

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

11 juillet 2018

613

MÉDECINE DU SPORT

LA PERFORMANCE À TOUT PRIX?

Luxation antéro-inférieure de l'épaule
chez l'athlète

Lésions musculaires aiguës

Reconstruction du ligament croisé
antérieur et retour au sport

Adolescent sportif: approche
interdisciplinaire

Lésions musculaires des
ischio-jambiers: prévention

Dialogue nécessaire entre médecine
et antidopage

Pourquoi une consultation post-soins
intensifs?

Volume 14, 1321-1376
ISSN 1660-9379

MH
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

Pourquoi une consultation post-soins intensifs?

Pr BARA RICOU^{*,*}, MARINE DESARMENIEN^{*,*} et Pr JÉRÔME PUGIN^{*,*}

Rev Med Suisse 2018; 14: 1365-9

Le progrès de la médecine intensive permet la survie de patients gravement atteints dans leur santé. Toutefois, les conditions de survie de ces patients, surtout après un séjour prolongé aux soins intensifs (SI), sont parfois difficiles. Les atteintes physiques et psychiques à moyen et long termes sont propres aux événements vécus aux SI, plus que les conséquences des diagnostics d'admission aux SI. De plus, ce séjour impacte lourdement sur les proches de ces patients. Les SI de Genève ont mis en place une structure de suivi durant le séjour prolongé de patients et souhaite aujourd'hui leur offrir un suivi après les SI. Le but est de combler les lacunes de mémoire de leur séjour, expliquer les événements incompris et détecter d'éventuelles complications. Ce projet s'insère dans le suivi complexe de ces patients avec les médecins traitants.

Why a post-intensive care consultation?

The progress of intensive care medicine allows the survival of patients with severe critical illness. However, the quality of life of patients with a prolonged stay in intensive care unit (ICU) can be poor. The physical and psychological consequences are due more to the intensive care than the primary diagnoses. Moreover, a stay of a beloved in an ICU impacts heavily on the relatives. The service of Geneva ICU developed a specific model of care for patients with a prolonged stay and seeks to establish a follow-up consultation for these patients. The aim would be to fill the memory gaps, explain the events during their stay, and detect potential complications. This project fits in the follow-up of complex situations in tight collaboration with the family doctors of such patients.

INTRODUCTION

La médecine intensive est une spécialité relativement récente, née dans les années 1950 suite à l'épidémie de la poliomyélite requérant une ventilation artificielle. La mission des soins intensifs (SI) est, dès lors, restée pendant longtemps celle d'assurer la survie des patients.^b Le développement technologique parallèlement à la formation spécialisée des médecins et des infirmiers^c a permis de repousser toujours

plus loin la mort. Toutefois aujourd'hui, contrairement aux pensées encore très répandues, les patients qui survivent après les SI ne retrouvent pas toujours leur état physique ou psychique antérieur.¹

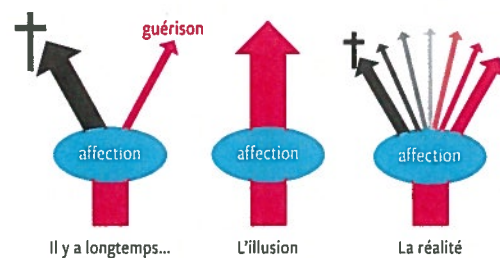
Leur devenir à long terme résulte, certes, des affections qui ont conduit les patients aux SI, mais ce sont les conséquences des traitements de SI qui impactent le plus sur la qualité de vie.² Les patients survivent grâce à nous mais aussi à cause de nous avec des séquelles qu'ils n'auraient peut-être pas souhaitées (figure 1). Ainsi, la mission des SI a évolué de la vie à tout prix à une survie de qualité.³ Le corollaire est que les intensivistes ont appris à renoncer à poursuivre la lutte lorsque les objectifs souhaitables ne pouvaient plus être atteints. Toutefois, il n'est pas toujours aisé de prédire l'avenir d'un patient singulier et dans l'incertitude, les soins sont toujours poursuivis.

