



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>



MISE AU POINT

Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation

Evaluation of the psychological consequences of hospitalization in intensive care unit

F. Pochard^{a,*}, N. Kentish-Barnes^b, E. Azoulay^c

^a *Maison des adolescents, CHU Cochin–Port-Royal, 97, boulevard de Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France*

^b *Laboratoire LAPSAC, département de sociologie, université Bordeaux-2, 33076 Bordeaux cedex, France*

^c *Service de réanimation médicale, CHU de Saint-Louis, 75010 Paris, France*

Disponible sur Internet le 1 Octobre 2007

MOTS CLÉS

Réanimation ;
Stress
post-traumatique ;
Dépression ;
Devenir
psychologique ;
Indicateur

KEYWORDS

Intensive care unit;
Posttraumatic stress;
Depression;
Emotional outcome;
Health indicator

Résumé Les facteurs de stress pour un malade lors d'un séjour en réanimation sont nombreux. Ce stress peut être responsable de symptômes psychiatriques entravant sérieusement la qualité de vie du malade dans les mois suivant sa sortie de réanimation. En effet, de nombreux survivants de réanimation ont des souvenirs traumatiques (cauchemars, anxiété aiguë), qui peuvent être associés à l'émergence d'un état de stress post-traumatique (ESPT) ou de symptômes anxiodépressifs (SAD). La prévalence d'ESPT dans les mois suivant le séjour en réanimation est estimée entre 14 et 41 %, celle des symptômes d'anxiété entre 12 et 47 % et celle des symptômes de dépression entre dix et 30 %. Une littérature observationnelle récente a souligné l'insuffisance de prise en charge préventive et curative de ces symptômes.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société de réanimation de langue française.

Summary Stress factors of a patient hospitalized in an intensive care unit can be responsible of psychiatric symptoms in the months following his discharge, seriously impairing his quality of life. Many survivors of intensive care have traumatic memories (nightmares), which can be associated to a posttraumatic stress disorder (PTSD) or anxiodepressive symptoms. The prevalence of PTSD in the months following the stay in intensive care is estimated between 14 and 41%, the prevalence of the symptoms of anxiety between 12% and 47%, and of depression between 10% and 30%. The recent observational literature underlines the insufficiency of prevention and care of these symptoms.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société de réanimation de langue française.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederic.pochard@cch.aphp.fr (F. Pochard).

Introduction

La mesure de la qualité de vie et des éventuels symptômes psychiques des patients après un séjour en réanimation questionne la finitude des décisions médicales et des actes pratiqués par les professionnels. Pour les malades, placés dans une situation de stress aigu, la priorité en terme de prise en charge est d'abord somatique, et le premier objectif est l'efficacité des traitements sur la réversibilité de la symptomatologie. Il semble cependant indispensable de s'interroger sur les conséquences de la maladie et des soins prodigués dans les services de réanimation, au-delà du simple devenir des malades en terme de mortalité [1]. En effet, pour certains auteurs, au fur et à mesure que la durée de vie augmente, c'est la qualité de cette vie plus que sa quantité qui devient importante [2]. Au-delà de la finalité (survie—décès) doit intervenir, pour les patients survivants, la mesure des éventuelles séquelles, non seulement physiques, mais aussi psychologiques. Or les premières études dans ce domaine sont récentes, peu nombreuses, et essentiellement européennes. Elles ont essentiellement évalué le devenir des patients « survivants » quelques mois après leur séjour, en terme d'émergence d'état de stress post-traumatiques (ESPT) et de symptômes anxiodépressifs (SAD). Il est surprenant de constater le peu d'études réalisées au regard de l'importance en terme de santé publique de cet enjeu : que deviennent les patients hospitalisés en réanimation, après parfois des séjours de plusieurs mois ?

