

**UNIVERSITE DE LIMOGES****Faculté de Médecine**

ANNEE 2013

THESE N°

**INTERACTION VILLE/HOPITAL : INTERET D'UN NUMERO  
D'URGENCE DE MEDECINE INTERNE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 8 novembre 2013

par

**Benoit POULTEAU**

né le 03 janvier 1980, à Brive la Gaillarde (19)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mme le professeur MATHONNET Muriel .....Présidente

Mme le professeur FAUCHAIS Anne-Laure .....Directrice

Mme le professeur JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile .....Juge

M. Le docteur LY Kim .....Juge

**UNIVERSITE de LIMOGES**  
**FACULTE de MEDECINE**

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la  
REDACTION des DEDICACES

<b>ABOYANS</b> Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
<b>AUBRY</b> Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENERELOGIE Responsable de service

<b>BERTIN</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
<b>BONNAUD</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
<b>COGNE</b> Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
<b>COLOMBEAU</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE

<b>CORNU</b> Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
<b>DANTOINE</b> Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
<b>DARDE</b> Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service

<b>ESSIG Marie</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
<b>FAUCHAIS Anne-Laure</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
<b>FEISS Pierre</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FEUILLARD Jean</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE Laurent</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
<b>FUNALOT Benoît</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>GAINANT Alain</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS Vincent</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
<b>JACCARD Arnaud</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE

<b>LABROUSSE</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
<b>LACROIX</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
<b>LASKAR</b> Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
<b>MAGY</b> Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
<b>MATHONNET</b> Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE

<b>MELLONI</b> Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
<b>MERLE</b> Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>MONTEIL</b> Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
<b>MOULIES</b> Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
<b>PARAF</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service

<b>PREUX</b> Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
<b>SALLE</b> Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
<b>SAUTEREAU</b> Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
<b>STURTZ</b> Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE



<b>VALLEIX</b> Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
<b>VERGNE-NEGRE</b> Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
<b>VIDAL</b> Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
<b>VIGNON</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
<b>VINCENT</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
<b>WEINBRECK</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
<b>YARDIN</b> Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service
<b>BUCHON</b> Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE

<b>BUISSON</b> Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
<b>DUMOITIER</b> Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
<b>PREVOST</b> Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>ANTONINI</b> Marie-Thérèse	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE Responsable de service
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE

<b>LE GUYADER</b> Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>MARIN</b> Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MOUNIER</b> Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
<b>PICARD</b> Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>TERRO</b> Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>MENARD</b> Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
<b>BONNETBLANC</b> Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
<b>DENIS</b> François	Professeur des Universités Emérite
<b>SAUVAGE</b> Jean-Pierre	Professeur des Universités Emérite
<b>VANDROUX</b> Jean-Claude	Professeur des Universités Emérite

# REMERCIEMENTS

## **A NOTRE MAITRE, PRESIDENTE DE JURY**

### **Au Professeur Muriel MATHONNET**

Vous me faites l'honneur de juger et présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de consacrer du temps au jugement de ce travail.

Recevez l'assurance de ma reconnaissance et de mon profond respect.

## **A NOTRE DIRECTEUR DE THESE**

### **Au Professeur Anne-Laure FAUCHAIS**

Merci pour l'intérêt témoigné et l'investissement lors de ce travail, ainsi que pour les judicieux conseils de rédaction. J'espère avoir été à la hauteur du travail que tu m'as confié.

Merci également pour tout ce que j'ai pu apprendre à ton contact au cours du semestre de « petit padawan » passé dans le service de Polyclinique.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Au Professeur Marie-Odile JAUBERTEAU-MARCHAN**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude pour l'intérêt que vous avez témoigné pour ce travail.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Au Docteur Kim LY**

Recevez toute ma gratitude pour avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir consacré du temps au jugement de ce travail.

### **A mes deux amours, Alice,**

Notre petite princesse qui nous comble de bonheur un peu plus chaque jour. Ma « poupinette » douce et belle, ne grandit pas trop vite tu es un bébé tellement mimi et sage, quoique un peu « coquille » par moment.

### **Et Aurélie,**

Bientôt 10 ans de bonheurs communs avec en point dominant cette année formidable (poupinette, mariage). Tu me rends heureux au quotidien. Merci pour ton soutien, ton impatience et ton amour.

### **A mes parents,**

Merci pour vos encouragements et votre soutien tout au long de mes études et ceux malgré la distance. J'espère vous avoir rendu fiers.

### **A Fanny,**

Merci d'avoir toujours été présente quand j'en ai eu besoin. Je suis fier de ta réussite. *Harder Better Faster Stronger*.

### **A mes grands-mères Eléna et Mado,**

Je suis tellement heureux que vous soyez là aujourd'hui pour vivre ce moment important.

### **A mes grands-pères, Juju et Jeannot,**

J'aurais tellement aimé que vous soyez parmi nous.

### **A mes beaux-parents, Amandine et Romain,**

Merci pour votre soutien et vos encouragements.

### **A Lionel, Marie et Justine,**

Toujours présents depuis la rue Maleville, « frères de lait » et complices malgré les années qui passent. Merci d'être encore là aujourd'hui pour arroser cela.

**A Marine et Tomy, Jude, Coach, Duff et Virginie, Yann et Ludi, Yannis et Cathy, Antoine et Aurélia, Manu, Nico et Alex, Philou et Angéline, Jean-Mi et Anne So, David et Amandine,**

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble (Mambo, Mariane, Apéros, pes...), en espérant qu'il y aura encore beaucoup de tournées de *téquila sin tonic*.

**A la team *Tulliste*, Vincent, Pierre, Max, Lorène, Marie, Mickael, Guillaume et *Briviste*, Axel, Vincent (toujours dans les bons coups), Momo, Julie, Aurélie, Loïc, JB, Pierre-Alain, Antoine, Benny, Emilie, Fanny, Laure, Aurélien, Thiphaine,**

Merci pour ces trois semestres « studieux ». Que de bons souvenirs.

**A Elsa et Guillaume, Perrine et Joseph, Mélanie et Guillaume,**

Merci de votre amitié et de votre soutien.

**Aux Dr Pautout, Ladroit et Landos,**

Merci de m'avoir accueilli en cours de mon stage praticien et de m'avoir fait partager votre passion pour la médecine générale.

**Aux services de Gastro-entérologie et Urgences de Tulle, de Polyclinique de Limoges, de Pédiatrie et Cardiologie de Brive,**

Merci pour votre accueil au cours des différents semestres de mon cursus.

Merci aux secrétaires du service de MIA pour votre aide tout au long de ce travail.

Merci aux médecins ayant répondu à notre enquête.

# SOMMAIRE

## PREAMBULE

## INTRODUCTION

1. Interface ville/hôpital
2. Programmation des consultations et des hospitalisations
3. Situations d'urgence en médecine générale
4. Quid de l'interface ville médecine interne

## PATIENTS ET METHODES

1. Objectifs
2. Patients
  - 2.1. Type d'étude et population étudiée
  - 2.2. Critères d'inclusion
  - 2.3. Critères de non inclusion
3. Méthode
  - 3.1. Déroulement pratique de l'étude
  - 3.2. Analyse et saisie des données

## RESULTATS

1. Analyse descriptive des appels
  - 1.1. Qui sont les médecins appelant ?
  - 1.2. Caractéristiques des appels
    - 1.2.1. Jours d'appel
    - 1.2.2. Heures d'appel
    - 1.2.3. Durée des appels
2. Analyse des dossiers
  - 2.1. Type de patient
  - 2.2. Durée des symptômes avant l'appel
  - 2.3. Autres spécialistes consultés avant l'appel
  - 2.4. Bilans réalisés avant l'appel
  - 2.5. Délai de consultation ou d'hospitalisation
  - 2.6. Bilan en cours d'hospitalisation ou après la consultation
  - 2.7. Diagnostics
  - 2.8. Suivi prévu
3. Analyse de l'enquête postale
  - 3.1. Qui sont les médecins répondants ?
  - 3.2. Evaluation de l'interface médecin généraliste/interniste

#### 4. Analyse statistique

- 4.1. Durée de l'appel téléphonique, délai de prise en charge, durée d'hospitalisation
- 4.2. Catégories diagnostiques et prise en charge pré-hospitalière
- 4.3. Adéquation des diagnostics pré-hospitaliers et des diagnostics posés en MIA

#### DISCUSSION

- 1. Analyse de l'étude
  - 1.1. Biais de sélection
  - 1.2. Remarques sur l'organisation
- 2. Analyse des résultats
- 3. Pistes pour améliorer la qualité de l'interaction ville/médecine interne

#### CONCLUSION

#### ANNEXES

#### ABREVIATIONS

#### BIBLIOGRAPHIE

#### TABLE DES MATIERES



# PREAMBULE

Au cours de mon expérience en tant qu'interne dans le service de Polyclinique, service de Post-Urgence rattaché au service de Médecine Interne du CHU de Limoges, j'ai été amené à prendre en charge des patients atteints de maladies auto-immunes (MAI). J'ai pu constater une variabilité dans le suivi ambulatoire de ces patients d'un médecin généraliste à l'autre. Cette disparité quant au suivi de ces patients en médecine générale a été confirmée au cours de mes observations lors de mon stage chez le praticien et de mes remplacements par la suite.

Au cours de ces différents apprentissages, j'ai pu constater les liens étroits existant entre Médecine Générale et Médecine Interne [1] : similarité dans l'approche diagnostique et particularité de la prise en charge globale (bio-psycho-sociale), mettant à part ces deux spécialités face aux spécialités d'organes. L'interniste me paraît donc être un collaborateur privilégié, il ne semble pas que ce soit le cas pour tous les médecins généralistes avec qui j'ai pu travailler, certains confrères faisant peu appel aux compétences spécifiques des internistes, d'autres leur déléguant parfois une partie de leur rôle de médecin traitant. Cette différence d'attitude est présente également dans d'autres pathologies et spécialités en fonction des compétences propres dans le domaine concerné et de la personnalité du médecin traitant. Toutefois la similitude d'approche en Médecine Générale et en Médecine Interne étant ce qu'elle est, il me semblait intéressant d'explorer les interactions entre ces deux spécialités. Afin de limiter le champ de recherche, nous avons profité de la mise en place du numéro d'urgence destiné aux médecins libéraux leur permettant de joindre à tout moment un médecin du service de Médecine Interne A (MIA) du CHU de Limoges pour réaliser une étude prospective concernant l'interface Médecine Générale / Médecine Interne au CHU de Limoges.

# INTRODUCTION

## 1. INTERFACE VILLE / HÔPITAL

La communication ville-hôpital fonctionne mais ne satisfait aucune des deux parties. Le développement des relations avec la médecine de ville est devenu une préoccupation majeure, identifiée comme axe de performances de certains établissements (CHU Nantes, CH Périgueux notamment). Ce constat n'est pas propre au système français [2].

Parce qu'elle doit se faire entre deux acteurs asynchrones de la prise en charge sanitaire, l'un développant une approche globale du patient, l'autre centré sur un organe, l'interface ville-hôpital est un véritable défi.

L'image de l'hôpital comme institution basique de santé produisant des soins de haute technicité et centre névralgique de la recherche médicale alimente les éventuelles tensions dans les relations avec la médecine de ville. Les uns se sentent mésestimés, les autres déconnectés des préoccupations de la médecine générale.

Pourtant dans un système sanitaire où le développement des soins primaires est un des plus faibles en Europe [5], l'articulation ville-hôpital est incontournable pour garantir la continuité des soins et une prise en charge cohérente des patients. Le médecin traitant est, en tant que responsable du parcours de soins, l'un des premiers acteurs concernés par la qualité des échanges avec l'Hôpital. Les structures hospitalières ne sont pour autant pas « épargnées » : réhospitalisations, recours non justifiés aux urgences, réalisation d'examens en doublon, ...

Parce que la ville est le premier « adresseur » de l'Hôpital, l'enjeu économique de la relation ville-hôpital prend toute sa dimension. Selon une enquête [3], il est intéressant de noter qu'en dehors de la pathologie du patient, trois facteurs influencent l'envoi de la ville vers l'hôpital : la qualité du service, la volonté du patient et la qualité des relations.

Il est clair que la « qualité » perçue par les médecins libéraux pèse suffisamment lourd dans leur choix pour que les établissements s'attachent à leur image et à l'élaboration d'une relation effective et durable avec ces prescripteurs.

Les blocages de la relation ville-hôpital sont principalement organisationnels. Des canaux de communications existent, des outils sont mis en place par les hôpitaux mais ne sont pas suffisamment exploités ou peu adaptés aux pratiques de la ville.

