



HAL
open science

Prise en charge des patients après un séjour en réanimation : enquête de pratique auprès des médecins généralistes landais

Victoire Philbert

► **To cite this version:**

Victoire Philbert. Prise en charge des patients après un séjour en réanimation : enquête de pratique auprès des médecins généralistes landais. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03484024

HAL Id: dumas-03484024

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03484024>

Submitted on 16 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

N° 160

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 2021 par

Victoire PHILBERT

Née le 27 mars 1993 à Marcq-en-Baroeul

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS APRES UN SEJOUR EN
REANIMATION : ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES LANDAIS**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Abdelmajid HAFFIANE

Jury

Monsieur le Professeur François SZTARK
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON
Monsieur le Docteur François PETREGNE
Madame le Docteur Christelle PELLERIN
Monsieur le Docteur Abdelmajid HAFFIANE

Président du Jury
Juge et rapporteur
Juge
Juge
Directeur et juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François SZTARK, président du jury.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour l'attention portée à notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON, rapporteur de thèse.

Vous me faites l'honneur de rapporter et de juger ce travail. Je vous remercie pour la qualité de votre lecture et de vos commentaires. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur François PETREGNE, juge.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Christelle PELLERIN, juge.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour l'attention que vous portez à notre travail. Veuillez recevoir ma grande reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Abdelmajid HAFFIANE, directeur de thèse.

Tu m'as fait l'honneur de m'aider à concrétiser ce travail. Pour ta bienveillance, ton soutien, reçois mes remerciements, mon respect et ma grande reconnaissance.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail.

A ma mère, Valérie.

A mon père, Vincent.

A mes sœurs, Manon et Marie.

A Christopher, Maïline et Paul, les derniers arrivés dans la famille, je vous souhaite la bienvenue !

A mon premier neveu, Elliot.

A ma famille.

A ceux qui ont directement contribué à la rédaction de cette thèse :

A Claire Loizeau, pour ton amitié, ta bonne humeur permanente et ton aide précieuse. Merci pour tout.

A Anne Charlotte Dubos pour tes conseils, tes compétences Excel et tes encouragements.

A Pia WattinNe pour la Bretagne en van, le diagramme de flux, pour ta maladresse et ton courage.

A Mathieu Artagnan pour m'avoir présenté Abdel, mon directeur.

Aux patients du service de Réanimation du CH de Lens qui m'ont inspiré ce travail il y a bien longtemps.

Et à Alice Waubant pour m'avoir toujours épaulé et ce, depuis les premières minutes de notre rencontre.

Pour les tours de fac en voiture, ton sens de la fête, ton optimisme et ta persévérance malgré les épreuves.

Je sais !

A ceux qui comptent :

Les amis de longue date :

A Manon depuis l'appareil dentaire et la mèche, merci pour ta générosité et ton accueil à chaque retour à la maison, et à Rémi pour ta bonne humeur bien sûr mais surtout pour ta bonne cuisine.

A Mathilde Lasserre depuis... les premiers pas je crois !

A Pauline Thery, pour m'avoir fait découvrir mon futur chez moi.

A Apolline, Louis et Félix, Agathe (et Jéro), Inès, et Céline pour tous ces moments avec vous.

A Roxane Olivier que j'ai vu pousser depuis le CE2.

Aux girlyes que je n'ai pas encore cité, Elodie, Fonfon, Marie, Capucine, Félicie, Violaine, pour le meilleur et pour le pire. Et au Zep, quand même !

A Marine, ma première rencontre de l'internat, Thibaut, et toute leur smala !

Aux autres périgourdins : Lauren, Caroline, Lydia, Jessica, Chann, Geoffrey, David, Matthieu, PAF, Joris. J'ai perdu quelques points de vie avec vous...

Aux montois : Mathieu et Sofian, dégingos malgré tout.

Au Béarnais : Aurélien et ses turbidites, pardon pour le cor de chasse...

Aux Polynésiens : Anne Lorraine et François, Audrey et Philippe, parmi les plus belles rencontres de l'internat.

Aux Bayonnais : Eva, Thomas, Clémence, Ambre et Valentin.

A l'équipe médicale et para médicale des urgences du CH d'Uturoa de Raiatea pour ces six mois formidables à vos côtés. Maururu !

A l'équipe médicale et para médicale de Médecine Polyvalente du CH de Saint Palais. Pour votre bienveillance, votre soutien, votre humour, votre bonne humeur et surtout votre humanité. Travailler dans une telle ambiance est rare. Milesker et à bientôt peut-être !

Et à ceux qui ne sont plus :

A Madame le Docteur Arlette Combaud Lefebvre, ma grand-mère.

A Monsieur le Docteur Patrick Lefebvre, mon grand-père.

Ils sont mes meilleurs amis.

Et à Madame le Docteur Marion Rigaut, mon amie.

Je ne t'oublierai jamais.

A tous les patients, à tous les soignants.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| TABLE DES MATIERES | 6 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | 8 |
| TABLE DES ANNEXES | 9 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 10 |
| INTRODUCTION | 11 |
| 1. LA VIE APRES LA REANIMATION | 11 |
| 1.1. <i>État des lieux</i> | 11 |
| 1.2. <i>Le Syndrome Post Réanimation</i> | 11 |
| 1.2.1. Séquelles physiques | 12 |
| 1.2.2. Séquelles cognitives | 12 |
| 1.2.3. Séquelles psychologiques..... | 13 |
| 1.2.4. Altération de la qualité de vie | 15 |
| 1.3. <i>Prévention du syndrome post réanimation</i> | 16 |
| 1.3.1. Prévention primaire | 17 |
| ➤ Stratégies non pharmacologiques..... | 17 |
| ➤ Stratégies pharmacologiques | 18 |
| 1.3.2. Prévention secondaire..... | 19 |
| ➤ Réhabilitation précoce | 19 |
| ➤ Dépistage des patients à risque et Consultation Post Réanimation..... | 19 |
| 2. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI POST REANIMATION | 22 |
| 3. NOTRE ETUDE | 24 |
| MATERIEL ET METHODE | 25 |
| 1. CHAMP D'APPLICATION DE L'ÉTUDE..... | 25 |
| 2. MODALITES DE L'ÉTUDE | 25 |
| 2.1. <i>Type d'étude</i> | 25 |
| 2.2. <i>Durée de la période d'inclusion</i> | 25 |
| 3. POPULATION DE L'ÉTUDE | 25 |
| 4. RECUEIL DES DONNEES..... | 26 |
| 4.1. <i>Enquête par questionnaire</i> | 26 |
| 4.2. <i>Critère de sélection et recrutement des participants</i> | 27 |
| 5. ANALYSE DES DONNEES..... | 27 |
| 6. ASPECT ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE | 27 |

| | |
|---|-----------|
| RESULTATS | 28 |
| 1. POPULATION ETUDIEE..... | 28 |
| 1.1. <i>Données disponibles – diagramme de flux</i> | 28 |
| 1.2. <i>Descriptif des médecins généralistes interrogés</i> | 29 |
| 1.3. <i>Descriptif des médecins généralistes inclus</i> | 29 |
| 2. RESULTATS DES QUESTIONNAIRES..... | 30 |
| 2.1. <i>Objectif principal</i> | 30 |
| 2.1.1. Analyse de pratique des médecins généralistes..... | 30 |
| 2.1.2. État des lieux des connaissances des médecins généralistes..... | 33 |
| 2.2. <i>Objectifs secondaires</i> | 34 |
| 2.2.1. Lien entre médecin généraliste et réanimateur..... | 34 |
| 2.2.2. Analyse des séquelles post réanimation retrouvées chez les patients des MG inclus..... | 35 |
| 2.2.3. Comparaison des patients Covid-19 et non Covid-19..... | 35 |
| DISCUSSION | 37 |
| 1. RESULTATS ET IMPLICATIONS..... | 37 |
| 1.1. <i>Objectif principal</i> | 37 |
| 1.2. <i>Objectifs secondaires</i> | 40 |
| 1.2.1. Lien entre MG et réanimateur..... | 40 |
| 1.2.2. Étude du SPR chez les patients des MG inclus..... | 42 |
| 1.2.3. Comparaison des patients Covid et non Covid..... | 42 |
| 2. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE..... | 43 |
| 2.1. <i>Limites de notre étude</i> | 43 |
| 2.2. <i>Forces de notre étude</i> | 45 |
| 3. PERSPECTIVES..... | 46 |
| CONCLUSION | 48 |
| BIBLIOGRAPHIE | 49 |
| ANNEXES | 58 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 73 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES :

| | |
|--|----|
| Figure 1: Diagramme de flux | 28 |
| Figure 2: Prise en charge par les MG inclus (n=26) du dernier de leurs patients sortis de réanimation. | 31 |
| Figure 3: Prise en charge des MG ayant dépisté des séquelles psychologiques chez leur patient (n=12). | 32 |
| Figure 4: Situations cliniques jugées comme traumatisantes par les MG inclus (n=26). | 33 |
| Figure 5: Comparaison de prise en charge par les MG inclus (n=26) entre les patients Covid + (n=4) et Covid - (n=22). | 36 |
| Figure 6: Comparaison de prise en charge entre les patients Covid + (n=2) présentant des séquelles psychologiques et ceux Covid - (n=10) | 36 |

TABLEAUX :

| | |
|---|----|
| Tableau 1: Critères de sélection de la population étudiée | 25 |
| Tableau 2: Données sociodémographiques des MG interrogés (n=33). | 29 |
| Tableau 3: Données sociodémographiques des MG inclus (n=26)..... | 30 |
| Tableau 4: Séquelles psychologiques diagnostiquées et mode d'alerte du MG (n=12). | 32 |
| Tableau 5: Analyse des liens entre MG et réanimateur..... | 34 |
| Tableau 6: Séquelles post réanimation dépistées chez les patients des MG inclus (n=26)..... | 35 |

TABLE DES ANNEXES

| | |
|---|------|
| Annexe 1 : Enquête par questionnaire..... | p.58 |
| Annexe 2 : Échelle de Hamilton..... | p.62 |
| Annexe 3 : Échelle HADS..... | p.66 |
| Annexe 4 : Échelle GDS..... | p.68 |
| Annexe 5 : GAD-7..... | p.69 |
| Annexe 6 : PHQ-9..... | p.70 |
| Annexe 7 : Rôle du MG dans le projet expérimental de l'Assurance Maladie..... | p.71 |
| Annexe 8 : Parcours proposé par l'Assurance Maladie dans le cadre du projet expérimental..... | p.72 |

LISTE DES ABREVIATIONS

- SPR** : Syndrome Post Réanimation
- PICS** : Post-Intensive Care Syndrome
- ICUAW** : Intensive Care Unit-Aquired Weakness
- SRLF** : Société de Réanimation de Langue Française
- SFAR** : Société Française d'Anesthésie Réanimation
- ESPT** : État de Stress Post Traumatique
- ESA** : État de Stress Aigu
- AQV** : Altération de Qualité de Vie
- CPR** : Consultation Post Réanimation
- MG** : Médecin Généraliste
- CRH** : Compte Rendu Hospitalier
- HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale
- SF-36** : Short Form 36
- IES-R** : Impact of Event Scale-revised
- LATA** : Limitation ou Arrêt de Thérapeutique Active
- SAD** : Syndrome Anxio-Dépressif
- CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- MSH** : Majoration Sortie d'Hospitalisation
- NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- GAD-7** : Generalized Anxiety Disorder-7
- GDS** : Geriatric Depression Scale
- PHQ-9** : Patient Health Questionnaire-9
- CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux
- CNPP** : Collège National des Professionnels de Psychiatrie
- CNQSP** : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
- Covid +** : Covid positif
- Covid -** : Covid négatif

INTRODUCTION

1. La vie après la réanimation

1.1. État des lieux

Les soins intensifs sont souvent représentés comme un milieu de survie où pronostic vital et fonctionnel sont engagés à court, moyen et malheureusement à long terme. Certes, la mortalité reste importante mais elle tend à diminuer grâce aux avancées médicales, techniques et scientifiques.

Le vieillissement de la population et l'amélioration des techniques de soins font que les équipes de réanimation sont amenées à prendre en charge des patients de plus en plus âgés ou avec comorbidités.

Si initialement l'objectif principal est la survie du patient, de plus en plus d'équipes de réanimation s'intéressent à présent au devenir après le séjour en soins intensifs.

1.2. Le Syndrome Post Réanimation

La lourdeur des soins prodigués en réanimation n'est pas sans conséquence. Depuis les années 1990, les études se sont intéressées aux répercussions d'abord physiques d'un séjour en réanimation, puis progressivement aux séquelles cognitives et psychologiques.

Vers 2010-2012 émerge finalement dans la littérature la notion de « Syndrome Post Réanimation » (SPR), ou « Post-Intensive Care Syndrome » (PICS) qui regroupe l'ensemble des symptômes invalidants faisant suite à un séjour en réanimation.

Selon certaines études, le SPR concernerait 50 à 70% des patients sortant de réanimation (1), et peut persister pendant plusieurs années. Cependant l'hétérogénéité des patients hospitalisés, des

délais et outils d'évaluation, l'existence de patients perdus de vue et la diversité des méthodes d'études rendent toute comparaison difficile.

Aujourd'hui encore, il est difficile d'évaluer l'incidence exacte du SPR.

Le SPR est une entité qui correspond à l'ensemble des séquelles retrouvées après une hospitalisation en réanimation.

1.2.1. Séquelles physiques

Les répercussions physiques sont nombreuses et peuvent être persistantes. Elles peuvent être liées à la pathologie initiale du patient ou parfois, iatrogènes (ischémie tissulaire, neuropathie, positions vicieuses, douleurs chroniques...).

Beaucoup d'études se sont intéressées aux séquelles retrouvées chez les patients hospitalisés dans le cadre d'une détresse respiratoire aiguë (2-7). Elles ont mis en évidence des altérations des débits et volumes pulmonaires. A long terme, le périmètre de marche serait également impacté.

Les séquelles sont aussi rénales, avec les complications liées à l'insuffisance rénale aiguë qui va nécessiter des séances d'épuration extra rénale souvent de longue durée et qui peuvent se chroniciser en sortie de réanimation (8-11).

Des séquelles neuro musculaires, qui correspondent au Intensive Care Unit-Acquired Weakness (ICUAW), sont fréquemment retrouvées et peuvent persister pendant des années (12,13). Hermans et al., en 2014, rapporte que ces séquelles augmentent la morbi-mortalité à 1 an (14).

Les patients sont donc confrontés à une détérioration brutale et inattendue de leurs capacités physiques, avec dans certains cas une modification importante de leur image corporelle, notamment chez les patients ayant subi de lourdes chirurgies.

1.2.2. Séquelles cognitives

Plusieurs études ont démontré l'existence de dysfonctions cognitives à distance d'un séjour en réanimation (15).

En 2015, Porhomayon et al. publie une méta-analyse qui note un lien entre la présence de troubles cognitifs après réanimation et de fortes doses de sédation (16). Le délirium pourrait également avoir un impact sur l'état cognitif des patients.

Le délirium est souvent inhérent aux traitements mis en place en réanimation. Il correspond à des épisodes d'hallucinations, de cauchemars, de paranoïa, rapportés par les patients. A leur réveil, leur perception de la réalité est souvent fortement altérée.

Ce lien entre délirium et troubles cognitifs post réanimation avait déjà été évoqué dans une étude publiée par Pandharipande et al. en 2013 (17). En 2020, une étude de cohorte retrouve des troubles cognitifs chez les patients 9 mois après leur sortie de réanimation. L'incidence est plus importante chez les patients qui présentaient des troubles cognitifs préexistants et chez les patients ayant présenté un délirium en réanimation (18). Ces troubles cognitifs ne sont pas anodins car ils peuvent persister jusqu'à 9 ans après la sortie, ce qui engendre des conséquences socio-économiques importantes (19).

1.2.3. Séquelles psychologiques

L'hospitalisation en réanimation représente un événement brutal, plus ou moins long, source d'agressions multiples, et parfois associé à un sentiment de mort imminente. Le patient peut alors ressentir une détresse émotionnelle et un sentiment d'impuissance puisqu'il n'a aucun contrôle sur la situation.