Dans une situation traumatique à la fois physique et psychique (maladie et soins), les réactions psychologiques des malades de réanimation face à un contexte de stress aigu ont été décrites et étudiées : état de stress aigu, sidération psychique, régression, confusion, agitation, hallucinations, etc. Malgré une sémiologie fruste, leur prévalence importante a été affirmée dans de nombreuses études [3,4], qui proposent de détecter et de prendre en charge ces symptômes. Cependant, les troubles psychiatriques et le vécu psychologique des malades de réanimation sont restés au second plan devant l'importance accordée aux soins « somatiques ». L'intervention de psychiatres de liaison s'est développée, mais les pratiques au quotidien de gestion ou d'apaisement du stress aigu des malades n'est ni vraiment enseigné, ni un sujet de recherches très encouragé. Or les facteurs de stress lors d'un séjour en réanimation sont nombreux (pharmacologiques, métaboliques, bruit, lumière, douleur, difficultés ou impossibilité de compréhension et de communication, etc.), et la prévalence de symptômes anxieux, dépressifs, délirants ou confusionnels est non seulement majeure [5,6], mais peut grever la morbidité et la mortalité (extubation accidentelle lors d'un épisode d'agitation, décompensation respiratoire à l'occasion d'une attaque de panique, sorties prématurées, etc.). Ces troubles, parfois banalisés, parfois traités de façon inappropriée, représentent une souffrance du patient au même titre que la douleur physique.

Le contexte de stress vécu lors du séjour en réanimation peut aussi être à terme (dans les mois ou années suivant la sortie) responsable de symptômes psychiatriques entravant sérieusement la qualité de vie : de nombreux survivants de réanimation ont des souvenirs traumatiques après leur séjour tels que cauchemars, anxiété aiguë [7] ou douleur, qui peuvent être associés à l'émergence d'un syndrome de

stress post-traumatique [8]. Ces symptômes peuvent avoir des conséquences importantes sur la morbidité somatique, mais aussi sur la vie relationnelle, affective et sociale des patients.

Un séjour en réanimation peut constituer un traumatisme psychique majeur, ayant des conséquences au-delà de l'hospitalisation. Les traumatismes psychiques ont d'abord été étudiés chez les soldats, puis chez les victimes de guerre ou de terrorisme. Il existe une très importante littérature dans ce domaine, mais l'idée qu'un séjour en réanimation puisse constituer un traumatisme psychique n'a été évoquée que tardivement [6]. Les conséquences, à terme de ces traumatismes, peuvent être très importantes sur le plan clinique, avec des symptômes empêchant la reprise d'une activité sociale, professionnelle ou familiale.

Pour définir les symptômes de stress post-traumatique, le sujet doit avoir vécu, avoir été témoin, ou avoir été confronté à un ou à des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort, être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de blessures graves, ou durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. La personne peut alors subir durant plus d'un mois des symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse, impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire, par exemple), des symptômes d'évitement et d'émoussement (efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme, réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités, par exemple), et des symptômes neurovégétatifs (irritabilité ou accès de colère, hypervigilance, difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, par exemple). La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Cette définition semble très bien correspondre à ce que décrivent certains malades de réanimation au décours de leur séjour (par exemple, conduite d'évitement avec impossibilité de retourner dans le service ou ils ont été hospitalisés, hypervigilance à l'évocation de la réanimation, intrusion d'images rappelant leur séjour, etc.).

Évaluation de la prévalence d'ESPT et de SAD au décours du séjour en réanimation

La prévalence d'ESPT dans la population générale est de 1,2% pour les hommes et de 2,7% pour les femmes [9]. Il semble que le fait que la survenue d'un ESPT puisse être une conséquence du traumatisme lié à la réanimation soit établi [6,10], et environ un quart des patients de réanimation souffrent d'au moins une morbidité psychiatrique un an après leur sortie [11]. La prévalence « attendue » d'ESPT chez les malades de réanimation dans les mois suivant leur sortie se situe en fonction des études entre 14 et 41% [7,10,12,13,14]. Ces variations peuvent s'expliquer de par des critères d'entrée et des modalités de mesures très

variables, dans des études la plupart du temps monocentriques. Cependant, cette prévalence peut être considérée comme très importante, et constituer un problème de santé publique (plusieurs dizaines de milliers de patients par an en France). L'ESPT pourrait, de plus, persister de façon prolongée plusieurs années après le séjour en réanimation [7,13]. Le traumatisme psychique ne concerne pas seulement le malade, mais aussi ses proches, impliqués dans la situation. Nous avons récemment rapporté une prévalence d'ESPT chez les proches de 33%, trois mois après la sortie du patient de réanimation [15]. De même, Jones et al., rapportent une prévalence de 49% à six mois malgré la mise en place d'un programme de réhabilitation [16]. La question des troubles psychiatriques au-delà du séjour en réanimation apparaît donc comme une question systémique, concernant non seulement le patient, mais aussi ses proches (avec certaines hospitalisations plus traumatiques pour un proche que pour le patient).

