiques, cognitives et psychiatriques, constituant le syndrome post-réanimation (SPR). Malgré des conséquences lourdes sur le plan individuel, l'absence de dépistage systématisé reste le cas le plus fréquent. Dans ce contexte nous avons souhaité organiser une consultation post-réanimation (CPR).

Matériels et méthodes : Cette CPR est mise en place dans le service de Réanimation Chirurgicale PTMC de l'Hôtel Dieu, CHU de Nantes. Les patients sont revus en consultation par un médecin réanimateur 6 mois après l'entrée en soins intensifs. Le SPR est étudié par des auto-questionnaires au domicile et une consultation dédiée d'une heure.

Résultats : Entre août 2015 et juin 2017, 126 convocations ont été envoyées et 108 (85.7%) patients sont venus en consultation. Cinquante-six (52,8%) patients avaient été admis pour un polytraumatisme, 27 (25,5%) pour un traumatisme crânien isolé. La qualité de vie estimée par le SF-36 apparaît altérée à 6 mois (composantes physique 0,74 (+/- 0,20) et psychique 0,85 (+/- 0,23)). L'échelle HADS rapporte 43.3% de symptômes anxieux et 34,4% de symptômes dépressifs. Soixante-quatre patients (61,5%) souffrent de douleurs chroniques quotidiennes. Concernant le retentissement social, 7 patients sur 55 actifs (12,7%) ont repris leur activité professionnelle à temps complet.

Conclusion : Les séquelles présentées par les patients après une hospitalisation en soins intensifs suscitent un intérêt grandissant. La mise en place d'une CPR permet d'en mesurer l'impact et d'organiser leur prise en charge. Comme durant l'hospitalisation, le médecin réanimateur occupe une place centrale dans le diagnostic et la prise en charge du SPR.

MOTS-CLES

Consultation post-réanimation, syndrome post réanimation