



**HAL**  
open science

# **Fluidification du parcours ville-hôpital : analyse de la trajectoire des patients impliqués dans le dispositif RAPIDO après un an de mise en place**

Julie Bouvet, Jonathan Broner, Erik Arnaud, Cyril Dumain, Jan Holubar, David Costa, Pierre Fesler, Marion Fages, Radjiv Goulabchand

## ► To cite this version:

Julie Bouvet, Jonathan Broner, Erik Arnaud, Cyril Dumain, Jan Holubar, et al.. Fluidification du parcours ville-hôpital : analyse de la trajectoire des patients impliqués dans le dispositif RAPIDO après un an de mise en place. *La Revue de Médecine Interne*, 2023, <10.1016/j.revmed.2023.04.006>. <hal-04092174>

**HAL Id: hal-04092174**

**<https://hal.science/hal-04092174v1>**

Submitted on 2 Feb 2024

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

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



HAL Authorization

# **Fluidification du parcours ville-hôpital : analyse de la trajectoire des patients impliqués dans le dispositif RAPIDO après un an de mise en place**

## **[Easing the patients' trajectories from private practice to hospital: One-year experiment of the RAPIDO project]**

[Article in French]

Julie Bouvet <sup>1</sup>, Jonathan Broner <sup>2</sup>, Erik Arnaud <sup>2</sup>, Cyril Dumain <sup>2</sup>, Jan Holubar <sup>2</sup>, David Costa <sup>3</sup>, Pierre Fesler <sup>4</sup>, Marion Fages <sup>5</sup>, Radjiv Goulabchand <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de médecine interne, CHU de Nîmes, université de Montpellier, Nîmes, France.  
**Electronic address:** julie.bouvet.35@gmail.com.

<sup>2</sup> Service de médecine interne, CHU de Nîmes, université de Montpellier, Nîmes, France.

<sup>3</sup> Département universitaire de médecine générale, université de Montpellier-Nîmes, Nîmes, France.

<sup>4</sup> Département de médecine interne et hypertension artérielle, CHU de Montpellier, université de Montpellier, Montpellier, France.

<sup>5</sup> Département d'information médicale, CHU de Nîmes, université de Montpellier, Nîmes, France.

### **Keywords:**

Ambulatory care; Care pathways; General medicine; Internal Medicine; Médecine ambulatoire; Médecine générale; Médecine interne; Network healthcare; Parcours de soin; Réseau « ville-hôpital ».

### **Mots clés :**

Médecine interne Parcours de soin Réseau « ville-hôpital » Médecine ambulatoire Médecine générale

## **Abstract**

### **Introduction:**

Internal medicine departments manage patients referred by emergency departments or private practitioners. Considering the overcrowding of emergency departments and lack of beds for inpatients, this specialty must be part of an "ambulatory shift", particularly by strengthening the links between community and hospital medicine. Our objective was to evaluate a new care pathway in internal medicine at Nîmes university hospital.

### **Methods:**

Our department has developed the RAPIDO project (Réseau d'Aide à la Prise en Charge Diagnostique et d'Orientation). The referring general practitioner contacts a senior internist on a dedicated phone line. After careful evaluation, he may offer a consultation within 15 days. A summary report is then given to the patient.

### **Results:**

Between November 2020 and November 2021, 254 patients were seen via RAPIDO. The average call-consultation time period was 6.4 ( $\pm 4.5$ ) days, for symptoms lasting for 2 weeks to 3 months in 43% (n=109) of cases. The reason for the call was a suspicion of systemic disease in 28% of cases (n=84), or a dysfunction of an organ in 16%. A diagnosis was made in 89% of cases. The budget of the whole procedure was balanced.

### **Conclusion:**

A quick internal medicine consultation pathway for general practitioners seems to be a relevant, feasible and economically viable healthcare trajectory, which can be transposed to any type of healthcare institution, as soon as sufficient human resources are dedicated.

# r é s u m é

## **Introduction.** –

La médecine interne prend en charge des patients notamment adressés par les urgences ou par la médecine libérale. Dans le contexte de saturation des urgences et de manque de lits de médecine, la spécialité doit s'inscrire dans un « virage ambulatoire », notamment par un renforcement des liens ville-hôpital. Notre objectif était d'évaluer un nouveau parcours de soin en médecine interne au CHU de Nîmes.

## **Méthodes.**

– Notre service a élaboré un projet institutionnel intitulé RAPIDO pour « Réseau d'Aide à la Prise en charge Diagnostique et d'Orientation ». Le médecin généraliste adresseur contacte sur une ligne téléphonique spécifique un interniste sénior qui peut proposer, après évaluation, une consultation dans un délai de moins de 15 jours. Un avis synthétique est ensuite remis au patient.

