



HAL
open science

Caractéristiques des patients admis en médecine interne dans 18 hôpitaux français en aval des urgences et organisation de ces services : enquête transversale de la SNFMI (groupe d'étude SiFMI) en 2015

Juliette Delforge, S. Sovaila, Lilian Alix, A. Didon, Olivier Steichen, Brigitte Ranque, Antoine Froissart, Konaté Amadou, Thomas Hanslik, Bérangère Cador, et al.

► To cite this version:

Juliette Delforge, S. Sovaila, Lilian Alix, A. Didon, Olivier Steichen, et al.. Caractéristiques des patients admis en médecine interne dans 18 hôpitaux français en aval des urgences et organisation de ces services : enquête transversale de la SNFMI (groupe d'étude SiFMI) en 2015. *La Revue de Médecine Interne*, 2021, 42 (2), pp.79-85. 10.1016/j.revmed.2020.09.001 . hal-03265102

HAL Id: hal-03265102

<https://hal.science/hal-03265102>

Submitted on 13 Feb 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Caractéristiques des patients admis en médecine interne dans 18 hôpitaux français en aval des urgences et organisation de ces services : enquête transversale de la SNFMI (groupe d'étude SiFMI) en 2015

Characteristics of patients admitted from emergency units in 18 internal medicine departments and organisation of these departments : a cross sectional study from SNFMI (SiFMI study group) in 2015

J Delforge et S Sovaila (co-auteurs)*, L Alix, A Didon, O Steichen, B Ranque, A Froissart, K Amadou, Th Hanslik, B Cador, JF Bergmann, A Mekininan, C Goujard, S Gayet, P Cathebras, B Fantin, De Raigniac, JC Weber, E Rosenthal, L Hery, E Andres, Y Benhamou, A Bourgarit, pour le groupe SiFMI 2015**

***Contribution équivalente**

****Groupe SiFMI 2015 :** Centre hospitalier intercommunale Créteil: Dr Froissart Antoine ; Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, APHP: Pr Ranque Brigitte, Pouchot Jacques, Arlet Jean-Benoit ; Hôpital Beaujon , APHP: Pr Fantin Bruno, Pr Lefort Des Ylouses Agnès, Dr De Latours Victoire ; Hôpital Lariboisière, APHP: Pr Bergmann Jean-François, Dr Jarrin-Chaix Irène ; Hôpital De la Timone, APHM: Pr Harle Jean Robert, Dr Gayet Stéphane, Dr Daumas Aurélie ; CHU Rennes : Dr Decaux Olivier, Dr Cador Bérangère, Dr Alix Lilian ; Hôpital Tenon, APHP: Pr Steichen Olivier ; Hôpital civil, Strasbourg: Pr Andres Emmanuel, Pr Weber Jean-Christophe ; CHU Montpellier: Dr Konate Amadou ; Hôpital De Kremlin-Bicêtre, APHP: Pr Goujard Cécile ; Hôpital A. Paré, APHP: Pr Hanslik Thomas ; CHU Rouen: Dr Benhamou Ygal ; Hôpital St Antoine, APHP: Pr Mekinian Arsène Hôpital Jean Verdier, APHP: Pr Bourgarit Anne, Dr Delforge Juliette ; CHU St Etienne: Pr Caltebras Pascal ; Institut Hospitalier Franco-Britannique: Dr De Raigniac Licha Axelle ; CH Orleans : Dr L Hery ; CHU Nice: Pr Rosenthal Eric, Dr Taurel Marina

Auteur correspondant :

Dr Lilian ALIX – Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique

CHU de Rennes

2 rue Henri Le Guilloux – 35000 RENNES

Email : lilian.alix@chu-rennes.fr

Abstract

Introduction. Patients admitted from emergency units represent a large portion of the population in internal medicine departments. The aim of this study is to identify characteristics of patients and organization of these departments.

Methods. Between June 29th and July 26th 2015, voluntary internal medicine departments from the SiFMI group prospectively filled anonymized internet forms to collect data of each patients admitted in their ward from emergency units, during seven consecutive days.

Results. 365 patients from emergency departments were admitted in 18 internal medicine inpatients departments, totalling 1100 beds and 33 530 annual stays, 56% of them for emergency units inpatients. Mean age was 68 years, 54% were women, mean Charlson score was 2.6 and 44% of the patients took at least three drugs. Main causes of hospitalization were infectious (29%) and neurological (17%) diseases. Mean length of stay was 9.2 days. The medical team was composed by a median value of 4,5 [2,75-6,25] senior full-time equivalents, 86% were internists. Each department except one received residents, two third of them were from general medicine.

Conclusion. This study highlights a high organizational variability among internal medicine departments and patients, and sets internal medicine as a specialty with a great capacity to achieve an integrative / comprehensive management of patients and to offer a comprehensive basis for physicians in training.

Keywords: downstream of the emergency wards, departments organization, internal medicine.

Résumé

Introduction. L'aval des urgences représente une part importante des hospitalisations dans les services de médecine interne. L'objectif de cette étude est de caractériser les patients et l'organisation d'un échantillon de services de médecine interne métropolitains ayant cette activité.

Matériel et méthodes. Entre le 29 juin et le 26 juillet 2015, les services du groupe SiFMI (Situations Fréquentes en Médecine Interne) volontaires, ont recueilli prospectivement dans des e-questionnaires anonymisés les caractéristiques de tous les patients admis via les urgences sur une période de 7 jours consécutifs.

