

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marion BABINET

Le 29 mars 2018

**Évaluation après un an d'utilisation d'une ligne téléphonique d'astreinte de
médecine interne destinée aux médecins généralistes à l'hôpital Joseph Ducuing à
Toulouse.**

Directeur de thèse : Dr Martin MICHAUD

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Madame le Professeur Fati NOURHASHEMI	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Francis GACHES	Assesseur
Monsieur le Docteur Martin MICHAUD	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury, et ce malgré les mésaventures du premier projet de thèse. Votre implication dans le parcours des internes de Toulouse, votre disponibilité et votre sympathie ont été d'une grande aide pour nombre d'entre nous.

Madame le Professeur Fati Nourhashémi

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je garde un souvenir heureux de mon premier semestre dans votre service au Post Urgences Gériatriques de Rangueil.

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury. Nous n'avons pas eu l'occasion de travailler ensemble mais je sais votre engagement au sein du DUMG et au nom de tous les internes, je vous en remercie.

Monsieur le Docteur Francis Gaches

Te voir dans ce jury est un honneur et un grand plaisir pour moi. Merci pour tout ce que tu nous as apporté lors du stage, et tout particulièrement pour ta façon de nous valoriser en tant que généralistes dans un service de médecine interne. Lors de notre premier jour à Joseph Ducuing, tu nous as dit à tous les cinq : « mon objectif : que vous soyez chaque jour heureux de venir en stage ». Que dire de plus ? Mission accomplie.

Monsieur le Docteur Martin Michaud

Merci de m'avoir proposé ce projet et de m'avoir guidée dans la réalisation de cette thèse. Travailler sur ce sujet m'a permis de prolonger l'aventure Joseph Ducuing avec ta bienveillance, ta rigueur et toujours cet humour subtil que nous te connaissons. Merci encore Martin.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A tous les soignants et non soignants, dont j'ai croisé la route depuis 2008 et qui ont fait de moi le médecin et la personne que je suis aujourd'hui.

Aux équipes de Lille : Saint Philibert et Saint Vincent de Paul, Tourcoing, Boulogne sur Mer, Toulouse, Lourdes, Montauban, Aspet, Saint-Béat, Aussonne et bien sûr à Andrea et Michal quelque part en République Tchèque.

Une pensée particulière pour l'équipe médicale, paramédicale et les secrétaires de Joseph Ducuing qui sont au cœur de cette thèse et qui garderont toujours une place particulière dans mon esprit.

Aux équipes de la Clinique des Pyrénées à Colomiers pour leur accueil chaleureux.

A la grande famille de la Faculté Libre de Médecine de Lille : les amis, vous me manquez là-haut dans le Nord! Que d'aventures et de chemin parcouru depuis la semaine d'intégration en P1... Si nous sommes maintenant un peu éparpillés, je chéris chaque moment de retrouvailles et attends les prochaines avec impatience.

A tous les amis que j'ai rencontrés pendant l'aventure toulousaine, et particulièrement à mes co-internes : Laurine, Camille, Hugo, Arnaud, Simon, Romain, Julien, Mélanie, Elisabeth, Jean-Christophe, et enfin les merveilleux guérilleros Florence, Lucie, Romain et Richard. Nous avons partagé trois années riches en changements et apprentissages. Ces journées de visites, gardes, blagues, courriers, épreuves, galères, cours, moments de solitude et fou-rires sont passées à toute vitesse et me laissent des souvenirs impérissables.

A Maxime, pour tes compétences en Microsoft Office... et surtout pour tout le reste.

A ma famille, si belle et forte, mon Papa, mes grands frères Martin (merci pour la traduction !) et Pierre là-bas sur son île, mais aussi Françoise et Marion, et ma petite Victoire dont j'ai l'immense honneur de devenir bientôt la marraine.

A ma maman, qui me manque.

A son médecin traitant, le Dr Nicolas Robin, qui un jour m'a écrit : « Ne t'endurcis jamais, écoute toujours, essaye de comprendre. Tu verras comme ce métier, comme celui de tous ceux qui contribuent à sa mise en œuvre, est... beau ! »

Ces mots m'accompagnent chaque jour.

Pour les soins, l'accompagnement et l'amitié dont vous avez fait preuve auprès de notre mère, Merci.

TABLE DES MATIÈRES

<u>LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....</u>	1
<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>MATERIEL ET METHODES.....</u>	5
TYPE D'ETUDE.....	5
OBJECTIFS.....	5
CRITERES DE JUGEMENT.....	5
POPULATION CONCERNEE	6
MISE EN PLACE ET DIFFUSION.....	6
RECUEIL DES DONNEES	6
<u>RESULTATS.....</u>	7
NOMBRE D'APPELS.....	7
MEDECINS APPELANTS	7
CARACTERISTIQUES DES PATIENTS.....	8
CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	9
SITUATION GLOBALE DE L'APPEL.....	9
MOTIFS D'APPEL.....	9
OBJECTIFS SECONDAIRES.....	11
TYPE DE REPONSE	11

DELAI DE PRISE EN CHARGE	12
SUIVI DES PATIENTS.....	14
PATIENTS DEJA SUIVIS.....	14
<u>DISCUSSION.....</u>	15
DEFINITIONS ET CADRE LEGAL	15
QUELS DROITS POUR LES PATIENTS ?.....	15
QUEL FINANCEMENT ?.....	16
RESULTATS PRINCIPAUX.....	16
LE MEDECIN DE PREMIER RECOURS	16
LES MOTIFS DE RECOURS A L'INTERNISTE	18
ET LA GESTION DE L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE.....	19
RESULTATS SECONDAIRES.....	20
DES SOLUTIONS POUR EVITER LE PASSAGE PAR LES URGENCES	20
TELEEXPERTISE : VERS UN PATIENT DEMATERIALISE ?.....	22
UN MOYEN D'ACCES AU MILIEU HOSPITALIER	22
PERSPECTIVES : ENCADRER, FORMALISER POUR VALORISER.....	23
LIMITES DE L'ETUDE	24
<u>CONCLUSION</u>	<u>26</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>27</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>30</u>

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACAN : Anticorps anti-nucléaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPK : Créatine phosphokinase

EPP : Électrophorèse des protéines plasmatiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDR : Intradermo réaction

MPR : Médecine physique et réadaptation

MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PPR : Pseudo polyarthrite rhizomélique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SR : Sex ratio

TA : Tension artérielle

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UADR : Unité d'Admission Directe

UADTR : Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide

UNADITI : UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors

INTRODUCTION

Médecine générale et médecine interne sont des spécialités dont les champs d'action sont proches mais dont le mode d'exercice diffère. La définition de la médecine générale a été établie par la WONCA en 2002 : « *Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. [...] Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. [...]* » (1) »

Définir la médecine interne est moins évident. Méconnue des patients, elle pourrait se situer à mi-chemin entre le vaste champ d'action du généraliste et le niveau d'expertise du spécialiste d'organe. Elle est définie comme « spécialité de la non-spécialité d'organe » par le Collège de Médecine interne. Le Livre Blanc de la Médecine Interne aborde en 2004 la question sous un angle différent : « Les Internistes ont en effet préféré laisser la Médecine Interne se définir elle-même par ses actes, ses travaux, ses missions, son enseignement, sa recherche et ses perspectives. » (2).

Si la globalité de la prise en charge apparaît au premier plan dans ces deux spécialités, chacun intervient à un stade différent. Le médecin généraliste en soins primaires, l'interniste souvent en deuxième voire troisième ligne après plusieurs avis spécialisés « d'organe » (3).

L'Occitanie, avec ses treize départements, possède une population totale estimée en 2014 à 5 730 753 habitants. Une région en pleine expansion, dont la population augmente de 0,9% chaque année, notamment portée par les grandes villes comme Toulouse qui présente un accroissement annuel de population de 1,4% (4).

En 2016, on recense 176 médecins internistes et 8199 médecins généralistes dans la région Occitanie, soit une densité de 3 internistes pour 100 000 habitants. Le

département de Haute-Garonne possède 3,2 internistes pour 100 000 habitants, une densité jugée forte car supérieure à la moyenne nationale de 2,7 pour 100 000 habitants (5). Ces chiffres sont à nuancer car une partie des internistes ont une activité diversifiée et ne pratiquent pas à temps plein cette spécialité. Concernant la médecine générale, on retrouve une densité forte de médecins à l'échelon régional (140,7/100 000 habitants) et départemental (146,6/100 000 habitants), pour une densité moyenne nationale de 130,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants (5). Bien que supérieures aux moyennes nationales, ces densités diminuent depuis plusieurs années en Occitanie. Corrélée à l'augmentation de population, cette diminution explique aisément les difficultés d'accès des patients aux soins de médecine interne mais aussi aux soins primaires de médecine générale.

Le développement de la télémédecine constitue un enjeu majeur face à une demande de soins croissante. Elle se définit en plusieurs axes, dont fait partie la téléexpertise que nous développerons dans ce travail.