## **Résultats.**

– Entre novembre 2020 et novembre 2021, 254 patients ont été vus via RAPIDO. Le délai moyen de prise en charge était de 6,4 ( $\pm 4,5$ ) jours pour des symptômes évoluant depuis 2 semaines à 3 mois dans 43 % (n = 109) des cas. Le motif d'appel était, dans 28 % des cas (n = 84), une suspicion de maladie systémique et, dans 16 %, un signe fonctionnel d'un appareil. Un diagnostic était posé dans 89 % des cas. Le dispositif était économiquement équilibré.

## **Conclusion.**

– Un parcours de consultation rapide de médecine interne à destination des médecins généralistes semble être une offre de soin pertinente, faisable et viable, pouvant être transposée dans tout type d'établissement de santé, à condition de prévoir au préalable les moyens humains suffisants.

# 1. Introduction

La médecine interne peut être définie comme une médecine hospitalière globale et polyvalente qui prend en charge aussi bien les situations de polyopathologies, les maladies systémiques rares ou de diagnostic complexe, que les situations fréquentes de patients en provenance des urgences. Les internistes sont souvent sollicités pour des symptômes inexplicables [1,2]. Certains parlent de la médecine interne comme du « pendant hospitalier de la médecine générale » [1] ; on comprend donc la nécessité d'un lien étroit entre les deux spécialités.

Une enquête, réalisée en 2019 auprès de médecins généralistes du département de la Loire, a montré que ceux-ci privilégiaient le recours aux internistes pour les pathologies inflammatoires et auto-immunes, pour l'hématologie non maligne, les troubles fonctionnels et somatoformes, les maladies génétiques, les « incidentalomes » et le diagnostic étiologique devant des symptômes généraux. Leur principale attente non satisfaite concernait les délais de rendez-vous de consultation jugés trop longs. L'amélioration souhaitée par 94 % des répondants était la possibilité de consultations plus rapides en 24–48 h après un appel téléphonique de leur part [2,3].

En 2008, dans une étude réalisée par les internistes du CHU de Rennes, les médecins généralistes sondés déploraient le manque de place en consultation ou en hospitalisation (51 % des médecins) avec la nécessité, pour 14 % des médecins, d'adresser leurs patients aux urgences. Ils mentionnaient aussi la difficulté de joindre un médecin du service (40,6 %) avant la mise en place de la permanence téléphonique qui était l'objet de l'étude [4]. Ces résultats corroboraient une enquête de 2017, réalisée auprès des médecins généralistes des Midi-Pyrénées, où l'accessibilité à un avis de médecine interne était jugée « assez difficile » ou « difficile » par 47 % des sondés [5].

D'un point de vue hospitalier, il est constaté qu'une proportion non négligeable de patients se présentent spontanément aux urgences ou y sont adressés par un médecin, alors que la chronologie ou le degré de sévérité des symptômes qu'ils présentent pourraient justifier plutôt d'une consultation spécialisée programmée. Les raisons évoquées à ce biais d'adressage sont : (i) la difficulté d'accès rapide à un spécialiste ; (ii) la disponibilité rapide d'un plateau technique via le passage aux urgences ; (iii) l'immédiateté de la prise en charge aux urgences ; (iv) et la confiance en l'hôpital [6].

Néanmoins, la saturation des urgences est un phénomène croissant constaté depuis plusieurs années. Le nombre de passages aux urgences a plus que doublé entre 1996 et 2019 (de 10,1 millions par an à 21,2 millions) [7], alors que le nombre de structures d'urgences en France métropolitaine et départements et régions d'Outre-Mer a diminué de près de 14 % entre 2010 et 2019. Le « virage ambulatoire » est une des solutions proposées pour y faire face, comme dans un récent rapport de la Cour des Comptes [8], à la condition de renforcer qualitativement et quantitativement l'offre de soins de ville et le décloisonnement ville-hôpital [9].

Afin de répondre aux demandes de soins « non programmés » de médecine de ville, et suivant les directives gouvernementales pour une meilleure coordination du parcours de soin « ville-hôpital », le Service de médecine interne du CHU de Nîmes a élaboré un projet institutionnel intitulé RAPIDO pour « Réseau d'Aide à la PrIse en charge Diagnostique et d'Orientation ». Ce projet a pu voir le jour le 2 novembre 2020.

Le dispositif RAPIDO permet de proposer des consultations spécialisées de médecine interne dans un délai rapproché (moins de 15 jours), afin d'aider les médecins généralistes – et par extension les médecins libéraux, urgentistes, voire spécialistes hospitaliers – pour des problématiques complexes et/ou nécessitant un avis rapide sans nécessité d'hospitalisation. Les situations médicales typiques ciblées sont l'anémie, l'altération de l'état général, le syndrome inflammatoire prolongé ou les malaises. Le parcours-type est présenté sur la Fig. 1.

