



HAL
open science

**Évaluation de la communication interprofessionnelle
entre le médecin généraliste et le médecin réanimateur,
avant et après application d'une stratégie
d'amélioration : étude Interreacom - phase 1. étude
observationnelle**

Renaud Legrand

► **To cite this version:**

Renaud Legrand. Évaluation de la communication interprofessionnelle entre le médecin généraliste et le médecin réanimateur, avant et après application d'une stratégie d'amélioration : étude Interreacom - phase 1. étude observationnelle. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04632760

HAL Id: dumas-04632760

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04632760>

Submitted on 2 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année : 2024

Thèse n° 2024 - 37

**ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION
INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET
LE MÉDECIN RÉANIMATEUR, AVANT ET APRES APPLICATION
D'UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION
ÉTUDE INTERREACOM**

-

Phase 1 : étude observationnelle

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Par **Renaud LEGRAND** né le 8 janvier 1992 à Gonesse (95)

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2024

Président du jury : Professeur Julien MAIZEL

Membres du jury : Professeur Michel SLAMA

Professeur Kada KLOUCHE

Docteur Alexandre GERARD

Docteur Christophe FUMERY

Directeur de thèse : Docteur Alexis LAMBOUR

Remerciements

A Monsieur le Professeur Julien MAIZEL

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef de service de Médecine Intensive & Réanimation

(Médecine Intensive & Réanimation – CHU Amiens)

Assesseur du 2ème cycle des Études Médicales

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous en remercie vivement.

Je vous remercie aussi pour les enseignements que vous m'avez transmis lors de mes gardes réalisées en réanimation, de l'intérêt que vous portez et de vos conseils avisés concernant mon travail.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Michel SLAMA

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef de service-adjoint de Médecine Intensive & Réanimation

(Médecine Intensive & Réanimation – CHU Amiens)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail, j'en suis honoré.

Je vous remercie pour votre implication dans la formation médicale continue auprès des médecins généralistes par votre association APRET

Je vous remercie également d'avoir aimablement proposé votre aide lorsque le temps et les moyens ont manqué.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Kada KLOUCHE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Médecine Intensive & Réanimation – CHU Montpellier)

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail, j'en suis honoré.

Je vous remercie pour votre implication dans mon travail de thèse et de m'avoir si gentiment accueilli lors de mon passage à Montpellier.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Alexandre GERARD

Maître de stage en médecine générale

(Médecin généraliste à Saint Just en Chaussée)

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail, j'en suis honoré.

Je vous remercie pour la formation et la confiance que vous m'avez accordé au cours de mon internat, pour vos conseils avisés et votre expertise au cours de mes remplacements. C'est pour moi toujours un honneur de passer du temps avec vous.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Christophe FUMERY

Médecin généraliste

Médecin expert pour la conduite automobile

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail, j'en suis honoré.

Votre engouement, votre dynamisme et votre investissement auprès de vos patients resteront toujours pour moi un exemple à suivre.

Je vous remercie d'avoir été l'instigateur de ce beau projet de recherche.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Alexis LAMBOUR

Praticien Hospitalier

(Médecine Intensive & Réanimation – CHU Amiens)

Directeur de thèse et investigateur principal du projet InterReaCom

Je te remercie de m'avoir accompagné depuis deux ans et demi dans notre beau projet entre nos deux spécialités que nous chérissons tant l'un et l'autre. Merci de m'avoir soutenu, d'avoir été si patient, si impliqué, d'avoir su me recadrer quand il le fallait, et surtout pour tes conseils et ton expertise qui me paraîtront toujours hors norme.

Me lancer dans ce travail de thèse a été une épreuve pour moi, mais je n'aurais jamais imaginé être aussi bien encadré par un directeur de thèse, un ami.

Je te prie de trouver ici, l'expression de mes remerciements infinis et sois assuré de ma gratitude, de mon amitié et de mon profond respect.

Remerciements

A ma Famille :

A ma femme, Léa. A toi qui me fais l'immense honneur de partager mon quotidien, nos voyages, nos rires et nos pleurs, de me supporter depuis tant d'années, de m'apporter ta douceur, ta joie de vivre, et surtout ton Amour. Jamais je n'aurais imaginé avoir la chance de partager ma vie avec une personne si parfaite que toi. Ta beauté et ton rire devraient être remboursés par la sécurité sociale tant ils sont deux antidépresseurs inébranlables. Les mots ne seront jamais de taille pour exprimer l'amour que je te porte. Je chéris chaque instant auprès de toi. J'essaie de te donner l'amour que tu mérites. Saches que je ferai tout pour toi, pour te rendre heureuse, et pour faire de toi la femme la plus épanouie possible. J'espère juste que cet amour nous emmènera le plus loin possible et qu'il nous apportera ses plus beaux présents tout au long de notre vie. Je t'aime.

A mes parents, Lionel et Valérie. Que dire ? Comment vous remercier en quelques mots ? Comment vous remercier de l'éducation, du soutien, de l'amour, de la patience, des conseils, des bons repas, des voyages, bref du cadre de vie que vous nous avez offert ? Ce jour est un accomplissement pour moi et c'est en très grande partie grâce à vous. Je sais que je ne suis pas aussi présent que ce que vous souhaiteriez, mais soyez assurés que je vous aime. Vous êtes et resterez deux modèles pour moi. Je vous dois tout. Merci.

A mon frère, Maxime, et sa compagne Lucile. Max, tit bizuth, Pokito : Tant d'années à se prendre le nez, pour enfin mûrir et resserrer les liens jusqu'à aujourd'hui où je n'imagine pas un avenir sans toi. Merci de toujours être disponible et partant pour une ptite bière, merci de m'écouter parler patiemment lorsque ce n'est pas forcément intéressant, merci surtout pour tes conseils et ton avis qui compte toujours pour moi. Saches que tu pourras toujours compter sur moi quoi qu'il arrive. Lucile : merci d'être une belle sœur en or, toujours souriante, toujours partante pour faire la fête. C'est un privilège de t'avoir au sein de notre famille.

A mes grands-parents, Anne-Marie et Georges. Mamou et Papou. Il est impossible pour moi de vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté, et m'apportez toujours dans ma vie au quotidien. Votre joie inébranlable, votre amour infini, vos attentions innombrables, sont des diamants indispensables à ma vie. Vous êtes un exemple pour moi, un exemple pour tous. Si je suis l'homme que je suis aujourd'hui c'est en partie grâce à vous et je ne vous en remercierai jamais assez.

A mes beaux-parents, Annie et Jean-Pierre. Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts il y a bientôt 10 ans maintenant dans votre famille, vous m'avez toujours apporté votre bienveillance, votre gentillesse, votre soutien, des moments formidables, quelques mousses au chocolat et repas bien mijotés (désolé Jean-Pierre que tu n'aies plus de restes après mes passages). J'espère être pour vous un gendre idéal, en tous cas je n'aurais jamais imaginé avoir des beaux-parents idéaux comme vous.

A mes oncles et tantes, Barbara et Philippe, Brigitte et Laurent, à mes cousins Guillaume et Nicolas, et à mes cousines Mélissa, Mathilde, et Marion, et leurs conjoints Charles, et Raphaël. Merci à vous toutes et tous de votre gentillesse, de ces repas et Lalala interminables, mais au combien important pour moi, de votre soutien et de votre compréhension depuis ces longues années d'études où je n'ai pu être présent autant que je le souhaitais. En espérant pouvoir très bientôt passer encore plus de temps avec chacun d'entre vous.

A ceux qui nous ont quitté, Louis et Nicole. Vous êtes partis il y a bien longtemps maintenant mais votre amour, votre souvenir et votre douceur seront à jamais ancrés en moi. J'espère que de là-haut je vous rends fier. Si j'en suis là aujourd'hui c'est très certainement grâce à vous. Je ne vous oublierai jamais.

A ma Famille de cœur, les DSK :

A Alban et Franck. Mes meilleurs amis, mes frères, mes témoins. Vous êtes tout simplement indispensables pour moi. En personne je n'accorde plus ma confiance qu'en vous deux. Nous avons tous les 3 les mêmes valeurs. Passer quelques semaines sans vous voir est toujours un véritable crève-cœur pour moi. Vous êtes mes confidents, mes conseillers, mes bouées de secours, mes piliers, les deux personnes qui me connaissent le mieux (avec Léa).

Alban. Depuis le collège on s'est suivi, en passant par les moments difficiles des études que tu as su rendre incroyables, à aujourd'hui. On a grandi, muri, on a fait les imbéciles, on a été sérieux (pas trop quand même), on a tout vécu ensemble et ce n'est pas pour rien. Depuis toujours tu es un modèle pour moi. Ce que tu me donnes est juste inimaginable et j'espère pouvoir te le rendre au centuple. Ne pars jamais trop loin. A jamais je serai là pour toi.

Franck. Depuis le rugby au lycée (tu sais qu'on a gagné au fond de toi) à aujourd'hui en passant par moult aventures, tu es devenu un ami indispensable à ma vie. J'espère être devenu pour toi un exemple car tu es devenu le miens. On partage tellement de valeurs communes que c'est comme

si nous avons été élevés ensemble. J'ai clairement besoin de toi pour vivre. Je t'attends toujours à Amiens. A jamais je serai là pour toi.

On ne se le dit pas souvent, mais on sait.

A Maxime et Valentin. Mes deux comparses, mes vanneurs fous, mes potos ! Vous êtes des personnes comme on n'en rencontre peu (voir jamais) dans une vie. Toujours prêts à déconner, à sortir, et avec qui même les soucis les plus difficiles passent aux oubliettes. Je me demande toujours comment on peut autant attirer les galères que vous, mais c'est sûrement pour que vous puissiez nous faire mourir de rire en nous les racontant (d'ailleurs Maxime le D\$K comedy club veut faire de toi sa tête d'affiche). Vous savez que je serai toujours là pour vous. Si j'ai un seul regret c'est de ne pas pouvoir vous voir plus, alors n'hésitez pas à remonter de Marseille et Angers vivre au bercail ! Vous aurez toujours une place dispo sur mon canap ! Ne changez jamais surtout.

A Antoine. Mon Antoine, ta générosité, ton hyperactivité, ton humour, ta serviabilité font de toi une personne extraordinaire. Je suis tellement heureux qu'on se soit retrouvé lors de ce stage de fin 2018 en gériatrie, qui a sonné le point de départ d'une amitié à toute épreuve. Je suis fier que tu aies persévéré pour maintenant être un ambassadeur de la MER. Je serai toujours là pour toi. Clara tu es une femme en or, je suis heureux que vous soyez si bien ensemble, et je suis heureux que tu rejoignes notre groupe !

A Etienne. Mon pote, mon pilier Amiénois, mon couteau millyen, mon comparse de jeux de mots capillotractés, notre officiant. Il est difficile de trouver un mot pour décrire l'importance que tu as pour moi. Tu es un modèle de persévérance, de perfectionnisme et de réussite pour moi. Toujours prêt à donner de ton temps alors que tu as déjà 25h par jour de prévenues sur ton planning des 5 prochaines années. Ne change jamais mon ami. Je ne te remercierai jamais assez de nous avoir marié de la plus belle des manières. Tu sais que tu auras toujours une aide de ma part quel que soit ta demande. Merci.

A Claire. La gentillesse incarnée, la personne la plus ordonnée que je connaisse, celle qui écoute tout le monde mais reste très pudique. Tu es un savant équilibre de toutes les qualités qu'une personne peut avoir et qui me laissera toujours admiratif. Aies confiance en toi car tu sais toujours prendre les meilleures décisions. Tu auras toujours une oreille attentive, un mot gentil, une blague, ou un conseil de ma part. Enfin merci de tout ce que tu as toujours fait pour Léa et moi.

A Arnaud, Chloé et Coco. La famille modèle. Arnaud tu es un ami comme on en a peu. Le mannequin du groupe. Tu es quelqu'un sur qui je sais que je peux compter à chaque instant que ce soit pour un déménagement, une soirée, rire à une de mes blagues pourries, ou encore finir un

buffet à volonté asiatique. Tu pourras toujours compter sur moi. A Chloé (Zozio) tu t'es intégrée à notre groupe d'une telle manière que je ne saurai dire quand tu es arrivée : il y a quelques années ou bien dix ans ? Ta gentillesse et ton dynamisme font de toi une pierre indispensable aux DSK. A Coco : t'es un neveu en or, tonton sera toujours là pour te garder et te filer les restes.

A Chloé et Yohann. A Chloé. Qui pourrai croire que dans un si petit bout de femme se cache un tel tempérament, une telle franchise, mais surtout un si grand cœur ? Depuis PCMP à aujourd'hui j'ai appris à te connaître et tu es devenue une personne très importante pour moi, pour nous. Yohann au fil des années on a appris à se connaître, et je suis admiratif de ton sérieux, du travail que tu abats, de ton humilité mais surtout de la personne es et de l'ami que tu es devenu !

A Anne-Cécile et Geoffroy. Pour votre Amour, votre joie de vivre, vos délires, votre amitié indéfectible : Merci. Je n'ai qu'une hâte : vous voir de nouveau à Amiens pour vivre avec vous les merveilleuses choses que la vie nous réserve. Et bien rigoler aussi !

A Emilie et Adrien. A toi Emilie chaque instant passé avec toi est une bouffée de gentillesse, d'amour, de joie de vivre. Merci de toujours être lumineuse. A toi Adrien qui rend notre Mimie heureuse, j'ai l'impression finalement de t'avoir toujours connu. Tes valeurs, ton humour, et ta gentillesse sont de vraies références pour moi. Ne changez jamais ! On vous attend sur Amiens !

A Mylène. Que dire ? Tu es tout simplement la personne la plus fédératrice, et enthousiasmante que je connaisse. Toujours partante pour l'aventure. Sans toi nous ne serions pas les DSK. S'il te vient de lire dans les cartes que tu dois revenir vivre à Amiens, je serai le premier aux anges. Merci ma Mylène, surtout ne change jamais.

A Pauline Chatelain. A toi qui es toujours dispo pour les aventures avec les copains, à toi qui as toujours les arguments pour nous motiver à te suivre, à toi qui es toujours prête à tout plaquer pour partir à l'autre bout du monde, mais surtout à toi sans qui nous n'imaginons pas notre avenir.

A Pauline Brantonne. A toi qui croques la vie à pleines dents, à toi qui vis ta vie à 100 à l'heure, à toi qui es capable de nous suivre sur une semaine de teuf tous les soirs jusqu'au bout de la night, tu es un exemple de combativité, un petit bout de douceur et de dynamisme qui donne envie de toujours t'avoir auprès de nous. Profite, vis, mais reviens nous de temps en temps !

A Pauline et Alexis. A ma petite Paupau, le petit bout de femme rayonnante de douceur, de gentillesse (de courage pour supporter Alex), celle sans qui mon activité sportive serai comparable à un paresseux. Tu es un véritable modèle d'organisation et de réussite pour moi. Cette

année Montpellieraine m'a rappelé l'importance que vous avez avec Alex pour moi. Merci d'être une amie fidèle sur qui nous pouvons tous compter. Je te remercie également pour ton temps, ta patience, tes conseils, et ton rôle de petite voix tout au long de ce projet. Cette réussite aujourd'hui c'est aussi à toi que je la dois et je ne t'en remercierai jamais assez. Alexis, j'en ai déjà dit une bonne partie plus haut, mais qu'est-ce que Pauline à bien fait de choisir le ptit rouquin comme mari. Ta générosité, ton perfectionnisme, ton amour des bonnes choses et de l'histoire, ton humour acéré sont des qualités que j'apprécie tant chez toi et qui sont des modèles pour moi. Ah et Merci pour la thèse ! (je t'ai déjà tout dit et tu sais ce que je pense de ton travail. Jamais je n'aurai espéré avoir un directeur de thèse si disponible, efficace, sérieux, mais aussi toujours prêt à boire un verre autour d'une planche de charcuterie/fromage : merci).

A Virginie et Thibaut. Merci à vous de me faire rêver avec vos projets de potagers, de bassacours ou d'achat de forêts. J'affectionne nos moments ensemble et pour surtout tous ces repas au Diplo' Thibaut. Merci Vivi d'être d'une générosité sans pareil et de toujours être radieuse. Merci tous les deux de toujours nous faire rire. Merci Thibaut pour ces discussions toujours improbables à 4h du matin.

A Morgane, Océan et Brune. A vous qui êtes des modèles de réussite, d'ambition et de travail. Morgane ton sourire est toujours une bouffée d'oxygène. Océan ton pragmatisme et tes conseils me laissent toujours en admiration.

A Fabien. On s'est un peu perdus mais tu resteras un ami sur lequel je sais que je peux compter et c'est réciproque. Tes conseils et ta débrouillardise me laisseront toujours admiratif.

A Julia. Ma Juju, croques la vie à pleines dents et vis là à 100 à l'heure. Tu mérites le meilleur et d'être la plus épanouie possible.