Il est très important de considérer, au-delà de la survie, que la qualité de vie d'un malade après son séjour va en partie dépendre non seulement de séquelles physiques, mais aussi de séquelles psychiques, au premier rang desquelles l'ESPT. Or la détection de ces troubles est difficile en routine, car les médecins traitants ne recherchent pas systématiquement ces symptômes et n'imaginent parfois pas que le séjour en réanimation puisse en être responsable, que les patients n'en parlent pas facilement de façon spontanée (en raison du caractère parfois stigmatisant de ces symptômes) et que la mise en place de traitement (notamment antidépresseurs) n'est pas systématique. Le risque est donc de voir des patients s'isoler dans leurs symptômes psychiques, avec des conséquences parfois majeures en terme de *compliance* au traitement somatique, par exemple.

Le séjour en réanimation semble également générer à terme une prévalence majeure de symptômes d'anxiété ou de dépression, associés à de hauts niveaux de fatigue et des troubles de la concentration ou du sommeil [17–19]. Ainsi, plusieurs mois après leur sortie, la prévalence des symptômes d'anxiété chez les malades de réanimation au décours de leur séjour se situe entre 12 et 47%, et celle de symptômes de dépression entre 10 et 30% [12,20]. Ces résultats, très supérieurs à ceux rencontrés dans la population générale, confirment l'importance des troubles psychiques des malades. En revanche, à la différence des symptômes d'ESPT, ces symptômes auraient tendance à diminuer avec le temps [7]. Cependant, la présence des troubles anxiodépressifs ne semble pas faire l'objet d'une connaissance des médecins traitant, et par conséquent d'une détection ou d'un traitement dans de nombreuses situations. Or, ici encore, une symptomatologie psychiatrique peut compromettre la qualité de vie et la réadaptation d'une personne au décours de son séjour en réanimation.

Sur le plan méthodologique, les études ont utilisé de nombreuses échelles de mesure, tant de l'ESPT que de l'anxiété ou de la dépression. La passation de ces échelles est cependant parfois compliquée, en raison de l'asthénie psychique et physique des patients. La présence d'ESPT est mesurée dans la plupart des études à l'aide de l'échelle *impact of event scale* (IES) [21]. La prévalence de symptômes d'anxiété et de dépression peut être aisément mesurée à l'aide d'un autoquestionnaire de 14

items, l'*hospital anxiety and depression scale* (HAD) [22], largement utilisée en réanimation et traduite en français [23,15,7,12]. Plus que les résultats «bruts», il semble important de souligner dans un premier temps l'importance, tant quantitative que qualitative, des troubles psychiatriques au décours d'un séjour.

Facteurs prédictifs de l'émergence d'ESPT et de symptômes anxiodépressifs au décours du séjour en réanimation

Plusieurs études ont essayé de déterminer des facteurs prédictifs d'émergence de symptômes psychiques chez les malades de réanimation. Lorsque les patients sont interrogés au décours de leur séjour, un faible niveau de souvenirs réels du séjour en réanimation, et la présence de faux souvenirs (avoir été menacé d'homicide de la part d'un soignant, avoir été abandonné sans soins, etc.), concernant le séjour seraient des facteurs prédictifs d'une augmentation de prévalence d'ESPT après la sortie de réanimation [10,14,24]. Ainsi, un patient se souvenant de faits n'ayant pas existé, a plus de risques de souffrir d'ESPT. De même, une sédation importante augmente le risque pour le patient de ne plus avoir de souvenirs de son séjour (donc, peut-être, d'en «reconstruire» de faux), et une longue durée de séjour augmente le risque de faux souvenirs [25]. Il est possible que le manque de compréhension, et d'information sur le séjour (motif, durée, soins, pronostic, gravité, etc.) soit un facteur de stress associé, majorant les risques de trouble psychique.

Selon certains auteurs, les antécédents psychosociaux n'auraient pas d'influence sur l'émergence d'ESPT [26], mais la détresse psychologique (et le fait d'avoir consulté pour ce motif) est probablement un facteur de risque [13,27]. Ici encore, le manque de puissance et la variabilité méthodologique des études rend les comparaisons difficiles. Il est cependant possible que la survenue d'un traumatisme (le séjour en réanimation) sur une personne déjà fragilisée augmente le risque de survenue de symptômes. Cependant, plus que la gravité objective de la maladie ayant mené à l'hospitalisation en réanimation, c'est la perception du patient de sa propre gravité et du risque vital qui est reliée au développement d'un ESPT [26,28]. Il est donc possible qu'en absence d'information, le patient se construise a posteriori une situation plus grave qu'elle ne l'était réellement. Ces hypothèses n'ont pas été étudiées.