Le médecin demandeur contacte directement, sur une ligne téléphonique spécifique, un praticien de médecine interne. Un médecin sénior est toujours mis à disposition afin de répondre et réguler les appels. La ligne est disponible tous les jours ouvrables de 9 h à 18 h 30. Si la situation le nécessite, une consultation en médecine interne est proposée dans les 2 à 15 jours suivant l'appel. À l'issue de la consultation, une synthèse médicale est produite et une conduite à tenir est **proposée** au patient. Le résumé de cette conduite à tenir est remis immédiatement au terme de la consultation, par courrier, au patient. En cas de nécessité d'un scanner dans un délai rapide, par exemple pour une altération de l'état général ou suspicion de tumeur, celui-ci est réalisé au CHU, en général dans les 7 jours suivant la consultation. Lorsque d'autres types d'examen paracliniques sont justifiés, les délais dépendent du motif et des capacités de programmation des différents services et plateaux techniques. Une hospitalisation de jour (HDJ) de médecine interne peut également être programmée, parfois directement après l'appel téléphonique initial.

Entre septembre et octobre 2020, préalablement au déclenchement du dispositif RAPIDO, les médecins généralistes du Gard (et quelques médecins généralistes de départements limitrophes) ont été informés de la mise en place du système par mail groupé sur messagerie sécurisée et par flyer dans les courriers issus des différentes unités du service et adressés aux médecins traitants. Afin d'accompagner le dispositif, les capacités d'accueil de l'hôpital de jour ont été augmentées de 20 % (passage de 5 à 6 fauteuils). En novembre 2020, suite à la présentation du projet aux différentes directions du CHU, des éléments organisationnels indispensables ont été mis en place afin d'assurer la fluidité de ce parcours : (i) temps médical dédié à la réponse séniorisée aux sollicitations téléphoniques ; (ii) temps médical dédié aux consultations qui en découlent ; (iii) temps d'infirmier de coordination (prises de sang, coordination de la prise en charge, organisation et suivi des éventuels examens complémentaires, communication éventuelle avec les patients) ; et (iv) temps d'assistant médico-administratif (organisation des rendez-vous de consultation, saisie et rendu immédiat des courriers à la suite de la consultation). Un temps plein médical d'assistant des hôpitaux, 0,3 équivalents-temps-plein (ETP) d'infirmier de coordination ainsi que 0,3 ETP d'assistant médico-administratif ont pu ainsi être déployés. Afin d'appuyer la mise en place du dispositif, l'infirmière de coordination a contacté tous les cabinets de médecine générale du Gard pour les informer directement de ce nouveau dispositif ville-hôpital. En parallèle de la mise en

place du dispositif, une méthodologie d'évaluation a été mise en place, afin d'analyser les parcours de soins des patients pris en charge par le dispositif RAPIDO.



Fig. 1. Parcours type RAPIDO, proposé par le Service de médecine interne du CHU de Nîmes à destination des médecins libéraux.

Une évaluation à 1 an du dispositif RAPIDO est ici présentée. L'objectif principal était de décrire la population de patients impliqués dans le dispositif, les modalités et motifs d'adressage, la trajectoire des patients, et les diagnostics posés au terme de la prise en charge. L'objectif secondaire était de montrer la viabilité économique d'un tel projet.

## 2. Méthodes

Ont été inclus dans notre étude tous les patients vus en consultation entre le 2 novembre 2020 et le 1<sup>er</sup> novembre 2021, après sollicitation téléphonique via le numéro RAPIDO. Une lettre d'information et de non-opposition à la collecte de données à des fins de recherche a été remise à tous les patients.

Des données concernant le parcours de soins (dates d'appel et de consultation, motif(s) de consultation, examens complémentaires proposés, suivi prévu) ont été recueillies de manière prospective lors de la consultation. Ce recueil « continu » était supporté par un formulaire sur la plateforme d'aide à la recherche clinique « REDCap® ».

Les caractéristiques suivantes étaient ensuite recueillies de manière rétrospective grâce aux dossiers médicaux informatisés : âge du patient, sexe, durée des symptômes, délai entre l'appel du généraliste et la consultation, consultation ou non d'un autre spécialiste pour le même motif, motifs de consultations transcrits encodage CIM 10 (classification internationale des maladies version 10, cf. Supplément en ligne Annexe 1), examens complémentaires réalisés au préalable, diagnostics posés transcrits en codage CIM10, présence de consultation(s) sur le CHU récente(s) (moins de un an ou moins de 3 ans avant la consultation actuelle), et date des dernières nouvelles.