L'hôpital Joseph Ducuing, autrefois hôpital Varsovie, est un établissement privé associatif à but non lucratif situé au cœur de Toulouse. Fondé en 1944 par des résistants républicains espagnols afin de soigner les blessés des unités de guérilleros qui s'étaient battus en France contre les nazis, il a étendu progressivement ses activités au bénéfice de l'ensemble de la population de Toulouse et sa région (6). Il participe à l'exécution du service public hospitalier depuis le 3 novembre 1976 (7).

Le service de médecine regroupe deux secteurs d'hospitalisation conventionnelle (soit 36 lits) et un secteur d'hospitalisations de jour. Il est Centre de Compétences Maladies Lysosomales depuis 2017. Quatre médecins internistes y partagent leur activité entre gestion du service et consultations. Des médecins d'autres spécialités apportent leur expertise selon les pathologies rencontrées dans le service.

Depuis juin 2016, une ligne téléphonique d'astreinte de médecine interne à destination des médecins généralistes a été instaurée. Ce dispositif s'adresse aux médecins nécessitant une expertise téléphonique, un rendez-vous rapide, une

hospitalisation directe (afin d'éviter un passage injustifié aux urgences) ou une hospitalisation programmée pour leur patient.

L'objectif principal de ce travail est de définir les motifs d'appel les plus fréquemment retrouvés après un an d'utilisation de la ligne téléphonique. Les objectifs secondaires consistent en la description du type de prise en charge en fonction du motif d'appel.

Après avoir abordé la méthode de mise en place de la ligne téléphonique, ainsi que le mode de recueil des données, nous présenterons les résultats obtenus. Puis nous définirons les principaux textes de loi et enfin discuterons des utilisations, limites et perspectives de ce nouvel outil.

MATERIEL ET METHODES

TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative, rétrospective, descriptive, observationnelle et monocentrique.

OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail est de décrire les motifs d'appel des médecins ayant utilisé la ligne directe d'avis de médecine interne durant sa première année de mise en place. Les informations ont été collectées à partir des carnets d'appel et étaient ensuite complétées à l'aide du dossier médical informatisé du patient (Annexe 1).

Les objectifs secondaires consistent en l'analyse des caractéristiques de prise en charge dans les suites de l'appel.

CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était motif de l'appel reçu. Il a premièrement été retranscrit de façon littérale à partir d'un carnet de recueil (Annexe 1), puis chaque appel a été attribué à une ou plusieurs catégories selon les mots-clés retrouvés dans l'intitulé. Ainsi, on pouvait retrouver plusieurs motifs pour le même patient (par exemple : altération de l'état général et anémie). Les catégories ont d'abord été celles utilisées sur la plateforme ARIAME, plateforme de téléexpertise de médecine interne du CHU de Clermont-Ferrand, décrite dans le travail de thèse des Drs Resseguier et De Ruffray en 2016 (8) (Annexe 2). Au cours du recueil, de nouvelles catégories ont été ajoutées et certaines ont été retirées afin d'être plus proches des motifs retrouvés dans notre étude.

Les critères de jugement secondaires étaient le type de réponse apportée (avis téléphonique, consultation d'urgence, consultation programmée, hospitalisation directe, hospitalisation programmée), le délai de prise en charge et le suivi des patients.

POPULATION CONCERNEE

Critères d'inclusion : tout appel survenu sur le numéro d'astreinte entre le 7 juin 2016 et le 6 juin 2017, concernant un patient de plus de 15 ans et dont la fiche était suffisamment renseignée pour en permettre l'analyse.

MISE EN PLACE ET DIFFUSION

Le dispositif a été mis en place en juin 2016.

Les médecins généralistes ont été informés de la manière suivante : mail destiné aux correspondants les plus fréquents, réalisation d'une plaquette d'information (Annexe 3), mise à jour du site internet, apparition du numéro d'astreinte à la fin des courriers médicaux du service de médecine.

Un numéro téléphonique entièrement dédié a été mis en place. Les données reçues étaient consignées dans un carnet, chaque page correspondant à une fiche de recueil d'informations (Annexe 1). Ainsi, le médecin d'astreinte avait en permanence sur lui le téléphone d'astreinte et le carnet d'appels.

RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies sur place, à l'hôpital Joseph Ducuing, entre avril et juillet 2017. L'ensemble des informations ont été entrées dans une base de données sur le logiciel EXCEL. L'anonymisation a été faite de façon consécutive avec attribution d'un numéro d'appel par ordre chronologique. Les données démographiques du patient étaient ensuite notifiées puis le délai de prise en charge (en jours), et les modalités de suivi. Les carnets d'appel et les dossiers informatisés des patients ont été consultés .

RESULTATS

NOMBRE D'APPELS

382 appels ont été recensés entre le 7 juin 2016 et le 6 juin 2017. Le nombre d'appels quotidiens se situait entre 1 et 7. Au bout d'un mois on notait en moyenne 1,81 appel par jour, pour atteindre en juin 2017 2,97 appels par jour (+64%).

MEDECINS APPELANTS

Le nom du médecin manquait dans 9% des cas soit 33 fiches. Les 349 appels restants provenaient de 246 médecins différents. On retrouve un nombre d'appels par médecin allant de 1 à 7, avec une moyenne à 1,46 et une médiane à 1.

Ces médecins exerçaient en grande majorité à Toulouse et dans sa périphérie, mais on retrouvait aussi quelques appels provenant de la région de Saint-Gaudens et de Montauban.

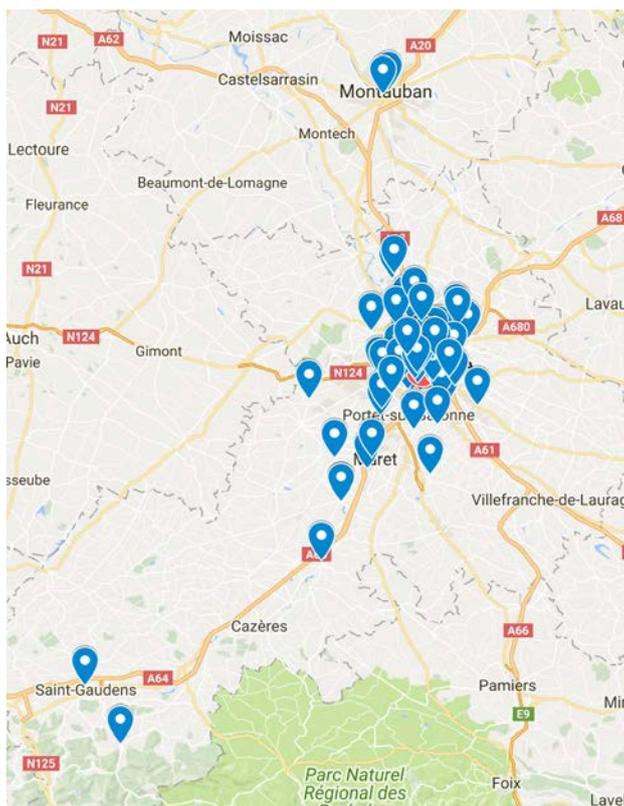


FIGURE 1 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS APPELANTS

Parmi ces médecins, 60,5% (231) étaient spécialistes en médecine générale et 10,5% (40) exerçaient dans d'autres spécialités. Cette donnée était manquante dans 29% des cas.

Les effectifs des autres spécialités étaient dominés par l'angiologie (20%), suivie par la dermatologie (10%), la cardiologie, l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie (8%). Venaient ensuite les autres spécialités : hépato-gastro-entérologie, médecine physique et réadaptation, neurochirurgie, ORL, pneumologie, rhumatologie, urgences.

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

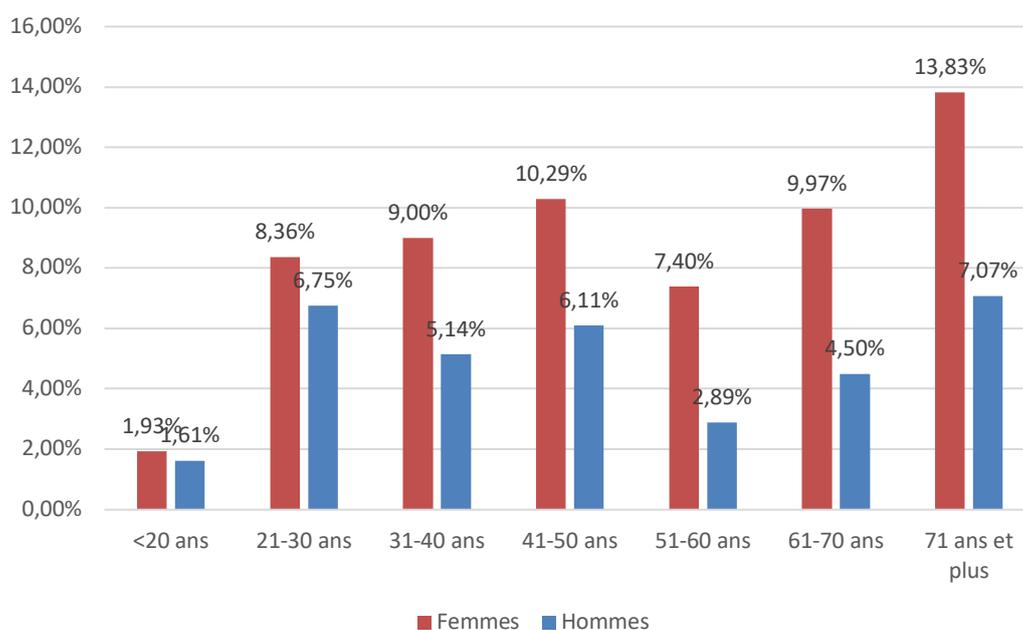


FIGURE 2: PROPORTION FEMMES/HOMMES SELON LA TRANCHE D'ÂGE, EN POURCENTAGE

Les deux pics d'âge se situent chez les 41-50 ans (16,40%) et les plus de 71 ans (21%). On observe une prédominance féminine dans toutes les catégories, globalement plus marquée avec l'âge.

CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

SITUATION GLOBALE DE L'APPEL

Les situations globales motivant l'appel étaient réparties selon les proportions ci-dessous.

TABLEAU 1 : SITUATION GÉNÉRALE MOTIVANT L'APPEL

Situation motivant l'appel	Effectif
Situation diagnostique complexe	314 (85,5%)
Demande liée à une pathologie systémique pré-existante	20 (5,5%)
Difficulté thérapeutique	16 (4,4%)
Situation sociale précaire/ Maintien à domicile impossible	10 (2,7%)
Interprétation résultats biologiques	7 (1,9%)

Si l'on observe les appels provenant des spécialistes non généralistes, on retrouve 75% de situations diagnostiques complexes, 12,5% de situations liées à des pathologies systémiques connues, 10% de demandes quant à la thérapeutique et 2,5% concernant une situation sociale précaire.

MOTIFS D'APPEL

Afin de classer les motifs d'appel, nous nous sommes basés sur les catégories du dispositif ARIAME du CHU de Clermont-Ferrand, modifiées pour être plus exploitables au vu des données recueillies. De 17 catégories, nous sommes passés à 22, avec comme modification principale une formulation plus générale et une suppression des catégories trop spécifiques ne regroupant pas assez de situations (Annexe 4).

Sur les 516 motifs d'appel retranscrits, 17 (3,2%) n'ont pas été retenus pour les raisons suivantes : manquant, illisible, inadéquat (appel d'un collègue pour autre sujet, demandes relevant du secrétariat).

251 appels ne mentionnaient qu'un mot-clé et donc un motif. Il y en avait 2 pour 96 appels, 3 pour 16 appels et 4 pour 2 appels, soit un total de 499 mots-clés répartis sur 365 appels retenus.

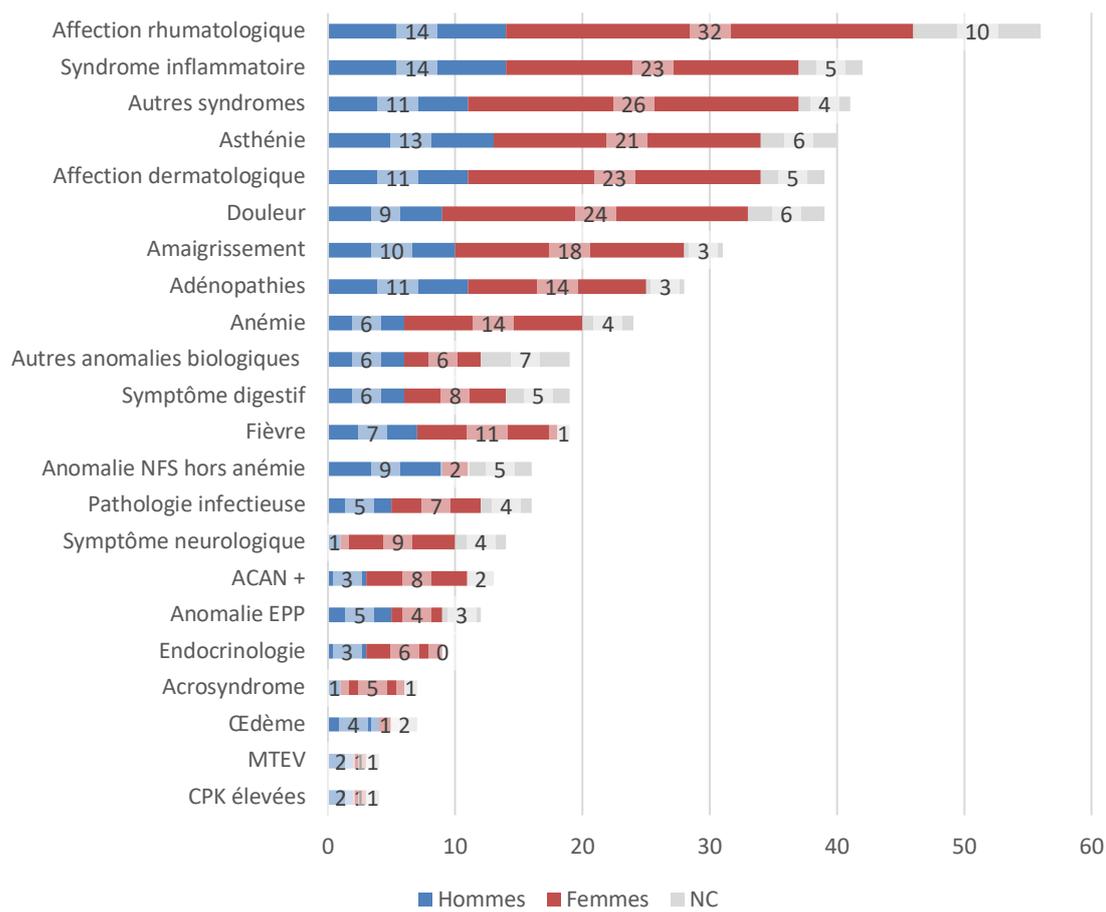


FIGURE 3: NOMBRE DE MOTS-CLÉS PAR MOTIF ET RÉPARTITION PAR SEXE

Les affections rhumatologiques étaient majoritaires, retrouvées 56 fois soit dans près d'un appel sur 6. Elles étaient dans la moitié des cas associées à d'autres mots-clés. Les affections générales telle l'asthénie, la douleur, les syndromes inflammatoires, l'amaigrissement étaient aussi largement représentées, ainsi que les affections dermatologiques.

Les demandes n'entrant pas dans les catégories prédéfinies étaient nombreuses, regroupées dans la catégorie « autres syndromes » et détaillées en annexe 5.

Le tableau synthétique des motifs d'appel par âge et par sexe est disponible en annexe 6.

OBJECTIFS SECONDAIRES

TYPE DE REPONSE

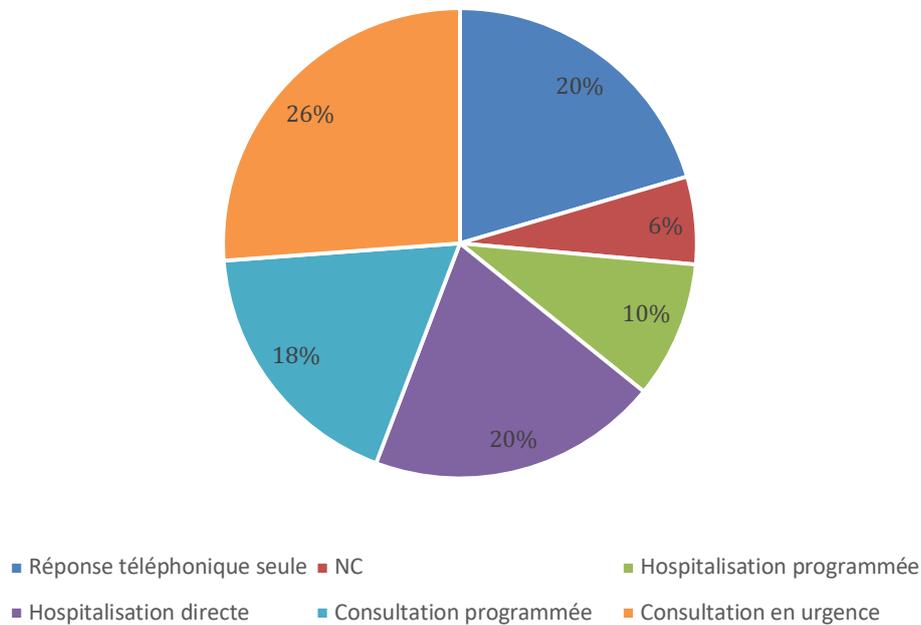


FIGURE 4: TYPE DE RÉPONSE: RÉSULTATS GÉNÉRAUX

1 patient sur 5 a bénéficié d'une réponse téléphonique seule. 44% ont été vus en consultation, dont plus de la moitié en urgence. Une hospitalisation a été organisée pour 30% des patients : les deux tiers en urgence, un tiers en hospitalisation programmée. Les données étaient manquantes dans 6% des cas.

Les moins de 20 ans ont été hospitalisés dans 14% des cas et ont bénéficié d'une réponse téléphonique dans 43% des cas. Ces proportions s'inversent progressivement pour atteindre 11% de réponses téléphoniques et 49% d'hospitalisations chez les plus de 70 ans.

