

Et après la réa ...?

Mon Stress



Anne-Sophie Debue

I.D.E., Réanimation médicale Hôpital Cochin
MsC, PhD candidate Université Paris Saclay

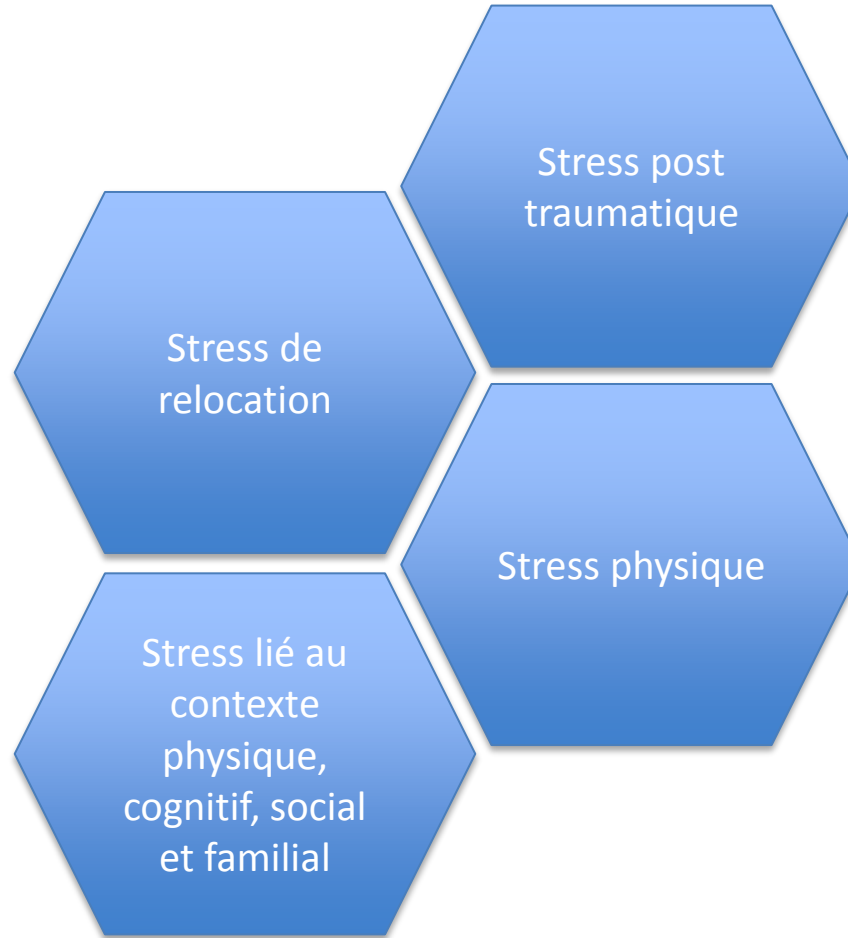


- **Le stress : effet secondaire de la réa ?**

- **Minimiser le stress : mieux vivre la réa**

- **Pallier aux facteurs de risques**

- **Accompagner la sortie**



Trouble de stress post-traumatique

The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review

John Griffiths
Gillian Fortune
Vicki Ibarber
J. Duncan Young

First author (year)	PTSD prevalence at first assessment	PTSD prevalence at second assessment	PTSD prevalence at third assessment
CAPS			
Hepp (2005) [31]	4.7% (18.9 ^a)	3.8% (11.6 ^a)	1.9% (13.3 ^a)
Schnyder (2000) [28]	4.7% (21.5 ^a)		
Schnyder (2001) [29]	1.9% (18.9 ^a)		
Liberzon (2006) [38]	17.6%		
SCID			
Kapfhammer (2004) [2]	23.9%		
Kress (2003) [37]	31.6% ^b 0% ^c		
Nickel (2004) [25]	9.8%		
Richter (2006) [27]	19%		
Rothenhausler (2005) [23]	8.8%	17.6%	6.6%
Schelling (2001) [22]	63.6% ^b 11.1% ^c		
Stoll (1999) [11]	25%		

Trouble de stress post-traumatique

- ◆ Réactionnel
- ◆ Confrontation à la mort ou menace de mort
- ◆ Menace envers son intégrité physique ou celle d'une autre personne
- ◆ Peur intense, sentiment d'impuissance et/ou d'horreur

Trouble de stress post-traumatique

Symptômes

- ◆ **Reviviscence :**

revivre continuellement la scène traumatique en pensée ou en cauchemars

- ◆ **Evitement :**

chercher à éviter - volontairement ou involontairement – tout ce qui pourrait lui rappeler de près ou de loin le trauma

- ◆ **Hypervigilance :**

être fréquemment aux aguets malgré l'absence de danger imminent

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) After Critical Illness: A Conceptual Review of Distinct Clinical Issues and Their Implications

Table 1

Examples of “Common” Clinical Complaints in ICU Survivors With PTSD

Everyday “Expressions” of Symptoms

- Avoidance of medical clinics, hospitals, and participation in medical procedures
- Intense, future-oriented concerns about the reemergence of illness
- Hypervigilant preoccupation with somatic symptoms – large or small
- Preoccupation with thoughts of “delusional memories” from ICU hospitalization
- Confusion over which memories were of critical illness and intensive care were “real”
- Social disengagement and isolation related to fear of “germs” or “getting sick”
- Claustrophobia, related to memories of being restrained or held down in the ICU
- Refusal to watch medically oriented news or television shows that dramatize hospital life – e.g., *ER* or *Grey’s Anatomy*
- Reactivity related to noises similar to those occurring in an ICU – e.g., “beeping” sounds

Is the Intensive Care Unit Traumatic? What We Know and Don't Know About the Intensive Care Unit and Posttraumatic Stress Responses

Jed N. McGiffin, Department of Counseling and Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University; Isaac R. Galatzer-Levy, Department of Psychiatry, New York University School of Medicine; George A. Bonanno, Department of Counseling and Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University.