Une revue de la littérature [2, 4-6] nous a permis d'identifier un certain nombre de caractéristiques attendues par les praticiens libéraux dans leurs relations avec l'hôpital : délai de transmission de l'information médicale, niveau d'information donné au patient, participation à la décision de sortie, disponibilité des médecins hospitaliers et stabilité des correspondants internes, structuration et lisibilité des comptes-rendus, exhaustivité des données.

Les résultats d'enquêtes de satisfaction menées auprès de plusieurs échantillons de médecins libéraux ont mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements. Ceux-ci sont susceptibles d'altérer du point de vue de la médecine de ville la qualité de leurs relations avec les établissements de santé. Fort de ces enseignements sur les attentes de la ville, nous pouvons relever quatre axes d'amélioration des relations ville-hôpital :

## **1- Faciliter l'accessibilité à l'offre de soins hospitalière à la médecine de ville**

Le médecin de ville, a fortiori le médecin traitant, coordonne le parcours de soin du patient. A ce titre il est amené à prendre contact avec les différents partenaires du système de soins en lieu et place du patient. En effet 86% des médecins de villes (généralistes et spécialistes confondus) assurent directement la prise en charge de rendez-vous auprès du CHU pour le compte de leurs patients, dont 63% par la prise directe de rendez-vous [3].

Le niveau d'accessibilité de l'établissement de santé a un impact direct sur la charge de coordination des soins assumée par le médecin de ville. Des délais trop longs risquent de décourager les praticiens libéraux qui auront tendance à se détourner de cette structure.

En matière d'accessibilité, les attentes de la ville portent sur :

- l'accès aux secrétariats médicaux (heures d'ouverture adaptées aux horaires des médecins, options alternatives d'accès au téléphone, ligne dédiée, ...)
- le délai d'obtention d'un rendez-vous pour son patient (plages dédiées, substitution de praticiens, ...)
- le niveau de disponibilité des praticiens qui correspond au niveau d'accessibilité à un avis médical séniorisé (numéro direct du sénior de garde).

## **2- Adapter la circulation de l'information et son contenu sur les mouvements du patient aux besoins d'une prise en charge cohérente**

En fonction du diagnostic posé, le médecin de ville est périodiquement amené à transférer la prise en charge de son patient vers un confrère spécialiste en milieu hospitalier. A l'issue de l'épisode hospitalier, repose sur le médecin libéral la responsabilité de « récupérer » le patient et rétablir avec cohérence le protocole de prise en charge tenant compte des informations médicales qui lui seront transmises par l'établissement de soins.

L'échange de courriers, tout particulièrement entre médecins traitants et praticiens hospitaliers est l'élément pivot permettant d'assurer une telle continuité.

L'information médicale circule. Produite sous forme de compte-rendus d'hospitalisation, de consultation, d'opération, d'exploration (lors d'une enquête auprès des praticiens hospitaliers du CHU de Nantes, les sondés indiquaient que 96% des séjours hospitaliers et 82% des consultations donnaient lieu à un compte-rendu), elle est généralement transmise aux praticiens de ville (en miroir, 92% des libéraux affirment recevoir ces comptes-rendus) [3]. En revanche, et c'est là tout le sujet, l'information médicale transmise est jugée inadaptée à la médecine de ville en ce qu'elle ne lui fournit pas les moyens d'une prise en charge cohérente du patient compte tenu des besoins de leur pratique. Les attentes de la médecine de ville se trouvent davantage sur la rapidité de circulation de l'information et sa pertinence, que sur son existence [3].

En tête des motifs d'insatisfaction, les délais de transmission de l'information médicale jugés trop long et donc déconnectés de la temporalité du parcours de soins du patient. Si le délai réglementaire de 8 jours doit bien évidemment être la cible, le délai de 15 jours est une première étape semblant être reconnu comme raisonnable par la profession [3]. Dans la pratique il s'agit du délai dans lequel le patient revient vers son médecin traitant suite à une hospitalisation.

Vient ensuite la question du contenu des comptes-rendus. Les médecins libéraux sont relativement unanimes sur le niveau de pertinence des informations médicales mais émettent certaines réserves quant à leur exhaustivité. La question posée dans le cadre d'une étude réalisée auprès d'un échantillon de médecins libéraux du département Loire-Atlantique montrait que 39% (46% de généralistes) avaient déjà manqué d'informations utiles à la prise en charge du patient suite à son hospitalisation (traitement de sortie, bilans sanguins, examens pratiqués, aggravation de l'état de santé, dossier radiologique) [3].

Parmi le même échantillon, 29% se déclaraient rarement en possession du niveau d'information donnée au patient et qui leur permettrait de poursuivre une prise en charge cohérente (seulement 9% estimaient en disposer systématiquement). Plus percutant encore, lorsque cette situation se produisait, 79% des répondants se disaient mis en difficultés vis-à-vis du patient [3].

### **3- Associer le médecin traitant à la prise en charge hospitalière du patient**

Les correspondants externes sont très demandeurs d'informations liées à l'hospitalisation de leurs patients et ce quelque soit le mode de communication (électrique ou papier). En effet, pour des raisons évidentes de logique de coordination des soins, le médecin traitant a besoin d'être informé des mouvements de leurs patients (entrées/sorties a minima, mouvements internes si pertinents). Ce besoin d'information s'accompagne d'un véritable souhait de se voir associé à la prise en charge hospitalière notamment concernant le décision de sortie des patients volontiers polypathologiques et dépendants (plus la prise en charge médico-sociale est importante plus les médecins traitants souhaitent être associés pour pouvoir l'organiser de manière anticipée).

Cette attente pourtant légitime de la médecine libérale ne semble pas encore être prise en compte de manière satisfaisante par les établissements de santé. Une étude montrait que 70% des médecins de ville estimaient ne pas être associés à l'admission et à la sortie de leurs patients [3]. Selon la même enquête menée auprès des praticiens hospitaliers de CHU de Nantes, 56% estimaient associer le médecin traitant à l'admission de leurs patients et 47% à leur sortie [3].

#### **4- Exploiter les supports d'information à destination de la ville et adapter les actions de communications aux besoins de la médecine libérale**

L'hôpital doit professionnaliser ses actions de communication à destination de la médecine de ville.

Des actions sont initiées mais leur développement souvent peu suivi, des initiatives locales se superposent sans coordination d'ensemble. L'absence de plan de communication contribue à rendre flou les messages destinés à la ville et donne l'image d'une structure difficile d'accès.

Les enquêtes et entretiens menés auprès de la médecine libérale mettent en évidence la faible visibilité de la ville sur l'offre, le fonctionnement ou encore les actions de l'hôpital. Ces informations existent mais sont diffusées via des supports d'information inadaptés. Les principaux vecteurs de communication restent la formation continue et le bouche à oreille. Les sites internet des établissements de santé sont très peu utilisés par la médecine de ville. Cités comme deuxième source d'information par les médecins du bassin de recrutement du CHU de Nantes, 57% des sondés disent ne jamais s'être connectés sur le site du CHU [3]. Pourtant, l'étude « Gallup Europe » montrait que plus de 90% des médecins généralistes en France étaient connectés à Internet dans leur cabinet et le récent baromètre CNOM-VIDAL montrait que 71% des généralistes utilisaient des smartphones [7]. Le « blocage technique » traditionnellement avancé ne peut ainsi être retenu.

Communiquer permettra de partager et de fidéliser. Il s'agit de donner du sens à cette relation et d'offrir des modes de communication au travers desquels le médecin de ville pourra trouver un intérêt, une efficacité pour ces patients.



## 2. PROGRAMMATION DES CONSULTATIONS ET DES HOSPITALISATIONS

Les soins non programmés ont nettement augmenté en France de 1990 à 1998. L'augmentation du passage aux urgences hospitalières a été de 43% dans les établissements publics sur cette période : 21,5% de ces passages ont donné lieu à des hospitalisations en soins de courte durée [8]. Parallèlement la consommation de soins en médecine progresse très significativement depuis 10 ans, tandis qu'elle stagne en chirurgie et obstétrique. La proportion des hospitalisations dites médicalement inappropriées après passage aux urgences est estimée de 17,6 à 25%, 74 à 82% de ces hospitalisations étant faites sur demande du médecin traitant. Le défaut d'hospitalisation programmée en serait fréquemment la cause [9-10]. Ce passage par les urgences n'améliore pas la qualité des soins : la performance diagnostique des services d'urgences ne semble pas supérieure à celle du médecin traitant. L'adéquation entre le diagnostic proposé au service d'urgence et celui de fin d'hospitalisation n'est pas influencée par le nombre d'examens complémentaires réalisés ni par le temps de passage aux urgences [11].

Les médecins généralistes ont parfaitement pris la mesure de la saturation de l'hôpital et des difficultés qui en découlent : problème de place disponible, longueur des délais avant d'accepter un patient. C'est pour eux le principal obstacle à la programmation des hospitalisations. Beaucoup proposent une augmentation de moyens comme solution pragmatique puisque l'hôpital manque de place, de personnel et donc d'argent. Au contraire les directions hospitalières insistent plus sur une optimisation de l'organisation hospitalière [10].

Tous manquent de temps : la programmation d'une hospitalisation à la demande du médecin généraliste apparaît comme une tâche supplémentaire dans un planning professionnel déjà chargé.

La divergence à propos des alternatives aux hospitalisations programmées est assez logique. Les généralistes voient dans l'hôpital de jour une possibilité alléchante, tandis que les hospitaliers qui le gèrent ne disposent pas forcément de l'infrastructure de programmation adéquate et réactive en temps réelle à la demande du médecin généraliste.

Ces derniers insistent sur la nécessité de renforcer le dialogue entre ville et hôpital, de diversifier les échanges, si besoin de créer de nouveaux canaux d'informations. Pourtant ils sont peu à souhaiter discuter avec le médecin hospitalier des modalités de prise en charge du patient pendant son hospitalisation en service de médecine [10]. Est-ce par respect du travail du médecin hospitalier, pour ne pas empiéter sur ces compétences ? Au moment où le patient entre à l'hôpital, le médecin généraliste s'efface. Considère-t-il qu'il n'a plus de rôle à jouer, que c'est au médecin hospitalier de faire son travail ? Cela reflèterait en tous cas une conception très cloisonnée des relations entre ville et hôpital.

Peu d'études ont été réalisées sur les difficultés d'une programmation des hospitalisations, alors que les enjeux de santé public semblent forts : selon une simulation réalisée dans 55 services de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, dans 4 spécialités médicales, 60% des tentatives de programmation d'hospitalisations par le médecin généraliste n'avaient pas abouti : absence d'interlocuteur compétent disponible, absence de place programmable, absence de rappel prévu pour convenir d'une date d'hospitalisation ont été autant de causes d'échec [12].

Le défaut de programmation est un révélateur des lacunes de notre système de santé en se trouvant à la jonction entre médecine de ville et médecine hospitalière. Il faut repenser la structure de soins à tous les niveaux :

- facilité d'accès à la programmation hospitalière pour les médecins généralistes,
- formation des généralistes à l'interaction ville/hôpital et création d'offres simples et efficaces,
- décloisonnement des relations ville/hôpital,
- développement des hôpitaux locaux et de leurs partenariats avec les centres hospitaliers de référence,
- développement de structures de soins hospitalières tournées uniquement vers les programmations (hôpital de semaine, hôpital de jour).

### 3. SITUATIONS D'URGENCE EN MEDECINE GENERALE

De nombreux médecins généralistes rencontrent des difficultés pour organiser la prise en charge de leurs patients avec les services hospitaliers. En effet dans plusieurs situations, un médecin généraliste peut avoir besoin de prendre l'avis d'un confrère pour organiser une consultation ou une hospitalisation. Le but étant de diminuer le recours au service d'urgences dans les cas où une prise en charge rapide est nécessaire. Dans le cas de situations non urgentes, il est possible d'orienter plus rapidement les patients vers une structure adaptée : hospitalisation de semaine, de jour ou traditionnelle avec programmation des examens avant l'hospitalisation, ce qui permettrait de diminuer la durée d'hospitalisation.

La mise en place d'une centralisation téléphonique des demandes d'hospitalisation devrait favoriser la programmation des hospitalisations : soit par un interlocuteur médical dédié, soit par un infirmier coordinateur. Dans des structures hospitalières de petit volume, l'astreinte médicale téléphonique serait difficile à réaliser du fait du faible nombre de médecins « polyvalents ».

