

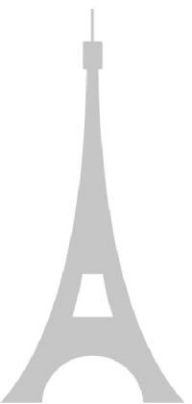


PICS

*FACTEURS DE RISQUE ET CONSÉQUENCES,
DERNIÈRES RECOMMANDATIONS HAS*

Dr Maïté AGBAKOU

MIR – CHU Nantes



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT POTENTIELS



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Maite AGBAKOU, Nantes

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer



INTRODUCTION



réanimation 2024

PARIS 12-14 JUIN

APRES LA REANIMATION



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Amélioration de la survie des patients admis en réanimation

→ Millions de patients dits « survivants » de la réanimation

Figure 1. Mean Annual Mortality in Patients With Severe Sepsis

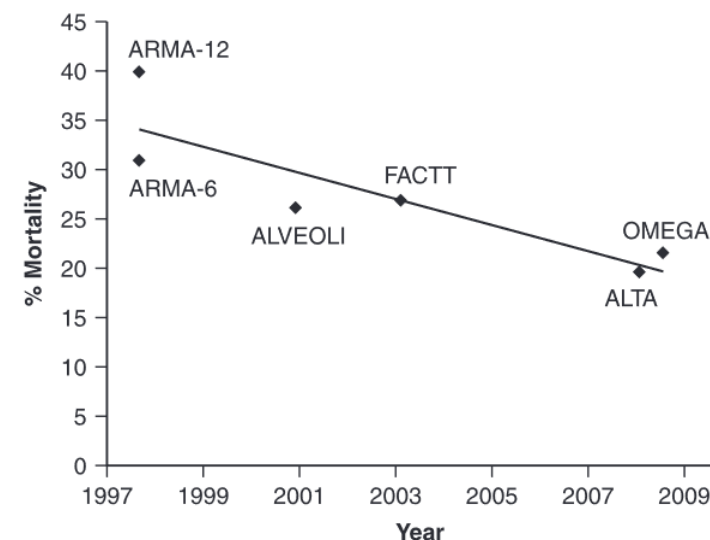
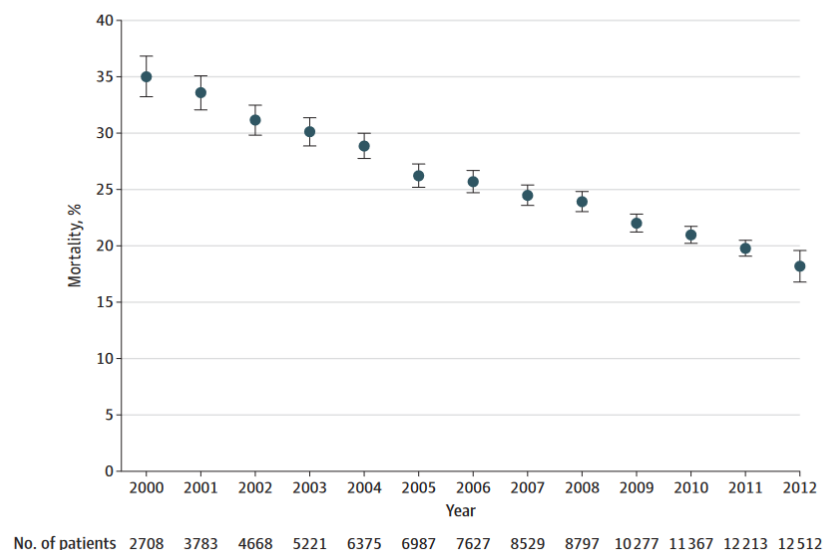


Figure 1. Observed 60-day mortality reported for the NHLBI Acute Respiratory Distress Syndrome Clinical Trials Network studies. Study

APRES LA REANIMATION



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Conséquences à long terme physiques,
psychologiques/ psychiatriques et cognitives

Troubles anxiodépressifs

PTSD

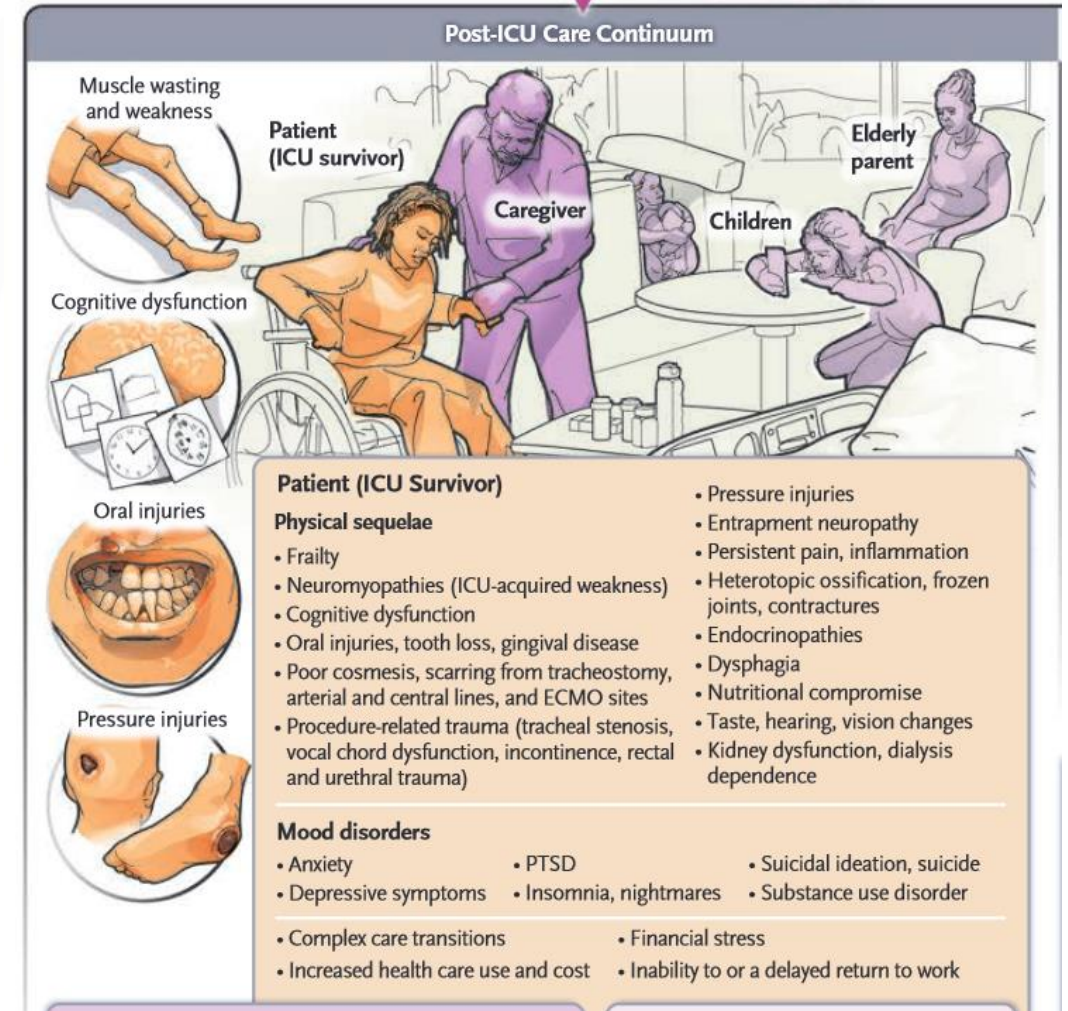
Faiblesse musculaire

*Aggravation/ apparition d'insuffisance
chronique d'organe*

Troubles cognitifs

Troubles nutritionnels

...



PICS: de quoi parle t-on?



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*

Post-Intensive Care Syndrome (PICS)

« new or worsening impairments in physical, cognitive, or mental health status arising after critical illness and persisting beyond acute care hospitalization. »

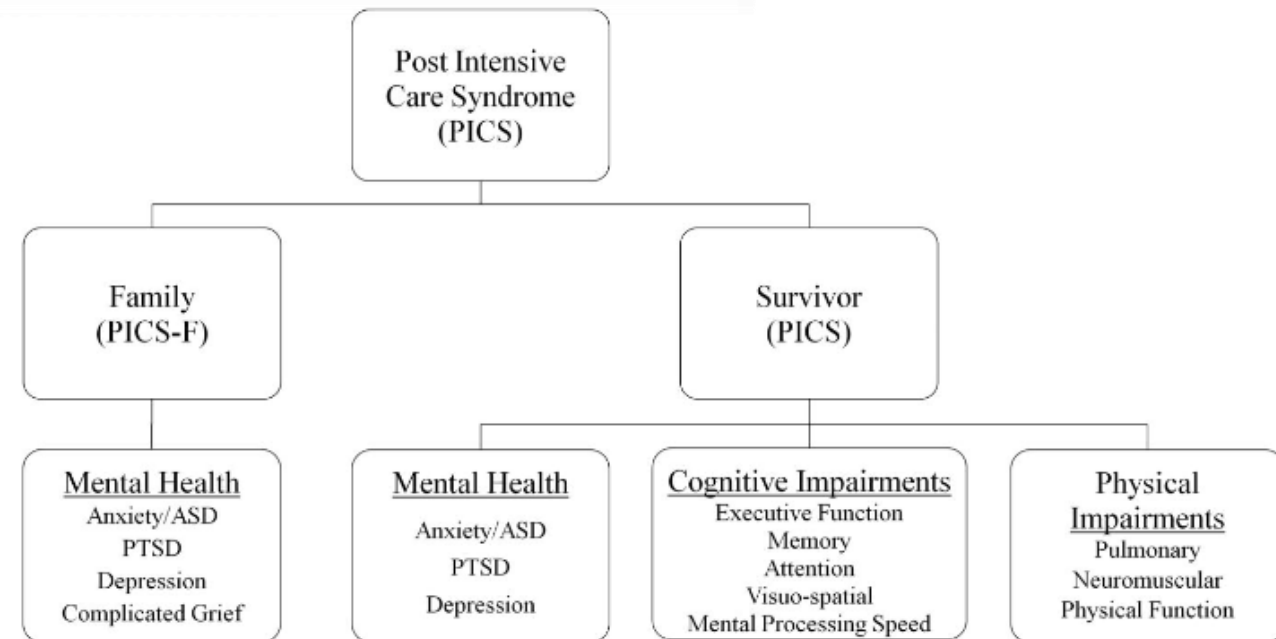


Figure 1. Postintensive care syndrome (PICS) conceptual diagram. ASD, acute stress disorder; PTSD, posttraumatic stress disorder.

