

LA RÉANIMATION ET APRÈS ?



LA RÉANIMATION EST TOUJOURS UN VIRAGE DANS LA VIE D'UN PATIENT ET DE SES PROCHES. UN MOMENT LOURD EN SOINS ET EN INQUIÉTUDES QUI, UNE FOIS LE PIRE ÉVITÉ, INTERROGE : QUELLE SERA LA SUITE ?

PAR VÉRONIQUE DEILLER

A quoi peut-on s'attendre après un passage en réanimation ? Peut-on espérer un retour à la normale ? Si les questions sont évidemment nombreuses pour les proches comme pour les malades, une chose est certaine : la réanimation peut résulter d'un éventail de pathologies et de complications. Il n'y a donc pas, à ces interrogations, de réponse unique.

Des cas très variés

Ainsi, certains passages en réanimation peuvent avoir des issues positives très rapidement. « *Le séjour médian d'un patient en réanimation est d'environ une semaine, avec certains passages qui peuvent durer seulement 48 heures. Dans ces cas, le patient peut voir son état s'améliorer très*

vite », souligne la Dre Clémence Marois, médecin neurologue et réanimateur. Et à Christèle Ageorges, kinésithérapeute, d'illustrer : « *On peut avoir en réanimation chirurgicale des patients hospitalisés quelques jours suite à une éviscération, qui retournent à leur domicile très rapidement. Ou au contraire, des patients atteints de pathologies neurologiques qui restent dans le service plusieurs mois.* »

Curarisation, ventilation, trachéotomie

Dans ce contexte très hétéroclite, une chose est certaine : plus la durée d'hospitalisation en service de réanimation est longue, plus les besoins de rééducation et les risques de complications sont importants. Avec, en filigrane, une perspective de convalescence parfois plus

lointaine. En cause : la lourdeur et la complexité des soins reçus. « *Le premier facteur de risque pour un patient en réanimation est la durée de ventilation et de curarisation, essentielle pour que les patients se détendent et ne luttent pas contre les appareils de ventilation* », explique le Pr Philippe Marque, spécialiste de médecine physique et de réadaptation. « *Heureusement, ces dernières sont devenues moins fréquentes et ont été raccourcies grâce à la sensibilisation des médecins réanimateurs* », continue-t-il.

Un parcours de soin particulier

Si les pratiques médicales se sont donc améliorées, la réanimation implique tout de même des soins de suite et de réadaptation souvent longs et complexes, et donc un parcours de soins variant selon l'état et les besoins du patient. Ainsi, il peut y avoir, au sortir de la réanimation, une prise en charge intermédiaire dans un service de réadaptation post-réanimation (SRPR). « *Ces services ont été créés pour répondre aux besoins d'une rééducation précoce de certains patients (traumatisme crânien en phase d'éveil, AVC avec des situations compliquées de trachéotomie, tétraplégiques ventilés), nécessitant encore une ventilation ou une surveillance accrue. Certains de ces gestes sont techniques et ne sont donc pas compatibles avec un service conventionnel de soins médicaux de réadaptation (SMR)* », explique le Pr Marque. Que se passe-t-il dans ces SRPR ? « *On essaye de sortir les patients de leur lit, de les mettre dans un fauteuil roulant, de sortir de la chambre avec tous les dispositifs qui sont autour d'eux et d'aller faire la rééducation le plus tôt possible dans le milieu ouvert du service de médecine physique et de réadaptation (MPR). On vise aussi à sevrer de l'appareil de ventilation ou des autres dispositifs comme la trachéotomie* », continue-t-il.

Réapprendre à respirer seul

Ce sevrage est d'ailleurs une étape clé, car tant que les patients ne respirent pas seuls, ils restent en réanimation ou en SRPR. « *Le sevrage passe avant tout par des conditions neurologiques : il faut qu'il y ait une activité respiratoire automatique, qu'on ne peut pas contrôler. Par ailleurs, les patients qui sont ventilés depuis longtemps peuvent être amenés à développer une amyotrophie du diaphragme. Elle induit un travail de renforcement musculaire qui passe, au début, par une modification des paramètres de ventilation, une verticalisation progressive et de la kinésithérapie* », explique le Pr Marque. Pour permettre ce sevrage, mais aussi pour prendre en charge les séquelles potentielles de la réanimation, les patients – une fois stabilisés – bénéficient d'un

suivi pluridisciplinaire. « *Le kinésithérapeute intervient sur prescription du médecin, pour désencombrer le système respiratoire du malade et l'aider à reprendre un maximum de capacités afin de respirer à nouveau seul* », détaille Christèle Ageorges. En parallèle, il accompagne aussi les malades sur le plan musculaire. « *Après une immobilisation longue ou suite à certains traitements favorisant la fonte musculaire, les patients nécessitent une mobilisation progressive. Cette rééducation est d'abord passive, puis "en actif aidé". Ensuite, le patient va être amené à faire des mouvements seul, et enfin à les réaliser avec une certaine résistance* », décrit-elle. Son approche est complétée par celle de l'ergothérapeute, qui intervient lui aussi précocement « *sur le positionnement au lit des patients pour éviter les problèmes respiratoires, les troubles cutanéotrophiques, les douleurs ostéo-articulaires, de déglutition qui peuvent apparaître en cas d'alitement* », souligne Fanny Soum-Pouyalet, ergothérapeute, qui insiste sur l'importance de la complémentarité des différents métiers de la réa.