L'infirmière coordinatrice gomme cette limite, mais impose un intermédiaire entre généraliste et hospitalier. Une alternative est la messagerie sécurisée avec le dossier médical en ligne sécurisé (déjà existant dans certaine région), permettant un dialogue entre généraliste et spécialiste concerné, sur un mode asynchrone, moins interrupteur de tâches. L'ensemble peut tout à fait s'intégrer dans les missions du réseau ville-hôpital-clinique plutôt que de créer un nouveau réseau.

Il existe donc des dispositifs pour diminuer le passage par un service d'urgences. Le réseau de soins en est un.

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique.

Le guide d'évaluation des réseaux de santé précise que l'évaluation doit notamment porter sur le développement de relations transversales (entre professionnels, entre ville et hôpital).

On observe une évolution de la fonction même de l'hôpital, qui s'ouvre de plus en plus sur son environnement urbain et social. Pour maîtriser leurs coûts, les établissements hospitaliers doivent notamment réduire les durées de séjour, tout en garantissant aux patients une qualité des soins. Ceci passe donc inévitablement par le développement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle : développement de l'HAD et des soins en ambulatoire (hôpital de jour, ...). Les dépenses de médecine ambulatoire ont évolué de 6% entre 1994 et 1995 [8], bien au-delà des 3% prévus. Cette évolution montre déjà une tendance des établissements à privilégier les outils et les structures de médecine ambulatoire. Le but est de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, liens dont les services de santé à domicile sont à l'interface et de favoriser l'émergence de structures intermédiaires permettant d'éviter l'engorgement des établissements de soins. La création de filières et de réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques.

Un des postulats des réseaux de soins pourrait donc être d'apporter une réponse au problème de la réorganisation hospitalière en concourant au développement hors les murs d'activités hospitalières, en favorisant le maintien ou le retour à domicile du patient, en préservant de la dépendance, en promouvant les soins de proximité et la prise en charge sociale du patient.

## 4. QUID DE L'INTERFACE MEDECINE INTERNE/VILLE

La Médecine Interne (MI) est une spécialité médicale susceptible de prendre en charge, en relais de la médecine générale de ville ou même des services d'accueil et des urgences, la plupart des problèmes médicaux de l'adulte malade, en dehors de ceux relevant d'une spécialité médicale d'organe ou de la grande urgence. Il s'agit en grande partie d'une activité diagnostique, souvent mise en œuvre devant des symptômes et/ou des signes généraux pour lesquels il n'y a pas d'orientation diagnostique franche. La conséquence de cette approche par signes ou symptômes non spécifiques fait que la MI est souvent amenée à prendre en charge des symptômes qui restent inexpliqués, avec dans ces circonstances une dimension psycho(patho)logique et sociale (somatisation). Le médecin interniste est également amené à prendre en charge des maladies rares ou de diagnostic complexe. Ces affections sont représentées par les pathologies « systémiques » débordant les frontières d'organe, de cause souvent inconnue et de mécanismes immunopathologiques complexes (connectivites, vascularites, maladies inflammatoires ...).

Comme le montre une étude sur les motifs d'hospitalisation en MI [13], les signes et symptômes de cause inconnue, la prise en charge des « incidentalomes » (examens biologiques ou imagerie) et tous les problèmes diagnostiques et thérapeutiques ne relevant pas d'une spécialité définie, sont bien du ressort de la MI. De plus c'est également une médecine globale de l'adulte malade incluant la polyopathie, médecine des maladies systémiques et aussi médecine des « niches » [14].

Une autre étude de 2001, sur les motifs de recours à la consultation de médecine interne montrait que deux tiers des patients étaient adressés par un médecin généraliste [15]. Les motifs étaient variés : symptômes inexpliqués concernant un organe (douleurs osseuses, articulaires, mammaires, lésion cutanée, dysphagie ...), symptômes généraux (asthénie, fièvre, polyalgies ...), anomalie biologique (hématologique, métabolique ...), suspicion de maladie de système, anomalie radiologique. Ce travail a donc confirmé la grande variété des pathologies prises en charge par le médecin interniste [15].

Enfin au niveau du CHU de Rennes, il a été créé l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide. Ceci permet à un médecin extérieur de joindre instantanément un médecin interniste sénior pour demander un avis concernant la prise en charge de patients relevant a priori de la médecine interne. Le but est de conseiller les médecins généralistes dans la réalisation d'un bilan ambulatoire, de favoriser la prise en charge rapide des patients en consultation et de diminuer le nombre de passages aux urgences évitables en permettant une hospitalisation directe quand cela est possible. D'après une étude réalisée suite à la mise en place de cette unité, les appels concernaient le plus souvent des problèmes diagnostiques cliniques ou biologiques [16]. Les autres motifs d'appels étaient, soit des problèmes thérapeutiques, soit la survenue d'un problème aigu au cours d'une maladie chronique. Un conseil téléphonique permettant souvent d'éviter une consultation spécialisée. Les appels ont ainsi conduit à un conseil téléphonique (41%), une prise en charge en consultation ou en hospitalisation rapide (26%) ou différée (32%) [16]. Cette unité apparaît comme un outil utile pour établir un lien entre médecin de ville et service de médecine interne. Elle s'inscrit dans la politique de gestion des flux, en essayant de transformer l'activité non programmée en activité programmée [16].

# PATIENTS ET METHODES

## 1. OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude sont :

- L'évaluation de l'intérêt d'un numéro de téléphone dédié aux médecins généralistes et spécialistes libéraux leur permettant de joindre un Médecin Interniste d'astreinte, directement sans l'intermédiaire d'un secrétariat, et ce 7 jours sur 7.
- L'étude de l'interface Ville/Médecine Interne en nous intéressant au ressenti des médecins généralistes ayant composé ce numéro d'astreinte (éléments satisfaisants, éléments à améliorer). L'information reçue, la satisfaction des médecins appelant, l'aide apportée ont été analysés.
- La mise en place de pistes de réflexions et d'outils pour améliorer la qualité de l'interaction Ville/Médecine Interne.

## 2. PATIENTS

### 2.1. TYPE D'ETUDE ET POPULATION ETUDIEE

Il s'agit d'une étude prospective de cohorte, réalisée au sein d'une population de patients hospitalisés ou vus en consultation de MIA au CHU Dupuytren de Limoges. Le recueil de données a été effectué à partir d'un questionnaire rempli par le médecin interniste d'astreinte suite à l'appel d'un médecin généraliste ou spécialiste libéral (annexe 1), du dossier médical papier et informatisé du service de MIA et d'un questionnaire de satisfaction envoyé aux médecins généralistes et spécialistes de ville (annexe 2) ayant utilisé le numéro d'urgence dédié.



La période d'étude s'étend d'avril à août 2012.

Sur cette période, 61 appels sur un total de 97 ont donné lieu soit à une consultation soit à une hospitalisation. Les patients étaient connus ou non du service de MIA. Les autres appels concernaient des demandes d'avis sur des patients atteints de connectivites ou suivis en MIA, l'avis téléphonique n'ayant pas donné lieu à une consultation ou une hospitalisation non planifiée.

## 2.2. CRITERES D'INCLUSION

Tous les patients qu'ils soient ou non connus du service de Médecine Interne A adressés par un médecin généraliste ou spécialiste libéral ayant contacté le médecin interniste d'astreinte du service de MIA par l'intermédiaire du numéro d'urgence dédié ont été inclus.

Une seconde partie de l'étude s'est intéressée plus particulièrement aux médecins libéraux ayant contacté le service pour un avis ou une demande de prise en charge.

## 2.3. CRITERES DE NON INCLUSION

Ont été exclus de l'étude les patients dont le questionnaire avait été mal rempli au moment de l'appel d'un médecin libéral, l'absence d'identité du patient ou la mauvaise orthographe du nom de famille ne permettant pas de retrouver le dossier du patient.

Ont été également exclus les appels provenant de médecins du CHU de Limoges.

## 3. METHODE

### 3.1. DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ETUDE

Une fiche de recueil a été remplie par le médecin interniste d'astreinte au cours de l'appel d'un médecin libéral.

Cette fiche comportait la date et l'heure de l'appel, le nom et la localisation du médecin appelant, le motif de l'appel et les renseignements sur le patient (nom, prénom, âge, description synthétique des symptômes) (annexe 1).

Suite à l'appel, l'interniste décidait de la prise en charge : consultation spécialisée en urgence ou semi urgence, ou programmation d'une hospitalisation dans l'unité de Médecine Interne adaptée au profil du patient (soins continus, hospitalisation de semaine ou conventionnelle).

Dans un second temps, une étude des dossiers a été faite pour connaître quelle a été la prise charge du patient :

- avant l'appel téléphonique (bilan biologique, examens complémentaires, consultations antérieures),

- au cours de l'hospitalisation ou de la consultation.

Et enfin le diagnostic posé et la surveillance mise en place ont été évalués.

Pour finir, un questionnaire a été envoyé à tous les médecins ayant contacté le service (annexe 2). Cette enquête postale anonyme était accompagnée d'un courrier de présentation de l'étude ainsi que d'une enveloppe timbrée de retour. Le questionnaire était constitué d'une suite de questions à choix multiples à cocher, seules 2 questions étaient en texte libre.

La première partie du questionnaire concernait le médecin interrogé et son mode d'exercice. La seconde partie visait à répertorier les attentes des médecins traitants sur la prise en charge suite à leur appel.

### 3.2. ANALYSE ET SAISIE DES RESULTATS

Les réponses ont été relevées par un seul enquêteur. L'ensemble des données a été saisi sur le logiciel Excel (Microsoft) et analysé à partir du logiciel Statview, le seuil de significativité étant arbitrairement fixé à  $p < 0,05$ .

Les résultats sont présentés en valeur absolue et en pourcentage pour les variables qualitatives et en moyennes  $\pm$  écart-type pour les variables quantitatives.

Pour optimiser l'analyse statistique, les diagnostics portés ont été regroupés en 8 catégories (MAI, vascularites, pathologies infectieuses, fièvre nue et syndrome inflammatoire, arthrites microcristallines, cancer, métabolique et endocrinien, psychiatrique). Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été réalisées à l'aide du test de  $\chi^2$ . Les comparaisons entre les variables quantitatives ont été réalisées à l'aide du test t de Student.

# RESULTATS

## 1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES APPELS

Le nombre d'appels répertoriés a été de 97 en cinq mois avec une moyenne de 19 appels par mois. Soixante et un appels ont donné lieu à une prise en charge spécialisée soit 63 % des appels. Les autres n'ont pu être pris en compte car la fiche de recueil n'a pas été rempli complètement (absence ou mauvaise orthographe du nom du patient).

### 1.1. QUI SONT LES MEDECINS APPELANTS ?

Quatre vingt douze pourcent des appels enregistrés (n=56) provenaient de médecins généralistes et 3 % de spécialistes libéraux (n=2) ou d'autres Centres Hospitaliers (n=3, 5%). A noter que 4 médecins ont appelé à deux reprises pour des patients différents.

Parmi les médecins appelants (57 praticiens) :

- 37 exercent en Haute-Vienne,
- 13 en Corrèze,
- 2 en Creuse,
- mais également 5 hors région : 4 en Dordogne et 1 dans l'Indre.

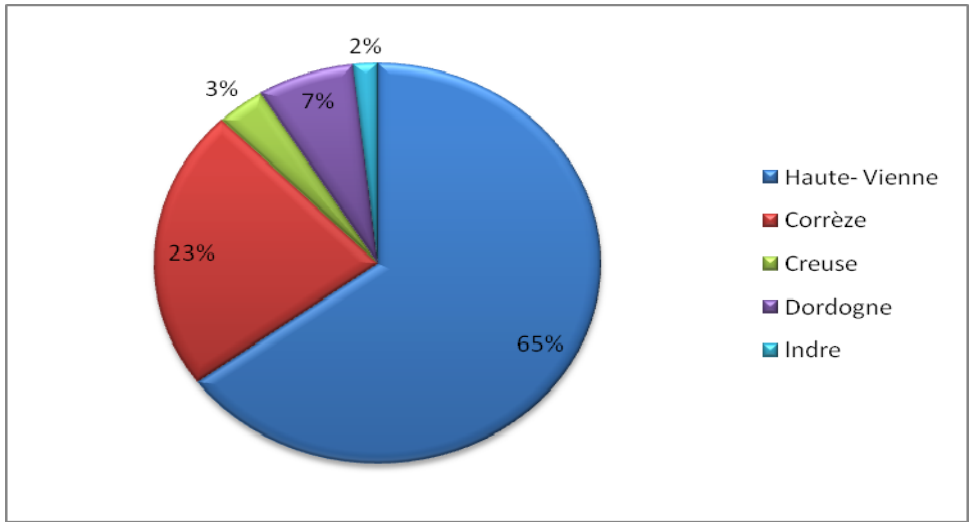


Figure 1 : Répartition géographique des médecins appelants

Vingt et un travaillent en zone urbaine (37 %), 26 en zone rurale (46 %) et 10 en zone mixte (17 %).