A Margaux. A toi qui visites le monde de toute part. Merci de nous faire autant rêver.

A Tous : Quoi qu'il arrive votre papa sera toujours là pour vous.

Aux Amis si importants :

A Rémi. Mon ami depuis le collège. Si je devais définir la gentillesse et la fidélité en amitié je citerais certainement ton prénom en premier. J'ai tellement de souvenirs avec toi. On se voit peu, et j'aimerais vraiment que ce soit plus fréquent. J'espère avoir le temps maintenant de venir te voir en Allemagne. Sois assuré que tu es un de mes meilleurs amis et je serai toujours là pour toi.

A Cléa et Alicia. Mes sœurs à l'autre bout du monde. Vous êtes parties mener une vie de rêve à Nouméa il y a si longtemps déjà mais c'est comme si vous étiez toujours en métropole. Vous êtes des personnes indispensables à ma vie. Vous êtes des modèles pour moi. J'ai hâte de rencontrer Nicolas, Grégory, et le petit Léo à qui je compte bien apprendre plein de choses.

A Jérôme, Eloïse et Milo. Mon Gg. Tant de temps passé ensemble, tant de souvenirs, tu es un ami en or. J'aimerais qu'on se voie plus souvent ! Elo depuis l'affaire Douda je garde un œil sur toi, et je suis content que Jérôme et Milo aient bien pris le relais. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous. Milo j'ai hâte de t'emmener au Globo avec les tontons Alban, Romain, Baptiste, et Arthur !

A Romain et Sara, les futurs mariés ; **A Baptiste, Mathilde et leur petite Iris ; A Arthur** (Mr le cardinal, toujours pas pape), **Stéphanie et leur petite Garance.** Que de souvenirs avec vous : Bayonne, le Globo etc. Chaque moment passé avec vous est toujours un moment privilégié.

Aux Dark DSK: Paul, Murat-Can, Walid. On se voit peu, mais qu'est-ce que j'aime passer du temps avec vous ! Vous serez toujours les bienvenus à Amiens, à Barcelone ou ailleurs ! Ne changez jamais !

A Loïc. Si on me demande quel a été le facteur marquant de mon internat, sans hésiter je dirais ta rencontre. Tu es un ami incroyable. Des urgences d'Amiens, en passant par la coloc du CHAM, à tenir le planning des internes de pédiatrie à deux, Tic et Tac comme dirait Emilie, à aujourd'hui où en un mois et demi nous soutenons tous les deux notre thèse. Que de bons moments passés ensemble, de verres, d'anecdotes de gynéco, des urgences, et des consultations plus extraordinaires les unes que les autres. En toi je me retrouve (avec quelques centimètres de plus) et ça fait que cette amitié est si précieuse pour moi.

A Valérie, Vincent, et Clément. Chaque instant passé avec vous est un véritable plaisir, toujours prêts à faire la fête (surtout Clément), toujours un mot pour rire, des conseils toujours avisés, vous êtes de véritables modèles pour nous. Je ne vous remercierai jamais assez de tout ce que vous avez fait pour nous et notre mariage (l'organisation de la vidéo, les attentions, et la vidéo du drone perché !). Bref Merci, je suis heureux que vous soyez passé « des amis de Léa » à « Nos amis ». Hâte d'emmener Clément danser sur les plages avec ses plus belles chemises !

La Team des cours du jeudi : Mathilde, Valentin, Clément, Jean, Adrien. On ne va pas se le cacher si nous avons si hâte d'aller en cours une fois par mois c'était surtout pour le resto du midi et le bar de fin d'après-midi. On bien rigolé tous ensemble, et j'espère que nous pourrons pérenniser nos repas bimestriels.

A tous les co-internes devenus des amis : Aux urgés du CHU : **Anaïs, Claire, Thibaud (ch'fillot), Charlotte, Ali, Julie** ; A l'endoc-néphro de Beauvais : **Amine, Maude, Lise, et Charles** même si tu étais en gériatrie ; A la gynéco-péd du CHAM : **Marion, Romain, Paul-Antoine, Justine**. A la médecine polyvalente de Beauvais : maman **Justine**. Vous avez rendu agréable ces jours de dur labeur ! Merci infiniment ! Aux autres co-internes : merci.

A ceux qui comptent :

A François et Blandine Vialatte. Merci pour votre gentillesse, vos conseils et de m'avoir si souvent accueilli chez vous. Que vous ayez accepté que nous nous installions en coloc avec Alban a sûrement été déterminant pour la suite de ma vie (même si ça a dû vous donner quelques cheveux blancs...). Vous comptez beaucoup pour moi.

A Jean-François et Hanna Varenne. Merci pour votre gentillesse et de m'avoir si souvent accueilli à Fosses. Vous comptez beaucoup pour moi.

A ceux qui ont assuré ma formation :

Au Dr Xavier Lambertyn. A toi qui m'as ouvert ton cabinet en 5^{ème} année, qui m'as montré à quel point notre spécialité est belle, ce qui m'a confirmé mon envie de continuer dans cette voie. A toi avec qui j'ai pu échanger sur notre amour de l'histoire. Merci pour ta confiance et tes conseils. Tu es le modèle du médecin généraliste que je veux être.

Au Dr François Doumayrou. Je te remercie pour ton accueil, tes conseils et tes enseignements. Ce fut un véritable plaisir de venir me former auprès de toi.

Au Dr Edouard Denancy. Je te remercie pour tes conseils, ton enseignement, et la confiance que tu m'as accordée.

Aux Dr Racho et Caron. Je vous remercie pour vos conseils et votre enseignement.

Au CHU d'Amiens, et à la Faculté de médecine d'Amiens. Merci à tous les médecins, soignants et administratifs pour votre aide et votre accompagnement au cours de mes études. Merci à tous les professionnels et enseignants qui m'ont apporté leurs enseignements et leurs conseils au cours de ma formation d'externe et d'interne.

Au CH de Beauvais. Merci au service d'endocrinologie-néphrologie où j'ai énormément appris auprès de professionnels exemplaires, pour qui j'ai un profond respect et une grande admiration. Merci à l'équipe de médecine polyvalente où j'ai pu apprendre la limite des pathologies que je peux gérer au domicile. Merci aux équipes des urgences pour leur gentillesse et leur sympathie rendant la fatigue un peu plus supportable.

Au CHAM. Merci au service de pédiatrie avec une équipe en or et où j'ai appris à surmonter mes peurs lors des prises en charges des plus petits. Merci aux équipes des urgences et de gynécologie avec qui j'ai passé de bons moments et beaucoup appris.

A St Dominique Mortefontaine. Merci aux professeurs et à l'encadrement pour l'apprentissage, et pour m'avoir permis de prendre confiance en moi. Merci pour le cadre privilégié que vous nous avez apporté.

A ceux qui ont participé à ce travail :

A Léna Prévot. « Ma co-thésarde » : Je te remercie d'avoir rejoint ce projet qui nous tenait tant à cœur avec Alexis. Merci pour ton investissement dans le Sud, pour le temps que tu as passé au téléphone (même si c'était sur les plages réunionnaises), pour les heures à remplir les CRHs et les incorporer sur le sharepoint, pour ton travail à la base des questionnaires. Bref MERCI pour tout, et maintenant c'est à ton tour ! Je m'investirais dans ton projet de thèse autant que tu en auras besoin. J'espère que nous pourrons avec Alexis t'accueillir dans notre belle ville Amiénoise, et j'espère qu'un jour tu nous feras découvrir Montpellier ! Courage pour la dernière ligne droite !

A Hélène Kemp. Je te remercie pour ton investissement dans notre étude. Grâce ton investissement et ton sérieux ce travail a pu être mené à bien.

A Yoann Zerbib. Je te remercie infiniment pour le temps et la patience que tu as dédié à ce travail. Tes conseils pertinents m'ont permis de ne pas en faire trop. Peut-être qu'un jour nous pourrons renommer officiellement les Violin Plots par un nom plus adéquat.

A toutes les personnes ayant aidé à l'inclusion et à ce travail de thèse. Aux Médecins des services ayants participé à l'étude InterReaCom (Amiens, Abbeville, Alès, Avignon, Montpellier, St Quentin), Aux médecins ayant répondu, Aux ARCs Céline Wilpote, Claudine Gniadek, Léa Moreau, Pauline Bonneaud, Marion Touzet, Aux secrétaires des services de réanimation participants. Vous avez tous participé à la bonne réalisation du projet InterReaCom et à ma thèse. Je vous en remercie infiniment pour votre temps, votre sérieux, et votre travail.

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	20
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	24
1. Caractéristiques de l'étude	24
2. Critères d'inclusion, d'exclusion, population, et anonymisation.....	26
3. Objectifs de l'étude et critères de jugement principal et secondaires.....	26
4. Recueil des caractéristiques des patients inclus.....	27
a. A l'admission du patient dans le service.....	27
b. Suivi au cours de la réanimation (J7, J14, J21, et J28).....	27
c. Fin de prise en charge en soins critiques.....	28
5. Contact des médecins généralistes :.....	28
a. Protocole de contact.....	28
b. Questionnaire médecin généraliste	29
6. Éthique et cadre légal :	32
7. Statistiques et logiciels :	32
III. RESULTATS.....	34
1. Identification des facteurs liés à l'insatisfaction concernant le patient à l'admission en soins critiques. 36 Critères sociodémographiques des patients à l'admission et insatisfaction des médecins généralistes	36
Critères cliniques des patients à l'admission en soins critiques et insatisfaction des médecins généralistes....	37
2. Identification des facteurs liés à l'insatisfaction concernant le patient au cours de l'hospitalisation en soins critiques	39
3. Identification des facteurs liés à l'insatisfaction concernant le médecin généraliste.	41
Analyse des caractéristiques liées au médecin généraliste et à sa pratique.....	41
Analyse des facteurs d'insatisfaction liés à la communication vis-à-vis de l'hospitalisation du patient inclus	43
4. Analyse des 121 médecins ayant répondu au questionnaire concernant les hospitalisations dans les 12 derniers mois	45
Analyse des attentes des médecins généralistes de manière générale.....	48
5. Analyse multivariée pour identification des facteurs indépendamment liés à l'insatisfaction des médecins généralistes	49
DISCUSSION	51
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE	65

Table des figures et tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques géographiques et démographiques des centres investigateurs hospitalo-universitaires (rouge) et généraux (bleu)	25
Tableau 2 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les paramètres des patients avant l'admission en soins critiques.....	37
Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les paramètres des patients à l'admission en soins critiques	38
Tableau 4 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les paramètres des patients pendant le séjour en soins critiques	40
Tableau 5 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les données socio-démographiques et la pratique professionnelle des médecins généralistes.....	42
Tableau 6 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les données associées à la communication vis-à-vis du patient inclus.....	44
Tableau 7 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les données associées à la communication.	47
Tableau 8 : Analyse univariée des souhaits des généralistes concernant l'amélioration de la communication interprofessionnelle	48
Figure 1 : Flow Chart de l'étude InterReaCom	35
Figure 2 : Analyse multivariée pour identification des facteurs indépendamment associés à l'insatisfaction des médecins généralistes	50

Liste abrégations

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRF : Case Report Form

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LAT : limitation et/ou d'arrêt des thérapeutiques

QCS : Question à Choix Simple

QRM : Question à Réponses Multiples

SAPS-2 : Simplified Acute Physiologie Score II

SOFA : Sequential Organ Failure Assessment

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USI : Unité de Soins Intensifs

I. INTRODUCTION

La communication entre les professionnels de santé est un maillon primordial de la prise en charge des patients, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire.

A ce jour, l'échange et le partage des données issues du dossier médical du patient sont des notions très codifiées et soumises à l'approbation de ce dernier. La communication interprofessionnelle est régie par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que par la loi Kouchner du 29 Avril 2002 (CNIL), mise à jour le 2 Aout 2021 ¹. L'échange et le partage des données peuvent être réalisés entre professionnels de santé par les différents moyens de communication disponibles de manière verbale, sous format papier ou encore électronique (téléphone, dossier médical partagé, courriel sécurisé) ².

Une communication sous-optimale entre les professionnels de santé, dont le médecin généraliste est la pierre angulaire, peut amener à une situation délétère pour la prise en charge du patient ou à une insatisfaction des correspondants, en lien généralement avec un manque d'information, un retard à la délivrance d'information ou simplement à l'absence de communication ³.

Le médecin généraliste est le coordinateur du parcours de soin comme l'indique la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 ⁴. Au plus près du patient, il est le praticien de premier recours. Il est celui qui connaît le patient dans sa globalité (antécédents, comorbidité, traitements, autonomie). Le médecin généraliste accompagne le patient et sa famille après un possible séjour hospitalier ⁵.

L'hospitalisation est un véritable bouleversement et un traumatisme pour le patient et ses proches. Elle entraîne une dépendance iatrogène post-hospitalisation demandant une prise en charge particulière au sein de laquelle le médecin généraliste occupe une place centrale pour laquelle de nombreux protocoles existent afin de limiter le risque de réadmission à l'hôpital ⁶.

En effet, le médecin généraliste est directement impliqué dans la prise en charge des patients dans les suites de l'hospitalisation par son rôle d'évaluation des potentielles séquelles physiques, psychologiques, mais aussi dans la réadaptation de ses traitements. Celui-ci sera

alors seul pour poursuivre la prise en charge du patient à sa sortie de l'hôpital, ce qui implique l'importance d'une bonne transmission des informations au médecin généraliste⁷.

En 2009, Hubert et al, estimait que la communication de l'hôpital avec les médecins généralistes était suffisante sur le plan quantitatif (informés en moyenne 8 fois sur 10), mais insuffisante sur le plan qualitatif. Elle n'était pas suffisamment constante selon le motif d'hospitalisation, et relevait un manque d'efficacité dans les informations données. Il concluait que les médecins généralistes avaient le sentiment que les hospitaliers ne collaboraient pas avec eux⁸.

Plusieurs travaux de thèse ont également été réalisés pour évaluer l'implication du médecin traitant dans la prise de décisions sur les soins hospitaliers du patient. Elles concluaient toutes qu'une meilleure communication entre le médecin généraliste et l'hôpital permettrait une meilleure implication du médecin généraliste dans la prise de décisions, notamment sur des sujets d'intérêts majeurs tels que les limitations de soins des patients lors des hospitalisations.⁹⁻¹²

Selon la gravité initiale de la pathologie aiguë ou chronique décompensée, le patient peut être orienté vers une unité de soins critiques dont les soins sont effectués par le médecin réanimateur, spécialisé dans la gestion des défaillances d'organes menaçant directement le pronostic vital. Lors de l'admission des patients dans les services de soins critiques, le médecin réanimateur a besoin dans les plus brefs délais, d'informations fiables et cruciales. Cependant, les patients par les défaillances d'organes qu'ils présentent, ainsi que les proches, souvent dans un état de sidération secondaire au caractère imprévu et grave de la situation clinique, sont généralement dans l'incapacité de pouvoir délivrer les informations concernant les antécédents, l'autonomie ou encore le traitement du patient¹³. Ces informations partielles ou manquantes peuvent alors amener à un retard de prise en charge impactant directement le devenir du patient à court terme. En 2005, De Laitre et al, a mis en évidence que les réanimateurs estimaient ne pas disposer suffisamment d'informations pour soigner les patients de manière optimale, dans les courriers d'adressages des médecins traitants¹⁴.

L'hospitalisation en réanimation, par l'utilisation et la dépendance aux traitements et aux techniques de suppléance, est une agression physique et psychique pour les patients, dont les conséquences et les séquelles sont d'autant plus importantes à surveiller. Les conséquences de la pathologie aiguë ou encore plus spécifiquement, le syndrome post-réanimation, qui peut survenir à distance d'un séjour en soins critiques, nécessitent une prise en charge rapide et

efficace afin de limiter l'impact sur la qualité de vie ^{15,16}. Or, le syndrome post réanimation, complication fréquente, est généralement diagnostiqué et traité par le médecin généraliste, au décours du séjour hospitalier. La place du médecin généraliste dans l'accompagnement, le traitement des complications et l'explication de la situation clinique du patient auprès de la famille, notamment au sujet de l'anxiété liée à l'hospitalisation en réanimation, a également été soulignée par la Société de Réanimation de la Langue Française ¹⁷ et par le groupe de recherche pluridisciplinaire FAMIREA ¹⁸. Ces différentes raisons marquent l'importance d'une bonne communication entre les médecins réanimateurs et les médecins généralistes ainsi qu'avec les familles.

La communication entre médecins réanimateurs et médecins généralistes semble donc essentielle et indispensable lors de la prise en charge des patients hospitalisés dans les unités de soins intensifs ou de réanimation. Cette communication est même préconisée par la loi Léonetti (article 9) dans les cas de recherche des directives anticipées ¹⁹.

Cependant cette communication n'a que peu été évaluée dans la littérature.