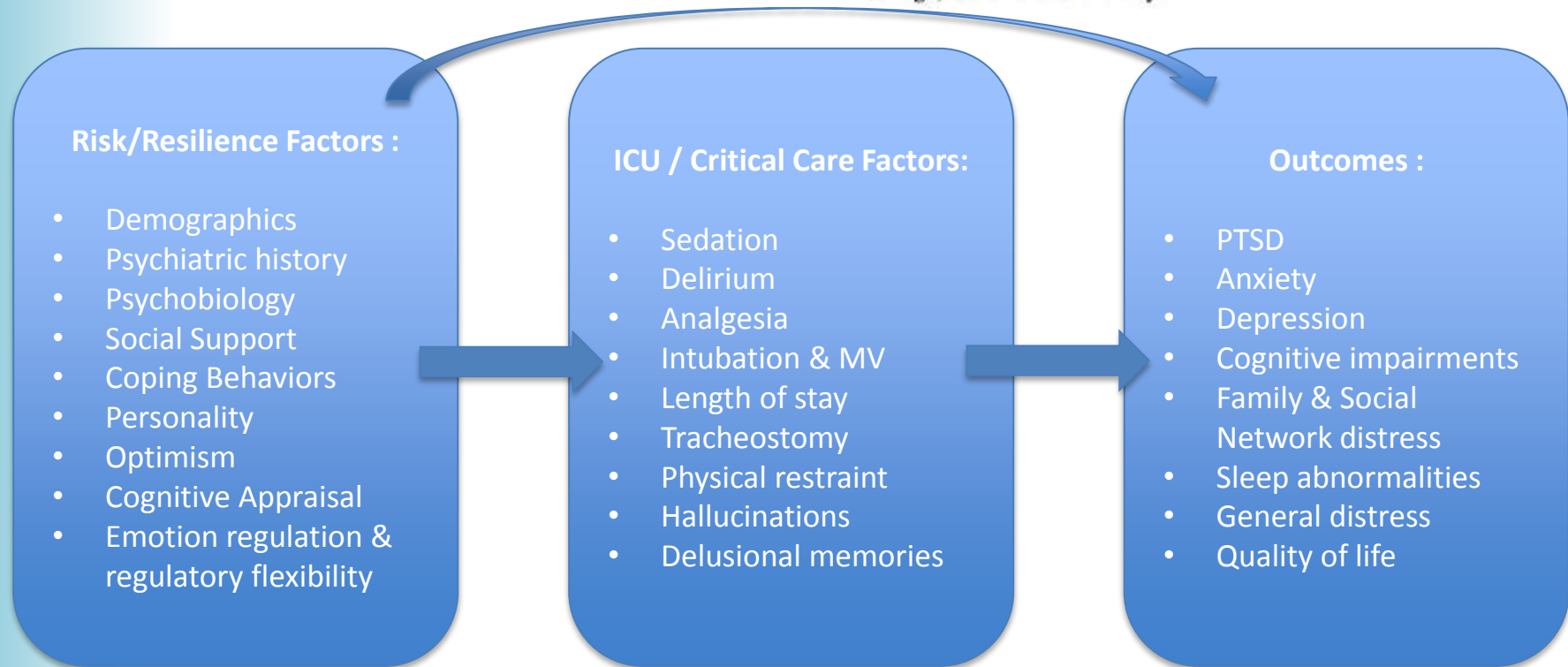


Figure 1. Risk and resilience factors, intensive care unit (ICU)/critical care factors and post-ICU psychological outcomes.

- **Le stress : effet secondaire de la réa ?**

- **Minimiser le stress : mieux vivre la réa**

- **Pallier aux facteurs de risques**

- **Accompagner la sortie**

Mieux vivre la réa

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 321-330

CONFÉRENCE DE CONSENSUS

Mieux vivre la Réanimation* Morbidity and mortality conferences in intensive care unit : a methodological guide

Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)

Société de réanimation de langue française (SRLF)

COMITÉ D'ORGANISATION

C. MARTIN (Marseille), Président du Comité d'organisation
Star : J.-Y. Lefranc (Nîmes), M. Leone (Marseille), C. Paugam (Clichy), O. Paut (Marseille)
SRLF : G. Capellier (Besançon), A. Crovisy (Nantes), L. Dupic (Paris), I. Verheyde (Roubaix), I. Vissier (La Roche-sur-Yon)

JURY DU CONSENSUS

E. FOURRIER (Lille), Président du jury
E. Belle (Besançon), P. Blanchet (Cortemarié), J. Chancier (Paris), V. Das (Marseille), O. Fourcade (Toulouse), I. Grasser (Toulon), G. Lebeuf (Lille), C. Miles (Montpellier), J. Müller (Nîmes), J. Pinget (Dijon), C. Schwelb (Grenoble), A. Valet (Marseille)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES

Star : S. Belouaf (Boulogne)
SRLF : E. Azaouy (Paris)

CHARGÉS DE BIBLIOGRAPHIE

Star : J. Michel (Marseille)
SRLF : I. Coquet (Nantes), A. Laurette (Clermont-Ferrand)

Conférence de Consensus organisée selon la méthodologie de l'ANAES

1. INTRODUCTION

- La réanimation est un lieu de vie :
 - vie mise en jeu pour les patients en raison des maladies graves ou des accidents qui justifient leur admission ;

* Cette conférence de consensus Sfar-SRLF date de novembre 2009, organisée selon la méthodologie de l'ANAES et avec la participation du Groupe francophone de réanimation et organes pelvi-périnéaux (GFRPOP) et de l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'urgence-hospitaliers (AAREP).