Comme le rappelle la VIème Conférence de Consensus publiée par la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), les facteurs de stress sont nombreux (20). Ils sont environnementaux (nuisances sonores, absence de rythme nyctéméral...), ou liés directement à la pathologie ou à la prise en charge (douleur liée aux gestes, aux traitements, souvenirs délirants ou faux souvenirs liés aux sédations profondes, incapacité de pouvoir communiquer, la soif...).

De ce fait, il peut se greffer un déficit temporo-spatial inhérent à la prise médicamenteuse tel que le délirium ou une absence totale de souvenir appelé « le trou réa ». Ces effets ne sont pas sans conséquence.

La littérature rapporte différents types de séquelles psychologiques.

Une méta analyse de 27 études publiée en 2016 par Nikayin et al., rapporte 34% (entre 25 et 42%) de symptômes anxieux persistants chez les patients un an après leur sortie (21). L'existence de faux souvenirs et des troubles psychologiques durant l'hospitalisation seraient des facteurs de risque potentiels.

La même année, Rabiee et al., publie une méta-analyse de 38 études. Le syndrome dépressif concernerait un tiers des patients sortant de réanimation et peut persister jusqu'à un an après la sortie du service : 29% des patients (23-34%) à 12 à 14 mois (22). L'existence de troubles psychologiques préexistants ou se développant durant l'hospitalisation sembleraient constituer des facteurs de risque de syndrome dépressif post-réanimation.

Ces résultats viennent confirmer ceux d'une précédente méta-analyse de 2009 qui montrait la fréquence du syndrome dépressif post-réanimation et son impact sur la qualité de vie des patients (23). Ces symptômes dépressifs seraient associés à un risque accru de mortalité au cours des deux premières années suivant la sortie du service (24).

Depuis plusieurs années, on a également mis en évidence de véritables états de stress post traumatique (ESPT) secondaires à un séjour en réanimation.

L'ESPT est défini, selon le DSM V (25), par l'association de plusieurs symptômes pathologiques (reviviscence, évitement phobique des stimuli associés au traumatisme, activation neurovégétative avec irritabilité, tachycardie...), réactionnels à l'exposition d'un individu à des évènements traumatisants. Pour diagnostiquer l'ESPT, ces symptômes doivent persister plus d'un mois, entraîner une altération du fonctionnement socio-professionnel, et une souffrance importante pour l'individu.

L'hospitalisation en soins intensifs serait donc vécue par certains patients comme un évènement exceptionnellement traumatique avec un sentiment d'horreur et d'impuissance.

Selon une méta-analyse de 2015, la prévalence de l'ESPT après un séjour en réanimation serait de 44% (36-52%) à 6 mois et de 34% (22-50%) à 12 mois (26). En 2019, Righy et al. publie une méta-analyse de 48 études qui constate qu'un patient sur cinq serait affecté par un ESPT à un an de sa sortie de réanimation (27). La prévalence d'ESPT y est moins élevée que celle rapportée par la méta-analyse de Parker et al. mais reste néanmoins significative quand on sait l'impact que l'ESPT peut avoir sur la qualité de vie ultérieure des patients.

L'état de stress aigu (ESA) survenant en réanimation est un facteur prédictif d'ESPT. Il correspond aux troubles psychologiques survenant durant le séjour. Le diagnostic et la prise en charge de l'ESA sont souvent insuffisants en réanimation devant l'absence de moyens, de temps, et de formation des équipes (28). L'intervention d'un psychiatre de liaison est rare. Mais de plus en plus d'équipes de soins intensifs collaborent avec un psychologue dédié au service à raison d'un 20 % de temps d'activité exclusive, lorsque le budget le permet.

Plusieurs facteurs de risque d'ESPT auraient été identifiés tels que l'administration de benzodiazépines (26,29), les souvenirs perçus comme effrayants par le patient (26), et les antécédents psychiatriques (26,30). D'autres comme la durée de séjour, la durée de ventilation mécanique ou le délirium sont plus controversés.

Pour Wade et al., en 2013, le délirium serait un facteur de risque d'ESPT (29). Mais une étude de cohorte menée par Svenningsen et al. en 2015, réfute cette hypothèse. En revanche, le délirium serait significativement associé à des symptômes anxieux deux mois après la sortie de réanimation (31). Svenningsen et al. avait déjà montré en 2013 que diminuer les doses de sédation augmentait la prévalence de délirium mais pas de troubles psychiatriques (32).

L'ESPT serait également fréquemment retrouvé chez l'entourage du patient hospitalisé d'après plusieurs études (33–35).

1.2.4. Altération de la qualité de vie

Ces dernières années, de nombreuses études sont venues confirmer que le SPR altérerait la qualité de vie des patients.

Certains facteurs semblent être prédictifs de l'altération de qualité de vie (AQV). L'âge et la sévérité de la maladie du patient auraient directement un impact sur la qualité de vie à 6 mois (36). Une étude publiée en 2020 montre que chez les patients âgés de plus de 65 ans, l'âge, l'état fonctionnel antérieur, la sévérité de la pathologie, le statut familial et le niveau d'éducation semblent déterminants (37).

L'existence de souvenirs délirants (38) et le jeune âge (35) seraient des facteurs prédictifs d'une moins bonne qualité de vie.

Cette altération de la qualité de vie persiste dans le temps. Cuthbertson et al., dans une étude de cohorte longitudinale prospective montre qu'elle persiste 5 ans après la sortie des soins intensifs (39).

Cependant une étude de cohorte publiée en 2021 par Hofhuis et al., rapporte que bien qu'il y ait une AQV à la sortie de réanimation, il semblerait que les patients survivants aient retrouvé une qualité de vie équivalente aux personnes de leur âge 10 après la sortie (40).

Afin de prévenir l'AQV en lien avec le SPR, il est important de comprendre sur quels facteurs il faut agir en amont.

En mars 2021, Yanagi et al. publie une étude de cohorte rétrospective qui met en évidence une association entre mortalité à long terme et SPR mais qui est liée aux séquelles physiques et cognitives et non au syndrome dépressif.

Mais si les troubles psychologiques ne sont pas directement liés à la mortalité au long terme, il semblerait qu'ils impactent la qualité de vie des patients (41). Plusieurs études ont notamment montré que l'ESPT en particulier altérerait la qualité de vie des patients (26,27,32,42) mais aussi celle de sa famille (35).

L'AQV des patients concerne leur état de santé physique, mentale et vient impacter leurs relations sociales, professionnelles, et leur vie de famille. En 2010, Myrhen et al. montre que 55% des patients reprennent une activité professionnelle à 1 an, notamment les patients qui ne présentaient pas d'ESPT (43). Ringdal et al. retrouve que 75% des patients retournent au travail 5 ans après leur sortie y compris certains qui souffraient d'ESPT (44).

Cependant, les patients reprenant le travail sont pour la plupart confrontés à des licenciements, des reclassements professionnelles ou à des adaptations de temps de travail.

Tout ceci a donc un impact socioéconomique important (45).

1.3. Prévention du syndrome post réanimation

Il est important de prévenir le SPR car s'il concerne uniquement un certain pourcentage des patients sortant de réanimation, rapporté à l'échelle nationale, il s'agit de plusieurs dizaines de

milliers de patients par an en France. L'analyse des conséquences physiques et psychologiques des patients et l'AQV engendrée par le SPR en fait donc un réel enjeu de santé publique (46,47).

Une mise au point sur le SPR de 2018 conclut que si cette entité est aujourd'hui bien connue des réanimateurs et certains facteurs de risque identifiés, sa prise en charge et les moyens de le prévenir restent insuffisamment codifiés (48).

Les études se sont intéressées aux moyens de prévenir le SPR en amont et en aval.

1.3.1. Prévention primaire

Il s'agit de modifier les pratiques directement au sein des services de réanimation afin de prévenir la survenue du SPR.

➤ Stratégies non pharmacologiques

Dès 2010, des recommandations ont été établies suite à la VIe Conférence de Consensus de la SFAR et de la SRLF (20). Les objectifs sont de permettre au patient, à sa famille et à l'équipe soignante de mieux vivre la réanimation. Concernant le patient, elles préconisent de limiter les agressions d'origine environnementale, c'est-à-dire de diminuer les nuisances sonores, et modifier l'éclairage pour améliorer la qualité du sommeil.

Favoriser les visites des proches en limitant les restrictions d'horaires de visite est également important. En effet, il semblerait que le soutien social soit un facteur protecteur de l'ESPT (49). Communiquer davantage avec le patient et sa famille est souhaitable, il faut donc organiser des entretiens si possible intelligibles et réguliers (20).

Une mobilisation active et précoce des patients dans le service permettrait d'améliorer la mobilité et la force musculaire des patients à la sortie. Cependant elle n'aurait aucun impact sur la mortalité à court et à long terme (50).

Une autre stratégie élaborée par les équipes soignantes pour limiter les faux souvenirs ou le « trou réa », et donc de prévenir les séquelles psychologiques, est la mise en place d'un journal de bord.

Ce journal fournit un historique du motif d'hospitalisation du patient en réanimation et un récit continu décrivant les activités quotidiennes. Il peut être rempli par l'équipe soignante et par

l'entourage du patient. Il permet ainsi au patient de reconstituer son hospitalisation et donc d'améliorer sa mémoire factuelle.

Cependant il existe encore peu de preuves de l'efficacité du journal de bord quant à la survenue du SPR (51). En effet il s'agit souvent d'études monocentriques, de faible niveau de preuve et l'hétérogénéité des protocoles d'étude rendent leur comparaison difficile.

Sayde et al., en 2020 a publié une étude qui ne montre aucun avantage du journal de bord associé à un suivi psychologique versus un suivi psychologique seul pour réduire la survenue de symptômes d'ESPT (52). Mais le fait est que le suivi psychologique est très rare dans les services de réanimation. Le journal de bord seul pourrait donc s'avérer utile en l'absence totale de psycho éducation associée.

McIlroy et al. publie en 2019 une méta-analyse qui semble retrouver une diminution du syndrome anxio-dépressif et une amélioration de la qualité de vie des patients ayant bénéficié d'un journal de bord (53). Il n'y aurait pas de diminution des symptômes d'ESPT chez le patient mais peut être chez sa famille.

Jones et al. montre le bénéfice du journal de bord dans la réduction de l'incidence d'ESPT chez les patients (54) y compris chez son entourage (55).

Enfin une revue systématique de Barreto et al. en 2019, soutient que l'utilisation du journal de bord pourrait réduire le risque de dépression et améliorer la qualité de vie du patient à distance (56).

L'effet du journal de bord reste donc actuellement incertain et d'autres études de plus grands effectifs sont nécessaires pour conclure.

➤ Stratégies pharmacologiques

Afin d'éviter le SPR, une approche pharmacologique semble intéressante, notamment la prise en charge du délirium et de la douleur.

Prévenir la douleur est nécessaire car elle serait associée à la survenue d'un syndrome anxio-dépressif à distance (57).

Les hypnotiques (en général benzodiazépines) et morphiniques sont largement utilisés dans les services de réanimation, notamment chez les patients sous ventilation mécanique, afin d'améliorer leur confort psychique, physique et leur tolérance aux gestes invasifs.

Mais pour éviter le surdosage et limiter leurs effets secondaires, il est essentiel de mettre en place une dose minimale efficace adaptée à chaque patient. La durée de sédation doit également être la plus courte possible (28).

En 2018, une étude publiée par Venni et al. a démontré qu'en modifiant les protocoles de sédation et d'analgésie de façon adéquate, les patients rapportaient une bonne perception de leur état de santé et la prévalence du SPR était faible (58). Il s'agit entre autres de l'application de protocoles de sevrage de la sédation analgésie par le personnel paramédical et l'introduction de produit hypnotique sans effets amnésiant (Dexmédétomidine), contrairement aux benzodiazépines.

1.3.2. Prévention secondaire

Contrairement à certains pays (comme la Grande Bretagne et les Pays Bas par exemple), la France ne dispose actuellement pas de recommandations concernant le suivi des patients après un séjour en réanimation.

➤ Réhabilitation précoce

Une revue systématique menée par Gerth et al. en 2019 montre qu'après la réanimation, bien que la qualité de vie des patients soit altérée, celle-ci pourrait s'améliorer de façon notable au cours de la première année suivant la sortie, en particulier sur le plan physique (59).

Il pourrait être intéressant de proposer aux patients une réhabilitation précoce.

Mais les effets de cette rééducation précoce sont pour le moment largement discutés (60,61).

➤ Dépistage des patients à risque et Consultation Post Réanimation

Le taux de mortalité dans l'année suivant la sortie de réanimation restant élevé, dépister les patients à risque de présenter un SPR ou une surmortalité, aurait un intérêt. Ceci dans le but de leur proposer une prise en charge et un suivi adaptés (48,62).

En 2020, une étude de cohorte prospective a démontré qu'évaluer l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R) à la sortie des soins intensifs permettrait de définir une population à risque de développer des symptômes d'ESPT (63). Ce pourrait donc être un outil intéressant pour repérer les patients à suivre de façon régulière après la sortie.

C'est dans l'idée de dépister les patients à risque de développer un SPR qu'a émergé la notion de consultation post réanimation (CPR).

La spécificité des soins fait du médecin réanimateur un acteur important dans le diagnostic et la prise en charge du SPR.

La CPR est l'occasion de revoir le patient à distance de son hospitalisation afin de retracer son parcours de soin. Il peut être accompagné de sa famille qui peut, lors de cette consultation, revenir sur cette période anxiogène. Le patient reçoit ainsi des informations vulgarisées afin de bien comprendre les soins qui ont été entrepris durant son hospitalisation.

Elle permet également de dépister les différentes séquelles inhérentes à la pathologie initiale qui a conduit le patient en réanimation ou bien les séquelles en lien avec le SPR, et d'apprécier la qualité de vie actuelle du patient. Dans ces deux cas, elle permet au patient d'être adressé en consultation spécialisée si nécessaire.

C'est aussi un temps privilégié pour l'équipe de réanimation qui obtient un retour de l'expérience du malade au sein du service.

Pourtant moins d'un patient sur cinq serait revu par un médecin réanimateur à distance de son hospitalisation (64).

Des CPR ont été mises en place à l'initiative de plusieurs hôpitaux en France mais restent insuffisantes.

En 2018, une enquête nationale de pratique des CPR menée via le Réseau Recherche SFAR montre que seuls 18,6% des services répondants (parmi un échantillon représentatif), pratiquent une CPR. Cette initiative est récente puisque 72,4% des services qui pratiquent la CPR, le font depuis moins de 5 ans. Les patients sont le plus fréquemment revus à 6 mois et sont convoqués par courrier ou par appel.

Les freins à la mise en place de CPR retrouvés dans cette étude, sont le manque de moyen humains, financiers, la lourdeur de l'organisation, le manque de données concernant les modalités pratiques de mise en place et dans certains cas, l'absence de bénéfice clairement validé pour le patient (65).

Il est difficile d'établir avec formalité les bénéfices de la CPR devant l'hétérogénéité des études qui l'évaluent et les différences de pratiques des établissements (66).

Mais ces dernières années plusieurs thèses ont étudié les bénéfices de la CPR au sein de différents hôpitaux de France et semblent montrer son intérêt.

Cinotti et al. en 2020 publie un exemple de mise en place de CPR dans un service de réanimation chirurgicale (au sein du CHU Hôtel Dieu de Nantes). Différents avantages de la CPR y sont démontrés : dépistage des séquelles psychologiques, physiques, arrêt de traitements inutiles, compléments d'exploration spécialisée, possibilité pour les patients de recevoir des informations intelligibles concernant les soins reçus, et ainsi de « combler » le trou réa. Ils confirment l'utilité de ce « feed-back » pour les soignants. Cet article donne également quelques clefs concernant l'organisation d'une CPR. Il propose d'envoyer au patient des questionnaires et échelles en amont de la consultation, à remplir au domicile. Cette étude propose d'utiliser l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), un questionnaire de qualité de vie le Short Form 36 (SF-36) et l'IES-R. Ceci permet une économie de temps, de moyens humains, financiers, et de limiter l'absentéisme car ils sont garants de l'implication du patient dans son suivi. A l'issue de la CPR, un compte-rendu est adressé au médecin généraliste (MG) du patient pour assurer la continuité des soins.