Le codage CIM 10 des pathologies a été réalisé par un opérateur différent du médecin en charge des consultations. Les cas douteux ont été discutés avec un médecin sénior. Les motifs et diagnostics ont ensuite été regroupés par catégories. Afin d'analyser l'impact économique de la mise en place de ce projet, une évaluation sur l'année d'étude du coût des ETP médicaux et paramédicaux a été réalisée et mise en regard des recettes (consultations + HDJ en lien avec le circuit RAPIDO). Le design de cette étude a été validé par le comité IRB local (numéro 22.03.02). Ainsi, les patients ont été informés de leur participation à cette étude et pouvaient se retirer à tout moment

## **3. Résultats**

### **3.1. Caractéristiques des patients**

En un an, 254 patients ont été pris en charge via le dispositif RAPIDO, avec un ratio femme-homme de 1,3. Les caractéristiques des patients et parcours de soins sont présentées dans le Tableau 1.

L'âge moyen était de 51,6 ans ( $\pm 19,4$ ), avec une répartition des classes d'âge présentée dans le Tableau 1.

Les patients étaient adressés par un médecin généraliste pour 61 % d'entre eux ( $n = 155$ ), par un spécialiste libéral ou hospitalier dans 20,5 % des cas ( $n = 52$ ), par les urgences dans 16,1 % des cas ( $n = 41$ ). Lorsque l'on s'intéresse à la répartition en fonction de la tranche d'âge, on observe que les 45–65 ans n'étaient adressés par un médecin généraliste « que » dans 54 % des cas ( $n = 35$ ), et qu'aucun des plus de 85 ans n'avait été adressé par les urgences.

On note, par ailleurs, que 61 % ( $n = 156$ ) des patients n'avaient pas consulté au CHU dans les trois ans précédant l'appel, mais que 29 % ( $n = 73$ ) d'entre eux avaient consulté dans l'année précédente.

### **3.2. Modalités et motifs d'adressage**

Pour 83,1 % des patients ( $n = 211$ ), le motif de consultation était unique. Il ne semblait pas y avoir de différence sur le nombre de motifs en fonction de l'âge. Le motif d'appel était dans 27 % ( $n = 85$ ) des cas pour une suspicion de maladie systémique, et dans 16 % ( $n = 50$ ) pour des signes fonctionnels d'un appareil. La répartition des motifs est présentée dans le Tableau 2.

**Tableau 1**

Caractéristiques des patients adressés en médecine interne via le dispositif RAPIDO, modalités d'adressage, trajectoire.

Caractéristiques	n (%)	Médiane (Q1-Q3)
Effectif	254	
Âge (moyenne $\pm$ SD) – années	51,6 $\pm$ 19,4	51 (36-69)
Moins de 25 ans	26 (10,2)	
25-45 ans	76 (29,9)	
45-65 ans	65 (25,6)	
65-85 ans	80 (31,5)	
Plus de 85 ans	7 (2,8)	
Sexe féminin	143 (56,3)	
Motif de consultation unique	211 (83,1)	
2 motifs	31 (12,2)	
3 motifs	10 (3,9)	
4 motifs	2 (0,7)	
Durée d'évolution des symptômes		
< 2 semaines	35 (13,8)	
2 semaines- 3 mois	109 (42,9)	
3 mois-6 mois	42 (16,5)	
> 6 mois	67 (26,4)	
Qualité du médecin adresseur		
Médecin généraliste	155 (61)	
Médecin urgentiste	41 (16,1)	
Spécialiste du CHU	31 (12,2)	
Spécialiste libéral	21 (8,3)	
Autre	6 (2,4)	
Examens paracliniques avant la consultation	233 (91,7)	
Biologie	213 (83,8)	
Imagerie	114 (44,9)	
Autre	52 (20,5)	
Patient ayant consulté au CHU de Nîmes il y a moins de 3 ans	98 (38,6)	
Dont < 1 an	73 (28,7)	
Délai entre l'appel et la consultation (moyenne $\pm$ SD) – jours	6,4 $\pm$ 4,5	5 (4-8)
Nombre de diagnostics posés	250	
Nombre de patient ayant bénéficié d'un diagnostic	226 (89)	
À l'issue de la première consultation	57 (22)	
Diagnostic unique	202 (89,4)	
2 diagnostics	22 (9,7)	
3 diagnostics	2 (0,9)	
Orientation après la consultation		
Médecin généraliste	99 (35)	
Consultation médecine interne	71 (25)	
Hôpital de jour de médecine interne	56 (20)	
Consultation d'un autre spécialiste	48 (17)	
Hospitalisation complète	9 (3)	
Durée du suivi au 31/10/21-moyenne en mois ( $\pm$ SD)	5,5 ( $\pm$ 3,8)	5 (2-8)

**Tableau 2**

Répartition des 313 motifs de sollicitation des 254 patients du dispositif RAPIDO sur une période d'un an.