PICS: de quoi parle t-on?



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

- Problématique fréquente:

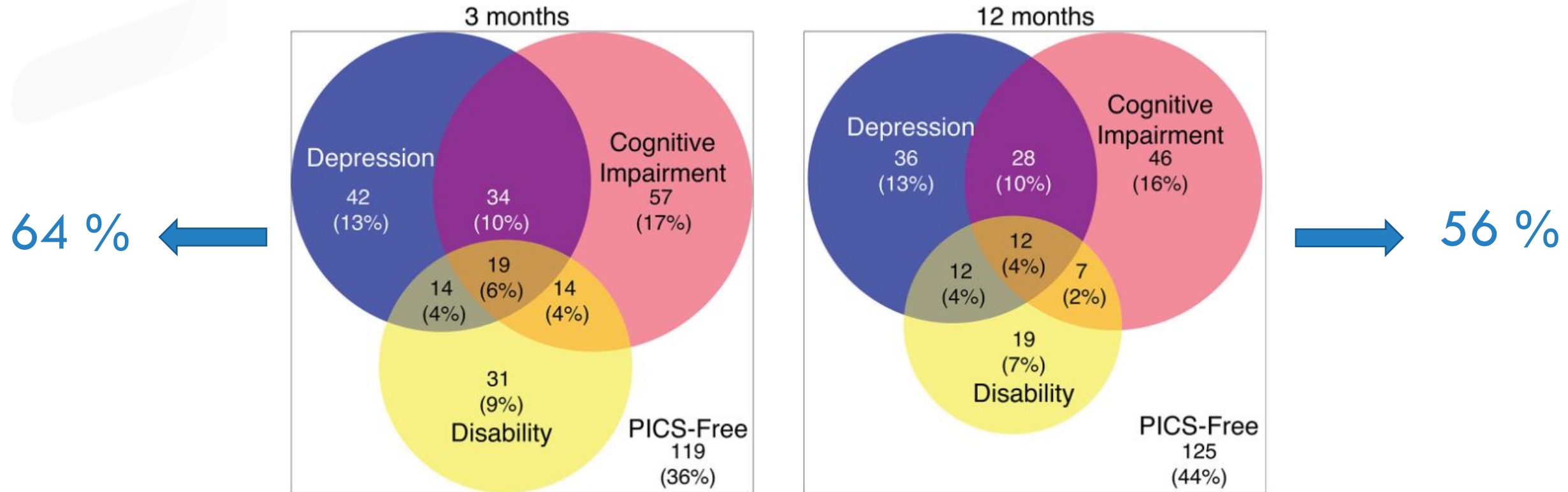


Figure 2. Co-Occurring Post-Intensive Care Syndrome Problems at 3- and 12-Month Follow-Up



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage

Validé par le Collège le 17 mai 2023

OBJECTIFS:

- Améliorer la prévention du PICS et la prise en charge des patients avec un syndrome post-réanimation en termes de :
 - définition des patients à risque de PICS
 - diagnostic de ces patients
 - prise en charge précoce et à long terme des PICS
 - parcours de soins.
- Alerter le patient et ses proches sur ce syndrome et les accompagner dans sa prise en charge par une orientation vers des professionnels de santé formés à ce syndrome.
- Recommandations destinées à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge ou qui vont être amenés à prendre en charge les patients avec un syndrome PICS



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage

Validé par le Collège le 17 mai 2023

OBJECTIFS:

- Améliorer la prévention du PICS et la prise en charge des patients avec un syndrome post-réanimation en termes de :
 - définition des patients à risque de PICS
 - diagnostic de ces patients
 - prise en charge précoce et à long terme des PICS
 - parcours de soins.
- Alerter le patient et ses proches sur ce syndrome et les accompagner dans sa prise en charge par une orientation vers des professionnels de santé formés à ce syndrome.
- Recommandations destinées à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge ou qui vont être amenés à prendre en charge les patients avec un syndrome PICS

Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage

OBJECTIFS:

- Améliorer la prévention du PICS et la prise en charge des patients avec un syndrome post-réanimation en termes de :
 - définition des patients à risque de PICS
 - diagnostic de ces patients
 - prise en charge précoce et à long terme des PICS
 - parcours de soins.
- Alerter le patient et ses proches sur ce syndrome et les accompagner dans sa prise en charge par une orientation vers des professionnels de santé formés à ce syndrome.
- Recommandations destinées à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge ou qui vont être amenés à prendre en charge les patients avec un syndrome PICS



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage

Validé par le Collège le 17 mai 2023

OBJECTIFS:

- Améliorer la prévention du PICS et la prise en charge des patients avec un syndrome post-réanimation en termes de :
 - définition des patients à risque de PICS
 - diagnostic de ces patients
 - prise en charge précoce et à long terme des PICS
 - parcours de soins.
- Alerter le patient et ses proches sur ce syndrome et les accompagner dans sa prise en charge par une orientation vers des professionnels de santé formés à ce syndrome.
- Recommandations destinées à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge ou qui vont être amenés à prendre en charge les patients avec un syndrome PICS



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage

Validé par le Collège le 17 mai 2023

Sommaire

1. Qu'est-ce que le PICS ?	5
1.1. Quels sont les troubles associés à ce syndrome ?	5
1.2. Quels sont les patients à risque de développer ce type de syndrome ?	6
2. Prévention du PICS en réanimation	7
3. Prévention du PICS-family	8
4. Comment dépister et diagnostiquer un syndrome post-réanimation, pendant l'hospitalisation et en médecine de ville ?	9
Participants	12

1. Qu'est-ce que le PICS ?

Le PICS (*Post-Intensive Care Syndrome*) ou syndrome post-réanimation est un syndrome fréquent défini par la survenue ou par l'aggravation, dans les suites d'un séjour en réanimation, de symptômes physiques, psychologiques/psychiatriques et/ou cognitifs, pouvant entraîner des limitations d'activité, altérer la qualité de vie et l'autonomie, et entraver la réinsertion socioprofessionnelle des patients.

1.1. Quels sont les troubles associés à ce syndrome ?

Recommandation n° 1 (AE)

Il est recommandé d'évoquer le diagnostic de PICS devant l'apparition de novo ou l'aggravation d'un ou de plusieurs des symptômes ci-dessous, persistant au décours de l'hospitalisation en réanimation ou apparaissant jusqu'à 12 mois après l'hospitalisation, voire au-delà :

- des symptômes physiques en rapport avec des atteintes musculaires, neurologiques, ostéoarticulaires, cutanées, ORL, respiratoires, cardiovasculaires, rénales et des atteintes d'ordre général (dénutrition, dyspnée, asthénie, douleur) pouvant aboutir à un déconditionnement, une diminution des capacités à l'effort et/ou à une fatigabilité ;
- des symptômes psychologiques/psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs, de stress post-traumatique) ;
- des symptômes cognitifs dont des difficultés de mémoire, d'attention, de compréhension et des troubles des fonctions exécutives.

Ces symptômes, en particulier lorsqu'ils sont multiples, peuvent induire des limitations d'activité objectives ou ressenties, altérer la qualité de vie et l'autonomie, et entraver la réinsertion socioprofessionnelle. Ils peuvent aussi altérer la qualité de vie des proches et des aidants.

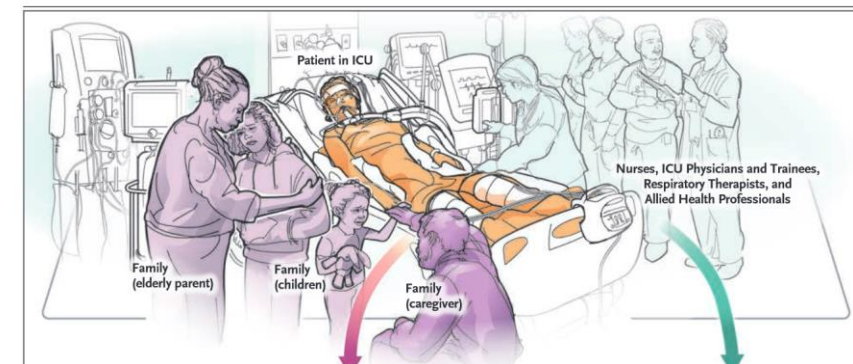


- Impact du séjour en réanimation sur les proches et aidants:

- Stress, anxiété ++ liée à l'état de santé du patient

- Retour à domicile du proche:

- Rôle d'aidant, parfois soignant
- Impact sur vie privée / familiale, sociale et professionnelle



→ Symptômes anxieux: jusqu'à 80% en réanimation et 24% à 6 mois

→ Symptômes dépressifs: jusqu'à 90% en réanimation et 44% à 12 mois

→ PTSD: 80% à 12 mois

Recommandation n° 2 (AE)

Il est recommandé d'évoquer le diagnostic de PICS-*family* en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes psychologiques/psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs ou de stress post-traumatique) chez les proches et les aidants, persistant au décours de l'hospitalisation de leur proche en réanimation ou apparaissant dans les 12 mois suivant l'hospitalisation, voire au-delà. Ces symptômes peuvent entraîner des conséquences familiales, sociales et professionnelles pour les proches et les aidants.