Jensen et al. en 2015 publie une revue systématique qui semble montrer une réduction des symptômes d'ESPT 3 à 6 mois après la sortie chez les patients ayant bénéficié d'une CPR, mais sans affecter la qualité de vie. Mais toute comparaison d'étude est difficile devant la multiplicité des méthodes et interventions, d'où l'intérêt de mettre en place des recommandations de suivi post réanimation (67).

En 2019, une revue systématique et méta-analyse de Rosa et al. démontre les bénéfices d'un suivi post réanimation (physiothérapie, intervention médicale et psychologique) (68).

| |
|--|
| La CPR constitue donc un outil d'amélioration de la qualité des soins prodigués en réanimation et semble être bénéfique pour les patients. |
|--|

2. Place du médecin généraliste dans le suivi post réanimation

Comme le rappelle l'enquête de la SFAR en 2018, il reste compliqué de mettre en place des CPR dans les différents services de réanimation français devant l'absence de moyens humains et financiers (65). Pourtant le SPR est un réel problème de santé publique.

Le MG, qui sera amené à suivre le patient au long cours devrait donc être un acteur principal dans le dépistage du SPR.

Mais si le SPR est aujourd'hui bien connu des équipes de réanimation, qu'en est-il du MG ?

Nous savons depuis longtemps que le lien entre MG et hôpital est difficile, même s'il a tendance à s'améliorer ces dernières années. Pourtant la communication entre les deux est un enjeu majeur dans la qualité et la continuité des soins.

En 2009, Hubert et al. publie une enquête transversale qui s'intéresse à la communication entre MG et l'hôpital (69). Cinquante MG ont été interrogés. La majorité de ces médecins recevait le compte-rendu hospitalier (CRH), mais déplorait en revanche le manque de collaboration directe et d'échanges. Les MG soulignent la difficulté du lien qualitatif avec les médecins hospitaliers. Ils sont, par exemple, rarement contactés lorsque leur patient décède.

Pourtant l'article 63 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-63 du Code de la Santé Publique) rappelle que : « le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible. » (70).

De la même manière, les MG seraient très peu contactés par les médecins réanimateurs dans le cadre de la Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA). En 2014, Le Meur et al, réalise une enquête rétrospective descriptive dans un service de réanimation polyvalente auprès des MG des patients ayant bénéficié d'une discussion collégiale de LATA. Parmi les MG répondants, seuls 18,8% ont participé en tant que consultant dans la décision de LATA de leur patient (71).

Le rôle du MG apparait brièvement dans la conférence de Consensus du « Mieux vivre la Réanimation » (20). On y constate simplement qu'il « pourrait être intéressant » de recueillir des informations auprès du MG, ou que sa participation au processus décisionnel « pourrait être nécessaire ». Le MG, en 2010, ne fait l'objet d'aucune recommandation dans le « Mieux vivre la Réanimation ».

Ces dernières années, les études réalisées par des équipes de réanimation soulignent de plus en plus le rôle primordial du MG pour le dépistage du SPR, notamment des séquelles psychologiques, et assurer ainsi la continuité des soins, y compris quand le patient a bénéficié d'une CPR (28,64).

Plusieurs thèses concernant la CPR rappellent la nécessité et l'intérêt pour l'équipe de réanimation de collaborer avec les MG, en particulier après la CPR, pour assurer un suivi des patients et une qualité de soins optimale (72–74). En effet, une des limites de la CPR est l'absence de prise en charge des patients perdus de vue, il est donc nécessaire de sensibiliser le MG au SPR afin que ces patients soient dépistés et pris en charge correctement en ville (73,74).

La crise sanitaire que nous vivons actuellement fait que le SPR est plus que jamais un sujet d'actualité et probablement un enjeu majeur de santé publique.

En effet, la pandémie de Covid-19 a majoré le taux d'hospitalisation en réanimation ces deux dernières années. L'incidence du SPR sera donc logiquement augmentée.

En connaissant les facteurs de risque du SPR, il est inévitable de s'attendre à voir sa prévalence augmenter : isolement des patients, absence de visite, anxiété liée à l'inconnu de cette pathologie, à l'absence de traitement efficace reconnu initialement. On sait également que les patients atteints de SDRA sont particulièrement sujets au SPR.

On a également vu émergé dans la presse des articles ou émissions évoquant le SPR en lien avec la Covid-19. Par exemple, France Inter en a fait l'objet d'une émission qui interrogeait patients et équipes de réanimation le 29 septembre 2021(75). Les patients et leur famille seront donc de plus en plus en demandeurs de soins et de prise en charge.

Les équipes de réanimation, qui ont vu leur activité largement augmenter, et qui manquaient déjà de moyens humains et financiers pour réaliser une CPR, n'auront probablement pas le temps de revoir tous les patients en consultation.

Le MG aura donc un rôle majeur à jouer dans le dépistage du SPR et dans la prise en charge de ces patients.

Pochard et al. (46) souligne en 2007 que la détection des séquelles psychologiques après un séjour en réanimation reste pauvre. Probablement parce que les MG, n'en ayant pas notion, ne les recherchent pas systématiquement. De plus, le caractère stigmatisant de ces symptômes fait que le patient n'en parle pas de lui-même, il peut donc avoir tendance à s'isoler et sa qualité de vie en est altérée.

Dans le contexte actuel de crise sanitaire, nous nous sommes donc intéressés à la connaissance des MG vis-à-vis du SPR, et en particulier des séquelles psychologiques.

L'hypothèse de travail est que le MG n'est pour le moment pas suffisamment sensibilisé au SPR car même s'il tend à s'améliorer le lien entre MG et réanimateur reste fragile.

L'**objectif principal** de notre étude était donc d'apprécier la connaissance des MG du SPR et en particulier des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. Pour ce faire nous avons réalisé une étude de leur pratique.

Les **objectifs secondaires** de notre étude étaient :

- D'étudier le lien entre MG et réanimateur
- D'observer si les MG avaient été confrontés au SPR chez leurs patients
- De regarder si les MG avaient pris en charge différemment les patients hospitalisés pour une infection à la Covid-19

MATERIEL ET METHODE

1. Champ d'application de l'étude

Notre étude portait sur les MG installés dans le département des Landes.

2. Modalités de l'étude

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale type enquête de pratique.

2.2. Durée de la période d'inclusion

L'étude s'est déroulée entre le 1^{er} avril 2021 et le 17 juillet 2021.

3. Population de l'étude

La population étudiée était les MG landais. Les critères de sélection sont précisés dans le tableau 1.

Tableau 1: Critères de sélection de la population étudiée

| |
|--|
| Critères d'inclusion |
| - Médecin généraliste installé dans le département des Landes |
| Critères de non inclusion |
| - Médecin généraliste travaillant dans une structure hospitalière |
| - Médecin généraliste exerçant une activité exclusive en médecine thermique, sport, nutrition ou acupuncture |
| - Médecin généraliste retraité |
| - Médecin généraliste remplaçant |
| - Étudiant ou interne |

4. Recueil des données

4.1. Enquête par questionnaire

Un questionnaire a été élaboré après avoir réalisé une recherche bibliographique.

Nous avons testé une première version de ce questionnaire auprès de deux MG. Une version définitive du questionnaire a été établie suite aux remarques de ces médecins.

Le questionnaire définitif comportait trente et une questions au total (Annexe 1). Il était anonyme. Il s'agissait de questions fermées à choix simples ou multiples.

Vingt-six des questions étaient obligatoires. Trois questions pouvaient être accompagnées de commentaires de la part des MG interrogés (9b, 10 et 18 e).

Deux questions permettaient d'accéder au questionnaire dans son intégralité (5a et 5b). Une réponse par non à une ou à ces deux questions ne permettait pas de poursuivre le questionnaire et le participant était exclu.

En effet, une partie de ce questionnaire étudiait la prise en charge par le MG du dernier de ses patients, anonyme, sorti de réanimation. En nous basant sur les données de la littérature, nous nous sommes intéressés uniquement au dernier patient du MG hospitalisé plus de sept jours en réanimation et sorti vivant du service depuis au moins trois mois.

Les questions étaient réparties sur 3 pages au format papier.

Le questionnaire comportait cinq principales parties :

- Première partie : profil du MG (âge, sexe, durée d'exercice...)
- Deuxième partie : poursuite ou non du questionnaire (sélection du patient)
- Troisième partie : prise en charge par le MG du dernier de ses patients sorti de réanimation, et répondant aux critères de sélection
- Quatrième partie : connaissance du MG vis-à-vis de l'impact psychologique d'un séjour réanimation
- Cinquième partie : étude du lien entre MG et réanimateur

4.2. Critère de sélection et recrutement des participants

Nous avons constitué un échantillon aléatoire de MG parmi les praticiens installés exerçant dans le département des Landes. Cet échantillon a été élaboré à partir de l'annuaire disponible sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Nous avons également contacté d'autres MG qui ne figuraient pas sur l'annuaire.

Au total, 324 médecins semblaient répondre aux critères d'inclusion, mais après vérification 283 médecins ont été inclus. Nous avons réalisé une randomisation 1 sur 2 pour obtenir un échantillon de 140 MG.

Les MG ont été sollicités par téléphone. Ils ont répondu aux questionnaires via entretien téléphonique. Les relances ont été réalisées par mail ou par téléphone.

Une partie du questionnaire portait sur la prise en charge d'un patient (anonyme). Pour répondre intégralement au questionnaire, le MG devait donc avoir dans sa patientèle un patient éligible c'est-à-dire hospitalisé au moins 7 jours en réanimation et sorti vivant du service depuis au moins 3 mois. Nous avons demandé au MG de nous parler du dernier patient sorti de réanimation et répondant à ces critères. Si le MG n'avait pas de patient éligible, il était exclu de l'étude.

5. Analyse des données

Les données anonymisées ont été saisies sur un tableur Excel Microsoft version 2020.

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne ou médiane et écart-type.

Les données qualitatives ont été exprimées en proportion et effectifs.

6. Aspect éthique et réglementaire

Notre questionnaire ne comportait aucun item permettant d'identifier directement le MG ni son patient. Les questionnaires une fois remplis étaient identifiés par des numéros, aucun nom de MG n'apparaissait. Les questionnaires ne comportaient pas de données directement nominatives. Il était donc impossible de faire le lien entre un questionnaire et un MG ou un patient. Les questionnaires ont été détruits une fois la saisie des données terminée.

RESULTATS

1. Population étudiée

1.1. Données disponibles – diagramme de flux

Au total, 140 MG installés dans les Landes ont été contactés. 33 MG ont participé à cette étude mais seuls 26 MG ont été inclus (Figure 1). Le taux de participation était donc de 23,6% avec 18,6% de MG inclus.

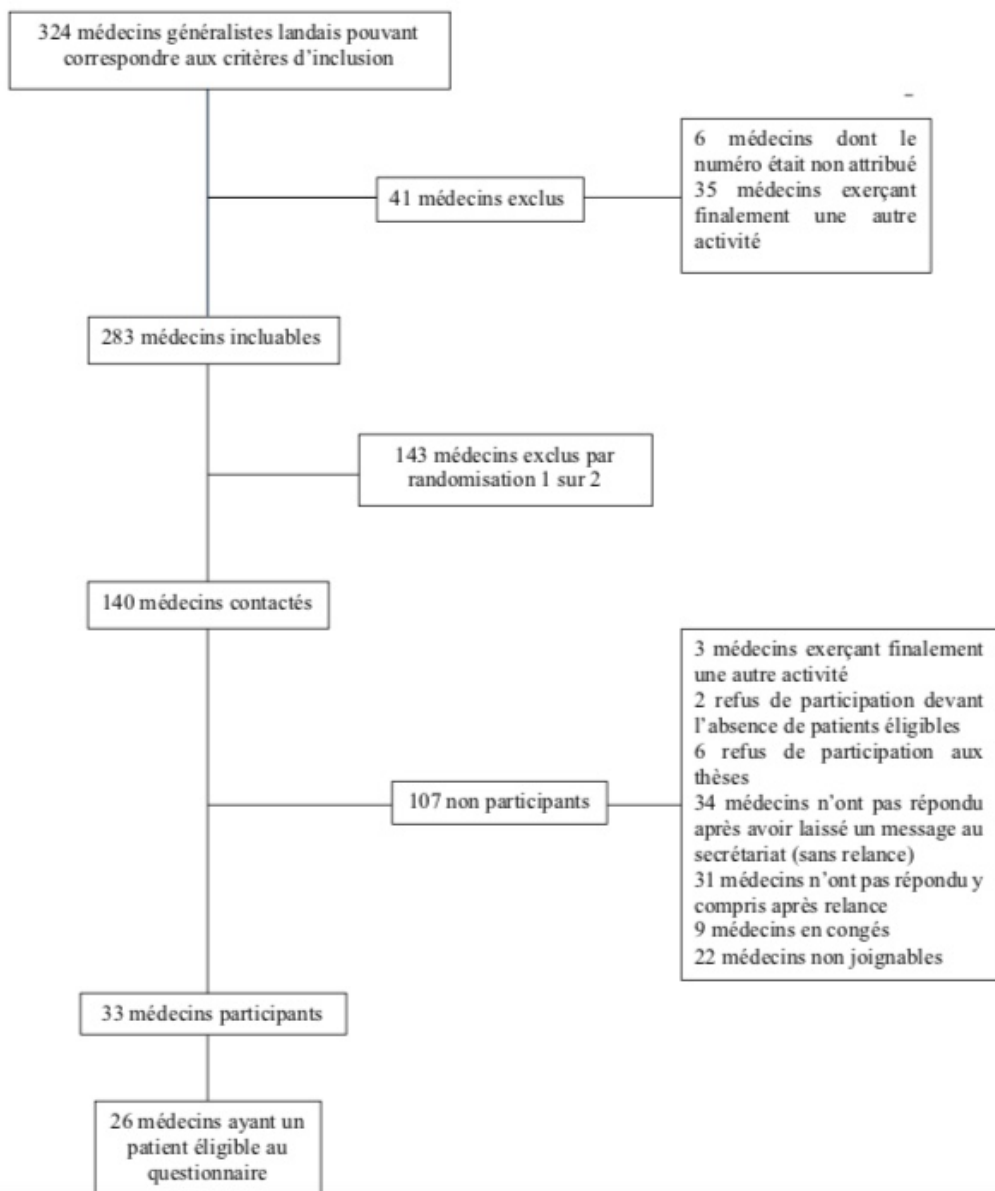


Figure 1: Diagramme de flux

1.2. Descriptif des médecins généralistes interrogés

Le tableau 2 synthétise les données générales relatives à la totalité des MG interrogés (n=33) entre le 1^{er} avril 2021 et le 17 juillet 2021.

Tableau 2: Données sociodémographiques des MG interrogés (n=33).

| | | |
|---|------|------------|
| Age moyen en années (+/- écart type) | | |
| Mixte | 49,2 | (+/-10,9) |
| Hommes | 50,9 | (+/- 10,7) |
| Femmes | 43,9 | (+/- 9,7) |
| Sexe n (%) | | |
| Hommes | 25 | (75,8 %) |
| Femmes | 8 | (24,2 %) |
| Durée d'exercice en années | | |
| [0-10] | 9 | |
|]10-20] | 10 | |
|]20-30] | 8 | |
| > 30 | 6 | |
| Médiane en années (+/- écart type) | 36,2 | (+/- 11,4) |
| Exercice en soins critiques n (%) | | |
| Oui | 32 | (97%) |
| Non | 1 | (3%) |

87,9 % (n=29) des MG interrogés avaient parmi leur patientèle un patient ayant séjourné plus de 7 jours en réanimation. 78,8 % (n=26) des MG interrogés avaient un patient hospitalisé plus de 7 jours en réanimation et sorti depuis au moins 3 mois, vivant, du service.

1.3. Descriptif des médecins généralistes inclus

Le tableau 3 synthétise les données générales relatives aux MG inclus (n=26).