Les affections graves pouvant conduire un patient aux SI sont diverses (tableau 1). Aujourd'hui, les facteurs déterminants pour une survie de moindre qualité sont mieux connus (tableau 2). Ils impactent non seulement sur la mortalité, morbidité à long terme, mais également sur les possibilités de récupération, le retour à domicile ou encore le retour à une vie sociale ou professionnelle.

Les avancées récentes de la recherche ont permis de mettre en évidence les séquelles non seulement physiques, mais également neurocognitives et psychologiques.⁴ Ces dernières affectent la réintégration à une vie « normale » et la relation avec l'entourage.⁵ En effet, les proches aidants des patients ayant séjourné aux SI souffrent et présentent dans une proportion significative des symptômes de stress post-traumatique (PTSD) ou de dépression.⁶

Il est dès lors plus qu'important de s'intéresser aux patients qui « survivent » à un séjour aux soins intensifs, particulièrement à ceux qui y séjournent de façon prolongée. Ils y développent

FIG 1 Le rêve des intensivistes



(D'après Ricou B. et Mauron A. (Institut de bioéthique de Genève)).

^a Soins intensifs, Département APSI, HUG, 1211 Genève 14
bara.ricou@hcuge.ch | marine.desarmenien@hcuge.ch | jerome.pugin@hcuge.ch
^b Pour le groupe Patients Long séjour (PLS) des soins intensifs de Genève.
Le groupe PLS est un groupe multidisciplinaire regroupant des infirmiers, des aides-soignants, des médecins, des enseignants et une réceptionniste (par ordre alphabétique) : Alicia Balain, Maria-Esther Bermejo, Marie-Eve Brunner, Sara Cereghetti, Sylvie Crozillard, Franck Delassus, Marine Desarmenien, Nicolas Dousse, Virginie Fontaine, Dynèle Gautier, Souad Khassouani, Laetitia Langlois, Cécile Massebiaux, Monique Pernoud, Bara Ricou, Nicolas Rossmann et Olivier Waeterloot.

^c Lire patients et patientes.

^d Lire infirmiers et infirmières.

TABLEAU 1 Affections pouvant amener un patient aux soins intensifs

BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive.

Maladies	
Neurologiques	Accidents vasculaires cérébraux Hémorragies sous-arachnoïdiennes
Cardiovasculaires	Insuffisance cardiaque sévère
Respiratoires	BPCO Pneumonies sévères
Infectieuses	Choc septique
Accidents, chirurgie	
Traumatismes crâniens	
Polytraumatismes	
Chirurgie majeure et complications	Cardiovasculaires Digestives
Transplantations	Hépatiques Pulmonaires

TABLEAU 2 Facteurs pronostiques pour la qualité de survie après les soins intensifs

SI: soins intensifs.

Facteurs	Outcome affecté	Références bibliographiques
Frailty (fragilité)	Mortalité, morbidité, dépendance	1
Age	Mortalité, morbidité	16
Durée de ventilation mécanique	Mortalité, morbidité, dépendance, retour à domicile	2
Lieu de vie avant admission	Qualité de vie	17
Démence	Mortalité	18
Degré de dépendance physique à la sortie des SI (7-day post-ICU Functional Independence Measure (FIM))	Mortalité, morbidité, dépendance, retour à domicile	2
Agitation, delirium durant le séjour aux SI	Mortalité, morbidité	19
Parésie des SI	Morbidité, dépendance	20

une série de complications et traumatismes qu'il faut savoir reconnaître et prévenir quand faire se peut. Revoir ces patients en consultation par les intensivistes est une manière d'identifier ces problèmes et d'orienter les malades qui le nécessiteraient vers des consultations spécifiques.

PATIENTS LONG SÉJOUR

Afin de prévenir et diminuer le risque de survenue des complications survenant durant le séjour aux SI, une prise en charge particulière est aujourd'hui considérée nécessaire, surtout lorsque le séjour se prolonge (tableau 3).^{7,8} Cette prise en charge intègre les besoins inhérents à l'affection aiguë et les soins fondamentaux.⁹ En effet, dans l'environne-

TABLEAU 3 Prise en charge particulière de patients nécessitant un séjour prolongé aux soins intensifs

SAS: Sedation agitation score; CAM-ICU: Confusion assessment method for intensive care unit; MMSE: Mini mental score examination; CPOT: Critical care pain observation; EVA: échelle visuelle analogique; VAP: Ventilator associated pneumonia; MRC: Medical research council.