Les consultations représentent entre 33 et 62% des réponses (62% des réponses apportées aux 31-40 ans). Leur proportion tend ensuite à diminuer au profit des hospitalisations qui augmentent (Figure 5).

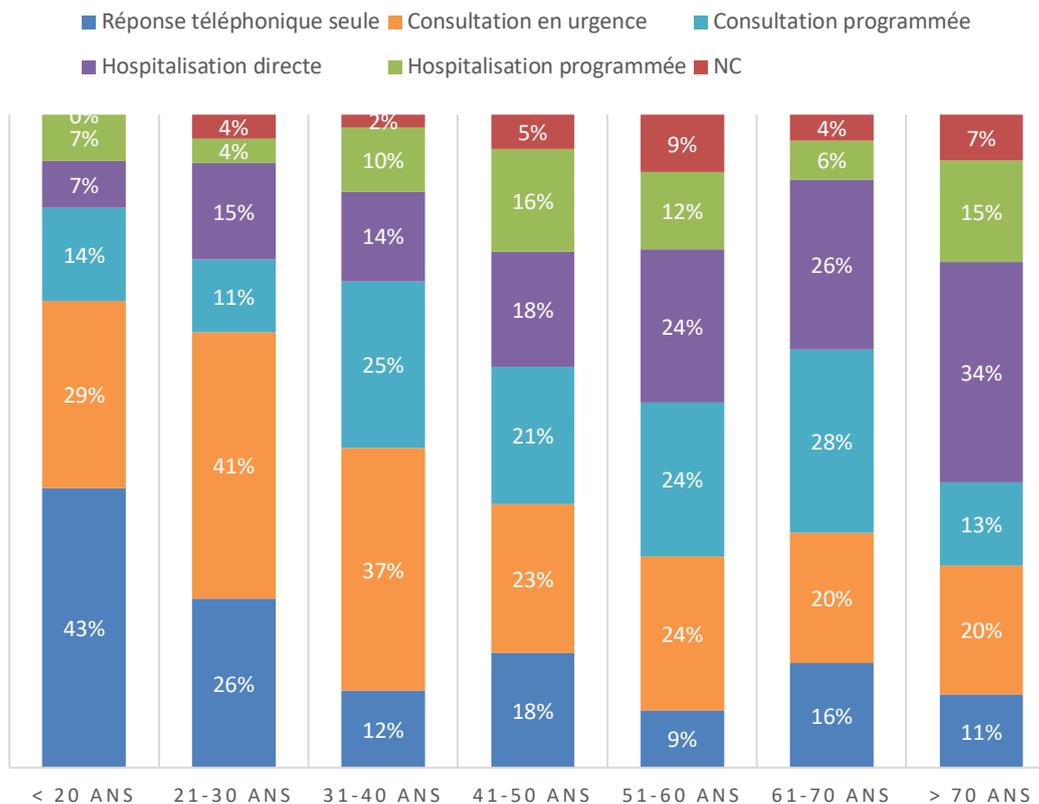


FIGURE 5: TYPE DE RÉPONSE EN FONCTION DE L'ÂGE

DELAI DE PRISE EN CHARGE

Pour les appels jugés urgents, les patients ont été vus pour la première fois dans un délai moyen de 5,8 jours (délai médian = 2,5 jours). Le délai moyen était de 8,9 jours pour les consultations (médiane 6 jours) et de 1,8 jour pour les hospitalisations (médiane 1 jour).

Concernant les prises en charges programmées, on retrouve un délai global de 24,7 jours en moyenne avec une médiane à 14 jours. Les consultations ont eu lieu en moyenne 34 jours et les hospitalisations 9,7 jours après l'appel (médianes respectivement 28 et 6,5 jours) (Figure 6). On observe un délai de prise en charge plus court chez les plus de 71 ans (9,2 jours): un résultat correspondant au fait que cette classe d'âge a été majoritairement orientée vers l'hospitalisation, qui présentait des délais bien plus courts que les consultations plus présentes chez les plus jeunes. Les autres classes d'âge ont été vues en moyenne entre 8,5 et 16,6 jours (Figure 7).

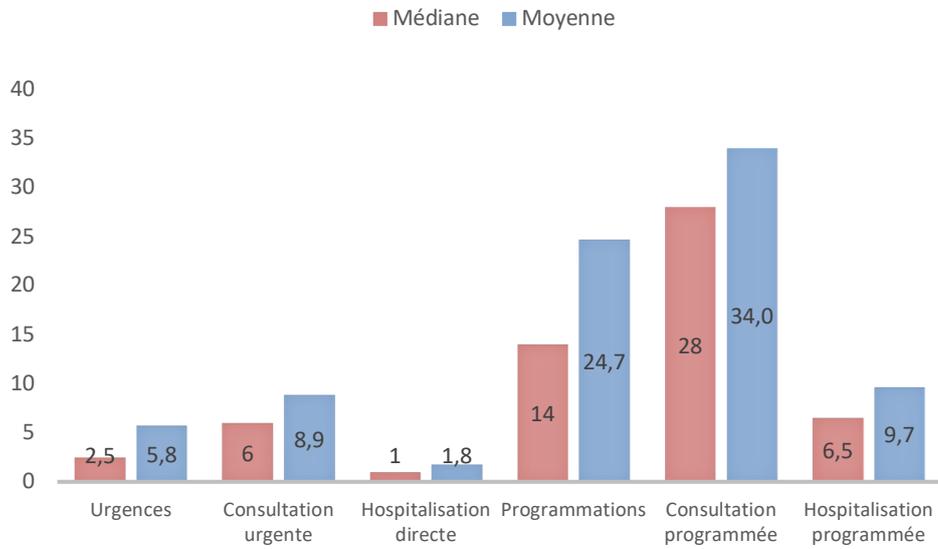


FIGURE 6: DÉLAI DE PRISE EN CHARGE EN JOURS SELON LE TYPE DE RÉPONSE

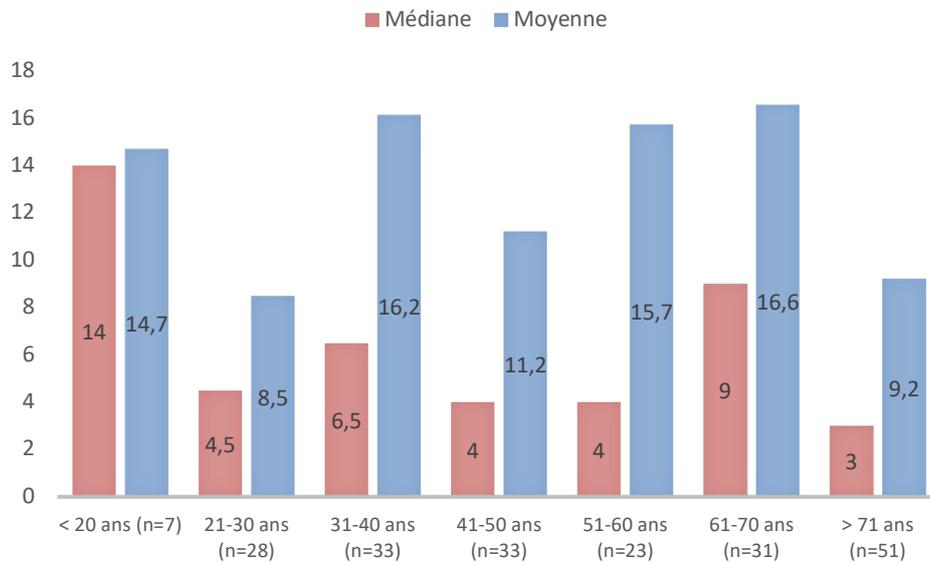


FIGURE 7: DÉLAI DE PRISE EN CHARGE EN JOURS EN FONCTION DE L'ÂGE

SUIVI DES PATIENTS

L'information concernant le suivi des patients a été retrouvée chez 218 patients (71%) ayant été vus dans le service, soit l'ensemble des patients à l'exclusion de ceux ayant bénéficié d'une réponse téléphonique seule.

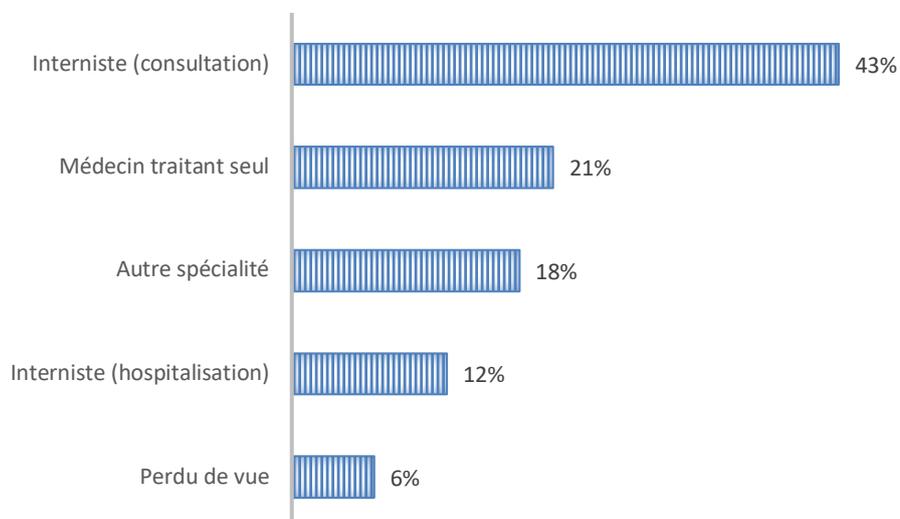


FIGURE 8: SUIVI DES PATIENTS

55% d'entre eux ont été revus par l'interniste au moins une fois, pour la plupart en consultation mais aussi lors d'une hospitalisation programmée dans 1 cas sur 5. 6% auraient dû être revus mais ont été perdus de vue. 18% des patients ont été confiés à d'autres spécialistes. Il s'agissait principalement des endocrinologues (n=7), des pneumologues et des oncologues (n=5) (Annexe 7).