La dernière étude évaluant cette communication entre généraliste et réanimateur a été réalisée par Etesse et *al.*, en 2010 ²⁰. Cette étude montrait que les médecins généralistes estimaient, sur une échelle de 0 à 100, la satisfaction de leur relation avec les médecins réanimateurs, à 57 sur 100 (interquartile (QI), [35 à 77]), et même à moins de 35 sur 100 pour 25% d'entre eux. Leur implication dans les décisions de traitements et le contact téléphonique étaient deux facteurs améliorant la satisfaction des médecins généralistes. Cette étude était une étude épidémiologique transversale par l'adressage d'un questionnaire anonyme par voie postale, pour laquelle 22% des médecins avaient répondu (1 561 réponses). La seule étude évaluant la mise en place de protocoles découlant de ces observations ne montrait pas d'amélioration de la satisfaction des médecins généralistes, mais elle montrait que l'échange qui se réalisait essentiellement par courrier ne permettait pas un contact rapide durant l'hospitalisation ²¹. Depuis, les moyens de communication se sont considérablement développés. A l'heure du numérique et avec l'amélioration constante des outils d'information (internet, téléphonie, réseaux de télécommunication), une mise à jour des habitudes de communication semble nécessaire.

En se basant sur ces constats, nous avons émis l'hypothèse que la communication interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les réanimateurs reste sous optimale malgré l'amélioration des technologies de communication au cours des années.

L'étude InterReaCom, dans sa phase observationnelle, a pour objectif principal d'identifier les facteurs indépendamment associés à l'insatisfaction des médecins généralistes concernant la communication avec les réanimateurs dans le cadre de l'hospitalisation de leur patient en soins critiques. Lors d'une seconde partie de l'étude (non développée dans ce travail de thèse), un protocole d'amélioration de la communication interprofessionnelle sera proposé dans une étude interventionnelle, multicentrique et prospective.

Les objectifs secondaires de notre étude seront de décrire les moyens de communication des médecins généralistes et de définir les souhaits de ces derniers pour améliorer la communication.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Caractéristiques de l'étude

L'étude InterRéaCom est une étude prospective, non interventionnelle et multicentrique réalisée dans trois régions françaises ; la région Hauts de France et les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Les centres investigateurs étaient constitués pour la région Picarde d'un service de médecine intensive et réanimation de centre hospitalo-universitaire et de deux services de réanimation médico-chirurgicale de centres hospitaliers généraux. Concernant les deux régions du Sud de la France, les centres investigateurs étaient constitués d'un service de médecine intensive et réanimation de centre hospitalo-universitaire, d'un service de réanimation neurochirurgicale et d'un service de réanimation chirurgicale traumatologique de centre hospitalo-universitaire et de deux services de réanimation médico-chirurgicale de deux centres hospitaliers généraux. Au total, la région nord participant à l'étude avait une capacité d'accueil de 30 lits de réanimation et de 14 lits de soins intensifs. La région Sud, quant à elle, avait une capacité d'accueil de 80 lits de réanimation et de 48 lits de soins intensifs. La capacité d'accueil en soins critiques des services investigateurs de l'étude InterReaCom était de 110 lits de réanimation et de 62 lits de soins intensifs.

Les centres investigateurs avec les caractéristiques des services de soins critiques participant à l'étude sont représentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques géographiques et démographiques des centres investigateurs hospitalo-universitaires (rouge) et généraux (bleu)

Picardie	Occitanie / PACA
<p>Médecine Intensive et Réanimation</p> <p><i>12 lits réanimation / 4 lits USI</i></p> <p>(CHU Amiens ; Somme)</p>	<p>Médecine Intensive et Réanimation</p> <p><i>20 lits de réanimation / 12 lits USI</i></p> <p>(CHU Montpellier ; Hérault)</p>
<p>Réanimation médico-chirurgicale</p> <p><i>8 lits de réanimation / 4 lits USI</i></p> <p>(CH Abbeville ; Somme)</p>	<p>Réanimation neurochirurgicale</p> <p><i>16 lits de réanimation / 16 lits USI</i></p> <p>(CHU Montpellier ; Hérault)</p>
<p>Réanimation médico-chirurgicale</p> <p><i>10 lits de réanimation / 6 lits USI</i></p> <p>(CH Saint Quentin ; Aisne)</p>	<p>Réanimation chirurgicale traumatologique</p> <p><i>20 lits de réanimation / 12 lits USI</i></p> <p>(CHU Montpellier ; Hérault)</p>
	<p>Réanimation médico-chirurgicale</p> <p><i>8 lits de réanimation / 4 lits USI</i></p> <p>(CH Alès ; Gard)</p>
	<p>Réanimation médico-chirurgicale</p> <p><i>16 lits de réanimation / 4 lits USI</i></p> <p>(CH Avignon ; Vaucluse)</p>
Total	
30 lits de réanimation / 14 lits USI	80 lits de réanimation / 48 lits USI

2. Critères d'inclusion, d'exclusion, population, et anonymisation.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Tout patient majeur hospitalisé dans un des services de réanimation ou de soins intensifs
- Avec un médecin généraliste déclaré comme médecin traitant

Les critères de non-inclusion et d'exclusion étaient :

- Les patients mineurs
- Absence d'affiliation au régime de la sécurité sociale
- Absence de médecin généraliste traitant déclaré au moment de l'admission en soins critiques
- Les patients sous mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)
- Les patients refusant de participer à la recherche.

3. Objectifs de l'étude et critères de jugement principal et secondaires

Un appariement des données épidémiologiques et clinico-biologiques des patients hospitalisés en soins intensifs a été réalisé avec la réponse au questionnaire de leur médecin généraliste. Cela a permis de réaliser un couple patient/médecin pour chacune des réponses dont le recueil a permis une analyse complète des facteurs liés à l'hospitalisation du patient avec les facteurs liés au médecin généraliste.

Le critère de jugement principal a été évalué à partir d'un relevé de la satisfaction des médecins généralistes quant à l'hospitalisation de leur patient. Cette évaluation a été proposée sous la forme d'une échelle numérique de 0 (totalement insatisfait) à 10 (parfaitement satisfait). Cela a permis l'analyse de la population de médecins généralistes dont la satisfaction est inférieure au premier quartile des réponses (médecins insatisfaits) à l'instar du protocole de Etesse et *al.*,²⁰ qui comparait les médecins insatisfaits aux médecins satisfaits par l'utilisation d'une échelle visuelle analogique (de 0 à 100).

Les critères de jugements secondaires ont été évalués par une analyse descriptive des réponses des médecins généralistes quant à leurs attentes et leurs souhaits concernant la communication avec les réanimateurs.

4. Recueil des caractéristiques des patients inclus.

Les données prédéfinies étaient recueillies de manière prospective à partir de l'admission en soins critiques, puis de manière hebdomadaire (J7, J14, J21, J28). La sortie de soins critiques ou le décès du patient entraînait une interruption du recueil des données.

a. A l'admission du patient dans le service

A l'admission du patient en soins critiques, ont été recueillies les informations socio démographiques et épidémiologiques telles que : le nom du médecin traitant, le sexe du patient, le délai entre l'admission à l'hôpital et le service de soins critiques (dont la spécialité chirurgicale ou médicale), l'âge, la déclaration ou non d'une personne de confiance, la situation familiale, le nombre d'enfants, les principaux antécédents avec le score de comorbidités de Charlson²², la temporalité d'admission (journée ou nuit en semaine, ou week-end).

Les critères clinico-biologiques relevés à l'admission étaient : le mode d'entrée en soins critiques (via la SAMU, les urgences, ou transfert d'un autre service intra ou extra hospitalier), le motif d'admission en soins critiques (médical ou chirurgical ainsi que les motifs spécifiques), les scores de gravité SOFA et SAPS-2^{23,24} et le fait que le patient soit sédaté ou non lors des 24 premières heures.

b. Suivi au cours de la réanimation (J7, J14, J21, et J28)

Au cours de la prise en charge en réanimation et de manière hebdomadaire ont été relevés les scores SOFA avec les composantes SOFA de chaque item (hémodynamique, respiratoire, hémostase, rénale, neurologique et hépatique).

c. Fin de prise en charge en soins critiques

A la fin de l'hospitalisation du patient en réanimation ou en soins intensifs, les données suivantes étaient relevées : la durée du séjour en soins critiques, le mode de sortie de réanimation du patient (transfert intra ou inter hospitalière ou au SSR, le retour au domicile, ou le décès) et de la réalisation d'une procédure de limitation et d'arrêt des thérapeutiques (LAT) durant le séjour en soins critiques.

5. Contact des médecins généralistes :

a. Protocole de contact

Trois semaines après la sortie du patient de réanimation, le médecin généraliste du patient était contacté par téléphone par un des trois investigateurs de l'étude InterReaCom. En cas de difficultés à joindre le médecin généraliste, des tentatives étaient réalisées de manière itérative sur cinq jours consécutifs afin de maximiser les chances de contact par le même investigateur.

Lors de ce premier contact téléphonique, il lui était exposé le sujet de l'étude et lui était proposé d'y répondre par un questionnaire informatisé google Forms[®] adressé par courriel Google[®] (Santa Clara, CA, USA). Ce questionnaire était à remplir de manière anonyme et référencé par le code de pseudonomysation de son patient.

Aucune donnée sensible pouvant compromettre la sécurité des données biomédicales des patients inclus n'apparaissaient dans le courriel ou dans les réponses des questionnaires envoyés aux médecins généralistes.

Lorsque le contact avait été fait, et que le médecin avait autorisé l'envoi du questionnaire par courriel, en l'absence de réponse de sa part, une relance était effectuée à sept jours par voie électronique.

b. Questionnaire pour le médecin généraliste

Le questionnaire a été réalisé en s'inspirant de celui réalisé lors de l'étude de Etesse et *al.* (qui avait été validé par une enquête de comité composée de cinq réanimateurs et deux épidémiologistes) afin de pouvoir réaliser une comparaison des informations et de la satisfaction des praticiens interrogés²⁰. Le questionnaire ainsi défini a été relu et validé par trois médecins réanimateurs des centres hospitalo-universitaires sud et nord.

Etesse et *al.* avait évalué la satisfaction des médecins généralistes à partir d'une échelle visuelle analogique graduée (format papier) de 0 à 100. Pour des raisons pratiques et techniques (format informatisé), il ne nous était pas possible de réaliser la même échelle d'évaluation. Il a donc été choisi de réaliser une échelle d'évaluation numérique de 0 (Totalement insatisfait) à 10 (Parfaitement satisfait). Ces deux échelles ont été de nombreuses fois comparées et assurent une réponse équivalente (notamment dans l'évaluation de la douleur)^{25,26}.

Il a été diffusé sous la forme d'un google Forms[®] et recueillait les informations au travers de QCS, de QRM, de questions à réponses libres, et donc d'échelles numériques d'évaluation de 0 à 10.

Caractéristiques socio démographiques

Au sein de ce questionnaire destiné aux médecins généralistes, nous avons relevé le sexe, et l'âge (inférieur à 36 ans, 36 à 45 ans, 46 à 60 ans, supérieur à 60 ans) des médecins.

Puis nous relevions des critères en lien avec leur formation, qui étaient le délai d'obtention de la thèse (inférieur à 2 ans, entre 2 et 5 ans, entre 5 et 10 ans, et supérieur à 10 ans), et le fait d'avoir effectué au cours de leurs études un stage au sein d'un service de réanimation.

Enfin étaient relevés des critères concernant leur mode d'exercice, qui étaient le délai d'installation (inférieur à 2 ans, entre 2 et 5 ans, entre 5 et 10 ans, et supérieur à 10 ans), le type de dossier médical utilisé (informatisé ou papier), l'utilisation d'une messagerie sécurisée ou non, le type de secrétariat (absence, secrétariat en présentiel, secrétariat à distance, la taille de la patientèle (moins de 1000, de 1000 à 1500, supérieur à 1500), le nombre de consultations

moyennes par jour (moins de 20, de 20 à 30, supérieures à 30) et le nombre de patients de sa patientèle hospitalisés en réanimation au cours des douze derniers mois (1, 2, 3, 4, 5 ou plus).

Concernant l'hospitalisation du patient en soins intensifs

Tout d'abord était relevé si le médecin généraliste avait eu l'information que le patient avait été hospitalisé en réanimation ou non avant notre appel. La réponse oui à ce critère entraînait l'inclusion du médecin généraliste. Dans le cas contraire, les médecins continuaient le questionnaire à partir de la section suivante concernant d'éventuelles autres hospitalisations en réanimation durant les douze derniers mois.

S'ils avaient eu l'information avant notre appel, ils étaient interrogés sur le moyen par lequel ils avaient appris l'hospitalisation du patient ; s'il y avait eu un contact avec le service lors de l'hospitalisation, si oui par quel moyen (téléphone, messagerie sécurisée), par quel interlocuteur, le motif de ce contact ; si la famille/proches du patient a consulté le médecin généraliste, si oui à quelle fréquence, la raison de cette consultation ; s'il y a eu un contact avec les proches après l'hospitalisation, si le praticien a rencontré des difficultés lors de ces consultations avec les proches, et s'il a rencontré des difficultés lors de la consultation post hospitalisation du patient. Enfin concernant cette hospitalisation les médecins étaient invités à évaluer la satisfaction vis-à-vis de la communication avec le service de réanimation sur une échelle de 0 (totalement insatisfait) à 10 (parfaitement satisfait).

Concernant d'éventuelles autres hospitalisations en réanimation durant les 12 derniers mois.

Il a également été recherché auprès des médecins généralistes s'il y avait eu d'autres hospitalisations ou non au sein de leur patientèle au cours des douze mois précédents l'hospitalisation de leur patient, et si c'était le cas, s'ils avaient reçu des informations régulièrement de la part du service. Nous leur demandions s'ils étaient informés de la sortie/transfert du patient, ou en cas de décès. Concernant le compte rendu d'hospitalisation (CRH), était-il fréquemment reçu, quel était le délai moyen de réception, et s'ils éprouvaient fréquemment des difficultés à sa lecture. Il était recherché s'ils étaient fréquemment consultés

pour les décisions de LAT, s'ils présentaient une non-compréhension vis-à-vis de la décision des LAT, et la fréquence pour laquelle ils souhaiteraient y prendre part. Était également recherchée, la fréquence avec laquelle le médecin généraliste réalisait une consultation post hospitalisation en réanimation sans information concernant cette hospitalisation.

Concernant les attentes et les moyens de communications des médecins généralistes de manière générale

Les souhaits des médecins généralistes concernant les moyens de communication étaient évalués dans le questionnaire et s'il était possible d'améliorer la communication entre réanimateurs et généralistes.

Il a été évalué l'intérêt, sur une échelle de 0 (pas d'intérêt) à 10 (intérêt très important), d'un appel systématique de la réanimation de manière hebdomadaire pour communiquer des informations, mais aussi d'un appel systématique à la fin de la prise en charge. De la même manière a été évalué l'intérêt d'un courriel informatif hebdomadaire, et l'envoi par courriel d'une synthèse dans les 48h de sortie du patient. Il leur était demandé quel serait pour eux le moyen de communication idéal à privilégier.

Concernant les médecins ayant un nouveau patient inclus dans l'étude issu de leur patientèle

Les médecins généralistes dont plusieurs patients étaient inclus, un questionnaire complet était adressé au médecin généraliste comprenant les différentes parties de l'évaluation (caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, évaluation de la communication et caractéristiques propres à la communication vis-à-vis du patient en réanimation et souhaits pour l'amélioration de la communication). Pour les patients suivants inclus dans l'étude et issus de la patientèle du médecin généraliste, un second questionnaire plus court était adressé au médecin où étaient évalués seulement les éléments relevant de l'hospitalisation du nouveau patient. Seules les réponses issues du « premier questionnaire » seront analysées.

6. Éthique et cadre légal :

L'étude InterReaCom a été approuvée par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU d'Amiens et enregistré au numéro : PI2023_843_0086.

Une lettre d'information et de non-opposition à la recherche a été délivrée à tous les patients inclus dans l'étude InterReaCom.

Chaque patient inclus a été immédiatement anonymisé à travers un code unique de pseudonymisation afin de sécuriser les données et de permettre l'association entre le patient et son médecin généraliste contacté.

Aucun financement n'a été perçu pour la réalisation de cette étude.

7. Statistiques et logiciels :

Un code de pseudonymisation a été attribué à chaque patient inclus dans l'étude permettant de le relier au médecin généraliste associé.

Les données ont été recueillies de manière prospective par les équipes investigatrices de chaque centre durant l'hospitalisation des patients à l'aide d'un cahier de recueil papier, puis intégrées dans un recueil électronique sécurisé sur SharePoint (CHU Amiens Picardie ; DRCI) sur fichier Excel® (Microsoft inc. Redmont WA, USA) par les membres investigateurs de l'étude InterReaCom.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel de statistiques R⁺⁺® (Toulouse, Occitanie, France). Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne (+/- les écarts types) ou en médianes (avec interquartiles) selon leur distribution respective. Les variables qualitatives ont été exprimées en nombres et pourcentages.

