



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

DLU-Dom : dossier de liaison d'urgence domicile

Document de travail - 22 mars 2021

Descriptif de la publication

Titre	DLU-Dom : dossier de liaison d'urgence domicile
Méthode de travail	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles sociales et médico-sociales
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none">- Définir la trame du DLU-Dom, en identifiant les items utiles aux différents acteurs pour une prise en charge optimale aux urgences- Elaborer le guide d'utilisation pour faciliter son appropriation- Explorer les conditions juridiques et opérationnelles (interopérabilité) d'intégration du DLU dans le DMP
Cibles concernées	<ul style="list-style-type: none">- Les personnes vulnérables vivant à domicile : les personnes âgées dépendantes vivant à domicile et les personnes en situation de handicap non institutionnalisées, quel que soit leur âge. Il sera nécessaire d'adapter l'outil pour le rendre utilisable pour les enfants en situation de handicap.- Les professionnels intervenant à domicile qui auront la responsabilité de remplir le DLU avec la personne en amont et d'accompagner le retour à domicile en aval : médecin traitant, paramédicaux, intervenants à domicile.- Les professionnels des services d'urgences (médecins et infirmières), les régulateurs des SAMU/SMUR
Demandeur	DGCS, Fédérations du handicap et du domicile
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	DiQASM
Recherche documentaire	Sophie Nevière, Sylvie Lascols
Auteurs	Delphine Dupré-Lévêque, Jean Bacou
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 22 mars 2021
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mars 2021 – ISBN : 978-2-11-162638-6

Sommaire

Introduction	5
1. Méthode d'élaboration	5
1.1. Stratégie de recherche bibliographique	5
1.1.1. Source d'informations	5
1.1.2. Stratégie de recherche documentaire	5
1.1.3. Benchmark des formulaires de transfert	7
1.2. Critères de sélection documentaire	7
1.2.1. Critères d'inclusion des articles	7
1.2.2. Critères d'exclusion des articles	7
1.3. Robustesse des données présentées et des recommandations proposées	7
1.4. Conduite de projet	7
1.4.1. Groupe de travail, groupe de lecture, parties prenantes.	8
1.4.2. Productions	8
1.4.3. Calendrier des productions	8
2. Contexte	10
3. Etat des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement des urgences pour les personnes vulnérables	12
Etat des lieux de la réglementation en vigueur, cartographie des risques :	12
4. Enjeux	14
5. Analyse de la littérature internationale	16
5.1. Synthèse de la littérature internationale :	34
6. Compte Rendu du Groupe de travail (GT) du 24 novembre	35
7. Propositions de modifications suite aux retours du groupe de travail par rapport au premier projet de DLU-Dom	39
7.1. Guide	39
7.2. Document de liaison d'urgence :	39
7.3. Fiche de liaison d'urgence :	40
8. Propositions de modifications à la suite des retours du groupe de lecture.	42
8.1. Guide	42
8.1.1. Définition et objectifs :	42
8.1.2. Le DLU-Dom : structure et mode d'emploi	42
8.1.3. Appropriation du DLU-Dom par tous les acteurs concernés	42
8.1.4. Repères juridiques :	43

8.2. Document de liaison d'urgence :	43
8.3. Fiche de liaison d'urgence :	44
9. Propositions de modifications du Collège de la HAS.	45
9.1. Document de liaison d'urgence	45
9.2. Fiches de liaison d'urgence	45
10. Demandes de modifications de la Commission Sociale et Médico-Sociale.	46
10.1. Guide	46
10.2. Document de liaison d'urgence	46
10.3. Fiches de liaison d'urgence	46
Table des annexes	47
Références bibliographiques	61
Participants	64
Abréviations et acronymes	66

Introduction

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est un ensemble synthétique de documents permettant la prise en charge optimale d'une personne vulnérable par tout médecin intervenant en urgence au domicile ou dans un service des urgences hospitalier. Il peut aussi servir en support de communication téléphonique avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15.

1. Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration de ces documents repose sur l'analyse de la littérature, les retours d'expérience des professionnels et des institutionnels, ainsi que sur les expertises des membres du groupe de travail et les avis des parties prenantes.

1.1. Stratégie de recherche bibliographique

Une recherche documentaire a été ciblée sur les formulaires de transfert en privilégiant les documents suivants : recommandations, revues systématiques, méta-analyses. Des recherches complémentaires ont été réalisées en rapport avec les références des articles jugés pertinents à l'issue des revues systématiques.

1.1.1. Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis)

Embase

1.1.2. Stratégie de recherche documentaire

Base bibliographique utilisée : Medline (Proquest)

Langue : angl / fr

Date limite : 2000 - 2020

Nb de références : 38

Termes utilisés :

MEDLINE

```
((MESH.EXACT("Emergency Service, Hospital") OR TI("ED") OR (TI("EDs") AND TI,AB("emergency"))) OR TI("emergency"))
```

AND

```
(TI("file*" OR "form*" OR "documentation*" OR "information*" OR "transfer checklist*" OR "transfer check-list*" OR "list*" OR "transfer report" OR "referral*"))
```

AND

```
(MJMESH.EXACT.EXPLODE("Aged") OR TI("Aged") OR TI("older") OR TI("elder") OR MESH.EXACT("Group Homes") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Nursing Homes") OR MESH.EXACT("Homes for the Aged") OR MESH.EXACT("Assisted Living Facilities") OR MESH.EXACT("Halfway Houses") OR TI("nursing home*") OR TI("homes for the aged") OR TI("care facilities for the aged") OR TI("residential care") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Disabled
```

Persons") OR MJMESH.EXACT("Health Services for Persons with Disabilities") OR TI("disabilities") OR TI("disabled") OR TI("impair*"))

AND

(MESH.EXACT("Patient Admission") OR MESH.EXACT("Patient Transfer") OR MESH.EXACT("Hospitalization") OR ti ("transfer") OR TI,AB("transfer documentation") OR TI,AB("transfer form") OR TI("hospital admission") OR TI ("discharg*") OR TI,AB("discharging from the ED"))

OR

((MESH.EXACT("Emergency Service, Hospital") OR TI("ED") OR (TI("EDs") AND TI,AB("emergency"))) OR TI("emergency"))

AND

TI("file*" OR "form*" OR "documentation*" OR "information*" OR "transfer checklist*" OR "transfer check-list*" OR "list*" OR "transfer report" OR "referral*") OR MESH.EXACT("Patient Admission") OR MESH.EXACT("Patient Transfer") OR MESH.EXACT("Hospitalization") OR ti ("transfer") OR TI,AB("transfer documentation") OR TI,AB("transfer form") OR TI("hospital admission") OR TI ("discharg*") OR TI,AB("transition")

AND

MESH.EXACT.EXPLODE("Disabled Persons") OR MJMESH.EXACT("Health Services for Persons with Disabilities") OR TI("disabilities") OR TI("disabled") OR TI("impair*") OR TI("special needs") OR TI("special health care needs") OR TI("special care needs")

Base bibliographique utilisée : EMBASE

TI("ED") OR (TI("EDs") AND TI,AB("emergency")) OR TI("emergency"))

AND

(TI("file*" OR "form*" OR "documentation*" OR "information*" OR "transfer checklist*" OR "transfer check-list*" OR "list*" OR "transfer report" OR "referral*"))

AND

TI("Aged") OR TI("older") OR TI("elder") OR TI("nursing home*") OR TI("homes for the aged") OR TI("care facilities for the aged") OR TI("residential care") OR TI("disabilities") OR TI("disabled") OR TI("impair*"))

AND

TI ("transfer") OR TI,AB("transfer documentation") OR TI,AB("transfer form") OR TI("hospital admission") OR TI ("discharg*")

de:descripteur:ti:titre,ab:titre/résumé:pt:type de document*:troncature

[MeSH]:descripteur[TI]:titre[TIAB]:titre/résumé[PT]:type de document*:troncature

47 articles ont été retrouvés. Les abstracts ont fait l'objet d'une double lecture et 33 articles ont finalement été retenus pour l'analyse.

1.1.3. Benchmark des formulaires de transfert

Un Benchmark des 6 formulaires retrouvés dans la revue systématique et émanant de travaux antérieurs de la HAS a été réalisé afin de repérer les informations les plus pertinentes lors du transfert d'un résident en SU.

1.2. Critères de sélection documentaire

1.2.1. Critères d'inclusion des articles

Les articles ont été retenus :

- en fonction de leur concordance avec le sujet ;
- en fonction de leur qualité
- en fonction de leur date de publication. Cette recherche étant complémentaire de celle qui avait été effectuée pour le DLU Ehpad, les articles publiés après la date de clôture de la veille documentaire menée (mai 2015) ont été privilégiés.

1.2.2. Critères d'exclusion des articles

Les articles ont été rejetés quand ils ne correspondaient pas aux populations visées (personnes non institutionnalisées) ou à la problématique étudiée (formulaire de liaison d'urgence).