Problématiques et besoins	Outils d'évaluation	Prise en charge
Troubles neurocognitifs	SAS, CAM-ICU MMSE	
Difficultés de communication (intubation, trachéotomie)	<ul style="list-style-type: none"> • Plaquettes plastifiées de l'alphabet • Plaquettes traduites en plusieurs langues avec émoticônes 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication • Trachéotome parlant
Sevrage ventilatoire		<ul style="list-style-type: none"> • Protocole de sevrage • Gestion de la sédation-réveil 1 x/jour
Alimentation - élimination	Besoins caloriques, calorimétrie	Intervention précoce de la diététicienne
Prévention des infections nosocomiales	Suivi des VAP	<ul style="list-style-type: none"> • Position à 30° • Décontamination oropharyngée • Soins de bouche
Mobilisation	Score de MRC	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapie précoce • Electrostimulation
Intégrité de la peau	Score de Braden	Choix des lits adaptés
Gestion de la douleur et de la fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle EVA • Evaluation du CPOT 	Antalgie
Préservation du sommeil	Questionnaire de Richards-Campbell Sleep (RCSQ)	
Gestion de l'anxiété et de la peur		<ul style="list-style-type: none"> • Anxiolytique • Toucher massage • Hypnose
Reconnaissance de besoins spirituels		Accès aux aumôniers, accompagnateurs spirituels
Gestion de besoins socio-familiaux		Accès à l'assistant social

ment particulier des SI, les soins de base sont souvent relégués au second plan aux dépens de prises en charge plus aiguës et vitales. De surcroît, le personnel médico-infirmier des SI est spécifiquement formé pour réagir et traiter des affections aiguës. Il y vient pour acquérir cette expertise et aime ces situations intenses demandant une réactivité immédiate. Lorsque la phase aiguë est passée, mais que les patients ont encore besoin de toute l'expertise de ce personnel et de la thérapeutique sophistiquée des SI, les patients deviennent «Long séjour»⁸ ou *Chronically critically ill*.⁷ Ils restent dépendants des SI mais ne sont plus ressentis comme «attractifs» pour une grande majorité de professionnels. En effet, ces patients évoluent trop lentement, sont peu gratifiants car les progrès sont peu visibles et exigent une attention soutenue sur la durée tant d'un point de vue somatique que psychique. Ces patients sont non seulement gravement atteints dans leur santé lors de leur admission aux SI, mais présentent aussi les conséquences de nos traitements. De plus, leur taux de mortalité intrahospitalière et après le séjour hospitalier reste

élevé, et lorsqu'ils survivent, ils présentent une morbidité longue et invalidante. De surcroît, leurs proches sont également dans une situation de souffrance et peuvent devenir de plus en plus exigeants à tous points de vue. Ces situations sont sources de conflits et tendent à épuiser l'équipe.¹⁰

Afin de mieux appréhender ces difficultés, le service des SI de Genève s'est doté récemment d'une unité spécifique pour la prise en charge de tels patients. L'unité appelée Soins intensifs prolongés (SIP) est originale dans son concept: elle est transversale, non géographique, c'est-à-dire qu'elle recouvre l'ensemble du service des SI constitué de quatre modules, dont deux unités spécialisées en neuroréanimation et en réanimation cardiovasculaire, et deux secteurs polyvalents. Cette unité SIP cherche à compléter la prise en charge des patients demeurant plus de sept jours aux SI, avec une approche axée sur les mesures de base, associant les dimensions sociales et spirituelles. Le besoin particulier de ces patients et de leurs proches nécessite un regard holistique pour mener à bien leur projet de vie et la qualité de cette vie. L'importance d'une telle prise en charge a été reconnue par les Hôpitaux universitaires de Genève et la Faculté de médecine.

CONSULTATION POST-SI

Le projet de cette consultation représente une suite logique à la prise en charge des patients Long séjour. En effet, les patients poursuivent une trajectoire intrahospitalière également prolongée, passant de service en service pour enfin pouvoir retrouver le monde extérieur. Or, les conséquences générées par un séjour prolongé aux SI sont encore peu connues des médecins des structures d'aval des SI, notamment par les médecins extérieurs à l'hôpital. Leur fragilité ou fatigabilité est souvent considérée comme «normale» après ce qu'ils ont vécu.