(PDF-708) sur le site internet © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.ana.2010.03.001

- vie sauvée grâce aux techniques qui permettent de suppléer aux fonctions défaillantes ;
- vie qui peut y débiter pour les nouveaux-nés et les enfants victimes d'affections graves ;
- vie qui peut malheureusement s'y terminer malgré les efforts de tous et les progrès techniques, en évitant toute obsolescence déraisonnable.

- La réanimation est aussi une agression :
 - pour les patients qui doivent y subir l'application des techniques de suppléance lourdes et souvent invasives et parce que la technicité des soins, les impératifs de sécurité et de surveillance créent des conditions de vie très difficiles ;
 - pour les familles et les proches, soumis, parfois très brutalement, à l'angoisse de la disparition possible d'un être cher, confrontés à un milieu hospitalier et technique choquant dans lequel l'humanité peut paraître absente ou négligée ;
 - pour tous les personnels soignants confrontés aux difficultés techniques, dans un contexte de contraintes de fonctionnement, de ressources et de communication.

Les objectifs de cette Conférence de consensus sont de proposer des recommandations permettant aux patients, à leurs familles et aux personnels soignants de mieux vivre la réanimation. Ces recommandations portent sur cinq thématiques répondant aux cinq questions posées au jury :

- quelles sont les barrières à « mieux vivre » en réanimation ? (ce qui bloque, entrave pour le jury : définir les obstacles à mieux vivre et leurs conséquences) ;
- comment améliorer l'environnement en réanimation ? (pour le jury : priorités pratiques, architecturales, organisationnelles et quelles améliorations proposer ?) ;
- quels sont les soins qui permettent de « mieux vivre » la réanimation ? (pour le jury : décrire les techniques, les procédures de soins et les organisations soignantes qui améliorent la vie des patients au cours de leur séjour en après leur sortie) ;

information

information

Année 29 (2010) 321-330

« mieux vivre » sont présentes au cours du séjour en réanimation. Ces manifestations physiques ou psychiques. Ces manifestations psychiques comprennent l'état de stress post-traumatique (ESPT) et aboult à

l'histoire de l'agression et comprend des symptômes (peur, évènements), des symptômes d'évitement (hypervigilance et insomnie). L'ESPT peut associer toutes sources de stress pour le patient et les

culturelles entre les soignants, le patient et la techniques comportementales et relationnelles

soigner le patient

sont rapportées par les patients comme être 28-30. L'OMS recommande que le patient soit à 45 dB le jour et 35 dB la nuit [15]. Les soins, les traitements, les procédures de soins et de surveillance produisent une anxiété, notamment de troubles du sommeil, de l'insomnie et de l'hypervigilance. L'ESPT peut associer toutes sources de stress pour le patient et les

comme un inconfort par deux fois évalué par les soignants. Les soins, les traitements, les procédures de soins et de surveillance produisent une anxiété, notamment de troubles du sommeil, de l'insomnie et de l'hypervigilance. L'ESPT peut associer toutes sources de stress pour le patient et les

soins multiples ; l'inconfort est majeur

et l'architecture du patient

et les patients

soins et à l'architecture

soins et à l'architecture

soins et à l'architecture

soins et à l'architecture

soins et à l'architecture





Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study

Martin Christensen

Nurs Crit Care **12**, 188–197 (2007).

Table 2 Mean score distribution of noise levels [dB(A)] over three nursing shift patterns over 3 days

Variable	Mean [dB(A)]	Standard deviation	Minimum [dB(A)]	Maximum [dB(A)]	Confidence limit (99%)
Morning shift	58.70	5.95	50	80	52.75–64.65
Afternoon shift	55.50	3.98	50	80	51.52–59.48
Night shift	55.05	2.34	50	71	50.28–59.82



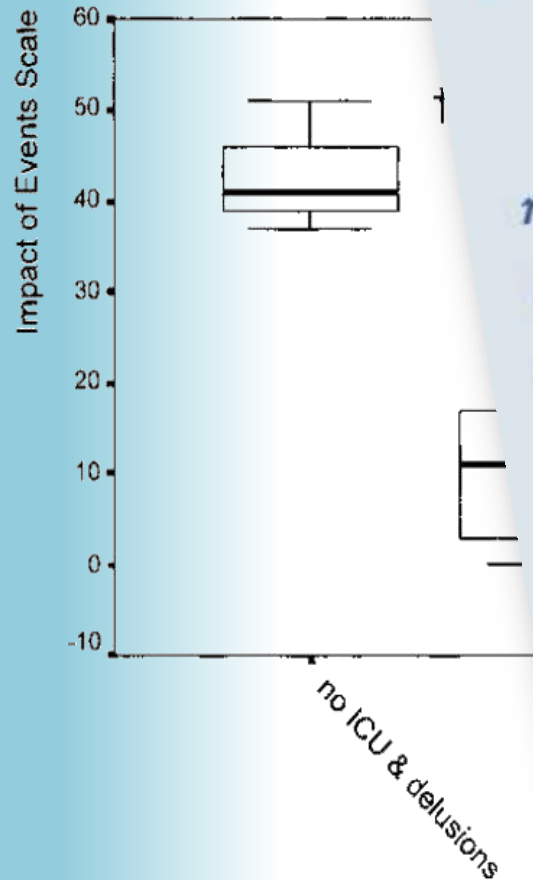
- **Le stress : effet secondaire de la réa ?**

- **Minimiser le stress : mieux vivre la réa**

- **Pallier aux facteurs de risques**

- **Accompagner la sortie**

FDR : Amnésie



This study suggests that even relatively unpleasant memories for real events during critical illness may give some protection from anxiety and the later development of posttraumatic stress disorder-related symptoms when memories of delusions are prominent.

Memory, delusions and the development of acute posttraumatic stress disorder after intensive care

...s, MD, FRCP; Gerry Humphris, PhD, M Clin Psych;

...nd whisker plots of Impact of Events Scale scores at 8 wks for the three groups categorized according to factual memories of the intensive care experiences. †Group with significantly higher scores than other groups (Mann-Whitney U-test, $p < 0.01$).