L'insatisfaction des médecins généralistes lors de la réponse au questionnaire envoyé dans le cadre de la recherche était définie par le score inférieur à celui du premier quartile. La population des médecins du 1er quartile et des autres quartiles étaient comparées en analyse univariée avec le test de Wilcoxon ou le test exact de Fisher selon le caractère quantitatif ou qualitatif des données, respectivement.

Selon le nombre d'évènements analysés dans le groupe « insatisfaction », une série de variables définies sera analysée dans l'étude multivariée. Lorsque la valeur de p était inférieure à 0.2, la variable identifiée était insérée dans une analyse multivariée avec réalisation d'une régression logistique afin d'isoler les facteurs indépendamment associés à l'insatisfaction. La significativité était définie par une valeur de $p < 0.05$ et les odds ratios (OR) exprimés avec intervalles de confiance à 95%.

III. RESULTATS

Entre le 1^{er} juillet 2023 et le 31 octobre 2023, 1229 patients ont été analysés pour éligibilité lors de leur hospitalisation en soins critiques. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 787 ont été inclus dans l'étude. Parmi ces patients, 79 ont été exclus pour manque de données (n = 70 ; données manquantes provenant d'un même centre investigateur) ou identification secondaire d'un critère d'exclusion non identifié à l'inclusion du patient (n = 9). Au total, 708 patients ont été inclus dans l'étude avec recueil prospectif des données biomédicales durant le séjour.

Les médecins généralistes des patients inclus ont été contactés par appel téléphonique. A l'issue des appels, 249 (35.1%) n'ont pas pu être contactés ou ont refusé de participer à la recherche.

Parmi les 459 médecins généralistes ayant accepté de participer à la recherche et qui ont indiqué leur adresse électronique pour répondre à notre questionnaire informatisé, 232 contacts sont restés sans réponse malgré une relance, réalisée à J7 par voie téléphonique ou électronique.

Au total 227 réponses ont été recueillies (209 au questionnaire « premier patient », et 18 au questionnaire « nouveau patient »), soit 49.5% des médecins généralistes avec contact réussi (32.1% des patients inclus).

Parmi les 209 questionnaires « premier patient » recueillis, 144 médecins généralistes déclaraient avoir eu connaissance de l'hospitalisation du patient avant notre appel téléphonique et ont pu répondre à l'ensemble du questionnaire.

Pour l'évaluation de notre objectif principal nous avons décidé d'analyser les données des 144 couples patient/médecin pour lesquels il y a eu un premier questionnaire répondu par le médecin généraliste et qui avaient eu connaissance de l'hospitalisation.

Les 18 autres patients pour lesquels un questionnaire « nouveau patient » a été rempli par le médecin traitant n'étaient pas analysés dans ce travail de thèse.

Le flow chart de l'étude est présenté en figure 1.

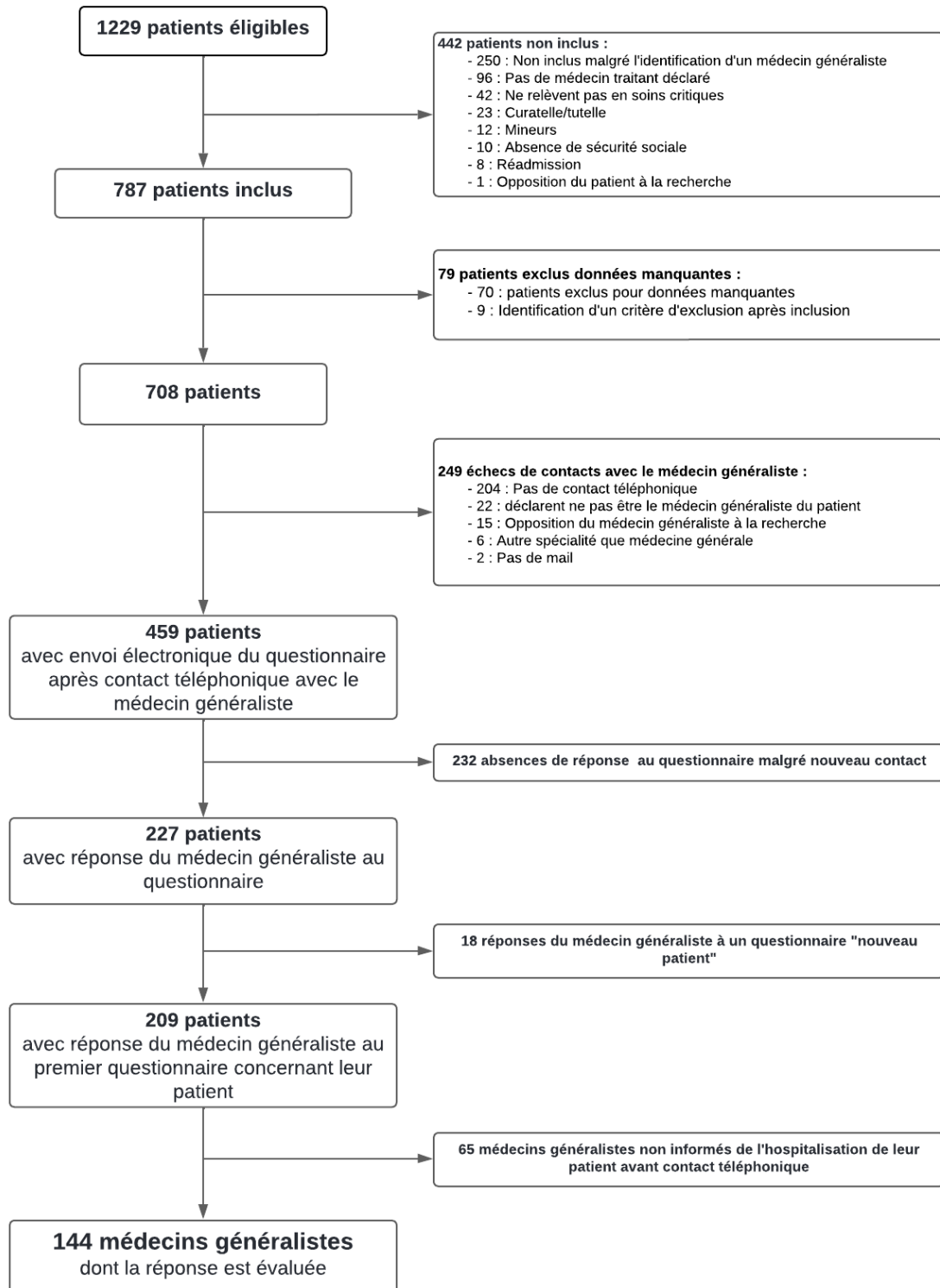


Figure 1 : Flow Chart de l'étude InterReaCom

1. Identification des facteurs liés à l'insatisfaction du médecin généraliste concernant le patient à l'admission en soins critiques.

Critères sociodémographiques des patients à l'admission et insatisfaction des médecins généralistes

Dans cette étude, l'analyse univariée a été réalisée à partir de l'évaluation de la satisfaction des médecins généralistes concernant la communication avec les médecins réanimateurs. La médiane était de 6 [4.75, 8] (Tableau 5). Le critère d'insatisfaction a donc été défini par les médecins ayant attribué une note inférieure à 4.75/10. Sur 144 médecins, 36 étaient donc considérés comme insatisfaits contre 108 considérés comme satisfaits.

Les caractéristiques générales de la population ont été décrites dans le tableau 2.

Parmi les 144 patients analysés, 90 (62.5%) étaient des hommes, et 106 (73.6%) ont été admis dans un des services de soins critiques des trois centres hospitaliers du sud de la France. L'âge médian était de 65.5 années [53.75, 73.25]. Lors de l'admission en soins critiques, 78 (70.9%) avaient déclaré une personne de confiance. Une majorité était mariée ou pacsée 73 (59.8%) et 92 (78.6%) avait au moins un enfant. Le score de Charlson ²² médian était de 4 [2, 6]. Concernant l'analyse des facteurs sociodémographiques des patients inclus dans l'étude, il n'était observé aucune différence significative entre les deux groupes comparés.

Tableau 2 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les paramètres des patients avant l'admission en soins critiques

	Population générale n=144 (100%)	Satisfait n=108	Insatisfait n=36	p value
Région Nord/Sud				0.19
Nord	38 (26.4%)	32 (29.6%)	6 (16.7%)	
Sud	106 (73.6%)	76 (70.4%)	30 (83.3%)	
Sexe				0.84
Féminin	54 (37.5%)	40 (37%)	14 (38.9%)	
Masculin	90 (62.5%)	68 (63%)	22 (61.1%)	
Age (années)	65.5 [53.75, 73.25]	65.5 [54, 73]	66 [52.75, 77]	0.61
Score de comorbidités de Charlson	4 [2, 6]	4 [2, 6]	5 [1, 8]	0.26
Personne de confiance déclarée				1
Non	32 (29.1%)	24 (29.3%)	8 (28.6%)	
Oui	78 (70.90%)	58 (70.7%)	20 (71.4%)	
Situation familiale				0.40
Marié(e)/PACS	73 (59.8%)	49 (55.7%)	24 (70.6%)	
Célibataire	23 (18.9%)	18 (20.5%)	5 (14.7%)	
Séparé(e)/Divorcé(e)	20 (16.4%)	17 (19.3%)	3 (8.8%)	
Veuf/Veuve	6 (4.9%)	4 (4.6%)	2 (5.9%)	
Enfant(s)				0.61
Non	25 (21.4%)	17 (19.8%)	8 (25.8%)	
Oui	92 (78.6%)	69 (80.2%)	23 (74.2%)	
Délai entre admission hôpital et soins critiques (jours)	1 [1, 2]	1 [1, 2]	1 [1, 2]	0.25

Critères cliniques des patients à l'admission en soins critiques et insatisfaction des médecins généralistes

Les caractéristiques des patients lors de l'admission en soins critiques liées à l'insatisfaction des médecins généralistes sont présentées dans le tableau 3.

Les patients étaient admis majoritairement pour une cause médicale (n = 115 ; 79.9%). Le fait que le motif d'hospitalisation soit chirurgical occasionnait une insatisfaction de manière significative (p = 0.031) chez les médecins généralistes comparativement à une hospitalisation pour motif médical.

Les patients étaient majoritairement hospitalisés en réanimation à la suite d'un passage aux urgences (n = 56 ; 38.9%), ou à la suite d'un transfert d'un autre service de l'hôpital (n = 47 ; 32.6%). Ces hospitalisations avaient lieu la nuit en semaine (n = 61 ; 42.7%), le jour en

semaine (n = 51 ; 35.7%), ou le week-end (n = 31 ; 21.7%), sans différence observée sur l'insatisfaction.

Concernant les motifs d'hospitalisation en unité de soins critiques, aucune différence concernant la satisfaction des médecins généralistes n'était mise en évidence. Les motifs pour défaillances neurologiques (n = 23 ; 16%), l'insuffisance respiratoire aiguë (n = 21 ; 14.6%) et les états de choc septique (n = 18 ; 12.5%) représentaient les principaux motifs de recours à l'hospitalisation dans les services de réanimation ou de soins intensifs.

Concernant les scores de gravité à l'admission : le score SAPS-2 médian était à 46 [34.7, 59], et le score SOFA médian était à 7 [3, 10]. Aucun de ces deux scores à l'admission n'était corrélé à une différence significative de satisfaction entre les médecins généralistes.

Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les paramètres des patients à l'admission en soins critiques

	Population générale n=144 (100%)	Satisfait n=108	Insatisfait n=36	p value
Motif admission				0.031
Chirurgical	29 (20.1%)	17 (15.7%)	12 (33.3%)	
Médical	115 (79.9%)	91 (84.3%)	24 (66.7%)	
Mode d'entrée				0.35
Service d'accueil des Urgences	56 (38.9%)	41 (38%)	15 (41.7%)	
Transfert d'un service intra-hospitalier	47 (32.6%)	34 (31.5%)	13 (36.1%)	
Transfert inter-hospitalier	21 (14.6%)	19 (17.6%)	2 (5.6%)	
Domicile via le SAMU	20 (13.9%)	14 (13%)	6 (16.7%)	
Temporalité				0.61
Nuit	61 (42.7%)	48 (44.9%)	13 (36.1%)	
Journée	51 (35.7%)	36 (33.6%)	15 (41.7%)	
Weekend	31 (21.7%)	23 (21.5%)	8 (22.2%)	
Motif d'admission				0.54
Troubles neurologiques	23 (16%)	17 (15.7%)	6 (16.7%)	
Insuffisance respiratoire aiguë	21 (14.6%)	19 (17.6%)	2 (5.6%)	
État de choc septique	18 (12.5%)	12 (11.1%)	6 (16.7%)	
ACR	16 (11.1%)	13 (12%)	3 (8.3%)	
Intoxication	14 (9.7%)	12 (11.1%)	2 (5.6%)	
Sepsis	11 (7.6%)	8 (7.4%)	3 (8.3%)	
Traumatisme	11 (7.6%)	8 (7.4%)	3 (8.3%)	
Troubles métaboliques	9 (6.2%)	5 (4.6%)	4 (11.1%)	
État de choc non infectieux	5 (3.5%)	3 (2.8%)	2 (5.6%)	
Autres	16 (11.1%)	11 (10.2%)	5 (13.9%)	
Score SAPS2	46 [34.7, 59]	47 [34.7, 57.2]	45.5 [34,5 7]	0.67
SOFA Score	7 [3, 10]	7 [3, 10]	7 [3.75, 12.25]	0.40
Sédation avant H24	68 (47.5%)	49 (45.8%)	19 (52.8%)	0.56

2. Identification des facteurs liés à l'insatisfaction des médecins généralistes concernant le patient au cours de l'hospitalisation en soins critiques

Les résultats et l'analyse univariée des caractéristiques liées au patient au cours de son hospitalisation sont retrouvables dans le tableau 4.

Concernant le suivi du score SOFA durant l'hospitalisation : A J7 la médiane était à 5 [2.5, 6.5], à J14 elle était à 5 [2, 7] et montrait une différence de satisfaction qui tendait à la significativité ($p = 0.068$) entre les médecins satisfaits et insatisfaits. A J21, la médiane du score SOFA était à 3 [2.5, 6.5], et à J28 3 [1, 6].

Concernant la synthèse de fin de séjour : La durée médiane d'hospitalisation était de 5 jours [3, 10] et pour 141 des 144 patients, le devenir était connu : 25 (17.7%) patients sont décédés en réanimation, 80 (56.7%) avaient été transférés dans un autre service de l'hôpital, 22 (15.6%) dans un service d'un autre hôpital, 10 (7.1%) étaient rentrés au domicile directement, et 4 (2.8%) étaient allés directement en SSR (3 étaient sortis non décédés mais sans précision dans le dossier).

Le décès du patient durant l'hospitalisation en réanimation ($n = 25$; 17.7%) était un marqueur d'insatisfaction pour les médecins généralistes ($n = 14$ (13,3%) des médecins « satisfaits » contre $n = 11$ (30,6%) des médecins « insatisfaits » avec $p = 0.02$). La réalisation d'une LAT ($n=29$; 20,7%) durant le séjour tendait à montrer une différence de satisfaction entre les médecins ($n = 18$ (17%) des médecins « satisfaits » contre $n = 11$ (32,36%) des médecins « insatisfaits » avec $p = 0.086$), sans toutefois atteindre la significativité.

Tableau 4 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les paramètres des patients pendant le séjour en soins critiques

	Population générale n=144 (100%)	Satisfait n=108	Insatisfait n=36	p value
Score SOFA à J7	5 [2.5, 6.5]	4 [3, 6]	5 [2, 9]	0.79
Score SOFA à J14	5 [2, 7]	3.5 [2, 7]	7 [6, 9]	0.068
Score SOFA à J21	3 [2.5, 6.5]	5 [2.75, 8]	3 [2.5, 3]	0.93
Score SOFA à J28	3 [1, 6]	5.5 [2.75, 6.75]	1 [1, 2]	1
LAT en réanimation	29 (20.7%)	18 (17%)	11 (32.36%)	0.086
Décès en réanimation	25 (17.7%)	14 (13.3%)	11 (30.6%)	0.02
Durée de séjour en Réanimation/Soins Intensifs (jours)	5 [3, 10]	6 [3, 10]	5 [3, 9.25]	0.77
Destination après soins critiques				0.18
Transfert service conventionnel	80 (56.7%)	63 (60.0%)	17 (47.2%)	
Décès	25 (17.7%)	14 (13.3%)	11 (30.6%)	
Transfert autre centre hospitalier	22 (15.6%)	17 (16.2%)	5 (13.9%)	
Domicile	10 (7.1%)	7 (6.7%)	3 (8.3%)	
SSR	4 (2.8%)	4 (3.8%)	0 (0%)	

3. Identification des facteurs liés à l'insatisfaction concernant le médecin généraliste.

Analyse des caractéristiques liées au médecin généraliste et à sa pratique

Les résultats et l'analyse univariée des réponses liées aux caractéristiques socio démographiques et de l'exercice du médecin sont retrouvables dans le tableau 5.