Il nous est apparu qu'il était de la responsabilité des intensivistes d'assurer un suivi et de se préoccuper des conséquences de leur prise en charge sur les patients et leurs proches.

Il n'est pas rare que des anciens patients de soins intensifs viennent visiter de leur plein gré l'équipe médico-infirmière afin de la remercier, d'échanger avec les soignants à propos de leur histoire et leur avenir, certains demandent même à (re-)visiter les locaux. Une consultation post-soins intensifs leur offrirait un moment formel et dédié pour répondre à ces souhaits.

Un autre bénéfice non négligeable d'une telle consultation serait de permettre un regard a posteriori aux équipes des SI, d'apprendre du devenir des patients et de leurs proches le résultat de leur travail. Cette facette, bien qu'inexplorée jusqu'alors, pourrait aider à justifier la prise en charge particulière des patients chroniques et présenter un bénéfice intéressant sur le psychisme des soignants également.

Enfin, les proches aidants des patients des SI sont en grande souffrance. Les données récentes de la littérature montrent qu'une grande proportion des proches présente également des signes de PTSD, de burnout ou de dépression durant des mois, suite au séjour de leur proche malade aux SI. Ainsi, prendre soin des proches soignants devient également une

préoccupation, quand on réalise à quel point les patients sortant de SI peuvent représenter une lourde charge quant à leur prise en charge aussi bien physique que psychique.

Les objectifs de cette consultation post-SI sont multiples et ouvrent une porte à des questions essentielles pour l'avenir de la médecine intensive:

- au premier abord et à l'établissement de cette consultation: la détection des conséquences des SI méconnues pour les patients et leurs proches, afin de leur offrir une réorientation vers des soins appropriés:
 1. détection des faiblesses, voire parésie, associées aux SI.
 2. Détection des PTSD ou états anxiodépressifs.
 3. Détection des troubles cognitifs.
 4. Détection des troubles alimentaires, des troubles de déglutition, d'élimination.
 5. Détection des troubles respiratoires, des sténoses trachéales.
 6. Détection des troubles sensoriels, tels que l'audition ou la vision.
- Au long cours: le suivi plus régulier de ces patients et l'acquisition de connaissances durant ces prochaines années devraient permettre à terme:
 1. de mieux connaître les enjeux à mettre en balance entre les objectifs souhaités et atteignables des patients et familles, et les souffrances induites par le séjour aux SI pour les *futurs patients et familles*.
 2. D'établir une boucle de rétroaction aux *professionnels* de la santé et acquérir les connaissances nécessaires pour mieux cibler les patients qui peuvent le mieux bénéficier de SI.
 3. A l'*institution* de mieux gérer l'allocation des ressources en connaissance des coûts potentiellement disproportionnés par rapport au bénéfice apporté à la population dont elle a la charge.
 4. A la *société* d'éviter une dépense disproportionnée pour une minorité de patients pour qui le bénéfice est douteux, voire nul.

CE QUE L'ON SAIT DES CONSULTATIONS POST-SI

Un des pionniers de la consultation post-SI est le groupe de Griffith au Royaume-Uni.¹¹ Ils ont développé ce type de suivi il y a presque 20 ans déjà, sans attendre de résultats d'essais randomisés. Pour cette équipe, la consultation faisait partie d'un contrôle de la qualité de leur travail, comme dans beaucoup d'autres domaines de la médecine. En effet, il ne viendrait à l'idée d'aucun chirurgien de ne pas revoir un patient qu'il aurait opéré.

