

**NOTE DE
CADRAGE**

Diagnostic et prise en charge des patients avec un syndrome post réanimation (PICS) chez l'adulte

Validée par le Collège le 19 janvier 2022

Date de la saisine : 4 juin 2021

Demandeur : Saisine DGOS

Service(s) : Service des Bonnes Pratiques

Personne(s) chargée(s) du projet : Albane MAINGUY

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Cette note de cadrage fait suite à la saisine de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) concernant la mise à disposition de recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé pour la prévention et la prise en charge de patients qui développent un syndrome post réanimation (PICS ou Post intensive Care Syndrome) après leur hospitalisation en réanimation.

1.2. Contexte

Une mise en œuvre de technique invasive de suppléance d'organes est effectuée chez les patients les plus graves en réanimation, notamment pour les patients souffrant d'un syndrome de détresse respiratoire aigüe.

Suite à leur passage en réanimation, ces patients hospitalisés rapportent des symptômes persistants post soins intensifs et des séquelles d'ordre physique et/ou non physique [1].

Le syndrome post soins intensifs ou PICS, faisant suite à la réanimation, se traduit par un tableau clinique d'intensité variable associant des symptômes physiques (faiblesse musculaire),

psychologiques (anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique) et cognitifs (pertes de mémoire, perte de fluidité verbale, troubles de l'attention et des fonctions exécutives). Ces symptômes peuvent persister plusieurs mois ou années voire être définitifs [2, 3].

Ce PICS est à l'origine d'une dégradation de la qualité de vie des patients dans les suites de leur hospitalisation avec une incapacité à se réinsérer dans le parcours socio-professionnel initial.

Après leur hospitalisation, la majorité des patients retournent à leur domicile, sans prise en charge spécifique des troubles liés à leur passage en réanimation.

Aussi, des recommandations à l'attention des professionnels de 1^{er} recours sont proposées afin de les guider dans la prise en charge de ces patients (diagnostic, suivi et orientation des patients avec un PICS) dans le but de recouvrer des conditions de vie et une qualité de vie similaires à celles avant le passage en réanimation et de favoriser les conditions de retour vers l'emploi si besoin.

Par ailleurs, les modalités de prévention de ces PICS seront également envisagées afin d'anticiper le développement de ces symptômes, de prévoir en amont le suivi des patients plus ou moins à risque de développer un PICS et de définir le parcours de soins entre l'hôpital et la médecine de 1^{er} recours.

1.2.1. Etat des connaissances

Suite à un séjour en réanimation, de nombreux patients ont des symptômes invalidants décrits sous le nom de « syndrome post-soins intensifs ». Il est observé une faiblesse musculaire extrême chez environ 40 % des patients liée à une immobilisation prolongée, des troubles psychologiques type anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique chez 20 à 35 % des patients et des troubles cognitifs chez 20 à 50 % des patients, liés au vécu traumatique en réanimation (bruit des machines, ventilation mécanique/ intubation, isolement vis-à-vis des proches, stress, distorsion/fragmentation des souvenirs, perte des repères spatiotemporels...) [2-4] [5] [6] [7] [8] [9] [10].

D'autres symptômes sont rapportés tels qu'une plexopathie, des symptômes ostéoarticulaires, des cicatrices, des lésions ORL (œdèmes, granulome, lésions trachéales, hypomobilité des cordes vocales),... [11].

Ces symptômes peuvent être présents dès le séjour en réanimation et disparaître lors de la première année de l'hospitalisation (comme les symptômes physiques), d'autres peuvent apparaître plusieurs mois plus tard. Les troubles psychologiques peuvent persister plusieurs années, avec pour conséquence un frein à la reprise des activités quotidiennes et une difficulté à un retour au travail (40 % des patients travaillant avant leur séjour en réanimation n'étaient pas retournés au travail un an après la sortie d'hôpital) [2, 4] [9].

Les troubles cognitifs sont difficiles à évaluer en raison de la variété des outils d'évaluation proposés et de l'absence de repère défini sur l'état préhospitalier.