Tableau 3: Données sociodémographiques des MG inclus (n=26)

| | | |
|---|------|------------|
| Age moyen en années (+/- écart type) | | |
| Mixte | 48,7 | (+/-10,2) |
| Hommes | 50,0 | (+/- 9,9) |
| Femmes | 44,3 | (+/- 10,9) |
| Sexe n (%) | | |
| Hommes | 20 | (76,9 %) |
| Femmes | 6 | (23,1 %) |
| Durée d'exercice en années | | |
| [0-10] | 6 | |
|]10-20] | 9 | |
|]20-30] | 7 | |
| > 30 | 4 | |
| Médiane en années (+/- écart type) | 27,9 | (+/- 10,9) |
| Exercice en soins critiques n (%) | | |
| Oui | 26 | (100 %) |
| Non | 0 | |

2. Résultats des questionnaires

2.1. Objectif principal

2.1.1. Analyse de pratique des médecins généralistes

La prise en charge par les MG inclus (n=26) du dernier de leurs patients, sorti vivant de réanimation depuis au moins 3 mois et hospitalisé au moins 7 jours, est analysée dans la figure 2.

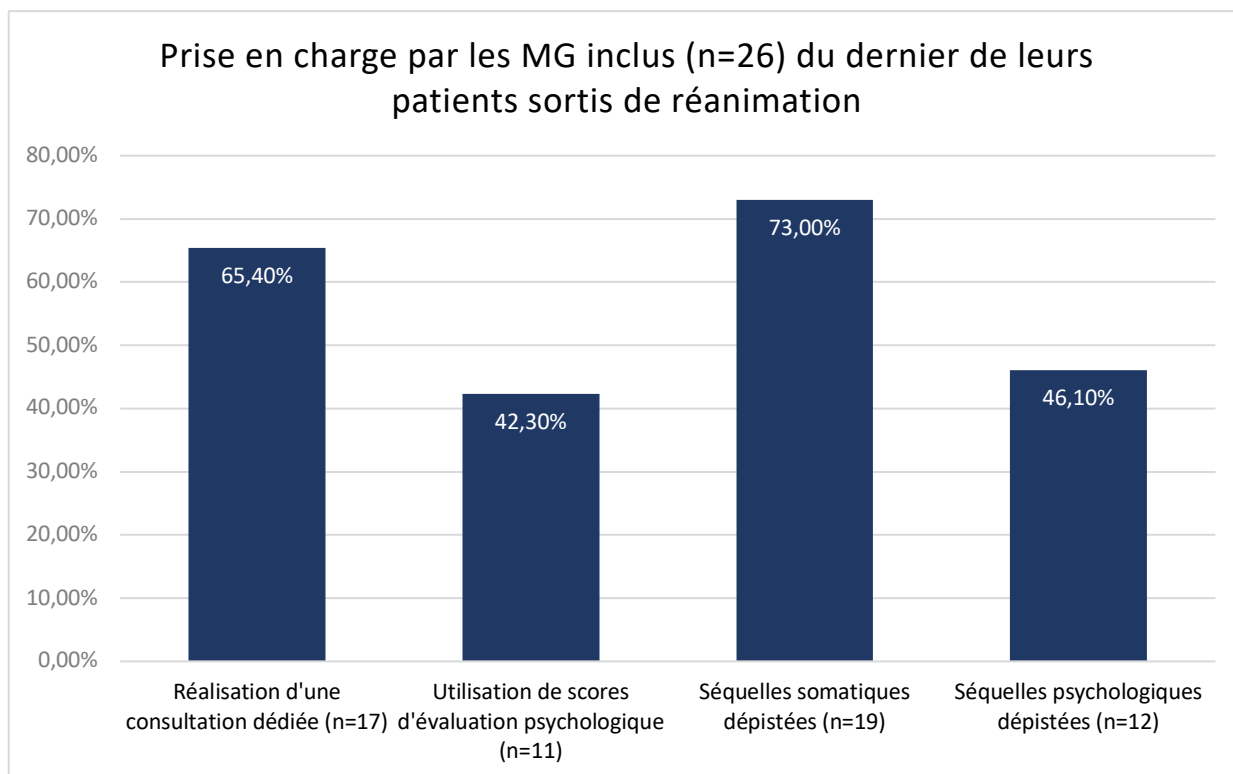


Figure 2: Prise en charge par les MG inclus (n=26) du dernier de leurs patients sortis de réanimation.

Dans leur pratique quotidienne, 11 MG utilisaient un ou plusieurs scores d'évaluation psychologique : 54,5% (n=6) utilisaient l'Échelle de dépression de Hamilton, 45,5% (n=5) le Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), 45,5% (n=5) le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), 18,2% (n=2) l'échelle Geriatric Depression Scale (GDS) et 9,0% (n=1) l'échelle HADS.

Parmi les 12 MG ayant détecté des séquelles psychologiques, 58,3 % (n=7) utilisaient ce type de scores.

La figure 3 étudie plus précisément la prise en charge des MG inclus ayant dépisté des séquelles psychologiques (n=12) chez leur dernier patient sorti de réanimation.

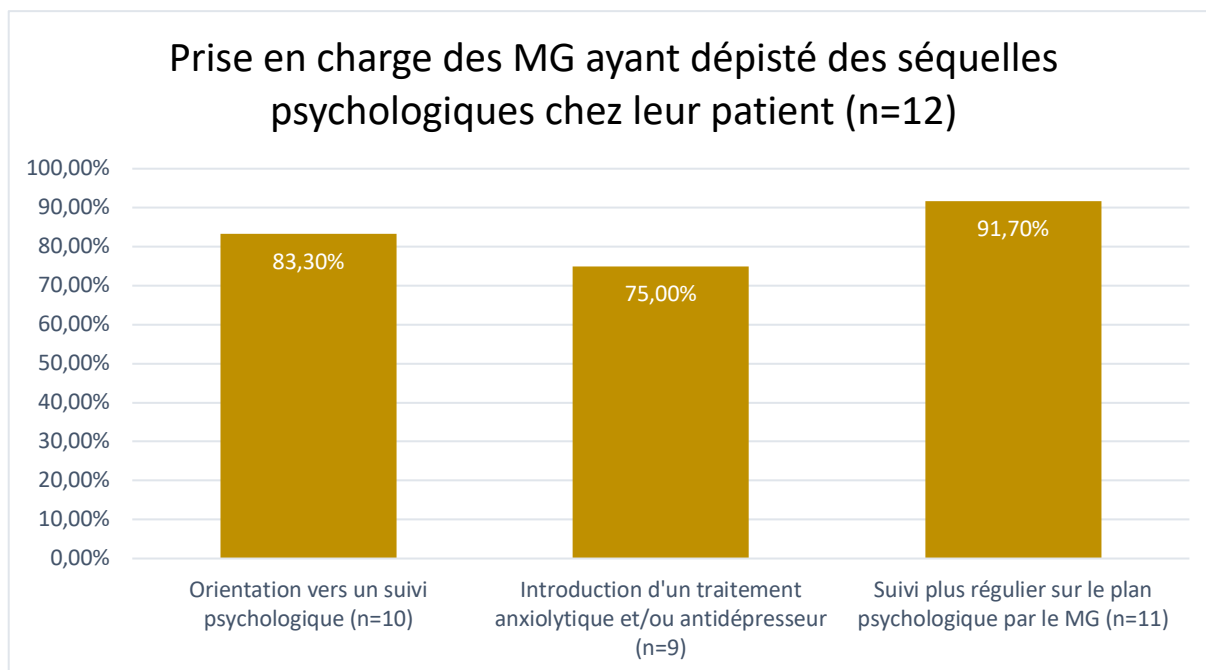


Figure 3: Prise en charge des MG ayant dépisté des séquelles psychologiques chez leur patient (n=12).

Le tableau 4 résume les différents types de séquelles psychologiques diagnostiqués par les MG ainsi que la façon dont ils ont été alertés. Il s'agit de la proportion de syndrome anxio-dépressif (SAD) tous confondus c'est-à-dire qu'ils soient associés ou non à un ESPT, et de la proportion d'ESPT tous confondus donc associés ou non à un SAD.

Tableau 4: Séquelles psychologiques diagnostiquées et mode d'alerte du MG (n=12).

| | | |
|--|---|----------|
| Diagnostic du médecin généraliste n (%) | | |
| SAD | 9 | (75,0 %) |
| ESPT | 7 | (58,3 %) |
| Mode d'alerte n (%) | | |
| Patient | 5 | (41,7 %) |
| Famille | 5 | (41,7 %) |
| Interrogatoire | 2 | (16,6 %) |

2.1.2. État des lieux des connaissances des médecins généralistes

De façon générale, 96,1% (n=25) des MG inclus déclaraient connaître l'existence de séquelles psychologiques après un séjour en réanimation.

Les situations cliniques jugées comme traumatisantes par les MG sont résumées dans la figure 4.

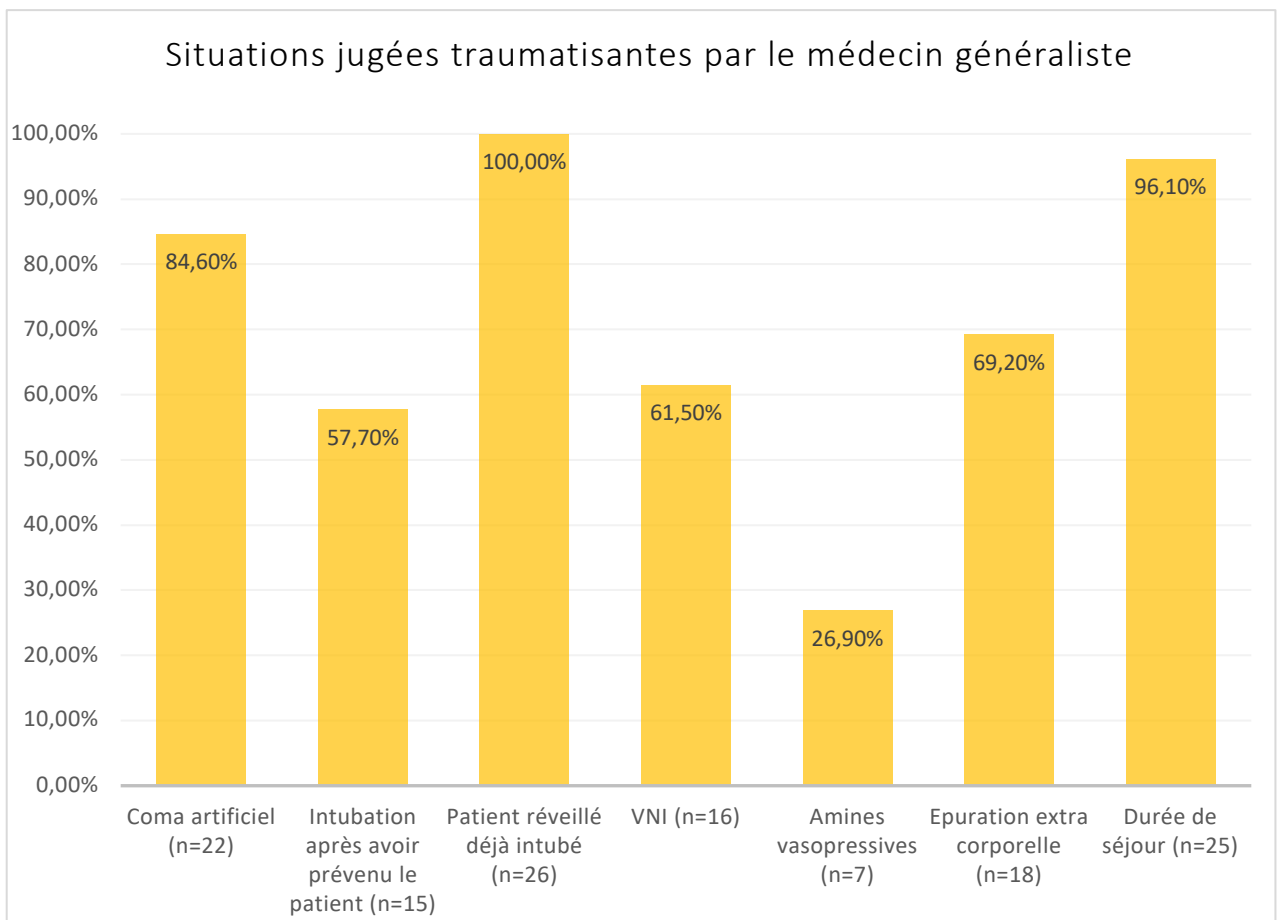


Figure 4: Situations cliniques jugées comme traumatisantes par les MG inclus (n=26).

2.2. Objectifs secondaires

2.2.1. Lien entre médecin généraliste et réanimateur

Les liens entre MG et réanimateur sont analysés dans le tableau 5.

19,2% (n=5) des MG inclus estimaient que le suivi post réanimation revenait au MG seul. 80,8% (n=21) des MG inclus pensaient que ce suivi devait être réalisé par le MG et le réanimateur en lien. Aucun des MG inclus ne considérait que le suivi du patient revenait au réanimateur seul.

30,8% (n=8) des MG inclus ont appris que leur patient était hospitalisé en réanimation dès l'admission, 23,0% (n=6) à la sortie. 46,2% (n=12) l'ont su d'une autre manière (par la famille, en cours d'hospitalisation...).

100% (n=26) des MG inclus ont reçu le CRH. 80,8% (n=21) des MG inclus trouvaient que le CRH était clair et synthétique. 19,2% (n=5) des MG inclus signalaient que le CRH pouvait manquer d'informations.

Tableau 5: Analyse des liens entre MG et réanimateur.

| | | |
|--|----|----------|
| Suivi des patients post réanimation n (%) | | |
| MG seul | 5 | (19,2 %) |
| Réanimateur seul | 0 | |
| Les deux en lien | 21 | (80,8 %) |
| Prise de connaissance par le MG de l'hospitalisation en réanimation n (%) | | |
| Admission | 8 | (30,8 %) |
| Sortie | 6 | (23,0 %) |
| Autre | 12 | (46,2 %) |
| Compte rendu d'hospitalisation en réanimation n (%) | | |
| Réception par le MG | 26 | (100 %) |
| Clarté du CRH | 21 | (80,8 %) |
| Information manquante dans le CRH | 5 | (19,2 %) |

2.2.2. Analyse des séquelles post réanimation retrouvées chez les patients des MG inclus

Le tableau 6 résume les séquelles post réanimation dépistées par les MG inclus (n=26) chez leurs patients.

Nous avons demandé au MG si leur patient déclarait ressentir un handicap secondaire aux séquelles somatiques. Ainsi le handicap étudié dans le tableau est celui ressenti par le patient et imputable aux séquelles somatiques.

Nous analysons dans ce tableau la présence de SAD seul et d'ESPT seul contrairement au tableau 4 où il s'agissait de l'analyse de SAD et d'ESPT seul ou associé.

Tableau 6: Séquelles post réanimation dépistées chez les patients des MG inclus (n=26).

| | | |
|---|----|----------|
| Séquelles somatiques n (%) | 19 | (73,0 %) |
| Handicap ressenti | 15 | (57,7 %) |
| Séquelles somatiques et psychologiques associées n (%) | 9 | (47,4 %) |
| Handicap ressenti | 8 | (88,9 %) |
| Séquelles psychologiques toutes confondues n (%) | 12 | (46,1 %) |
| SAD seul | 5 | (41,7 %) |
| ESPT seul | 3 | (25,0 %) |
| SAD associé à ESPT | 4 | (33,3 %) |

2.2.3. Comparaison des patients Covid-19 et non Covid-19

La figure 5 permet de comparer la prise en charge par les MG inclus (n=26) des patients hospitalisés pour une infection à la Covid-19, à celle des patients hospitalisés en réanimation pour un autre motif.