Motifs d'adressage	n	%
Suspicion de maladie systémique	85	27,2
Douleurs chroniques	33	10,5
Asthénie et/ou amaigrissement	38	12,1
Fièvre ou syndrome inflammatoire	25	8,0
Signes fonctionnels d'organe	50	16,0
Lésion cutanée/œdème	29	58,0
Trouble digestif	12	24,0
Dyspnée	6	12,0
Signe fonctionnel neurologique	6	12,0
Acrosyndrome/MTEV/anomalie tensionnelle	25	8,0
Hématologie bénigne/ADP ou SMG	33	10,5
Autre symptôme clinique	12	3,8
Autre anomalie paraclinique	12	3,8
Nombre total de motifs	313	

MTEV : maladie thromboembolique veineuse ; ADP : adénopathies ; SMG : splénomégalie.

Les symptômes évoluaient depuis moins de 2 semaines dans 13,8 % (n = 35) des cas, 2 semaines à 3 mois dans 42,9 % (n = 109) des cas, entre 3 et 6 mois dans 16 % (n = 42) des cas, depuis plus de 6 mois dans 26,4 % (n = 67) des cas. Des examens paracliniques avaient déjà été effectués chez 91,7 % (n = 233) des patients, correspondant à des examens de biologie et d'imagerie chez respectivement 83,8 % (n = 213) et 44,9 % (n = 104) des patients.

Le délai entre l'appel et la consultation était en médiane de 5(4–8) jours.

### **3.3. Trajectoire des patients**

Après la première consultation, les patients étaient orientés dans 35 % (n = 99) des cas vers leur médecin traitant, 25 % (n = 71) sur la consultation de médecine interne, 20 % (n = 56) en HDJ de médecine interne, 17 % (n = 48) chez un médecin spécialiste. Seuls 3 % (n = 9) des patients étaient hospitalisés au décours de cette première visite.

À l'issue de la première consultation, des examens complémentaires étaient prescrits dans 99 % (n = 252) des cas. Il s'agissait pour 58 % (n = 147) des patients d'examens biologiques, pour 7 % (n = 17) d'un électroneuromyogramme, pour 6 % (n = 16) d'épreuves fonctionnelles respiratoires, d'examens divers pour 35 % (n = 90) (biopsie, myélogramme, ponction lombaire, endoscopies, épreuves d'effort. . .) et pour 37 % (n = 95) d'examens d'imagerie. Concernant les examens d'imagerie : (i) 42 % (n = 45) étaient des scanners avec : scanner thoraco-abdomino-pelvien (n = 25), scanner thoracique (n = 10), scanner abdominal (n = 5), scanner des sinus (n = 2), scanner cervical (n = 2), scanner cérébral (n = 1) ; (ii) 21 % (n = 22) étaient des IRM avec : IRM rachidienne (n = 11) dont IRM des sacro-iliaques (n = 7), IRM cérébrale (n = 7), IRM musculaire (n = 2), IRM cardiaque (n = 1), IRM pancréatique (n = 1) ; (iii) 18 % (n = 19) étaient des échographies : cardiaque (n = 12), abdominale (n = 3), vésicale (n = 2), cervicale (n = 1), parathyroïdienne (n = 1) ; (iv) 14 % (n = 16) étaient des doppler artériels et 3 % (n = 3) étaient des doppler veineux. La Tomodensitométrie à émissions de positons couplée au-scanner (TEP-TDM) comptait pour 3 % des imageries réalisées (n = 3).

### **3.4. Diagnostics posés**

Au terme de la prise en charge en médecine interne, un diagnostic était posé chez 89 % (n = 226) des patients, dont 22 % (n = 57) dès la première consultation. Le diagnostic était unique pour 89,4 % des patients (n = 202). La répartition des diagnostics est présentée dans le Tableau 3. Parmi les 250 diagnostics posés, on retrouvait 28 % (n = 70) de maladies systémiques, avec une répartition variée détaillée sur la Fig. 2. On notait 27 % (n = 19) d'artérite à cellules géantes (ACG) ou de pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR). Parmi les 25 infections diagnostiquées, on comptait 14 infections virales, 9 infections bactériennes, une infection parasitaire et une infection à pathogène indéterminé. Les troubles somato-formes comptaient pour 8 % des cas (n = 19). La liste exhaustive des diagnostics figure dans le Supplément en ligne Annexe 2.