1.3. Robustesse des données présentées et des recommandations proposées

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

1.4. Conduite de projet

- ➔ Ce travail fait suite à la publication du DLU-Ehpad en 2015 par la HAS.

- La méthode HAS de production des recommandations a été utilisée pour élaborer le DLU-Dom. En 2017, la mission personnes âgées de l'Anesm en a élaboré une première version sur la base d'une recherche bibliographique thématique et d'une méthodologie faisant intervenir un groupe de travail et un groupe de lecture. Cette recherche bibliographique a été réactualisée et élargie aux personnes en situation de handicap en prenant en compte les propositions faites par des fédérations d'établissements du handicap (polyhandicap, autisme, syndrome de Prader-Willy, maladies neuromusculaires, paralysie cérébrale, épilepsie sévère).

Une « Note méthodologique et de synthèse documentaire » a été élaborée par la HAS à partir de l'analyse de la littérature internationale, par Delphine Dupré-Lévêque et Jean Bacou, Conseillers à la Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Sophie Nevière, documentaliste scientifique et Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste

1.4.1. Groupe de travail, groupe de lecture, parties prenantes.

La spécificité du DLU-Dom, par rapport au DLU-Ehpad, tient d'une part aux informations contenues dans les données concernant l'environnement de la personne (son lieu de vie et ses référents, accompagnants professionnels et non professionnels) et d'autre part, aux personnes susceptibles de remplir ce DLU (professionnels, aidants, usager lui-même). Par ailleurs, son élargissement aux personnes en situation de handicap nécessite l'intégration d'experts du champ tant du côté des personnes que des professionnels.

Un groupe de travail a été constitué sur la base d'un appel à candidature. Il réunit :

- Des médecins urgentistes
- Des usagers,
- Des professionnels des services à domicile
- Des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens...)

Un groupe de lecture reprenant les mêmes catégories de participants que le groupe de travail sera constitué sur la base d'un appel à candidature

Une seconde séance de travail réunira plus spécifiquement l'ANS et la CNAMTS pour l'intégration de l'outil DLU-Dom au sein du DMP (une réunion préalable sur la faisabilité a déjà eu lieu avec ces deux partenaires)

1.4.2. Productions

Les items du DLU-Dom

Document de liaison

Fiches de liaison pour l'admission aux urgences et au départ des urgences (retour au domicile ou institutionnalisation)

Le guide d'utilisation

Les modalités d'intégration dans le DMP.

1.4.3. Calendrier des productions

- Validation cadrage CSMS, Collège : septembre 2020
- GT pluriprofessionnel et usagers : novembre 2020

- Groupe de lecture : décembre 2020
- Validation CSMS, Collège : février 2021
- Publication mars 2021
- Rencontre ANS-CNAMTS-HAS avril 2021

2. Contexte

L'analyse des données effectuée en 2013, suite à l'expérimentation Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (Paerpa) a révélé qu'il existait de nombreuses sortes de documents de liaison d'urgence (DLU) et qu'ils n'étaient pas utilisés par tous les Ehpad. La HAS a donc été saisie en 2014 pour élaborer un DLU Ehpad harmonisé et simple d'utilisation. Celui-ci a été publié en juin 2015 (1).

Il a montré son intérêt pour les urgentistes compte tenu de la complexité fréquente des pathologies des résidents. Mais les situations cliniques complexes ne concernent pas que les personnes hébergées en Ehpad et, à l'issue de la publication du DLU Ehpad, les Fédérations du domicile ont saisi l'Anesm afin d'adapter cet outil pour les personnes les plus vulnérables vivant à domicile (DLU-Dom).

En 2017, la DGCS a souhaité que le champ du DLU-Dom soit élargi aux personnes en situation de handicap et ce quel que soit leur âge. Plus récemment, la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a fait émerger des demandes émanant de plusieurs fédérations de personnes en situation de handicap (polyhandicap, autisme, syndrome de Prader-Willy, maladies neuromusculaires, paralysie cérébrale, épilepsie sévère) craignant d'être confrontées à des difficultés de prise en charge.

Comme le rappelait le rapport de l'Audition publique organisée en 2008 par la HAS sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (2) : « On compte aujourd'hui en France quelque 3 millions de personnes en situation de handicap... Elles éprouvent des difficultés plus ou moins considérables, parfois insurmontables, pour accéder aux soins dont elles ont besoin. L'expérience en atteste, encore que les études et statistiques disponibles pour le confirmer de façon rigoureuse fassent largement défaut ». Ce constat corroboré en 2015 par une étude de l'IRDES (3) concerne en particulier la prise en charge dans un contexte d'urgence. Le rapport Jacob (4) souligne la nécessité de connaître un certain nombre d'informations : antécédents et pathologies chroniques, hôpital et médecin référent, traitements, consignes spécifiques et directives anticipées.

La population âgée de 75 ans et plus vivant à domicile est la catégorie de population la plus concernée par le recours aux urgences (5). « Selon les données de la CNAMTS, 33 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées en service de MCO pendant l'année 2010, et 44 % de ces hospitalisations ont eu lieu en urgence (ATIH). Selon les mêmes données 14 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées au moins 2 fois dans l'année 2010. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation parmi les patients hospitalisés a été de 12 jours, versus 7 jours pour les patients âgés de 60 à 74 ans » (6).

Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus qui arrivent aux urgences (7) :

- 85% vivent à leur domicile (dont 43% vivent seules) et 14% en Ehpad.
- 45% d'entre elles arrivent en taxi ou ambulance et 23% sont amenées par les pompiers ou un SMUR contre respectivement (10 et 15%).
- 56% d'entre elles sont hospitalisées contre 15% des personnes âgées de 15 à 74 ans,
- 38% retournent à leur domicile et 5% dans leur Ehpad.
- 23% y restent 8h au moins contre 10 % des moins de 75 ans.

Les personnes de 85 ans et plus vivant seules à domicile ont une probabilité plus importante encore d'être hospitalisées à la suite d'une arrivée aux urgences.

« Les patients âgés de 75 ans et plus constituent une patientèle particulière des services des urgences à plusieurs titres. La fragilité, la dépendance et les polypathologies, plus fréquentes parmi ces patients,

justifient une prise en charge plus complexe que pour les autres patients et entraînent des durées plus longues » (8).

Une recherche documentaire a été réalisée par la HAS en 2014 pour le DLU-Ehpad. Elle était ciblée sur les formulaires de transfert en privilégiant les revues systématiques et les méta-analyses. 107 références ont été retrouvées par la recherche systématique réalisée, parmi lesquelles 11 articles ont finalement été retenus pour l'analyse. Une veille documentaire a été maintenue sur le sujet jusqu'en mai 2015. 11 formulaires ont été retrouvés et analysés afin de repérer les informations les plus pertinentes. Une conférence de consensus réalisée en 2003 (10ème conférence de consensus prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences) par la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) proposait une réponse à la question suivante :

« Quelles sont les informations et les éléments immédiats nécessaires à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans à l'arrivée au service d'urgence ? D'ordre médical, d'ordre psychologique, d'ordre environnemental et social ? »

En juillet 2020, cette recherche a été réactualisée, élargie pour intégrer les personnes en situation de Handicap et axée sur les personnes non institutionnalisées. 58 références ont été retrouvées par cette nouvelle recherche, une trentaine d'articles ont été retenus dans un premier temps.

Ces articles concernent surtout les transferts de patients institutionnalisés vers les urgences et ils ont permis de confirmer les items retrouvés pour le DLU-Ehpad.

Nous avons de plus trouvé plusieurs outils concernant les transferts de patients non institutionnalisés vers les urgences. Le premier (9) concerne les personnes âgées et a été élaboré en 2018 en France et plusieurs (Emergency Information forms) concernant des enfants en situation de handicap ont été développés aux Etats-Unis.

Pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 en 2020, des fédérations de personnes en situation de handicap ont élaboré très rapidement des « DLU » spécifiques à chaque profil de handicap concerné.

Ces DLU ont été analysés par le service des recommandations de la DiQASM.

3. Etat des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement des urgences pour les personnes vulnérables

Les différentes analyses réalisées sur les services des urgences mettent en évidence une perte de temps administratif importante pour les publics les plus vulnérables (10). L'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA) passe un temps non négligeable à récupérer auprès de la personne la fiche de liaison, le courrier du médecin, les coordonnées des proches, les coordonnées du médecin traitant, les documents médicaux, les antécédents, le lieu et mode de vie, les mesures de curatelle, les atteintes sensorielles, etc. (11). L'ensemble de ces éléments sont indispensables avant la prise en charge médicale.

En ce qui concerne les personnes en situation de handicap, le rapport Jacob (4) souligne dès 2013 les problématiques de l'accueil aux urgences des personnes en situation de handicap. Il recommande une prise en charge la plus en amont possible et insiste sur la nécessité de connaître un certain nombre d'informations. Il préconise notamment d'« améliorer la création et la communication du dossier médical (fiche de liaison formalisée urgence) et compléter les DMP/DLU » (12).