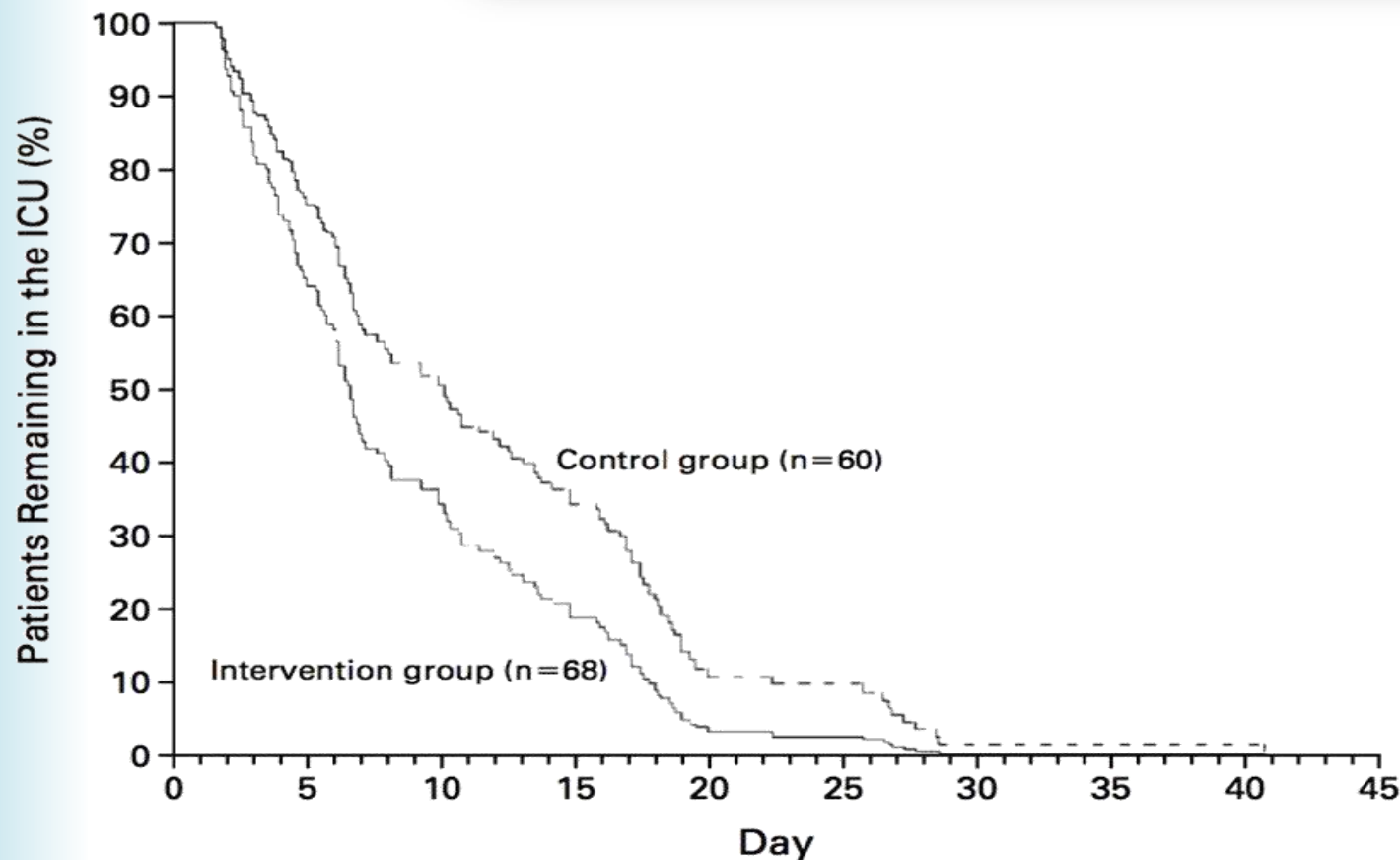
FDR : Amnésie



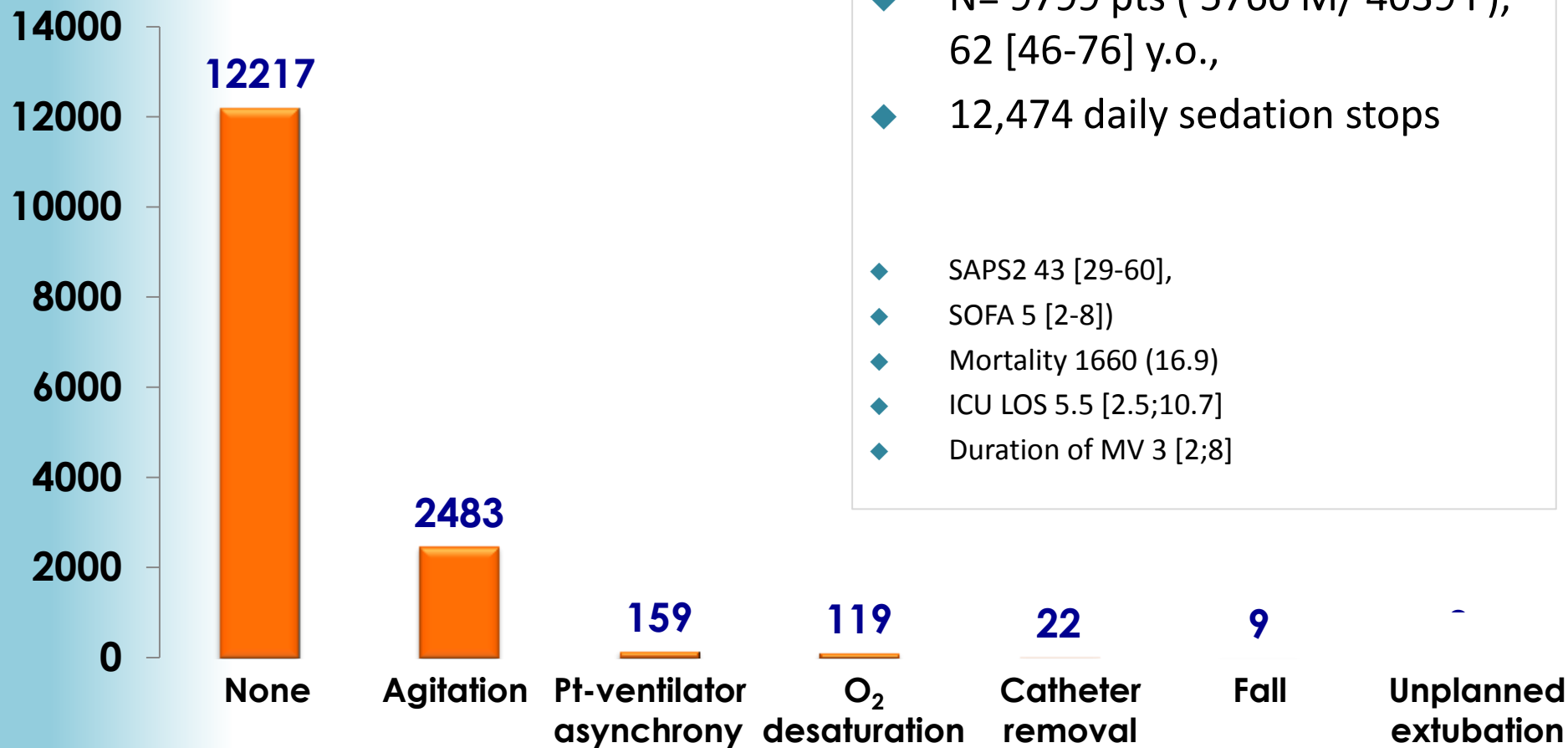
FDR : Amnésie

DAILY INTERRUPTION OF SEDATIVE INFUSIONS IN CRITICALLY ILL PATIENTS UNDERGOING MECHANICAL VENTILATION

JOHN P. KRESS, M.D., ANNE S. POHLMAN, R.N., MICHAEL F. O'CONNOR, M.D., AND JESSE B. HALL, M.D.