Résultats. Dix-huit services de médecine interne, totalisant 1100 lits et 33 530 séjours annuels, dont 56% (25-95%) d'aval des urgences ont inclus 365 patients en provenance des urgences. D'âge moyen de 68 ans, 54% de femmes, 44% des patients étaient polymédiqués avec un score de Charlson moyen égal à 2,6. Les principales causes d'hospitalisation à cette période étaient infectieuses (29%) et neurologiques (17%). La durée moyenne de séjour était égale à 9,2 (\pm 8,2) jours.

De taille et d'organisation variable, l'équipe médicale de ces 18 services était constituée en valeur médiane de 4,5 [2,75-6,25] équivalents temps-plein seniors, dont 86% internistes. Tous les services sauf un accueillaient des internes pour 60% de médecine générale.

Conclusion. Cette étude met en évidence la variabilité des organisations et des pathologies prises en charge en aval des urgences dans les services de médecine interne. Ceci place la médecine interne comme une spécialité avec une capacité de prise en charge intégrative/globale des patients permettant d'offrir un vaste champ d'apprentissage aux médecins en formation.

Mots-clés : aval des urgences ; organisation des services ; médecine interne.

Introduction

En France, la médecine interne est définie par la prise en charge globale des patients adultes [1]. Son champ d'action est vaste, avec une prédilection, outre les pathologies systémiques rares, pour la prise en charge des patients poly-pathologiques ou les situations diagnostiques compliquées. L'hospitalisation dans ces services se fait principalement par deux circuits : soit une admission directe programmée, notamment à la demande d'un médecin généraliste ou spécialiste, soit une hospitalisation non programmée suite à un passage au service d'accueil des urgences. En 2000, une enquête nationale française montrait que seulement 22% des patients hospitalisés en médecine interne étaient issus des services d'accueils des urgences, principalement pour des pathologies infectieuses, hématologiques ou néoplasiques [2].

Depuis, de multiples mutations ont touché notre système de santé. Tout d'abord, les mutations sociales et les contraintes financières favorisent la prise en charge en ambulatoire ou en courtes hospitalisations programmées, entraînant une réduction du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle (de 6% en 10 ans dans les établissements publics et de 12% dans les Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) [3-4]. De plus, la raréfaction du tissu sanitaire dans certaines zones géographiques, notamment en milieu rural et dans les quartiers défavorisés, ainsi que des difficultés d'accessibilité aux soins programmés de ville notamment à des périodes critiques (soirée, week-end), sont à l'origine d'une augmentation significative et soutenue du nombre de passages aux urgences. En effet, ceux-ci ont augmenté de 3% par an entre 1996 et 2012, alors que le taux d'hospitalisation post-urgences restait globalement stable à environ 20% [5-6]. Enfin, les progrès techniques ont favorisé une hyper-spécialisation des services hospitaliers alors que parallèlement, l'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine entraînent une augmentation de la proportion de patients « âgés » polypathologiques.

Tous ces facteurs ont modifié la répartition des patients au sein de l'hôpital. Les services de médecine interne, qui assurent une prise en charge globale des patients et qui ont gardé une capacité d'hospitalisation conventionnelle, sont aujourd'hui des partenaires privilégiés de l'aval des urgences. Toutefois, il n'existe actuellement pas de données à l'échelle nationale tant sur le nombre de patients concernés et leur caractéristiques que sur les modes d'organisations des services et les besoins générés par cette activité.

Mis en place en 2012 dans le cadre de la SNFMI, le groupe d'étude SiFMI (Situations Fréquentes en Médecine Interne) s'est donné pour objectif de développer l'activité de recherche clinique, organisationnelle et pédagogique portant sur les situations fréquentes rencontrées dans les services de médecine interne, principalement issues de l'aval des urgences. C'est dans ce cadre que nous présentons une première étude prospective transversale effectuée dans des services de médecine interne en France. Son objectif est d'établir un panorama des patients hospitalisés en médecine interne suite à un passage aux urgences et de déterminer les différentes organisations mises en place par ces services pour les prendre en charge.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique et transversale effectuée entre le 29 juin et le 26 juillet 2015. Les 20 services de médecine interne appartenant au groupe d'étude SiFMI étaient éligibles pour participer à l'étude. Tous les services dans lesquels un médecin de ce groupe avait répondu favorablement à un appel à participation réalisé par mail en 2015 étaient inclus dans l'étude. L'étude était divisée en deux parties : une première partie comportait le recueil des caractéristiques et le mode d'organisation des différents services de médecine interne participant et une seconde partie s'intéressait aux caractéristiques des patients hospitalisés au sein de ces services au cours d'une semaine donnée.

Recueil des caractéristiques et mode d'organisation des services de médecine interne

Un questionnaire structuré au format Word® était envoyé par courrier électronique à chaque médecin ayant accepté de participer. Ce questionnaire était déclaratif et comportait notamment les questions suivantes : type d'établissement hospitalier, nombre total de lits dans le service avec leur orientation (post urgences/ non programmé/ mixte), présence d'une unité dédiée à l'aval des urgences, proportion de patients hospitalisés provenant des urgences (activité année précédente rapportée au nombre de lits), composition quantitative et qualitative des équipes médicales et paramédicales, proximité des urgences ou d'un service de gériatrie aigue, Durée Moyenne de Séjour (DMS) habituelle (« DMS déclarée »), existence de contrats ou de conventions de priorité à la réalisation des examens avec les plateaux

techniques ou d'imagerie et les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Une fois rempli, le questionnaire était renvoyé par mail à l'investigateur principal de l'étude.