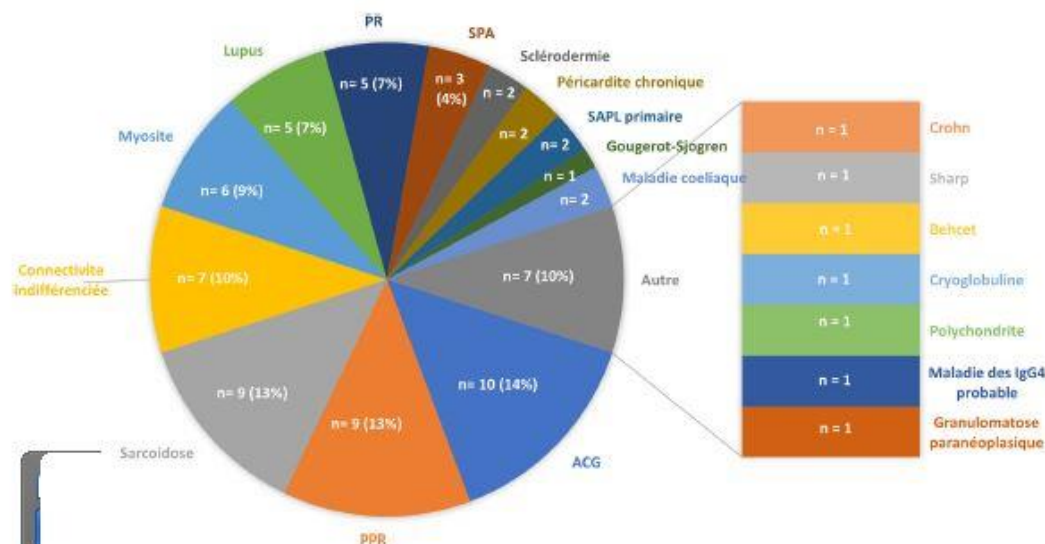


Fig. 2. Répartition des types de maladies auto-immunes systémiques diagnostiquées chez 70 patients au terme du parcours RAPIDO proposé chez 254 patients. ACG : artérite à cellule géante ; PPR : pseudopolyarthrite rhizomélique ; SPA : spondylarthrite ankylosante ; PR : polyarthrite rhumatoïde ; SAPL : syndrome des antiphospholipides.

**Tableau 3**  
Répartition par catégories des 250 diagnostics posés au terme de la prise en charge de 254 patients via le dispositif RAPIDO.

Diagnostiques posés	n	%
Maladie systémique	70	28,0
Rhumatisme mécanique/fonctionnel	46	18,4
Pathologie d'organe	37	14,8
Dermatologie	13	35,1
Gastro-entérologie	9	24,3
Neurologie	9	24,3
Pneumologie	3	8,1
Endocrinologie	3	8,1
Hématologie bénigne	25	10,0
Infection	25	10,0
Acrosyndrome/MTEV	17	6,8
Complication syndrome métabolique ou iatrogénie	5	2,0
Néoplasie	9	3,6
Inclassé	5	2,0
Nombre total de diagnostics	250	

Inclassé : diagnostics difficiles à intégrer dans une catégorie ; par exemple, « syndrome de glissement », fonctionnel : trouble somatoforme/fibromyalgie.

### 3.5. Analyse médico-économique

Sur le plan médico-économique, en 2021, les consultations et HDJ issues du parcours RAPIDO ont engendré 102 899,56 euros de recettes. À ce montant s'ajoutent les recettes provenant des examens effectués en externe sur le CHU, suite à la consultation RAPIDO, pour lesquels nous ne pouvons établir de montant précis en raison de l'impossibilité de tracer précisément ces examens. Le coût du personnel médical et non médical pour la même période est de 91 522,60 euros

## 4. Discussion

Le dispositif RAPIDO est un projet institutionnel du CHU de Nîmes, destiné à proposer une nouvelle offre de soin ambulatoire au service de la médecine de ville. Il s'avère également

utile aux urgentistes pour des problématiques nécessitant une prise en charge médicale rapide sans nécessité d'hospitalisation. Une des particularités de la mise en place de ce parcours est d'avoir prévu en amont le temps médical et paramédical nécessaire à son bon fonctionnement. Ceci permet la pérennité du parcours au sein d'un service de CHU ayant déjà de nombreuses missions, et de maintenir son fonctionnement malgré la période épidémique que l'on a connue avec ses multiples réorganisations.

L'analyse des phénotypes des patients adressés et de la trajectoire des patients montre que le dispositif a permis de répondre rapidement (moins de 5 jours dans la moitié des cas) à la demande des praticiens libéraux, avec un diagnostic posé dans 89 % des cas. Cette première consultation a été suivie d'une organisation d'une trajectoire spécialisée (autre spécialité médicale ou HDJ) dans 37 % des cas, d'un suivi en médecine interne dans 25 % des cas, et d'une hospitalisation dans uniquement 3 % des cas.

Ceci confirme que les types de problématiques des patients adressés (et la régulation en amont) correspondaient bien aux compétences de l'interniste, avec peu de motifs « déguisés » d'adressage. La proportion de maladies systémiques (28 % des diagnostics posés) au sein de ces patients renforce la qualité d'adressage par les médecins libéraux, et nous informe aussi que nos délais « habituels » de consultation ne permettaient pas d'absorber ces demandes-là dans un délai assez rapproché.