La sévérité de la pathologie, la présence d'un épisode de délirium et la longue durée de séjour en réanimation sont les facteurs de risque les plus importants entraînant un PICS [1, 12] [10].

1.2.2. Etat des lieux documentaire

Il existe des recommandations au niveau international sur la prise en charge des PICS.

Dès 2009, le NICE a émis des recommandations sur le syndrome PICS [13]. Ces recommandations ont fait l'objet d'une mise à jour de la littérature en 2018 sans modification des conclusions de 2009.

D'après ces recommandations, le suivi du patient avec un programme de réhabilitation doit être initié, pour les adultes en réanimation et avec un risque de morbidité, très précocement dans les 4 jours suivant leur admission aux soins intensifs ou avant leur sortie. Il doit être individualisé et réalisé par une équipe multidisciplinaire afin d'assurer la continuité et la coordination des soins. Avant de quitter le service de réanimation, une évaluation clinique courte devra être effectuée afin de déterminer pour chaque patient le risque de développer une comorbidité. Ce suivi sera proposé pendant 2 à 3 mois après la réanimation pour les adultes étant restés dans le service plus de 4 jours et à risque de morbidité. Par ailleurs, une information sur les objectifs de la réhabilitation et sur les personnes à contacter pour toute demande d'aide doit être donnée aux patients avant leur sortie d'hôpital.

Les recommandations du NICE, comme celles de la société américaine des soins intensifs de 2013 [4] et de 2016 [14] et les réponses rapides de la HAS en 2020 pour le parcours de réadaptation du patient COVID à la sortie de réanimation [15] insistent sur la nécessité de l'implication de l'entourage proche (famille ou aidant) pour une meilleure prise en charge du patient. Le NICE préconise de donner une place entière à la famille du patient dès son entrée en réanimation par une présence ouverte, flexible des membres et d'inciter le personnel soignant à travailler en partenariat avec elle, notamment par l'organisation de réunions familiales interdisciplinaires afin d'améliorer la communication et réduire les conflits décisionnels familiaux. La communication fait partie des axes indispensables développés : réunions interdisciplinaires de routine, approches structurées de la communication par le personnel soignant, la mise en place de personnes coordinatrices de soins, ... Par ailleurs, d'autres axes sont préconisés comme la tenue d'un carnet de suivi quotidien, le développement de programmes d'éducation familiale et la mise en œuvre de pratiques visant à réduire le bruit.

Les recommandations belges du KCE [2, 3] détaillent les outils permettant de détecter rapidement chacune des composantes du PICS en médecine générale en pratique journalière. Pour l'évaluation de la fonction physique, le KCE propose le test simple de mobilité (Timed Up and Go ou TUG) ou le test de la force musculaire (force de poignée de main mesurée par dynamométrie manuelle). Pour la détection des symptômes psychologiques, 2 tests sont proposés : les deux questions de Whooley pour la dépression et le test GAD-2 pour l'anxiété. Enfin, pour la détection des symptômes cognitifs, le KCE a identifié 2 tests de dépistage rapide : le Mini-Cog pour le dépistage du déclin cognitif et le test des noms d'animaux pour évaluer la fluidité verbale. Par ailleurs, les recommandations abordent les différentes interventions visant à traiter les symptômes liés au PICS : la revalidation musculaire visant notamment à restaurer la force musculaire et la mobilité du patient (kinésithérapie, médecine physique, ..), la revalidation cognitive, les interventions portant sur la santé mentale avec la prise en charge de l'anxiété, de la dépression et du syndrome de stress post-traumatique, et les consultations post-soins intensifs (consultation interdisciplinaire) visant à évaluer l'évolution du patient et à détecter d'éventuels signes de PICS. Le KCE recommande également la tenue d'un journal de bord par le personnel soignant et/ou les proches du patient, la participation à des groupes d'entraides pour le patient et/ou ses proches, des interventions visant à prévenir ou prendre en charge les conséquences psychologiques pour les proches du patient (PICS-F) et le retour au travail du patient par la sollicitation du médecin du travail.