PICS

FACTEURS DE RISQUE



réanimation 2024

PARIS 12-14 JUIN

Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis

Lee et al., Australian critical care, 2020

SANTÉ MENTALE

Anxiété, dépression, PTSD



FONCTIONS COGNITIVES



ÉTAT PHYSIQUE AUTONOMIE



Mauvaise expérience
de la réa



Age



Sexe



Antécédents
psychiatriques



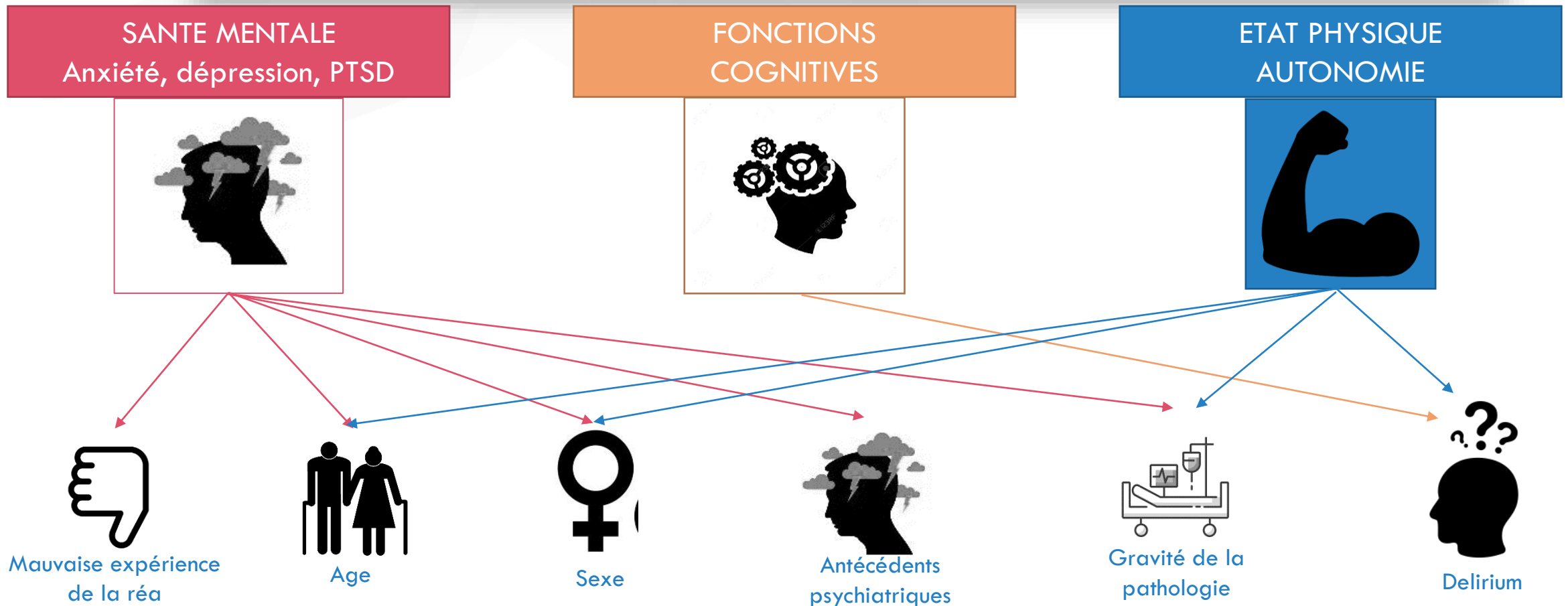
Gravité de la
pathologie



Delirium

Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis

Lee et al., Australian critical care, 2020



Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis

Lee et al., Australian critical care, 2020

SANTE MENTALE
Anxiété, dépression, PTSD



**FONCTIONS
COGNITIVES**



**ETAT PHYSIQUE
AUTONOMIE**



Mauvaise expérience
de la réa



Age



Sexe



Antécédents
psychiatriques



Gravité de la
pathologie



Delirium



- Hétérogénéité des données de la littérature
 - Hétérogénéité des définitions
- Difficulté d'établir une liste exhaustive des facteurs de risque

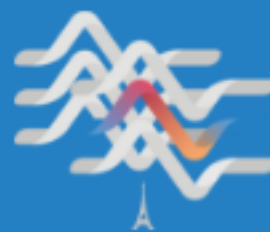
1.2. Quels sont les patients à risque de développer ce type de syndrome ?

Recommandation n° 3 (AE)

Il est recommandé de considérer les patients présentant un ou plusieurs des facteurs de risque suivants comme à risque de développer un PICS.

Avant le séjour en réanimation	Pendant le séjour en réanimation	À la sortie et après le séjour en réanimation
Âge (en particulier > 75 ans) Fragilité clinique (autonomie limitée avant l'admission, comorbidités préexistantes à l'admission, état général dont dénutrition et sarcopénie) Limitation fonctionnelle Troubles cognitifs Antécédents psychologiques/psychiatriques	Motif d'admission : choc septique, SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë) <i>Delirium</i> (syndrome confusionnel) Durée de séjour : durée de ventilation mécanique et/ou de traitement par catécholamines ≥ 3 jours Certaines thérapeutiques dont les curares, benzodiazépines	Statut fonctionnel à la sortie (difficultés à se mobiliser, support ventilatoire) Dénutrition Souvenirs d'épisodes délirants Expérience négative du séjour en réanimation Apparition précoce de symptômes psychologiques/psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs et de stress post-traumatique)

Facteurs de risque



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Avant le séjour en réanimation	Pendant le séjour en réanimation	À la sortie et après le séjour en réanimation
Âge (en particulier > 75 ans) Fragilité clinique (autonomie limitée avant l'admission, comorbidités préexistantes à l'admission, état général dont dénutrition et sarcopénie) Limitation fonctionnelle Troubles cognitifs Antécédents psychologiques/psychiatriques	Motif d'admission : choc septique, SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë) <i>Delirium</i> (syndrome confusionnel) Durée de séjour : durée de ventilation mécanique et/ou de traitement par catécholamines ≥ 3 jours Certaines thérapeutiques dont les curares, benzodiazépines	Statut fonctionnel à la sortie (difficultés à se mobiliser, support ventilatoire) Dénutrition Souvenirs d'épisodes délirants Expérience négative du séjour en réanimation Apparition précoce de symptômes psychologiques/psychiatriques (troubles anxieux, dépressifs et de stress post-traumatique)

Recommandation n° 4 (AE)

Aucun outil fiable de prédiction de la survenue d'un PICS à l'échelle individuelle ne peut être recommandé à l'heure actuelle, soulignant l'importance d'avoir un **haut degré de suspicion** et de le **rechercher activement** lorsqu'un ou plusieurs des facteurs de risque proposés sont présents.



A large, stylized graphic on the left side of the slide. It consists of several overlapping, semi-transparent blue shapes that form the outlines of hands reaching out to hold a heart. The hands are positioned around the heart, with fingers slightly curled. The entire graphic is rendered in various shades of blue, creating a layered, ethereal effect.

PICS

CONSEQUENCES

A small, stylized graphic of the Eiffel Tower, rendered in a light blue color, located in the bottom left corner of the slide.