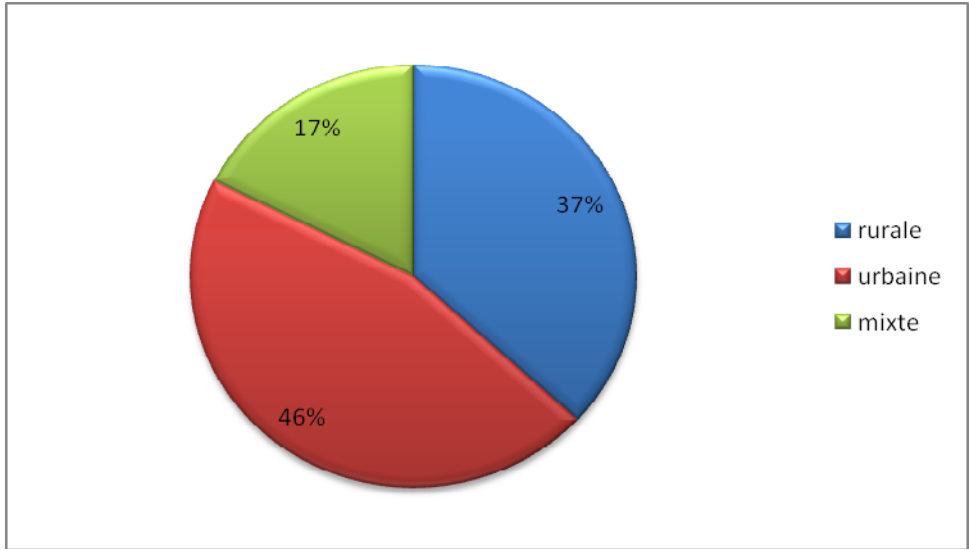


Figure 2 : Zone d'activité des médecins

## 1.2. CARACTERISTIQUES DES APPELS

### 1.2.1. Jours d'appel :

Les appels répartis régulièrement dans la semaine, de fréquence stable du lundi au mercredi (n=11, 18%), tendent à augmenter en fin de semaine (19 et 21% pour le jeudi et le vendredi) (Figure 3).

Ils sont très peu fréquents le week-end, et limités au samedi (6%, Figure 3).

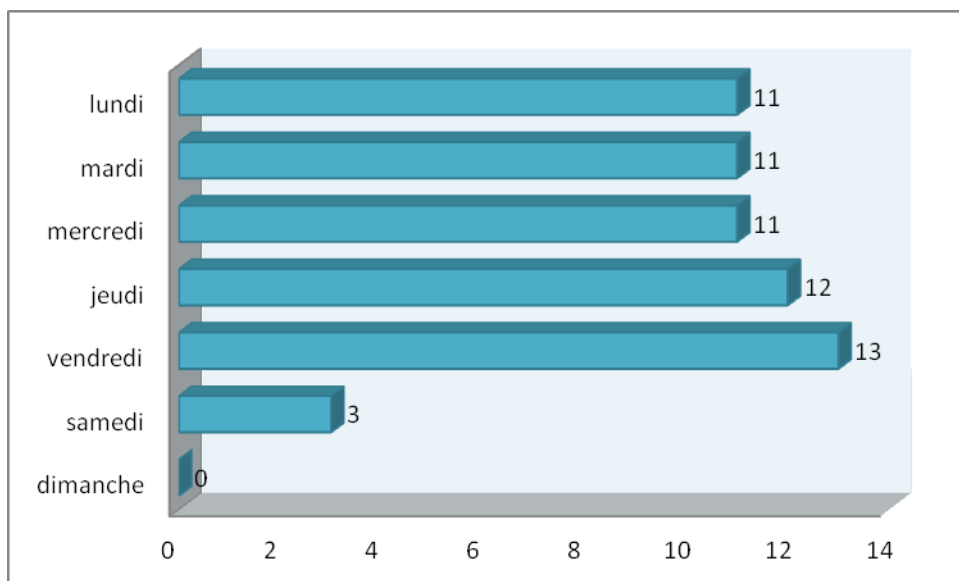


Figure 3 : Jours d'appel

### 1.2.2. Heures des appels

Nous avons partagé la journée en trois périodes de façon arbitraire.

Trente six pour cent des appels ont été reçus entre 8h et 12h (n=22), 49 % dans l'après midi, entre 12h et 20h (n=30), 9 appels n'avaient pas de renseignements sur l'horaire (15 %).

A noter qu'aucun appel n'a été passé entre 20h et 8h.

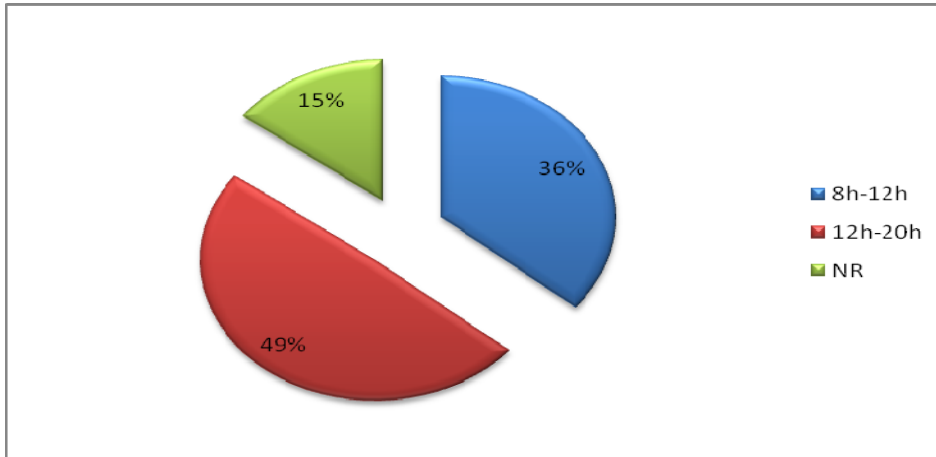


Figure 4 : Heures des appels

### 1.2.3. Durée des appels

La durée moyenne de la communication a été de 6 min et 40 sec (n=57). La durée de 4 appels n'avait pas été notée.

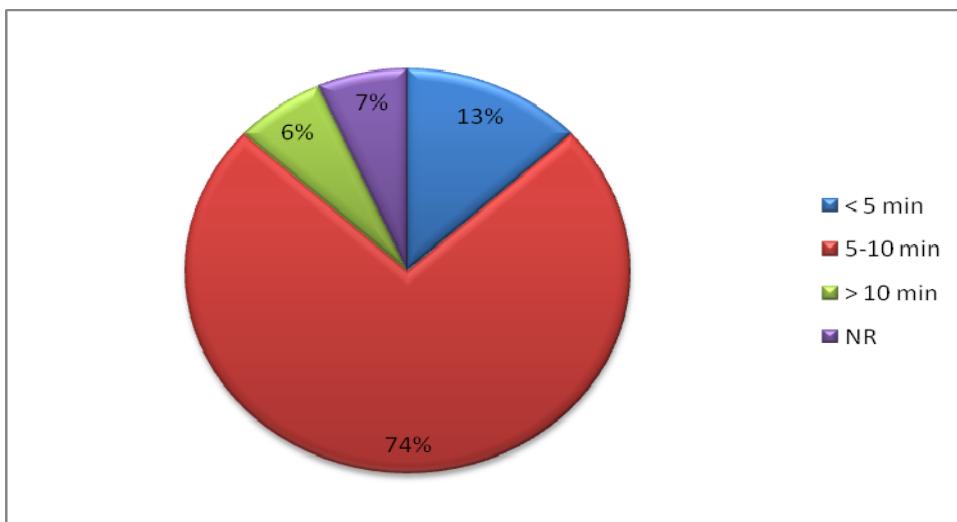


Figure 5 : Durée des appels

## 2. ANALYSE DES DOSSIERS

### 2.1. TYPE DE PATIENTS

Les appels reçus concernaient 61 patients (37 femmes et 24 hommes), d'âge moyen 56,2 ans (extrêmes 15-89 ans).

Quatre-vingt cinq pourcents des patients sont autonomes (n=52).

Trente d'entre eux présentent des comorbidités notamment cardio-vasculaires :

- HTA (n=8),
- tabac (n=7),
- diabète (n=3),
- obésité (n=2),
- cardiopathie (n=4)
- arythmie complète par fibrillation auriculaire (n=1),
- accident vasculaire cérébral (n=2),

Trois présentent un éthyisme chronique, 5 une néoplasie évolutive, 3 sont insuffisants rénaux chroniques et 2 sont insuffisants respiratoires.

Seuls trois d'entre eux présentent des antécédents de pathologies systémiques (artérite à cellules géantes n=1, maladie de Behçet n=1, maladie de Crohn n=1).

Quatorze patients étaient déjà connus du service de MIA (23 %) et 30 avaient déjà consulté au CHU de Limoges dans un autre service (50 %).



## 2.2. DUREE DES SYMPTOMES AVANT L'APPEL

Pour 7% (n=4) des patients la durée des symptômes précédant l'appel était inférieure à une semaine. La majorité (23 soit 38%) avait des signes depuis moins d'un mois. Chez 8 (13%) d'entre eux la clinique était présente depuis un et 3 mois. Neuf (15%) avaient des symptômes depuis 3 à 6 mois et 13 (21%) depuis plus de 6 mois.

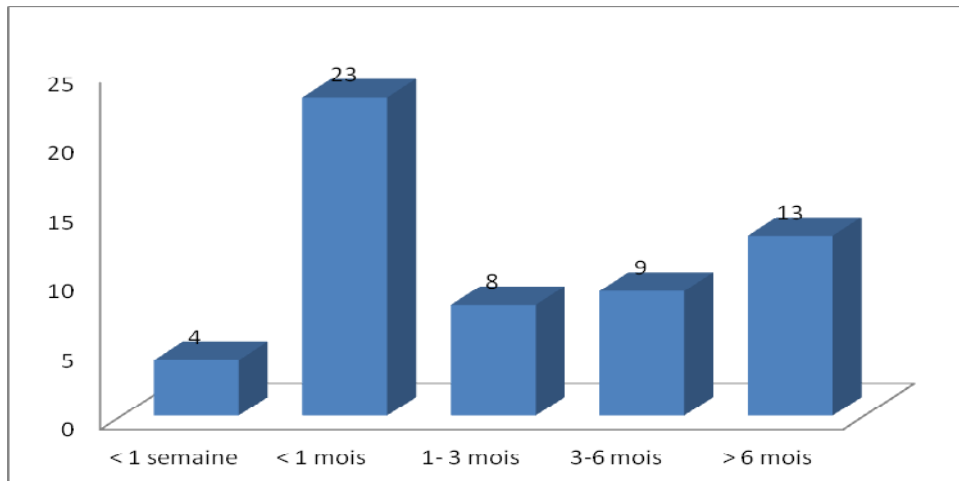


Figure 6 : Durée des symptômes avant l'appel

## 2.3. AUTRES SPECIALISTES CONSULTES AVANT L'APPEL

Plusieurs spécialistes ont été consultés avant de faire appel à un médecin interniste chez 20 patients adressés (33%). Les spécialistes consultés sont extrêmement variés, reflétant la diversité des motifs d'appels (figure 7).

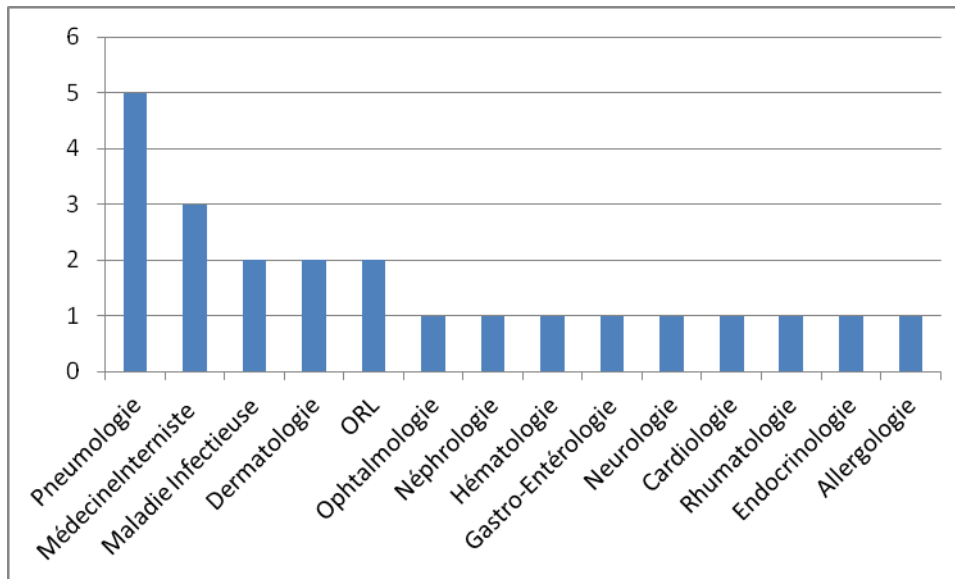


Figure 7 : Spécialistes consultés au préalable

#### 2.4. BILANS REALISES AVANT L'APPEL

Les médecins généralistes et spécialistes libéraux avaient déjà réalisés des examens complémentaires avant de contacter le médecin interniste d'astreinte.