Etat des lieux de la réglementation en vigueur, cartographie des risques :

Le DLU-Dom s'inscrit dans les politiques publiques actuelles : la Loi « Ma santé 2022 » du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (13), le projet de loi « Concertation Grand Age et autonomie » (14). Il constitue un outil facilitant la coordination et la fluidité des parcours telles que préconisées dans le rapport d'analyse prospective 2019 (15) et le projet stratégique 2019-2024 de la HAS (16).

Le DLU-Dom s'intègre aussi dans les travaux en cours dans le champ du numérique en santé : en particulier dans le cadre du programme ESMS numérique qui concernera les ESMS PA et PH, y compris les SSIAD et les SAAD. Ce programme vise en particulier à doter les ESMS d'un dossier usager informatisé (DUI) et interopérable, qui devrait notamment générer un DLU et alimenter le DMP. Actuellement, les principaux éditeurs de logiciels DUI du secteur du handicap proposent un DLU, chacun sur un modèle spécifique.

De plus le décret relatif aux lettres de liaison de 2016 (17) qui précise le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison à l'entrée et à la sortie de l'établissement de santé cite un certain nombre d'éléments qui pourraient figurer dans le DLU-dom :

- Les motifs de la demande d'hospitalisation,
- Les traitements en cours et les allergies connus,
- L'identité du patient, du médecin traitant, du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie,
- La synthèse médicale du séjour, les ordonnances de sortie, les résultats des examens pratiqués,
- Les suites à donner, y compris médico-sociales,

En effet, le DLU-dom, s'il n'a pas vocation à remplacer les lettres de liaisons, devrait permettre d'en présenter certains éléments de manière standardisée.

4. Enjeux

L'enjeu principal du DLU est d'optimiser la prise en charge des personnes les plus vulnérables en services d'urgence qui passe aussi par l'anticipation de la sortie.

Les appels aux Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) comme le recours aux services d'Urgence (SU) (18) sont en augmentation constante. La HAS a conduit plusieurs travaux pour limiter ces recours, fluidifier les sorties, améliorer la coordination ville-hôpital et limiter les risques pour les patients (19, 20), mais d'autres outils semblent nécessaires sur le sujet spécifique des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a renforcé la nécessité d'une orientation rapide des patients les plus vulnérables au niveau des urgences. Ceci pour trois raisons essentielles : éviter l'engorgement des services d'urgence en période de forte demande, améliorer l'orientation vers le service d'urgence le plus adapté et éviter de contaminer en service d'urgence les personnes les plus vulnérables en période épidémique.

Les services d'urgence perdent un temps important pour colliger les informations nécessaires à l'optimisation de la prise en charge des personnes les plus vulnérables. Pour limiter ce temps, les urgentistes recommandent qu'un document informatif contenant des informations telles que : l'identité et le lieu de vie, le motif réel du recours aux soins, les antécédents significatifs, les traitements et les intervenants du suivi habituel accompagne le patient (conférence de consensus de 2002).

Ce document devrait également permettre d'organiser le retour à domicile. En effet, la faisabilité d'un retour à domicile mal évaluée entraîne souvent une ré-hospitalisation. La décision d'un retour à domicile est prise en fonction de l'état de santé du patient mais aussi en fonction de son environnement et de sa capacité sociale. La sortie dépend pour beaucoup aussi de la rapidité de la mise en place d'aides adaptées et/ou de la coordination avec les intervenants à domicile¹.

L'articulation entre les différentes catégories d'acteurs potentiellement concernées par le DLU : professionnels de santé libéraux, professionnels d'ESMS, intervenants à domicile, personnes âgées ou handicapées, proches aidants, conditionnera de fait la mise en œuvre du DLU-Dom. Il sera nécessaire de bien identifier cette équipe de soins et d'accompagnement, de s'assurer du consentement de la personne concernée sur ce partage d'information et de préciser les vecteurs de ce partage. L'objectif est d'aboutir à un document dématérialisé alimentant le DMP.

Ces travaux seront l'occasion d'assurer une cohérence dans le contenu et l'architecture des différents DLU (EHPAD, domicile, établissement d'hébergement pour personnes handicapées) :

- Pour faciliter l'appropriation par les professionnels du sanitaire ;
- Dans la perspective de l'évolution (intégration), à terme, du DMP ;
- Compte-tenu des travaux en cours sur les Systèmes d'Information des ESMS PA et PH, avec un enjeu important en termes d'interopérabilité.

¹Environ un million de personnes âgées ou handicapées bénéficient de services d'aide et ou de soins à domicile. L'ensemble de ces bénéficiaires sont en situation de fragilité. Enfin, l'étude conjointe de l'Insee et de la Drees prévoit une augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes. Elles seraient plus de 4 millions en 2050 augmentant ainsi considérablement le nombre de recours aux urgences.

Le développement en cours du DMP représente une opportunité de déploiement d'un DLU-Dom à l'instar du DLU-Ehpad. Il sera nécessaire de vérifier les conditions juridiques et opérationnelles (identifiant unique, interopérabilité) du versement du DLU dans le DMP.

5. Analyse de la littérature internationale

Tableau 1 : Résumé des Revues systématiques de la littérature internationale.

Titre, Auteurs, année de publication,	Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicitée (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus (nombre de patients)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
<p>22 - A Systematic Review of Interventions to Improve Nursing Home to Emergency Department Care Transitions</p> <p>Gettel CJ, Pertsch N, Goldberg EM, 2020 (42)</p>	Pas de limite à la recherche sur la date de publication	Etudes contrôlées (groupe contrôle ou avant/après), interventions d'amélioration de la qualité des transferts Ehpad/Services d'urgence, évaluées sur des critères patients (par exemple hospitalisations) ou indirects (taux de remplissage des formulaires de transfert par exemple)	<p>Patients non institutionnalisés, études n'évaluant que la perception des patients ou des professionnels</p> <p>Autre langue que l'Anglais</p>	<p>Oui</p> <p>NHLBI Quality assessment tool pour les études avant/après, Newcastle-Ottawa quality assessment form pour les études de cohorte rétrospectives</p> <p>ROBINS I pour l'évaluation des biais</p>	<p>11 études publiées entre 2005 et 2017 ont été analysées.</p> <p>Le nombre total de patients par étude varie de 74 à 843</p>	Modéré	<p>8 études toutes positives, ont étudié l'impact de DLU standardisés sur la présence des informations nécessaires à la prise en charge en urgence et 3 ont étudié aussi l'impact en matière de diminution du taux de ré hospitalisation et de retour aux urgences avec des résultats discordants. En conclusions, les auteurs regrettent l'absence d'études recherchant des améliorations de la qualité de la prise en charge en rapport avec la présence des informations théoriquement nécessaires à son optimisation.</p>
<p>25 -Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature</p> <p>Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A (45) 2014</p>	2000 - 2013	<p>Publications en anglais dans des revues à comité de lecture, disposant d'un résumé. Etudes quantitatives ou qualitatives</p> <p>Identifiant ou examinant la documentation accompagnant le transfert des résidents d'Ehpads vers les services d'urgence.</p>	<p>Etudes n'ayant pas examiné la documentation ou dans lesquelles les résidents n'étaient pas transférés aux urgences ou études ne décrivant pas clairement les résultats</p>	Pas de grille de lecture mais double lecture.	7 études publiées analysant de 80 à 457 transferts	Modéré	<p>Bien que les informations clés ne fassent pas consensus, les auteurs considérés citent le plus souvent : le motif de transfert, les antécédents, le traitement médicamenteux en cours, les fonctions cognitives, les directives anticipées et les coordonnées des personnes à contacter.</p> <p>Les principaux motifs de transfert aux urgences retrouvés sont les suivants : infections respiratoires, les traumatismes (chutes, fractures), les troubles</p>

							<p>neurologiques et les infections urinaires</p> <p>La plupart des études analysées retrouvent des informations incomplètes dans la majorité des transferts (de 40% à 90% selon les études) et une amélioration de la situation avec la mise en œuvre de fiches de transfert standardisées. En l'absence de consensus, les pratiques continueront à varier et les informations transmises resteront incomplètes.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Tableau 2 : Résumé des articles de la littérature internationale