Le dispositif était initialement pensé pour être à destination des médecins généralistes, mais son utilisation s'est progressivement diffusée aux urgentistes du CHU après une information directe, puis avec le « bouche à oreille » et l'intégration du numéro de téléphone à l'annuaire du CHU. Le plus faible pourcentage de patients provenant des urgences s'explique, d'une part, par la diffusion plus tardive de l'information, mais également par le plus faible nombre de patients relevant de la consultation de médecine interne. La ligne téléphonique RAPIDO est surtout sollicitée par les urgentistes pour organiser des perfusions de fer intraveineux en HDJ de médecine interne, mais ces appels n'ont pas été décomptés dans ce travail. Le recueil des diagnostics posés via RAPIDO illustre une année de consultation en médecine interne, avec ici 70 diagnostics de maladies systémiques variées. Un pourcentage notable de patients a été suivi dans le service en consultation (25 %) ou a bénéficié d'une HDJ (20 %), avec une durée de médiane de suivi de 5 mois au 31/10/21. Néanmoins, l'objectif de ce type de parcours n'est pas d'alimenter la file active de consultations spécialisées de médecine interne, mais de proposer, à un instant donné, une prise en charge globale et synthétique pour des problématiques plus ou moins complexes.

Le délai dévolution des symptômes peut cependant être discuté. En effet, les symptômes évoluaient depuis plus de 6 mois dans un peu plus d'un quart des cas. Ces demandes ont été vues rapidement, car pour la plupart, les symptômes avaient évolué jusqu'à devenir invalidants et motiver une demande de soins, éventuellement via le service d'accueil des urgences. Pour certains, un diagnostic de maladie systémique était déjà posé et non suivi dans notre service, et une aggravation motivait la demande de consultation.

La qualité des patients adressés et vus en consultation (sur les diagnostics et sur le caractère ambulatoire) est en partie le résultat d'une régulation des appels par un médecin sénior. Ceci nous semble un point majeur de l'organisation de ce type de parcours : certains patients ont été d'emblée exclus de la consultation RAPIDO suite à la régulation par un sénior, et redirigés vers une autre trajectoire de soin plus adaptée. Ceci contribue à expliquer le faible nombre d'hospitalisations urgentes au décours de la consultation (3 %), et la forte proportion de maladies systémiques ou de bilan en HDJ suivant la prise en charge RAPIDO (20 %). Bien que cette régulation par un sénior soit chronophage (et coûteuse pour l'institution), elle nous paraît indispensable à la réussite de ce type de dispositif. Ceci était d'autant plus vrai en situation de pandémie avec une diminution des lits de médecine non réservés au COVID. Néanmoins, nous n'avons pas analysé, dans ce travail, les demandes n'ayant pas mené à une intégration au processus RAPIDO.

Avant la consultation, les demandes explicitement en lien avec la nécessité de consulter un spécialiste d'organe ont été redirigées par le médecin régulateur sénior. On constate, cependant, que 16 % des patients ont été vus pour des motifs en lien avec une spécialité d'organe, dont la dermatologie, notamment. Outre un possible manque d'accessibilité de certaines spécialités pour des consultations rapides, ces chiffres s'expliquent également par une symptomatologie initiale mal caractérisée, et l'hypothèse émise par le médecin demandeur que ces symptômes inexpliqués s'intègrent dans une pathologie systémique.

Après la consultation, la redirection de 17 % des patients vers un spécialiste d'organe montre aussi que les compétences multi-appareils de l'interniste sont quelquefois nécessaires dans un parcours de ce type, tant sur l'orientation diagnostique que sur les contacts et l'organisation de la trajectoire des patients. En revanche, un travail sur le long terme et un échange de pratiques régulier avec les médecins libéraux adressant ces patients pourront permettre d'influencer leurs compétences et les informer de nos réseaux et de nos correspondants. Ceci pourra être un effet bénéfique au long terme de ce genre de dispositif et pourrait être évalué.

Concernant l'évaluation médico-économique, nous devons préciser que le temps médical effectif, correspondant au temps passé à répondre aux appels, n'a pas été comptabilisé ; l'analyse prend en compte uniquement les patients vus en consultations. Au-delà du bénéfice qualitatif pour les médecins libéraux et pour les patients, le dispositif semble équilibré d'un point de vue économique. Cet élément nous paraît indispensable à diffuser, afin que des expériences similaires puissent être promues dans d'autres centres et plus facilement acceptées par les directions financières de nos centres hospitaliers.

Nous pouvons comparer notre expérience à celles qui nous ont inspirés, et qui sont déjà en place sur le territoire national [10,11].

À titre d'exemple, le centre VITAL propose, depuis fin 2016, au Centre hospitalier de Nanterre, une offre d'hôpital de jour à destination des médecins généralistes ou spécialistes faisant face à une problématique diagnostique ou thérapeutique complexe [11]. La demande se fait par courriel auprès d'un médecin interniste, et un rendez-vous est programmé le plus souvent dans les 7 jours. Dans ce projet, comme dans RAPIDO, du temps médical et paramédical a été prévu en regard de l'activité prévisible. D'autre part, une synthèse médicale

est fournie après la première consultation, et on retrouve un souci commun de limiter les examens complémentaires en amont de la première consultation.