Enfin, le suivi a été assuré par le médecin traitant seul dans 21% des cas.

PATIENTS DÉJÀ SUIVIS

16 patients (4%) étaient déjà suivis par un médecin du service. Ils ont été orientés vers une consultation urgente dans 7 cas, une consultation programmée dans 3 cas, une hospitalisation directe pour 3 d'entre eux et un simple conseil téléphonique pour un seul patient. Cette donnée était manquante pour 2 patients.

DISCUSSION

DEFINITIONS ET CADRE LEGAL

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1997 la télémédecine comme « la pratique de la médecine au moyen de techniques interactives de communication des données (audiovisuelles notamment) ; cela comprend la fourniture de soins médicaux, la consultation, le diagnostic et le traitement, ainsi que la formation et le transfert de données médicales. » (9)

La loi Hôpital, Patient, Santé Territoire de 2009 apporte pour la première fois la notion de communication entre professionnels de santé en l'absence du patient (10). Elle est complétée en 2010 par un décret d'application définissant les cinq axes de la télémédecine que sont la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale dans le cadre de la régulation (11).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) précise ces notions en définissant la téléexpertise de façon suivante : « La téléexpertise concerne un échange professionnel entre deux ou plusieurs médecins, soit par la concertation entre médecins, soit par la réponse d'un « médecin distant » sollicitée par le médecin en charge directe du patient. Elle n'est pas de nature intrinsèquement différente de la consultation spécialisée ou du deuxième avis. Elle ne s'en distingue que parce qu'elle s'effectue par la transmission électronique de données cliniques, biologiques et/ou d'imagerie et non pas par le déplacement du patient ou du « médecin distant » (12).

QUELS DROITS POUR LES PATIENTS ?

Les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre habituel des situations de soin (12).

La loi Santé de 2016 vient nuancer la notion de consentement dans un but de simplification du parcours de soins. Le consentement libre et éclairé de la loi

Kouchner de 2002 (13) est ici remplacé par le droit d'opposition, applicable à tout moment par le patient (14).

QUEL FINANCEMENT ?

Si la télémédecine fait partie des objectifs prioritaires des Pactes Territoire Santé 1 et 2 (respectivement 2012 et 2015), la question du financement en est à l'heure actuelle au stade expérimental (15,16). En France, neuf régions pilotes (dont l'Occitanie ne fait pas partie) mettent en place depuis 2012 des actes de télémédecine, dont la rémunération est basée sur des fonds d'intervention régionaux (16).

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2018 met fin à leur caractère expérimental, de façon à ce qu'ils puissent se développer sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, le cadre économique et les conditions de réalisation de ces actes doivent être établis et l'article de loi permet à l'Assurance Maladie et aux syndicats signataires de la Convention Médicale de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise (17).

RESULTATS PRINCIPAUX

LE MEDECIN DE PREMIER RECOURS

Une définition des soins de premier recours a été proposée il y a dix ans lors des États Généraux de l'Organisation de la Santé : « Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours ». Ceux-ci comprennent la prise en charge de diverses affections, ainsi que l'éducation à la santé et l'orientation dans le système de soins. Cette définition de l'offre de soins de premier recours n'exclut aucun des professionnels de santé, même si le médecin généraliste, en tant qu'acteur pivot, est le plus souvent choisi comme médecin traitant (18).

Le médecin généraliste est donc dans la grande majorité des cas le premier à recueillir la plainte du patient. Outre ses missions de prévention, d'éducation, et de

gestion des affections courantes, il est comme dit plus haut l'acteur pivot, le chef d'orchestre du parcours de soins de son patient. C'est donc à lui que revient la responsabilité de faire appel à tous les professionnels et ressources disponibles lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de résoudre une situation (1).

Sachant qu'une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes, on peut entrevoir les freins et difficultés à faire appel à un confrère si la démarche n'est pas la plus simple possible (19). Ce numéro de téléphone semble avoir satisfait les généralistes si l'on en croit l'augmentation du nombre d'appels de 64% sur la première année.

Le CHU de Nantes a mis en place un système similaire en 2003. Baptisé UNADITI (UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate), il s'agit d'une permanence téléphonique tenue du lundi au vendredi par treize médecins internistes et destinée aux médecins généralistes. Douze ans après son lancement, alors que le volume d'appels continue à être en plein essor, un article publié en 2015 propose une évaluation quantitative et qualitative de ce dispositif (20). La satisfaction globale des généralistes était jugée bonne avec une note moyenne de 8,5/10 et l'accessibilité satisfaisante dans 88% des cas. Les missions de l'UNADITI, pour les médecins appelants, étaient en majorité une aide diagnostique et thérapeutique, mais aussi une optimisation du temps, l'accès à des soins dans des délais adaptés, et une diminution de l'utilisation superflue du système de santé (examens complémentaires, passage aux urgences). Plus de 60% des généralistes interrogés ne trouvaient aucune amélioration à apporter à l'outil et s'en trouvaient pleinement satisfaits.

Un nombre d'appels qui croît d'années en années, des médecins généralistes satisfaits, une optimisation du temps de chacun et une économie des ressources de soin : l'exemple nantais est un modèle qui peut nous laisser espérer une évolution comparable dans les années à venir.

Notre étude montre qu'une large majorité de médecins se trouvait dans une situation diagnostique complexe au moment de l'appel (85,5%). En 2016, le Dr Caux s'est intéressé aux interactions entre médecine interne et médecine générale en région Midi Pyrénées. Notre résultat est en adéquation avec son travail dans lequel 93,6% des médecins généralistes et 100% des internistes estimaient que ces situations diagnostiques étaient un motif de recours à la médecine interne (3). Le détail des motifs d'appel rejoint cette notion de polyopathie par la forte représentation des symptômes généraux et des « multi-symptômes » dans les demandes. Affections rhumatologiques, syndromes douloureux, altération de l'état général, anémie sont des symptômes très largement rencontrés en médecine générale (21). Leur forte représentation dans la patientèle du généraliste explique leur prévalence élevée dans notre étude. En 2004, 20 % des Français actifs présentaient un état de fatigue inexplicé, une altération de l'état général, voire des désordres biologiques inflammatoires incompris alors que les maladies systémiques étaient devenues la première cause de fièvre prolongée (2).

Chez les moins de 20 ans, le faible effectif rend difficile l'analyse des résultats. Chez les 21-30 ans, on retrouve en majorité les adénopathies (15%), l'asthénie (13%) et les affections dermatologiques (9%). La répartition est globalement plus homogène chez les 31-40 ans, avec en tête toujours l'asthénie (8%) et les adénopathies (8%), ainsi que les affections dermatologiques (11%) auxquelles s'ajoutent les affections rhumatologiques (11%). Les 41-50 ans ont surtout été sujets aux problématiques douloureuses (12%), affections rhumatologiques (11%) et dermatologiques (9%). Les adénopathies ne sont plus qu'en quatrième position avec 7% des appels. La famille des 51-60 ans, qui présente un effectif global plus faible que la précédente, est dominée par les affections rhumatologiques, l'asthénie, l'amaigrissement et les affections dermatologiques. A partir de 60 ans, on voit s'accroître le nombre d'appels pour syndrome inflammatoire (10%). Les affections rhumatologiques sont toujours très représentées (12%) ainsi que l'asthénie, l'amaigrissement, la douleur qui sont chacune à 7,5% et les autres syndromes (10%).

Enfin, c'est la catégorie syndrome inflammatoire qui domine nettement la famille des plus de 71 ans avec 18% des mots-clés. On retrouve ensuite les affections rhumatologiques (11%), l'amaigrissement et les autres syndromes (9%), l'anémie, l'asthénie et la douleur avec 7% pour ces 3 dernières catégories.

En dehors des situations diagnostiques complexes, largement majoritaires, on retrouvait dans 5,5% des cas des demandes pour un patient atteint d'une pathologie systémique connue, dans 4,4% des cas un problème thérapeutique, dans 2,7% des cas une situation sociale précaire ou un maintien à domicile difficile. Bien que moins représentées, ces situations reflètent la diversité de la spécialité de médecine interne : suivi de pathologies « spécifiques » de la médecine interne, prise en charge du patient dans sa globalité, englobant ses maladies mais aussi son environnement social.