Caractéristiques des patients hospitalisés

Chaque service participant à l'étude recueillait également les caractéristiques de tous les patients hospitalisés entrants dans son unité depuis les urgences au cours d'une période de 7 jours consécutifs, du lundi au dimanche, entre le 29 juin et le 26 juillet 2015. Le choix parmi les quatre périodes proposées était laissé au libre choix de chaque service mais était défini avant le début de l'étude. Chaque médecin participant complétait pour chaque patient inclus un questionnaire anonymisé et rempli via internet. Ce questionnaire comportait notamment les données suivantes : âge, sexe, évaluation des comorbidités via le score de Charlson (annexe 1), score social (annexe 2), principales classes pharmacologiques des traitements habituels (annexe 3), motif d'admission (neurologique, cardiovasculaire, pneumologique, infectieux, métabolique, autre), paramètres vitaux à l'admission dans le service, score de gravité clinique Simple Clinical Score (annexe 4), durées prévisible (estimée par le médecin senior du service à l'admission du patient) et réelle du séjour et enfin le mode de sortie [7-8]. Un séjour prolongé était défini par une durée de séjour réelle supérieure à 150% par rapport à l'estimation initiale.

Analyse statistique

Les données quantitatives ont été exprimées par leur valeur moyenne et l'écart type ou plus rarement par leur valeur médiane. Leurs comparaisons ont été faites par le test t de Student. Concernant les données qualitatives, elles ont été exprimées en proportion et leurs distributions comparées par le test de Chi 2 ou le test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5. La significativité statistique a été retenue au seuil de $p < 0,05$. Le protocole a été déclaré à la commission nationale informatique et liberté CNIL (n° 1859547).

Résultats

Caractéristiques des services de médecine interne

Dix-huit services de médecine interne volontaires, parmi les 20 services du groupe d'étude SiFMI, ont participé à l'étude : 14 CHU, deux centres hospitaliers et deux ESPIC (Tableau 1). Neuf hôpitaux étaient en Ile-de-France et 9 autres étaient répartis sur le reste de la métropole (Figure 1). Trois services étaient entièrement dédiés à l'aval des urgences (deux services de CHU et un en ESPIC). Les 15 services restant avaient une activité mixte, parmi lesquels 5 services de CHU disposaient d'une unité dédiée à l'aval des urgences.

Les services participants totalisaient 1100 lits d'hospitalisation conventionnelle avec 33 530 séjours annuels, dont 56,2% (25 à 95%) des patients provenant des urgences. Il y avait en moyenne 45,6 lits par service (de 11 à 117 lits). Les unités dédiées à l'aval des urgences comptaient en moyenne 21,4 lits (entre 8 et 57 lits) soit 119 lits (10%) au total.

La « DMS déclarée » était égale à 8,5 jours (\pm 1,7 jours) avec un taux de retour à domicile estimé à 66%. Sept unités (39%) fonctionnaient avec des contrats d'objectifs pour une DMS entre 3 à 12 jours (8 jours en moyenne).

Cinq services (28%) avaient des contrats avec les plateaux techniques, 4 (22%) avec des SSR et un seul avec d'autres services de médecine spécialisée. Quinze services (83 %) étaient à proximité d'une unité de gériatrie aigue.

Composition et organisation des équipes médicales et paramédicales

L'équipe médicale était constituée par 4,5 [2,75-6,25] équivalents temps plein (ETP) seniors par service, ce qui représente 9,2 (\pm 3) lits par ETP avec une médiane à 8 lits par ETP [7-12]; 86% de ces seniors étaient spécialisés en médecine interne dont 4,1% avaient également une spécialisation en maladies infectieuses. Parmi les 14% restants, la moitié d'entre eux étaient médecins généralistes et les autres étaient de diverses spécialités (rhumatologie, gériatrie, dermatologie, endocrinologie). La séniorisation était quotidienne dans 14 services sur 18, à laquelle s'ajoutait une visite séniorisée 2 ou 3 fois par semaine dans 10 services (données disponibles uniquement pour 14 services). Une astreinte séniorisée le week-end était organisée dans l'ensemble des services. Les admissions étaient acceptées uniquement par les médecins seniors dans 11 services.

Dix-sept des 18 services accueillait des internes : leur nombre variait de 1 à 14 par service avec une médiane à 5 [3-7], représentant en moyenne $8 \pm 1,2$ lits par interne. Les deux tiers étaient inscrits en DES de médecine générale. Un tiers des internes étaient en première année de DES et un quart en dernière année (dont 83% étaient en DES de médecine générale).

Tous les services accueillait des étudiants en médecine, en moyenne 13 par service (entre 4 et 30), avec un projet pédagogique spécifique mis en place dans 67% des services. Celui-ci portait essentiellement sur les pathologies fréquentes d'aval des urgences. Enfin, 7 services (39%) déclaraient mener une activité de recherche clinique sur cette thématique.

Les équipes paramédicales comprenaient des IDE dédiées dans 61% des cas, un secrétariat dédié dans 53% des cas et un travailleur social dans un tiers des services.