Titre, Auteurs, année de publication	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
<p>1 - Policy statement--emergency information forms (EIF) and emergency preparedness for children with special health care needs</p> <p>Académie Américaine de pédiatrie, 2010 (21)</p>	<p>Recommandation de l'Académie Américaine de pédiatrie en 2010 pour un DLU Enfant en situation de Handicap.</p> <p>L'accès aux dossiers médicaux est devenu plus difficile car les dossiers deviennent de plus en plus volumineux et que leur partage implique généralement des autorisations qui peuvent être longues à obtenir.</p> <p>L'EIF (DLU) est un dossier médical d'une page sur lequel figurent les informations nécessaires à la prise en charge initiale d'une personne en situation de handicap. Actuellement sous format papier il est sous utilisé car il est considéré comme une charge de travail supplémentaire et qu'il est difficile à intégrer dans le dossier médical informatisé.</p> <p>L'informatisation de l'EIF permettrait une MAJ facile, une adaptation de son format en fonction des besoins du patient et un accès en ligne</p> <p>Il serait possible d'améliorer l'EIF en y listant les urgences les plus probables et leur prise en charge compte tenu des pathologies chroniques de l'enfant et en y intégrant les directives de fin de vie</p> <p>Une base d'EIF centralisée devrait faciliter l'accès des professionnels de santé (soins primaires et urgentistes, pharmaciens...) des patients et de leurs aidants à ces données. Les parents doivent être informés des compromis nécessaires en matière de confidentialité permettant aux urgentistes d'accéder aux données.</p> <p>Recommandations :</p> <p>Le médecin généraliste (avec l'aide de la famille) est le mieux placé pour obtenir les informations nécessaires de la part des spécialistes concernés et tenir l'EIF. Il devrait être responsable de la tenue de l'EIF</p> <p>L'EIF devrait être régulièrement revu par un urgentiste.</p>

	<p>Les directives anticipées devraient être intégrées dans l'EIF</p> <p>Une base électronique standardisée d'EIF faciliterait la MAJ et l'accès à l'EIF</p> <p>Un document papier plastifié ou un support électronique portable serait utiles en complément.</p> <p>La prise en charge financière de ces dispositifs est souhaitable.</p>
<p>2 - Use guidelines to prepare for children with special needs, or risk tragedy</p> <p><i>Thomas Lawrence, Alfred Sacchetti, Robert Wiebe, 2020 (22)</i></p>	<p>Présentation synthétique du même outil que 1 : EIF</p>
<p>3 - A Retrospective Analysis of Nursing Home to ED Transfer Correspondence Length and ED Length of Stay</p> <p><i>Long SE, Marks SJ, Gettel CJ, Goldberg EM, 2019 (23)</i></p>	<p>Cette étude américaine de 2019 documente à partir d'une étude rétrospective le volume d'informations échangées entre les nursing homes (Ehpad) et les services d'urgence (médiane 12 pages) sans corrélation avec la durée de séjour. Un nouveau formulaire DLU-Ehpad adopté au niveau de l'Etat de Rhode Island est mentionné mais ne figure pas dans l'étude.</p>
<p>4 - The Impact of Incomplete Nursing Home Transfer Documentation on Emergency Department Care</p> <p><i>Gettel CJ, Merchant RC, Li Y, Long S, Tam A, et al., 2019 (24)</i></p>	<p>Nouvelle publication de l'étude précédente présentant la qualité de la documentation accompagnant les patients âgés transférés depuis un Ehpad.</p> <p>28% des résidents en Ehpad transférés en service d'urgence sont incapables d'expliquer clairement la raison de leur transfert aux urgences (Nelson D, Washton D, Jeanmonod R. Communication gaps in nursing home transfers to the ED: Impact on turnaround time, disposition, and diagnostic testing. Am J Emerg Med 2013;31:712e716). Les urgentistes basent donc leur prise en charge sur les informations écrites qui accompagnent le patient. L'inadéquation de cette information est responsable de ré hospitalisation, d'erreurs médicamenteuses et d'allongement de la durée d'hospitalisation (Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. CMAJ 2003;169: 1023e1028.).</p> <p>Méthode :</p> <p>L'utilisation du DLU : INTERACT 4.0 (Interventions to Reduce Acute Care Transfers) est évaluée pour un échantillon de 456 patients transférés depuis un Ehpad. Cet outil liste les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directives anticipées - Cause du transfert - Antécédents médicaux - Constantes vitales - Capacités mentales - Etat fonctionnel - Allergies - Traitement médicamenteux

- Nom, date de naissance et langue du résident
- Informations de contact (famille et professionnels de soin)
- Dispositifs médicaux et traitements en cours
- Nécessité d'isolement, alerte de risqué et effets personnels.

Résultats :

97% des patients sont accompagnés du DLU, 11,7 items sur 15 sont remplis en moyenne.

Cause du transfert, Capacités mentales et état fonctionnel manquent pour la majorité des patients.

DLU present: Rhode Island Emergency transfer form.

5 - Patient transfer forms enhance key information between nursing homes and emergency department

Dalawari P, Duggan J, Vangimalla V, Paniagua M, Armbrecht ES, 2011 (25)

Etude rétrospective contrôlée montrant l'utilité du DLU pour renseigner les items les plus importants pour les urgentistes d'après l'étude (Terrell KM, Miller DK. Challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments. J Am Med Dir Assoc 2006;7:499-505) : Raison de transfert, Antécédents, fonctions vitales de base, traitement médicamenteux, allergies, directives anticipées, coordonnées (Ehpad, infirmière, médecin, pharmacien)

L'effet est important sur le transfert d'informations mais pas sur la prise en charge. Une explication proposée est que les informations sont parfois dispersées entre le DLU et d'autres documents et que le DLU est alors souvent mal rempli.

6 - Development, validation and testing of a nursing home to emergency room transfer checklist

Tsai H-H, Tsai Y-F 2018 (26)

Création et validation d'un DLU-Ehpad à Taïwan. Revue de biblio et méthode Delphi (50 experts : Urgentistes (23) et infirmières d'Ehpad, représentants des usagers et des familles (22) et 5 stagiaires. Le DLU-Ehpad a ensuite été évalué en avant/après, pas de différence significative en termes de taux et de durée d'hospitalisation mais tendance à l'amélioration (583 transferts/593 transferts).

DLU inclus dans la publication

7 - Discrepancy between information provided and information required by emergency physicians for long-term care patients

Parashar R, McLeod S, Melady D, 2018 (27)

Publication Canadienne de 2018 étudiant selon le point de vue des médecins urgentistes, les différences entre les informations disponibles et les informations souhaitées lors des transferts Ehpad SU. Une étude rétrospective de 200 dossiers a permis de relever les infos les plus souvent présentes : antécédents médicaux (n = 184; 92,0 %), le nom du médecin de famille (n = 182;91,0 %), une liste d'allergies connues (n = 179; 89,5 %), le motif de mutation au SU (n = 155; 77,5 %), les renseignements concernant les personnes à joindre en cas d'urgence (n = 152; 76,0 %) et la fiche de médicaments administrés (n = 150; 75,0 %).

30 médecins urgentistes ont rempli un questionnaire pour déterminer les informations les plus importantes à leurs yeux. On retrouve dans l'ordre : la raison de transfert, les antécédents médicaux, l'état cognitif, les instructions préalables sur le degré de soins à donner et les manœuvres de réanimation ainsi que les renseignements sur les personnes à joindre en cas d'urgence. Ces éléments d'information ont été fournis dans 77,5 % (n = 155), 92,0 % (n = 184), 24,0 % (n = 48), 62,0 % (n = 124) et 76,0 % (n = 152) des cas, respectivement. Les solutions proposées pour

réduire ces différences d'appréciation consistent en une amélioration de la communication entre professionnels Ehpad SU.

8 - Continuity matters: Examining the 'information gap' in transfer from Residential Aged Care, ambulance to emergency triage in southern Tasmania

Campbell B, Stirling C, Cummings E, 2017 (28)

Cette étude australienne de 2017 analyse de manière rétrospective à partir de 80 transferts d'Ehpad en SU les informations communiquées. L'outil standardisé SBAR (situation Background Analyse Recommandation) est utilisé pour cette analyse. Plusieurs types de DLU-Ehpad sont retrouvés (Yellow Envelopps). L'étude conclut à un manque de standardisation.

9 - Older patient hospital admissions following primary care referral : the truth is in the referring

Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D, 2016 (29)

Etude irlandaise de 2016 analysant les lettres des médecins généralistes adressant les patients âgés de 75 ans et plus aux services d'urgences. C'est une étude rétrospective sur 2 mois portant sur 381 admissions aux urgences. Un questionnaire recherchant les items recommandés par HIQA a été utilisé pour évaluer les courriers.

57% des patients arrivent sans courrier. Ils arrivent aux urgences sans être adressés par un médecin généraliste.

47% des courriers sont écrits à la main.

Le motif de consultation aux urgences le plus fréquemment rencontré est la dyspnée.

Une autre étude (4. General Practice Information Technology Group (GPIT) (2012) ICGP guidance document for GPs on national referral form to secondary care. <http://www.icgp.ie/referral>. Accessed 10th May 2015) remarque que les courriers de médecins sont souvent illisibles et ne contiennent pas toujours les informations nécessaires au point de vue clinique et administratif (informations de contact, médicaments, état fonctionnel, situation sociale...)

L'étude note aussi que pour plus de la moitié des patients vus aux urgences le médecin traitant ne reçoit pas de courrier de sortie dans les 15 jours qui suivent la sortie.