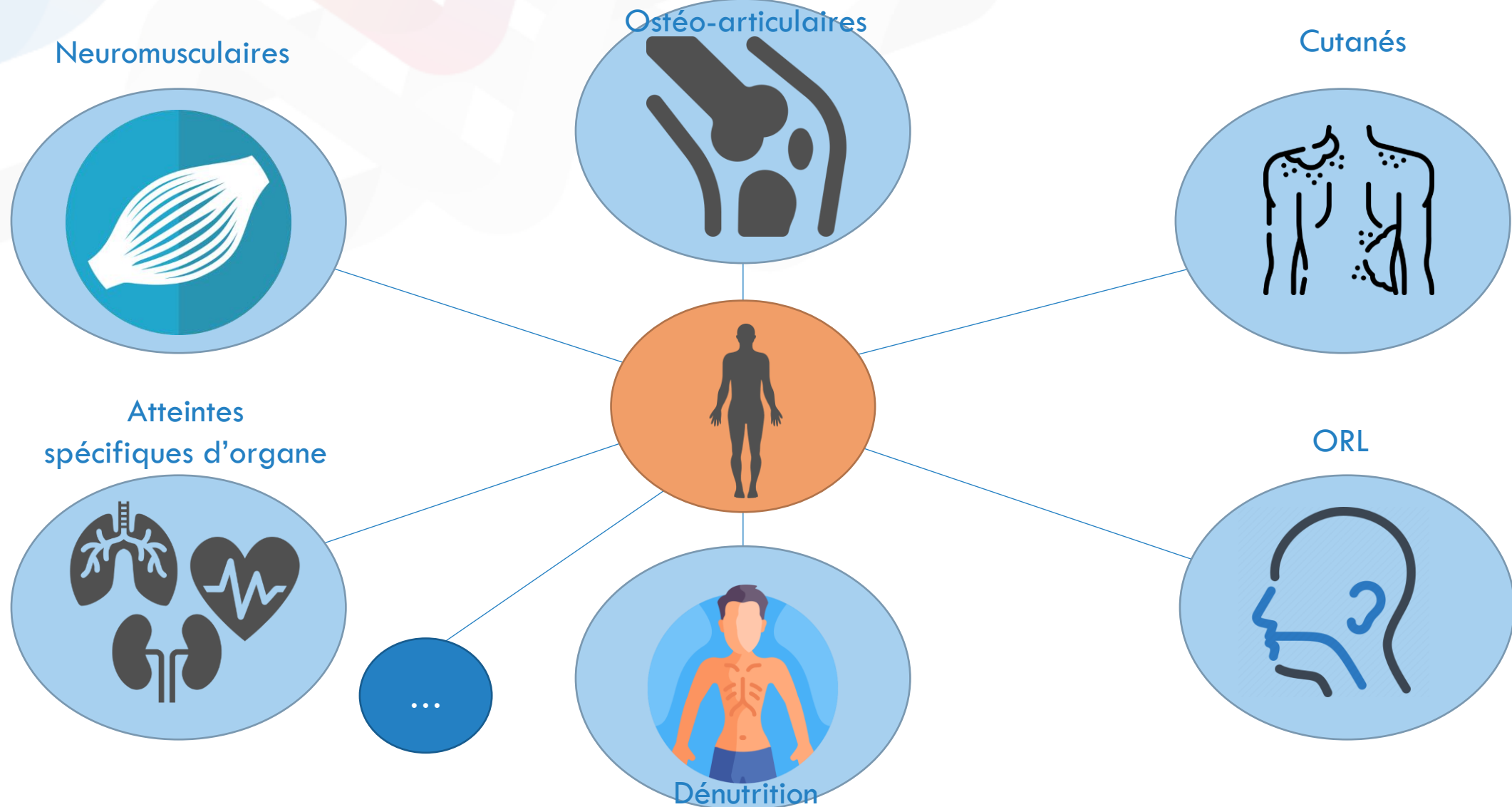
réanimation 2024

PARIS 12-14 JUIN

SYMPTOMES PHYSIQUES



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN



SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES / PSYCHIATRIQUES



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

SYMPTOMES DEPRESSIFS / ANXIEUX

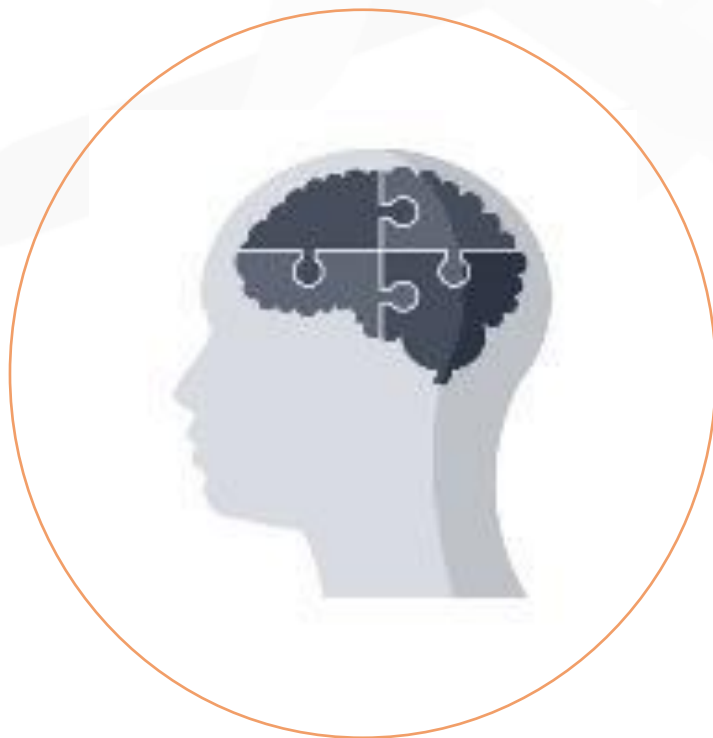
Jusqu'à 1/3 des patients
Peu d'amélioration dans
la 1^e année suivant la
sortie de réa



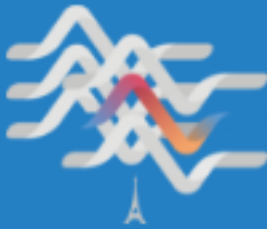
PTSD

Prévalence variable de
17 à 63% à 1 an

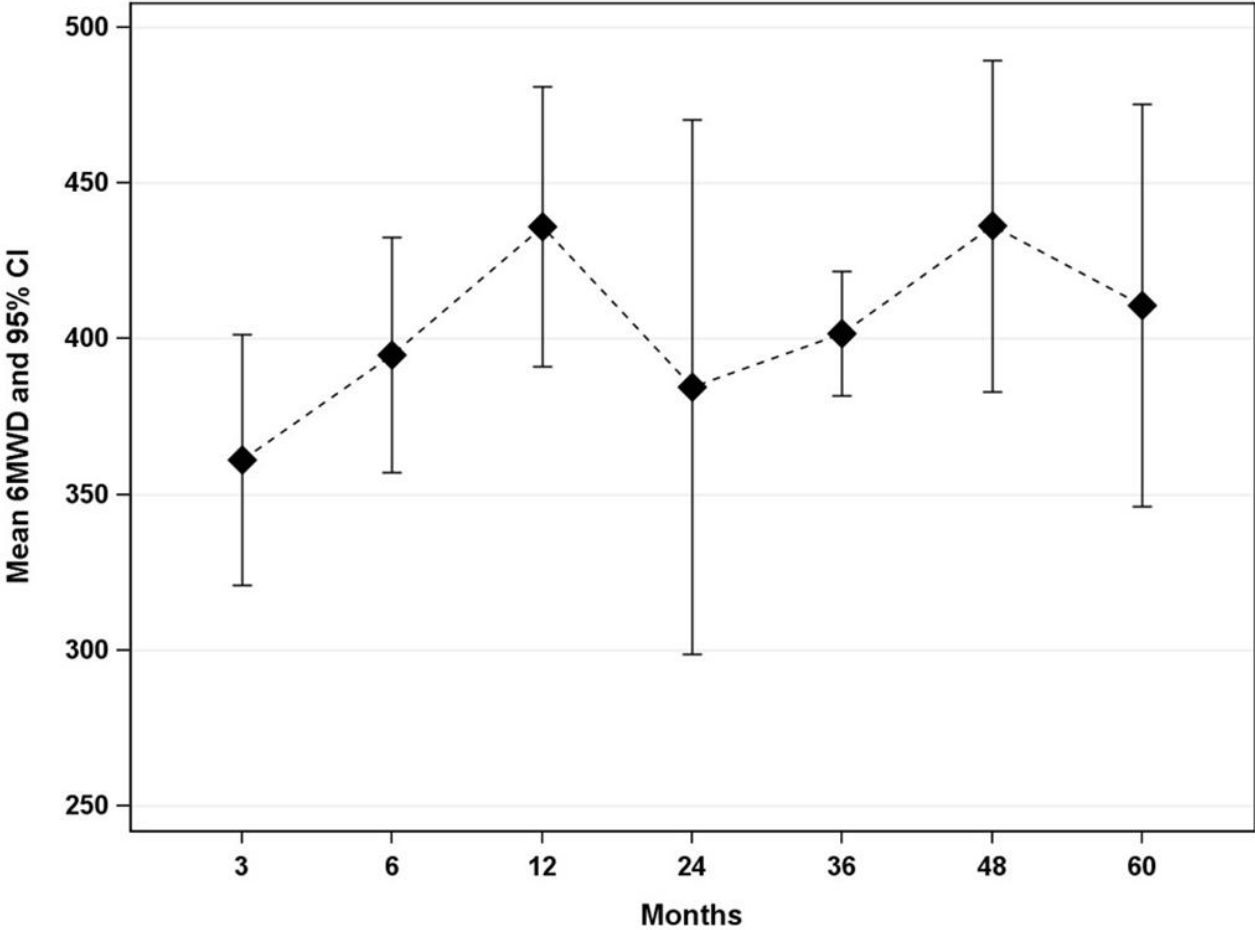
Nikayin et al. CCM 2020
Jackson et al. 2006
Parker et al. 2015



- Troubles de la mémoire
- Difficultés attentionnelles
- Difficultés de concentration
- Dysfonctionnement exécutif
- ...
- Prévalence 40% à 12 mois



Altération des capacités fonctionnelles à l'effort



N studies	11	10	9	2	2	3	2
N participants	764	828	649	176	157	203	157
Mean 6MWD	361	395	436	385	402	436	411

- Dépendance: 5 à 70% selon échelles
- Apparition ou aggravation d'une dépendance décrite dans la majorité des études
- Amélioration dans les 12 mois
- Aidant: membre de la famille → adaptation professionnelle ++



REINSERTION PROFESSIONNELLE



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Taux de retour au travail:
36% à 3 mois
60% à 1 an

