



# Projets de Recherche en situations fréquentes en Médecine Interne

Dec 2018

Etudes en cours

# Télémédecine E Andres HUS

## Projet PRADO INCADO :

Projet dédié à la télésurveillance sur leur lieu de vie des insuffisants cardiaques au décours d'une hospitalisation pour OAP suivant le programme de la CPAM PRADO IC

- Inclusion : Patients IC (documentée), systolique ou diastolique), hospitalisés pour OAP en Médecine Interne ou Cardiologie (n=300)
- Suivi par télé-surveillance par une solution de télémédecine intégrant de l'intelligence artificielle sur 1 an avec comme critère principal : nombre de ré-hospitalisations (3 bras : surveillance habituelle ; surveillance PRADO IC ; surveillance PRADO IC + télémédecine)
- En cours depuis mai 2018 : 130 patients inclus à ce jour
- Autorisations : CE, CNIL
- Financement ARS du Grand Est (200 KE)

## Projet DIABEte :

Projet dédié à la télésurveillance sur leur lieu de vie des diabétiques complexes au décours d'une hospitalisation

- Inclusion : Patients diabétiques mult-iinjectés, sous pompe à insuline ou à haut risque cardiovasculaire (IDM, AVC, AOMI), hospitalisés (n=200)
- Suivi par télé-surveillance par une solution de télémédecine intégrant de l'intelligence artificielle sur 1 an avec comme critère principal : nombre de ré-hospitalisations (bras télésurveillance comparé à une prise en charge standard)
- Début en janvier 2019
- Autorisations : CE (en cours), CNIL
- Financement ARS du Grand Est (200 KE)



**SYMPTOMS** : **S**ystematic elderly **M**edical  
**P**atients **T**hromboprophylaxis:  
efficacy on symptomatic **O**utco**M**e**S**



PHRC 2013

Promoteur : CHRU de Brest

Investigateur coordonnateur : Pr Dominique MOTTIER



SYSTEMATIC ELDERLY MEDICAL PATIENTS THROMBOPROPHYLAXIS :  
EFFICACY ON SYMPTOMATIC OUTCOMES

Vous êtes **hospitalisé**  
dans un service de médecine ?