A Nantes, les appels de l'UNADITI étaient associés dans 61% des cas à des difficultés diagnostiques, dans 20% à des difficultés thérapeutiques, et 12% à des difficultés diagnostiques et thérapeutiques (20).

Nos résultats rejoignent donc les données de la littérature avec un recours à l'interniste concernant des situations diagnostiques complexes, regroupant un ou plusieurs symptômes généraux. L'interniste est également sollicité pour le diagnostic et le suivi des pathologies systémiques, inflammatoires ou auto-immunes, échappant au spécialiste d'organe de par leur caractère global. 63% des généralistes de Midi-Pyrénées estiment ne pas disposer des connaissances suffisantes pour en assurer une bonne prise en charge (3).

ET LA GESTION DE L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE

La Société Française de Médecine Générale estime que seules 30% des consultations de médecine générale aboutissent à un diagnostic. L'incertitude diagnostique est donc une composante essentielle de la pratique en médecine générale. Elle est rencontrée « souvent » voire « très souvent » par 66% des internes de Midi-Pyrénées durant leur Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) (22). Avec un temps et des moyens techniques limités, le rôle

du généraliste est alors de savoir orienter son patient (23). Le recours à un autre spécialiste est une composante à part entière de cette démarche, comme nous l'avons cité en introduction dans la définition de la médecine générale par la WONCA, et comme l'exige son rôle de médecin de premier recours. En effet, 55,2% des généralistes interrogés dans l'étude du Dr Caux estiment faire appel à l'interniste « parfois » ou « souvent » de peur de « passer à côté de quelque chose ». 100% des internistes estiment être sollicités dans ce contexte (3). Une meilleure formation des généralistes en médecine interne pourrait permettre une gestion plus sereine du symptôme inexpliqué.

De plus, les situations diagnostiques complexes étaient en cause chez 75% des spécialistes hors médecine générale. L'incertitude n'est donc pas le propre du médecin de premier recours : elle est présente dans tous les champs d'action de la médecine.

RESULTATS SECONDAIRES

DES SOLUTIONS POUR EVITER LE PASSAGE PAR LES URGENCES

Le Panorama des activités des structures d'urgence de l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées (ORUMIP) décompte en 2016 1,7 millions de passages aux urgences en Occitanie, avec une augmentation de 2,6% par rapport à 2015 (24). Plusieurs études anglo-saxonnes font état d'une augmentation de la morbidité et des erreurs médicales dans les situations de saturation des services d'urgence (26,27).

En 2010, une enquête réalisée dans la région de Mâcon auprès des médecins généralistes mettait en évidence les difficultés justifiant l'hospitalisation de leur patient via un service d'urgences. L'urgence médicale n'en était pas la principale raison. Étaient surtout évoquées les difficultés logistiques comme un délai d'hospitalisation programmée trop long (57,6%), une demande du service receveur (61,6%), des difficultés pour trouver un interlocuteur hospitalier (30%), ou le temps important passé à programmer une hospitalisation (26,3%) (26). Dans l'étude du Dr Caux, les internistes de Midi-Pyrénées étaient sollicités après les spécialistes

d'organe dans la majorité des cas (principalement cardiologues, gastroentérologues et rhumatologues). Les difficultés d'accès à la médecine interne étaient mises en cause dans la moitié de ces situations (3).

Avec des délais de prise en charge courts, le dispositif de Joseph Ducuing apporte une solution à ces difficultés d'accès. En effet, les patients étaient vus en moyenne en 5,8 jours dans les situations considérées urgentes (médiane 2,5 jours) et en 24,7 jours (médiane 14 jours) dans les situations programmées. Par ailleurs, les délais de consultation par la voie classique (via les secrétaires) sont supérieurs à 3 mois pour tous les médecins du service. Rappelons que les situations considérées comme une urgence médicale nécessitant une prise en charge dans la journée n'étaient pas concernées par cette astreinte téléphonique. Le type de réponse variait selon le profil des patients : plus l'âge avançait, plus il était proposé une hospitalisation directe (de 7% chez les moins de 20 ans à 34% chez les plus de 70 ans). Le délai moyen de prise en charge était plus court pour les 21-30 ans et les plus de 70 ans. Pour les premiers, on se trouvait dans des situations de suspicion diagnostique nécessitant un bilan précoce (adénopathies, affection dermatologique évocatrice de pathologie systémique, altération rapide de l'état général). Pour les plus âgés, leur terrain souvent polyopathologique et les situations fréquentes d'altération de l'état général justifiaient également une prise en charge rapide et la plupart du temps en hospitalisation.

L'obstacle du temps passé à organiser une hospitalisation est lui aussi résolu : le médecin recevant l'appel recueillait les coordonnées du médecin appelant, et en fonction de sa réponse, lui proposait directement une hospitalisation ou transmettait les coordonnées aux secrétaires du service qui le recontactaient par la suite avec la date de rendez-vous.

On constate que les difficultés évoquées en 2010 par les médecins généralistes de la région mâconnaise trouvent toutes une solution dans le fonctionnement de la ligne d'astreinte : délais de prise en charge courts, pas de nécessité d'un premier bilan aux urgences, interlocuteur disponible directement au téléphone, prise en charge

organisée sur un unique appel. On peut donc supposer que notre outil a pu éviter un important nombre de passages aux urgences.

D'autres CHU ont choisi ce type de solution pour faciliter l'accès aux soins : c'est le cas de Nantes que nous avons évoqué plus haut, de Rennes avec une Unité d'Assistance Diagnostique et Thérapeutique Rapide en médecine interne (UADTR), mais aussi des CHU de Lille, Bordeaux et Lyon dans différents domaines comme la gériatrie (27). Le CHU de Toulouse a mis en place une Unité d'Admission Directe (UADR) en médecine interne en 2016, comme le décrit le Dr Toledano dans son travail de thèse. Son objectif est de limiter le nombre de passages aux urgences en organisant des hospitalisations directes en médecine interne dans un délai inférieur à 48h, selon des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis, via un téléphone dédié. Elle n'a pas pour objectif de programmer des consultations ni de recevoir un avis téléphonique seul (28).

TELEEXPERTISE : VERS UN PATIENT DEMATERIALISE ?

UN MOYEN D'ACCES AU MILIEU HOSPITALIER

Moins de 10% des spécialistes en médecine interne ont un exercice libéral (29). Un médecin souhaitant adresser son patient à l'interniste doit donc généralement passer par l'hôpital. Comme nous l'avons vu plus haut, cela peut poser des difficultés d'organisation et de délais de prise en charge. C'est pour pallier à ces obstacles que les différents outils comme l'UNADITI (Nantes), l'UADTR (Rennes) et ARIAME (Clermont-Ferrand) ont été conçus. Une étude publiée en 2015 interrogeait 32 médecins généralistes lorrains quant à leur ressenti par rapport à la télémedecine. Ces médecins, pour la plupart exerçant en zone rurale, y voyaient une facilité d'accès aux soins, et une évolution logique de la médecine. Mais ils signalaient aussi des représentations négatives : perte de la relation médecin-patient, de l'examen physique, et des informations non-verbales (30).

La plateforme téléphonique de Joseph Ducuing se distingue de ses prédécesseurs par une caractéristique : seuls 20% des appels aboutissent à une réponse

téléphonique seule, ce qui est 2 à 3 fois moins que Nantes (56%), Rennes (41%) et Clermont-Ferrand (62%) (8, 21, 29).

Autrement dit, 80% des patients ayant fait l'objet d'un appel ont été vus par la suite en consultation ou en hospitalisation. Ce chiffre témoigne de la volonté de faciliter l'accès à l'hôpital, son expertise en médecine interne et son plateau technique, en gardant le patient au cœur de la prise en charge. Ainsi, le bénéfice est triple : pour le médecin appelant, qui obtient en un temps minimum une réponse concrète et un rendez-vous dans des délais adaptés à la problématique ; pour le patient, qui avance vers le diagnostic en évitant de multiplier les avis et d'entrer dans un nomadisme médical ; et enfin pour l'interniste, qui par cette ligne téléphonique trouve un moyen de recrutement de sa patientèle.

La première année d'utilisation de la ligne a donc permis 112 hospitalisations et 169 consultations. Notre étude a révélé des délais de consultation inférieurs à un mois (et en cas de situation urgente, inférieur à une semaine) et des délais d'hospitalisation de moins de 10 jours (moins de 2 jours pour les situations urgentes). Les médecins appelants exerçaient principalement en zone urbaine et péri-urbaine (correspondants habituels de Joseph Ducuing). Si l'outil parvient à se diffuser dans la région et les demandes continuent à croître, l'enjeu sera de réussir à maintenir ces délais optimaux.

Après la première consultation ou la première hospitalisation, le suivi a été effectué par des internistes dans 55% des cas, d'autres spécialistes dans 18% des cas et par le médecin traitant seul dans 21% des cas. Au-delà de l'évaluation initiale, on observe une volonté de mise en place d'un suivi dans le temps et une inclusion dans le parcours de soins hospitalier.