En effet ils prescrivent majoritairement un bilan biologique de débrouillage adapté au tableau clinique (n=42, 69%) composé principalement d'une NFS (n=42, 69%), de l'évaluation de la fonction rénale (n=39, 64%), de la fonction hépatique (n=38, 52%) et de la recherche d'un syndrome inflammatoire (n=40, 75%) (Tableau 1).

La NFS a permis de déceler 13 anémies, 3 cytopénies et 4 hyperleucocytoses à polynucléaires neutrophiles (HLPN).

Un syndrome inflammatoire était découvert par le bilan pré-hospitalier chez 21 patients (CRP moyenne 85,7+/-79,6 mg/l, extrêmes 1-369 mg/l). Huit insuffisances rénales, 5 cytolyses, 2 tableaux de cholestases ont été révélés lors du bilan réalisé en première intention par le médecin adresseur.

Un bilan biologique thyroïdien est réalisé par 23 médecins (38%) mettant en évidence une seule hypothyroïdie et la recherche d'une cause infectieuse par 19 praticiens (31%). Le bilan infectieux est positif 2 fois retrouvant une infection à mycoplasme pneumoniae et une infection urinaire.

<b>BIOLOGIE</b>	Réalisés	Normaux	Anormaux
<b>NFS</b>	<b>42</b>	<b>25 (41%)</b>	<b>17 (28%)</b> Anémie (13) Pantytopenie (1) Neutropénie (1) Thrombopénie (1) HLPN (4)
<b>CRP</b>	<b>40</b>	<b>19 (31%)</b>	<b>21 (34%)</b>
<b>Bilan Rénal</b>	<b>39</b>	<b>31 (51%)</b>	<b>8 (13%)</b>
<b>Bilan Hépatique</b>	<b>38</b>	<b>31 (51%)</b>	<b>7 (11%)</b>
<b>Bilan</b>	<b>11</b>	<b>9 (15%)</b>	<b>2 (3%)</b>
<b>Immunologique</b>			
<b>Bilan</b>	<b>23</b>	<b>22 (36%)</b>	<b>1 (2%)</b>
<b>endocrinologique</b>			
<b>Bilan infectieux</b>	<b>19</b>	<b>17 (28%)</b>	<b>2 (3%)</b>

Tableau 1 : Bilans biologiques demandés avant l'appel

Ainsi, si 38 patients (63%) n'avaient pas eu d'explorations complémentaires avant l'appel en Médecine Interne, au moins un examen paraclinique avait été réalisé dans 23 cas (37%), allant de un à deux examens majoritairement (n=14) à plus de 3 pour 4 d'entre eux (Figure 8).

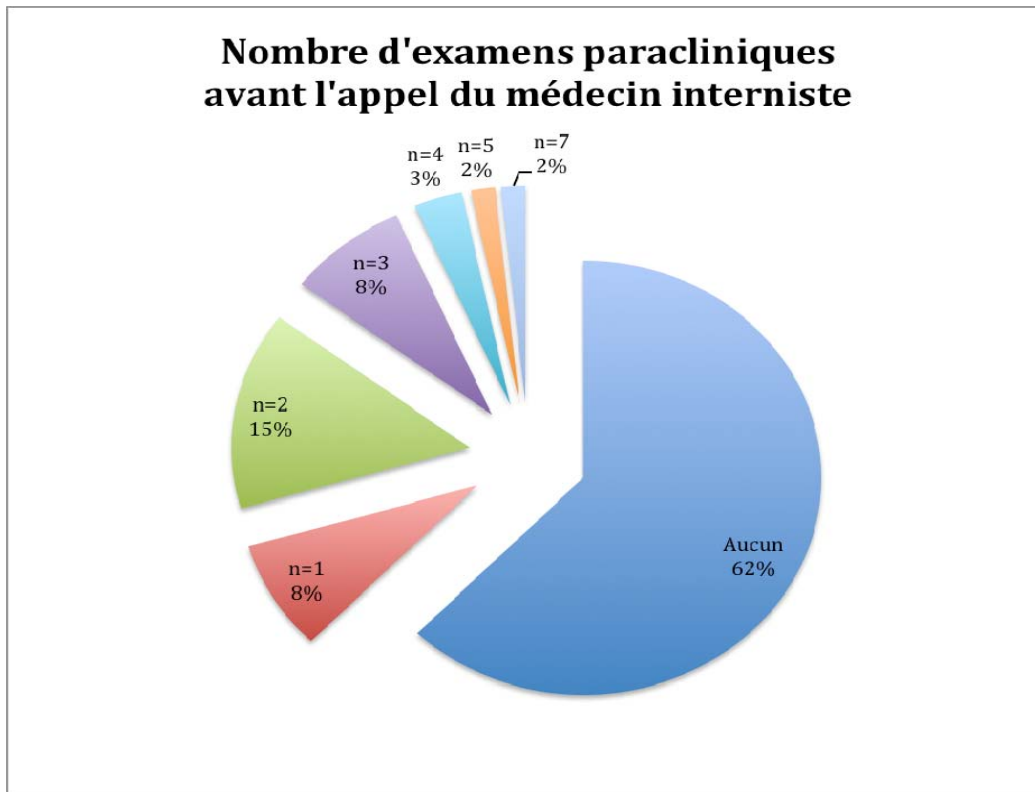


Figure 8

Les examens complémentaires paracliniques réalisés avant l'admission comprenaient : (tableau 2)

- une radiographie pulmonaire dans 14 cas (23%),
- une échographie abdominale chez 12 patients (20%),
- un scanner pour 10 patients (16%),
- et enfin un autre examen dans 39% des cas. Il s'agissait de 6 IRM, 5 endoscopies digestives, 3 TEP Scan, 3 fibroscopies bronchiques, 2 dopplers, 2 biopsies des artères temporales (BAT), 1 scintigraphie osseuse, 1 scintigraphie pulmonaire et une EFR.

La radiographie pulmonaire (n=14) était anormale chez 7 patients (syndromes bronchiques n=2, syndrome alvéolaire n=1, foyer de pneumopathie n=1, infiltrat lobaire suspect n=1, ascension d'une coupole diaphragmatique n=1). Les échographies abdominales réalisées (n=12) ont révélé une splénomégalie ainsi qu'un nodule hépatique.

Les examens scannographiques réalisés (cérébral n=1, thoraco-abdomino-pelviens TAP n=9) étaient anormaux chez 8 patients retrouvant un état lacunaire cérébral, un syndrome interstitiel pulmonaire, des bronchectasies, des opacités suspectes pulmonaires chez 3 patients, une diverticulose colique.

Les IRM réalisés (n=6) étaient anormales chez 3 patients montrant un élargissement de la tige pituitaire (n=1), des hypersignaux de la substance blanche (n=1) et les lésions de localisation secondaire d'une néoplasie (n=1).

Les endoscopies digestives (n=2) ont mis en évidence l'existence d'une hernie hiatale (n=1). Les fibroscopies bronchiques réalisées (n=3) étaient normales. Une scintigraphie osseuse montrait une fixation sur le rachis lombaire (n=1).

Les BAT se sont révélées normales (n=2), ainsi que les PET-Scan (n=3).

PARACLINIQUE	Fait	Non fait
<b>RP</b>	<b>14 (23%)</b>	<b>47 (77%)</b>
	<b>Normales (7)</b>	
	Foyer lobaire (2)	
	Ascension coupole (1)	
	Sd alvéolaire (1)	
	Sd bronchique (1)	
	DDB (1)	
	Opacité Hilaire (1)	
<b>Echographie</b>	<b>12 (20%)</b>	<b>49 (80%)</b>
	<b>Normales (10)</b>	
	Nodule hépatique (1)	
	Splénomégalie (1)	
<b>TDM</b>	<b>10 (16%)</b>	<b>51 (84%)</b>
	<b>Normaux (5)</b>	
	Bronchectasie (1)	
	Atélectasie (1)	
	Diverticule sigmoïde (1)	
	DDB (1)	
	Sd interstitiel (1)	
<b>Autres</b>	<b>24 (39%)</b>	<b>37 (61%)</b>
	IRM (6)	
	FOGD-Coloscopie (5)	
	Fibro bronchique (3)	
	TEP Scan (3)	
	Doppler (2)	
	BAT (2)	
	Scintigraphie osseuse (1)	
	Scinti pulmonaire (1)	
	EFR (1)	

Tableau 3 : Bilans paracliniques demandés avant l'appel

## 2.5. DELAI DE CONSULTATION OU D'HOSPITALISATION

A l'issue de l'appel sur le portable dédié, ont été décidés:

- 32 hospitalisations (52%, délai 3,6±3,9 jours) dont 16 dans les 24h, et 10 dans les 7 jours
- 27 consultations (45%, délai 7,8±7,4 jours), 17 ont eu lieu dans la semaine suivant et 10 dans un délai supérieur.
- 2 avis téléphoniques (3%).

## 2.6. BILAN EN COURS D'HOSPITALISATION OU APRES CONSULTATION

Au cours des 37 hospitalisations programmées d'une durée moyenne de 9 jours (extrêmes 1-45) ou à l'issue des consultations externes, les examens biologiques et paracliniques suivants ont été réalisés.

BIOLOGIE	Normale	Anormale	Non fait
NFS	30 (49%)	20 (33%)	11 (18%)
CRP	20 (33%)	28 (46%)	13 (21%)
EPPS	17 (28%)	23 (38%)	19 (31%)
		Sd inflam (18)	
		Hypoalpha2 (1)	
		Hypogamma (4)	
Bilan Immunologique	21 (34%)	11 (18%)	29 (48%)
		FAN+ (6):	
		-SSA (2)	
		-Jo1(2)	
		- non spécifiés (2)	
		FR+ (1)	
		LWR+ (1)	
		Anti TPO+ (1)	
		Anti CP+ (1)	
		DOT myosite+ (1)	
Bilan Infectieux	41 (67%)	8 (13%)	15 (24%)
Bilan Endocrinologique	28 (46%)	4 (7%)	29 (47%)

Tableau 4 : Bilans biologiques au cours de l'hospitalisation ou après consultation.

Dans le cadre de la démarche diagnostique, d'autres examens complémentaires (moyenne de  $2 \pm 1,13$  par patients) ont également été réalisés :

- *Examens d'imagerie :*

- TDM (n=15, 26%),
- Echographies abdomino-pelviennes (n=10, 16%),
- Radiographies (n=8, 13%),
- Doppler (n=5, 8%),
- IRM (n=3, 5%),
- Ostéodensitométries (n=2, 3%).

- *Examens scintigraphiques :*

- Scintigraphies osseuses (n=3, 5%),
- Scintigraphie pulmonaire (n=1, 2%),
- TEP Scan (n=1, 2%).

- *Examens endoscopiques :*

- FOGD (n=3, 5%),
- RSS (n=1, 2%),
- Fibroscopie bronchique (n=1, 2%).

- *Explorations fonctionnelles :*

- EFR (n=2, 3%),
- Débit salivaire (n=2, 3%),
- EMG (n=1, 2%).

- *Biopsies sous anesthésie locale :*

- Biopsie de l'artère temporale (n=6, 10%),
- Myélogramme (n=5, 8%),
- Biopsie cutanée (n=2, 3%).



## 2.7. DIAGNOSTIC

Les différents diagnostics portés à l'issue de la prise en charge en médecine interne sont résumés dans le tableau 9. Ils reflètent la diversité des motifs d'appel.