Les recommandations internationales présentent des limites : les publications anglosaxonnes font référence à un modèle d'organisation spécifique du Royaume-Uni et qui n'est pas transposable au modèle français dans lequel la durée de prise en charge en post-réanimation est souvent courte. Par ailleurs, les tests de diagnostic et dépistage proposés dans ces recommandations ne sont pas nécessairement ceux utilisés et reconnus en France.

Travaux de la HAS

- Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 sur le parcours de réadaptation du patient COVID + à la sortie de réanimation et/ou de MCO, en SSR puis à domicile [15]
- Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et retour à domicile [16]

Recommandations internationales : (liste non exhaustive)

- Recommandations du Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : le syndrome post soins intensifs -PICS (2020) [2, 3]
- NICE 2009 : rehabilitation after illness in adults (mise à jour en 2018) [13] [12]
- Recommandations de la société américaine de soins intensifs pour la famille de patients en unités de soins intensifs [14]
- Recommandations de la société américaine de soins intensifs sur la prédiction et l'identification de déficiences à long terme après un séjour en réanimation [17]
- Recommandations de la société américaine de soins intensifs sur le PICS [4]
- Recommandations anglo-saxonnes sur la réadaptation des patients suite à un séjour en réanimation [5, 18]

1.2.3. État des lieux des pratiques et de la prise en charge

Suite à une hospitalisation avec un passage en réanimation, il existe une disparité des pratiques concernant la prise en charge et le suivi des patients à très court terme ou à plus long terme. La majorité des patients retourne à leur domicile, sans prise en charge spécifique des symptômes liés au PICS alors que 25 à 48 % souffrent de souvenirs traumatisants pouvant aboutir à un syndrome de stress post-traumatique dans 20 % des cas [2]. Le médecin généraliste se retrouve alors en première ligne pour leur suivi [2]. L'évaluation des besoins des patients, le nombre de consultations de suivi proposées (hebdomadaire, mensuelle ou semestrielle) et le soutien spécialisé nécessaire ne sont pas homogènes et diffèrent selon les pays et les structures hospitalières [1, 8].

Les recommandations anglo-saxonnes [18], [13] insistent sur la nécessité d'une prise en charge précoce multidisciplinaire des patients avec une continuité des soins entre la sortie de l'hôpital et le retour à domicile et la mise en place d'un suivi à plus long terme des patients sortant de réanimation. La HAS dans ses réponses rapides sur le parcours de réadaptation du patient COVID+ à la sortie de réanimation [15] [19] rappelle également la nécessaire précocité de la prise en charge multidisciplinaire. La stimulation cognitive et la réassurance effectuées par l'ensemble de l'équipe contribuent à améliorer les troubles du comportement et la désorientation [19].

Il existe peu de données concluantes sur l'efficacité des différentes interventions visant à traiter les symptômes liés au PICS (réhabilitation physique, qualité de vie, anxiété, dépression, mortalité, ...) [2] [20] [21] [22, 23].

Par ailleurs, il n'y a pas de consensus concernant l'utilisation d'outils et de questionnaires pour évaluer ou prédire de manière fiable les troubles physiques et cognitifs, l'anxiété et la dépression [17] [1, 3, 17].

Enfin, il n'existe pas de prise en charge des patients pour une réinsertion professionnelle en lien avec leurs capacités physiques et cognitives post réanimation. La famille et les proches des patients doivent

endosser le rôle de soignant et de soutien du patient ce qui entraîne une charge importante et un poids psychologique (PICS-F)[2] et un risque de choc post-traumatique également [24].

1.3. Enjeux

La prise en charge en ville des patients avec un PICS est un sujet de santé publique majeur du fait :

- des troubles associés invalidants consécutifs à un séjour en réanimation pouvant aller jusqu'au syndrome de stress post-traumatique ;
- de la fréquence élevée de ces troubles (30 à 50 % de syndrome de stress post traumatique, 40 % de faiblesse musculaire, 20 à 50 % de troubles cognitifs) ;
- de la qualité de vie dégradée des patients et d'une éventuelle incapacité au retour à l'emploi.
- du nombre de patients entrant en réanimation quotidiennement, compris entre 250 et 450 patients [25].