Parmi les 144 médecins généralistes répondants : 74 (51.4%) étaient des hommes et 70 (48.6%) des femmes, la tranche d'âge la plus représentée était les 46-60ans (31.9%) et une minorité pour les < 36 ans (16%). Une majorité des médecins avaient soutenu leur thèse il y a plus de 10 ans (96 soit 66.7%), et étaient en majorité installés depuis plus de 10 ans (90 soit 62.5%).

Concernant leur exercice, une grande majorité (n = 134 soit 93.1%) utilisait des dossiers informatisés et une minorité des dossiers papiers (n = 10 soit 6.9%) ; 140 (97.2%) utilisait une messagerie sécurisée. Concernant le secrétariat, 73 (50.7%) déclaraient disposer d'un secrétariat physique au cabinet, 49 (34,09%) disposaient d'un secrétariat à distance, et 22 (15.3%) déclaraient ne pas avoir de secrétariat. 59 médecins (41%) déclaraient une patientèle comprise entre 1000 et 1500 patients, 57 médecins (39.6%) supérieure à 1500 patients, et 28 médecins (19.4%) inférieure à 1000 patients. Enfin, une majorité (n = 81 ; 56.3%) déclarait réaliser 20 à 30 consultations par jour.

Les médecins généralistes déclaraient en majorité (n = 128 ; 88.9%) avoir eu au moins un autre patient, que le patient inclus, hospitalisé dans un service de réanimation au cours des 12 derniers mois. 39 médecins (27.1%) déclaraient au moins 5 patients hospitalisés en réanimation au cours des 12 derniers mois.

Tableau 5 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les données socio-démographiques et la pratique professionnelle des médecins généralistes

	Population générale n=144 (100%)	Satisfait n=108	Insatisfait n=36	p value
Genre				0.57
Homme	74 (51.4%)	57 (52.8%)	17 (47.3%)	
Femme	70 (48.6%)	51 (47.2%)	19 (52.8%)	
Age				0.67
< 36 ans	23 (16%)	15 (13.9%)	8 (22.2%)	
36 - 45 ans	40 (27.8%)	31 (28.7%)	9 (25%)	
46 - 60 ans	46 (32%)	36 (33.3%)	10 (27.8%)	
> 60 ans	35 (24.3%)	26 (24.1%)	9 (25%)	
Thèse				0.28
Moins de 2 ans	3 (2.1%)	2 (1.9%)	1 (2.8%)	
Entre 2 et 5 ans	16 (11.1%)	10 (9.3%)	6 (16.7%)	
Entre 5 et 10 ans	29 (20.1%)	25 (23.2%)	4 (11.1%)	
Plus de 10 ans	96 (66.7%)	71 (65.7%)	25 (69.4%)	
Installation				0.83
Moins de 2 ans	6 (4.2%)	4 (3.7%)	2 (5.57%)	
Entre 2 et 5 ans	18 (12.5%)	13 (12%)	5 (13.9%)	
Entre 5 et 10 ans	30 (20.8%)	24 (22.2%)	6 (16.7%)	
Plus de 10 ans	90 (62.5%)	67 (62%)	23 (63.9%)	
Dossier médical				0.27
Dossier informatisé	134 (93.1%)	102 (94.4%)	32 (88.9%)	
Dossier papier	10 (6.9%)	6 (5.6%)	4 (11.1%)	
Messagerie sécurisée	140 (97.2%)	105 (97.2%)	35 (97.2%)	1
Secrétariat ?				0.06
Oui, secrétariat avec présence physique dans le cabinet	73 (50.7%)	57 (52.8%)	16 (44.4%)	
Oui, secrétariat à distance	49 (34%)	39 (36.1%)	10 (27.8%)	
Non, pas de secrétariat	22 (15.3%)	12 (11.1%)	10 (27.8%)	
Patientèle				0.06
< 1 000	28 (19.4%)	16 (14.8%)	12 (33.3%)	
1 000 - 1500	59 (41%)	46 (42.6%)	13 (36.1%)	
> 1 500	57 (39.6%)	46 (42.6%)	11 (30.6%)	
Consultation/jour ?				0.47
10 à 20	15 (10.4%)	13 (12%)	2 (5.6%)	
20 - 30	81 (56.3%)	58 (53.7%)	23 (63.9%)	
Plus de 30	48 (33.3%)	37 (34.3%)	11 (30.6%)	
Nombre de patients hospitalisés en Réanimation dans les 12 derniers mois (<i>autre que le patient inclus</i>)				0.92
0 patient	16 (11.1%)	12 (11.1%)	4 (11.1%)	
1 patient	14 (9.7%)	11 (10.1%)	3 (8.3%)	
2 patients	30 (20.8%)	22 (20.4%)	8 (22.2%)	
3 patients	31 (21.5%)	21 (19.4%)	10 (27.8%)	
4 patients	14 (9.7%)	11 (10.2%)	3 (8.3%)	
≥ 5 patients	39 (27.1%)	31 (28.7%)	8 (22.2%)	

Analyse des facteurs d'insatisfaction liés à la communication vis-à-vis de l'hospitalisation du patient inclus

Les résultats et l'analyse univariée des réponses concernant l'insatisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la communication lors de l'hospitalisation de leur patient sont retrouvables dans le tableau 6.

L'évaluation de la satisfaction vis-à-vis de la communication avec le service de réanimation concernant l'hospitalisation du patient inclus a retrouvé une médiane de 6 [4.75, 8], permettant ainsi de séparer les deux groupes « satisfaits » et « insatisfaits » comme décrit dans la méthodologie.

Parmi les 144 médecins généralistes analysés (médecins généralistes qui avaient appris l'hospitalisation de leur patient avant notre appel téléphonique) une majorité avaient été informée par la famille ou les proches (n = 55 ; 38.2%), 39 (27.1%) par le CRH, 24 (16.7%) par appel téléphonique du service, 19 (13.2%) par la lettre d'admission, 4 (2.8%) par le patient lui-même, et enfin 3 (2.1%) par un confrère extérieur à la réanimation. L'analyse univariée concernant le fait que le médecin avait appris l'hospitalisation par la famille ou les proches, montrait une différence significative vis-à-vis de l'insatisfaction (n = 36 (33.3%) des « satisfaits » contre n = 19 (52.8%) des « insatisfaits » avec p = 0.047), et l'analyse concernant le fait d'avoir été informé de la fin d'hospitalisation par un appel du service montrait une différence significative de satisfaction (n = 16 (14.8%) des « satisfaits » contre n = 0 (0%) des « insatisfaits » avec p = 0.001).

Sur les 144 médecins généralistes, 31 déclaraient avoir eu un contact avec le service durant l'hospitalisation (soit 21.53%) avec une différence significative observée concernant le contact durant le séjour en soins critiques (n = 29 des « satisfaits » (26,9%) et n = 2 des « insatisfaits » (5,6%) avec p = 0.009). Il n'était pas observé de différence concernant le professionnel de réanimation réalisant cet appel.

Concernant le CRH, 54 médecins (37.5%) déclaraient ne pas avoir reçu le CRH au moment de notre appel (3 semaines après la sortie du patient). Concernant les éventuelles difficultés rencontrées lors de la prise en charge post réanimation du patient, il existait une différence significative entre les médecins (« Jamais/Rarement » n = 61 (56.5%) des « satisfaits » contre n = 10 (27.8%) des « insatisfaits » ; et « Parfois/Souvent/Toujours » n = 47 (43.5%) des « satisfaits » contre n = 26 (72.2%) des « insatisfaits » avec p = 0.004).

Tableau 6 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les données associées à la communication vis-à-vis du patient inclus

	Population générale n=144 (100%)	Satisfait n=108	Insatisfait n=36	p value
Satisfaction vis-à-vis de la communication entre réanimateur et médecin généraliste	6 [4.75, 8]	7 [5, 8]	2 [1, 3.25]	<0.0001
Contact durant le séjour du patient en soins critiques	31 (21.5%)	29 (26.9%)	2 (5.6%)	0.009
Membre de réanimation/soins intensifs à l'initiative de ce contact				0.13
Médecin « junior » (internes, docteur junior)	17 (54.8%)	16 (55.2%)	1 (50%)	
Médecin spécialiste en Réanimation/Soins Intensifs	12 (38.7%)	12 (41.4%)	0 (0%)	
Infirmier de Réanimation/Soins Intensifs	2 (6.5%)	1 (3.5%)	1 (50%)	
Contact pour informer de la fin de prise en charge en Réanimation/Soins Intensifs	16 (11.11%)	16 (14.81%)	0 (0%)	0.001
Absence de réception du CRH	54 (37.5%)	37 (34.2%)	17 (47.2%)	0.17
Moyen d'information concernant l'hospitalisation du patient				0.001
Famille/proches du patient	55 (38.2%)	36 (33.3%)	19 (52.8%)	
Compte Rendu d'Hospitalisation	39 (27.1%)	30 (27.8%)	9 (25%)	
Appel téléphonique provenant du service de Réanimation/Soins Intensifs	24 (16.7%)	23 (21.3%)	1 (2.8%)	
Lettre de liaison à l'admission	19 (13.2%)	16 (14.8%)	3 (8.3%)	
Le patient lui-même	4 (2.8%)	3 (2.8%)	1 (2.8%)	
Un confrère ou une consœur extérieur(e) au service de Réanimation/Soins Intensifs	3 (2.1%)	0 (0%)	3 (8.3%)	
Information de l'hospitalisation du patient par les proches	55 (38.2%)	36 (33.3%)	19 (52.8%)	0.047
Visite famille ou proches <u>pendant</u> l'hospitalisation du patient	29 (20.1%)	22 (20.4%)	7 (19.4%)	1
Visite famille ou proches <u>après</u> l'hospitalisation du patient				0.49
Jamais/Rarement	111 (77.1%)	85 (78.7%)	26 (72.2%)	
Parfois/Souvent/Toujours	33 (22.9%)	23 (21.3%)	10 (27.8%)	
Difficultés avec la demande du patient ou des proches				0.18
Jamais/Rarement	109 (75.7%)	85 (78.7%)	24 (66.7%)	
Parfois/Souvent/Toujours	35 (24.3%)	23 (21.3%)	12 (33.3%)	
Difficultés avec la prise en charge post réanimation				0.004
Jamais/Rarement	71 (49.3%)	61 (56.5%)	10 (27.8%)	
Parfois/Souvent/Toujours	73 (50.7%)	47 (43.5%)	26 (72.2%)	

4. Analyse des 121 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire concernant les hospitalisations dans les 12 derniers mois

Les résultats et l'analyse univariée des réponses concernant l'insatisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la communication lors des hospitalisations de leurs patients en réanimation lors des 12 derniers mois sont retrouvables dans le tableau 7.

Afin d'assurer la comparabilité des résultats entre les populations différentes des médecins généralistes ayant répondu aux questionnaires, l'insatisfaction a été redéfinie comme réalisée précédemment. La médiane de satisfaction sur les 121 médecins généralistes était de 6 avec des interquartiles similaires [4.75, 8]. La population de médecins insatisfaits était alors de 32 sujets et la population de médecins satisfaits de 89 sujets.

Les médecins déclaraient être « Jamais/Rarement » informés du transfert de leur patient dans 54.6% (n = 66) des cas. Ce critère était un marqueur de différence significative entre les médecins (« Jamais/Rarement » n = 42 (47.2%) des « satisfaits » contre n = 24 (75%) des « insatisfaits » ; et « Parfois/Souvent/Toujours » n = 47 (52.8%) des « satisfaits » contre n = 8 (25%) des « insatisfaits » avec p = 0.007). Pour ce qui est d'être informé de la survenue du décès de leur patient 47.1% (n = 57) déclaraient « Jamais/Rarement » en être informés ce qui entraînait également une différence significative concernant la satisfaction (« Jamais/Rarement » n = 36 (40.5%) des « satisfaits » contre n = 21 (65.6%) des « insatisfaits » ; et « Parfois/Souvent/Toujours » n = 53 (59.6%) des « satisfaits » contre n = 11 (34.4%) des « insatisfaits » avec p = 0.02). Ils déclaraient également avoir « Jamais/Rarement » (79.3%) de nouvelles régulières durant les hospitalisations.

Une très grande majorité des médecins généralistes déclaraient recevoir le CRH « Parfois/Souvent/Toujours » (n = 119 ; 98.4%). Il existait une différence significative de satisfaction concernant des difficultés rencontrées à la lecture du CRH (« Jamais/Rarement » n = 51 (57.3%) pour les « satisfaits » contre n = 11 (34.4%) pour les « insatisfaits » ; et « Parfois/Souvent/Toujours » n = 38 (42.7%) pour les « satisfaits » contre n = 21 (65.6%) pour les « insatisfaits » avec p = 0.04).

Concernant leur implication dans la décision de LAT des patients, une majorité (80.2%) des médecins déclaraient « Jamais/Rarement » y être impliqués. Cette non-implication entraînait une différence significative entre les deux groupes (« Jamais/Rarement » n = 67 (75.3%) pour les « satisfaits » contre n = 30 (93.8%) pour les « insatisfaits » ; et

« Parfois/Souvent/Toujours » n = 22 (24.7%) pour les « satisfaits » contre n = 2 (6.3%) pour les « insatisfaits » avec p = 0.04). Une grande majorité des médecins (n = 107 (88.43%)) souhaitaient prendre part plus fréquemment à la décision de LAT.

La fréquence de consultation post hospitalisation par le médecin généraliste sans informations sur l'hospitalisation avec les patients était relevé « Parfois/Souvent/Toujours » par 61.2% (n = 74) des médecins, ce qui entraînait une différence significative de satisfaction (« Parfois/Souvent/Toujours » n = 47 (52.8%) pour les « satisfaits » contre n = 27 (84.4%) pour les « insatisfaits » ; et « Jamais/Rarement » n = 42 (47.2%) pour les « satisfaits » contre n = 5 (17.6%) pour les « insatisfaits » avec p = 0.002).

Tableau 7 : Analyse univariée des facteurs d'insatisfaction des médecins généralistes sur les données associées à la communication.

	Population générale n=121 (100%)	Satisfait n=89	Insatisfait n=32	p value
Satisfaction vis-à-vis de la communication entre réanimateur et médecin généraliste	6 [4.75, 8]	7 [5, 8]	2 [1, 3.25]	<0.0001
Nouvelles régulières durant l'hospitalisation				0.078
Jamais/Rarement	96 (79.3%)	67 (75.3%)	29 (90.6%)	
Parfois/Souvent/Toujours	25 (20.7%)	22 (24.7%)	3 (9.4%)	
Information si transfert				0.007
Jamais/Rarement	66 (54.6%)	42 (47.2%)	24 (75%)	
Parfois/Souvent/Toujours	55 (45.5%)	47 (52.8%)	8 (25%)	
Information si décès du patient				0.02
Jamais/Rarement	57 (47.1%)	36 (40.5%)	21 (65.6%)	
Parfois/Souvent/Toujours	64 (52.9%)	53 (59.6%)	11 (34.4%)	
Réception CRH				0.46
Jamais/Rarement	2 (1.7%)	1 (1.1%)	1 (3.1%)	
Parfois/Souvent/Toujours	119 (98.4%)	88 (98.9%)	31 (96.9%)	
Délai réception après la fin de prise en charge du patient ?				0.37
< 1 semaine après la sortie	9 (7.4%)	8 (9%)	1 (3.1%)	
< 2 semaines après la sortie	45 (37.2%)	36 (40.5%)	9 (28.1%)	
< 3 semaines après la sortie	44 (36.4%)	30 (33.7%)	14 (43.8%)	
> 1 mois après la sortie	23 (19%)	15 (16.9%)	8 (25%)	
Difficultés par rapport au CRH				0.04
Jamais/Rarement	62 (51.2%)	51 (57.3%)	11 (34.4%)	
Parfois/Souvent/Toujours	59 (48.8%)	38 (42.7%)	21 (65.6%)	
Implication dans les LAT				0.04
Jamais/Rarement	97 (80.2%)	67 (75.3%)	30 (93.8%)	
Parfois/Souvent/Toujours	24 (19.8%)	22 (24.7%)	2 (6.3%)	
Souhait de prendre plus part au LAT				0.76
Jamais/Rarement	14 (11.6%)	11 (12.4%)	3 (9.4%)	
Parfois/Souvent/Toujours	107 (88.4%)	78 (87.6%)	29 (90.6%)	
Incompréhension vis-à-vis de la LAT				0.78
Jamais/Rarement	101 (83.5%)	75 (84.3%)	26 (81.3%)	
Parfois/Souvent/Toujours	20 (16.5%)	14 (15.7%)	6 (18.8%)	
Consultation avec le patient et absence d'information				0.002
Jamais/Rarement	47 (38.8%)	42 (47.2%)	5 (15.6%)	
Parfois/Souvent/Toujours	74 (61.2%)	47 (52.8%)	27 (84.4%)	

L'analyse est effectuée sur 121 médecins généralistes interrogés sur leur expérience de la communication interprofessionnelle concernant l'hospitalisation d'un patient en soins critiques dans les douze derniers mois. La médiane de satisfaction a été recalculée sur cet effectif et est semblable à celle des 144 médecins généralistes (médiane à 6 [4.75, 8]). Les résultats de cette analyse univariée ne sont pas exploités dans l'analyse multivariée.