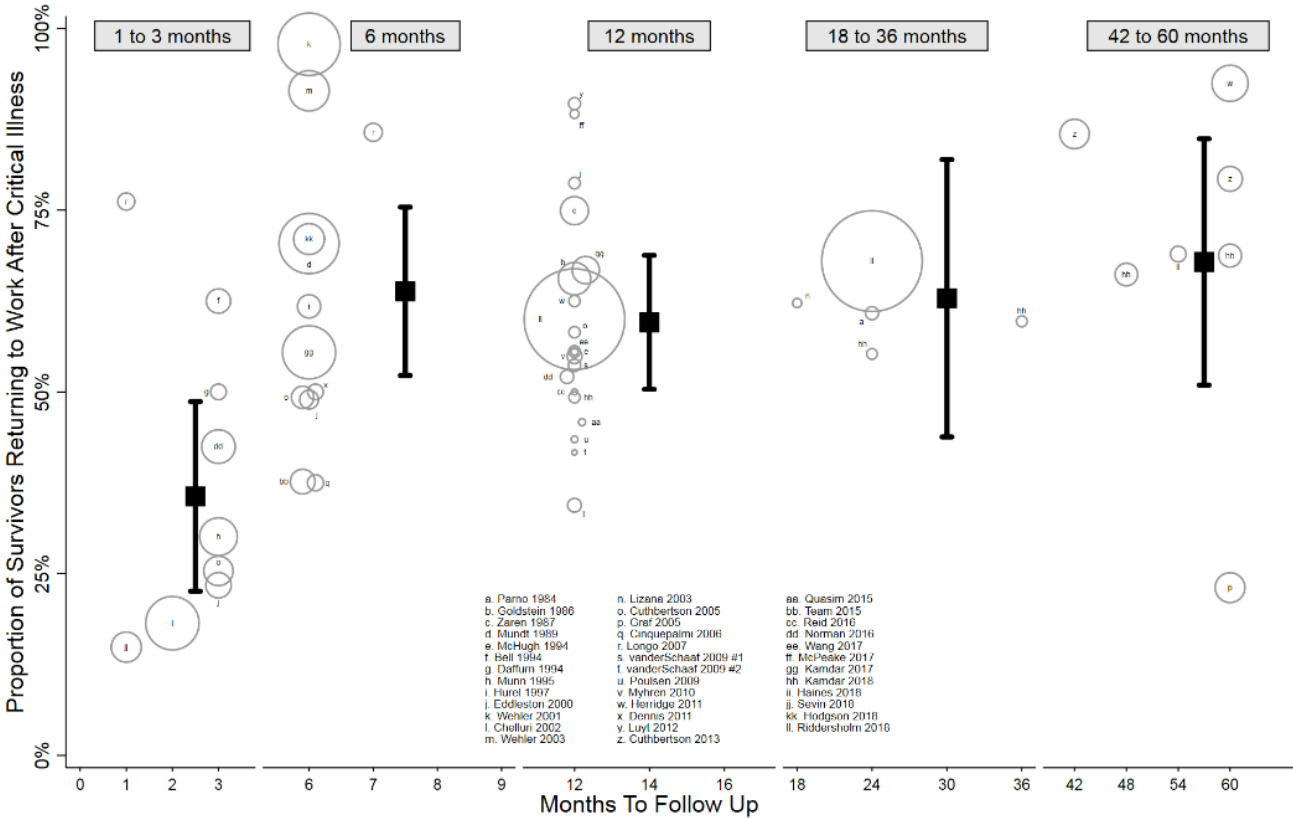
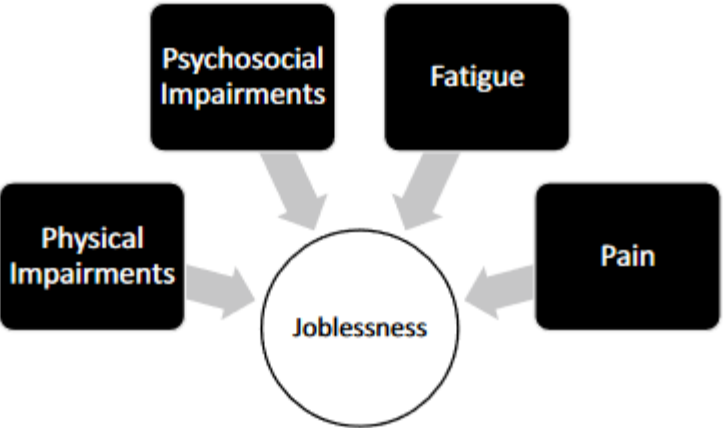


Fig. 1 Barriers to return to work after critical illness

Nécessité d'adaptation de
poste jusqu'à 66% des cas

Perte du travail après la
reprise 20-36%

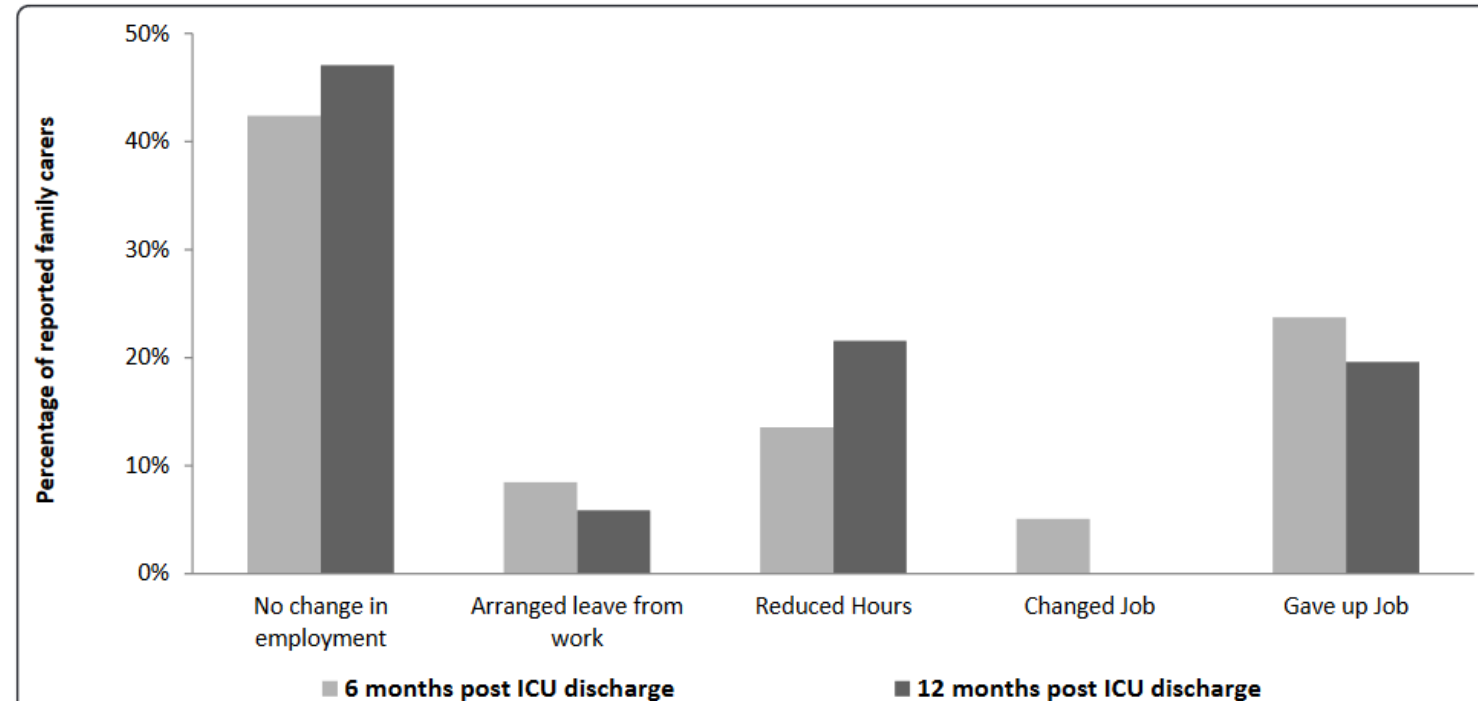


Figure 4 Changes in employment for family carers. Changes in employment status amongst families with care requirements.