30 - Shortfalls in residents' transfer documentation : challenges for emergency department staff

Morphet J, Griffiths DL, Innes K, Crawford K, Crow S, et al. 2014 (30)

Etude rétrospective australienne de 2014 analysant la présence d'informations importantes pour la prise en charge en urgence de personnes âgées institutionalisées. Les 7 items recherchés, après analyse de la littérature et accord de l'équipe de recherche (3 infirmières expérimentées et 3 chercheurs) étaient : la raison du transfert, les ATCDS médicaux, le traitement médicamenteux, l'état mental de base, les directives anticipées, les coordonnées du médecin traitant et les constantes vitales au moment du transfert. L'analyse porte sur un échantillon randomisé de 488 transferts. Il était impossible de savoir si le DLU recommandé (yellow envelopp) accompagnait les transferts mais aucune information n'était mentionnée pour 25% des transferts, et les 7 items les plus importants n'étaient tous renseignés que pour 5% des transferts. La cause du transfert n'était pas précisée dans 48,2% des cas, l'état mental de base dans 59,7% des cas, les constantes vitales dans 69,9% et les directives anticipées dans 78,2% des cas.

L'étude a de plus analysé l'impact du manque d'information sur la durée de séjour aux urgences et sur les examens prescrits. L'absence d'information concernant l'état mental de base chez des patients confus entraîne une augmentation de la fréquence de prescription de CT scans et une augmentation de la durée de séjour aux urgences.

<p>11 - Patient at Risk: Emergency medical service providers' opinions on improving an electronic emergency information form database for the medical care of children with special health care needs</p> <p><i>Piibe Q, Kane E, Melzer-Lange M, Beckmann K, 2020 (31)</i></p>	<p>Etude américaine de 2020 d'une plateforme numérique de DLU pour enfants en situation de handicap (PAR : Patient at risque) actuellement sous utilisée. Focus groups pour identifier les barrières et les améliorations qui pourraient rendre cette plateforme plus opérationnelle pour les équipes intervenant en urgence au domicile, en secteur scolaire... (aux US ce sont surtout des pompiers et des ambulanciers).</p> <p>146 équipes ont participé à ces groupes. 11% ont entendu parler de PAR aucun ne l'a utilisé dans un contexte d'urgence. L'utilisation de la plateforme passe par son intégration dans les outils informatiques mis en œuvre en routine par les équipes.</p> <p>Le DLU (Emergency Information Form EIF) est en revanche plébiscité dans sa forme actuelle. Une version papier est pour l'instant la version la plus utilisable dans un contexte d'urgence.</p>
<p>12 - Caring for Children With Medical Complexity With the Emergency Information Form</p> <p><i>Larson IA, Colvin JD, Hoffman A, Colliton WS, Shaw RJ, 2020 (32)</i></p>	<p>Etude américaine de 2020, analysant l'impact d'une intervention d'amélioration de la qualité sur le taux de complétion du DLU (EIF) par les médecins hospitaliers coordonnant la prise en charge d'enfants en situation de handicap. L'intervention mise en place consiste essentiellement en de courtes réunions d'information, et en l'amélioration de l'outil informatique permettant de remplir le DLU. Cette étude avant/après conduite auprès 133/166 patients retrouve une augmentation de 3 à 47% du taux de remplissage et une amélioration pas toujours statistiquement significative des conditions de prise en charge (communication, appréhension...) du point de vue des urgentistes.</p>
<p>13 - Emergency Information Forms for Children With Medical Complexity: A Qualitative Study</p> <p><i>Copper TC, Jeffe DB, Ahmad FA, Abraham G, Yu F, et al. 2020 (33)</i></p>	<p>Etude américaine qualitative de 2020 explorant les souhaits des parties prenantes (5 Pédiatres urgentistes, 4 pédiatres, 4 pédiatres spécialisés, 2 professionnels paramédicaux, 4 spécialistes systèmes d'information, 3 spécialistes de la protection des données, 5 parents) concernant le contenu du DLU : les items les plus fréquemment cités sont : le traitement médicamenteux, les directives anticipées, les ATCDs médicaux, les coordonnées du médecin qui suit le patient, les urgences prévisibles et leur prise en charge.</p> <p>Les freins (mauvaise communication entre les soignants et les aidants, manque d'information selon les soignants) et les facteurs favorisant l'utilisation du DLU : (présence d'un résumé, bonne compréhension des aidants) sont discutés.</p> <p>Les améliorations souhaitées concernent :</p> <p>Le format du DLU : plateforme web communiquant avec le dossier médical électronique du patient</p> <p>La responsabilité du DLU : il doit être rempli par le médecin qui coordonne les soins au quotidien et doit être détenu par le patient ou ses parents.</p>
<p>14 - Testing the Consensus-Based Emergency Information Form</p> <p><i>Pyles LA, 2016 (34)</i></p>	<p>Editorial présentant l'historique du développement du DLU pour les enfants en situation de handicap (EIF-CSHCN) aux US. Ce process a démarré en 1996 (2. Sacchetti A, Gerardi M, Barkin R, et al. Emergency data set for children with special needs. Ann Emerg Med.1996;28(3):324–327) et il a fallu attendre l'article d'Abraham en 2016 pour pouvoir démontrer, avec l'aide de la simulation, l'efficacité de l'outil en situation d'urgence.</p>
<p>15 - Emergency Information Forms for Children With Medical Complexity : A Simulation Study</p>	<p>- Etude américaine de 2016 démontrant l'utilité du DLU (EIF) pour les enfants en situation de handicap (CMC children with medical complexity). Cette étude contrôlée randomisée basée sur des scénarii conçus par des spécialistes et simulant des situations d'urgence survenant sur des enfants en situation de handicap</p>

<p>Abraham G, Fehr J, Ahmad F, Jeffe DB, Copper T, et al. 2016 (35)</p>	<p>Urgence métabolique (déficit en pyruvate déshydrogénase)</p> <p>Urgence neurologique (épilepsie pyridoxino-dépendante)</p> <p>Urgence cardiaque (tachycardie supraventriculaire avec aberrations de conduction) montre une amélioration nette de la prise en charge (actions critiques menées à bien : 84% vs 12,5%, délai de prise en charge : 6,9' vs 10', survenue d'effets indésirables : 30% vs 100%) dans le groupe ayant le DLU quel que soit le niveau d'expérience de l'urgentiste (12 seniors et 12 juniors ont participé à l'étude).</p> <p>L'utilité du DLU est de même plébiscitée par 100% des urgentistes ayant participé à l'étude.</p>
<p>16 - Safety of Rural Nursing Home-to-Emergency Department Transfers: Improving Communication and Patient Information Sharing Across Settings</p> <p><i>Tupper JB, Gray CE, Pearson KB, Coburn AF 2015 (36)</i></p>	<p>Etude américaine de 2015 analysant la transmission d'information entre services lors des transferts de patients âgés d'Ehpad en service d'urgence. Méthodologie en partie qualitative (analyse de schémas de transmission d'informations au sein des entités) et quantitative notant la présence de 5 items (directives anticipées, traitement médicamenteux, état mental de base, état physique de base), leur cohérence entre services impliqués dans le transfert et l'amélioration de la transmission de ces informations au cours de l'étude, la plupart des établissements ayant mené des actions d'amélioration.</p>
<p>17 - An internet-based communication network for information transfer during patient transitions from skilled nursing facility to the emergency department</p> <p><i>Hustey FM, Palmer RM, 2010 (37)</i></p>	<p>Cette étude américaine de 2010 analyse l'impact d'une plateforme de communication en ligne sur le transfert d'informations médicales entre Ehpad et service d'urgence. Un DLU-Ehpad d'une page est proposé sur la base d'une revue de littérature et de l'avis d'un groupe d'experts (gériatre urgentiste, gériatre, urgentiste, responsable médical et infirmier Ehpad). La présence de 9 items cruciaux est analysée (cause de transfert, atcds médicaux, traitements médicamenteux, état mental et physique de base, informations de contact (soignant Ehpad et médecin traitant), directives anticipées). L'analyse a été conduite en avant/après en aveugle à partir de 234 transferts avant et 276 après la mise en place de la plateforme internet. Le nombre d'éléments importants transmis est passé de 1,85 avant l'intervention à 4,29 après l'intervention et à 7,82 quand le DLU-Ehpad était utilisé. De même, le nombre de pages transmises est passé de 24,5 à 5,1. Le niveau de satisfaction du personnel a globalement augmenté avec la mise en place de l'intervention (surtout côté urgences).</p>
<p>18 - Emergency information form for children with special health care needs</p> <p><i>ACEP 2010 (38)</i></p>	<p>Policy statement de l'ACEP (American College of Emergency Physicians) recommandant l'utilisation de l'EIF et un format unique (tout en reconnaissant que ce format doit parfois être adapté selon les préférences du médecin et du patient).</p>
<p>19 - Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department</p> <p><i>Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA, Hebert G, Calder L, et al. 2009 (39)</i></p>	<p>Cette étude figure déjà dans la biblio du DLU-Ehpad</p> <p>C'est une étude canadienne de 2009 qui analyse la fréquence des pertes d'informations définies comme des informations collectées antérieurement non transmises lors d'un transfert en service d'urgence. Cette étude a été menée sur 6 mois à partir de 457 transferts consécutifs de patients âgés de plus de 60 ans d'un Ehpad vers un service d'urgence. D'importantes lacunes en matière d'information ont été constatées dans 85,5 % des cas. Certaines informations considérées comme importantes dans ces circonstances par la littérature et les experts manquaient fréquemment : le motif du transfert (12,9 %) ; les fonctions cognitives de base et la capacité de communication (36,5 %) ; les constantes vitales (37,6 %) ; les directives anticipées (46,4 %) ; le traitement médicamenteux (20,4 %) ; les activités de la vie quotidienne (53,0 %) ; et la mobilité (47,7 %), contrôle sphinctérien,</p>