Par ailleurs, la prise en charge du PICS est un enjeu organisationnel du fait de la nécessité d'un parcours de soin défini dès l'hôpital puis en médecine de ville.

Ce projet vise à prévenir le syndrome post-réanimation par l'identification des personnes à risque dès le séjour en réanimation, le diagnostiquer et le prendre en charge de manière précoce en établissement de santé et à domicile lors de la sortie d'hospitalisation.

1.4. Cibles

1.4.1. Patients concernés par le thème

Tout patient adulte entrant en service de réanimation chez lequel un syndrome post réanimation est suspecté ou diagnostiqué, et tout patient après un séjour hospitalier dans un service de réanimation, suite à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SRDA).

1.4.2. Professionnels concernés par le thème

L'ensemble des professionnels de santé prenant en charge ou qui vont être amenés à prendre en charge les patients avec un syndrome PICS, notamment :

- les médecins généralistes
- les médecins physiques et de réadaptation
- les médecins internistes
- les pneumologues
- les médecins réanimateurs
- les psychiatres
- les neurologues
- les médecins du travail
- les ORL
- les infectiologues
- les médecins de soins de suite et réadaptation (SSR)
- les gériatres
- les chirurgiens cutanés /esthétiques
- les psychologues cliniciens
- les orthophonistes

- les infirmiers
- les masseurs-kinésithérapeutes
- les ergothérapeutes.

1.5. Objectifs

L'objectif de ce travail est l'élaboration d'une recommandation pour les professionnels de santé dans le but d'améliorer la prévention du PICS et la prise en charge des patients avec un syndrome post réanimation suite à un syndrome de détresse respiratoire aigüe (SRDA), en termes de :

- définition des patients à risque de PICS ;
- diagnostic de ces patients ;
- prise en charge précoce et à long terme des PICS ;
- de parcours de soins.

Le 2^{ème} objectif est l'élaboration d'un document à destination du patient, de sa famille ou son entourage afin de les alerter sur ce syndrome post-réanimation et de les accompagner dans sa prise en charge par une orientation vers des professionnels de santé formés à ce syndrome.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

- Qu'est- ce que le syndrome post-réanimation (et le différencier du stress post-traumatique) ?
 - Dans quel contexte se développe ce syndrome ?
 - Quels sont les troubles associés à ce syndrome ?
- Quelle information et quelle formation doivent être transmises aux professionnels de santé, notamment les médecins généralistes ?
- Comment diagnostiquer un syndrome post-réanimation, pendant l'hospitalisation et en médecine de ville ?
 - Quel suivi systématique doit être mis en place ?
 - Quelles sont les échelles et/ou questionnaires permettant d'identifier un syndrome post-réanimation ?
 - Quels sont les patients à risque de développer ce type de syndrome ?
- Comment traiter, prévenir, anticiper (prise en charge et suivi) les patients avec un syndrome post-réanimation en distinguant les patients rentrant chez eux de ceux qui restent hospitalisés ?
 - Pendant la réanimation
 - En post réanimation
 - A domicile
 - Prévoir le reclassement professionnel et social.

Les points suivants ne seront pas abordés dans cette recommandation :

- La pathologie et/ou les comorbidités ayant entraîné l'hospitalisation en réanimation ;
- La mise en place de structures spécifiques pour la prise en charge des patients avec un PICS.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode de travail proposée est la « Fiche mémo » décrite dans le guide méthodologique : [Guide méthodologique_fiche mémo_fiche pertinence \(has-sante.fr\)](https://has.sante.fr/guide-methodologique-fiche-memo-fiche-pertinence)

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail

- 2 médecins généralistes
- 3 médecins réanimateurs
- 2 médecins physique et de réadaptation (dont un travaillant en SRPR, service de réhabilitation post réanimation)
- 1 médecin interniste
- 2 pneumologues
- 1 neurologue
- 1 médecin du travail
- 1 médecin ORL
- 1 psychiatre
- 1 médecin de SSR (soins de suite et réadaptation)
- 1 gériatre
- 1 infectiologue
- 1 infirmier
- 1 masseur-kinésithérapeute
- 1 orthophoniste
- 1 psychologue clinicien
- 1 ergothérapeute
- 2 représentants des usagers

Groupe de lecture

La composition pluridisciplinaire du groupe de lecture reprendra celle du groupe de travail avec un plus grand nombre de relecteurs sollicités (environ 2 à 3 fois plus), en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national. Il intégrera également des spécialités ou professions non représentées dans le groupe de travail.