Un diagnostic de **maladies auto-immunes (MAI)** a été posé pour 8 patients :

- 3 myosites inflammatoires dont 2 dermatopolymyosites (une paranéoplasique) et un syndrome des anti-synthétases (anti-PL12 positif)
- un syndrome d'Evans
- un syndrome de Gougerot-Sjögren
- une maladie de Biermer
- un diabète de type 1
- un purpura thrombopénique idiopathique

Il y a eu 9 **diagnostics de vascularites** :

- 5 artérites à cellules géantes (maladies de Horton) dont l'une avec NOIAA et 2 pseudo-polyarthrites rhizoméliques sans critère de Horton,
- un purpura rhumatoïde avec atteinte rénale,
- une vascularite cutanée leucocytoclasique immunoallergique

**Neuf pathologies infectieuses** ont été retrouvées :

- 6 syndromes viraux non documentés
- 1 sepsis post PTH
- 1 érysipèle
- 1 primo infection à CMV

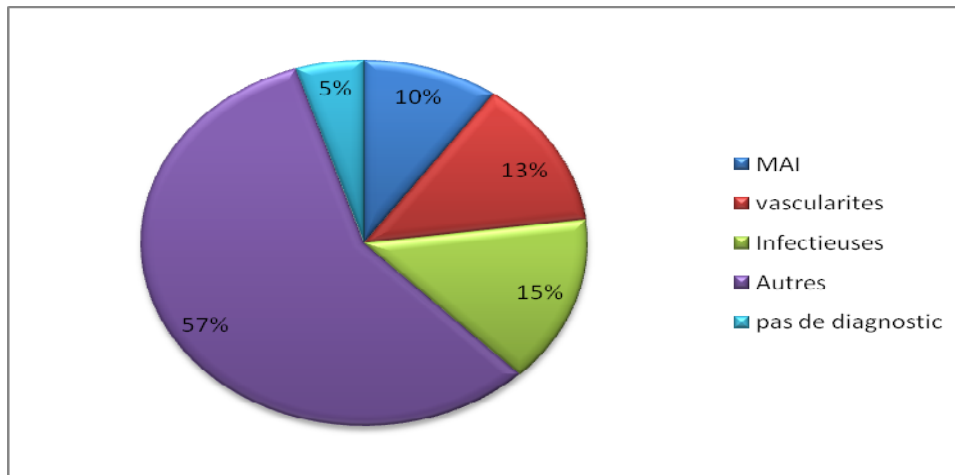


Figure 9 : Diagnostics posés

Enfin **35 autres diagnostics** ont été posés dont:

- 6 cancers solides ou hématologiques,
- 5 syndromes inflammatoires nus sans diagnostics,
- 5 pathologies métaboliques et endocrinologiques,
- 4 épisodes de dépression,
- 2 arthrites microcristallines (goutte n=1 et chondrocalcinose n=1)

Il faut noter que **15 diagnostics évoqués par les médecins** appelants ont été confirmés par le spécialiste (16%)

Le médecin adresseur avait ainsi évoqué à juste titre :

- une MAI ou une vascularite dans 5 cas (3 Horton, une PPR, une dermatopolymyosite),
- 2 néoplasies pulmonaires,
- une péricardite aigue,
- 3 pathologies infectieuses,
- 2 diabètes décompensés,
- une HTA maligne.

A l'inverse, dans 84% des cas soit il n'y avait pas de diagnostic proposé par le médecin adresseur soit il y avait une erreur.

Il faut noter qu'au cours des hospitalisations, **d'autres pathologies** ont été **diagnostiquées** ou se sont **décompensées** :

- 2 troubles cognitifs avec tableau confusionnel aigu,
- une hypotension iatrogènes sous bêta-bloquant,
- un diabète type 2
- une décompensation cardiaque
- une infection urinaire
- une crise de goutte
- un prurigo

## 2.8. SUIVI PREVU

A l'issu de la prise en charge initiale, un suivi en consultation par le médecin interniste était prévu pour 32 patients (52%). Le délai varie en fonction de la pathologie:

- inférieur à 1 mois pour 7 d'entre eux soit 22%,
- de 1 mois pour 14 patients soit 44%,
- supérieur à 1 mois pour 11 patients soit 34%.

Le délai de consultation auprès du médecin traitant aurait pu être intéressant à connaître mais il n'a été mentionné que dans un seul dossier.

### 3. ANALYSE DE L'ENQUETE POSTALE

Nous avons reçu 31 réponses, aucune réponse ne contenait plusieurs questionnaires. Un des questionnaires a été retourné complètement vierge. Nous disposons donc de 30 questionnaires à analyser, soit un taux de réponses de 54%.

#### 3.1. QUI SONT LES MEDECINS REPONDEURS ?

Les médecins ayant répondu sont majoritairement des hommes (n=17, 57%), et ont majoritairement plus de 50 ans (n=16, 53%) :

- 5 ont plus de 60 ans (5 hommes, 0 femmes)
- 11 ont entre 50 et 60 ans (7 hommes et 4 femmes)
- 6 ont entre 40 et 50 ans (2 hommes et 4 femmes)
- 8 ont entre 30 et 40 ans (3 hommes et 5 femmes)

Vingt huit sont des généralistes et 2 sont des spécialistes.

Douze travaillent en zone rurale (40%), 8 en semi-urbain (27%) et 10 en ville (33%). La majorité travaille en association (n=20 soit 67%) contre 10 en cabinet seul (33%). La durée moyenne depuis leur début d'installation est de  $19 \pm 12$  ans (extrêmes 2-35 ans).

Dix-huit médecins ont reçu leur formation initiale au CHU de Limoges (60%) et les 12 restants dans d'autres facultés. Au cours de leur cursus, ils sont 11 à avoir effectué un stage dans un service de Médecine Interne (37%).

### 3.2. EVALUATION DE L'INTERFACE MEDECIN GENERALISTE/INTERNISTE

Afin d'évaluer l'interface MG/Internistes, nous avons exploré la satisfaction des MG (Figure 10):

- La *prise charge* des internistes est globalement satisfaisante pour 22 médecins (73%), elle est insuffisante pour 8 médecins (27%).
- Les *délais de prise en charge* répondent aux attentes de 19 médecins (63%) mais sont trop longs pour 11 médecins (37%).
- Les *comptes-rendus* ont été adressés par courrier dans un délai convenable pour 13 médecins (43%), alors qu'il est trop long pour 17 d'entre eux (57%).
- 27 médecins (90%) *réutiliseront le téléphone d'urgence*, par contre 3 médecins (10%) ne le feront pas.

A noter que 6 médecins n'avaient pas connaissance de ce numéro d'urgence et qu'ils sont passés par le standard du CHU qui a transféré l'appel vers l'interniste d'astreinte.

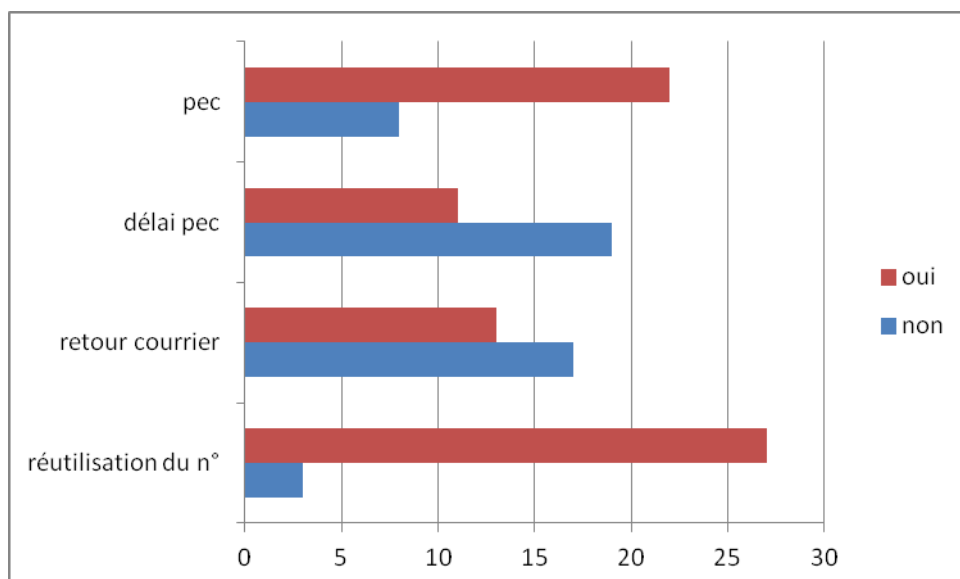


Figure 10 : Evaluation de la satisfaction des MG

## 4. ANALYSE STATISTIQUE

### 4.1. DUREE DE L'APPEL TELEPHONIQUE, DELAI DE PRISE EN CHARGE, DUREE D'HOSPITALISATION

Le diagnostic final, indépendant de l'âge des patients, n'a pas influencé ni la durée de l'appel téléphonique, ni le délai de prise en charge en hospitalisation ou en consultation (Tableau 6 et 7).

	Age patients (ans)	Age autres (ans)	p=	Durée appel patients (min)	Durée appel autres (min)	p=
<b>MAI</b>	53,7	56,6	0,73	8,8	6,4	0,44
<b>Sd inflam et fièvre nue</b>	70,4	54,9	0,13	5	6,8	0,32
<b>Vascularite</b>	65,4	54,6	0,17	6,6	6,7	0,94
<b>Microcristallin</b>	61	56,1	0,75	10	6,6	0,12
<b>Infectieux</b>	57,5	55,9	0,84	5,3	7	0,15
<b>Cancer</b>	62,2	55,5	0,49	8,3	6,5	0,17
<b>Psychiat.</b>	63	55,8	0,59	5,7	6,8	0,53
<b>Métab et endoc.</b>	64,6	55,4	0,38	6,2	6,7	0,77

Tableau 6 : Comparatif entre diagnostics et âge des patients ; diagnostics et durée d'appel

	Délai hospi//appel patients (jours)	Délai hospi//appel autres (jours)	P=	Délai cs//appel patients (jours)	Délai cs//appel autres (jours)	P=
MAI	4,5	3,6	0,6	1,6	3,625	0,1
Sd inflam et fièvre nue	5	3,6	0,6	18	7,04	0,1
Vascularite	3,5	3,8	0,8	7,5	7,88	0,9
Microcristallin	1	3,9	0,3	NR	NR	NR
Infectieux	3,5	3,8	0,9	6	8,273	0,5
Cancer	4	3,7	0,9	2,6	8,5	0,2
Psychiat.	10,5	3,2	0,1	5	8,08	0,6
Métab et endoc.	0,5	3,9	0,2	NR	NR	NR

Tableau 7 : Comparatif entre diagnostics et délai d'hospitalisation ou de cs

En revanche, la durée d'hospitalisation apparaît plus longue en cas de pathologies métaboliques et infectieuses, avec une durée moyenne d'hospitalisation de près de 3 semaines dans ces 2 groupes étiologiques ( $p=0,05$ , Tableau 8).

	Durée hospi patients (jours)	Durée hospi autres (jours)	$p=$
MAI	8,7	9,2	0,92
Sd inflam et fièvre nu	17,3	8,4	0,11
Vascularite	8,1	9,5	0,74
Microcristallin	6,5	9,3	0,68
Infectieux	21,8	6,9	0,03
Cancer	4,3	9,7	0,34
Psy.	5	9,4	0,51
Métab et Endoc	19,4	7,3	0,049

Tableau 8 : Comparatif entre diagnostics et durée d'hospitalisation

#### 4.2. CATEGORIES DIAGNOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE

Les bilans biologiques et paracliniques pré-hospitaliers ne diffèrent pas en fonction des principales catégories diagnostiques (Tableau 9).

	MAI	Vasc.	MI	Micro	Sd Inflam	Cancer	Psy	Métab et endoc
<b>NFS</b>	75%	78%	68%	0%	100%	66%	100%	40%
<b>CRP</b>	75%	78%	62%	0%	100%	50%	75%	40%
<b>B.Rénal</b>	75%	67%	62%	0%	100%	66%	75%	40%
<b>B.Hépatique</b>	75%	56%	62%	0%	100%	66%	50%	40%
<b>B.Immunologique</b>	37%	0%	15%	0%	40%	16%	0%	20%
<b>Radio thorax</b>	12,5%	25%	19%	0%	60%	33%	25%	0%
<b>Echo abdominale</b>	12,5%	12%	19%	0%	40%	0%	0%	0%
<b>TDM</b>	12,5%	0%	19%	0%	60%	33%	50%	20%
<b>Autres</b>	12,5%	12%	32%	0%	60%	33%	50%	40%
<b>Cs spécialisée antérieure</b>	62%	22%	28%	0%	60%	50%	0%	20%

Tableau 9 : Bilan pré-hospitaliers

#### 4.3. ADEQUATION DES DIAGNOSTICS PRE-HOSPITALIERS ET DES DIAGNOSTICS POSES EN MIA

Le diagnostic proposé par les médecins généralistes n'est pas toujours en adéquation avec le diagnostic final chez 15 patients (25%). Cette adéquation diagnostic apparaît indépendante de l'âge des patients, du lieu d'exercice des médecins traitants (urbain 50% vs rural 36% ou mixte 14%,  $p= 0,53$ ).