FDR : Amnésie



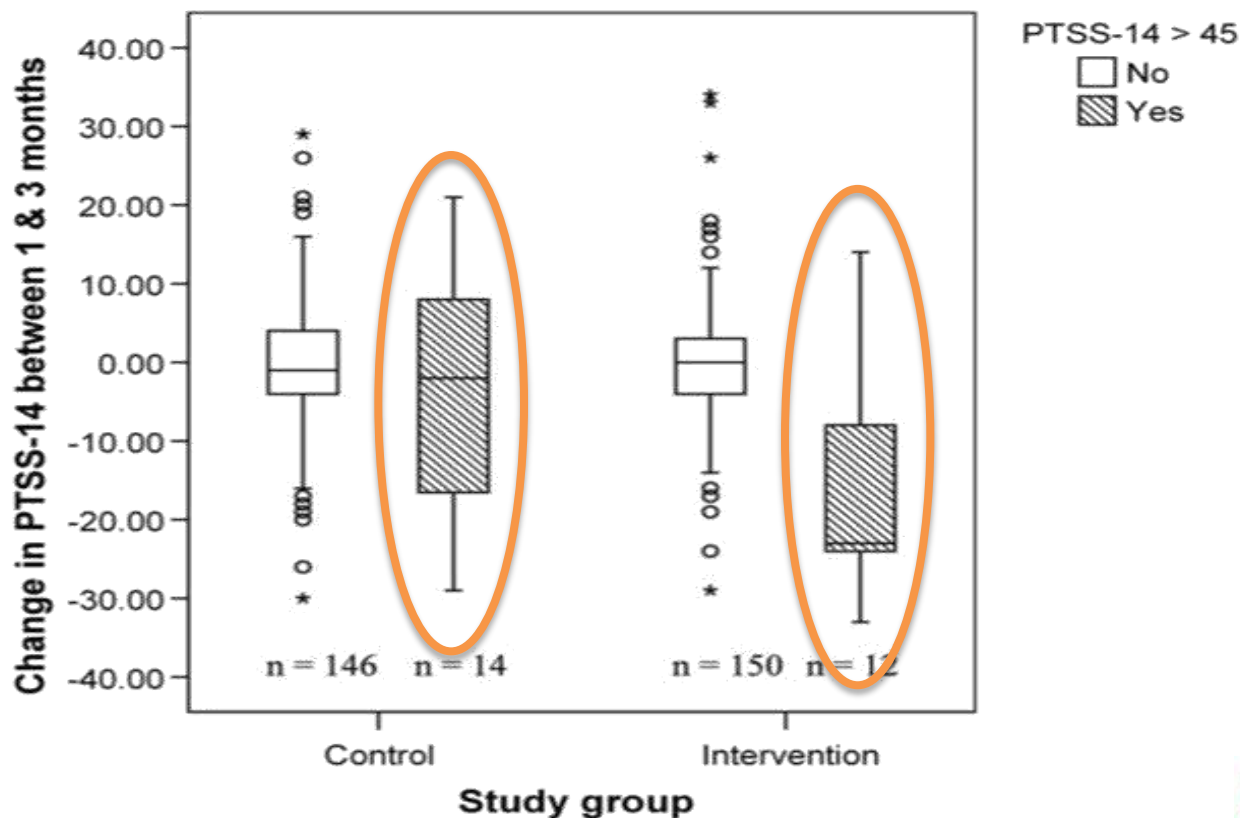
FDR : Amnésie



FDR : Amnésie

Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial

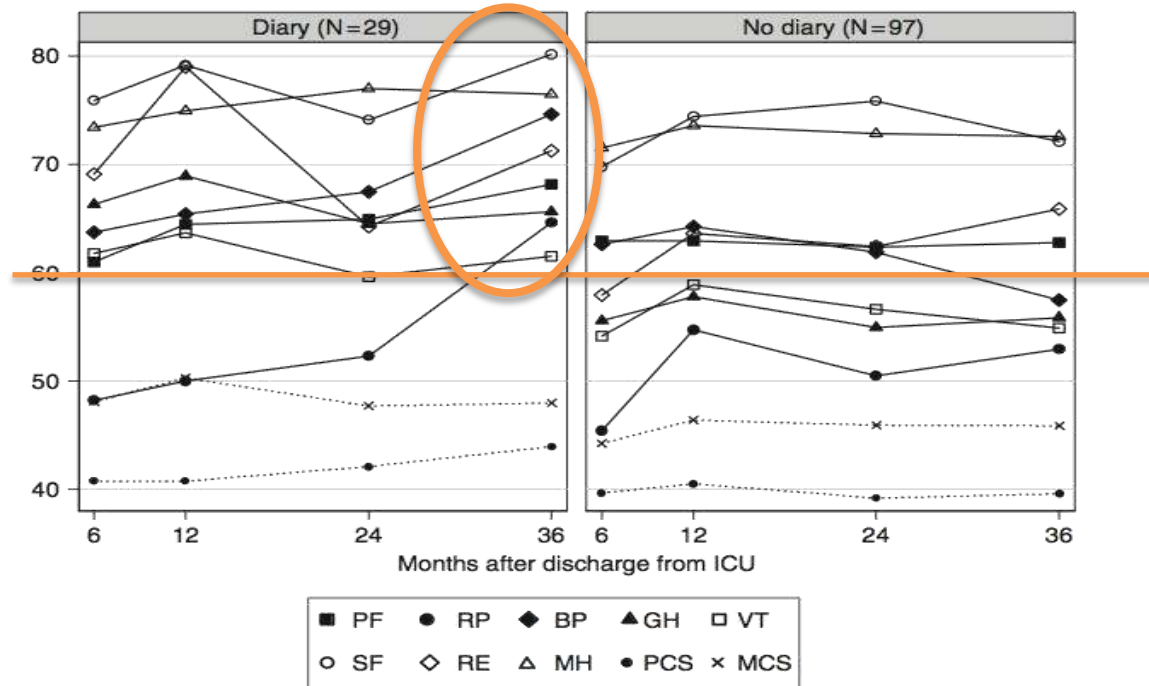
Christina Jones^{1,2}, Carl Backman¹, Maurizia Capuzzo¹, Ingrid Egerod², Hans Flaatten³, Cristina Granja⁷, Christian Rylander⁸, Richard D Griffiths^{1,2*}, the RACHEL group



FDR : Amnésie

Long-term effect of the ICU-diary concept on quality of life after critical illness

C. G. BACKMAN^{1,2}, L. ORWELIUS^{3,4}, F. SJÖBERG^{5,6}, M. FREDRIKSON⁷ and S. M. WALTH⁸



PF, physical functioning; RP, role physical; BP, bodily pain; GH, general health; VT, vitality; SF, social function; RE, role emotional; MH, mental health; PCS, physical component score and MCS, mental component score

FDR : Amnésie

Je comprends ce
qui m'est arrivé

Patient experience is distorted
or even amnesic, and often is
discordant with their profound
physical debility

Recovery is about getting
going but also
understanding what has
happened and how best
to proceed

Je crée du sens

Je comprends
l'attitude
(sur)protectrice de
mes proches

Relatives stressed by
their own experience
are often overly
protective

Je comprends le
temps nécessaire à
ma récupération

The patients may be
wildly ambitious
regarding their own
time scales of recovery

Je m'isole moins

Je protège ma
santé familiale et
sociale

Je culpabilise
moins

Je déprime moins

FDR : Amnésie



Événements quotidiens
de l'hospitalisation :

- Visites,
- Progrès,
- Aggravations,
- Examens,
- Agitation /Délires

Remettre en contexte
l'histoire du patient :

- Événements de
l'actualité
- Vie familiale
- ...

~~Informations
médicales précises
Dossier de soins~~

- **Le stress : effet secondaire de la réa ?**