incontinence, immunisation en cas de plaie. Un DLU-Ehpad (standardisé au niveau régional) a été utilisé dans 42,7 % des transferts. On a noté des informations manquantes dans 74,9 % des transferts quand le DLU était utilisé, et dans 93,5 % des transferts lorsqu'il ne l'était pas ($p < 0,001$). La raison du transfert était souvent insuffisamment précisée, par exemple, pour 81 % des blessures à la tête il n'y avait aucune information sur une éventuelle perte de conscience ; de même 42,4 % des douleurs abdominales et 47,1 % des douleurs thoraciques n'étaient pas décrites en termes de localisation, d'intensité ou de durée.

La mise en œuvre d'un DLU standardisé n'apporte qu'une amélioration limitée de la transmission d'information au cours des transferts. Pour être efficace, il est nécessaire d'accompagner cette mise en œuvre d'action d'amélioration de la qualité (formation, communication...).

20 - An extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication déjà dans DLU-Ehpad

Terrell KM, Brizendine EJ, Bean WF, Giles BK, Davidson JR, et al. 2005 (40)

Cette étude figure déjà dans la biblio du DLU-Ehpad

Etude interventionnelle américaine de 2004. Cette étude analyse l'impact de l'introduction d'un DLU standardisé sur la transmission de 11 éléments essentiels d'information au cours du transfert de patients âgés de 65 ans et plus de 10 établissements de type Ehpad vers des services d'urgences. Les 10 établissements concernés ont fait l'objet d'actions de formation concernant la mise en œuvre du DLU, mais il n'est retrouvé que dans 31,9% des 72 transferts réalisés après l'intervention. Quand le DLU était présent, les 11 items évalués étaient correctement renseignés dans 95,6% des transferts.

TABLE 2. Frequency of Documentation of the 11 Essential Data Elements Pre- and Postintervention

Patient name:	65 (100.0%)	72 (100.0%)	
Date of birth:	65 (100.0%)	72 (100.0%)	
DNAR status:	42 (64.6%)	63 (87.5%)	22.9% (8.9%, 36.8%)
Social Security no:	58 (89.2%)	62 (86.1%)	-3.1% (-14.1%, 7.9%)
Usual mental status:	28 (43.1%)	45 (62.5%)	19.4% (3.0%, 35.8%)
Usual functional status:	29 (44.6%)	52 (72.2%)	27.6% (11.7%, 43.5%)
Patient's PCP:	64 (98.5%)	71 (98.6%)	0.1% (23.9%, 4.2%)
ECF name:	65 (100.0%)	72 (100.0%)	NA
ECF charge nurse:	48 (73.8%)	56 (77.8%)	3.9% (-10.4%, 18.3%)
ECF phone number:	47 (72.3%)	54 (75.0%)	2.7% (-12.1%, 17.5%)
Reason for transfer:	52 (80.0%)	63 (87.5%)	7.5% (24.9%, 19.9%)

NA = not applicable; DNAR = do not attempt resuscitation; PCP = primary care physician; ECF = extended care facility.

Cette étude montre que l'utilisation du DLU est difficile à promouvoir, que quand il est utilisé les informations importantes sont mieux transmises mais que son utilité en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge reste à mettre en évidence.

21 - Development of a web-based database to manage American College of Emergency Physicians/American Academy of Pediatrics Emergency Information Forms

Pyles LA, Hines C, Patock M, Schied M, Chase J, et al. 2005 (41)

Cette étude américaine de 2005 présente une interface informatique permettant de remplir le DLU (Emergency Information Form) recommandé par l'ACEP et l'AAP. Cette interface est organisée comme indiqué ci-dessous.

Le système de droit d'accès des différentes personnes amenées à utiliser l'interface est décrit. Il est relativement complexe.

TABLE 1. MEMSCIS Data Classes

Patient information Demographics, insurance information, permit for "break the glass"

Contact information Names, addresses, telephone numbers, and fax numbers for care providers

Encounter history Diagnoses, procedures, medications, allergies, baseline physical findings, vital signs, and special precautions/anticipated problems

Resource requirements Information useful to respond to disaster for children with special health care needs. Sets of EIFs can be assembled for a given geographic area.

Advanced directive In Minnesota and most other states, the official advanced directive form cannot be supplanted. The Web site notes the existence and location of the form.

Documents A section available for download/entry of text or images

MEMSCIS = Minnesota Emergency Medical Services for Children Information System.

23 - Descriptive analyses of prehospital documentation for older adults presenting to the emergency department

Mysliwiec R, Clark S, Bloemen EM, Stern M, Flomenbaum N, 2015 (43)

Cet abstract de conférence américaine présente l'étude d'un « formulaire de soins ambulanciers » lors du transfert de patients âgés de 65 ans et plus vers les urgences. Les informations retrouvées le plus souvent concernent les constantes vitales (97%), le motif de l'appel (96%), la localisation de l'appel (94%), l'état mental du patient (94%), les médicaments prescrits (94%). En revanche les informations suivantes manquent souvent : les soins à domicile, les directives anticipées, les personnes à contacter en cas d'urgence, les allergies, 84% de ces documents sont écrits à la main ce qui entraîne, dans la plupart des cas, des difficultés de compréhension.

24 - Use of a transitional minimum data set (TMDS) to improve communication between nursing home and emergency department providers

Kelly NA, Mahoney DF, Bonner A, O'Malley T, 2012 (44)

La première partie de cet article rappelle la fréquence du recours aux urgences des résidents. Il rappelle que les transitions de soins sont conçues pour assurer la sécurité des patients et éviter les EIGS (événements indésirables graves liés aux soins) ou des soins inappropriés. Etude réalisée entre un Ehpad et un hôpital avec un service d'urgence à Boston.

Constat pour 1/3 patient il manque des données cliniques importantes et surtout pour les patients les plus graves comme les résidents. Cette absence d'information entraîne 60% d'erreur diagnostic, d'où l'importance de recueillir ces informations. Il est donc recommandé d'utiliser un formulaire de communication sorte de DLU contenant un minimum d'information. Il est par ailleurs recommandé que cet outil soit standardisé.

Ont participé à ces travaux 2 gériatres, 2 infirmières gériatriques, 1 médecin du service d'urgence et 2 infirmières du service d'urgence.

Après analyse de la littérature et échange, ils ont retenu les 30 items.

Etude réalisée rétrospective sur 14 mois (2009-2010)

74 dossiers ont été analysés (33 avant l'utilisation du DLU et 41 après)

Suite à la mise en œuvre du formulaire de liaison, il y a eu une amélioration statistiquement significative du transfert de données de 15 des 30 éléments. A été observée une amélioration des informations transmises notamment concernant les données sur les familles et degré de réanimation, coordonnées du Médecin traitant- et les facteurs de risques. Les auteurs soulignent la nécessité que les items soit le plus simplement exprimé (case à cocher Oui , Non) afin de limiter les erreurs de compréhension, besoin d'une charte graphique simple, l'incorporer dans le DMP et la nécessité de former l'ensemble des acteurs pour les impliquer dans l'utilisation de l'outil.

Donc amélioration de la quantité et qualité des informations transmises et nécessité de bien former le personnel à son utilisation.

26 - An Assessment of Handover Culture and Preferred Information in the Transitions of Care of Elderly Patients

Trivedi S, Dick A, Beckett S, Hartmann RJ, Roberts C, et al, 2019 (46)

Les patients âgés institutionnalisés peuvent être incapables de communiquer correctement leurs préoccupations lorsqu'ils se présentent au service des urgences (SU).

Les soins de transition ont été identifiés comme présentant des risques pour la sécurité des patients, les événements indésirables tels que les erreurs de médication et les retards de soins ayant été mis en évidence comme des événements courants. Des études antérieures ont démontré un rôle pour les formulaires de transfert standardisés dans la population âgée, mais il ne semble pas encore y avoir de consensus quant aux informations devant figurer sur ces formulaires. Pour autant il faut une information ciblée.