Reprenre l'alimentation, parler, comprendre

Un exemple parfait de ces synergies : les problématiques de déglutition. Là où l'ergothérapeute pense aux adaptations de l'environnement facilitant la déglutition, l'orthophoniste agit plus au niveau fonctionnel, pour éviter les complications. « *La déglutition est un mécanisme complexe, qui peut donner lieu à des fausses routes, notamment chez les patients trachéotomisés, et donc des infections pulmonaires, une aggravation de l'état du patient et un retard de sortie* », explique Anaïs Rolland, orthophoniste en réanimation. En parallèle, l'orthophoniste intervient aussi sur la voix et le langage. « *Côté voix, on va surtout accompagner les patients quand ils sont trachéotomisés ou ayant une paralysie des cordes vocales*, indique-t-elle. *Côté langage, l'objectif est d'évaluer et*

Le Pics à la loupe

On parle de Pics quand certains symptômes persistent plusieurs mois après la réanimation. Il peut s'agir de troubles moteurs (difficultés à marcher), mais aussi psychiatriques (dépression, stress post-traumatique) et/ou cognitifs (perte de mémoire, etc.), « *plus difficiles à dépister, car ils apparaissent parfois*

à distance de la réanimation », précise la Dre Marois. Les patients les plus à risque : les personnes âgées, préalablement atteintes de maladies neuropsychologiques ou ayant subi un delirium de réanimation. Le Pics toucherait, selon la neurologue, 30 à 50 % des patients sortis de réanimation.

NOS EXPERTS



CHRISTÈLE AGEORGES

kinésithérapeute en réanimation à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Paris.



Dre CLÉMENCE MAROIS

neurologue et réanimatrice à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Paris.



Pr PHILIPPE MARQUE

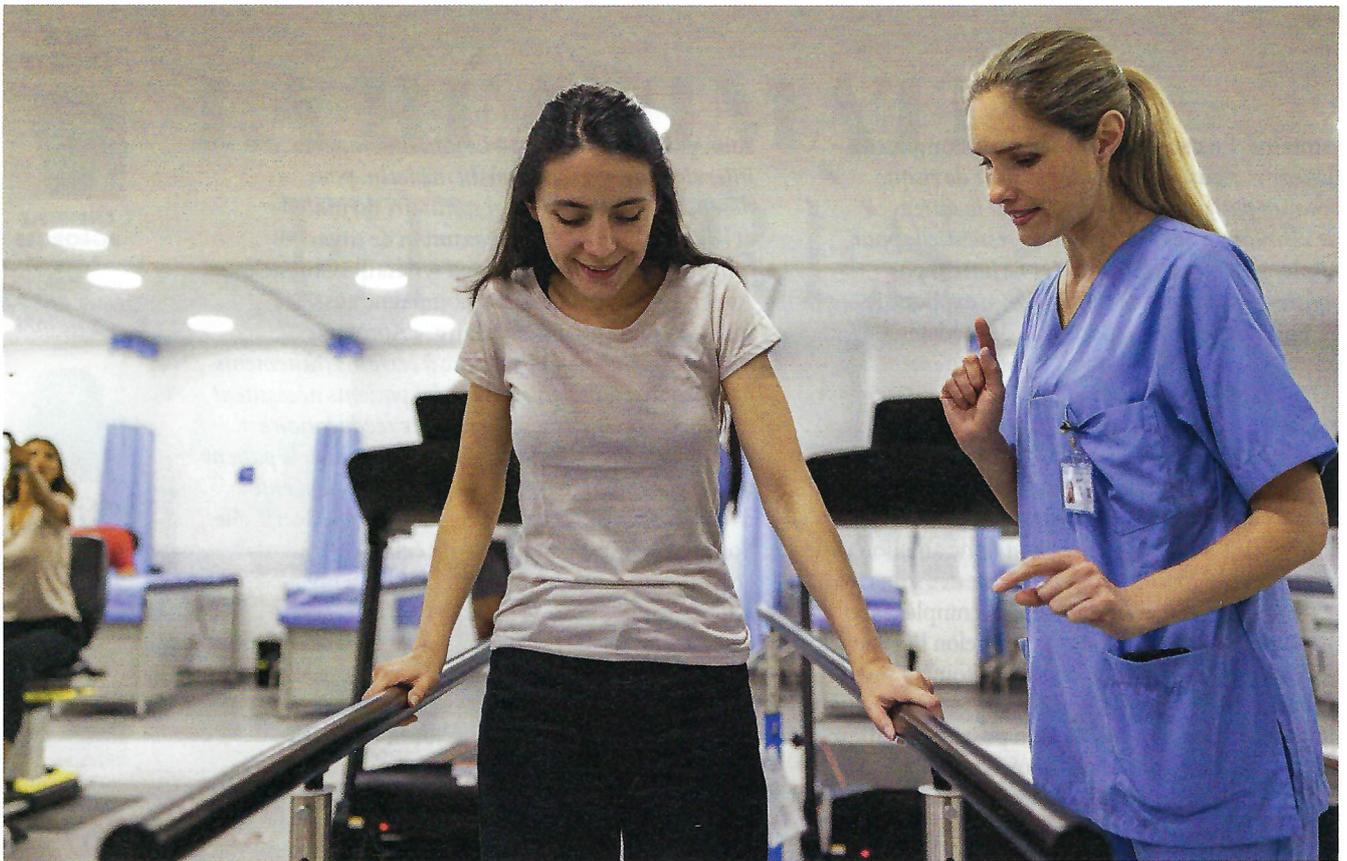
spécialiste en médecine physique et de réadaptation au CHU Rangueil-Toulouse.