- **Minimiser le stress : mieux vivre la réa**

- **Pallier aux facteurs de risques**

- **Accompagner la sortie**



Réussir sa sortie

Research

Open Access

'One patient amongst many': a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward

Kate Field¹, Suman Prinjha¹ and Kathy Rowan²

"(we) need to train enough ward staff to recognize and cope with the physical and emotional fragility of former ICU patients and their families, and to be prepared to engage with patients and meet their needs."

Table 2

Causes of distress after transfer from the ICU to the general ward

Causes of distress		Respondents' attribution of the cause of their distress	
Instances of poor basic care	Instances where ward environment and organization inappropriate for recent ICU patients	Lack of resources in NHS	Lack of training Inadequate handover from ICU



Réussir sa sortie

Surviving Intensive Care: a report from the 2002 Brussels Roundtable

Derek C. Angus
Jean Carlet

Urgentistes
SAU

Equipe
Médico/chir
Salle

Equipe Réa
Réanimation

Equipe
Médico/chir
Salle

Famille /
médecin traitant
Maison

Réa

Consultation
réanimatoire

Consultation
réanimatoire

Suivi à 1
semaine

Organisation
de la sortie

Clinique de suivi
post réa

Rôle étendu de la réanimation centrée sur le devenir à long terme



Réussir sa sortie

Unrecognized contributions of families in the intensive care unit

Jennifer L. McAdam
Shoshana Arai
Kathleen A. Puntillo

Active presence is characterized by the family member's physical presence at the patient's bedside and the desire to maintain a vigil while the patient is in the ICU. This role was an important one to many families because they reported that the patient "felt safer" and "more comfortable" when they were present.