Enquête une semaine donnée : caractéristiques des patients hospitalisés

Entre le 29 juin et le 19 juillet 2015, 365 hospitalisations post-urgences avaient été réalisées sur 7 jours successifs dans les 19 services de médecine interne participant (un service de CHU n'avait participé qu'à l'étude des patients). La répartition du nombre de recueils en fonction de la semaine d'inclusion est présentée dans la figure 2. Chaque structure/service avait inclus une médiane de 17 patients sur 7 jours avec des extrêmes allant de 4 à 62, soit $0,49 \pm 0,21$ patients par lit en moyenne. Sur ces 365 patients, 54% étaient des femmes (Tableau 2), l'âge moyen était de 68,2 ans $\pm 20,8$ ans (extrêmes 16-97), avec un âge médian à 73 ans [56-85]. Seize pour cent avaient moins de 45 ans. Quarante-cinq pour cent des patients avaient des problèmes sociaux retentissant sur le retour à domicile (score social > 1) : 31% présentaient une dépendance ou un handicap et 14% étaient déclarés « isolés ».

Le nombre de comorbidités selon le score de Charlson était en moyenne égal à 2,5 par patient $\pm 2,5$ avec une médiane égale à 2 [0-9]. Les comorbidités les plus fréquentes étaient la démence dans 17% des cas, les pathologies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, antécédent ou séquelle d'accident vasculaire cérébral (AVC)...) et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Soixante-deux patients (17%) avaient un diabète avec ou sans complications, 31 patients (8%) avaient des antécédents néoplasiques (principalement des tumeurs non métastatiques de moins de 5 ans), 14 patients (3,8%) étaient suivis pour une connectivite et un patient était infecté par le VIH.

Concernant le recueil des traitements habituels, 44% des patients étaient traités par au moins trois classes thérapeutiques différentes. Cinquante-trois pour cent des patients avaient au moins un traitement à visée cardiovasculaire, dont 27% des antiagrégants plaquettaires, 23% des statines et 11% des anticoagulants au long cours. Trente-trois pour cent avaient des médicaments psychotropes : il s'agissait dans 72 cas de benzodiazépines et dans 50 cas de traitements antidépresseurs. Enfin, 23% des patients prenaient des inhibiteurs de la pompe à protons.

Les motifs d'hospitalisation étaient variés : les infections représentaient 29% des hospitalisations, les pathologies neurologiques 17%, les pathologies cardio-pulmonaires 13%, les pathologies métaboliques 13%. Parmi les 34% restants, les étiologies les plus fréquentes étaient les chutes (22 cas), l'anémie (23 cas) et les crises vaso-occlusives drépanocytaires (15 cas). Les complications des chimiothérapies, les pathologies hépatiques et pancréatiques et les bilans d'« altération de l'état général » venaient ensuite. Au total, 84 différents motifs d'hospitalisation étaient colligés dans l'ensemble des centres avec en moyenne 17 ± 6 motifs différents par centre (extrêmes entre 5 et 29) sur une semaine.

Le score de gravité moyen à l'admission (SCS) était égal à $5,1 \pm 3,5$, ce qui correspond à un faible risque de mortalité 30 jours après la consultation aux urgences (Annexe 4).

La durée moyenne de séjour des patients était égale à $9,2 \pm 8,2$ jours. Par ordre de fréquence décroissante, le « mode de sortie » des patients était : retour à domicile 71%, transfert dans un service de soins de suite et rééducation (SSR) 13%, transfert dans d'autres services Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) 9%, décès 5%, placement direct en institutions (EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou SMTI : Soins Médico-Techniques importants) 2 %.

Pour 269 patients (74%) nous avons pu comparer la durée de séjour réelle à celle estimée *à priori* par le médecin senior à l'arrivée du patient dans le service de médecine interne (Tableau 3). Vingt-deux pour cent des patients avaient un séjour prolongé (plus de 150% par rapport à l'estimation initiale). Ces patients étaient significativement plus âgés ($<0,05$) et leur retour à domicile était moins fréquent ($<0,05$), avec un score social plus élevé ($p<0,05$). En revanche, les scores de Charlson indépendamment de l'âge et SCS (critère de gravité à l'admission) étaient comparables dans les 2 groupes, de même que la distribution des pathologies responsables de l'hospitalisation.

Quatre-vingt-dix-huit patients (27%) n'avaient pas de comorbidité selon le score de Charlson (score de Charlson à 0). Chez les 267 patients restant, le score de Charlson était en moyenne égal à $3,4 \pm 2,4$. Lorsque l'on comparait ces patients sans comorbidité aux autres (Tableau 4), ils étaient significativement plus jeunes, leur durée d'hospitalisation était plus courte avec un taux de retour à domicile plus élevé ($<0,05$). De même leur score social était en moyenne égal à $0,5 (\pm 1)$, significativement inférieur à celui du groupe avec des comorbidités ($<0,05$). Les motifs d'hospitalisation de ces patients n'étaient pas différents du reste de la population en dehors de crises vaso-occlusives pour 14%.

Discussion

Nous présentons ici la première étude descriptive transversale un temps donné rapportant quantitativement et qualitativement l'activité d'aval des urgences dans les services de médecine interne en France en 2015. Cette étude a regroupé 19 services de médecine interne, membres du groupe de recherche SiFMI et volontaires, répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Ces services ne sont probablement pas représentatifs de la médecine interne en France en raison d'une surreprésentation des CHU et de l'Ile-de-France, révélateur d'un intérêt pour le développement universitaire de cette activité d'aval des urgences.