**VOUS AVEZ 70 ANS OU PLUS...**

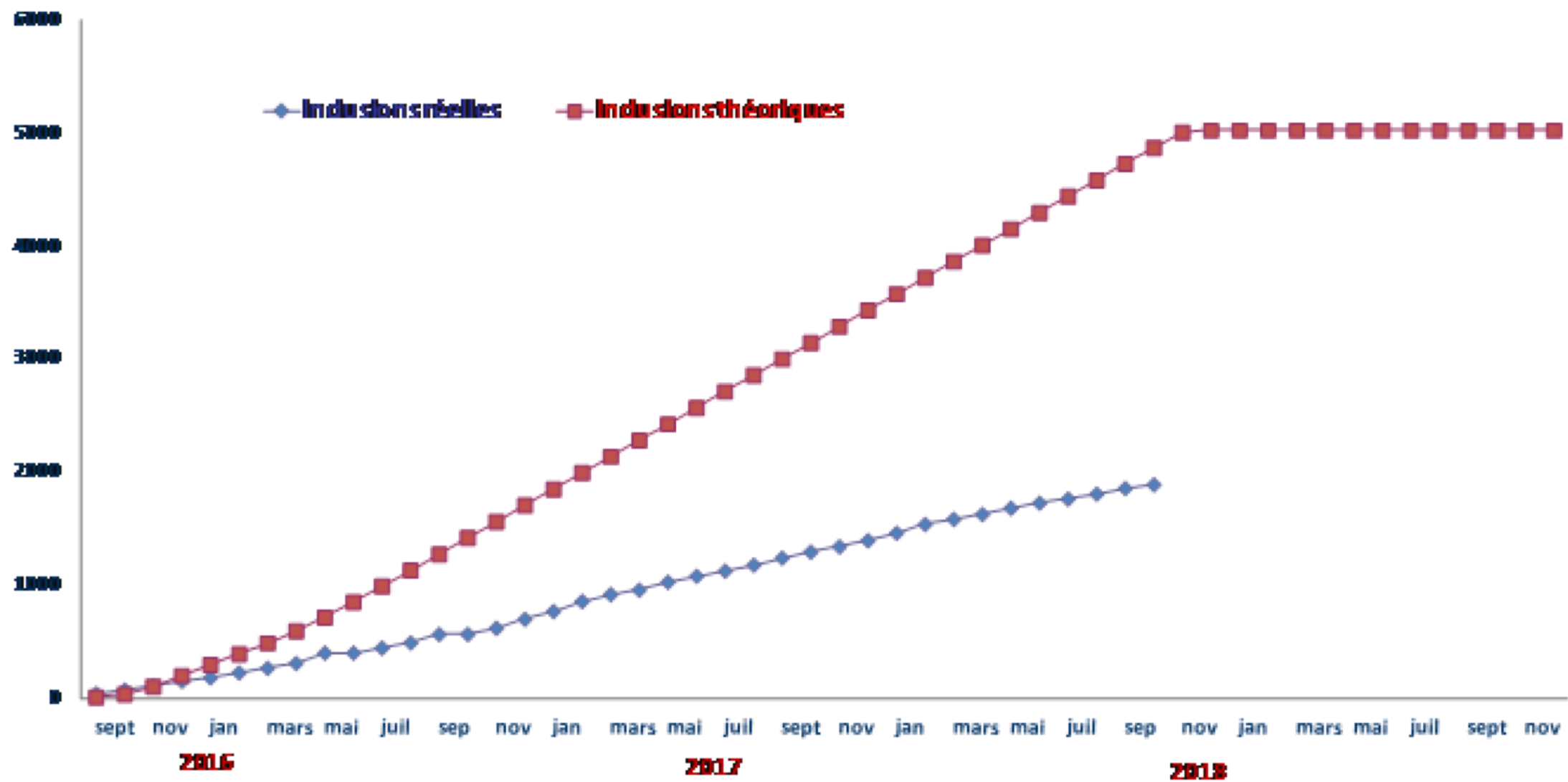


Une prévention de la formation d'un caillot dans une veine (phlébite) et de sa complication majeure (l'embolie pulmonaire) pendant votre hospitalisation est-elle nécessaire ?

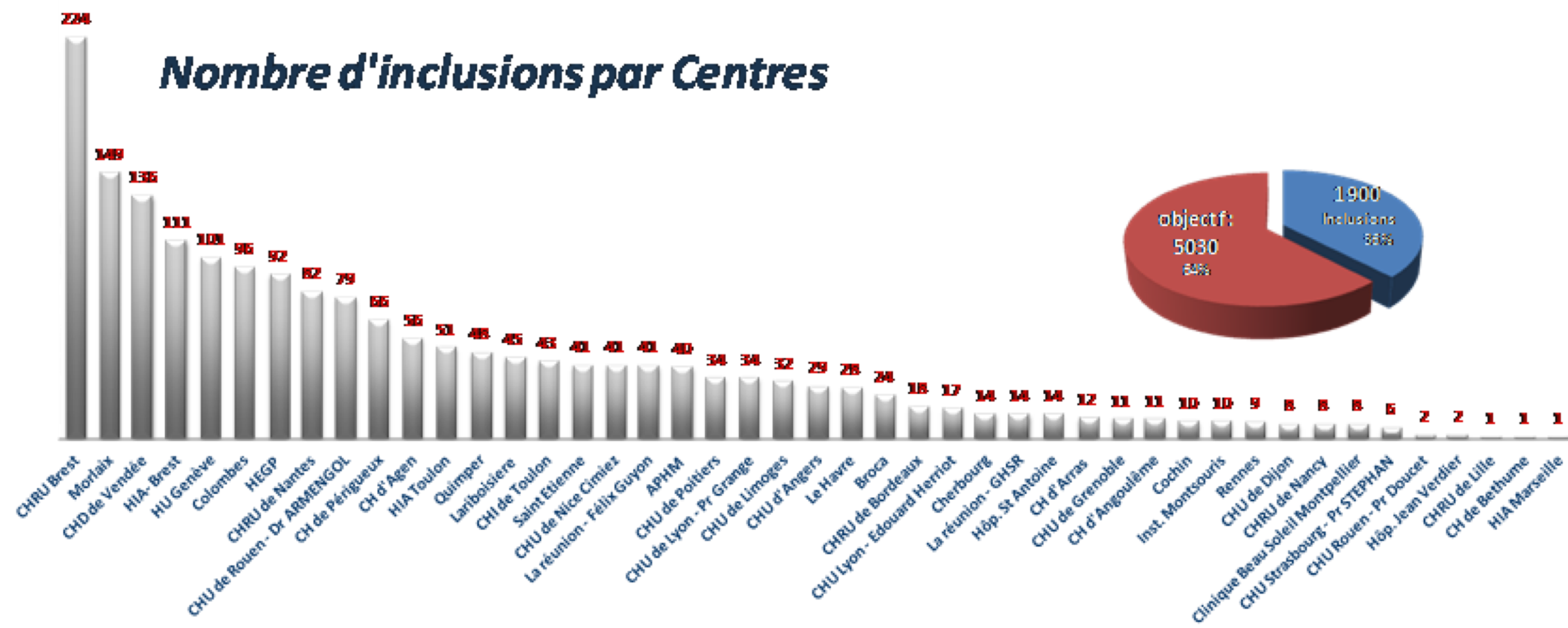
**Vous pouvez nous aider à répondre  
à cette question**