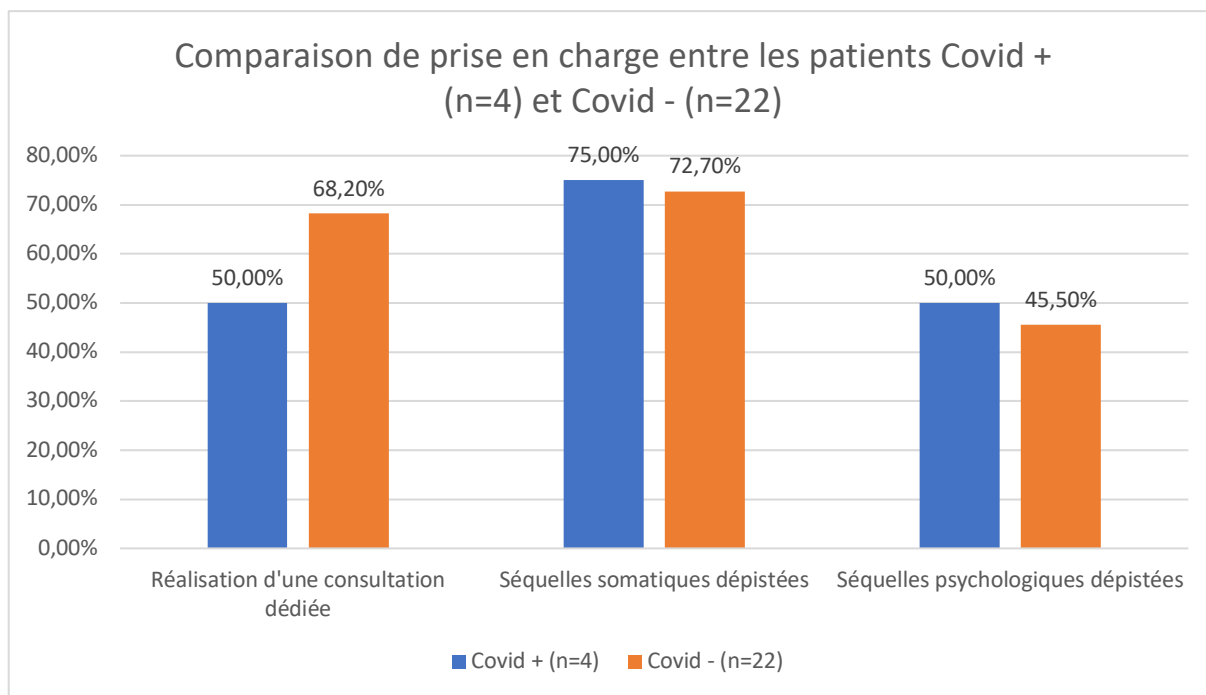


Figure 5: Comparaison de prise en charge par les MG inclus (n=26) entre les patients Covid + (n=4) et Covid - (n=22).

La figure 6 compare la prise en charge des patients Covid + (n=2) présentant des séquelles psychologiques à celles des patients Covid - (n=10) présentant des séquelles psychologiques.

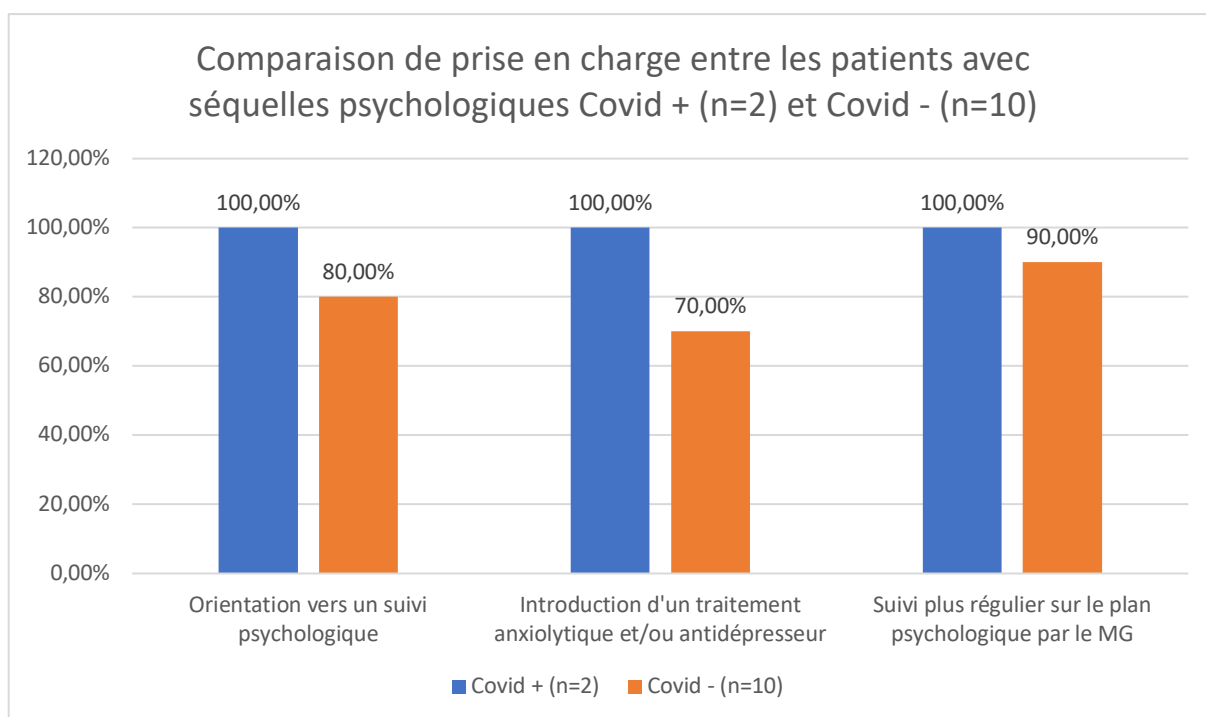


Figure 6: Comparaison de prise en charge entre les patients Covid + (n=2) présentant des séquelles psychologiques et ceux Covid - (n=10).

DISCUSSION

1. Résultats et implications

Trois quarts des MG inclus dans notre échantillon étaient des hommes.

D'après l'Atlas de la démographie médicale publié par le CNOM, 51,5% des MG en activité régulière au premier janvier 2021 sont des femmes (76).

L'âge moyen de notre échantillon de MG inclus était de 48,7 ans ce qui correspond à l'âge moyen des MG en activité régulière en France en 2021 (76).

La population de MG inclus était donc représentative de celle des MG à l'échelle nationale sur l'âge, mais pas sur le sexe.

Tous les MG inclus déclaraient avoir déjà exercé en soins critiques. Pour la grande majorité des MG il s'agissait de gardes aux urgences effectuées dans le cadre des études de médecine. Notre échantillon comportait également trois anciens urgentistes ayant changé d'activité.

1.1. Objectif principal

Notre objectif principal était d'apprécier la connaissance des MG du SPR via l'analyse de leur pratique. Nous nous sommes intéressés à la prise en charge des patients par leur MG à distance de leur sortie d'hospitalisation.

En France, la consultation de suivi par le MG après sortie d'hospitalisation fait l'objet d'une majoration appelée Majoration Sortie d'Hospitalisation (MSH) (77). D'après l'article 15.6 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (78), il s'agit d'une consultation longue et complexe réalisée dans le mois suivant une hospitalisation avec notion de sévérité.

Elle a pour but de favoriser la continuité des soins des patients polypathologiques, altérés, qui nécessitent un suivi particulier et une bonne coordination entre l'hôpital et la ville. Cette consultation permet au MG de réévaluer l'état clinique du patient dans son environnement, ainsi que l'observance et la tolérance des traitements. Le MG peut reprendre les événements notables de l'hospitalisation et recueillir le ressenti du patient. C'est aussi l'occasion pour le MG d'évaluer la compréhension du patient du diagnostic, de la prise en charge globale et de reformuler au patient certains éléments si besoin.

Les objectifs de cette consultation en MG et de la CPR sont donc similaires.

Deux tiers des MG inclus dans notre étude ont réalisé une consultation dédiée chez leur patient après un séjour en réanimation. Cela reflète leur intérêt quant au suivi des patients après un séjour en réanimation et suggère une certaine sensibilité au SPR.

42,3% des MG inclus utilisaient des scores d'évaluation psychologique.

Les scores les plus utilisés par les MG inclus étaient :

- l'échelle de dépression de Hamilton (Annexe 2), qui permet d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs chez les patients de tout âge. Plus le score est élevé, plus le syndrome dépressif est sévère. Elle permet de coter la dépression et d'en assurer le suivi. Son utilisation fait l'objet d'une cotation Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), codée comme un acte technique médical sous le libellé ALPQ003 (79,80) ;
- l'échelle HADS (Annexe 3), qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs et d'évaluer si le patient nécessite un avis spécialisé ;
- l'échelle GDS (Annexe 4), conçue pour dépister les symptômes dépressifs chez la personne âgée ;
- le GAD-7 (Annexe 5), utilisé dans l'évaluation du syndrome dépressif ;
- le PHQ-9 (Annexe 6), qui permet le dépistage des symptômes anxieux.

Ces deux derniers scores ont été cités par la moitié des MG inclus utilisant des scores d'évaluation psychologique. En effet, le département des Landes fait partie d'un projet expérimental déjà mené dans trois départements français (Morbihan, Bouches-du-Rhône et Haute-Garonne) (81).

Il concerne la prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses dans le cadre des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. En effet, le syndrome dépressif est une pathologie très fréquente en France. D'après les MG, le principal frein à sa prise en charge en psychothérapie est le non-remboursement. C'est pourtant le traitement de première intention selon les recommandations françaises. Ainsi l'Assurance Maladie s'est associée avec le Ministère de la Santé, des psychologues cliniciens, le Collège National des Professionnels de Psychiatrie (CNPP), le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), et le Collège de la Médecine pour proposer un projet expérimental de prise en charge de la psychothérapie pour les patients âgés de 18 à 60 ans (inclus) présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée.

Ce projet nécessite une étroite collaboration des MG avec les psychologues cliniciens, les psychothérapeutes agréés ARS et les psychiatres libéraux.

Le MG, devant une suspicion de SAD, réalise une évaluation clinique via les scores PHQ-9 et GAD-7. En fonction du résultat de ces scores et des différents critères d'inclusion (notamment le terrain du patient et la sévérité des troubles), le MG inclut ou exclut le patient du dispositif (Annexe 7). En cas d'inclusion, le patient bénéficie de séances d'accompagnement psychologique de soutien dans un premier temps puis de séances de psychothérapie structurée si besoin (Annexe 8). Ces séances sont remboursées durant 12 mois.

Ce projet contribue sans doute à sensibiliser les MG landais d'une part à l'utilisation de scores d'évaluation psychologique mais d'autre part à dépister les SAD de manière générale auprès de leur patientèle. Cependant notre étude montre que moins de la moitié des MG inclus se servaient de tels scores. Les freins évoqués par les MG inclus étaient le manque de temps et la méconnaissance de ces scores. Certains MG inclus estimaient que discuter avec le patient apportait plus d'informations et leur paraissait plus pertinent qu'utiliser des échelles.

Les MG inclus ont détecté plus de séquelles somatiques (73%) que de séquelles psychologiques (46%) chez leurs patients. Soit les séquelles psychologiques sont moins fréquentes, soit elles apparaissent de façon moins évidente lors de la consultation. Elles sont peut-être aussi moins recherchées par le MG.

Nous avons constaté que plus de la moitié des MG inclus ayant détecté des séquelles psychologiques chez leur patient déclarait utiliser des scores d'évaluation psychologique. Ces MG prêtent probablement plus attention au bien être psychologique de leurs patients.

Néanmoins, nous avons constaté que la grande majorité des MG ayant détecté des séquelles psychologiques chez leurs patients les ont adressés vers un suivi psychologique spécialisé ou les ont revus de façon plus régulière pour les suivre sur le plan psychologique. Trois quarts de ces MG ont prescrit à leur patient un traitement anxiolytique ou anti dépresseur. Plusieurs MG rapportaient que leur patient avait cependant refusé de prendre ces traitements et avaient préféré privilégier un suivi psychologique seul.

Les MG inclus ont dépisté plus de SAD que d'ESPT.

La quasi-totalité des MG inclus déclarait connaître l'existence de séquelles psychologies après un séjour en réanimation. En 2016, une thèse qui interrogeait les MG sur l'intérêt d'une CPR rapportait que 58% des MG étaient informés de l'existence de troubles psychologiques après

un séjour en réanimation (73). Il est possible que depuis 2016, les MG aient été plus sensibilisés à ce problème de santé publique. Mais il est difficile d'établir une réelle comparaison entre nos deux travaux car nos effectifs sont différents.

Pourtant, nous avons constaté dans notre étude que si presque tous les MG déclaraient connaître les séquelles psychologiques post réanimation, seuls deux d'entre eux les avaient recherchés directement à l'interrogatoire. La plupart du temps les MG étaient alertés par le patient lui-même ou bien par son entourage.

1.2. Objectifs secondaires

1.2.1. Lien entre MG et réanimateur

Un cinquième des MG inclus estimaient que le suivi post réanimation devait être effectué par le MG seul. Selon eux, le rythme de travail des réanimateurs est trop intense, et ce rôle ne leur revient pas puisqu'ils n'assurent pas le suivi du patient au long cours.

Aucun MG inclus ne pensait que le suivi post réanimation revenait au réanimateur seul.

Pour la majorité d'entre eux, le suivi devrait être conjoint. La prise en charge de ces patients étant souvent hyperspécialisée certains MG inclus déclaraient se retrouver parfois en difficulté au cabinet. Beaucoup d'entre eux ne connaissaient pas l'existence de la CPR, nous leur en avons donc expliqué le concept. Tous y étaient favorables car la CPR permettrait de renforcer la collaboration entre MG et réanimateur et d'aider le MG à prendre en charge ces patients souvent polypathologiques et altérés.

Notre étude suggère que le lien entre MG et réanimateur reste actuellement insuffisant. Nous avons constaté que la plupart du temps, les MG apprenaient que leur patient était hospitalisé en réanimation via la famille ou le CRH. Nos résultats concernant les contacts établis entre réanimateur et MG sont à peu près similaires à ceux de l'étude de Le Meur et al. en 2014 qui avait interrogé 32 MG à propos de leur implication dans les LATA (71). Cette étude montrait que 43,7% des MG avaient été contactés à l'admission de leur patient ou quelques jours après (30,8% dans notre étude), et 21,9% à la sortie ou au décès du patient (23% dans notre étude). Peu de MG étaient contactés par les réanimateurs et ils le regrettaient.

Une étude rétrospective de Etesse et al. en 2010, confirme cette insatisfaction générale des MG et montre que les mesures de communication doivent être renforcées (82). D'après une étude de De Laitre et al. en 2006, les réanimateurs, de leur côté, jugeraient également insuffisante la communication avec les MG (83). Selon les réanimateurs interrogés, les renseignements fournis dans le courrier des MG étaient insuffisants notamment concernant le mode de vie. Aussi, ils constataient que les MG prenaient peu de nouvelles de leurs patients hospitalisés. Paradoxalement, quasiment aucun réanimateur ne contactait les MG pour les informer de l'évolution clinique de leur patient, ou pour compléter les renseignements manquants dans le courrier. En revanche environ 50% des réanimateurs contactaient le MG en cas de difficulté avec la famille. 77% des réanimateurs interrogés souhaitaient augmenter leurs contacts avec les MG.

Des efforts mutuels seraient donc nécessaires pour améliorer le lien en MG et réanimateur. De par sa connaissance du patient, de son mode de vie, de son environnement, de sa famille, le MG possède un point de vue différent de celui du réanimateur et peut apporter des informations cruciales qui peuvent aider l'équipe de réanimation à prendre en charge de façon adaptée le patient. La place du MG en tant que consultant dans la décision de LATA est indéniable. Il peut aussi endosser un rôle d'intermédiaire entre réanimateur et famille. Le MG, qui est souvent le médecin de famille, peut ainsi revoir l'entourage, reformuler les informations nécessaires et mal comprises, ce qui peut être aussi un gain de temps pour les réanimateurs. En effet, un temps suffisant consacré à l'information et une bonne collaboration entre MG et réanimateur sont des critères de satisfaction pour les familles (84).

Tous les MG avaient reçu le CRH et le trouvaient, pour la majorité, clair. Mais un cinquième des MG le trouvait peu synthétique. Une étude de 2014, dont l'effectif de MG est similaire au nôtre, déclarait que 89% des MG interrogés avaient reçu un CRH de réanimation mais que celui-ci avait un faible impact sur la satisfaction des MG de leur relation et de leur communication avec les réanimateurs (85).

La longueur du courrier et la densité des informations, très techniques, font que le MG, qui reçoit énormément de courriers avec peu de temps pour les lire, aurait tendance à ne pas lire le CRH dans son intégralité ou à mal le lire. Un cinquième des MG inclus estimait également que le CRH pouvait manquer d'informations concernant par exemple l'arrêt ou l'introduction de certains traitements, ou l'état psychologique de leur patient. Une thèse de 2016 qui avait pour

objectif secondaire d'évaluer le ressenti des MG vis-à-vis de la CPR retrouvait des résultats similaires concernant l'avis des MG sur le CRH (73).