Analyse des attentes des médecins généralistes de manière générale

Les résultats et l'analyse univariée des réponses quant aux souhaits des médecins généralistes concernant leur communication avec les réanimateurs sont retrouvables dans le tableau 8.

Tableau 8 : Analyse univariée des souhaits des généralistes concernant l'amélioration de la communication interprofessionnelle

	Population générale n=144 (100%)	Satisfait n=108	Insatisfait n=36	p value
Possibilité d'amélioration de la communication	135 (93.8%)	99 (91.7%)	36 (100%)	0.11
Synthèse hebdomadaire par voie électronique ?	9 [5, 10]	9 [5, 10]	8 [6, 10]	0.92
Souhait appel systématique hebdomadaire	6 [3, 9]	5.5 [3.75, 9]	7 [2, 9.5]	0.92
Envoi d'une synthèse par voie électronique dans les 48 h suivant la fin de prise en charge	10 [9, 10]	10 [9, 10]	10 [9.5, 10]	0.38
Intérêt d'un appel téléphonique de fin de prise en charge	8 [6, 10]	8 [5, 10]	8 [6, 10]	0.68
Moyen idéal de communication				0.33
Voie électronique sécurisée	88 (61.1%)	70 (64.8%)	18 (50%)	
Voie téléphonique	50 (34.7%)	34 (31.5%)	16 (44.4%)	
Contact direct dans le service	5 (3.5%)	3 (2.8%)	2 (5.6%)	
Voie postale	1 (0.7%)	1 (0.9%)	0 (0%)	

Lorsqu'il était demandé aux 144 médecins généralistes analysés si pour eux, il était possible d'améliorer la communication entre médecins généralistes et réanimateurs : il n'était pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p = 0.11$) : 100% ($n = 36$) des médecins insatisfaits répondaient oui, quand 91.67% ($n = 99$) des satisfaits pensaient que la communication pouvait être améliorée.

L'évaluation par les médecins généralistes (échelle de 0 à 10) de :

- L'intérêt d'un appel hebdomadaire systématique concernant l'évolution du patient retrouvait une médiane à 6 [3, 9].
- L'intérêt d'un courriel hebdomadaire systématique concernant l'évolution du patient retrouvait une médiane à 9 [5, 10].
- L'intérêt d'un appel systématique à la sortie du patient retrouvait une médiane à 8 [6, 10].

- L'intérêt d'un courriel systématique à la sortie du patient retrouvait une médiane à 10 [9, 10].
- La satisfaction actuelle de la communication entre médecin généraliste et réanimateur retrouvait une médiane à 6 [4, 8].

Une très grande majorité 135 (93.75%) des 144 médecins généralistes déclaraient qu'il est possible d'améliorer cette communication.

Concernant le moyen idéal pour le médecin généraliste afin de communiquer avec les réanimateurs de manière générale : la messagerie sécurisée était largement plébiscitée à 61.11% (n = 88), puis arrivait le téléphone 34.72% (n = 50), le contact direct en service de réanimation 3.47% (n = 5), et en extrême minorité par voie postale à 0.69% (n = 1).

5. Analyse multivariée pour identification des facteurs indépendamment liés à l'insatisfaction des médecins généralistes

L'analyse univariée a permis de ressortir de nombreux paramètres significatifs d'insatisfaction que ce soit concernant l'hospitalisation en elle-même du patient, comme des facteurs concernant le médecin généraliste du patient.

Le critère de jugement principal étant l'insatisfaction des médecins généralistes basé sur l'évaluation de la satisfaction des médecins généralistes quant à leur communication avec les médecins réanimateurs concernant l'hospitalisation de leur patient, 36 médecins ont été associés au groupe insatisfait. De ce fait nous avons choisi 4 variables pour réaliser une analyse multivariée avec régression linéaire parmi les critères les plus significatifs.

En ce qui concerne le patient nous avons choisi d'évaluer dans le modèle multivarié le motif d'admission en soins critiques, et le fait que le patient soit décédé en réanimation. Concernant les variables issues des caractéristiques du médecin généraliste, nous avons choisi le fait qu'il ait éprouvé des difficultés quant à la prise en charge post réanimation de ce patient (Parfois/Souvent/Toujours) et s'il avait eu un contact durant l'hospitalisation avec les réanimateurs.

Les résultats et l'analyse multivariée des critères retenus sont retrouvables dans la figure 2.

Ces quatre variables revenaient significatives après analyse multivariée.

Concernant les facteurs propres au patient : L'hospitalisation pour un motif médical de leur patient était un facteur protecteur vis-à-vis de l'insatisfaction des médecins généralistes (Odds ratio 0.28, IC 95% [0.10, 0.76], p = 0.012) ; Le décès de leur patient durant l'hospitalisation en réanimation était un facteur favorisant l'insatisfaction des médecins généralistes (Odds ratio 3.96, IC 95% [1.38, 11.35], p = 0.01).

Concernant les facteurs propres au médecin généraliste : le fait d'avoir éprouvé des difficultés lors de la prise en charge post réanimation était un facteur favorisant l'insatisfaction (Odds ratio 3.81, IC 95% [1.55, 9.33], p = 0.003) ; Et le fait que le médecin généraliste ait été contacté par les réanimateurs durant l'hospitalisation était également un facteur protecteur face à l'insatisfaction (Odds ratio 0.17, IC 95% [0.033, 0.74], p = 0.012).

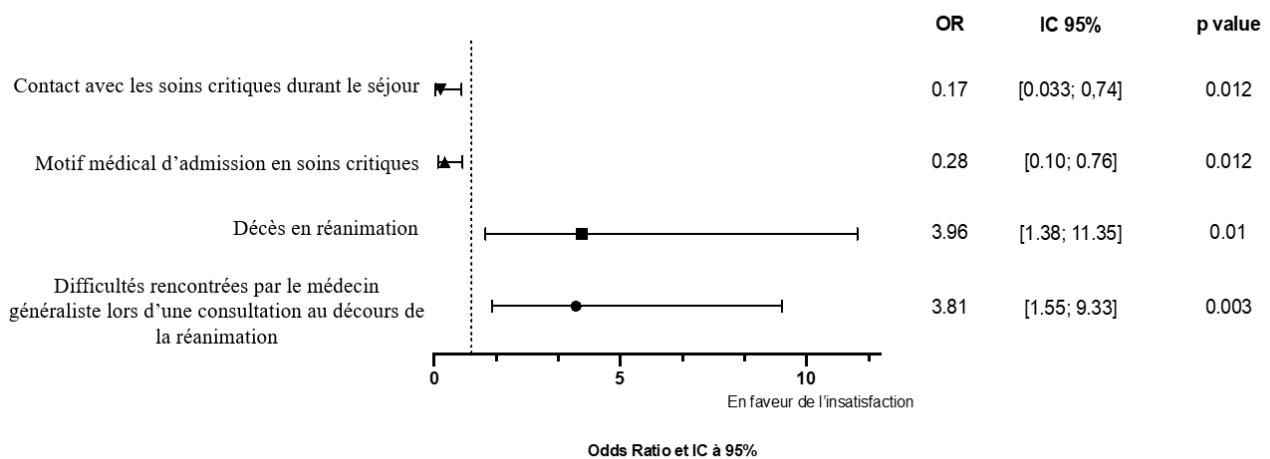


Figure 2 : Analyse multivariée pour identification des facteurs indépendamment associés à l'insatisfaction des médecins généralistes

DISCUSSION

La communication interprofessionnelle représente un élément essentiel de la prise en charge des patients. Afin d'optimiser l'efficacité de cette dernière, il est nécessaire que les différents acteurs puissent bénéficier rapidement d'informations fiables. Cette notion est d'autant plus vraie pour les patients hospitalisés en soins critiques où leur pronostic vital est engagé, tandis que ces derniers sont généralement inaptes à pouvoir délivrer des informations quant à leur état de santé.

En France, depuis la loi Léonetti (2005), les études montrent qu'en 2022 (selon l'ATIH) les soins critiques représentaient 1 million d'hospitalisations, dont 253 000 dans les services de réanimation²⁷ et en 2009, 22,5% des décès hospitaliers avaient lieu dans les secteurs de soins critiques²⁸. En 2019 Boulet et *al.*, montrait lors d'un état des lieux de l'activité des services de réanimation, que l'incidence d'hospitalisation en réanimation augmentait dans la population, que le taux de décès en réanimation était de 17.1% (en diminution depuis 2013 où le taux était à 18.0%)²⁹. Dans notre étude, le taux de décès au cours de l'hospitalisation en réanimation était de 17.7%. Les auteurs montraient également une augmentation de la gravité (score SAPS-2) initiale des patients à leur admission. Au vu du nombre croissant des hospitalisations en réanimation, de l'accroissement de la gravité des pathologies des patients admis en réanimation et de la baisse de la mortalité en réanimation, c'est donc autant de potentielles prises en charge complexes de complications et de suivi post réanimation à réaliser par les médecins généralistes au cabinet.

Conception de l'étude

Nous avons décidé d'évaluer la satisfaction vis-à-vis de la communication entre les services de réanimation et le médecin généraliste, du point de vue des généralistes. En partant de l'hypothèse que cette communication restait sous-optimale malgré une amélioration des moyens de communication et malgré les conclusions de la dernière étude réalisée sur le sujet (Etesse et *al.*). Elle montrait déjà en 2010 une insatisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de cette communication. Son étude permettait également d'identifier certains facteurs liés à l'insatisfaction des médecins généralistes. Pour cela ils avaient décidé de réaliser une étude

épidémiologique, transversale et descriptive en interrogeant via un questionnaire anonymisé papier adressé par courrier à 7239 médecins généralistes (originaires de quatre départements du Sud de la France), pour un taux de réponse de 22% (1561 réponses). Ce questionnaire les interrogeait sur leur satisfaction face à la communication avec les réanimateurs et recensait de nombreux facteurs liés au médecin lui-même, ses relations avec les services de réanimations lorsqu'un patient était hospitalisé, et ses souhaits quant à la communication à l'admission d'un patient en unité de soins intensifs. Le critère d'insatisfaction avait été fixé au premier quartile de la satisfaction sur une Echelle Visuelle Analogique allant de 0 (insatisfait) à 100 (satisfait). La satisfaction médiane était de 57 sur 100 (interquartile (QI), [35 à 77]).

Pour réaliser notre étude, nous avons décidé de réaliser une étude prospective observationnelle en interrogeant les médecins généralistes dont un patient avait été hospitalisé dans un service de soins intensifs (3 semaines après la sortie de ce patient) afin que le médecin généraliste puisse répondre au questionnaire de manière à éviter au mieux le biais de mémorisation lié à l'oubli d'informations avec le temps. Nous avons décidé pour plus de « représentativité » de réaliser une étude multicentrique Nord/Sud avec dans chaque région un centre hospitalier universitaire et deux centres hospitaliers (services de réanimation médico-chirurgicales). Au Nord, le centre hospitalier universitaire d'Amiens, et les centres hospitaliers d'Abbeville et de St Quentin, et au Sud le centre hospitalier universitaire de Montpellier, et les centres hospitaliers d'Avignon et d'Alès.

Ensuite nous avons opté pour la réalisation d'un questionnaire informatisé par courriel (adresse demandée aux médecins généralistes lors du contact téléphonique à 3 semaines s'ils acceptaient de participer à l'étude) afin de faciliter l'envoi (rapidité et éliminer le biais de perte de données), diminuer le coût, limiter l'impact écologique, et nous adapter aux moyens de communication actuels.

Afin d'avoir un point de comparaison de la satisfaction et des facteurs évalués en 2010 dans le travail d'Etesse et *al.* ce choix du format informatisé nous a obligé à transformer l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) graduée de 0 à 100 choisie en 2010 pour évaluer le critère de jugement principal, en une échelle d'Evaluation Numérique de 0 à 10 car la version 0 à 100 n'était pas réalisable sur le format Google Form[®]. Cependant ces deux échelles ont été de nombreuses fois comparées et assurent une réponse équivalente^{25,26}.

Dans notre étude, le critère d'insatisfaction (fixé également au 1^{er} quartile de l'évaluation de la satisfaction des 144 médecins généralistes analysés) retrouvait une médiane à 6 [4.75, 8]. Notre médiane (6/10) de satisfaction était sensiblement similaire à celle de l'équipe d'Etesse et *al.* (57/100). Nous pouvons également remarquer que le quartile de satisfaction supérieur était sensiblement identique dans les deux études (8/10 pour l'étude InterReaCom et 77/100 pour Etesse et *al.*). La seule valeur de ce paramètre qui variait entre les deux études était le quartile inférieur : 4.75/10 dans notre étude pour 35/100 dans l'étude d'Etesse et *al.*

Dans notre étude, la médiane de satisfaction des médecins insatisfaits était à 2 [1, 3.25], quand la médiane de satisfaction des médecins satisfaits était à 7 [5, 8]. Cette différence entre les deux groupes met en évidence une véritable insatisfaction d'une partie des médecins généralistes vis-à-vis de la communication avec les services de soins intensifs. Et si 100% (n = 36) des insatisfaits déclaraient qu'il était possible d'améliorer la communication généralistes/réanimateurs, 91.67% (n = 99) des médecins satisfaits déclaraient également que cette communication était améliorable (les seuls médecins ayant déclaré que la communication n'était pas améliorable étaient d'une part tous satisfaits, mais surtout minoritaires 9/144 dans notre étude). L'analyse univariée de ce paramètre ne montrait pas de différence significative dans notre étude entre les deux groupes ce qui implique, que les médecins soient satisfaits ou non, pour eux cette communication était à améliorer comme dans les études des Dr Etesse²⁰, et Philbert⁷.

La décision de réaliser une étude prospective était un choix affirmé afin de pouvoir associer et analyser les caractéristiques de chaque patient (caractéristiques personnelles et cliniques à l'admission, et clinico-biologiques durant l'hospitalisation et à la sortie) avec la réponse au questionnaire du médecin traitant du patient : Cela nous a permis de réaliser un appariement patient/médecin généraliste afin d'évaluer les facteurs propres au médecin généraliste et à son sentiment vis-à-vis de la communication, mais aussi d'évaluer si les facteurs liés à l'hospitalisation du patient influent sur la satisfaction des médecins généralistes. Notre étude était donc une étude originale par son format d'association patient/médecin généraliste, son mode de diffusion, sa réalisation prospective, et sa réalisation multicentrique. Ce qui sont les forces de notre étude.

Concernant la population étudiée, nous avons décidé d'inclure tous les patients majeurs, ayant un médecin traitant déclaré, hospitalisé dans les services de soins intensifs afin

d'être certain de pouvoir associer ce patient à un médecin généraliste interrogeable. Nous avons exclu tous les patients mineurs, sous protection juridique, n'ayant pas de médecin traitant déclaré, ayant refusé de participer à la recherche, ou n'étant pas affiliés au régime de la sécurité sociale. Ce choix nous a fait exclure 442 patients de l'étude (de 1229 patients éligibles, 787 ont été inclus). Soixante-dix-neuf autres patients inclus ont été exclus *a posteriori* par suite de questionnaires/CRF patient non remplis ou avec des données manquantes dont 70 au sein d'un même centre. Par la suite, l'équipe investigatrice a contacté par téléphone, trois semaines après la sortie du patient du service de réanimation, le médecin généraliste déclaré comme médecin traitant par le patient, afin de lui proposer de participer à l'étude et lui demander son adresse électronique personnelle s'il acceptait d'y participer. Pour limiter le biais d'investigateur, ces derniers avaient une trame à suivre et s'étaient entraînés ensemble.

Sur les 708 médecins que nous avons essayé de joindre, 22 ont déclaré ne pas être le médecin généraliste suivant le patient, et 204 médecins n'ont pu être joints malgré les appels itératifs sur 5 jours. Ces 226 médecins sur les 708 (soit 31.9%) que nous avons essayé de contacter, soulèvent la question de la difficulté pour les médecins réanimateurs à joindre le médecin traitant du patient pour avoir des informations sur le patient dans les situations urgentes ne pouvant différer la prise en charge. L'utilisation à grande échelle du dossier médical partagé pourrait faciliter l'accessibilité des informations pour les médecins réanimateurs en y retrouvant le nom et le contact des médecins. Une étude visant à évaluer le point de vue des réanimateurs serait à envisager pour évaluer leurs attentes, leurs difficultés, et leur satisfaction vis-à-vis de la communication avec les médecins généralistes. Pour y répondre nous réaliserons dans une seconde partie de l'étude une analyse sur le point de vue des réanimateurs.