L'expérience de ces équipes commence seulement à être connue. Leurs publications nous guident dans ce qui est utile pour mettre en place de telles consultations. Une des difficultés majeures rapportées est l'absence ou des lacunes majeures de souvenirs durant le séjour aux SI chez quasi tous les patients. Beaucoup vivent mal ce «trou noir» dans leur vie. La consultation est un moment propice pour tenter de combler ces lacunes et cette re-mémorisation paraît essentielle pour que le patient et sa famille puissent «tourner la page» et faire le pas vers une nouvelle vie. Cette étape semble également aider à la compréhension et l'acceptation de l'état de santé actuelle. Le «journal de bord», mis en place à Genève durant

le séjour prolongé aux SI, relate les événements du séjour et a été démontré comme efficace à diminuer les symptômes de PTSD chez les patients des soins intensifs et leurs proches.^{12,13}

Au Royaume Uni, le National Health System a édité des recommandations fermes sur les directions à donner dans le développement des SI.¹⁴ La consultation post-SI figure parmi les quatre propositions avec l'argumentation suivante: «Patients in intensive care may have been extremely ill and received care costing tens of thousands of pounds. However, support and follow-up after discharge from hospital other than for their original diagnosis are still rare despite there being compelling evidence to show that there are often significant psychological and physiological problems. Follow-up support has been demonstrated as helping to complement the work of the intensive care unit and improve the speed and quality of recovery.»

Des services de SI en France, Finlande et Canada ont également établi des consultations post-soins intensifs.

IMPLICATIONS PRATIQUES: QUELQUES CHIFFRES ET ORGANISATION

L'implémentation d'une telle consultation doit évidemment se faire en partenariat avec les structures d'amont et d'aval des SI. En effet, les patients sont souvent étroitement suivis par leurs médecins traitants et ont parfois traversé différentes structures hospitalières avant de parvenir jusqu'aux SI. De plus, les patients vont séjourner parfois longtemps dans l'hôpital aigu, avant de pouvoir retrouver leur domicile dans le meilleur des cas, sinon trouver une structure d'accueil adaptée à leur situation aussi bien physique que psychique.

Aux SI de Genève, environ 2500 patients sont admis par année. Ils proviennent soit du service d'urgences, soit des étages. La grande majorité des patients quitte les soins intensifs après trois à quatre jours, sortent de l'hôpital aigu après quelques jours pour poursuivre leurs programmes de réhabilitation. Toutefois, environ 300 patients par année nécessitent un séjour plus prolongé aux SI (*patients Long séjour*), avec une durée moyenne de 21 jours. En pratique, de ces 300 patients, seule une centaine de personnes feront l'objet de consultations. En effet, hormis les personnes décédées, celles perdues de vue (par exemple, reparties à l'étranger), les autres centres ayant l'expérience de *follow-up clinics* ou consultation post-SI nous ont appris qu'environ la moitié seulement des patients convoqués se présentent à ces consultations.

Nous avons envisagé d'organiser une première séance de consultation six mois après leur départ des SI puis à 12 mois. Bien que certaines études montrent l'intérêt de les revoir à trois mois également, les patients de ce type sont encore très souvent dans la structure hospitalière, avec un suivi rapproché par des médecins hospitaliers.

DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION (figure 2)

- Retracer les événements vécus par le patient durant son séjour aux SI à l'aide du dossier médico-infirmier.

FIG 2 La chambre de consultation

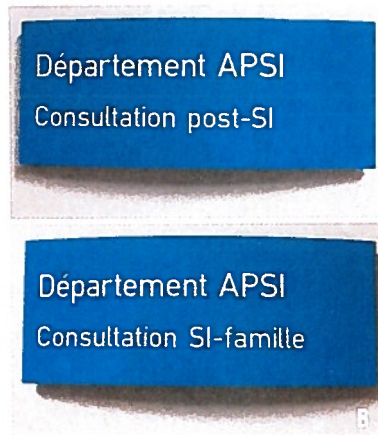


- Eventuelle discussion sur le journal de bord.
- Anamnèse depuis la sortie des SI et de l'hôpital:
 - différentes étapes jusqu'au retour à domicile ou institutionnalisation.
 - Événements marquants de la vie.
 - Vie socio-professionnelle, loisirs.
 - Aménagement du domicile, déménagement.
 - Equilibre familial.
- Anamnèse séparée auprès du proche aidant:
 - leurs difficultés depuis la sortie des SI.
 - Nécessité d'aide.
- Examen clinique dirigé sur les problématiques présentées aux SI.
- Etablissement de rapport à l'intention du médecin traitant comportant:
 - les résultats des trouvailles de la consultation.
 - Des propositions d'orientation d'examen ou des consultations spécialisées.