PERSPECTIVES : ENCADRER, FORMALISER POUR VALORISER

L'analyse de l'utilisation la première année de la ligne téléphonique nous a montré qu'elle s'approche plus d'un moyen d'accès aux soins simplifié que d'un outil de télémedecine. Pourtant, parmi les 20% de patients ayant bénéficié d'un avis téléphonique seul, peut-on parler de téléexpertise ou simplement d'un avis à un

confrère ? Les médecins généralistes interrogés en Lorraine voient en la téléexpertise « ce qui se fait déjà dans les réunions de concertation pluridisciplinaires » (30). Elle n'est pas de nature intrinsèquement différente de la consultation spécialisée ou du deuxième avis. Elle est particulièrement développée dans les réseaux d'imagerie concernant par exemple le diagnostic anténatal ou la cancérologie, où l'on retrouve un partage de données d'imagerie via les TIC (12). Mais l'on peut tout à fait concevoir une telle utilisation dans notre contexte : envoi des bilans biologiques, d'un scanner, de la photographie d'une lésion cutanée... Pour ce faire, une adresse mail a été jointe au numéro de téléphone mais n'a été que peu utilisée. Une plateforme d'échange telle la plateforme ARIAME pourrait permettre l'envoi des éléments de façon plus systématique, en complément de l'appel téléphonique (8). Mais un tel dispositif exige des moyens.

C'est pourquoi, même si la ligne téléphonique n'en a pas strictement l'usage, revendiquer son appartenance aux champs de la télémédecine lui permettrait de relever des actes prévus dans le PLFSS: 100 millions d'euros seront mobilisés en 2018 au service du développement de la télémédecine (17). Ainsi, si l'on reproduit les modèles expérimentaux mis en place depuis 2014, la ligne téléphonique aurait permis une rémunération de 5348€ en un an, à hauteur de 14€ par acte de téléexpertise. Cette valorisation permettrait une juste rémunération du temps passé par les médecins, et des possibilités de développement de notre outil.

LIMITES DE L'ETUDE

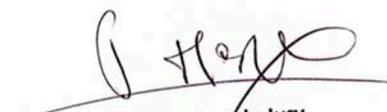
Le caractère rétrospectif de l'étude lui confère un grand nombre de limites : nombreuses fiches incomplètes, informations données oralement lors de l'échange téléphonique non retranscrites. Un travail prospectif aurait sans doute permis une meilleure prise de notes, notamment concernant la date de naissance et l'orthographe du nom du patient : 25% des patients qui ont été orientés en consultation ou hospitalisation n'ont pas pu être retrouvés dans les dossiers informatisés. Il est impossible de savoir s'il s'agissait de perdus de vue ou de noms erronés. Les données concernant les délais de prise en charge et le suivi en ont été impactées. En prospectif, nous aurions pu compléter notre travail par un rappel « à

chaud » des médecins appelants pour recueillir leurs caractéristiques démographiques, les motivations de leur appel (en dehors du motif médical) et leur degré de satisfaction du service.

CONCLUSION

La ligne téléphonique d'astreinte de médecine interne a été instaurée il y a bientôt deux ans. Si elle entre dans le cadre légal de la téléexpertise comme d'autres plateformes, elle s'en distingue par sa volonté de placer le patient au cœur de la prise en charge, en facilitant son accès aux consultations spécialisées en milieu hospitalier. Plus qu'un outil de conseil à distance, il s'agit d'une porte d'entrée, rendue la plus simple possible pour le médecin appelant, en évitant de surcharger les services d'urgence. En permettant 112 hospitalisations et 169 consultations sur la première année, elle apporte une réponse aux médecins appelants, tant en terme d'expertise spécialisée que d'accessibilité aux soins. On a pu constater une grande diversité dans les motifs d'appels et les caractéristiques démographiques des patients, qui fait l'essence même de la spécialité de médecine interne. L'interrogatoire, l'examen clinique et la relation médecin-patient ne sont pas mis à défaut comme le redoutent la plupart des médecins interrogés au sujet de la télémedecine. Le virage numérique porté par le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 proposera une formalisation et une rémunération de cet outil, afin d'en faciliter son développement.

Vu
Toulouse le 27/02/2018


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 07/03/2018

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE


BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe, Société Européenne de médecine générale - médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Dupond J-L. La Médecine Interne en France - Livre Blanc promu par le Collège National Professionnel de Médecine Interne [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://umfcs.u-bordeaux.fr/documents/professions-de-sante/medecine-interne/LelivreblancdelaMedecineInterne.pdf>
3. Caux M. La place des internistes dans le système de santé français. Le point de vue des médecins généralistes en 2016. Université Toulouse III Paul Sabatier - Faculté de Médecine Rangueil; 2017.
4. Millo J. Populations légales au 1er janvier 2014. Insee Flash n°34. janv 2017;
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins, BOUET P, RAULT J-F, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
6. Aczel S. La création de l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse. *Perspect Sanit Soc.* oct 2013;(230).
7. Hôpital Joseph Ducuing, Mentions légales [Internet]. [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.hjd.asso.fr/content/mentions-légales>
8. Resseguier A-S, De Ruffray P. Evaluation médico-économique de télé-expertise de médecine interne ARIAME, aide aux diagnostics difficiles en médecine générale. Clermont-Ferrand; 2016.
9. Informatique sanitaire et télémédecine, rapport du Directeur Général. Organisation Mondiale de la Santé; 1997 janv p. Point 17. Report No.: EB99/30.
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78. 2009-879 juill 21, 2009.
11. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.

12. Lucas J, CNOM. Télémédecine: Préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2009.
13. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
14. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
15. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. 2013-1203 déc 23, 2013.
16. Code de la santé publique - Article L1435-8. Code de la santé publique.
17. Ministère de la Santé et des Solidarités. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, dossier de presse. sept 28, 2017.
18. Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS). Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008). 2008.
19. Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Ministère de la Santé et des Solidarités. La durée des séances des médecins généralistes. 2006.
20. Castillo J-M, Agard C, Artifoni M. Evaluation qualitative et quantitative d'un service d'assistance téléphonique de médecine interne dédié à l'aide diagnostique et thérapeutiques de pathologies relevant du champ de la médecine générale. Rev Med Interne. 2015;
21. Letrilliart L. ECOGEN: Etude des éléments de consultation en médecine générale. Exercer. 2014;25(114):148-57.
22. Bettés M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées. Toulouse III Paul Sabatier; 2017.
23. Société Française de Médecine Générale. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation: sémiologie des situations cliniques en médecine générale. Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique.
24. ORUMIP, ORULR. Panorama Occitanie - Activité des structures d'urgence [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2017/11/Panorama2016.pdf>
25. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication

errors. Am J Emerg Med. 1 mars 2010;28(3):304-9.

26. Gall AL. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Médecine. 1 sept 2010;6(7):326-30.

27. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. /data/revues/02488663/v31i11/S0248866310009240/ [Internet]. 21 oct 2010 [cité 18 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/269453>

28. Toledano A. Relations médecins généralistes - hôpital: évaluation à un an d'une filière d'admission directe dans un service de médecine interne au CHU de Toulouse. Toulouse III Paul Sabatier; 2017.

29. Société Nationale Française de Médecine Interne. Qu'est ce que la médecine interne? Profession: interniste [Internet]. Société Nationale Française de Médecine Interne. Disponible sur: <http://www.snfmi.org/content/quest-ce-que-la-medecine-interne>

30. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. Telemedicine in rural areas: general practitioners' representations and experiences. Sante Publique Vandoeuve--Nancy Fr. 19 oct 2016;28(4):487-97.



ANNEXE 2 : PAGE D'ACCUEIL DE LA PLATEFORME ARIAME

DISPONIBLE SUR :

[HTTPS://WWW.CHU-CLERMONTFERRAND.FR/INTERNET/SITES/ARIAME/PRESENTATION.ASPX](https://www.chu-clermontferrand.fr/internet/sites/ariame/presentation.aspx)

**Consultations
non programmées
assurées tous les après-midi
du lundi au vendredi**

- Altération de l'état général
- Fièvre inexpliquée
- Grande fatigue
- Amaigrissement inexpliqué ...