ANAÏS ROLLAND orthophoniste hospitalière au CHU de Montpellier.



FANNY SOUM-POUYALET ergothérapeute, directrice technique de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE).



Certains patients, après une immobilisation longue en réa, et selon certaines pathologies, doivent réapprendre à marcher. C'est là aussi le travail des kinésithérapeutes.

de prendre en charge non seulement la production, mais le niveau de compréhension. C'est un point très important dans ces services où le consentement est difficile à recueillir », continue-t-elle. Et de préciser : « En réanimation, l'orthophoniste se centre essentiellement sur les soins d'urgence (manger, dire oui ou non), car les patients sont très fatigables et ne sont pas mobilisables. En soins de suite et de réadaptation ou à domicile, ce suivi peut évoluer avec une réévaluation de la reprise alimentaire, un travail plus poussé sur les cordes vocales, etc. D'où l'importance de le poursuivre par la suite. »

Envisager le retour à domicile

Qu'en est-il de cette suite ? Une fois sorti de réanimation ou du SRPR, le patient intègre généralement un service classique de médecine physique et de réadaptation (MPR ou SMR) où les soins continuent. Puis, si son état le permet, le retour à domicile est progressivement envisagé. « *Quand le sevrage est effectif, il réintègre un parcours de soin normal. On va commencer par des permissions thérapeutiques (...) avant d'organiser le retour effectif à la maison, qui souvent va de pair avec un passage en hôpital de jour pour continuer le sevrage au besoin et s'assurer que le patient va bien* », précise le Pr Marque. Toutefois, la fin de l'hospitalisation ne marque pas la fin du suivi. « *On organise désormais une consultation post-réanimation trois à six mois après*

la sortie pour détecter d'éventuelles séquelles et l'apparition de troubles psychologiques chez les patients ou les proches », explique la Dre Marois. L'un de ses objectifs : identifier un éventuel Pics [Post-intensive care syndrome, ou syndrome post-réanimation ; cf. encadré p. précédente, NDLR]. Fréquent, ce syndrome peut toutefois être bien pris en charge, a fortiori quand son dépistage est précoce. « Grâce à une prise en charge ciblée, les patients récupèrent généralement des troubles musculaires en quelques semaines. Les troubles psychiatriques peuvent aussi être bien soignés », étaye la Dre Marois. « Par contre, les troubles cognitifs sont plus difficiles à traiter, car ils relèvent souvent d'une maladie présente à bas bruit, révélée par la réanimation », analyse-t-elle. Heureusement, « dans l'immense majorité des cas, si la maladie initiale est guérie, les patients peuvent retrouver la forme environ un an après la réanimation », surtout si le retour à domicile et le suivi en ville sont bien organisés.

Rentrer : une étape qui s'anticipe

Anticiper le retour à la maison : c'est le rôle clé de l'ergothérapeute. Ce spécialiste cible son approche en fonction des capacités et des objectifs du patient dans l'optique d'un retour serein à la vie courante. Pour ce faire, « *il va évaluer l'environnement humain et physique du patient, notamment par le biais d'une visite à domicile avec lui pour réaliser des mises en*

ES...
IE
S
S
ON
E
JN
L?
!