Impact négatif sur les
revenus du ménage
à 6 et 12 mois
dans $\sim 1/3$ des cas

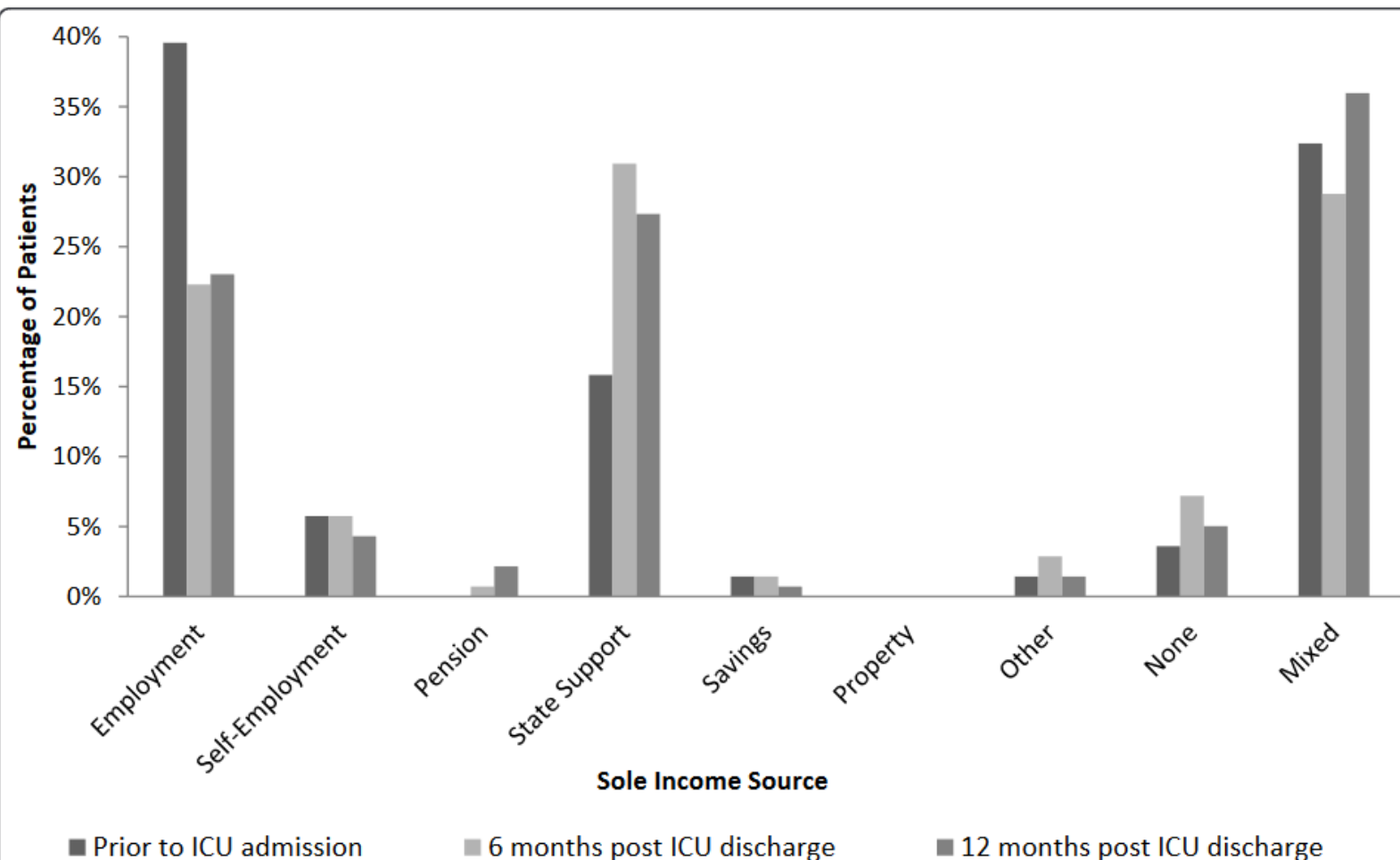


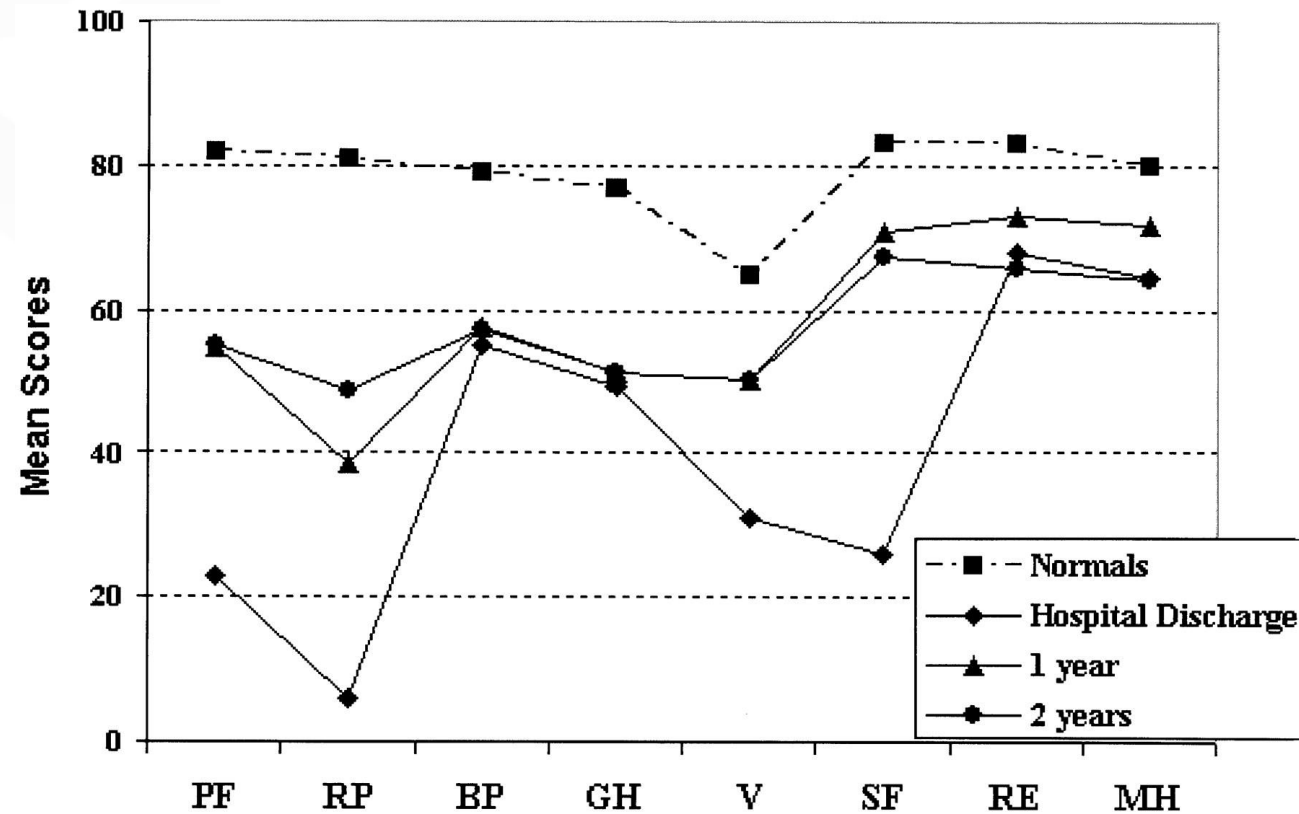
Figure 2 Sources of income prior to admission and at 6 and 12 months post-ICU discharge. Mixed income is where the patient has reporting having more than one source of income at any point in time.

QUALITE DE VIE



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

- Altération de la QDV globale chez les patients survivants après la réanimation
- Etat qui perdure plusieurs années
- Semble plus marqué chez patients avec SDRA



RECOURS AUX SOINS



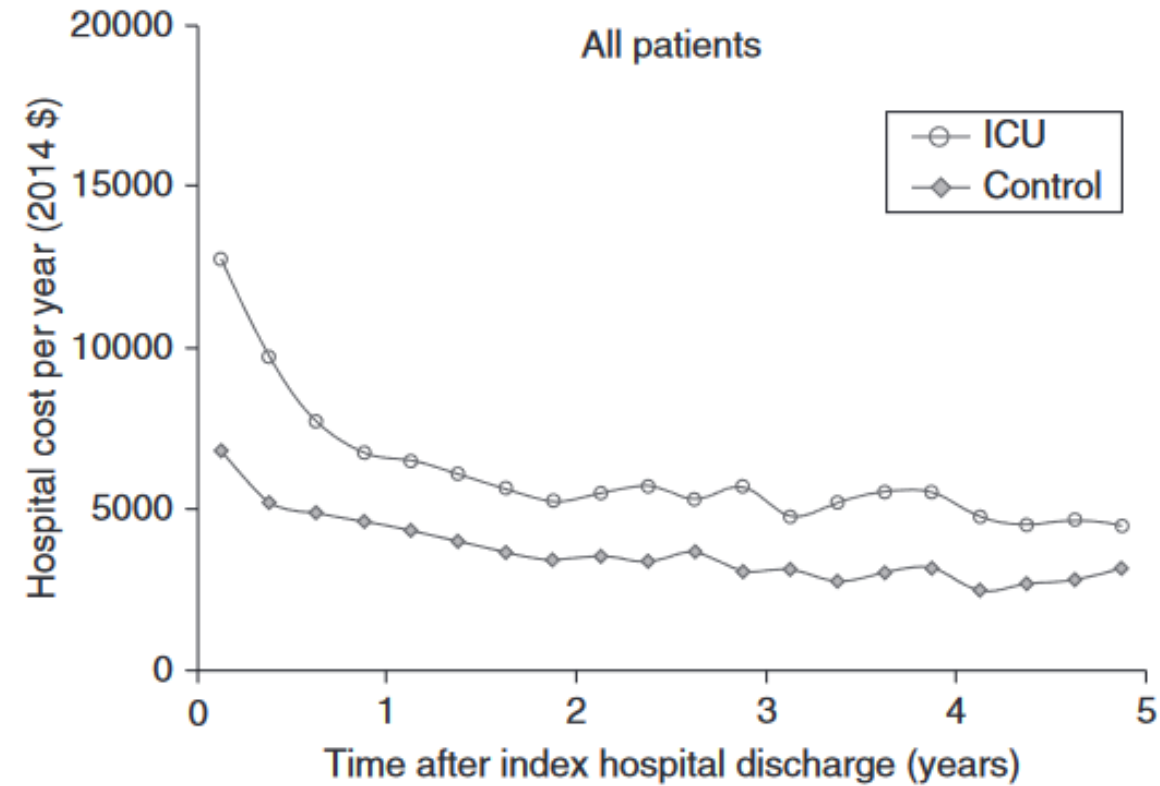
réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN

Cohorte patients post-rea vs post-hospit:

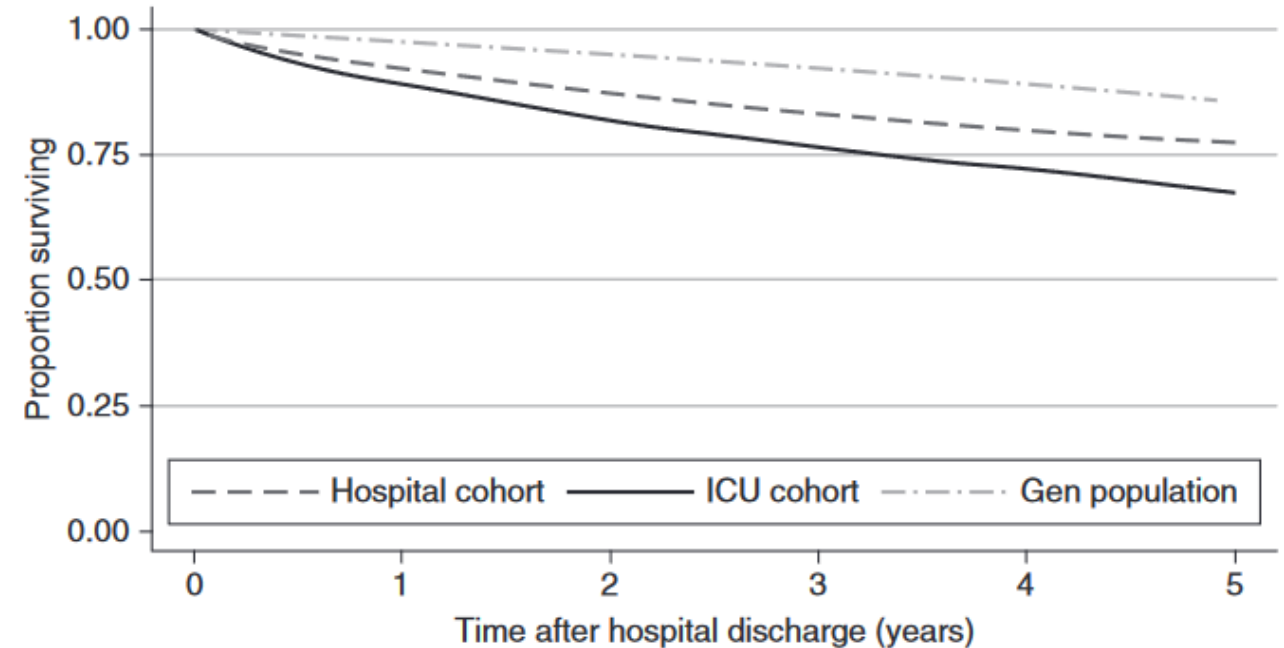
- Recours aux soins plus importants
- 50% de plus de dépenses de santé à 5 ans



A



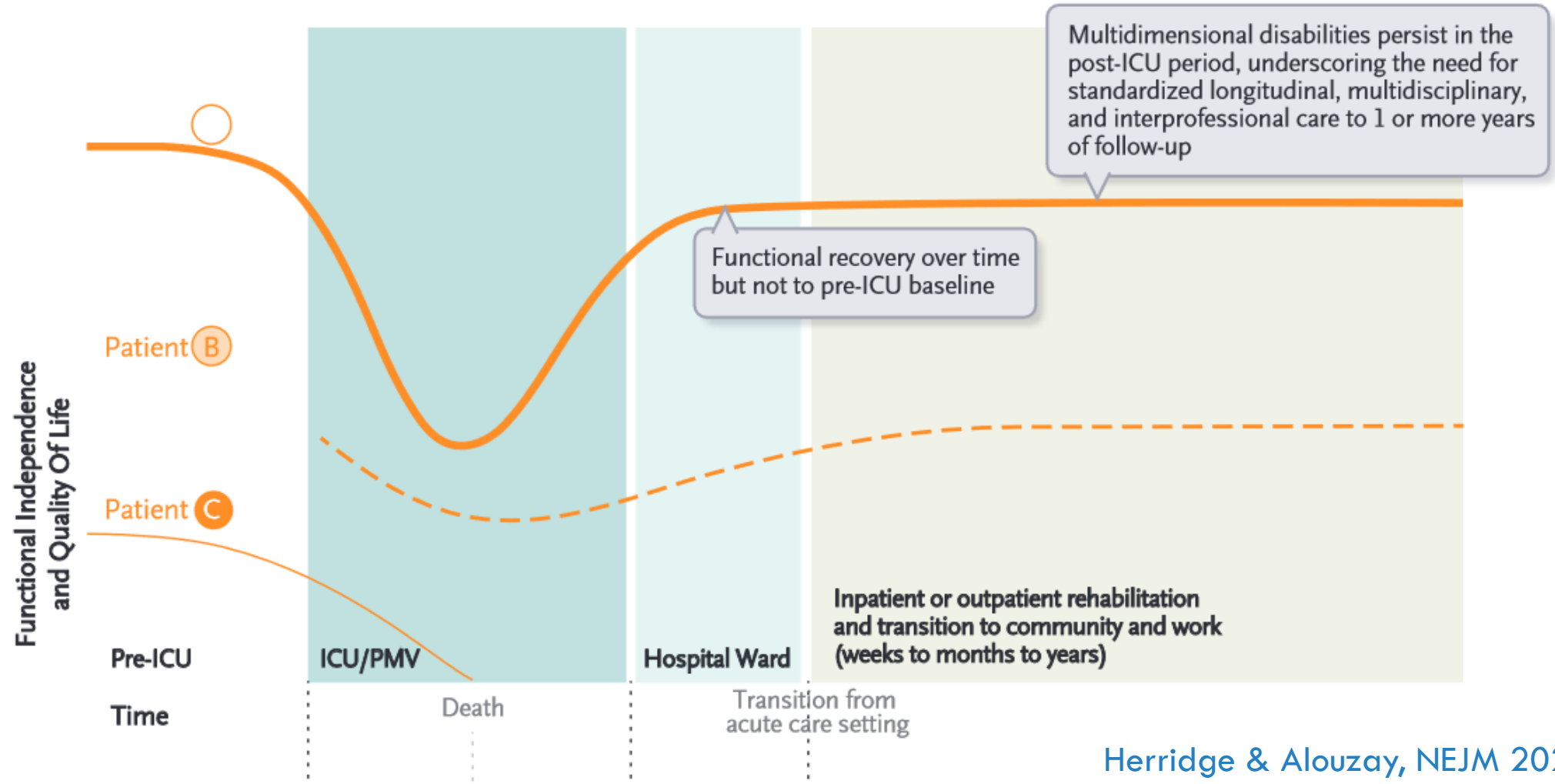
Survie à long terme diminuée après un séjour en réanimation



Popul	5,215	5,100	4,974	4,835	4,682	4,514
Hosp	5,215	4,824	4,558	4,345	4,179	3,810
ICU	5,215	4,651	4,286	3,999	3,757	3,322

Figure 1. Kaplan-Meier plot of 5-year survival after hospital discharge for the intensive care unit (ICU) survivor cohort, hospital cohort, and general population of Scotland. General population mortality rates were derived using age-sex indirect standardization. Gen = general; Popul = general population at risk of event; Hosp = hospital control cohort at risk of event; ICU = ICU cohort at risk of event.

A Patient Trajectory (risk stratified by frailty, age, burden of coexisting illness, pre-ICU function, and cognitive health trajectories)





PREVENTION & DEPISTAGE



réanimation 2024

PARIS 12-14 JUIN



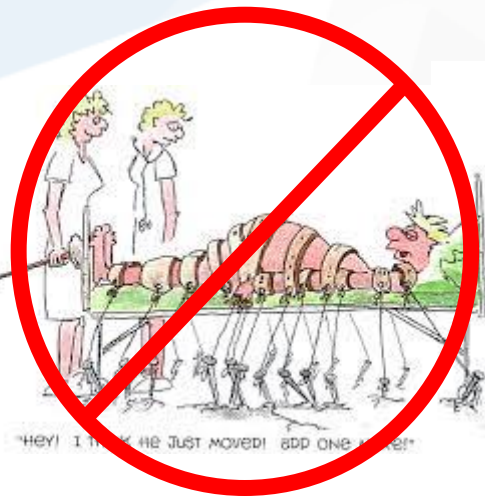
Recommandation n° 5

Il est recommandé d'implémenter dans les services de réanimation des protocoles de **mobilisation** et de rééducation précoces visant à mobiliser les patients de façon passive puis active dès que possible, en adaptant leur intensité (grade B-C).



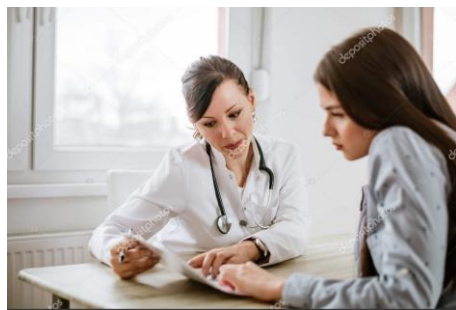
Recommandation n° 6 (AE)

Il est recommandé de mettre en place, en complément des bonnes pratiques habituelles de réanimation, des programmes multimodaux de dépistage **de prévention et de traitement du *delirium*** (ou syndrome confusionnel) afin de diminuer l'incidence des troubles cognitifs après un séjour en réanimation. Ces programmes insisteront, en particulier, sur les moyens de prévention non médicamenteux, ainsi que sur le traitement et l'éviction de potentiels facteurs favorisants.



Recommandation n° 7 (grade C)

Parmi les mesures de prévention du *delirium* (ou syndrome confusionnel) en réanimation et du trouble de stress post-traumatique, il est recommandé de ne pas recourir à la contention physique en réanimation. Lorsque l'utilisation de la contention physique est indispensable, elle doit être de la plus courte durée possible et réévaluée régulièrement.



Recommandation n° 8

Il est recommandé d'utiliser des journaux de bord lors du séjour en réanimation, car ils sont susceptibles de diminuer l'incidence des symptômes psychologiques/psychiatriques (en particulier les symptômes anxieux et dépressifs) de PICS après le séjour en réanimation (grade C).

Le journal de bord doit être remis systématiquement au patient, avec l'encadrement d'un professionnel de santé (AE).