Il semblerait que le CRH sensibilise le MG aux séquelles physiques potentielles du séjour en réanimation mais pas aux séquelles psychologiques.

1.2.2. Étude du SPR chez les patients des MG inclus

Trois quarts des patients des MG inclus présentaient des séquelles somatiques avec pour la moitié d'entre eux un handicap physique ressenti. Lorsque séquelles physiques et psychiques étaient associées, neuf patients sur dix ressentaient un handicap. Il paraît donc crucial de dépister autant les séquelles psychologiques que physiques car elles pourraient participer au handicap ressenti du patient et donc à l'altération de qualité de vie qui en découle.

Environ la moitié des patients inclus présentaient des séquelles psychologiques. Les MG inclus avaient diagnostiqué plus de SAD que d'ESPT. Il n'est pas possible de comparer nos résultats à la littérature devant le faible effectif de notre étude et l'absence de diagnostic psychiatrique clairement établi via un score ou un spécialiste.

1.2.3. Comparaison des patients Covid et non Covid

Les patients hospitalisés pour une infection à la Covid-19 ont moins bénéficié de consultation dédiée que les patients non Covid. Ils semblaient présenter plus de séquelles physiques que les patients non Covid mais avec moins de handicap ressenti.

Nous avons également retrouvé plus de séquelles psychologiques chez les patients Covid + que chez les patients Covid -. Mais même si les séquelles psychologiques concernaient la moitié des patients Covid +, tous ont bénéficié d'une prise en charge particulière : tous les patients ont reçu un traitement anti déprimeur ou anxiolytique, tous ont bénéficié d'un suivi psychologique avec un spécialiste et tous ont été revu de façon plus régulière par leur MG.

Notre étude pourrait suggérer que les MG seraient plus attentifs à la santé mentale des patients hospitalisés pour une infection à la Covid-19. Mais nos résultats sont ininterprétables sur ce point car les deux échantillons de patients n'étaient pas comparables, notamment en termes

d'effectifs puisque nous avons comparé 4 patients Covid + à 22 patients Covid -. Nous n'avons donc pas pu réaliser d'analyse statistique détaillée.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Limites de notre étude

Nous avons choisi de réaliser d'une étude descriptive. Nous cherchions à collecter différentes informations afin de décrire la pratique des MG vis-à-vis de leurs patients sortis de réanimation. De cette manière nous souhaitions voir si les MG paraissaient sensibilisés à l'existence du SPR.

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens téléphoniques dans l'hypothèse d'avoir un taux de participation plus élevé mais ça n'a pas été le cas.

L'envoi d'un questionnaire sur internet via l'Ordre des Médecins aurait probablement permis d'obtenir un taux de réponse plus important. Mais nous trouvions plus intéressant de pouvoir discuter directement avec les médecins et leur expliquer l'objet de notre travail et les raisons pour lesquelles nous le réalisions. Le contact téléphonique permettait aussi de reformuler des questions mal comprises et de discuter davantage avec les MG. Cependant, les MG pouvaient se sentir jugés notamment lors de la question 15 concernant les situations cliniques jugées traumatisantes pour les MG.

Pour augmenter le taux de participation nous avons souhaité réaliser un questionnaire assez court. Nous nous sommes plutôt concentrés sur les séquelles psychologiques car il nous semblait que pour les MG la notion de séquelles physiques était plus évidente que celles de séquelles psychologiques, moins connue.

Nous avons rencontré plusieurs difficultés lors du recueil. D'abord, l'annuaire du CNOM n'était pas à jour. Les nouveaux médecins installés n'y figuraient pas, certaines informations étaient erronées, des numéros non attribués, certains médecins avaient arrêté ou changé d'activité.

L'autre difficulté a été de joindre les médecins. Il était souvent difficile de franchir la barrière du secrétariat téléphonique. Certains MG refusaient de répondre aux thèses. La période de

recueil était propice aux congés et correspondait surtout au lancement de la campagne vaccinale anti-covid. Beaucoup de MG étaient donc occupés dans les centres de vaccination.

Certains MG ont accepté de participer mais nous n'avons pas pu les inclure dans la suite du questionnaire soit parce que leur patient était resté moins de sept jours en réanimation ou sorti depuis moins de trois mois, soit parce qu'il était toujours hospitalisé ou bien décédé.

Malgré de nombreux appels et des relances téléphoniques, le taux de participation est resté faible ce qui fait de notre étude, une étude de **faible puissance**.

L'effectif était tel qu'il n'a pas été possible de réaliser une analyse statistique détaillée, notamment lors de la comparaison des patients Covid + et Covid -.

Nous avons également interrogé plus d'hommes que de femmes ce qui n'est pas représentatif de la population générale de MG en France (76).

Il est donc difficile d'extrapoler nos résultats dans ce contexte.

Nous avons fait le choix de ne pas discuter des résultats de la question 15 car c'est une question que nous avons rédigé sans nous appuyer réellement sur la bibliographie.

Plusieurs biais sont donc à noter.

D'abord il existe un **biais de sélection**. Les profils des MG inclus pouvaient être biaisés car basés sur le volontariat. Il est probable que les MG ayant accepté de participer à notre étude étaient intéressés par le sujet donc peut être plus sensibilisés. Certains des MG inclus étaient d'anciens urgentistes ayant changé d'activité par exemple.

Par ailleurs, nous avons demandé aux MG de sélectionner le dernier de leur patient hospitalisé plus de sept jours en réanimation et sorti vivant depuis au moins 3 mois. Cependant il est probable que les MG inclus nous aient parlé d'un patient marquant donc potentiellement traumatisé par son séjour en réanimation.

Nous pouvons noter aussi un **biais d'évaluation**. Le diagnostic de trouble psychologique a pu être posé à tort par le MG car tous les patients n'ont pas bénéficié d'une consultation spécialisée ou d'une évaluation par un score. De ce fait, l'incidence des séquelles psychologiques a pu être sous-évaluée ou au contraire surévaluée. Il n'est pas précisé non plus si les patients souffrant de séquelles psychologiques présentaient déjà des antécédents psychiatriques (notamment pour les syndromes anxio-dépressifs).

Il existe un **biais déclaratif** avec un **biais de mémorisation** car les réponses obtenues sont basées sur les déclarations des MG qui peuvent avoir des souvenirs erronés des dires de leur patient. Il peut y avoir aussi un **biais d'interprétation** et **de compréhension** de la part des MG qui ont retranscrit les propos de leurs patients et peuvent les avoir mal interprétés dès le départ.

Enfin, le fait de discuter directement au téléphone avec les MG inclus peut avoir entraîné un **biais de désirabilité sociale**.

2.2. Forces de notre étude

Il s'agit d'une étude originale. A notre connaissance, aucune étude semblable n'a été réalisée auparavant en dehors d'une thèse qui avait pour objectif secondaire d'étudier le ressenti des MG vis-à-vis de la CPR (73). Il existe peu de travaux s'intéressant au lien entre MG et réanimateur et ils sont plutôt axés sur l'implication du MG dans les décisions de LATA.

Nous avons uniquement interrogé des MG landais mais notre étude était finalement multicentrique. En effet les patients des MG inclus étaient sortis de différents services de réanimation : Dax, Mont-de-Marsan, Bayonne et Bordeaux.

La population de MG interrogée était représentative de la population générale de MG français en activité sur l'âge.

Une seule personne a réalisé le recueil ce qui a permis de diminuer le biais de recueil.

Nous espérons que cette étude a pu sensibiliser les MG au SPR d'autant que son incidence risque d'augmenter avec la crise sanitaire que nous traversons.

En effet, le fait de réaliser des entretiens téléphoniques nous a permis de discuter avec les MG. Beaucoup ne connaissaient pas l'existence de CPR, nous avons pu leur en expliquer le principe et les intérêts. Nous avons également pu recueillir leur ressenti vis-à-vis du lien avec les réanimateurs mais tout simplement du lien entre hôpital et ville. Plusieurs MG inclus regrettaient notamment que les médecins hospitaliers les contactent rarement pour leur annoncer le décès de leur patient. Travaillant actuellement dans un service hospitalier, ces entretiens m'ont encouragé à modifier ma pratique et à communiquer plus régulièrement avec les MG.

3. Perspectives

La CPR semble démontrer son intérêt dans le dépistage du SPR et dans la prise en charge de celui-ci. Mais beaucoup de services de réanimation n'ont pas pu ouvrir à ce jour de CPR.

Le MG a donc un rôle important à jouer pour dépister les patients qui ne seront pas convoqués ou bien perdus de vue. Les patients les plus traumatisés sont susceptibles, par conduite d'évitement, de ne pas se rendre en CPR. Il reviendra donc au MG de dépister ces patients et de les prendre en charge.

Notre étude suggère que les MG paraissent plus sensibilisés au SPR qu'il y a quelques années, et que la plupart des patients dépistés bénéficient d'un suivi adapté.

Nous l'avons peu évoqué dans notre étude, mais le MG a un rôle majeur à jouer avec l'entourage des patients qui peuvent eux aussi souffrir de véritables SPR (86–89). Étant le médecin de famille, il est un soutien indéniable. La communication étant parfois difficile entre famille et réanimateur, le MG peut être un intermédiaire de choix, notamment dans la vulgarisation des informations délivrées en réanimation.

Il est donc indispensable d'améliorer la communication entre MG et réanimateur.

D'autant plus que la crise sanitaire que nous vivons a engendré une augmentation du taux d'hospitalisation en réanimation avec un contexte propice au développement de traumatisme : hospitalisation longue, absence de visite, ventilation mécanique prolongée, méconnaissance du virus, incertitude des traitements...

L'incidence du SPR va en être probablement augmentée et tous ces patients ne seront pas vu en CPR. La littérature s'y intéresse déjà et quelques études monocentriques ont déjà été publiées et nous alarment sur le risque de SPR important après une infection à la Covid-19 (90,91). Ces études s'intéressent déjà aux moyens de le prévenir et de le prendre en charge (92–94).

Une étude de 2021 rapporte d'ailleurs que la crise sanitaire a mis en lumière la fragilité de la communication entre MG et réanimateur et les difficultés existant dans la continuité des soins des patients sortis de réanimation qu'ils soient infectés par le coronavirus ou pas (95). Les auteurs soulignent l'importance d'y remédier.

Pour sensibiliser les MG à ce problème de santé publique et améliorer son implication dans sa prise en charge, il y a plusieurs possibilités.

En Belgique par exemple, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé a publié un rapport en octobre 2020 destiné aux MG afin de les sensibiliser au SPR pour qu'ils puissent le dépister et le prendre en charge (96).

Il pourrait être judicieux que les sociétés savantes françaises publient un rapport à l'attention des MG afin de les aider à dépister et prendre en charge le SPR.

Plus simplement, les principaux symptômes du SPR pourraient être spécifiés tels une note d'information systématique qui accompagnerait le CRH de tout patient sortant de réanimation afin que le MG en prenne connaissance. Il pourrait lui être proposé éventuellement des outils de dépistage telles que les scores utilisés au cours de la CPR. Le MG pourrait ainsi les remettre au patient lors de la consultation dédiée et prévoir une consultation de « dépistage du SPR » entre 3 et 6 mois après la sortie. La remise des scores et grilles d'évaluation au préalable lui permettrait de gagner du temps.

CONCLUSION

Notre étude suggère que le MG paraît plus sensibilisé à la notion de SPR qu'il y a quelques années. Les patients qui ont été dépistés par le MG sont bien orientés et pris en charge, notamment sur le plan psychologique. Mais notre étude ne permet pas de dire si le MG recherche systématiquement ces séquelles psychologiques lors de son interrogatoire.

Les MG souhaitent améliorer leur communication avec les équipes de réanimation et sont favorables à un suivi conjoint du patient avec les réanimateurs notamment via la CPR.

Au vu de la crise sanitaire que nous traversons, l'implication des MG dans le suivi des patients sortis de réanimation et la coordination entre MG et réanimateur paraît primordiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med.* févr 2011;39(2):371-9.
2. Hui DS, Wong KT, Ko FW, Tam LS, Chan DP, Woo J, et al. The 1-year impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity, and quality of life in a cohort of survivors. *Chest.* oct 2005;128(4):2247-61.
3. Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D, Parkinson RB, Chan KJ, Orme JF. Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 févr 2005;171(4):340-7.
4. Wilcox ME, Herridge MS. Long-term outcomes in patients surviving acute respiratory distress syndrome. *Semin Respir Crit Care Med.* févr 2010;31(1):55-65.
5. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 7 avr 2011;364(14):1293-304.
6. Palakshappa JA, Krall JT, Belfield LT, Files DC. Long-Term Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome: Epidemiology, Mechanisms, and Patient Evaluation. *Crit Care Clin.* oct 2021;37(4):895-911.
7. Abentroth LRL, Osaku EF, Silva MMM da, Jaskowiak JL, Zaponi R de S, Ogasawara SM, et al. Functional independence and spirometry in adult post-intensive care unit patients. *Rev Bras Ter Intensiva.* juin 2021;33(2):243-50.
8. Wald R, Quinn RR, Luo J, Li P, Scales DC, Mamdani MM, et al. Chronic dialysis and death among survivors of acute kidney injury requiring dialysis. *JAMA.* 16 sept 2009;302(11):1179-85.
9. Coca SG, Singanamala S, Parikh CR. Chronic kidney disease after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Int.* mars 2012;81(5):442-8.
10. Hoste EAJ, Bagshaw SM, Bellomo R, Cely CM, Colman R, Cruz DN, et al. Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. *Intensive Care Med.* août 2015;41(8):1411-23.
11. De Corte W, Dhondt A, Vanholder R, De Waele J, Decruyenaere J, Sergoyne V, et al. Long-term outcome in ICU patients with acute kidney injury treated with renal replacement therapy: a prospective cohort study. *Crit Care Lond Engl.* 12 août 2016;20(1):256.
12. Stevens RD, Marshall SA, Cornblath DR, Hoke A, Needham DM, de Jonghe B, et al.

A framework for diagnosing and classifying intensive care unit-acquired weakness. *Crit Care Med.* oct 2009;37(10 Suppl):S299-308.

13. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Sevransky JE, Shanholtz C, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: a two-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med.* avr 2014;42(4):849-59.

14. Hermans G, Van Mechelen H, Clerckx B, Vanhullebusch T, Mesotten D, Wilmer A, et al. Acute outcomes and 1-year mortality of intensive care unit-acquired weakness. A cohort study and propensity-matched analysis. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 août 2014;190(4):410-20.

15. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* févr 2012;40(2):502-9.

16. Porhomayon J, A Joude P, Adlparvar G, A El-Solh A, D Nader N. The Impact of High Versus Low Sedation Dosing Strategy on Cognitive Dysfunction in Survivors of Intensive Care Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Cardiovasc Thorac Res.* 10 juin 2015;7(2):43-8.

17. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med.* 3 oct 2013;369(14):1306-16.

18. Müller A, von Hofen-Hohloch J, Mende M, Saur D, Fricke C, Bercker S, et al. Long-term cognitive impairment after ICU treatment: a prospective longitudinal cohort study (Cog-I-CU). *Sci Rep.* 23 sept 2020;10(1):15518.

19. Kohler J, Borchers F, Endres M, Weiss B, Spies C, Emmrich JV. Cognitive Deficits Following Intensive Care. *Dtsch Arzteblatt Int.* 20 sept 2019;116(38):627-34.

20. Martin C. Mieux vivre la réanimation. *Ann Fr Anesth Réanimation.* avr 2010;29(4):321-30.

21. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* nov 2016;43:23-9.

22. Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al. Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* sept 2016;44(9):1744-53.

23. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Med.* mai

2009;35(5):796-809.

24. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Crit Care Lond Engl.* 23 nov 2018;22(1):310.
25. American Psychiatric Association C générale de la traduction française M-AC et JDG. DSM 5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux. Elsevier Masson. 2015.
26. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med.* mai 2015;43(5):1121-9.
27. Righy C, Rosa RG, da Silva RTA, Kochhann R, Migliavaca CB, Robinson CC, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Lond Engl.* 11 juin 2019;23(1):213.
28. Bauerheim N, Masseret É, Mercier E, Dequin P-F, El-Hage W. État de stress post-traumatique après un séjour en réanimation : influence des modalités de sédation. *Presse Médicale.* mars 2013;42(3):287-94.
29. Wade D, Hardy R, Howell D, Mythen M. Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anesthesiol.* août 2013;79(8):944-63.
30. Davydow DS, Katon WJ, Zatzick DF. Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* déc 2009;21(6):531-8.
31. Svenningsen H, Egerod I, Christensen D, Tønnesen EK, Frydenberg M, Videbech P. Symptoms of Posttraumatic Stress after Intensive Care Delirium. *BioMed Res Int.* 2015;2015:1-9.
32. Svenningsen H. Associations between sedation, delirium and post-traumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. *Dan Med J.* avr 2013;60(4):B4630.
33. de Miranda S, Pochard F, Chaize M, Megarbane B, Cuvelier A, Bele N, et al. Postintensive care unit psychological burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease and informal caregivers: A multicenter study. *Crit Care Med.* janv 2011;39(1):112-8.
34. Petrinesc AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care.* déc 2018;16(6):719-24.
35. Wintermann G-B, Petrowski K, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J. Impact of post-

traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Crit Care Lond Engl.* 8 févr 2019;23(1):39.

36. Rai R, Singh R, Azim A, Agarwal A, Mishra P, Singh PK. Impact of Critical Illness on Quality of Life after Intensive Care Unit Discharge. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med.* mai 2020;24(5):299-306.

37. Zeggwagh Z, Abidi K, Kettani MN, Iraqi A, Dendane T, Zeggwagh AA. Health-related Quality of Life Evaluated by MOS SF-36 in the Elderly Patients 1 Month before ICU Admission and 3 Months after ICU Discharge. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med.* juill 2020;24(7):531-8.

38. Ringdal M, Plos K, Lundberg D, Johansson L, Bergbom I. Outcome after injury: memories, health-related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care. *J Trauma.* avr 2009;66(4):1226-33.

39. Cuthbertson BH, Roughton S, Jenkinson D, MacLennan G, Vale L. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care Lond Engl.* 2010;14(1):R6.

40. Hofhuis JGM, Schrijvers AJP, Schermer T, Spronk PE. Health-related quality of life in ICU survivors-10 years later. *Sci Rep.* 26 juill 2021;11(1):15189.

41. Wang S, Mosher C, Perkins AJ, Gao S, Lasiter S, Khan S, et al. Post-Intensive Care Unit Psychiatric Comorbidity and Quality of Life. *J Hosp Med.* oct 2017;12(10):831-5.

42. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* sept 2008;30(5):421-34.

43. Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O. Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: a 1-year follow-up study. *Crit Care Med.* juill 2010;38(7):1554-61.

44. Ringdal M, Plos K, Ortenwall P, Bergbom I. Memories and health-related quality of life after intensive care: a follow-up study. *Crit Care Med.* janv 2010;38(1):38-44.

45. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, 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.* 28 mai 2013;17(3):R100.

46. Pochard F, Kentishbarnes N, Azoulay E. Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. *Réanimation.* oct 2007;16(6):533-7.

47. Pochard F. Reconnaître et traiter la souffrance psychique des patients. *Réanimation.*

mai 2010;19(3):236-42.

48. Caillard A, Gayat E. La vie après la réanimation. *Anesth Réanimation*. janv 2020;6(1):39-49.
49. Deja M, Denke C, Weber-Carstens S, Schröder J, Pille CE, Hokema F, et al. Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Lond Engl*. 2006;10(5):R147.
50. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Med*. 1 févr 2017;43(2):171-83.
51. Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocque R, MacGillivray S, et al. Diaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 déc 2014;(12):CD010468.
52. Sayde GE, Stefanescu A, Conrad E, Nielsen N, Hammer R. Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2020;66:96-102.
53. McIlroy PA, King RS, Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Ramanan M. The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. févr 2019;47(2):273-9.
54. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care Lond Engl*. 2010;14(5):R168.
55. Jones C, Bäckman C, Griffiths RD. Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. mai 2012;21(3):172-6.
56. Barreto BB, Luz M, Rios MN de O, Lopes AA, Gusmao-Flores D. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Lond Engl*. 16 déc 2019;23(1):411.
57. Dévigne B, Delwarde B, Hengy B, Debord S, Faure A, Guillaume C, et al. Consultation post-réanimation : évaluation des syndromes anxio-dépressifs. *Anesth Réanimation*. sept 2015;1:A132-3.
58. Venni A, Ioia F, Laviola S, Frigieri F, Pieri A, Marilli S, et al. Clinical Utility of a

Structured Program to Reduce the Risk of Health-Related Quality of Life Impairment after Discharge from Intensive Care Unit: A Real-World Experience. *Crit Care Res Pract.* 2018;2018:3838962.

59. Gerth AMJ, Hatch RA, Young JD, Watkinson PJ. Changes in health-related quality of life after discharge from an intensive care unit: a systematic review. *Anaesthesia.* janv 2019;74(1):100-8.

60. Fuke R, Hifumi T, Kondo Y, Hatakeyama J, Takei T, Yamakawa K, et al. Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 5 mai 2018;8(5):e019998.

61. Connolly B, Salisbury L, O'Neill B, Geneen L, Douiri A, Grocott MPW, et al. Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 juin 2015;(6):CD008632.

62. Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin O, Sackey PV. Developing an early screening instrument for predicting psychological morbidity after critical illness. *Crit Care.* 2013;17(5):R210.

63. Wawer E, Viprey M, Floccard B, Saoud M, Subtil F, Wafa H, et al. Early Detection of Patients at Risk of Developing a Post-Traumatic Stress Disorder After an ICU Stay*. *Crit Care Med.* nov 2020;48(11):1572-9.

64. Cinotti R, Le Courtois du Manoir M, Asehnoune K. Consultation systématique après l'hospitalisation en soins intensifs pour le dépistage et la prise en charge du syndrome post-réanimation. *Anesth Réanimation.* 1 juill 2020;6(4):377-82.

65. Enquête sur la pratique des consultations post-réanimation en France - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2018 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://sfar.org/enquete-sur-la-pratique-des-consultations-post-reanimation-en-france/>

66. Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2 nov 2018;11:CD012701.

67. Jensen JF, Thomsen T, Overgaard D, Bestle MH, Christensen D, Egerod I. Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* mai 2015;41(5):763-75.

68. Rosa RG, Ferreira GE, Viola TW, Robinson CC, Kochhann R, Berto PP, et al. Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care.* août 2019;52:115-25.

69. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 1 oct 2009;38(10):1404-9.
70. Code de Déontologie Médicale. Article 63 (article R. 4127-63 du Code de la Santé Publique). 1995.
71. Le Meur M, Lainé L, Roucaud N, Muller N, Paulet R, Thyrault M, et al. Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. Presse Médicale. nov 2014;43(11):e377-83.
72. Houot M. Intérêt et mise en place d'une consultation post-réanimation. Lorraine; 2003.
73. Carcasses C. Evaluation de l'incidence des troubles psychologiques dépistés au cours des consultations post-réanimation réalisées ces cinq dernières années dans un service de réanimation de Montpellier: intérêt pour le médecin généraliste. Montpellier; 2016.
74. Le Marec J. Dépistage du syndrome post-réanimation dans le service de médecine intensive-réanimation du CHRU de Tours: évaluation des pratiques professionnelles. Tours; 2018.
75. Les séquelles psychologiques des patients sortis de réanimation [Internet]. [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/les-sequelles-psychologiques-des-patients-sortis-de-reanimation>
76. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France, Situation au 1er Janvier 2021 [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
77. Ameli. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
78. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [Internet]. 2021 [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/749478/document/ngap-assurance-maladie-01072021.pdf>
79. Echelle de Hamilton [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
80. CCAM en ligne - Code ALQP003 [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003>
81. Assurance Maladie. Prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non

- médicamenteuses - Trouble en santé entale d'intensité légère à modérée. 2017.
82. Etesse B, Jaber S, Mura T, Leone M, Constantin J-M, Michelet P, et al. How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Crit Care*. 2010;14(3):R112.
 83. de Laitre V, Lefrant J-Y, Jaber S, Baudot J, Papazian L, Muller L, et al. Relations entre médecin traitant et médecin réanimateur : l'opinion des réanimateurs de huit départements du sud de la France. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 mai 2006;25(5):493-500.
 84. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. janv 2001;163(1):135-9.
 85. Gobert Q, Poussard N, Mancini J, Pradel G, Delapierre L. Communication entre médecins traitants et réanimateurs : enquête d'évaluation d'une stratégie d'amélioration. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 juin 2014;33(6):447-8.
 86. Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family Intensive Care Unit Syndrome: An Integrative Review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. oct 2020;25(5):361-8.
 87. Petrinc AB, Daly BJ. Post-Traumatic Stress Symptoms in Post-ICU Family Members: Review and Methodological Challenges. *West J Nurs Res*. janv 2016;38(1):57-78.
 88. Johnson CC, Suchyta MR, Darowski ES, Collar EM, Kiehl AL, Van J, et al. Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. *Ann Am Thorac Soc*. juill 2019;16(7):894-909.
 89. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. févr 2012;40(2):618-24.
 90. Rousseau A-F, Minguet P, Colson C, Kellens I, Chaabane S, Delanaye P, et al. Post-intensive care syndrome after a critical COVID-19: cohort study from a Belgian follow-up clinic. *Ann Intensive Care*. déc 2021;11(1):118.
 91. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, Sani G, et al. Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. *JAMA Psychiatry*. 1 mai 2021;78(5):567-9.
 92. Wendel PK, Stack RJ, Chisholm MF, Kelly MJ, Elogoodin B, Liguori GA, et al. Development of a Communications Program to Support Care of Critically Ill Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients. *J Patient Exp*. oct 2020;7(5):673-6.
 93. Murray H, Grey N, Wild J, Warnock-Parkes E, Kerr A, Clark DM, et al. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder following critical illness and intensive care unit

admission. *Cogn Behav Ther.* 29 avr 2020;13:e13.

94. Haruna J, Tatsumi H, Kazuma S, Kuroda H, Goto Y, Aisaka W, et al. Using an ICU Diary to Communicate With Family Members of COVID-19 Patients in ICU: A Case Report. *J Patient Exp.* 2021;8:23743735211034096.

95. Castro-Avila AC, Jefferson L, Dale V, Bloor K. Support and follow-up needs of patients discharged from intensive care after severe COVID-19: a mixed-methods study of the views of UK general practitioners and intensive care staff during the pandemic's first wave. *BMJ Open.* 11 mai 2021;11(5):e048392.

96. Hanquet G, Benahmed N, Castanares-Zapatero D, Dauvrin M, Desomer A, Rondia K. Le syndrome post-soins intensifs (PICS) Synthèse. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé; 2020 oct.

ANNEXES

Annexe 1- Enquête par questionnaire

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">QUESTIONNAIRE MEDECIN GENERALISTE</p> |
|--|

Vous concernant :

1) Êtes-vous :

1 : un homme 2 : une femme

2) Quel est votre âge ? ans

3) Depuis combien de temps exercez- vous la médecine de ville ? : ans

4) Lors de votre parcours médical, avez-vous déjà réalisé un stage ou occupé un poste en soins critiques (urgences, soins intensifs, réanimation...)?

NB : les stages réalisés durant l'internat et l'externat comptent, tout comme les gardes.

1 : oui 2 : non

5) a. Parmi vos patients, certains ont-ils été hospitalisé dans un service de réanimation plus de 7 jours ?

1 : oui 2 : non

Si non, le questionnaire s'arrête là.

Si oui, nous souhaiterions vous interroger concernant le dernier de vos patients qui a bénéficié d'une hospitalisation en réanimation de plus de 7 jours (patients décédés exclus).

b. Ce patient est-il sorti du service de réanimation il y a au moins 3 mois ?

1 : oui 2 : non

Si oui, vous pouvez répondre à la suite du questionnaire.

Si non, le questionnaire s'arrête là.

En effet, en nous basant sur la littérature, nous nous intéresserons uniquement aux patients hospitalisés plus de 7 jours en réanimation et sortis vivants de ce service il y a au moins 3 mois.

Nous aimerions avoir votre sentiment quant à la prise en charge de vos patients suivant leur sortie de réanimation.

Toujours concernant ce dernier patient,

6) Ce patient a-t-il été hospitalisé en réanimation suite à une infection à la Covid-19 ?

1 : oui 2 : non

7) Avez-vous réalisé une « consultation dédiée » (afin de discuter de l'hospitalisation) chez ce patient à sa sortie de réanimation ?

1 : oui 2 : non

8) a. Avez-vous noté des « séquelles » somatiques (par exemple respiratoire / rénale / cardiaque / motrice ou autre) chez ce patient ?

1 : oui 2 : non

b. Si oui, sont-elles sources de handicap selon votre patient ?

1 : oui 2 : non

9) a. Avez-vous décelé chez ce patient, après sa sortie de réanimation, des troubles psychologiques pouvant évoquer selon vous :

1 : un syndrome anxiodépressif 2 : un état de stress post traumatique 3 : les deux
4 : aucun

b. Si oui, avez-vous été alerté :

1 : par le patient 2 : par son entourage 3 : en le recherchant de votre initiative à l'interrogatoire 4 : autre

Commentaire :

10) Utilisez-vous des scores pour évaluer votre patient sur le plan psychologique ?

1 : oui 2 : non

Si oui, lesquels :

Commentaire :

11) Avez-vous orienté ce patient vers un suivi psychologique suite à sa sortie de réanimation ?

1 : oui 2 : non

12) Avez-vous introduit un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique chez ce patient ?

1 : oui 2 : non

13) Avez-vous été amené à revoir ce patient de façon plus régulière afin de le suivre sur le plan psychologique ?

1 : oui 2 : non

14) Saviez – vous qu'un passage en réanimation pouvait entraîner des séquelles psychologiques ?

1 : oui 2 : non

15) De par votre expérience professionnelle, pensez-vous que les situations suivantes aient un impact psychologique sur les patients en sortie de réanimation ?

- | | | | |
|---|---------|---------|-----------------|
| a. La mise dans un coma artificiel | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |
| b. Le fait de prévenir le patient que l'on va l'intuber | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |
| c. Le fait que le patient se réveille déjà intubé/ventilé | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |
| d. La ventilation non invasive | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |
| e. Les amines vasopressives | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |
| f. L'épuration extra corporelle | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |
| g. La durée de séjour | 1 : oui | 2 : non | 3 : ne sait pas |

16) Pensez- vous que le suivi d'un patient sorti de réanimation doit être réalisé par :

1 : le médecin généraliste 2 : l'équipe de réanimation 3 : les deux, en lien

Concernant les informations fournies par le service de réanimation où votre patient a séjourné :

17) Lorsque votre patient a été hospitalisé en réanimation, en avez-vous été informé :

1 : lors de son admission dans le service 2 : à sa sortie du service 3 : autre

18) a. Avez-vous reçu le compte-rendu hospitalier de réanimation de ce patient ?

1 : oui 2 : non 3 : ne me souviens plus

b. Si oui, l'avez-vous trouvé suffisamment clair et synthétique ?

1 : oui 2 : non

c. Si non, l'avez-vous réclamé auprès du service de réanimation ?

1 : oui 2 : non

d. Et l'avez-vous facilement obtenu ?

1 : oui 2 : non

e. Selon vous, manquait-il des informations vous paraissant pertinentes, que vous auriez aimé recevoir ?

1 : oui 2 : non 3 : ne sait pas

Lesquelles :

Annexe 2- Échelle de Hamilton

- 1- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)
 - 0 Absente.
 - 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
 - 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
 - 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
 - 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

- 2- Sentiments de culpabilité
 - 0 Absents.
 - 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
 - 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
 - 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
 - 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

- 3- Suicide
 - 0 Absent
 - 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
 - 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
 - 3 Idées ou gestes de suicide.
 - 4 Tentatives de suicide.

- 4- Insomnie du début de nuit
 - 0 Pas de difficulté.
 - 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
 - 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

- 5- Insomnie du milieu de nuit
 - 0 Pas de difficulté.
 - 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
 - 2 Il se réveille pendant la nuit.

- 6- Insomnie du matin
 - 0 Pas de difficulté.
 - 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
 - 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7- Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

3 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Entrevue impossible (la personne se trouve dans un état de stupeur).

9- Agitation

0 Aucune.

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux...

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres...

10- Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Symptômes légers (par ex. une tension subjective, irritabilité, perte de concentration) 2

Symptômes modérés (par ex. la personne se soucie de problèmes mineurs)

3 Symptômes sévères (par ex. une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole)

4 Symptômes très invalidants (par ex. la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions)

11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13- Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun.
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Sévères.

15- Hypochondrie

- 0 Absente.
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16- Perte de poids

A : si selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : si appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17- Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- de 10 à 13 : les symptômes dépressifs sont légers
- de 14 à 17 : les symptômes dépressifs sont légers à modérés
- au dessus de 18 : les symptômes dépressifs sont modérés à sévères

Annexe 3 : Échelle HADS

- 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**
- La plupart du temps 3
 - Souvent 2
 - De temps en temps 1
 - Jamais 0
- 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**
- Oui, tout autant 0
 - Pas autant 1
 - Un peu seulement 2
 - Presque plus 3
- 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**
- Oui, très nettement 3
 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
 - Pas du tout 0
- 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**
- Autant que par le passé 0
 - Plus autant qu'avant 1
 - Vraiment moins qu'avant 2
 - Plus du tout 3
- 5. Je me fais du souci**
- Très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Occasionnellement 1
 - Très occasionnellement 0
- 6. Je suis de bonne humeur**
- Jamais 3
 - Rarement 2
 - Assez souvent 1
 - La plupart du temps 0
- 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**
- Oui, quoi qu'il arrive 0
 - Oui, en général 1
 - Rarement 2
 - Jamais 3
- 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**
- Presque toujours 3
 - Très souvent 2
 - Parfois 1
 - Jamais 0
- 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**
- Jamais 0
 - Parfois 1
 - Assez souvent 2
 - Très souvent 3
- 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**
- Plus du tout 3
 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
- 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
 - Un peu 2
 - Pas tellement 1
 - Pas du tout 0
- 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**
- Autant qu'avant 0
 - Un peu moins qu'avant 1
 - Bien moins qu'avant 2
 - Presque jamais 3
- 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**
- Vraiment très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Pas très souvent 1
 - Jamais 0
- 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**
- Souvent 0
 - Parfois 1
 - Rarement 2
 - Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Annexe 4 – Échelle GDS

| | | |
|--|------|------|
| 1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie? | oui | non* |
| 2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités? | oui* | non |
| 3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? | oui* | non |
| 4 - Vous ennuyez-vous souvent? | oui* | non |
| 5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme? | oui | non* |
| 6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse? | oui* | non |
| 7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps? | oui | non* |
| 8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir? | oui* | non |
| 9 - Etes-vous heureux la plupart du temps? | oui | non* |
| 10 - Avez-vous souvent besoin d'aide, | oui* | non |
| 11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place? | oui* | non |
| 12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir? | oui* | non |
| 13 - L'avenir vous inquiète-t-il? | oui* | non |
| 14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens? | oui* | non |
| 15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? | oui | non* |
| 16 - Avez-vous souvent le cafard ? | oui* | non |
| 17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile? | oui* | non |
| 18 - Ressassez-vous beaucoup le passé? | oui* | non |
| 19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante? | oui | non* |
| 20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets? | oui* | non |
| 21 - Avez-vous beaucoup d'énergie? | oui | non* |
| 22 - Désespérez-vous de votre situation présente? | oui* | non |
| 23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous? | oui* | non |
| 24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails? | oui* | non |
| 25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer? | oui* | non |
| 26 - Avez-vous du mal à vous concentrer? | oui* | non |
| 27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin? | oui | non* |
| 28 - Refusez-vous souvent les activités proposées? | oui* | non |
| 29 - Vous est-il facile de prendre des décisions? | oui | non* |
| 30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois? | oui | non* |

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 5 – GAD-7

GAD 7 : états anxieux

Au cours des 2 dernières semaines,
à quelle fréquence avez-vous
été gêné(e) par les problèmes suivants ?

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|--|--------|--------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1 Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 Difficulté à vous détendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 Devenir facilement contrarié(e) ou irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver | 0 | 1 | 2 | 3 |

Score total GAD 7 _____

Annexe 6 – PHQ-9

PHQ 9 : évaluation du patient dépressif

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 Avoir peu d'appétit ou manger trop | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |

Score total PHQ 9 _____

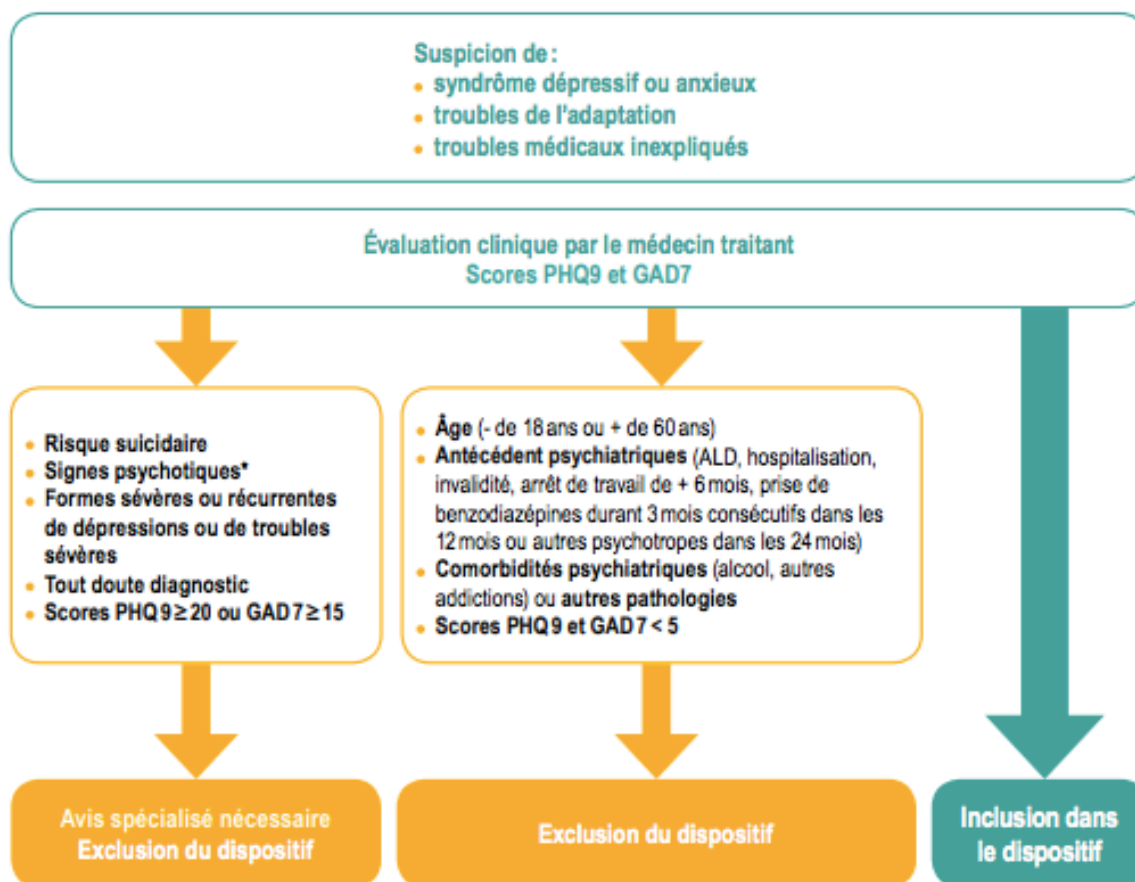
Si vous avez entouré au moins « 1 » à au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) Assez difficile(s) Très difficile(s) Extrêmement difficile(s)

Sources : Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J G en Intern Med 2001;16:606-613

Annexe 7 – Rôle du MG dans le projet expérimental de l'Assurance Maladie

En pratique pour le médecin traitant :

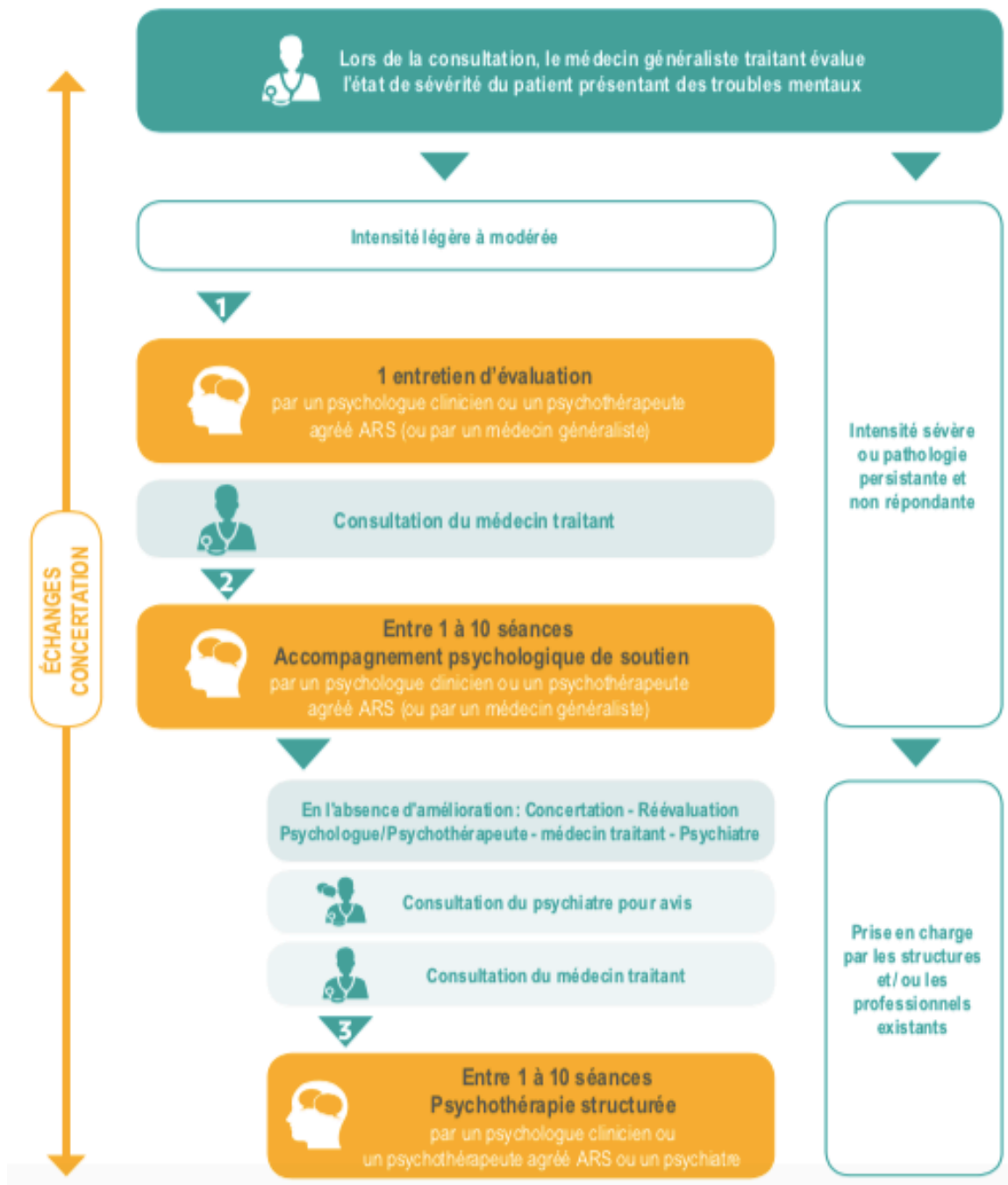


* Signes psychotiques : Idées délirantes, hallucinations, agitation, activité motrice excessive, fuite des idées, ralentissement idéo-moteur...

Annexe 8 – Parcours proposé par l'Assurance Maladie
dans le cadre du projet expérimental

La prise en charge proposée et les échanges entre les intervenants :

Dans le cadre du parcours proposé, l'échange et la concertation avec le médecin traitant du patient seront des éléments indispensables à la prise en charge de ces patients.



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Prise en charge des patients après un séjour en réanimation : enquête de pratique auprès des médecins généralistes landais

Objectifs. Le syndrome post réanimation (SPR) correspond à l'ensemble des séquelles retrouvées après un séjour en réanimation. Certaines équipes de réanimation ont mis en place des consultations post réanimation mais beaucoup manquent de moyens humains et financiers pour les réaliser. Le SPR est un problème de santé publique et la place du médecin généraliste (MG) dans son dépistage paraît essentielle. L'objectif principal de notre étude est d'apprécier la connaissance des MG du SPR et en particulier des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation.

Méthode. Les MG landais exerçant une activité libérale ont été inclus. Il s'agissait d'une étude transversale type enquête de pratique. Nous avons envoyé aux MG un questionnaire portant sur leur pratique concernant le dernier de leurs patients sortis vivants de réanimation depuis au moins 3 mois et hospitalisés au moins 7 jours dans ce service. Le recueil des données a eu lieu entre le 1^{er} avril 2021 et le 17 juillet 2021.

Résultats. 33 MG ont été interrogés, 26 MG ont été inclus. 65,4% (n=17) des MG réalisaient une consultation dédiée chez leurs patients sortis de réanimation. Les MG ont dépisté plus de séquelles somatiques que psychologiques chez leur patient : 73,0% (n=19) vs 46,1% (n=12). 58,3% (n=7) des MG ayant détecté des séquelles psychologiques utilisaient dans leur pratique quotidienne des scores d'évaluation psychologique. Concernant la prise en charge des patients avec séquelles psychologiques (n=12), 83,3% (n=10) des MG les ont orientés vers un suivi psychologique, 75,0% (n=10) ont introduit un traitement antidépresseur ou anxiolytique, 91,7% (n=11) les ont suivis de façon plus régulière sur le plan psychologique. 96,1% (n=25) des MG inclus déclaraient connaître l'existence de séquelles psychologiques après un séjour en réanimation.

Conclusion. Le MG paraît plus sensibilisé à la notion de SPR qu'il y a quelques années. Les patients dépistés sont bien orientés et pris en charge. Au vu de la crise sanitaire que nous traversons, l'implication des MG dans le suivi des patients sortis de réanimation et la coordination entre MG et réanimateur paraît primordiale.

Mots clés: médecin généraliste, réanimation, syndrome post réanimation, anxiété, dépression, état de stress post traumatique

Spécialité: Médecine Générale

Intitulé et Adresse de l'UFR: UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.

Management of patients after a stay in intensive care : a survey of the practice of general practitioners in the Landes

Purpose. The Post-Intensive Care Syndrome (PICS) corresponds to all the sequelae found after a stay in intensive care. Some intensive care teams have set up systematic follow-up after critical care hospitalisation but many lack the human and financial resources to carry them out. PICS is a public health problem and the role of the general practitioner (GP) in its screening seems essential. The main objective of our study is to assess GPs' knowledge of PICS and of the psychological consequences of a stay in intensive care.

Methods. The Landes GPs practising a liberal activity were included. This was a cross-sectional study of practice. We sent a questionnaire to the GPs concerning their practice regarding the last of their patients who had been discharged alive from the intensive care unit for at least 3 months and hospitalized for at least 7 days in this unit. Data collection took place between April 1, 2021 and July 17, 2021.

Results. 33 GPs were interviewed, 26 GPs were included. 65.4% (n=17) of the GPs performed a dedicated consultation in their patients discharged from the Intensive Care Unit (ICU). GPs detected more somatic than psychological sequelae in their patients: 73.0% (n=19) vs 46.1% (n=12). 58.3% (n=7) of GPs who detected psychological sequelae generally used psychological evaluation scores. Concerning the management of patients with psychological sequelae (n=12), 83.3% (n=10) of the GPs referred them for psychological follow-up, 75.0% (n=10) introduced an antidepressant or anxiolytic treatment, 91.7% (n=11) followed them up more regularly on the psychological level. 96.1% (n=25) of the GPs included declared that they were aware of the existence of psychological sequelae after a stay in the ICU.

Conclusion. GPs seem to be more aware of the notion of PICS than a few years ago. The detected patients are well followed-up. In view of the health crisis we are going through, the involvement of GPs in the follow-up of patients discharged from intensive care and the coordination between GPs and ICU team seems to be essential.

Keywords: general practitioner, Intensive care unit, post-intensive care syndrome, anxiety, depression, post traumatic stress disorder