Dans ces services l'activité dite « post-urgence » représente 55% de l'activité globale, soit une augmentation importante par rapport aux chiffres recueillis par sondage en 2000 [2]. La prépondérance de cette activité est retrouvée dans l'ensemble des services, y compris en CHU, souvent considérés comme des services exclusivement de recours pour les maladies rares et/ou les situations diagnostiques complexe. Elle est également révélatrice de la place centrale des services de médecine interne dans le système hospitalier en France à l'heure actuelle (surtout en raison de l'augmentation du nombre de recourt aux urgences) et donc de leur intérêt en terme de formation, tant des étudiants et des internes que pour la formation continue, quelque soit leur spécialité d'origine.

Bien qu'ils soient hétérogènes, l'ensemble de ces services présentent certaines caractéristiques communes :

- l'importance de la séniorisation (contre-visite quotidienne, visite plusieurs fois par semaine, admissions vues le plus souvent par un senior),

- séniorisation assurée en majorité par des internistes mais en collaborations de nombreuses autres spécialités (médecine générale, maladies infectieuses, rhumatologie...)
- la nécessité de former des étudiants (internes, externes) avec des internes souvent en début de troisième cycle de leur formation médicale. Il est à noter la très forte représentation des internes du DES de médecine Générale, cette enquête ayant eu lieu avant la réforme du troisième cycle de 2017.

Malgré ces points communs, l'organisation des structures est aussi marquée par une grande diversité d'un site à l'autre : certaines unités, voir services, dédiées à l'activité d'aval des urgences , des « contrats » de DMS courte, d'accès prioritaire aux plateaux techniques et/ou aux structures d'aval dédiées. De même, la densité en personnel médical et paramédical est très variable d'un site à l'autre. Le faible nombre de structures étudiées et cette très grande variabilité ne nous a pas permis d'étudier d'éventuelles corrélations entre ces modes d'organisation et des critères quantitatifs ou qualitatifs de prise en charge des patients. La variété de ces organisations reflète surtout le développement local d'une activité devenue incontournable pour tous les hôpitaux en France, en réponse à une problématique générale et commune: augmentation des passages aux urgences, vieillissement de la population, augmentation de l'incidence des pathologies chroniques, dans un modèle encore centré sur l'hospitalisation. A l'échelle internationale, des organisations structurées voient le jour depuis une vingtaine d'année sous des formes là encore variables selon les pays: *Short Stay Unit* [9], [10], *complex acute medicine* [11], *quick diagnosis unit* [12], *hospitalists*, *major ambulatory medicine* [13]. La place centrale des internistes dans ces organisations des filières non programmées et d'alternatives à l'hospitalisation est reconnue.

L'échantillon de patients inclus ici ne peut être considéré comme représentatif de l'activité post-urgences dans les services de médecine interne pour plusieurs raisons : l'absence de représentativité des services participants, la courte durée d'inclusion et sa saisonnalité, pouvant à la fois réaliser un biais sur les pathologies retrouvées et sur la répartition entre hospitalisation programmée et non programmée. Il s'agit ici plutôt d'une photographie d'un instant donné. Toutefois, l'impact de la saisonnalité sur les inclusions (dont une période d'alerte canicule niveau 3) ne ressort pas de façon majeure sur les motifs d'hospitalisation des patients inclus (pathologies infectieuses, neurologiques et cardiopulmonaires...). La durée moyenne de séjour de l'étude est comparable à celle annoncée dans l'étude structure, ce qui est un élément en faveur de la bonne représentativité

de l'activité habituelle de ces services. Nous n'avons pas pu faire d'analyse de la relation entre le ratio lit par médecin et la DMS en raison de trop faibles effectifs. Par ailleurs, près des trois quarts des patients sont rentrés directement à domicile en post-hospitalisation, malgré des difficultés sociales relevées à leur admission pour 45% d'entre eux. Ces chiffres corroborent d'autres études dans des structures équivalentes [14]. Nous n'avons pas étudié le taux de ré-hospitalisation précoce, d'autres études ont montré que la réhospitalisation est paradoxalement corrélée à l'augmentation de la durée de séjour et au score de Charlson.

Malgré la fréquente proximité d'un service de gériatrie aigue, la moitié des patients hospitalisés dans ces services de médecine interne d'aval des urgences avaient plus de 73 ans. Il est possible que le profil des patients âgés hospitalisés en médecine interne ou en unité de gériatrie aigue soit différent (comorbidités, difficultés sociales, âge physiologique....). Des études complémentaires permettraient d'approfondir la complémentarité entre les deux approches.

De même la majorité des patients inclus avaient plus de deux comorbidités repérées par le score de Charlson, confortant la notion que les patients hospitalisés dans les services de médecine interne sont souvent polypathologiques et/ou âgés. Toutefois, il est également notable que 27% des patients hospitalisés n'avaient aucune comorbidité mesurée par le score de Charlson. Il s'agissait majoritairement de patients jeunes, avec des durées d'hospitalisations plus courtes. A l'heure du développement proactif des prises en charge ambulatoires pour de nombreuses pathologies aiguës ne mettant pas en jeu le pronostic vital comme la pyélonéphrite aigue non compliquée, ou plus récemment l'embolie pulmonaire, il n'est pas impossible qu'une partie de ces hospitalisations soient justifiées plus par des problématiques sociales ou d'accès aux soins [15,16]. Cette précarité n'a pas été évaluée ici (par exemple par le score EPICES). A noter que pour 14% d'entre eux il s'agissait de crises vaso-occlusives de patients drépanocytaires, pathologie chronique nécessitant de nombreuses hospitalisations en aval des urgences et pour laquelle le score de Charlson n'est pas adapté.