Essai financé par le Ministère de la santé dans le cadre  
des programmes hospitaliers de recherche clinique  
Promoteur : CHRU de Brest - Investigateur coordonnateur : Pr Dominique Mottier





# Nombre d'inclusions par Centres



Projets



# Etude SiFMI 2017

F Cohen, R Lhote, S Sovaila

# Enquête SiFMI 2017

- Caractérisation des patients admis dans les services de médecine interne et polyvalente une semaine donnée
  - Services volontaires, appel SNFMI et FFMP
  - Recueil On line tout nouveau patient hospitalisé (sauf HDJ)
  - Date de sortie et mode
- Tous les patients admis durant une période 7 jours dans services de médecine interne/polyvalente, sauf HDJ

# Flow chart

1725 patients inclus

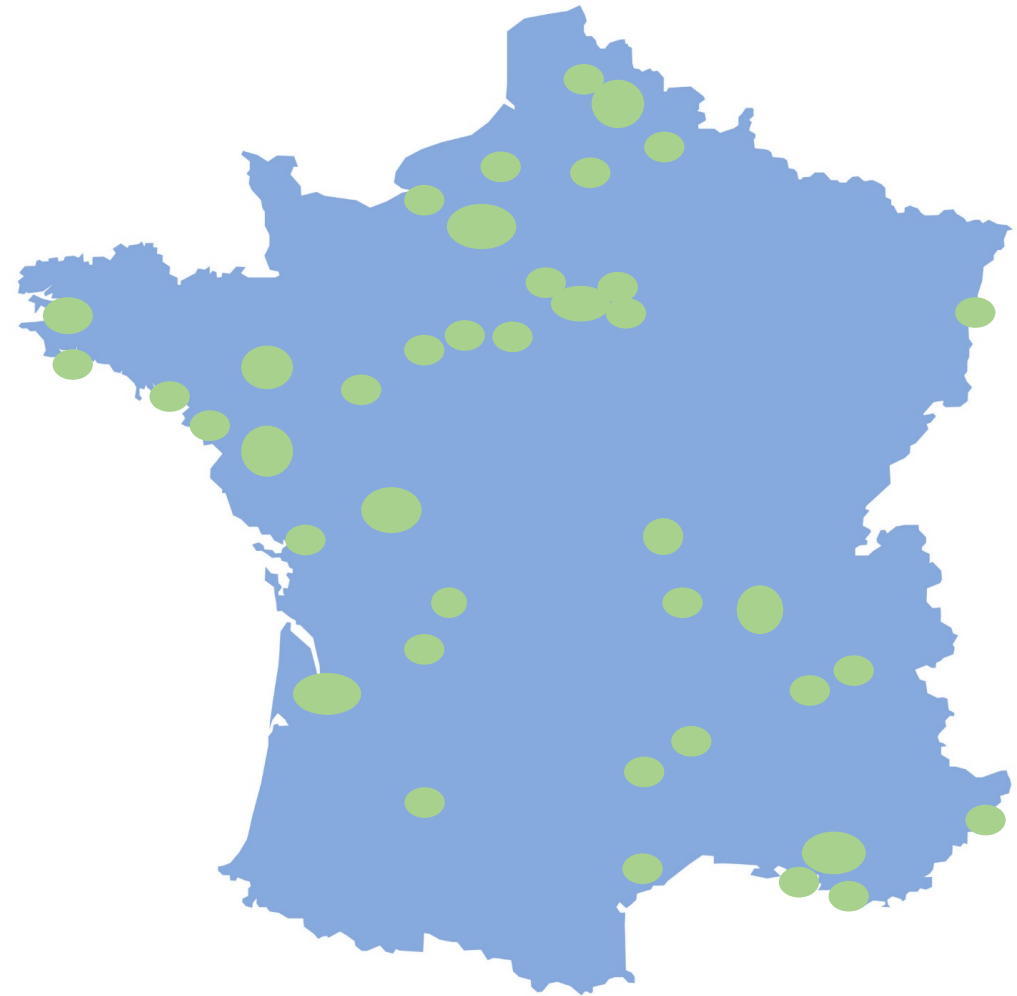
```
graph TD; A[1725 patients inclus] --> B[30 exclus car HDJ  
134 pas de date de sortie  
42 insuffisance de données]; B --> C[1519 analysés];
```