3. Prévention du PICS-*family*

Recommandation n° 9 (AE)

Il est recommandé afin de diminuer l'incidence des symptômes psychologiques/psychiatriques de PICS-*family* (troubles anxieux, dépressifs, de stress post-traumatique) de :

- mettre en place des approches protocolisées d'information et de communication avec les aidants et les proches, s'appuyant notamment sur l'utilisation d'une documentation écrite (brochures d'information...) et sur des entretiens structurés (temps et lieu dédiés) centrés sur la personne et ses proches ;
- ne pas restreindre les horaires de visite au sein du service pour les aidants et les proches, étant entendu que ces derniers pourront être amenés à sortir de la chambre du patient lors de la réalisation de certains soins ;
- permettre la participation des aidants et des proches aux soins lorsqu'ils le souhaitent et en accord avec les souhaits exprimés par le patient.



4. Comment dépister et diagnostiquer un syndrome post-réanimation, pendant l'hospitalisation et en médecine de ville ?

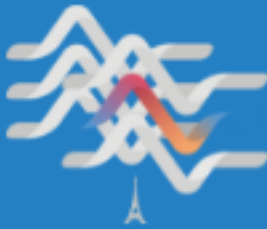
Recommandation n° 10 (AE)

Le dépistage du PICS, chez les patients à risque, concerne tous les professionnels de santé amenés à voir le patient dans l'année qui suit l'admission en réanimation.

Il est recommandé de proposer à titre systématique, chez les patients identifiés comme à risque de développer un PICS, une évaluation clinique structurée et répétée dans le temps, visant à dépister l'apparition de symptômes de PICS. Cette évaluation devra intervenir :

- avant la sortie de réanimation (pour les symptômes les plus précoces) ;
- au moment de périodes clés de transition dans le parcours du patient : sortie de réanimation vers l'hospitalisation conventionnelle ou un SMR, puis avant le retour à domicile ;
- dans les 3 mois à 6 mois qui suivent le retour à domicile (en présentiel ou par téléconsultation).





Recommandation n° 11 (AE)

Il est recommandé, en plus de l'interrogatoire et de l'examen clinique, de s'aider d'un ensemble de scores et d'échelles pour le dépistage du PICS. Une évaluation sera réalisée de façon systématique avant la sortie de réanimation, puis sera répétée au cours de la prise en charge. Le choix des tests à réaliser sera adapté à l'état clinique du patient.

Les échelles proposées sont présentées ci-dessous.

Types de symptômes	Liste des scores et échelles recommandés	Scores utilisables pour la plupart des patients en sortie de réanimation	Scores de dépistage rapide (notamment en médecine générale)*
– Physiques	– Timed up and go test (verticalisation, équilibre, marche) – Short Physical Performance Battery (SPPB) – Test de levers d'une chaise d'une minute – Test de marche de 6 minutes – Test de préhension au dynamomètre manuel – Score MRC (force musculaire globale) – Score mMRC (dyspnée) – EAT-10 (troubles de la déglutition) – VHI (dysphonie)	– Timed up and go test – Short Physical Performance Battery (SPPB) – Score MRC – Score mMRC (dyspnée) – EAT-10 (troubles de la déglutition)	– Timed up and go test

1. Les tests d'équilibre

Debout pieds joints pendant 10 secondes
10 s (+1 pt)
Debout pieds en semi-tandem pendant 10 secondes
10 s (+1 pt)
Debout pieds en tandem pendant 10 secondes
10 s (+2 pt)
10 s (+3 pt)
10 s (+4 pt)

Points :
Test 1 ____ pt
Test 2 ____ pt
Test 3 ____ pt

2. Test de vitesse de marche

Mesurer le temps requis pour effectuer 4 mètres à un rythme normal (utiliser le meilleur des deux tests)
4,82 s (+5 pt)
4,82-6,20 s (+3 pt)
6,25-8,70 s (+2 pt)
9,67-17,00 s (+1 pt)
Incapable (0 pt)

Points :
____ pt

3. Test de lever de chaise

Pré-test
Le patient croise les bras et essaye de se lever une fois de la chaise
Incapable Stop (0 pt)

5 levers de chaise
Mesurer le temps requis pour réaliser 5 levers de chaise aussi vite que possible sans croiser les bras
11,59 s (+4 pt)
11,20-13,60 s (+3 pt)
13,70-16,00 s (+2 pt)
16,7 s (+1 pt)
18 s ou incapable (0 pt)

Points :
____ pt

Total points :
____ pt

USING THE EAT-10

The EAT-10 is a quick way for patients to explain their perceived swallowing problems to the speech-language pathologist and swallow team members. Current research highlights how the EAT-10 can determine aspiration or post-swallowing physiological problems for patients with CSFV and head and neck cancer. Track a patient's score over time to assess progress.

The Eating Assessment Tool (EAT-10)

CIRCLE THE RESPONSE FOR HOW YOU FEEL ABOUT EACH STATEMENT.

0 = NO PROBLEM 1 = MILD 2 = MODERATE 3 = SEVERE

1. My swallowing problem has caused me to lose weight.	0	1	2	3	4
2. My swallowing problem interferes with my ability to go out for meals.	0	1	2	3	4
3. Swallowing liquids takes extra effort.	0	1	2	3	4
4. Swallowing solids takes extra effort.	0	1	2	3	4
5. Swallowing pills takes extra effort.	0	1	2	3	4
6. Swallowing is painful.	0	1	2	3	4
7. The pleasure of eating is affected by my swallowing problem.	0	1	2	3	4
8. When I swallow, food sticks in my throat.	0	1	2	3	4
9. I cough when I eat.	0	1	2	3	4
10. Swallowing is stressful.	0	1	2	3	4

DATE: _____

EAT-10 SCORE: _____

A SCORE OF 3 OR MORE ON THE EAT-10 INDICATES THERE MAY BE A SWALLOWING PROBLEM OR DYSPHAGIA. IT IS RECOMMENDED TO FOLLOW UP WITH A SPEECH THERAPIST FOR DYSPHAGIA EVALUATION AND TREATMENT.

Recommandation n° 12 (AE)

Il est recommandé que le dépistage et le suivi des patients à risque de PICS soient réalisés par une équipe pluriprofessionnelle incluant médecins et autres professionnels de santé sensibilisés au PICS (dont aides-soignants, assistants sociaux, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers – éventuellement infirmiers de pratique avancée –, neuropsychologues, orthophonistes, pharmaciens, psychologues...). Ce dépistage et ce suivi ont pour but :

- d'identifier la filière de soins la plus adaptée au patient : suivi ambulatoire coordonné autour du médecin traitant pour la plupart des patients ou SMR pour les patients le nécessitant ;
- de mettre en place et de coordonner les structures de réadaptation et de suivi adaptées après le retour à domicile ;
- de proposer systématiquement une consultation post-réanimation dans les 3 à 6 mois qui suivent la sortie de réanimation, pouvant utiliser des modalités de télésanté. La présence des proches et aidants à cette consultation post-réanimation est encouragée.

La composition de l'équipe pluriprofessionnelle sera adaptée en fonction des besoins du patient et de l'organisation locale.

Ce suivi se fera en complément du suivi des comorbidités préexistantes.



Recommandation n° 13 (AE)

Il est recommandé que ce dépistage et ce suivi soient initiés de façon coordonnée par un professionnel de santé hospitalier désigné, en premier lieu un médecin réanimateur ou de MPR, sensibilisé au PICS et disposant de l'ensemble des informations concernant les problèmes de santé du patient et sa prise en charge en réanimation.

Il est recommandé que le coordinateur soit désigné le plus tôt possible au cours du parcours de soins, dès l'hospitalisation en réanimation ou au plus tard avant la sortie à domicile. L'objectif doit être un transfert de la coordination vers le médecin traitant dès que possible.

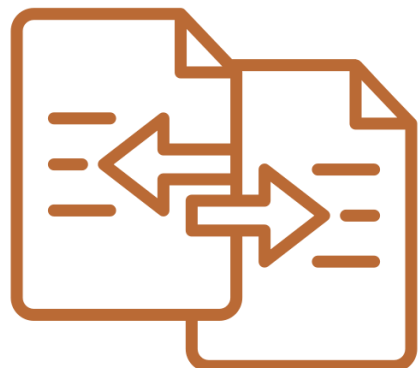


Recommandation n° 14 (AE)

Il est recommandé de promouvoir la bonne transmission des informations au cours du parcours de soins en faisant figurer systématiquement dans les courriers de sortie (de réanimation et d'hospitalisation conventionnelle) :

- une description de l'état clinique des patients à leur sortie et, le cas échéant, de leurs besoins en rééducation et suivi, tels qu'évalués par l'équipe multidisciplinaire désignée ;
- le professionnel de santé en charge de la coordination initiale du parcours de soins.

Il est recommandé que les courriers de sortie soient systématiquement adressés au médecin traitant et à tout autre professionnel de santé et service d'hospitalisation concerné. Une copie sera également remise au patient.



Recommandation n° 15 (AE)

Le retour à l'état d'autonomie antérieur et la réinsertion socioprofessionnelle, lorsqu'ils sont possibles, doivent être les objectifs clés de la prise en charge. Cette réinsertion socioprofessionnelle sera gérée au besoin par une mise en relation avec les services sociaux et/ou la médecine du travail (visite de pré-reprise) et/ou une orientation vers la MDPH le cas échéant.



- PICS = Syndrome fréquent après la réanimation
- Conséquences lourdes pour le patient, ses proches, la société
- Intérêt de sensibiliser les professionnels de santé → recommandations HAS
- Prévention en réanimation / dépistage dès la sortie de réanimation
- Questions: Modalités exactes du suivi? Prise en charge spécifique? Quel impact?



réanimation 2024
PARIS 12-14 JUIN



**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**



réanimation 2024

PARIS 12-14 JUIN