Les patients qui reviennent spontanément nous revoir nous rapportent leur crainte de revenir dans le milieu particulier des SI. Ainsi, pour cette consultation les patients et les proches/

FIG 3 Enseignes sur les deux chambres de consultations

A: pour le patient; B: pour la famille.



familles seront accueillis dans des salles dédiées, en dehors des SI (figures 3 A et B). Il est évident que notre projet n'est pas d'organiser un suivi régulier de ces patients et de se substituer à leur médecin traitant. Il est important pour ces malades de rester en «dehors» de l'hôpital. Toutefois, nous pouvons les aider à trouver les bonnes ressources suite aux conséquences de leur séjour aux SI. Nous recueillerons les résultats des questionnaires que nous aurons envoyés sur la qualité de vie, l'éventualité d'un état anxiodépressif et de PTSD. Les proches aidants auront également reçu des questionnaires permettant d'aborder leur état de santé psychique.

Les résultats de cette consultation seront remis aux médecins traitants qui assurent le suivi de ces patients, par une lettre de consultation. Nous espérons pouvoir ainsi contribuer à ajouter à la prise en charge habituelle, un regard d'intensiviste qui pourra possiblement éclairer certains des symptômes présentés par le patient. Aussi, ce sera l'occasion pour ce dernier de recevoir des signes de reconnaissance de ces symptômes qui ne sont en fait pas banals et peuvent éventuellement bénéficier d'un traitement.

CONCLUSION

Les missions des SI restent toujours celles qui ont déjà été citées en 1997 par le *task force* de la Société américaine de médecine intensive: elles sont de: a) préserver une vie humaine qui ait un sens et le sens est donné par le patient lui-même, à sa qualité de vie; b) de prodiguer des soins spécialisés pour une réintégration sociale et relationnelle suite aux affections graves et c) de promouvoir des soins aux mourants et à leur famille avec compassion et attention, et alléger les souffrances durant les dernières heures.¹⁵ Toutefois, la perception de ce qui est important pour les patients et leurs proches est en train de changer. L'appréciation de la qualité de la vie par le patient et le proche, que nous pourrions entendre à travers la consultation post-SI, nous guidera dans la façon de développer la médecine intensive future, dans le respect des attentes des patients. Le temps des succès thérapeutiques jugés comme tels par les professionnels de la santé est révolu.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752-62.
 2 ** Herridge MS, Chu LM, Matte A, et al. The RECOVER program: disability risk groups and 1-year outcome after 7 or more days of mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;194:831-44.
 3 Cook D, Rocker G, Marshall J, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003;349:1123-32.
 4 Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013;369:1306-16.
 5 * Cameron JI, Chu LM, Matte A, et al. One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *N Engl J Med* 2016;374:1831-41.
 6 Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive

care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:987-94.
 7 Nelson JE, Cox CE, Hope AA, et al. Chronic critical illness. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;182:446-54.
 8 ** Desarmenien M, Blanchard-Courtois AL, Ricou B. The chronic critical illness: a new disease in intensive care. *Swiss Med Wkly* 2016;146:w14336.
 9 Maslow A. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943;50:370-96.
 10 Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B. Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med* 2008;34:152-6.
 11 * Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, 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:R100.
 12 Jones C, Backman C, Griffiths RD.

Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *Am J Crit Care* 2012;21:172-6.
 13 Garroute-Orgeas M, Coquet I, Perier A, et al. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Crit Care Med* 2012;40:2033-40.
 14 Health Do. Comprehensive critical care: a review of adult critical care services. London 2000.
 15 Fair allocation of intensive care unit resources. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:1282-301.
 16 Douglas SL, Daly BJ, O'Toole EE, et al. Age differences in survival outcomes and resource use for chronically critically ill patients. *J Crit Care* 2009;24:302-10.
 17 Vazquez Mata G, Rivera Fernandez R, Gonzalez Carmona A, et al. Factors

related to quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Crit Care Med* 1992;20:1257-62.
 18 Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, et al. Survival after multiple hospitalizations for infections and dehydration in nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA* 2013;310:319-20.
 19 * Salluh JI, Wang H, Schneider EB, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350:h2538.
 20 De Jonghe B, Sharshar T, Lefaucheur JP, et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA* 2002;288:2859-67.

* à lire

** à lire absolument