X
U
)

E



Les conseils des professionnels aux aidants

- **Se reposer, prendre du soin pour soi**, surtout quand les patients sont encore en réanimation afin de conserver de l'énergie pour la suite.
- **Demander de l'aide et des conseils aux soignants** sur les protocoles, mais aussi en cas de difficultés pour soi. Des dispositifs de soutien aux familles existent.

- **Ne pas mettre les patients en situation d'échec** et ne pas le sursolliciter en dehors des temps de rééducation : faire trop travailler les malades peut être contre-productif, voire délétère.
- **Se renseigner auprès de sa complémentaire santé** : certaines mutuelles remboursent quelques séances d'ergothérapie ou de psychologie libérale.

situation de la vie courante comme cuisiner, faire sa toilette, s'installer dans son véhicule. En accord avec le patient, il va définir des stratégies compensatoires et prescrire ou préconiser les aides techniques adaptées à ses besoins (fauteuil roulant, planche de bain). Il va aussi évaluer le rôle des aidants dans cet écosystème et accompagner les proches pour que chacun retrouve son équilibre occupationnel », décrit Fanny Soum-Pouyalet. L'objectif : côté proches, éviter les burn-out ; côté malades, prévenir les réhospitalisations évitables. « Trop nombreuses, elles sont dues au fait que les patients rentrent trop

rapidement, se retrouvent livrés à eux-mêmes, sont angoissés et ont des comportements inadaptés à leur état de santé », continue-t-elle. Et de rappeler : « La sortie de l'hôpital, ce n'est pas la fin. C'est là que le gros du boulot commence, mais si on l'organise bien, elle peut être sereine et très qualitative ! »

Un retour à domicile parfois complexe

« Un boulot » auquel vont prendre part d'autres acteurs : la coordination infirmière, qui fait le lien avec les soignants libéraux, le médecin traitant, chef d'orchestre de la prise en charge en ville. Mais malgré des besoins identifiés chez le patient, les parcours de soins en libéral restent souvent difficiles à mettre en place. En cause : le virage domiciliaire balbutiant d'un système de santé encore trop centré sur l'hôpital, mais aussi les pénuries de soignants (en orthophonie, en kinésithérapie spécialisée). Résultats : l'ergothérapie, pourtant très utile pour les ajustements du quotidien des patients, n'est pas remboursée en dehors des parcours coordonnés. Même constat pour le suivi psychologique des proches et des patients qui reste trop souvent à leur charge. Sans compter l'accès à certains soins qui peut être compliqué quand le patient est isolé. Pour autant, la Dre Clémence Marois reste positive : « Quand l'organisation des soins est difficile, la famille et/ou le patient peuvent revenir vers leur praticien ou leur médecin traitant, se mettre en lien avec les associations. L'important en sortant de la réanimation est d'être entouré. Les ressources existent. » ■



ADRESSES UTILES

- L'association Famiréa et sa ligne d'écoute pour les proches : **Famiréa.org 01 87 02 31 44.**
- L'Association française des aidants : **Aidants.fr**

3 QUESTIONS À...

Chantal Lacau, psychologue clinicienne à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Paris.

En tant que psychologue, qu'observez-vous chez les patients de réanimation et leurs proches ?

Le soin psychique fait partie des soins vitaux. Ainsi tous les acteurs de soins, dont les aidants, au travers du lien au patient, participent à soutenir cette vie psychique. Le passage en réanimation peut faire trauma chez les patients et les familles dans le sens où il confronte, de manière brutale, à la réalité de la mort. La consultation post-réanimation va permettre d'identifier la présence de symptômes envahissants et orienter vers une psychothérapie adaptée.

Quelle va être la prise en charge psychologique proposée ?

Le travail d'accompagnement commence dès l'hospitalisation. Malgré ces conditions difficiles, les proches vont pouvoir veiller à maintenir du lien et nourrir le sentiment d'exister chez le patient. Ils pourront aussi tenir un journal de bord avec les soignants, pour que le patient puisse retisser son histoire, après coup. L'accompagnement psychologique offre au patient et aux familles un espace d'écoute privilégié, pour contenir cette expérience vertigineuse et les émotions associées et soutenir les ajustements nécessaires.

Difficile, la réanimation peut-elle faire naître du positif ?

Le passage en réa en tant qu'expérience extrême provoque de profonds remaniements psychiques, qui modifient la relation à soi, aux autres, au monde. Cette épreuve peut faciliter une prise de conscience de ses ressources profondes face à l'adversité, et peut déclencher un besoin d'aller à l'essentiel, de mettre plus de sens dans sa vie. Je pense à cette patiente qui a changé complètement d'orientation professionnelle 3 ans après la réanimation en se donnant les moyens de réaliser ce dont elle avait toujours rêvé.