Avec la limite d'un recueil par grandes catégories pharmaceutiques, les patients inclus étaient fortement polymédiqués, reflet le plus souvent leurs comorbidités. Outre l'impact de ces traitements sur la pathologie aigue, les problématiques de iatrogénie, interactions médicamenteuses et juste prescription font partie de la prise en charge globale des internistes [17,18]. Les campagnes de conciliation médicamenteuses, en équipe avec les pharmaciens

clinicien, à l'entrée des patients hospitalisés lancées par l'HAS [19,20] est un premier élément important d'amélioration des pratiques.

Les patients ayant des durées de séjours plus prolongées ont un taux de retour à domicile significativement plus faibles. Ceci est d'origine multifactorielle : comorbidités, motifs d'hospitalisation, complications en cours de l'hospitalisation. Cela peut également être expliqué par le faible nombre de travailleurs sociaux dédiés dans ces unités et l'absence fréquente de contrat avec les services d'aval (soins de suite et rééducation).

Enfin, on constate que peu de patients ont été transférés dans d'autres services de MCO, y compris en réanimation, ce qui rend compte d'une part de la capacité de prise en charge globale et transversale de ces services et d'autre part de la proportion importante de patients âgés et/ou avec de nombreuses comorbidités, qui peuvent être difficiles à orienter vers d'autres services. De plus, le taux de décès était faible dans cette population, ce qui est cohérent avec un score de gravité à l'admission plutôt bas. A noter que nous n'avons pas particulièrement identifié les patients en prise en charge palliative, qui fait également souvent parti du recrutement de ces services.

Conclusion

Cette première étude transversale un temps donnée permet de donner un aperçu de l'organisation des services de médecine interne et des patients hospitalisés via les urgences dans ces services. Elle replace la médecine interne comme une spécialité avec un capacité de réaliser une prise en charge intégrative/globale des patients. Cette activité est un enjeu majeur de l'organisation hospitalière, des soins de la population vieillissante et polypathologique mais aussi universitaire pour la formation des jeunes médecins (cf les nouveaux programmes des DES depuis 2017) et de la formation médicale continue (diplôme inter-universitaire de médecine polyvalente hospitalière sous la coordination des internistes). L'organisation très hétérogène de cette activité pourrait justifier une réflexion globale sur les prérequis souhaitables à la prise en charge de ces patients, comme par exemple l'impact d'une séniorisation plus importante ou une contractualisation avec les plateaux techniques et les structures d'aval. Malgré des pathologies très variées, ces services d'aval des urgences peuvent être le lieu de différentes études analysant par exemple l'organisation des soins, la

mise en place de stratégies médicamenteuse ou des programmes de formations pour les internes.

Conflits d'intérêt

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt.

Références

1. Collège national professionnel de médecine interne, J. -L. Dupond. La médecine interne en France livre blanc. C.N.P.I. 2004.
2. Pottier P, Barrier J-H, Lombraïl P, Durand-Zaleski I, Dupond J-L, Jeandel C, et al. Analyse des pratiques des spécialistes de médecine interne : une enquête transversale descriptive nationale. *Rev Med Interne* 2004;25:448-58.
3. Pericás JM, Aibar J, Soler N, López-Soto A, Sanclemente-Ansó C, Bosch X. Should alternatives to conventional hospitalisation be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest* 2013;43:602-15
4. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *Eur J Public Health* 2015;25:604-9.
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Boisguérin B, Brillhault G. Le panorama des établissements de santé: panorama 2014. DRESS; 2014. (Études et Statistiques).
6. Chaleix M, Mermilliod C. « Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003 ». DRESS; 2005.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*

1987;40:373-83.

8. Kellett J, Deane B. The Simple Clinical Score predicts mortality for 30 days after admission to an acute medical unit. *QJM Int J Med* 2006; 99: 771-81.
9. Strøm, C, Rasmussen LS, Löwe AS, Lorentzen AK, Lohse N, Madsen, Rasmussen, Schmidt TA. Short-Stay Unit Hospitalisation vs. Standard Care Outcomes in Older Internal Medicine Patients a Randomised Clinical Trial. *Age Ageing* 2018; 47:810-17 DOI: 10.1093/ageing/afy090
10. Damiani G., Pinnarelli L., Sommella L., Vena V., Magrini P., Ricciardi W. The Short Stay Unit as a new option for hospitals: A review of the scientific literature. *Med Sci Monit* 2011 ;17:SR15-9
11. Schouten WE. Complex acute medicine: the internist in the lead. *Neth J Med* 2011 ;69:353-5
12. Bosch X, Aibar J, Capell S, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. *Med J Aust* 2009;191:496-8
13. Corbella X, Salazar A, Pujol R. Major ambulatory medicine. *Eur J Intern Med* 2012;23:e204-5.
14. Bourgarit A, Vogler D, Goichot B. Médecine interne polyvalente d'aval des urgences : évaluation des causes de prolongation d'hospitalisation dans une unité de médecine interne dédiée à l'aval des urgences : évaluation des pratiques. *Rev Med Interne* 2012;33,Supplement 2:A37-8.
15. Warren, J. W., E. Abrutyn, J. R. Hebel, J. R. Johnson, A. J. Schaeffer, et W. E. Stamm. Guidelines for Antimicrobial Treatment of Uncomplicated Acute Bacterial Cystitis and Acute Pyelonephritis in Women. Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 1999; 29:745-58
16. Piran S, Le Gal G, Wells PS, Gandara E, Righini M, Rodger MA, et Carrier M. Outpatient Treatment of Symptomatic Pulmonary Embolism: A Systematic Review and Meta-Analysis *Thromb Res* 2013;132:515-9.
17. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrès E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med*

2013;24:530-5.