30 exclus car HDJ  
134 pas de date de sortie  
42 insuffisance de données

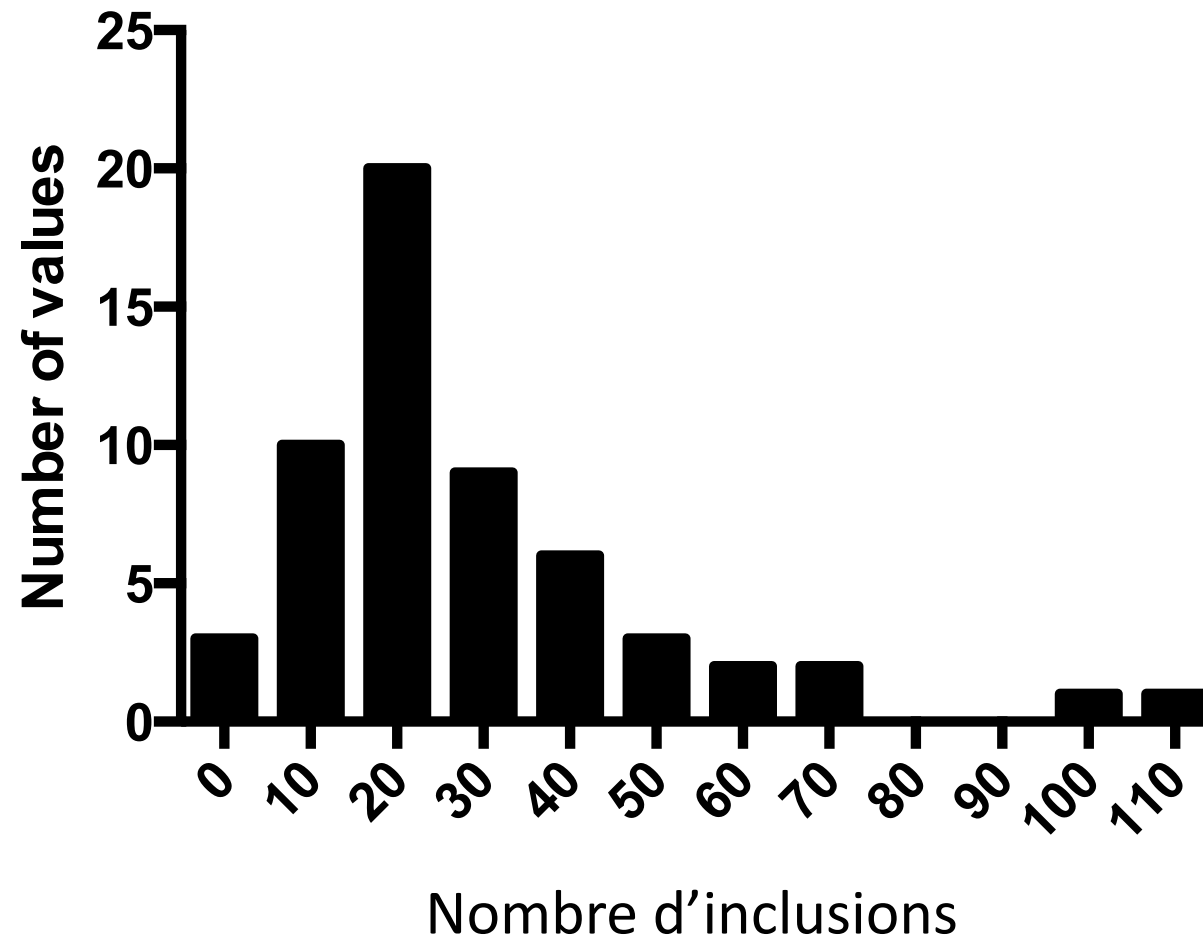
1519 analysés

# Centres participants et inclusions

- 57 centres (données structures sur 54)
- Nombre médian d'inclusion par centre 22
- 12 services de médecine polyvalente (22%)
- 31 dans des CHU (57%)
- Nombre médian de lits par structure 39 (dont 30 d'hospitalisation conventionnelle)
- DMS médiane de 8 jours



Nb de centres



- Publications:
  - Description de la cohorte avec DMS comme critère principal de jugement *CO101*
  - Caractérisation des séjours non programmés de très courte durée (<3j) *CO100*
- Travaux en cours
  - Mortalité dans les services de médecine interne
  - Patients Précaires score EPICES
  - Patients hospitalisés pour un problème diagnostique
  - Patients « non-agés » (<75 ans) hospitalisés en 2017
- Autres idées?...

# Thromboprophylaxie et Obésité

*Valentin Giraud, interne CHU de POITIERS*

- Rationnel :

Obésité est un facteur de risque thrombo-embolique.  
Pharmacocinétique anticoagulants mal connue.

- Objectifs :

1<sup>er</sup> : Obésité associée à prescription de prophylaxie ?

2<sup>ndr</sup> : Disparité des pratiques dans l'obésité ?

- Méthodes :

Obèses (IMC > 30) versus autres : Régression logistique

Description molécule, dose, durée pour Obèses (retour dossier) : méthodes descriptives

## Rappel des donnees de la BDD 2017

Fichier Structures n=54 centres  
+ Appariement avec les oatiens

### **PARTICIPATION**

centre  
ville  
hopital  
intitule\_service  
MI/MP  
nom\_responsable  
Type de structure  
type\_hopital  
nb\_lit\_hc  
nb\_lit\_hds  
nb\_lit\_hdj  
autre  
total lits  
type\_autre  
lit\_ferme  
cause\_fermeture  
champ\_application\_structure  
type\_activite\_specialise  
MI  
maladie\_infectieuse  
endocrinologie  
addictologie  
rhumatologie  
hematologie  
typologie\_patient  
type\_structure\_d\_aval\_urgence  
nbe\_lit\_post\_urgence  
date\_activite\_aval\_urgence  
dms  
%\_retour\_domicile  
Environnement  
proche\_sau  
  
nombre\_lit\_activite\_MI\_programme\_dans\_hopital  
unite\_geriatrie\_aigue\_hopital  
dms\_uga  
impot\_lit  
gestionnaire\_lit\_non\_medicale  
accessibilite\_service\_specialise