Dans le centre VI'TAL, 20 % des patients étaient adressés pour la réalisation d'un traitement ne pouvant être administré en ville. Ceci concerne notamment les perfusions de carboxymaltose ferrique ou d'hydroxyde ferrique-saccharose. Dans notre centre, ces perfusions étaient directement prévues en HDJ et n'ont pas été incluses dans le parcours RAPIDO.

Concernant les diagnostics posés, la part de maladie systémique est similaire (un peu moins de 30 %), mais la distribution est différente : part plus importante d'ACG et de PPR, et moindre de syndrome de Gougerot-Sjögren (11 % à Nanterre contre 1,4 % à Nîmes). Les parts d'infections, maladies rhumatologiques, fonctionnelles et pathologies d'organe semblent comparables.

La principale force de cette étude est de décrire, de manière exhaustive, un an de fonctionnement d'un dispositif de consultation rapide en médecine interne. Elle donne un aperçu actualisé de l'épidémiologie et des motifs de recours à la médecine interne ambulatoire. Par ailleurs, l'évaluation médico-économique de ce projet témoigne de sa viabilité, et il nous semble que ce type de parcours peut être transposé dans d'autres structures hospitalières.

La principale limite est le caractère rétrospectif du recueil des motifs et des diagnostics par un observateur différent du médecin consultant. Néanmoins, l'exhaustivité des données accessibles via le dossier personnel informatisé permettait une approche relativement précise de ces cadres diagnostiques. Par ailleurs, le parcours RAPIDO a été mis en place en pleine pandémie COVID19, ce qui a probablement eu un impact sur le profil des patients et l'accessibilité de certaines spécialités et lits d'hospitalisation. Ces données seront donc à confirmer par la suite.

## **5. Conclusion**

En un an de consultation RAPIDO, 254 nouveaux patients ont été vus, adressés dans la plupart des cas par un médecin généraliste, avec des motifs d'appels et des diagnostics variés ; 70 maladies systémiques ont pu être diagnostiquées. Un dispositif de ce type semble être une offre de soin pertinente pour les patients, et viable économiquement, pouvant être transposée dans tout type d'établissement de santé. La mise en place d'un tel dispositif doit cependant s'inscrire dans un projet institutionnel afin d'organiser en amont les moyens humains et logistiques nécessaires à la fluidité de ce type de parcours et à la qualité du recrutement envisagé.

Contribution

J. Bouvet : conceptualisation, investigation, rédaction originale.

J. Broner : conceptualisation, méthodologie, relecture, supervision.

E. Arnaud : ressources, validation.

C. Dumain : ressources, validation.

J. Holubar : ressources, validation.

D. Costa : supervision, validation.

P. Fesler : supervision, validation.

M. Fages : méthodologie, analyse de données.

R. Goulabchand : rédaction – révision et édition, supervision, validation.

### **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Supplément en ligne.**

### **Matériels complémentaires**

Les matériels complémentaires accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2023.04.006>.

## **Références**

[1] Arlet JB. Attente et vision de la médecine interne par les jeunes internistes français. Rev Med Interne 2008;29(12):1083–6.

[2] Charmion S, Piatek I, Bencharif L, Cathébras P. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne ? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes. Rev Med Interne 2002;23(10):840–6.

[3] Pignal T, Cathébras P. Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la médecine interne dans le département de la Loire et leur évolution en 20 ans. Rev Med Int 2019;40:A130

[4] 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. Rev Med Interne 2010;31(11):776–9.

[5] Caux M, Gaches F, Michaud M. La place de la médecine interne, point de vue des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Rev Med Interne 2017;38:A129.

[6] Kla E, Guissous N, Burnod A, Albaret C, Degravi C, Duval G, et al. Pourquoi les recours "inadaptés" au service d'urgence ? J Eur Urgences 2004;17(Supplément1):36.

[7] Les établissements de santé – édition 2021. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>.

[8] Application des lois de financement de la Sécurité sociale; 2018 [vie-publique.fr (Internet)]. Cité 9 juill 2022. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/37673-application-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-octobre-2018>].

[9] Behr M, Le Borgne P, Baicry F, Lavoignet CE, Berard L, Tuzin N, et al. Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? Rev Med Interne 2020;41(10):684–92.

[10] Gorget T, Lerolle N, Noel N, De Menthon M, Chanson N, Abdel Fattah M, et al. Bilan d'une année de consultation « rapide » de médecine interne à l'hôpital Bicêtre. Rev Med Interne 2019;40:A102–3.

[11] Grasland A, Mortier E. L'hôpital de jour en médecine interne : un atout pour le virage ambulatoire. Rev Med Interne 2019;40(1):16–9.334