18. Schonheit C, Le Petitcorps H, Pautas É. Appropriate proton pump inhibitors use in elderly outpatients according to recommendations. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016;14:383-8.

19. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, et al. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *Eur J Intern Med* 2014;25:808-14.

20. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. HAS; 2016.

Tableau 1. Centres recruteurs de l'étude SiFMI 2015.

	Total N=18	Moy (SD) par centre	Médiane [min-max]
Type de centre			
CHU	14 (78%)		
CHG	2		
ESPIC	2		
Nb de lits			
	947	52 ± 26,3	55 [21-117]
Nb lits hors PU	470	26 ± 19	26 [0-62]
Nb lits dédiés PU	477	26,5 ± 21	19 [0-85]
Part des lits dédiés à PU		52% ± 28	45 % [0-100]
Nombre séjours par an			
	33 533	1972 ± 1429	1368 [480-5580]
Part séjours PU		56,2% ± 20	54% [25-95]
DMS déclarée			
		8,5 ± 1,7	8,4 [3,5-11,5]

PU : post urgence

CHU : centre hospitalo-universitaire

CHG : centre hospitalier général

ESPIC : établissement de santé privé et d'intérêt collectif

Tableau 2. Caractéristiques des patients.

n=365	N (%) / My (SD)	Médiane [min-max]
Sexe F	196 (54%)	
Age	68,2 ± 21	73 [16-97]
Score social	1,01 ± 1,2	0 [0-3]
0-1	249 (69%)	
2-3	111 (31%)	
Score de Charlson	2,5 ± 2,5	2 [0-9]
Principaux traitements		
Cardiovasculaire	193 (53%)	
AAP	98 (27%)	
Statines	83 (23%)	
AC	40 (11%)	
Psychotropes	127 (33%)	
IPP	82 (23%)	
Motif hospitalisation		
Pathologie Infectieuse	107 (29%)	
Neurologique	62 (17%)	
Métabolique	67 (18%)	
Cardiologique	46 (13%)	
Pneumologique	46 (13%)	
Anémie	23 (7%)	
Chute	22 (7%)	
Crises vaso-occlusives	15 (4%)	
Alteration de l'Etat Generale	11 (3%)	
Autre	110 (30%)	
Simple Clinical Score	5,1 ± 3,5	5 [0-17]
Durée de séjour réelle	9,2 ± 8,2	7 [0-45]
Mode de sortie		
Retour à domicile	207 (71%)	
SSR	37 (13%)	
Transfert MCO	26 (9%)	
Placement (EHPAD)	7 (2%)	
Autres	16 (4%)	

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques des patients ayant une durée de séjour prolongée par rapport à l'estimation initiale ($\geq 150\%$ de l'estimation initiale) (n=269).

N (%) / Moyenne (SD)	Séjour prolongé n=63	Séjour non prolongé n= 206	p
Âge (ans)	73,5 ± 17	67,6 ± 21,7	<0,05
Durée de séjour (j)	18,6 ± 11,3	6,8 ± 4,8	<0,05
Simple Clinical Score	5,3 ± 2,9	5,1 ± 3,6	NS
Score de Charlson	2,4 ± 2,7	2,5 ± 2,5	NS
Charlson 0	19 (30%)	57 (28%)	NS
Retour à domicile	23 (36%)	127 (62%)	<0,05
SSR	7 (11%)	21	
Score social	1,3 ± 1,3	0,9 ± 1,2	
0 ou 1	37 (59%)	153 (74%)	<0,05
2 ou 3	26 (41%)	53 (26%)	
Motif hospitalisation			NS
Problème infectieux	18 (29%)	66 (32%)	
Altération état général	4 (6%)	6 (3%)	
Anémie	4 (6%)	18 (9%)	
Chute	7 (11%)	8 (4%)	
Crise vaso-occlusive	3 (5%)	8 (4%)	
Neurologique	11 (17%)	30 (15%)	
Métabolique	10 (16%)	43 (21%)	
Cardiologique	7 (11%)	30 (15%)	
Pneumologique	7 (11%)	27 (13%)	

NS : no significatif

Tableau 4. Comparaison des patients ayant un score de Charlson à 0 et supérieur à 0 (indépendamment de l'âge).