Plusieurs échelles mesurant des facteurs cliniques ont été testées durant ou à la fin du séjour du patient en réanimation : ETIC 7 [12], ICUMT [29], CAM-ICU [30], dont les items sont centrés sur les souvenirs, les aspects traumatiques ou la confusion pendant le séjour. Ces échelles n'ont cependant pas permis pour l'instant de définir des facteurs fiables et reproductifs prédictifs d'ESPT ou d'anxiété-dépression au décours du séjour du patient.

Pour les malades de chirurgie, la prévalence d'ESPT semble liée aux souvenirs traumatiques du traitement post-opératoire (douleur, détresse respiratoire, anxieté, cauchemars) [31]. Le sexe, la durée de séjour, l'APACHE II, ne semblent pas être des déterminants de l'émergence de symptômes d'ESPT, alors que les scores d'ESPT seraient corrélés à la durée de ventilation mécanique et inversement corrélés à l'âge [13]. Les aspects traumatiques de la

réanimation (agressivité des soins), les cauchemars, et les hallucinations sont fréquents, et leur impact sur la survenue de ESPT ou de SAD est probable, mais reste à évaluer et à confirmer [32].

Outre l'intensité des soins et les caractéristiques du séjour en réanimation, l'identification de facteurs pré-traumatiques (notamment, les antécédents psychiatriques, les antécédents traumatiques, etc.) [26], la qualité de l'environnement et du soutien après la réanimation (intensité des douleurs, disponibilité de l'entourage) [33], la détection (et la prise en charge) de symptômes de stress à la fin du séjour en réanimation [34], et la qualité de l'information reçue par le malade sur son séjour en réanimation [35] sont des facteurs pouvant influencer sur l'émergence d'ESPT ou de SAD au décours du séjour. La détection et la prise en charge de ces symptômes de façon spécialisée dès la fin du séjour en réanimation devrait être organisée et assurée [13]. Cependant, ces aspects pathologiques ne semblent pas être considérés comme prioritaires, et les patients, lorsqu'ils sont vus, le sont par un psychiatre de liaison au décours du séjour, dans un service de médecine, ou, quelques semaines après la sortie par le médecin traitant. De ce fait, l'évaluation de la prévalence et d'éventuels traitements ne peut se faire. L'ensemble de ces données devraient imposer une prise en charge des facteurs de risque durant l'hospitalisation en réanimation, et une sensibilisation des services d'aval [36].

Interventions susceptibles de diminuer la prévalence d'ESPT et/ou de symptômes anxiodépressifs au décours du séjour en réanimation

Il n'existe que très peu d'études ayant évalué l'efficacité de stratégies d'intervention visant à diminuer la prévalence d'ESPT ou de SAD au décours d'un séjour en réanimation. La mise en place d'un programme de réhabilitation (appels téléphoniques, manuel pédagogique, etc.) n'a pas permis de diminuer la prévalence d'ESPT chez les patients [29]. En revanche, des auteurs ont montré que l'administration de doses supraphysiologiques de cortisol pendant la période périopératoire de patients de chirurgie cardiaque pourrait diminuer la prévalence des symptômes de ESPT et de stress chronique [37]. Ces résultats nécessiteraient d'être validés dans une étude multicentrique sur des malades de réanimation.

Conclusion

L'analyse des études d'évaluation des troubles psychiatriques chez les patients de réanimation montre que malgré la gravité du problème et l'enjeu majeur de santé publique, peu d'études proposent d'identifier de cibles permettant d'améliorer cette situation. De plus, ces études sont largement biaisées. En effet, le caractère monocentrique, non comparatif, sur des durées variables, de patients à pathologies différentes, dans des pays à cultures différenciées, avec des instruments de mesure non comparables donnent des résultats souvent inconstants.

Cependant, un élément invariant doit être souligné : la prévalence importante de symptômes d'ESPT et de SAD dans les mois suivant le séjour en réanimation, très certainement liés à l'expérience de la réanimation et aux traumatismes psychiques qui y sont liés.