L'objectif de cette étude était de recueillir les informations nécessaires pour planifier la conception et la mise en œuvre d'un formulaire de transfert pour cette population.

Matériel et méthodes :

C'est une enquête transversale réalisée par voie électronique. Elle a été distribuée à 1470 professionnels de la santé (infirmières, médecins des établissements de Soins de Longue Durée SLD et des urgences, ambulanciers) et 82 défenseurs des patients et des familles (PFA) de deux villes canadiennes de taille moyenne. Sont concernés 4 services d'urgence, 4 établissements de soins de longue durée, 2 organisations de services médicaux d'urgence et deux conseils PFA dans les deux villes.

Le questionnaire comprenant 12 questions à choix multiple ou à texte libre.

La collecte des données s'est déroulée sur une période d'un mois avec des rappels chaque semaine.

Résultats :

Le taux de réponse global était de 12,9% (191/1470, dont 73 ambulanciers, 72 des médecins urgentistes et 46 des médecins des ESLD) parmi les professionnels de la santé et 26,8% (22/82) parmi les PFA.

41,3% des professionnels interrogés (79/191) déclarent utiliser un protocole de transfert, 41,3% (79/191) n'en utilisent pas et 17,3% (33/191) ne savent pas s'il en existe un. En revanche 83,2% (159/191) des professionnels rapportent qu'un formulaire de transfert standardisé et facile à remplir d'une page leur serait utile.

Les urgentistes affirment disposer de peu ou pas d'informations lors du transfert des patients. Le personnel des ESLD déclare ne pas disposer du temps nécessaire pour remplir un document supplémentaire. Les patients dont les directives anticipées déclarent qu'ils ne souhaitent pas être hospitalisés sont parfois transférés inutilement aux urgences.

Information à privilégier au moment du transfert (Figure 1) :

Essentielles : raison du transfert, directives anticipées, allergies et données d'identification des patients. Et des éléments comme une priorité plus élevée pour importantes : la langue du patient, le traitement en cours, le nom du médecin de soins primaires du patient, le nom de l'ESLD du patient, le statut vaccinal, l'utilisation de matériel auxiliaire, l'existence d'une incontinence.

Pour les sorties les PFA considèrent les informations suivantes comme prioritaires les modifications de traitement, un plan de suivi et le nom du médecin qui a traité le patient.

L'importance d'une formation permettant de sensibiliser les professionnels à l'utilité d'un DLU, sa co-construction et sa mise en œuvre interdisciplinaire sont soulignées dans la discussion.

27 - Key stakeholders' perspectives on the development of a national transfer document, for older persons, when transferring between the residential and acute care settings : A qualitative descriptive study

O'Reilly P, O'Brien B, Graham MM, Murphy J, Barry L, et al. 2019 (47)

Etude irlandaise qualitative à base d'entretiens de groupe en présence de personnes âgées et ou représentants les personnes âgées. Cela a concerné 68 personnes dont seulement 8 hommes (représentants de PA, pharmaciens, infirmiers, kiné) et par groupe de 8.

Cette étude propose d'identifier des informations nécessaires pendant le transfert. Compte tenu de l'absence d'un document de transfert normalisé pour les personnes âgées en Irlande, le Health Service Executive (HSE) a commandé et financé un projet pour élaborer un tel document. Cette étude fait partie de ce projet.

La majorité des participants a souligné l'importance de revoir et d'élaborer un document national de transfert de patients. « Nous avons besoin d'un document qui est facile à utiliser et universel à tous ».

Ce document pourrait comporter deux parties. La première contient les informations nécessaires au service des urgences (DLU), la deuxième présente des informations plus détaillées (évaluation de la déglutition ou régime alimentaire qui doivent figurer dans un dossier de liaison patient). Le document doit pouvoir être réactualisé et utiliser des échelles qui font preuve (nutrition, risques de chute, autonomie, ADL, IADL, ex GIR). Il devrait être informatisé. Il doit contenir les directives anticipées et préciser qui contacter en situation d'urgence. Le groupe suggère des codes couleur et des cases à cocher pour prioriser et faciliter la lecture.

Le groupe souhaite aussi que figurent la nationalité du résident, sa date de naissance, sa religion / ses besoins spirituels, ses proches parents et / ou sa personne de contact, le numéro de téléphone de l'Ehpad ; Les coordonnées du médecin de famille et le numéro de sécu. Une description qui créerait une image de la personne devrait inclure, par exemple, des informations sur les préférences personnelles : aime et n'aime pas telle nourriture, telles

boissons, les moyens de communication préférés, les habitudes de sommeil, les passe-temps, les préférences vestimentaires, le fumeur / non-fumeur et la consommation d'alcool.

Il raconterait ensuite une histoire sur la vie du patient et inclurait des informations critiques. Le transfert de personnes âgées dans différents milieux de soins est identifié comme une période de vulnérabilité particulière ; par conséquent, il est nécessaire de surveiller et d'évaluer le processus de transfert pour s'assurer qu'il est sûr, efficace et centré sur la personne.

Le groupe conclut que même si des documents de transfert sont connus le fait qu'ils ne soient pas standardisés peut entraîner des erreurs. Ce groupe insiste sur le besoin de centrer sur la personne ce qu'elle préfère manger boire, ses habitudes de vie.

28 - Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence

Chauvot G, Ranchou B, 2018 (48)

Objectif : Améliorer la continuité des soins des patients les plus âgés. Définir une liste consensuelle synthétique des informations nécessaires à la bonne continuité des soins des patients de plus de 75 ans et adaptées à l'urgence. Créer un outil de liaison gériatrique entre soins primaires et milieu hospitalier, sous la forme d'un courrier standardisé.

Méthode : Selon la Méthode Delphi décrite par la HAS, une liste exhaustive d'informations pouvant être présentes sur le courrier standardisé a été établie par une revue de la littérature. Cette liste a été soumise à la cotation de 20 experts. Via deux questionnaires numériques successifs, les experts ont pu coter chaque item de « totalement inapproprié » à « totalement approprié » pour appartenir à la fiche de liaison. Les experts ont été également interrogés sur les formats et supports idéaux de cette fiche. Résultats : Au total 20 items sur les 37 issus de la littérature ont été jugés appropriés avec consensus par le groupe d'experts (voir annexe 4 : tableau comparatif des DLU publiés). Cette liste comprend des items généraux, d'urgence, de gériatrie et d'éthique. Les experts expriment un accord pour que cette fiche soit pré-remplie en dehors du cadre de l'urgence par le médecin traitant ou tout autre médecin sur accord du patient. Elle doit ainsi présenter deux parties distinctes, l'une concernant les informations courantes, l'autre à remplir dans le contexte d'urgence. Ils ont exprimé un accord pour des supports numérique et papier.

Conclusion : Une lettre de liaison standardisée, synthétique et cohérente avec l'objectif d'améliorer la continuité des soins des patients âgés a été créée. Une étude d'utilisation de cet outil est en cours pour son amélioration et sa validation. Un support numérique de ce type d'outil est indispensable, afin de faciliter encore davantage les échanges entre les praticiens de soins primaires et hospitaliers et d'optimiser la continuité des soins entre ces secteurs.

29 - Emergency information management needs and practices of older adults: A descriptive study

Turner AM, Osterhage K, Loughran J, Painter I, Demiris G, et al. 2018 (49)

Etude qualitative, auprès de 90 personnes âgées de 60 à 98 ans aux USA dans l'Etat de Washington. 1/3 à domicile, 1/3 en Ehpad et 1/3 en résidence autonomie. On note 70% des femmes. Ces personnes ont été interrogées à propos de leur gestion des documents de santé (notamment les directives anticipées) en cas de visite ou transfert aux urgences. Les personnes remplissant seules les documents ont en moyenne 76 ans et 83 ans quand elles se font aider dans cette tâche. Celles qui ne remplissent pas ces documents ont 73 ans en moyenne. Il n'existe pas aux USA de DLU standardisé. Cette étude identifie 3 problèmes :

- L'accessibilité : Les personnes interrogées placent ces documents dans des endroits divers et les ambulanciers n'ont souvent pas tous les éléments nécessaires en arrivant aux urgences.
- Le contenu très variable : les éléments les plus fréquemment retrouvés sont le traitement médicamenteux, les diagnostics, les contacts clés (personne à prévenir : famille, voisins, professionnels de santé), les informations juridiques (tutelle), les directives anticipées (qui doivent être signées par un médecin aux US)
- Les données sont rarement à jour.

Les solutions proposées consistent en un document standardisé et informatisé accessible facilement aux urgences.