N (%) / My (SD)	Charlson 0 n=98	Charlson > 0 n=267	p
Âge (ans)	50,7 ± 23	74,7 ± 15,6	<0,05
SCS	2,6 ± 2,8	6,0 ± 3,3	<0,05
Durée de séjour (j)	6.7 ± 5,9	10.0 ± 8,8	<0,05
Score Social	0,5 ± 1	1,2 ± 1,3	<0,05
Retour à domicile n (%)	67 (68%)	143 (54%)	<0,05
Motif d'hospitalisation			
Problème infectieux	23 (23%)	84 (31%)	
Anémie	6 (6%)	18 (6%)	
Chute	3 (3%)	20 (7%)	
Crise vaso-occlusive	14 (14%)	1 (0,3%)	
Neurologique	11 (11%)	51 (19%)	
Métabolique	11 (11%)	56 (21%)	
Cardiologique	9 (9%)	37 (14%)	
Pneumologique	12 (12%)	34 (13%)	

SCS : *Simplified Comorbidity Score*

Figure 1. Répartition géographique des services participants

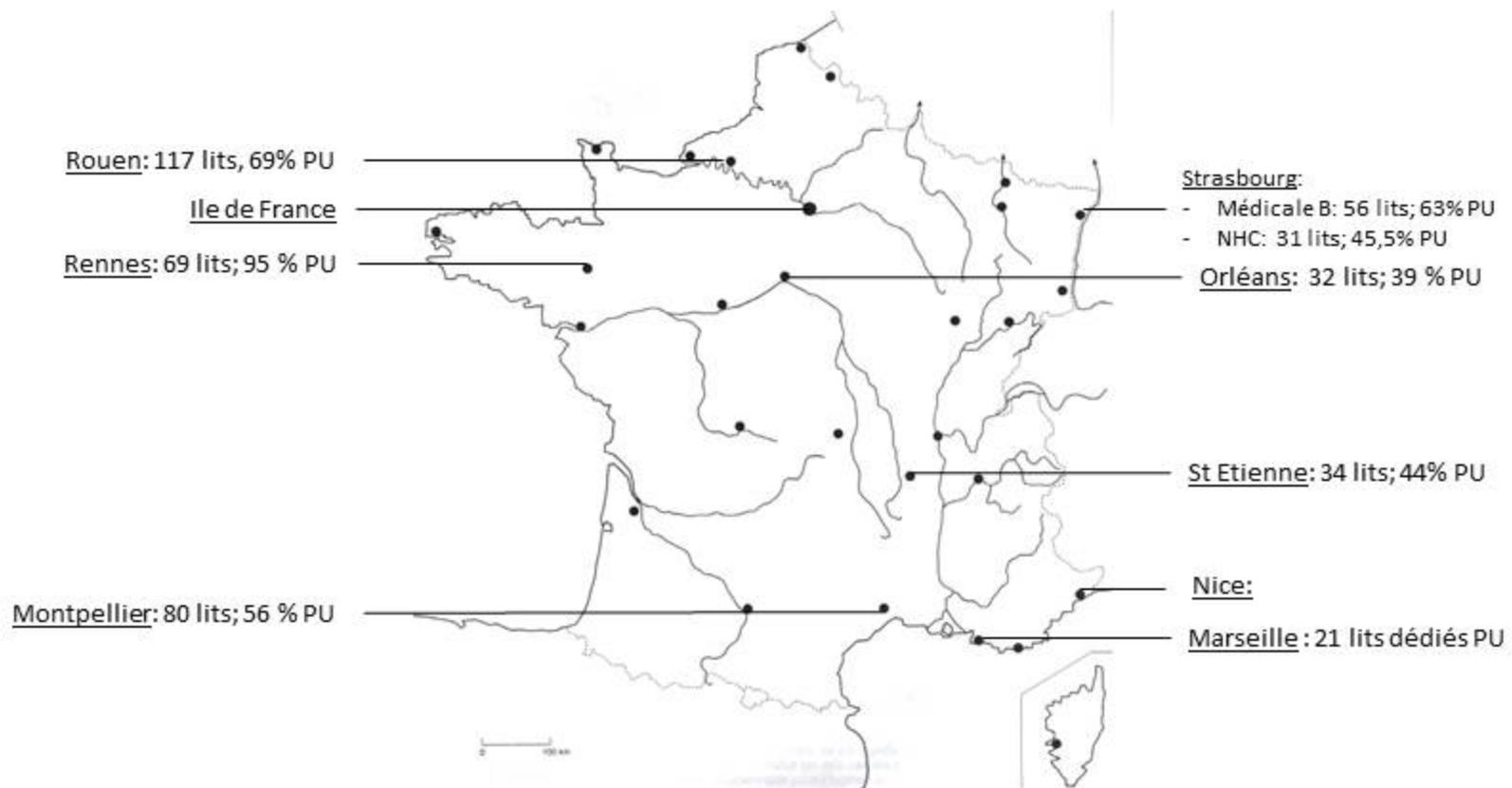
Figure 2. Répartition des inclusions en fonction des semaines

Annexe 1. Score de Charlson

Annexe 2. Score social

Annexe 3. Liste des traitements recueillis

Annexe 4. Simple Clinical Score



Paris:

- Tenon: 60 lits; 80 % PU
- KB: 59 lits; 49% PU
- St Antoine: 43 lits
- Lariboisière: 95 lits; 41% PU
- HEGP: 57 lits; 71% PU

Levallois-Perret: Ins. Franco-Britannique 32 lits; 84%

Bondy: 33 lits; 69% PU

CHI Créteil: 30 lits; 31 % PU

Clichy: Beaujon: 36 lits; 40 % PU

Boulogne-Billancourt: Ambroise Paré

SEMAINE DU 06/07

SEMAINE DU 13/07

SEMAINE DU 20/07

0 50 100 150 200