The role of **patient protector** encompasses the family members' apparent need to take on the role of advocate, defender, and watchdog over their loved one's care while they are in the ICU.

Being a **facilitator** encompassed the family members translating, explaining, and interpreting information for both the patient and the health care providers.

As **historians**, family members used their intimate knowledge of the patient's prior medical status, history, and wishes to inform HCPs.

A **coach** was seen as someone who motivates, comforts, and maintains hope in the patient during challenging situations. Family members functioned as coaches by offering support, encouragement, and understanding.

Voluntary caregiver identifies actual care that the families provided to patients. We termed this role as a "voluntary caregiver," with the work including massaging, repositioning, distracting, and performing activities of daily living.

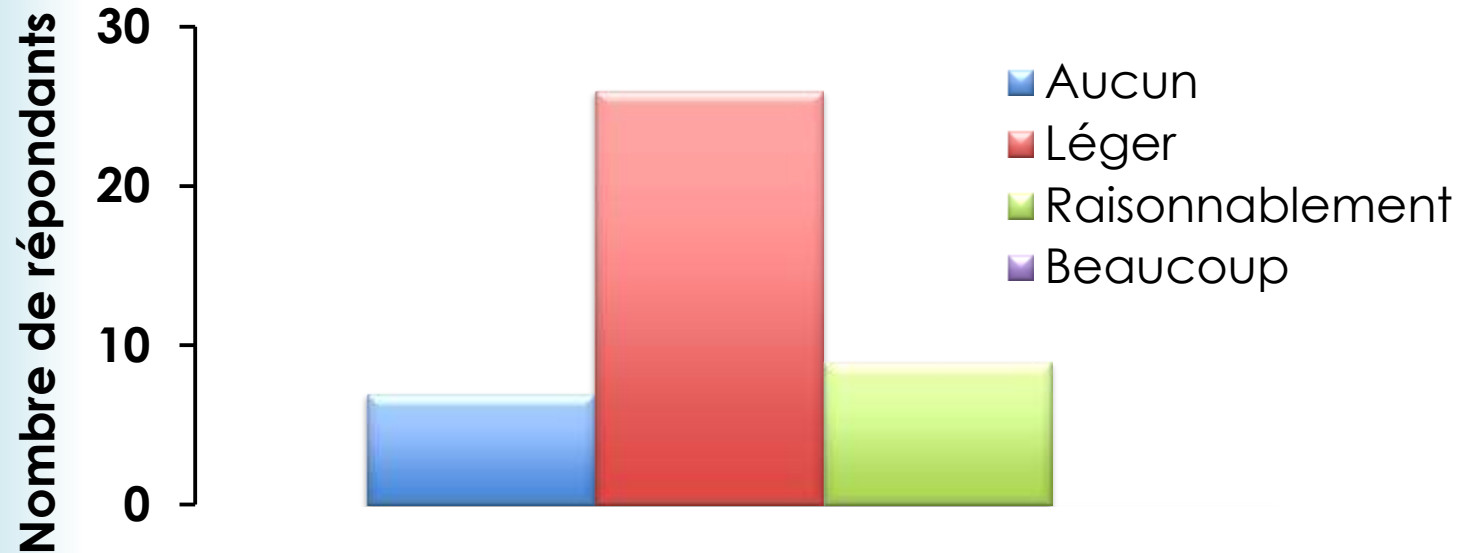
Réussir sa sortie

Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units

Maité Garrouste-Orgeas MD^{a,b,*}, Vincent Willems MD^a,
Jean-François Timsit MD, PhD^{b,c}, Frédérique Diaw RN^a, Sandie Brochon RN^a,
Aurelien Vesin Msc^b, François Philippart MD^a, Alexis Tabah MD^a, Isaline Coquet MD^a,
Cédric Bruel MD^a, Marie-Luce Moulard RN^a, Jean Carlet MD^a, Benoit Misset MD^a

- **96% des familles sont très favorables à participer aux soins quotidiens**
- **70% des patients ont un avis favorable concernant la participation de leur famille aux soins**
 - 30 % ne souhaitent pas recevoir de soins physiques de la part de leur famille
- **La perception favorable des familles de leur participation aux soins s'est avérée en grand décalage avec leur faible niveau de participation spontanée**
 - Des efforts de la part des équipes de réanimation pour encourager les familles pourraient améliorer leur expérience de leur participation aux soins