Les médecins évoquant un diagnostic en adéquation avec celui posé ne prescrivent pas significativement plus de bilan biologique avant l'admission (60% vs 40%,  $p=71$ ). La composition du bilan pré-hospitalier ne semble pas influencer la concordance des diagnostics posés (Tableau 10).

	Diagnostic adéquate		Diagnostic non adéquate		$p=$
	Faits	Non Faits	Faits	Non Faits	
<b>NFS</b>	60%	40%	72%	28%	0,59
<b>CRP</b>	60%	40%	65%	35%	0,95
<b>B.Rénal</b>	60%	40%	65%	35%	0,95
<b>B.Hépatique</b>	53%	47%	65%	35%	0,60
<b>B.Immuno</b>	13%	87%	19%	81%	0,87
<b>Radio thorax</b>	28%	82%	15%	85%	0,46
<b>Echo abdo</b>	14%	86%	13%	87%	>0,99
<b>TDM</b>	14%	86%	17%	83%	>0,99
<b>Autres</b>	21%	79%	33%	67%	0,60
<b>Cs spécialisée antérieure</b>	33%	67%	32%	88%	>0,99

Tableau 10 : Comparatif bilan pré-hospitalier et adéquation diagnostic

Cette adéquation semble également indépendante des catégories diagnostiques finales {MAI (13% vs 13%,  $p>0,99$ ), syndromes inflammatoire nus (13% vs 6%,  $p= 0,76$ ), vascularites (0% vs 4%,  $p>0,99$ ), arthrites microcristallines (0% vs 4%,  $p>0,99$ ), pathologies infectieuses (7% vs 19%,  $p=44$ ), cancers (13% vs 8%,  $p=0,97$ ), troubles psychiatriques (0% vs 8%,  $p=0,55$ ), syndromes métaboliques et endocriniens (13% vs 6%,  $p=0,76$ ).

# DISCUSSION

## 1. ANALYSE DE L'ETUDE

### 1.1. BIAIS DE SELECTION

La construction de l'étude implique un biais de sélection des médecins répondeurs, on peut supposer qu'il connaissait le numéro d'urgence de médecine interne avant d'appeler et donc qu'ils y voyaient un intérêt certain avant de le composer.

### 1.2. REMARQUES SUR L'ORGANISATION

Après visualisation des premières fiches de recueil, nous nous sommes rendu compte qu'il manquait le nom des patients ou qu'il était mal orthographié. Du coup la taille de notre échantillon est moindre (n=61) par rapport au nombre d'appels réellement reçus (n=97).

Au cours l'étude, nous avons remarqué un faible taux de diagnostics posés par les médecins adresseurs (16%). Cela vient en partie du fait qu'il n'a pas toujours été retrouvé le courrier du médecin dans le dossier du patient. Pour éviter cet écueil, il aurait été intéressant de rajouter une ligne « diagnostic proposé » sur la fiche de recueil.

Enfin le travail effectué n'analyse l'interface de relation MG/Internistes que dans un sens. Il serait intéressant d'analyser cette interface du point de vue des autres acteurs qui y prennent part : les médecins internistes bien sûr mais aussi évidemment les patients.

## 2. ANALYSE DES RESULTATS

La littérature retrouve peu d'études s'étant attachée à définir l'intérêt d'une « hotline » dédiée à la médecine générale. En France, seuls 3 services de Médecine Interne ont mis en place un système similaire :

- L'Unité d'Assistance Diagnostic et Thérapeutique Rapide (UADTR), ligne téléphonique directe mise en place dans le service de Médecine Interne du CHU de Rennes en 2005 et permettant à un médecin extérieur au service de joindre instantanément un médecin interniste sénior pour demander un avis concernant la prise en charge de patients relevant a priori de la médecine interne [16].
- Le service de MI du CHU de Nantes a créé l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique immédiate (UnADiTI) qui fonctionne selon les modalités semblables à l'UADTR. Sur le même principe, le CHU de Lille a mis en place une ligne téléphonique (Hop'line CHRU) permettant aux MG d'obtenir en temps réel l'avis d'un médecin spécialiste dont la MI. L'intérêt de ces 2 derniers dispositifs n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique.

L'étude réalisée par Perlat et *coll.* avait pour but de réaliser un bilan d'activité de l'UADTR après un an de fonctionnement et d'en évaluer l'impact auprès des médecins généralistes par un questionnaire [16].

Elle diffère de la notre par la forte prévalence de spécialistes appelant (27% contre 3%), et la forte proportion d'appels liés à des anomalies du bilan biologique (42%). Seuls 60% des appels donnaient lieu à une prise en charge hospitalière dans cette étude rennaise réalisée dans un service de Médecine Interne de taille plus importante (60 lits à Rennes contre 22 à Limoges hors secteur de Post Urgences).

	Rennes	Limoges
<b>Appels mensuels</b>	<b>55</b>	<b>19</b>
<b>Médecins adresseurs</b>		
- Généralistes	<b>71%</b>	<b>92%</b>
- Spécialistes	<b>27%</b>	<b>8%</b>
<b>Motifs d'appel</b>	Anomalies bio (42%) Signes généraux (20%) Maladie systémique (15%) Pathologie vasculaire (10%) Problème hématologique (8%) Adaptat° thérapeutique (3%) Pathologies diverses (10%)	NR
<b>Conduite à tenir</b>		
- Conseil téléphonique	<b>41%</b>	<b>3%</b>
- Consultation	<b>28%</b>	<b>45%</b>
- Hospitalisation	<b>30%</b>	<b>52%</b>
- Non précisée	<b>1%</b>	<b>0%</b>
<b>Catégories diagnostics</b>	Syndrome inflam (9,3%) AEG (6,2%) Patho thrombo-embo (5,7%) Anémie (5,3%) Patho Auto-Immunes (4,2%) Horton et PPR (4%) Adénopathie (3,3%) Douleurs (3,2%) Hyperleucocytose (3,2%)	Vascularites (14,7%) Patho infectieuses (14,7%) MAI (13%) Cancer (10%) Métab et Endoc (8%) Syndrome inflam (8%) Psy (6,6%) Arthrite micro (3%)

Dans les 2 études, les médecins généralistes plébiscitent la facilité à joindre un médecin senior, la rapidité et le type de prise en charge proposé ainsi que le retour de l'information. En revanche, dans 23% des cas, à Rennes comme à Limoges, les délais de prise en charge en consultation ou en hospitalisation étaient estimés trop longs.

Notre étude a par ailleurs étudié un plus faible nombre de malades (0,8 contre 2,6 par jours en moyenne), vraisemblablement en raison du mode de diffusion du N° d'appel : lettres de sortie des malades à Rennes, réseau institutionnel d'information à Limoges et de la taille de la structure.

En revanche, notre étude s'est attachée à déterminer le parcours diagnostique pré-hospitalier, ce qui n'avait pas été évalué dans l'étude rennaise.

Un de nos objectifs était d'évaluer l'intérêt d'un numéro de téléphone dédié aux médecins généralistes et spécialistes libéraux leur permettant de joindre un médecin interniste d'astreinte, sans l'intermédiaire d'un secrétariat et ce 7 jours sur 7.

La mise en place de ce numéro a permis de répondre en moyenne à 0,7 appels par jour sur une période de 5 mois. Cette activité a été probablement sous-estimée car les appels pour avis transitant par le secrétariat n'ont pas été comptabilisés. La majorité des médecins ayant eu recours à ce numéro étaient des médecins généralistes (92%) exerçant en Haute-Vienne (65%), aussi bien en zone rurale (46%) qu'en zone urbaine (37%). Cette permanence téléphonique est donc bien un lien entre la ville et l'hôpital, ce qui avait été souligné par l'étude rennaise (71% de médecins généralistes appelants) [16].

Les motifs d'appel étaient très variés et concernaient le plus souvent des symptômes présents depuis près d'1 mois ou la survenue d'un problème aigu au cours d'une maladie chronique. La variété de ces motifs de recours au spécialiste en Médecine Interne est également soulignée dans une autre étude (anomalie biologique, atteinte d'organe, grand syndrome...), où le motif de consultation apparaît multiple dans 25% des cas [17].

La prise en charge rapide en consultation ou en hospitalisation a vraisemblablement permis de diminuer le recours au service d'urgence, mais le design de notre étude ne permet cependant pas de l'affirmer. En revanche, le numéro d'urgence de l'équipe rennaise était considéré par les médecins généralistes comme une alternative à une hospitalisation aux urgences dans 80% des cas [16].

L'intérêt de ces numéros d'urgences dans l'amélioration de la filière de soins avait déjà été souligné, 10% des admissions aux urgences de médecine pouvant être évitées par une programmation rapide d'hospitalisation dans les services de spécialités [16]. Environ un tiers (17 patients) étaient hospitalisés pour une altération de l'état général, une fièvre inexpliquée, ou une polypathologie, syndromes relevant directement de la prise en charge en médecine interne [10].

Enfin, pour les prises en charge non urgentes, la programmation des examens complémentaires directement après l'appel du médecin traitant, a probablement permis de diminuer la durée d'hospitalisation.

Les MG et les médecins spécialistes libéraux avaient déjà réalisés des examens complémentaires avant de contacter le médecin interniste d'astreinte. En effet ils prescrivent majoritairement un bilan biologique de débrouillage adapté au tableau clinique (69%). Ils laissent donc prescrire les examens complémentaires plus spécifiques au médecin interniste au cours de l'hospitalisation.

Observons maintenant *l'interface Ville/Médecine Interne* en nous intéressant aux ressenti des médecins généralistes ayant composé ce numéro d'astreinte (éléments satisfaisants, éléments à améliorer).

Le taux de réponse à l'enquête postale de 54% montre l'intérêt qu'a suscité la création de ce numéro d'urgences. Une autre étude portant sur le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital, réalisée par une enquête postale, avait obtenu un taux de réponse de 49,5% [13]. Les médecins ayant répondu à l'enquête sont globalement satisfait de la prise en charge (73%) et du délai de celle-ci (63%).

Ce numéro d'urgence semble un bon moyen de répondre en partie aux attentes des MG. C'est un moyen rapide puisque la plupart des médecins appellent, soit au moment de la consultation, soit au moment où le problème se pose à eux.

Le point essentiel à améliorer est la rapidité de la transmission des comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation : plus de la moitié des médecins interrogés estiment les recevoir dans un délai trop long. Ces attentes sont partagées par les MG du département de la Loire [13] et fréquemment observées dans les relations médecin de ville- médecine hospitalière toutes spécialités confondues selon l'enquête du Pr Y.Matillon *et al.* [17] de 1986.

Pour avoir travaillé dans le service, c'est un point auquel les internistes sont sensibles, un compte-rendu provisoire est théoriquement remis au patient à sa sortie d'hospitalisation. Pour ce qui est des consultations, le temps d'attente est un temps de coordination des résultats des différents examens et est partiellement indépendant du service de MIA. Toutefois, des efforts restent à fournir par le service pour répondre aux attentes des médecins de ville.

Des solutions de communication adaptées développées de l'hôpital vers la ville sont à réfléchir afin d'améliorer la circulation de l'information. Pour exemple, les MG de la région Midi-Pyrénées et les internistes du CHU de Toulouse ont expérimenté en 2003 un nouveau mode de consultation de second recours : la téléconsultation de l'interniste au cabinet du médecin généraliste [18] avec des résultats positifs tels que l'amélioration de la communication entre médecins et entre médecin et patient, cela apparaît comme un excellent moyen de FMC centrée sur la pratique propre du MG, la promotion de la médecine clinique, la consultation interniste apparaît également plus tôt dans la filière de soins et ce, à moindre frais.

Une expérience similaire pourrait être développée sur Limoges :

- Une étude de faisabilité (protocole EquaLim) de suivi par internet des patients atteints de maladies auto-immunes est actuellement en cours dans le service de MIA,
- le téléphone d'astreinte pourrait également permettre de programmer une téléconsultation rapide, soit de prise en charge initiale, soit de suivi de patients âgés ou fragilisés. C'est ainsi que l'équipe du Professeur Arlet, à Toulouse organise des téléconsultations de suivi à l'aide de tablettes numériques et d'ordinateurs équipés d'une « webcaméra ». Si elle est plébiscitée par les médecins généralistes participants, l'expérience toulousaine, est limitée par l'absence de moyens humains ou matériels attribués par les autorités de tutelle.