Moyen humain  
Effectifs médicaux sénior  
etp\_medical\_hospitalier  
pu\_mcu\_ph  
ph  
attache\_assistant\_autre  
cca  
specialiste\_medecine\_interne  
specialiste\_medecine\_general  
autre\_specialiste  
type\_autre\_specialiste\_urgentiste  
type\_autre\_specialiste\_vasculaire  
type\_autre\_specialiste\_geriatrie  
type\_autre\_specialiste\_nephrologue  
type\_autre\_specialiste\_rhumato  
type\_autre\_specialiste\_gastro  
type\_autre\_specialiste\_endoc  
type\_autre\_specialiste\_infectieux  
type\_autre\_specialiste\_pneumo  
type\_autre\_specialiste\_soins\_pall  
type\_autre\_specialiste\_oncohemato  
type\_autre\_specialiste\_neurologue  
type\_autre\_specialiste\_dermatologue  
type\_autre\_santé\_publique  
senior\_autre\_activite  
Effectifs médicaux junior  
nbr\_interne  
specialite\_interne\_med\_ge  
specialite\_interne\_des\_spe\_med  
autres\_spe\_interne  
phase\_socle  
ancien\_regime  
semestre  
Equipe soignante  
equipe\_soignante  
secretariat  
assistante\_social  
assistance\_social\_temps  
Processus de prise en charge  
Objectifs contractualisés  
objectif\_contractualise  
objectif\_contractualise\_detaillé  
objectif\_dms  
objectif\_dms\_chiffre  
contractualisation  
contractualisation\_plateau\_technique  
contractualisation\_ssr  
contractualisation\_autre\_service\_aigu



## Fichier « patient » N=1514 patients

**Id**  
**Token** [Programmé non urgent]  
Mode d'admission si non programmé:  
[Aval des urgences]  
[Admission directe]  
**Centre no:** [Transfert]  
[Autre]

**Type unité d'Hospitalisation**  
**[Hospitalisation conventionnelle]**  
Admission avec lettre médecin traitant:  
Date d'admission:  
Initiales du patient  
Age:  
Sexe:  
Taille :  
Poids:  
Le BMI de votre patient est

**[Hospitalisation de semaine]**  
**[Autre]**

**Intitulé de l'unité:**  
**[Medecine Interne]**  
**[Medecine Polyvalente]**  
**autre**

**Mode d'admission du Patient:**  
**[Non Programmé]**  
**[Programmé semi urgent(1-2 jours)]**  
Performance status:

### Comorbidités (Charlson)

Infarctus myocardique aigu (antécédents inclus)

Insuffisance cardiaque congestive:

Maladie vasculaire périphérique: (La maladie vasculaire périphérique dans le score Charlson comprend des patients atteints de claudication intermittente ou ceux qui ont eu une by pass artériel, ceux atteints de gangrène ou d'insuffisance artérielle grave et ceux atteints d'anévrisme thoracique ou abdominal non traité).

Maladie vasculaire cérébrale (La maladie cérébrale comprend les patients ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral inclusivement mineur ou sans sequelles et des AIT)

Démence:

BPCO:

Connectivite:

Ulcère digestif:

Maladie hépatique modérée ( sans HTP, y compris hépatite chronique):

Maladie hépatique sévère:

Diabète non compliqué:

Diabète compliqué:

Hémiplégie:

insuffisance rénale modérée ou sévère

Leucémie aiguë ou chronique:

Lymphome:

Tumeur non métastatique (depuis moins de 5 ans):

Tumeur solide au stade métastatique:

HIV stade SIDA:

Score Charlson

Tabac actif:  
Nombre PA:  
Tabac sevré:  
Alcool actif:  
Alcool g/jour:

Tension artérielle systolique à l'arrivée ( mmHg):  
Fréquence cardiaque:  
Température:  
Fréquence respiratoire:  
Saturation O2 a l'arrivée dans le service:  
Oxygénothérapie (l/min)  
Dyspnée à l'arrivée:

ECG anormal:  
[ECG modifié, stable par rapport au précédent] Modifications ECG:  
[ECG modifié par rapport au précédent] Modifications ECG:

Score Glasgow<8:  
Score Glasgow<14 (sans intoxication aiguë)  
Nouvel AVC

Le score SCS (simple clinical score)

Nombre de traitements habituels  
(molécules):