Il semble nécessaire de proposer des études multicentriques, comparatives, ciblées, visant à évaluer la prévalence d'ESPT et de SAD chez les malades de réanimation après leur sortie, d'évaluer les facteurs de risque d'émergence d'ESPT ou de SAD, et de proposer des moyens simples et facilement reproductibles d'intervention et de limitation du risque d'ESPT ou de SAD. Une détection de ces facteurs de risque à la fin du séjour en réanimation, et l'application de la recommandation de la Société de réanimation de langue française d'une consultation de sortie [38], permettant d'informer le patient sur ce qu'il a vécu et des soins qui lui ont été prodigués, pourrait avoir un impact sur la diminution de la prévalence de ces troubles au décours du séjour.

Références

- [1] Strahan E, McCormick J, Uprichard E, et al. Immediate follow-up after ICU discharge: establishment of a service and initial experiences. *Nurs Crit Care* 2003;2:49–55.
- [2] Hunt SM, McEwen J. The development of a subjective health indicator. *Sociol Health Illn* 1980;3:231–46.
- [3] Ampélas JF, Pochard F, Consoli S. Les troubles psychiatriques en service de réanimation. *L'Encéphale* 2002;28:191–9.
- [4] Bironneau E, Martineau W, Nicolas F. Diagnostic des troubles psychiatriques en réanimation. *Réan Urg* 1998;7:629–36.
- [5] Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001;286:2703–10.
- [6] Pochard F, Bellivier F. Troubles psychiatriques des malades hospitalisés en réanimation. *Ann Méd Psychol* 1996;154:489–98.
- [7] Rattray JE, Johnston M, Wildsmith JAW. Predictors of emotional outcomes in intensive care. *Anaesthesia* 2005;60:1085–92.
- [8] Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, et al. Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Med* 1999;7:697–704.
- [9] Stein MB, Walker JR, Hazen AL, et al. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997;154:1114–9.
- [10] Schelling G, Stoll C, Haller M, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med* 1998;26:651–9.
- [11] Schnyder U, Moergeli H, Trentz O, et al. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:653–6.
- [12] Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001;56:9–14.
- [13] Cuthbertson BH, Hull A, Stachan M, et al. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med* 2004;3:450–5.
- [14] Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Krauseneck T, et al. Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Psychiatry* 2004;161:45–52.

- [15] Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al., for the FAMIREA group. Risk for posttraumatic stress syndrome in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:987–94.
- [16] Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004;3:456–60.
- [17] Garcia Lizana F, Peres Bota D, De Cubber M, et al. Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life? *Intensive Care Med* 2003;8:1286–93.
- [18] Granja C, Teixeira-Pinto A, Costa-Pereira A. Quality of life after intensive care -evaluation with EQ-5D questionnaire. *Intensive Care Med* 2002;7:898–907.
- [19] Brooks R, Kerridge R, Hillman K, et al. Quality of life outcomes after intensive care. Comparison with a community group. *Intensive Care Med* 1997;23:581–6.
- [20] Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000;7:2293–9.
- [21] Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41:209–18.
- [22] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.
- [23] Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001;10:1893–7.
- [24] Jones C, Griffiths RD, Humphris G, et al. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001;3:573–80.
- [25] Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Med* 2006;32:660–7.
- [26] Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer, et al. Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *Am J Psychiatry* 2001;158:594–9.
- [27] Klein S, Alexander DA, Hutchinson JD, et al. The Aberdeen trauma screening index: an instrument to predict post-accident psychopathology. *Psychol Med* 2002;32:863–71.
- [28] Alexander DA. Human reactions to trauma: their features and management. In: Greaves I, Porter K, editors. *Pre-Hospital Medicine: the principles and practice of immediate care*. London: Arnold; 1999.
- [29] Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, et al. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2003;10:2456–61.
- [30] Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* 2001;29:1370–9.
- [31] Schelling G, Richter M, Roozendaal B, et al. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Crit Care Med* 2003;7:1971–80.
- [32] Roundshagen I, Schnabel K, Wegner C, et al. Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during algedosation in intensive care. *Intensive Care Med* 2002;28:38–43.
- [33] Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on post-traumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000;61S:60–6.
- [34] Ehde DM, Patterson DR, Wiechman SA, et al. Post traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury. *J Burn Care Rehabil* 1999;21:105–11.
- [35] Griffiths RD, Jones C. *Intensive care aftercare*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2002.
- [36] Jones C, Macmillan RR, Griffiths RD. Providing psychological support for patients after critical illness. *Clin Intensive Care* 1994;4:176–9.
- [37] Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, et al. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry* 2004;55:627–33.
- [38] Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F, [Groupe de travail de la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française]. L'information au patient en réanimation et à ses proches: le point de vue de la SRLF. *Réanimation* 2001;10:571–81.