Le réseau ville/hôpital incluant la médecine générale concerne actuellement les pathologies lourdes (onco-hématologique) et/ou chroniques (diabète, insuffisance rénale) nécessitant une prise en charge coordonnée et une éducation thérapeutique des patients. La médecine générale (ayant été récemment élevée au rang de spécialité) nous paraît la compagne évidente de la médecine interne dans un réseau étant donné la grande variété des pathologies prises en charge par l'interniste.



### 3. PISTES POUR AMELIORER L'INTERACTION VILLE/MEDECINE INTERNE

Tenant compte des recommandations d'amélioration de la communication et des relations médecin de ville-hôpital [19], nous proposons des axes de réflexion et des actions concrètes adaptées au service de MIA et aux attentes des MG.

Le service est déjà soucieux des relations avec la médecine générale, pour preuve les actions déjà menées :

- Afin d'accélérer la prise en charge, les médecins du service dispose d'un créneau de consultation d'urgences dédié aux médecins traitant, ainsi que des lits d'hospitalisation de jour programmés.
- Concernant les courriers de consultation de d'hospitalisation, nous avons vu que malgré les efforts menés par le service, cela reste insuffisant pour répondre aux attentes des médecins : des solutions sont à apporter, comme la mise en place d'un cahier de liaison remis au patient.
- La mise en place de ce dispositif d'accueil téléphonique dédié aux médecins de ville.
- Tous les médecins du service prennent part de façon active à la formation initiale des futurs MG de la région mais également à celle de leurs aînés par le biais d'animation de séances de FMC.
- L'évaluation de ses relations par l'intermédiaire de ce travail notamment.

D'autres actions pourraient être menées pour améliorer ces relations :

- Développer des outils modernes de liaison et de rencontre autour du patient ou de la pathologie, en utilisant tous les supports allant du simple papier à internet. L'emploi d'une plateforme internet de liaison entre médecins généralistes et libéraux permettrait une information en temps réel sur leurs patients et les résultats de leurs examens. Dans l'idéal, ce type d'instrument pourrait permettre des échanges entre médecin de ville et hôpital sur les soins apportés au patient par chacun et de mieux coordonner la prise en charge : hospitalisation programmée, information des évènements intercurrents, organisation du retour à domicile ... Si cela suppose des niveaux de sécurité informatique importants et nécessite des moyens financiers et techniques non négligeables, nous pouvons observer que certains établissements hospitaliers ont pallié à ces difficultés, elles ne sont donc pas insurmontables.
- Faire participer les médecins généralistes aux réunions pluridisciplinaires d'orientation et de thérapeutique de leur patient.
- Concevoir et animer ensemble des actions de formation et d'évaluation dans le cadre de FMC et d'EPP, notamment sur les thématiques d'orientation des patients et d'évaluation des indications d'hospitalisation et d'examens. Cette opportunité nouvelle concerne également les professionnels du secteur médico-social.

# CONCLUSION

Le numéro de téléphone permettant de joindre un médecin interniste d'astreinte apparaît comme un outil utile pour les médecins libéraux afin d'organiser la prise en charge de leur patient. Il s'inscrit tout à fait dans la politique de gestion des flux, en essayant de transformer l'activité non programmée en activité programmée.

Les médecins généralistes ayant composé ce numéro sont d'ailleurs globalement satisfaits de la prise en charge proposée comme l'indique le taux de satisfaction de 73% de notre enquête postale.

Des points restent tout de même à améliorer comme la rapidité de transmission des comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation.

A l'heure où la médecine générale devient une spécialité médicale, les relations entre médecins généralistes et spécialistes en MI doivent être renforcées. Les internistes sont le relais naturel des médecins généralistes lorsque la situation devient complexe pour des pathologies dites courantes, faisant envisager ou décider l'hospitalisation. L'interniste est l'interlocuteur privilégié en cas de diagnostic rendu difficile du fait de symptômes non spécifiques ou inexplicables, ou encore pour des patients atteints de maladies rares et/ou de diagnostic complexe. Une bonne coopération entre médecins généralistes et internistes est pour le patient l'assurance d'une médecine de qualité.

# ANNEXE 1:

## Fiche de recueil suite à l'appel d'un médecin :

1. *Jour de la semaine* : .....
2. *Heure d'appel* : .....
3. *Nom du médecin* : .....
4. *N° de téléphone* : .....
5. *Motif d'appel* : hospi MIA - orienta° diagn - autre
6. *Patient* : suivi en MIA - non connu
7. *Nom du patient* : .....
8. *Prénom* : .....
9. *Age* : .....
10. *Conduite à tenir* : hospitalisation - consultation
11. *Durée de la communication* : .....

## ANNEXE 2 :

### Fiche de renseignements sur le médecin appelant :

- 1- Vous êtes : *homme / femme*
- 2- Votre tranche d'âge : *30-40 / 40-50 / 50-60 / + de 60 ans*
- 3- Vous êtes : *généraliste / spécialiste*
- 4- Cadre d'exercice : *rural / urbain / mixte*
- 5- Vous exercez : *seul / en association*
- 6- Vous êtes installé(e) depuis :.....ans
- 7- Etudes au CHU Limoges : *Oui / Non*
- 8- Stage en Médecine Interne A : *Oui / Non*
- 9- Satisfaction : - prise en charge : *Oui / Non*
  - délai de prise en charge : *Oui / Non*
  - retour du courrier : *Oui / Non*
- 10- Si besoin referiez-vous appel au Tél. d'urgences : *Oui / Non*
- 11- Remarques, attentes suite à l'appel :

# ABREVIATION

**Ac** : Anticorps

**BAT** : Biopsie des Artères Temporales

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CMV** : Cytomégalovirus

**CRP** : Protéine Réactive C

**CS** : Consultation

**DDB** : Dilatation De Bronches

**EFR** : Exploration Fonctionnelle Respiratoire

**EPP**: Evaluation des Pratiques Professionnels

**EPPS**: Electrophorèse des Protéines Sériques

**FAN**: Facteur Anti-Nucléaire

**FR**: Facteur Rhumatoïde

**FMC**: Formation Médicale Continue

**FOGD**: Fibroscopie Oeso-gastro-duodénale

**HAD**: Hospitalisation A Domicile

**HTA**: Hypertension Artérielle

**HLPN**: HyperLeucocytose à Polynucléaire Neutrophile

**IRM**: Imagerie par Résonance Magnétique

**LWR**: Latex Waaler Rose

**MAI**: Maladie Auto-Immune

**MG**: Médecine Générale

**MI:** Médecine Interne

**MIA:** Médecine Interne A

**NFS:** Numération Formule Sanguine

**NOIAA:** Neuropathie Optique Ischémique Antérieure Aigue

**TEP:** Tomographie à Emission de Positons

**PPR:** Pseudo-Polyarthrite Rhizomélique

**PTH:** Prothèse Totale de Hanche

**Sd:** Syndrome

**TDM:** Tomodensitométrie

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] BEYLOT J. Médecine générale, médecine interne. Des combats aux enjeux partagés. La Revue de Médecine Interne 30 (2009), p.377-381.
- [2] PATERSON JM, ALLEGA RL. Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary. Can Fam Physician (1999).
- [3] Enquête externe du CHU Nantes- enquêtes papier auprès de 148 médecins généralistes et spécialistes (2011).
- [4] FRANCOIS P, BERTRAND D, WEIL G, FAUCONNIER J. Evaluation des courriers de fin de séjour hospitalier. J Eco Med 1996.
- [5] DOMARD C, CLAVERO J. La continuité des soins de ville après une hospitalisation, URL Ile de France (2006).
- [6] FEINTRENIE C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes, Université Henri Poincaré, Nancy 1 (2010).
- [7] FLASH EuroBaromètre n°104 « MIS Médecine généraliste » (22/06/2001- 13/07/2001).
- [8] Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DRESS. 2000 ;72 :1-8.
- [9] ELLRODT A, SNOEY E, LOGEROT-LEBRUN H, MORETTI F, MEYER L. Evaluation de la pertinence des admissions aux urgences de deux hôpitaux universitaires (résumé de communication orale). Réan Urg. 1999 ;8(2) :142.



- [10] DERAME G, EL KOURI D, HAMIDOU M, CARRE E, POTTET G. Les passages non justifiés au service d'accueil d'urgences, proposition d'une offre de soins différenciée. Presse med. 2004 ;33(12) :780-83.
- [11] BENSOUSAN TA, DALHAB M, DUCASTEL P, LAMOUR N, RIAD C. Qualité diagnostique aux urgences médicales (résumé). Réan Urg. 1998 ;7 :125.
- [12] ANDRONIKOF M, THALMANN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste : Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Med. 2007;34:847-50.
- [13] CHARMION S, et al. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne ?. La revue de médecine interne. 2002 ;23 :840-846
- [14] LEVESQUE II. Profession : interniste ... Rev Méd Interne. 2002 ;23 :41-4
- [15] CARREIRO M. et al. Motifs de recours à la consultation de médecine interne. Rev Méd Interne. 2001 ;22 :90
- [16] PERLAT A, FRIN M, DECAUX O., CADOR B., CAZALETS C., SEBILLOT M., JEGO P., GROSBOIS B. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. Revue de médecine interne. 2010 ;31 :776-779
- [17] MATILLON Y, SPIRA C, SEPETJAN M et al. Relations entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Concours Med. 1986 ;108 :p.389-391
- [18] BISMUTH S, MEGNIN Y, CARREIRO M. et al. La téléconsultation de l'interniste chez le généraliste : un atout pour la promotion de la médecine interne et des relations internistes-généralistes. Revues de Médecine Interne, 2003,24 suppl 4

[19] DUCREUX J-C, CAUSSE D ; Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Fédération Hospitalière de France. Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale. Mars 2007. 13p

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	12
<b>SOMMAIRE</b> .....	15
<b>PREAMBULE</b> .....	17
<b>INTRODUCTION</b> .....	18
1. INTERFACE VILLE/HOPITAL .....	18
2. PROGRAMMATION DES CONSULTATIONS ET DES HOSPITALISATIONS.....	25
3. SITUATION D'URGENCES EN MEDECINE GENERALE.....	27
4. QUID DE L'INTERFACE MEDECINE INTERNE/ VILLE.....	30
<b>PATIENTS ET METHODE</b> .....	32
1. OBJECTIFS.....	32
2. PATIENTS.....	32
2.1. Type d'étude et population étudiée.....	32
2.2. Critères d'inclusion.....	33
2.3. Critères de non inclusion.....	33
3. METHODE.....	34
3.1. Déroulement de l'étude.....	34
3.2. Analyse et saisie des données.....	35
<b>RESULTATS</b> .....	36
1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES APPELS .....	36
1.1. Qui sont les médecins appelants.....	36
1.2. Caractéristiques des appels.....	38
1.2.1. Jours d'appel.....	38

1.2.2. Heures d'appel.....	39
1.2.3. Durée des appels.....	39
2. ANALYSE DES DOSSIERS.....	40
2.1. Type de patients.....	40
2.2. Durée des symptômes avant l'appel.....	41
2.3. Autres spécialistes consultés avant l'appel.....	41
2.4. Bilans réalisés avant l'appel.....	42
2.5. Délai de consultation ou d'hospitalisation.....	47
2.6. Bilan en cours d'hospitalisation ou après consultation.....	47
2.7. Diagnostics.....	49
2.8. Suivi prévu.....	51
3. ANALYSE DE L'ENQUETE POSTALE.....	52
3.1. Qui sont les médecins réponders.....	52
3.2. Evaluation de l'interface médecins généralistes/internistes.....	53
4. ANALYSE STATISTIQUE.....	54
4.1. Durée de l'appel, délai de prise en charge, durée d'hospitalisation.....	54
4.2. Catégories diagnostics et prise en charge pré-hospitalière.....	56
4.3. Adéquation des diagnostics pré-hospitaliers et des diagnostics posés en MIA.....	56
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>58</b>
1. ANALYSE DE L'ETUDE.....	58
1.1. Biais de sélection.....	58
1.2. Remarques sur l'organisation.....	58
2. ANALYSE DES RESULTATS.....	59
3. PISTES POUR AMELIORER L'INTERACTION VILLE/HOPITAL.....	65
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>69</b>

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>72</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>75</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>78</b>

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