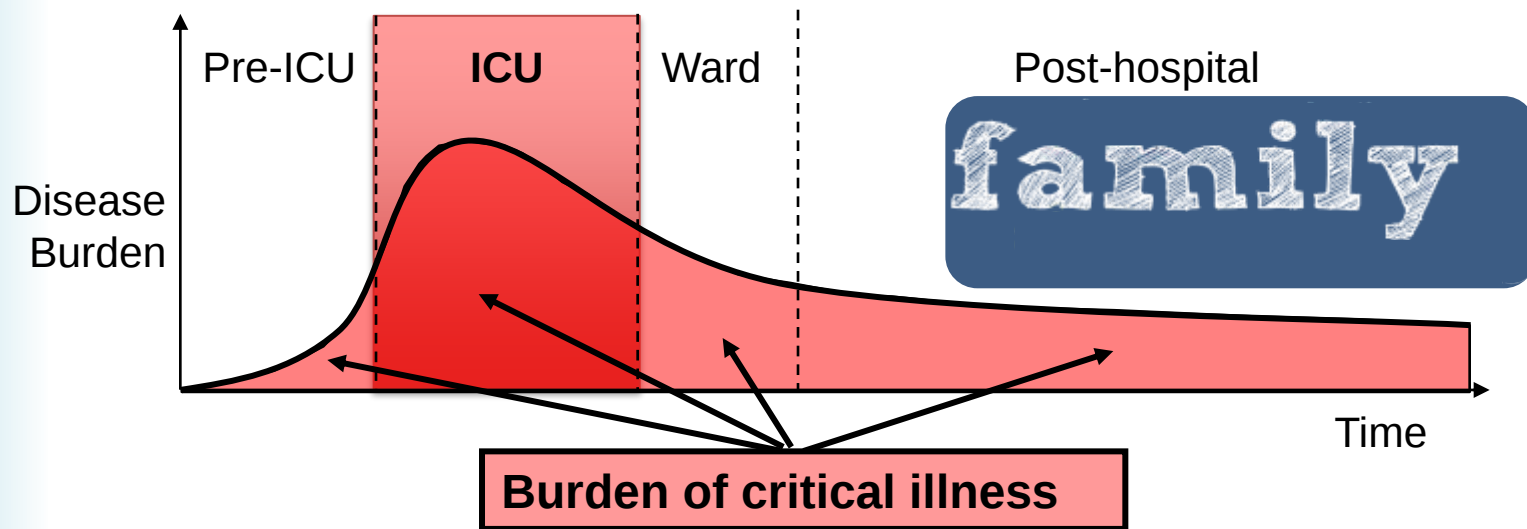
Impact de la participation de la famille aux soins sur la charge en soins infirmiers :



Réussir sa sortie

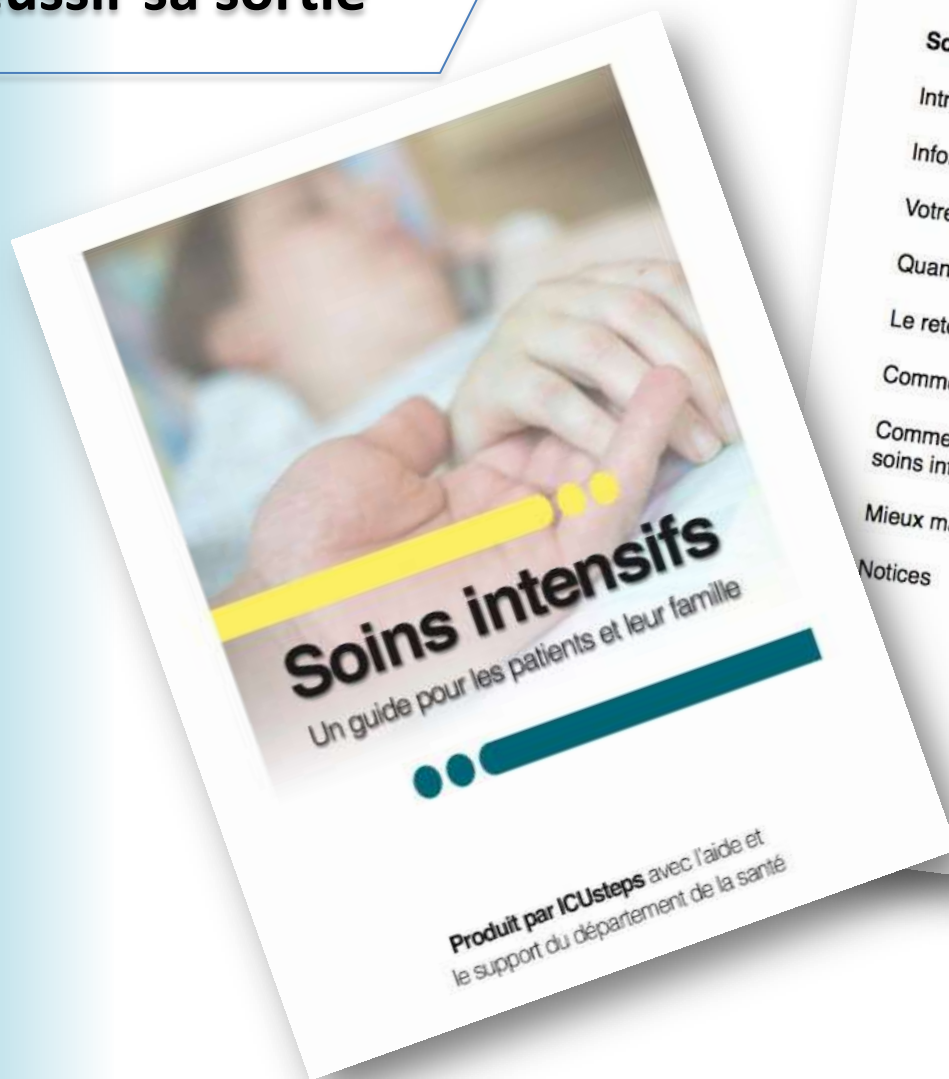
Surviving Intensive Care: a report from the 2002 Brussels Roundtable

Derek C. Angus
Jean Carlet



- Expand *involvement of the ICU team* in key management decisions made *outside the ICU*

Réussir sa sortie



Sommaire	Page
Introduction	3
Information pour les proches, les amis et les visiteurs	4
Votre séjour aux soins intensifs	9
Quand vous avez quitté les soins intensifs	12
Le retour à la maison, que va être ma vie maintenant	13
Comment votre grave maladie peut affecter votre corps	16
Comment vous pourriez vous sentir après avoir été aux soins intensifs	19
Mieux manger pour aller mieux	22
Notices	23



Because you care as much as you cure,
AFFILIATE YOUR ICU WITH LIFE-PRIORITY

Become a



and benefit from a full range of resources
for your unit and your staff :

- > *Custom communication tools*
- > *ICU staff support package*

Visit us during Réanimation 2017 on the ESICM booth #A6

www.life-priority.com