Parmi les 459 médecins généralistes qui ont accepté de répondre à notre étude et à qui un courriel a été adressé avec le questionnaire, 227 ont répondu, soit un taux de réponse de 49.4%, ce qui est supérieur au taux de réponse du questionnaire papier (22%) adressé par l'étude d'Etesse et *al.* Cependant il est à noter que nous avons contacté par téléphone, puis par courriel, et une relance était effectuée en l'absence de réponse à 7 jours par un nouveau courriel ce qui faisait jusqu'à 3 contacts, contre 1 seul par courrier pour le Dr Etesse, ce qui a pu entraîner une augmentation du taux de réponses. En 1999, Marshall et *al.*, avait interrogé des médecins généralistes et spécialistes sur leurs collaborations en Angleterre par envoi postal, avec un rappel par un nouvel envoi postal et avait eu un taux de réponse de 76% (606 sur 800)³⁰.

Enfin, nous avons exclu les nouvelles réponses au questionnaire (à la suite d'une nouvelle hospitalisation d'un de leur patient) des médecins ayant déjà répondu une première fois, ainsi

que les médecins qui n'avaient pas été informé de l'hospitalisation de leur patient avant notre contact.

De 1229 patients éligibles nous avons donc analysé 144 couples patients/médecins ce qui entraîne une très forte perte de puissance de notre étude.

Objectif principal

Nous avons cherché à comprendre ce qui engendrait cette insatisfaction des médecins généralistes. En ce qui concerne l'analyse que nous avons réalisée sur l'insatisfaction des médecins généralistes de nombreux facteurs significatifs, ou tendant à la significativité, ont été retrouvés.

Tout d'abord, la réalisation d'une consultation post réanimation sans avoir eu d'information sur l'hospitalisation ayant entraîné des difficultés lors des consultations durant les 12 derniers mois était un marqueur d'insatisfaction significatif ($p = 0.002$), 84.4% ($n = 27$) des insatisfaits déclaraient être dans cette situation « Parfois/Souvent/Toujours », mais également 52.8% ($n = 47$) des satisfaits. Déjà lors de l'étude d'Etesse et *al.*, ce manque d'information avait été relevé comme un facteur d'insatisfaction. Ce facteur étant très significatif d'insatisfaction, nous avons décidé de l'incorporer à notre analyse multivariée, et il confirmait être un facteur d'insatisfaction majeur (Odds ratio 3.81, IC 95% [1.55, 9.33], $p = 0.003$).

Le décès en réanimation était dans notre étude un évènement qui occasionnait une véritable différence de satisfaction entre les médecins généralistes ($p = 0.02$). Nous avons utilisé ce critère pour notre analyse multivariée. En effet, le fait que le médecin généraliste ne soit pas informé du décès du patient (« Jamais/Rarement » informé : $n = 57$ (47.1%) avec parmi les « satisfaits » $n = 36$ (40.5%) contre $n = 21$ (65.6%) des « insatisfaits » avec $p = 0.02$) était considéré également comme un critère d'insatisfaction. Il nous a paru indispensable d'analyser le « décès » du patient en réanimation dans notre analyse multivariée.

Il est également à noter que 54.6% ($n = 66$) des médecins généralistes déclaraient « Jamais/Rarement » être informés du transfert de leur patient (facteur également significatif d'insatisfaction parmi les « satisfaits » $n = 42$ (47.2%) contre $n = 24$ (75%) des insatisfaits avec $p = 0.007$).

Parmi les 144 médecins généralistes interrogés, seulement 21.5% (n = 31) déclaraient avoir été contactés au cours de l'hospitalisation en réanimation de leur patient (critère significatif d'insatisfaction avec n = 29 (26.9%) des « satisfaits » contre n = 2 (5.6%) des « insatisfaits » avec p = 0.009 que nous avons également choisi pour la réalisation de l'analyse multivariée), et 11.11% (n = 16) déclaraient avoir été contactés pour informer de la fin de la prise en charge (critère d'insatisfaction majeur également n = 16 (14.81%) des « satisfaits » contre n = 0 (0%) des « insatisfaits » p = 0.001). L'absence de contact durant l'hospitalisation et pour informer de la sortie du patient était également des facteurs d'insatisfaction dans l'étude d'Ettesse et *al.*

Dans notre étude nous avons choisi d'analyser en multivarié le fait que le médecin ait été contacté durant l'hospitalisation, et ce facteur ressortait comme un facteur protecteur vis-à-vis de l'insatisfaction des médecins (Odds ratio 0.17, IC 95% [0.033, 0.74], p = 0.012). Le Dr Ettesse montrait également dans son étude que le fait que le médecin généraliste soit prévenu à l'admission de son patient par le service de réanimation était un facteur protecteur vis-à-vis de l'insatisfaction. Enfin le fait d'être informé par la famille ou les proches du patient de son hospitalisation (n = 55 ; 38.2%) était un facteur d'insatisfaction pour les médecins (n = 36 (33.3%) des « satisfaits » contre n = 19 (52.8%) des « insatisfaits » avec p = 0.047).

La communication et l'information du médecin généraliste sont donc primordiales et nécessitent d'être améliorées.

Dans cette étude, seulement 16 (11.1%) des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir eu d'autre patient (que celui inclus dans notre étude) ce qui implique que 128 (88.9%) des médecins avaient eu au moins un autre patient en réanimation au cours des 12 derniers mois. Ce qui est plus que le constat du Dr Ettesse en 2010 où 70% des médecins déclaraient avoir au moins 2 patients hospitalisés en réanimation au cours des 12 derniers mois. Les médecins généralistes sont donc très souvent dans la position de prendre en charge des patients sortants de réanimation. La gravité croissante des patients admis en réanimation, associée à une croissance de l'incidence de l'hospitalisation des patients en soins critiques peut entraîner une augmentation des prises en charge et suivis complexes des patients post réanimation par les médecins généralistes. Or, dans notre étude, 73 (50.7%) des médecins déclaraient « Parfois/Souvent/Toujours » rencontrer des difficultés lors de la prise en charge post

réanimation de leur patient, (n = 26 (72.2%) des « insatisfaits », mais aussi n = 47 (43.5%) des « satisfaits »). Ce critère était un critère très significatif (p = 0.004) d'insatisfaction chez les médecins généralistes, et montrait que les médecins satisfaits éprouvaient également des difficultés lors des prises en charge post réanimation. En 2021, le Dr Philbert ⁷ a réalisé sa thèse sur la prise en charge des patients après un séjour en réanimation par le médecin généraliste en évaluant les connaissances des médecins généralistes quant au syndrome post réanimation, ses multiples facteurs (séquelles physiques, cognitives, psychologiques) et sur l'altération de la qualité de vie du patient qui en découle. Elle concluait que bien que les médecins généralistes étaient dans l'ensemble bien sensibilisés au syndrome post réanimation, un rappel via le CRH des symptômes à surveiller et des scores et grilles d'évaluation permettrait une prise en charge plus précoce et efficace de ces complications. Elle avait également relevé que 19,2% (n = 5) des médecins généralistes inclus signalaient que le CRH pouvait manquer d'informations ce qui recoupe les conclusions de Hubert et *al.* en 2009 ⁸. Dans ce sens, en juin 2023, la HAS a publié ses recommandations pour une prise en charge précoce et adaptée du syndrome post réanimation avec entre autres un renforcement des informations du CRH, une prise en charge renforcée des familles durant l'hospitalisation, et des outils diagnostiques et thérapeutiques mis à disposition des soignants ¹⁵.

Objectifs secondaires

Concernant la description des moyens de communication utilisés par les médecins généralistes, et leurs souhaits quant à la communication avec les réanimateurs, les médecins généralistes présentaient une insatisfaction quant à l'absence d'information reçue, qu'elle soit de l'absence d'appel pour informer de l'hospitalisation du patient, ou encore de l'absence de contact et d'information de la fin de prise en charge et du décès. Les médecins exprimaient des difficultés en l'absence d'informations lors des consultations avec le patient en post réanimation.

Dans notre étude 55 (38.2%) des médecins avaient appris que leur patient était hospitalisé par le biais de sa famille ou de ses proches, 39 (27%) l'avaient appris à la réception du CRH, 24 (16.7%) par un appel du service, 19 (13.2%) par la lettre de liaison à l'admission, 4 (2.8%) par le patient lui-même, et 3 (2.1%) par un confrère d'un autre service. 41% (n = 59) des médecins avaient donc appris par le patient ou ses proches cette hospitalisation.

Concernant le CRH, les documents de sortie d'hospitalisation sont un point indispensable du lien ville-hôpital qui malheureusement est un point faible de notre système de santé.

Dans notre étude, il est le moyen principal par lequel les médecins ont appris l'hospitalisation de leur patient après la famille et les proches. *A contrario*, il était le moyen le moins plébiscité lorsque nous leur demandions quel était pour eux le moyen idéal de communication avec les services de réanimation (un seul médecin sur les 144 analysés, et ce médecin était un médecin satisfait de la communication). 37.5% (n = 54) des médecins déclaraient ne pas l'avoir reçu lors de notre contact (3 semaines après la fin de la prise en charge de leur patient en réanimation). Cependant lorsqu'ils étaient interrogés sur les autres patients hospitalisés en réanimation au cours des 12 derniers mois, une très grande majorité (n = 119 ; 98.4%) déclarait avoir reçu le CRH, ce qui recoupe les constatations du Dr Etesse. Cette différence peut être expliquée par le fait que lorsqu'ils étaient interrogés sur les délais de réceptions du CRH, 19% (n = 23) des médecins déclaraient le recevoir plus d'un mois après la sortie du patient.

Dans notre étude, quand nous interrogeons les médecins sur les hospitalisations en réanimation ayant eu lieu dans les 12 derniers mois, ils déclaraient à 7.4% (n = 9) recevoir le CRH envoyé par voie postale lors de la semaine qui suivait la sortie du patient du service. Ce qui implique que 94.6% (n = 112) ne recevaient pas le CRH format papier dans le délai d'une semaine. Ils déclaraient même le recevoir plus d'un mois après la sortie pour 19% (n = 23) d'entre eux.

Concernant le délai de réception du CRH, le code de santé publique fixe l'obligation d'envoi d'un CRH dans un délai de 8 jours, caractéristique faisant partie des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant seulement 62% des CRH étaient envoyés dans ce délai en 2014 au centre hospitalier de Villeneuve sur lot ³¹. En 2015, dans leur revue de la littérature sur les documents de sortie d'hospitalisation de Clanet et *al.* le délai souhaité, par les médecins généralistes, de réception du compte-rendu d'hospitalisation était de huit jours maximum. Dans cette revue de la littérature deux tiers des médecins généralistes interrogés déclaraient ne pas avoir le CRH lors de la première consultation post hospitalisation avec leur patient. Cette consultation avait lieu pour 22% d'entre eux dans les deux jours suivant la sortie et entre 2 et 7 jours pour 52% des médecins. Selon cette étude le CRH était reçu dans un délai de 8 jours entre 26% et 65% d cas ³². Ce qui corrobore les résultats de la thèse du Dr Segyo-Saunier ³³ en 2012 (seuls 25% des CRH étaient reçus dans le délai de

8 jours) ainsi que ceux de Dormard et *al.* dans leur rapport de l'URML IDF en 2006³⁴. Une majorité des médecins généralistes (64%) déclarait recevoir le CRH entre 8 jours et un mois dans l'étude d'Hubert en 2006³⁵. Il est important de souligner que ces études ont été réalisées entre 2006 et 2015.

L'envoi postal du CRH ne permet donc pas un contact assez rapide pour que le médecin généraliste puisse recevoir en consultation post réanimation le patient avec les informations nécessaires pour assurer une prise en charge adéquate comme le soulignait le Gobert et *al.*²¹.

Déjà en 2007, Wasson et *al.* montrait que les médecins généralistes ne préféraient pas une lettre manuscrite à un courrier informatique³⁶. Depuis les moyens de communication se sont largement développés et améliorés.

Concernant les appels téléphoniques : Seulement 24 (16.7%) des médecins généralistes déclaraient avoir eu un appel téléphonique du service durant l'hospitalisation de leur patient (et ce critère entraînait une différence significative de satisfaction entre les médecins : $n = 23$ (21.3%) des « satisfaits » contre 1 (2.8%) des « insatisfaits » avec $p = 0.009$). Dans ce sens également 96 (79.3%) médecins déclaraient « Jamais/Rarement » avoir des nouvelles durant l'hospitalisation ce qui tendait à créer de l'insatisfaction auprès des médecins généralistes ($n = 67$ (75.3%) des « satisfaits » contre $n = 29$ (90.6%) des « insatisfaits » avec $p = 0.078$).

L'appel téléphonique, dans notre étude, était le deuxième moyen idéal de communication le plus plébiscité pour les médecins généralistes. 34.72% ($n = 50$) des médecins souhaitaient être contacté par ce moyen.

Nous avons interrogé les médecins généralistes quant à l'intérêt d'un appel informatif hebdomadaire ainsi qu'à la sortie à partir d'échelles numériques de 0 à 10 : l'appel hebdomadaire systématique concernant l'évolution du patient relevait une médiane d'intérêt à 6 [3, 9]. L'intérêt d'un appel systématique à la sortie du patient relevait une médiane à 8 [6, 10]. Une majorité des médecins se disait donc très intéressée par la réalisation d'un appel systématique informatif de la part des réanimateurs à la sortie de leur patient.

Concernant le moyen idéal pour le médecin généraliste afin de communiquer avec les réanimateurs de manière générale, la messagerie sécurisée était largement plébiscitée à 61.11% ($n = 88$).

Dans le même optique que l'appel téléphonique nous avons interrogé les médecins généralistes sur l'intérêt pour eux d'un courriel hebdomadaire informatif de l'évolution de leur patient ainsi qu'à la sortie :

L'intérêt d'un courriel hebdomadaire systématique concernant l'évolution du patient relevait une médiane à 9 [5, 10], et l'intérêt d'un courriel systématique à la sortie du patient relevait une médiane à 10 [9, 10].

Les médecins pensaient donc que cette communication était améliorable, et pour cela ils plébiscitaient deux moyens de communication permettant une délivrance rapide des informations : à savoir l'appel téléphonique et le courriel.

En ce qui concerne la communication par message : L'agence du numérique en santé, dépendante du ministère de la santé, oblige à une communication au travers de messageries sécurisées lors de l'échange d'informations médicales sur les patients ³⁷. Depuis 2022, la messagerie MSSanté réunit toutes des adresses sécurisées des différentes plateformes (Mailiz, Apicrypt, Lyfen etc). Cela constitue un annuaire de plus de 582 000 adresses électroniques sécurisées accessibles aux seuls professionnels de santé et permettant une communication facilitée entre les différents acteurs du système de santé ³⁸. Cependant la moyenne d'âge des médecins généralistes en France étant de 57,2 ans en 2021 ³⁹, tous n'utilisent pas ce nouveau moyen de communication mis à leur disposition (dans notre étude 4 médecins déclaraient ne pas avoir d'adresse électronique sécurisée). En effet selon une étude publiée en 2020 près de 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans, contre 48% seulement des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé ⁴⁰. D'autre par la possibilité des médecins à pouvoir ou non mettre sur liste rouge leur messagerie MSSanté limite l'accessibilité à cette communication.

Nous pouvons donc supposer que pour améliorer la satisfaction des médecins généralistes, ainsi que la communication elle-même, la mise en place de protocoles de contact par téléphone, ou idéalement par courriel favoriserait cette communication. Cependant à notre connaissance aucune étude n'a été réalisée quant à l'utilisation du courriel, de l'appel téléphonique, et de l'envoi postal. Une étude comparative d'envergure permettrait une mise à jour des protocoles de communication à l'heure du numérique et du dossier médical partagé.

Bien que les médecins déclarassent être majoritairement (n = 97, 80.2%) « Rarement/Jamais » impliqués dans la décision de LAT, ils déclaraient comprendre cette décision des réanimateurs dans 83.5% (n = 101) des cas. Cependant même s'ils comprenaient cette décision, ils souhaitaient majoritairement (n = 107, 88.4%) y prendre plus part. Ces résultats concordent avec ceux des précédentes études réalisées dans le cadre de travail de thèse avec pour but d'évaluer l'implication des médecins généralistes dans la décision de LAT de leurs patients⁹⁻¹². Elles concluaient à une sollicitation dans seulement 17%, 18,8%, 21%, et 31% des cas du médecin généraliste par le service hospitalier décisionnaire de la LAT. Ces quatre études concluaient également qu'une meilleure communication entre le médecin généraliste et l'hôpital serait à privilégier pour améliorer les décisions de LAT et permettrait une meilleure implication du médecin de ville dans la prise de décisions⁹⁻¹².