[IEC/ ARA II] Traitement habituel:  
[Beta bloquant] Traitement habituel:  
[Inhibiteur Ca] Traitement habituel:  
[Diurétique] Traitement habituel:  
[Anticoagulant] Traitement habituel:  
[Antiagregants] Traitement habituel:  
[Antidyslipidemic] Traitement habituel:  
[Amiodarone] Traitement habituel:  
[Psychotrope] Traitement habituel:  
[IPP] Traitement habituel:  
[Insuline] Traitement habituel:  
[ADO] Traitement habituel:  
[L Thyroxine] Traitement habituel:  
[Antalgique pallier 1,2 ou 3] Traitement habituel:  
[AINS] Traitement habituel:  
[Corticoides] Traitement habituel:  
[Bronchodilatateurs] Traitement habituel:  
[Corticostéroïd inhalé] Traitement habituel:

Prophylaxie anti thrombotique pendant l'hospitalisation

Le patient a été adressé pour:  
[Avis diagnostique]

[Prise en charge thérapeutique]

[Problème social]  
[Autre]

Motif principal d'hospitalisation si non-programmé :

[Neurologique]  
[Comment]:  
[Cardiologique]  
[Infection]

[Pneumologique]  
[Métabolique]

[CVO]

[Altération de l'état général]

[Maladie systémique]

[Autre]  
[Comment]

Date de sortie réelle (à compléter à la sortie):

Mode de sortie

[RAD ( dont institution)]  
[SSR]  
[placement définitif]  
[Transfert autre unité d'aigu]  
[décès]  
[autre]

Si BMI>30 :

Présence d'un lit adapté au poids:  
Matériel de pesée adapté:  
Difficultés d'accès au plateau technique

Autres idées très préliminaires

# Projet d'étude médico-économique des troubles somatoformes vus en médecine interne en France

B Ranque HEGP, Paris

- Objectifs :
  - étudier le parcours de soins et calcul des coûts de santé directs et indirects des patients avec troubles somatoformes (essentiellement fibromyalgies et syndrome de fatigue chronique) qui consultent en médecine interne
  - regarder si une prise en charge en médecine interne diminue le nomadisme médical et les coûts de santé.
- Méthodologie (à préciser)
  - Sélection de patients via les consultations de médecine interne (sélection manuelle car pas de code PMSI ni d'ALD spécifique)
  - demande d'accès aux données individuelles de la SNIIRAM (délai = environ 1 an....)

# Projet d'étude médico-économique des troubles somatoformes vus en médecine interne en France

- L'objectif à terme
  - faire reconnaître par les autorités sanitaires et valoriser financièrement cette activité ingrate et consommatrice de temps et d'énergie mais très importante pour ces malades et permettant de limiter les couts pour la société.
  - plaider pour la mise en place et le remboursement pour les patients d'une approche pluridisciplinaire (médecin, psychologue, kinésithérapeute etc...).

Contact : [brigitte.ranque@aphp.fr](mailto:brigitte.ranque@aphp.fr)

# Place de la médecine interne dans le développement d'alternatives à l'hospitalisation pour les patients arrivant aux urgences: : modèle des unités diagnostiques rapides

## A Bourgarit JVR, Bondy

- Contexte:
  - X% des patients consultent aux urgences/sont adressés par MT pour un problème diagnostique semi-urgent (pas d'urgence vitale mais diagnostic à faire rapidement )
  - Actuellement hospitalisés en HC, durées hospit longues car non programmés, engorgement des urgences, déprogrammation de PEC de recours
  - Modèles étrangers (UK, Espagne...) d'unités de diagnostic rapide ambulatoire (HDJ ou consultation): réduction des hospitalisations, des durées d'examen, amélioration des flux et satisfaction des patients
  - Question: viabilité économique du modèle en France (article 51?), pour quelle population, quelle(s) forme(s)?
- Objectifs
  - Proposer des alternatives à l'HC pour les patients consultant aux urgences pour un problème diagnostique
  - Evaluer le modèle économique, proposer un financement par parcours de soin?
  - Critères d'orientation...
- Méthodologie à préciser
  - Caractériser les patients arrivant aux urgences/dans les services de médecine interne pour un problème diagnostique (SiFMI 2017, étude pilote multicentrique?)
  - PREPS national?

# Réunion de travail SiFMI

Jeudi 13 décembre 17h30  
Amphi Pelvoux

[anne.bourgaritdurand@aphp.fr](mailto:anne.bourgaritdurand@aphp.fr)

*Sifmi*  
Situations Fréquentes  
en Médecine Interne