*Sont exclues du dispositif
les « urgences » qui
relèvent d'un service d'urgences*

**UNE EQUIPE D'INTERNISTES,
POUR REPENDRE A VOS
DEMANDES URGENTES :**

Dr Francis GACHES

Ancien chef de clinique des
Hôpitaux de Toulouse

Dr Martin MICHAUD

Ancien chef de clinique des
Hôpitaux de Toulouse

Dr Florian CATROS

Ancien chef de clinique des
Hôpitaux de Bordeaux



**Consultations non programmées
d'INTERNISTES à l'Hôpital DUCUING**

à l'attention exclusive des médecins traitants



Vous avez besoin d'un **avis téléphonique rapide en
MEDECINE INTERNE**

ou vous souhaitez un **rendez-vous rapide
de MEDECINE INTERNE** pour un de vos patients
pouvant conduire à une hospitalisation :

Appelez-nous **directement au 05 81 91 86 86**

Un **rendez-vous sous 48 H** vous sera proposé.
Vous désirez nous soumettre un avis clinique par mail :

interniste@hjd.asso.fr



Catégorie ARIAME	Nouvelles catégories
Amaigrissement, anorexie	Amaigrissement
Anémie	Anémie
Asthénie	Asthénie
Gammopathie	→ Anomalie EPP
CPK élevées	CPK élevées
Diabète	→ Endocrinologie
Douleurs inexpliquées	Douleur
Fièvre prolongée	Fièvre
Autres syndromes	Autres syndromes
Prurit	→ Autres syndromes
Hyperferritinémie	→ Autre anomalie biologique isolée
Hyperéosinophilie	→ Autre anomalie biologique isolée
Œdème	Œdème
Thrombopénie	→ Anomalie NFS hors anémie
Syndrome de Raynaud	→ Acrosyndrome
Syndrome inflammatoire	Syndrome inflammatoire
MTEV	MTEV
	Affection rhumatologique
	Affection dermatologique
	Symptôme digestif
	Adénopathies
	ACAN +
	Pathologie infectieuse
	Symptôme neurologique

Autres syndromes
Rectocolite, malaises sans perte de connaissance, bilan cardio en cours, asthénie
Syndrome sec, dysphagie , myalgies, antécédent myocardiopathie dilatée, insuffisance rénale aiguë
Douleur thoracique, pleurésie gauche , non fumeur
Bilan médecine interne
Toux chronique, IDR +, bilan pneumonormal
Douleur hypochondre droit + élévation coupole diaphragmatique
Maladie de Takayasu , 4e grossesse, pontage carotido-axillaire, anévrisme suture carotidienne
Echographie artère temporale douteuse , sans halo. pas d'argument clinique ni biologique pour un Horton. Diagnostic?
Décompensation psychiatrique
Péricardite sur tamponnade, élévation CRP
Péricardite
Récidive péricardite
Masse indurée avant bras gauche adhérent +/- infiltrant. Pic IgG kappa à l'EPP
Grossesse, céphalées, TA 15/9
Exogénose, désorientation temporo-spatiale brutale, IRM normale
Dyspnée . PPR en 1998 avec récurrence en 2015
Douleur thoracique récidivante avec syndrome inflammatoire et toux récidivants
Fracture du bassin hyperalgique, maintien à domicile difficile
Plaintes multiples , anomalies biologiques, nomadisme médical
Sarcoïdose sous traitement, plusieurs épisclérites
Bronchite spastique
Syndrome de glissement , antécédent PPR, Alzheimer
Erythème noueux
Douleur thoracique, dyspnée, burn out?
Avis pour reprise Plaquenil
Myosite?
Acuité visuelle 2/10, névrite optique , contexte rhumatisme psoriasique sous HUMIRA
Uvéite bilatérale
Uvéite postérieure + papillite
Erythème noueux , Quantiféron +
Intoxication métaux lourds , psychose hallucinatoire chronique
Chute , conflit avec sa fille
Fausses couches spontanées à répétition
Adénocarcinome pulmonaire sous O2, dyspnée
Sarcoïdose avec cardiopathie, fébrile, nombreuses extrasystoles , fatigue
Polyarthralgie + péricardite
Hypoglycémies, douleur orteils, problème social ++
Malaises à répétition sans perte de connaissance, fatigue, céphalées
Arthralgies, hémoptysie, hématurie , par crises. Sous Salazopyrine.
Fièvre, fatigue. Splénomégalie .
Fatigue, anorexie, hématurie microscopique , LDH 291

ANNEXE 5 : LISTE DES INTITULES DES APPELS CATEGORISES « AUTRES SYNDROMES »

Motif	<20 ans		21-30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-60 ans		61-70 ans		>71 ans	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
amaigrissement	0	0	3	2	0	2	2	1	2	3	0	4	3	6
Anémie	0	0	1	0	1	3	0	4	1	1	1	1	2	5
Asthénie	0	0	3	5	3	3	2	3	3	3	0	2	2	5
Anomalie EPP	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	3	0
CPK élevées	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endocrinologie	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	1	0	2
Douleur	0	1	2	1	1	3	3	7	1	3	0	2	1	6
Fièvre	1	1	0	2	2	3	0	1	1	0	2	2	1	2
Autres syndromes	0	1	2	3	1	2	4	3	0	4	3	4	1	8
Œdème	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
Acrosyndrome	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0
Syndrome inflammatoire	0	0	2	1	2	1	0	4	1	2	3	4	6	11
MTEV	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Affection rhumatologique	1	0	1	3	0	6	3	5	2	5	2	6	3	6
Affection dermatologique	0	0	0	8	4	3	3	3	1	4	1	1	2	3
Symptôme digestif	1	1	2	1	0	3	1	0	1	0	1	1	0	0
Adénopathies	0	1	4	6	4	2	1	5	1	0	0	0	1	0
ACAN +	1	0	0	0	0	3	0	2	1	2	1	0	0	1
Autres anomalies biologiques	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4
Pathologie infectieuse	0	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	2	0	2
Symptôme neurologique	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4	0	0
Anomalie NFS hors anémie	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0	1	1	2	1

ANNEXE 6 : SYNTHÈSE DES MOTIFS D'APPEL PAR ÂGE ET PAR SEXE

Spécialité	Effectif
Endocrinologie	7
Pneumologie	5
Oncologie	5
Neurologie	3
Infectiologie	3
Rhumatologie	2
Orthopédie	2
Gynécologie	2
Douleur	2
Chirurgie digestive	2
Cardiologie	1
Ophtalmologie	1
Dermatologie	1
Acupuncture	1
HGE	1
Psychiatrie	1
Chirurgie vasculaire	1

ANNEXE 7 : PATIENTS SUIVIS PAR DES SPECIALISTES HORS MEDECINE INTERNE ET HORS MEDECINE
GENERALE SEULE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Dans une région en pleine expansion démographique, l'Hôpital Joseph Ducuing à Toulouse a mis en place en 2016 une ligne téléphonique d'astreinte de médecine interne destinée aux médecins généralistes de la région. **MATÉRIEL ET MÉTHODES :** Étude quantitative, rétrospective, descriptive, observationnelle et monocentrique. L'objectif principal est de décrire les motifs d'appel des médecins ayant utilisé la ligne durant sa première année d'utilisation. Les objectifs secondaires consistent en la description du type de prise en charge après l'appel. **RÉSULTATS :** 382 appels ont été recensés. Il s'agissait dans 85,5% des cas de situations diagnostiques complexes. Les premiers motifs retrouvés étaient les affections rhumatologiques, les syndromes inflammatoires, l'asthénie et les affections dermatologiques. 1 patient sur 5 a bénéficié d'une réponse téléphonique seule. 44% ont été vus en consultation et 30% ont été hospitalisés. Le délai de prise en charge moyen était de 5,8 jours pour les situations urgentes et 24,7 jours pour les cas non urgents. Le suivi était assuré par les internistes dans 55% des cas. **DISCUSSION :** Cette ligne téléphonique s'inscrit dans la continuité d'autres dispositifs qui ont une volonté de faciliter l'accès aux soins hospitaliers. Sa facilité d'utilisation et ses délais de prise en charge courts apportent une vraie réponse aux difficultés décrites par les généralistes. Si l'on peut en théorie la considérer comme un outil de téléexpertise, il s'agit surtout d'un ticket d'entrée vers l'hôpital, sans dénaturer la relation médecin-patient. Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 a pour objectif d'encadrer et de rémunérer les actes de téléexpertise, afin d'en faciliter le développement. **CONCLUSION :** La ligne d'astreinte de médecine interne de l'hôpital Joseph Ducuing apporte les réponses aux obstacles rencontrés par les généralistes pour obtenir une expertise dans les situations diagnostiques complexes. Une étude de la satisfaction de ces derniers serait enrichissante pour en améliorer le fonctionnement.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In 2016, the Joseph Ducuing Hospital (Toulouse, France) set up a specific internal medicine helpline dedicated to the General Practitioners, in a constantly demographic growing region. **MATERIAL AND METHODS:** Quantitative, retrospective, descriptive, observational and monocentric study. The main objective was to describe the doctors' motivation of appeal using our phone line during its first year of use. The secondary objectives included the description of the patient care after the call. **RESULTS:** As 382 calls were collected, 85,5% were concerning complex diagnosis situations. The most recurring ones were about rheumatologic affections, followed by inflammatory syndromes, asthenia and dermatologic symptoms. 1 of 5 patients only benefited a telephonic advice. 44% were seen in a consultation, 30% directly in hospitalization. The average patient care deadline was 5,8 days for emergency situations and 24,7 days for other cases. 55% of our patients were followed by internists after the first meeting. **DISCUSSION:** This phone line has been set up within a framework of a continuous will of merely including the patients in the hospital settings. The easy using and the short patient care deadline provide an answer to the difficulties described by General Practitioners. If it belongs to the fields of telemedicine, it mainly enables the patient to access specific hospital care, maintaining the doctor/patient relationship. The 2018 law regarding French Health Care System aims to secure and remunerate this device as telemedicine acts, in order to promote its development. **CONCLUSION:** The Joseph Ducuing internal medicine helpline provides a solution to the barriers Generalist Practitioners are likely to meet when they need specific expertise, especially regarding complex diagnosis situations. Studying their satisfaction degree could be a precious indicator about the improvements we could bring to our new tool.