2.3. Productions prévues

- Argumentaire scientifique
- Texte des recommandations
- Synthèse des recommandations
- Fiches outils (médecins généralistes, patient, famille/entourage, etc.)

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission de la note de cadrage : 14/12/2021
- Date de validation du collège de la fiche mémo : T3 2022

Annexes

Références bibliographiques

1. Jouan, Y., S. Ehrmann, and N. Lerolle, Filières de soins après la réanimation : identifier les besoins pour mieux prendre en charge. *Réanimation*, 2014. 23: p. S536-S542.
2. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, et al., Syndrome post-soins intensifs (PICS) à destination des médecins généralistes. COVID-19 KCE Contributions. Synthèse. 2020, KCE: Bruxelles.
3. Belgian Health Care Knowledge Centre, et al., Post intensive care syndrome in the aftermath of COVID-19. COVID-19 KCE Contributions. 2020, KCE: Bruxelles.
4. Society of Critical Care Medicine, Post-intensive care syndrome. 2013, SCCM: Mount Prospect.
5. Intensive Care Society and British Society of Rehabilitation Medicine, Responding to COVID-19 and beyond. A framework for assessing early rehabilitation needs following treatment in intensive care. Version 1. 2020, ICS: London.
6. Yuan, C., F. Timmins, and D.R. Thompson, Post-intensive care syndrome: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*, 2021. 114: p. 103814.
7. Fuke, R., et al., Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2018. 8(5): p. e019998.
8. Schofield-Robinson, O.J., et al., Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018. Issue 11: p. CD012701.
9. Davidson, J.E., et al., Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. *Crit Care Med*, 2013. 41(9 Suppl 1): p. S136-45.
10. Caillard, A. and E. Gayat, La vie après la réanimation. *Anesth Réanim*, 2020. 6(1): p. 39-49.
11. Le Marec, J., et al., Le syndrome post-réanimation. *Rev Méd Interne*, 2021. 42(12): p. 855-861.
12. National Institute for Health and Care Excellence, Rehabilitation after critical illness in adults. Quality standard. 2017, NICE: London.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence, Rehabilitation after critical illness in adults. Clinical guideline. 2009, NICE: London.
14. Society of Critical Care Medicine, et al., Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*, 2017. 45(1): p. 103-128.
15. Haute Autorité de Santé, Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Parcours de réadaptation du patient COVID+ à la sortie de réanimation et/ou de MCO, en SSR puis à domicile. 2020, HAS: Saint-Denis La Plaine.
16. Haute Autorité de Santé, Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et retour à domicile. 2020, HAS: Saint-Denis La Plaine.
17. Society of Critical Care Medicine, et al., Society of Critical Care Medicine's international consensus conference on prediction and identification of long-term impairments after critical illness. *Crit Care Med*, 2020. 48(11): p. 1670-1679.
18. British Society of Rehabilitation Medicine, Rehabilitation in the wake of Covid-19. A phoenix from the ashes. 2020, BSRM: London.
19. Haute Autorité de Santé, Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR). 2020, HAS: Saint-Denis La Plaine.
20. Taito, S., et al., Does enhanced physical rehabilitation following intensive care unit discharge improve outcomes in patients who received mechanical ventilation? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2019. 9(6): p. e026075.
21. Taito, S., et al., Rehabilitation for patients with sepsis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2018. 13(7): p. e0201292.

22. Johanna Josepha Op't Hoog, S.A., et al., The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*, 2021.
23. Jensen, J.F., et al., Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*, 2015. 41(5): p. 763-75.
24. Azoulay, E., et al., Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*, 2005. 171(9): p. 987-94.
25. Cour des comptes, Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise, in *Le rapport public annuel 2021. Tome I, Cour des comptes, Editor. 2021, Cour des comptes: Paris.*