En France en 2016, d'après l'INSEE, 59,2% des décès ont eu lieu dans un établissement de santé⁴¹, et 45% des décès survenant à l'hôpital sont précédés d'une LAT⁴². En 2001 le Dr Ferrand évaluait que 10% (807/7309) des patients hospitalisés en médecine intensive recevaient une limitation des soins (sur 148 des 220 centres en France)⁴³. Dans son étude en 2013 Anthony Chastang retrouvait également que 10% des patients hospitalisés bénéficiaient d'une LAT, pour lesquels entre 50% et 93% des cas s'en suivait un décès⁴⁴. Quant à lui, le Dr P.M. Bertrand, sur une étude rétrospective de 2007 à 2012, montrait que les décisions de LAT en France concernaient 15% des patients de réanimation. La mortalité hospitalière des patients en LAT est de 77 %⁴⁵. A l'international, en 2023, en Australie une étude rétrospective sur 10 ans a montré que seulement 1% des dossiers de médecine intensive avaient une trace d'un appel au médecin généraliste pour la décision de LAT⁴⁶.

La décision de LAT est donc un évènement très fréquent, et très souvent suivi du décès du patient. Cette décision est codifiée par le code de santé publique⁴⁷, et est le fruit d'une décision collégiale avec avis d'un médecin consultant. Le médecin généraliste, est le médecin qui connaît le mieux le patient dans sa qualité de coordinateur du parcours de soins du patient et de praticien de premier recours. Les médecins généralistes expriment, aussi bien dans notre étude que dans les dernières études réalisées, leur souhait d'être contactés et impliqués dans cette décision. Le médecin généraliste apparaît donc comme le consultant idéal lors de cette prise de décision.

Malgré les forces de notre étude par le fait qu'elle soit originale (réalisation couple médecin/patient), réalisation en prospectif (qui n'avaient pas été réalisées dans le passé pour l'évaluation de ce sujet à notre connaissance) et multicentrique, certains biais sont tout de même à souligner.

Pour cette étude nous avons analysé 144 couples patient/médecin généraliste, nous avons décidé de ne pas analyser les 65 médecins ayant répondu qu'ils n'avaient pas eu connaissance de l'hospitalisation de leur patient avant notre appel téléphonique. En effet ils ne pouvaient pas répondre aux questions concernant les contacts avec la famille, et la relation avec le service de réanimation. Cela a pu entraîner un biais important car ces médecins étaient probablement plus insatisfaits de la communication avec les services de réanimation.

Nous n'avons pas non plus analysé les réponses des questionnaires qui étaient de nouveau envoyés au médecin à chaque fois qu'un de ses nouveaux patients était hospitalisé (n=18). Connaissant alors déjà le questionnaire cela aurait pu amener un biais de déclaration de la part des médecins.

Nous pouvons souligner la faible puissance due au fait que sur 1229 patients éligibles nous n'avons pu analyser que 144 couples patient/médecin.

La faible puissance associée au choix de l'insatisfaction fixée au premier quartile de la satisfaction des médecins généralistes a directement impacté le nombre de variables analysables dans notre analyse multivariée. En effet le groupe « insatisfait » ne comptait que 36 couples patient/médecin. Nous avons donc dû choisir 4 variables parmi les nombreux facteurs significatifs de l'insatisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la communication avec les réanimateurs relevés dans notre étude.

Nous avons également exclu 79 patients initialement inclus pour manque de données remplies dans les CRF. Un certain nombre de CRF n'a pu nous être adressé dans les temps afin de réaliser l'analyse. Nous pouvons également souligner que le fait de remplir le questionnaire de manière prospective, tous les 7 jours, sous format papier, représentait un travail conséquent pour les médecins réanimateurs. Le manque de temps dans leur journée déjà chargée peut expliquer la perte de données de certains dossiers.

Pour un recueil plus efficace des données, une meilleure organisation voire un financement de l'étude, aurait pu permettre d'avoir des attachés de recherche clinique, ainsi que des ressources matérielles (logiciels adaptés).

Une trame était utilisée à chaque appel par les trois investigateurs. Les trois investigateurs ont assuré la tâche de contacter les médecins généralistes après la sortie d'hospitalisation de leur patient. Même si les trois investigateurs s'étaient coordonnés sur les principales informations à apporter et les éventuelles questions des médecins, leurs réponses pouvaient alors, d'un investigateur à l'autre, différer et alors induire un biais.

Notre étude a également rencontré des difficultés pour joindre les médecins généralistes. En effet les secrétariats présents ou en ligne, filtraient un maximum les appels pour les médecins. Nous avons également beaucoup de faux numéros ou de numéros non valides qui étaient retrouvés sur internet. De la même manière les congés ou les journées de repos des médecins, pouvaient également différer la récolte de données. Ainsi que les bases de données des serveurs des CH qui étaient souvent obsolètes et entraînaient un manque de données.

Nous n'avons pas évalué le point de vue des réanimateurs dans cette étude, cependant en 2005 l'étude de De Laitre et *al.*¹⁴ dans le Sud de la France montrait une insatisfaction des réanimateurs (245 réponses) concernant les courriers d'adressage aux urgences des médecins généralistes. En effet, le manque d'informations concernant les traitements, les antécédents, l'autonomie du patient, le contexte de la pathologie pouvait alors occasionner un retard dans la prise en charge et des difficultés dans les prises de décision. Cela est donc intéressant car ils soulignaient le fait que la communication va dans les deux sens. En effet les réanimateurs doivent informer les médecins généralistes concernant l'état de leur patient dans les services de réanimation, mais les médecins généralistes doivent également faciliter la prise en charge des réanimateurs en leur donnant les informations pertinentes concernant leur patient pour permettre une prise en charge optimale.

Une étude centrée cette fois ci sur le point de vue des réanimateurs serait donc intéressante afin tout d'abord de mettre à jour ces constatations et d'évaluer les attentes, les éventuelles difficultés et souhaits des réanimateurs quant à leur communication avec les médecins généralistes.

CONCLUSION

Dans cette étude nous avons montré que la communication entre les médecins généralistes et les réanimateurs lors des hospitalisations reste perfectible. En effet, une partie non négligeable des médecins généralistes considère qu'elle peut être améliorée afin d'optimiser la prise en charge des patients. Nous avons pu établir que de nombreux facteurs pouvaient engendrer de l'insatisfaction auprès des généralistes. Parmi ces facteurs indépendants, deux étaient liés à l'insatisfaction : le décès du patient (sans en être informé) durant l'hospitalisation en réanimation, ainsi que les difficultés rencontrées par le médecin généraliste de prise en charge du patient lors d'une consultation au décours de l'hospitalisation en réanimation. Deux facteurs étaient quant à eux, indépendamment protecteurs vis-à-vis de l'insatisfaction : Le fait d'avoir eu un contact avec les soins critiques durant l'hospitalisation du patient, ainsi que le motif médical d'admission en soins critiques.

L'absence ou le manque d'informations étant une cause majeure d'insatisfaction vis-à-vis de la communication pour les médecins généralistes, et le fait que le contact du généraliste par le service de soins intensif soit un facteur protecteur de l'insatisfaction, la mise à jour et le renforcement des protocoles d'échange de l'information, comme l'appel ou l'envoi d'un courriel par messagerie sécurisée à certains moments clefs de l'hospitalisation, semble nécessaire et permettrait d'une part probablement d'améliorer la satisfaction vis-à-vis de cette communication des médecins généralistes, et d'autre part permettrait d'optimiser la prise en charge des patients et de leur famille durant et après l'hospitalisation.

D'autres études semblent nécessaires afin tout d'abord d'évaluer le point de vue des médecins réanimateurs, mais également de vérifier nos conclusions dans une étude à grande échelle, et enfin d'évaluer l'impact réel de la mise à jour des protocoles de communications entre généralistes et réanimateurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance.
2. Agence du Numérique en Santé. Acteurs du médico-social : comment échanger et partager des données de santé ?
3. Haller G, Laroche T, Clergue F. Undesirable events during the perioperative period and communication deficiencies. *Ann Fr Anesth Reanim.* déc 2011 ; 30(12):923-9.
4. Article 7 - LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) - Légifrance.
5. Girbes ARJ, Beishuizen A. Interfacing the ICU with the general practitioner. *Crit Care Lond Engl.* 2010 ;14(3):172.
6. Haute Autorité de Santé. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.
7. Philbert V. Prise en charge des patients après un séjour en réanimation : enquête de pratique auprès des médecins généralistes landais. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2021.
8. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. General practitioners' perceptions of medical information from hospitals. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2009 ;38(10):1404-9.
9. Nicourt A. Évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation. [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble ; 2014.
10. 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.* 1 nov 2014;43(11):e377-83.
11. Bédani É. La place du médecin traitant (MT) dans la limitation de soins. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2015.
12. Lefebvre M. Contribution des médecins généralistes (MG) dans les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation ? Enquête à partir du service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers [Thèse d'exercice]. Université d'Angers ; 2018.
13. 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.* 2001;163(1) :135-9.
14. De Laitre V, Lefrant JY, 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*. 2006 ;25(5):493-500.
15. Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage. 15 Juin 2023
 16. Haute Autorité de Santé. Syndrome post-réanimation : recommandations pour une prise en charge précoce et adaptée. 15 Juin 2023.
 17. Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. sept 2001;10(6):S1164675601001694.
 18. FAMIREA – Améliorer l'expérience des familles de patients en réanimation.
 19. Article 9 - LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) - Légifrance.
 20. Etesse B, Jaber S, Mura T, Leone M, Constantin JM, Michelet P, et al. How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved : the general practitioners' point of view. *Crit Care Lond Engl*. 2010;14(3):R112.
 21. Gobert Q, Poussard N, Mancini J, Pradel G, Delapierre L. Communication between general practitioners and intensivists: evaluation study of an improvement strategy. *Ann Fr Anesth Reanim*. juin 2014;33(6):447-8.
 22. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
 23. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. juill 1996;22(7):707-10.
 24. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 22 déc 1993;270(24):2957-63.
 25. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. août 2005;14(7):798-804.
 26. Rosas S, Paço M, Lemos C, Pinho T. Comparaison entre l'Échelle Visuelle Analogue et l'Échelle d'Évaluation Numérique dans la perception de l'esthétique et de la douleur. *Int Orthod*. 1 déc 2017 ;15(4):543-60.
 27. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Chiffres clés Hospitalisation 2022.
 28. Lalande F, Veber O. Inspection générale des affaires sociales - La mort à l'hôpital.

29. Boulet N, Boussere A, Mezzarobba M, Sofonea MT, Payen D, Lipman J, et al. Activité des réanimations françaises à partir d'une base de données nationale entre 2013 et 2019 : une gravité en augmentation, mais des durées de séjour et un taux de mortalité en baisse. *Anesth Réanimation*. 1 nov 2023;9(5):485-97.
30. Marshall MN. How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. *Fam Pract*. févr 1999;16(1):33-8.
31. Rochiccioli AS. Continuité de l'information médicale : étude du délai d'envoi et du contenu des comptes-rendus d'hospitalisation des patients hospitalisés à l'hôpital de Villeneuve sur Lot au cours du premier semestre 2014. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2017.
32. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*. 2015;27(5):701-11.
33. Saunier-Segyo A. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Rouen ; 2012.
34. Dormard, C. Clavero, J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation. URML Ile de France. 2006.
35. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. Université de Bobigny; 2006.
36. Wasson J, Pearce L, Alun-Jones T. Improving correspondence to general practitioners regarding patients attending the ENT emergency clinic: a regional general practitioner survey and audit. *J Laryngol Otol*. déc 2007;121(12):1189-93.
37. GCSSARA Puy-de-Dôme. Ministère des solidarités et de la santé. Document sensibilisation échange et partage. e-parcours.
38. Agence du Numérique en Santé. MSSanté.
39. CNOM. Atlas démographie médicale - 2021.
40. Chaput H, et al. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2020.
41. INSEE. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile.
42. Reignier J, Cottureau A, Vinatier I. Limitations et arrêts des traitements ou réanimation d'attente ? 2011 ; Urgences 2011 (Chapitre 72).
43. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France : a prospective survey. *The Lancet*. 6 janv 2001;357(9249):9-14.

44. Chastang A. Limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation : un exemple de collaboration entre Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Réanimateurs [Thèse d'exercice]. Université de Nancy; 2013.
45. Bertrand P, et al. Éthique - LATA. Réanimation. janv 2013 ; SPF077 Épidémiologie des décisions de limitation et arrêt thérapeutique pour les malades admis en réanimation en France. 22(S1):276-80.
46. Witherspoon SA, Plowman SAJ, Power PZ, Mulvey A, Haines KJ, Maiden MJ. Low prevalence of communication between intensive care unit medical staff and general practitioners: A single-centre retrospective study. Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses. nov 2023;36(6):1090-4.
47. Article R4127-37-2 - Code de la santé publique - Légifrance.

ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE MÉDECIN RÉANIMATEUR, AVANT ET APRES APPLICATION D'UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION - ÉTUDE INTERREACOM -

Phase 1 : étude observationnelle

Introduction : La communication interprofessionnelle est un maillon essentiel et déterminant de la prise en charge des patients pendant et après réanimation. Nous avons évalué la satisfaction des généralistes vis-à-vis de celle-ci et les facteurs pouvant être associés à l'insatisfaction.

Méthodes : Etude prospective, multicentrique et observationnelle avec analyse univariée et multivariée sur l'appariement patient/médecin généraliste à partir des critères épidémiologiques, clinico-biologiques de patients hospitalisés en soins critiques avec les réponses à un questionnaire électronique de leur médecin généraliste. La satisfaction et les attentes vis-à-vis de la communication étaient évalués avec comme critère de jugement principal, l'insatisfaction des généralistes face à la communication (Echelle Numérique de 0 à 10), qui a été utilisé pour identifier les facteurs indépendamment liés à l'insatisfaction.

Résultats : 144 couples patient/médecin ont été analysés. L'insatisfaction des médecins généralistes était une note inférieure à 4.75/10 (6 [4.75, 8]). Les facteurs identifiés liés à l'insatisfaction étaient le décès du patient en réanimation (OR 3.96, IC 95% [1.38, 11.35], p=0.01) et d'avoir rencontré des difficultés lors de la prise en charge post réanimation (OR 3.81, IC 95% [1.55, 9.33], p=0.003). Les facteurs protecteurs étaient le contact du médecin généraliste par l'équipe de réanimation (OR 0.17, IC 95% [0.033, 0.74], p=0.012) durant le séjour et le motif médical d'admission en soins critiques OR 0.28, IC 95% [0.10, 0.76], p=0.012).

Les médecins généralistes souhaitaient être contactés régulièrement et préconisaient l'appel téléphonique et l'envoi d'un courriel par messagerie sécurisée.

Conclusion : Une amélioration de la communication est nécessaire et souhaitée par les généralistes. Elle passe par un renfort et une mise à jour des protocoles de communication interprofessionnels.

Mots clés : communication interprofessionnelle – satisfaction – médecin réanimateur – médecin généraliste – évaluation - étude InterReaCom

EVALUATION OF INTERPROFESSIONAL COMMUNICATION BETWEEN GENERAL PRACTITIONER AND INTENSIVIST, BEFORE AND AFTER IMPLEMENTATION OF AN IMPROVEMENT STRATEGY - INTERREACOM STUDY - Phase 1 : Observational study

Background : Interprofessional communication is an essential and decisive link in the management of patients during and after intensive care. We assessed general practitioners' satisfaction with interprofessional communication and factors that may be associated with dissatisfaction.

Methods : Prospective, multicenter, observational study with univariate and multivariate analysis of patient/general practitioner matching based on epidemiological, clinico-biological criteria of patients hospitalized in critical care with responses to an electronic questionnaire to their general practitioner. Satisfaction with and expectations of communication were assessed, with GP dissatisfaction with communication (0-10 numerical scale) as the main outcome. This was used to identify factors independently responsible for dissatisfaction.

Results : 144 patient-physician pairs were analyzed. GP dissatisfaction was a score below 4.75/10 (6 [4.75, 8]). The factors identified as linked to dissatisfaction were the patient's death in intensive care (OR 3.96, 95% CI [1.38, 11.35], p=0.01) and having encountered difficulties during post-resuscitation management (OR 3.81, 95% CI [1.55, 9.33], p=0.003). Protective factors were contact with the GP by the intensive care team (OR 0.17, 95% CI [0.033, 0.74], p=0.012) during the stay and the medical reason for admission to critical care (OR 0.28, 95% CI [0.10, 0.76], p=0.012).

GPs wanted to be contacted on a regular basis, and recommended telephone calls and secure messaging.

Conclusion : GPs want and need better communication. This will require reinforcing and updating inter-professional communication protocols.

Key words: interprofessional communication - satisfaction - intensivist - general practitioner – evaluation - InterReaCom study