30 - Primary Care Preparation for Children with Medical Complexity for Emergency Encounters in the Community

Hoffman A, Larson IA, 2018 (50)

Les enfants en situation de handicap occasionnent entre 15 et 33% des dépenses de soins de pédiatrie alors qu'ils ne représentent que de 0.4 à 0.7% de la population prise en charge dans ce même secteur. Ils ont un taux de ré-hospitalisation à 30 jours variant de 12.6 à 23.7% contre 6.5% en pédiatrie.

Cet article américain de 2018 passe en revue plusieurs outils permettant d'améliorer la prise en charge des enfants en situation de handicap aux urgences. Elle présente les registres d'enfants, l'organisation de rendez-vous multiples le même jour (same-day appointments), la régulation téléphonique (telephone triage), les parcours de soins (care plans), la formation du personnel enseignant et les DLU (Emergency Information Forms). Selon une étude de Carracio & all de 1998, seulement 53% des soignants/aidants d'enfants en situation de handicap peuvent préciser le diagnostic en cause si on leur demande, seulement 2/3 peuvent donner la liste des médicaments à administrer, 1/4 ne peut pas donner le nom ou le nombre des spécialistes impliqués dans la prise en charge de l'enfant.

Compte tenu de la rareté et de la complexité des pathologies rencontrées, il est illusoire de penser que les urgentistes auront les mêmes connaissances que les spécialistes impliqués dans le parcours de soin de l'enfant. Ceci entraîne, surtout en dehors des heures pendant lesquelles ces spécialistes sont joignables une perte de chance importante pour ces enfants.

En 1999 l'Académie américaine de Pédiatrie (AAP) a recommandé une fiche standardisée de liaison d'Urgence (DLU). Parmi les éléments clés devant figurer sur cette fiche on peut citer : les principales pathologies diagnostiquées, les constantes vitales de base, les données de l'examen clinique général et neurologique, le traitement médicamenteux, les allergies et les principales complications médicales susceptibles de survenir avec les premiers éléments préconisés pour leur prise en charge. Un scénario de prise en charge en urgence devrait être préparé à l'avance par les spécialistes impliqués dans la prise en charge de l'enfant, sa famille et son entourage. Une étude de 2014 (Abraham et All.) basée sur des scénarii simulés retrouve une baisse du taux de complications 100% à 30% avec l'utilisation du DLU (exemple de prise en charge d'une crise d'épilepsie).

La question de la préparation à la survenue de catastrophes naturelles ou non est abordée.

31 - London Transfer Project: improving handover documentation from long-term care homes to hospital emergency departments

Carson J, Gottheil S, Gob A, Lawson S, 2017 (51)

Cette étude Canadienne de 2017 contrôlée en avant/après évalue plusieurs interventions visant à améliorer le taux de transmission du motif de transfert et de l'état cognitif de base de patients âgés transférés d'établissements de long séjour vers des services d'urgences.

Le motif de transfert et l'état cognitif de base ont été identifiés comme les éléments les plus importants pour la prise en charge par une revue de littérature et un classement établi par 45 professionnels de l'urgence (22 médecins et 23 infirmières). Parmi les transferts évalués avant les interventions, le motif de transfert était présent dans 67% des cas et l'état cognitif de base dans 7% des cas.

Deux causes principales ont été retrouvées :

- 1) les services d'urgences n'ont pas indiqué aux établissements de long séjour que ces items étaient à leur yeux les plus importants ;
- 2) l'état cognitif de base n'apparaît pas parmi les items figurant sur les formulaires de transfert utilisés en routine par les établissements de long séjour.

Deux des quatre interventions proposées pour standardiser les formulaires de transfert et mieux les remplir ont pu être évaluées à partir des 200 transferts enregistrés en post intervention. Le taux de remplissage des 2 éléments évalués est passé respectivement de 67% à 84% pour le motif de transfert et de 7 à 56% pour l'état cognitif de base. Cette étude souligne l'importance d'impliquer dès le départ dans la conception des interventions d'amélioration, les professionnels devant les mettre en œuvre. Plusieurs réserves méthodologiques de l'étude sont discutées dans cet article.

32 - An audit of the quality of nursing home referral letters to the emergency department in patients requiring medical admission

Cullinan P, Walsh T, Robinson S, Canavan M, O'Donnell M, et al. 2014.(52)

Cet abstract de conférence présentée en 2014 par une équipe irlandaise évalue la qualité des lettres de liaison d'urgence accompagnant les patients âgés transférés d'une maison de retraite vers un service d'urgence. 26 transferts tirés au sort ont été analysés. Le courrier était absent dans 19% des cas, le traitement médicamenteux dans 62% des cas, les allergies dans 71% des cas, la température dans 71% des cas... Ce courrier n'avait été rédigé par le médecin traitant que dans 47,6% des cas. Cette étude montre l'intérêt de standardiser les informations devant être transmises au moment des transferts en urgence.

33 - A one-page nursing home to emergency room transfer form: What a difference it can make during an emergency!

Davis MN, Brumfield VC, Smith ST, Tyler S, Nitschman J, 2005 (53)

Cette étude américaine de 2005 décrit le développement par les infirmières de services d'urgence et de maison de retraite d'un formulaire de transfert d'une page et sa mise en œuvre sur une période de 4 ans. L'étude montre l'importance d'impliquer les équipes devant mettre en œuvre le projet dès sa conception et de prévoir un suivi de son implémentation incluant des sessions de formation pour les nouveaux arrivants. Etude plutôt qualitative peu robuste.

Tableau 3 : Items présents dans les DLU retrouvés dans la littérature internationale

Items présents dans les différents DLU	DLU Ehpad Doc et fiches de liaison d'urgence Ehpad-SU et SU-Ehpad (Annexe 1)	DLU Dom Doc et Fiches de liaison d'Urgence Dom-SU et SU-Dom (Annexe 2)	EIF Enfants H (37)	Fiche Urgence Pallia (Annexe 3)	Fiche Urgence HAS PH (Annexe 4)	Fiche de liaison Gériatrique d'urgence (47)
Formulaire	<ul style="list-style-type: none"> - Date de dernière MAJ - Nom de la personne qui remplit le formulaire - Date, heure 	<ul style="list-style-type: none"> - Consentement - Date 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom de la personne qui remplit le formulaire - Nouveau formulaire ou MAJ - Accord parent ou tuteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Situation palliative ou palliative terminale - Nom et statut de la personne qui remplit le formulaire - Téléphone - Date 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées du médecin ayant rempli le document 	<ul style="list-style-type: none"> - Remplie par date
Identité du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Nom du résident - Date de naissance - Adresse Ehpad - Protection juridique - Réfèrent de l'entourage - Personne de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom d'usage, prénom - Nom de naissance - Date de naissance - Adresse, tél - Environnement familial (seul, couple, proche, autre) - Personne référente (nom, lien, tél, adresse) - Protection juridique (type, nom, tél) - Personne de confiance (nom, lien, tél) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom, surnom de l'enfant - Date de naissance - Adresse - Langue maternelle - Nom du détenteur de l'autorité parentale - Contact en cas d'urgence (Tél) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom du patient - Adresse - Téléphone - N° SS - Accord pour transmission des informations 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom du patient - Date de naissance - Sexe - Adresse - Téléphone - Protection juridique, représentant légal - Personne de confiance (lien de parenté) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nom, prénom, date de naissance, sexe - Cadre de vie : - Institution (adresse, tél) - Vit Seul - Avec qui ? - Personne à prévenir - Lieux de vie adapté - Personne de confiance
Réseau de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Contact Ehpad H24 - Médecin traitant - Etablissement de santé de préférence 	<ul style="list-style-type: none"> - Contact Intervenants dom (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS/SAMSA H) - Nom, Coordonnées et horaires d'astreinte - Nom et tél de : - IDE, portage de repas, HAD, kiné 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées - Du médecin généraliste - Des 5 principaux spécialistes impliqués dans la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées - Du médecin traitant (joignable la nuit ?) - Médecin hospitalier référent - Lit de replis possible - HAD - EMSP - Réseau 		<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant (nom/contact)

		<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnées (nom, tél, Email, adresse) Médecin traitant - Pharmacien habituel - Médecin/centre référent 	<ul style="list-style-type: none"> - Du service d'urgence recommandé - De la pharmacie habituelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Autres intervenants à domicile (SSIAD, IDE...) 		
Etat clinique de base	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies en cours - ATCDs personnels - Allergies - Etat psychique (peut alerter, orientation, agitation, opposition) - Handicaps/déficits (préciser le type) - Soins palliatifs - Directives anticipées - Commentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies en cours - ATCDs personnels - Situation de handicap - Allergies - Etat psychique (peut alerter, orientation, agitation, opposition, risque suicidaire) - GIR - Handicap/déficit (préciser le type) - Soins palliatifs - Directives anticipées - Handicap - Commentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Principaux diagnostics par ordre de priorité - Examen clinique de base Constante vitales habituelles - Etat neurologique de base - Immunité - Traitement médicamenteux - Antibio prophylaxie. Principaux examens complémentaires - Prothèses, équipement électronique - Allergies - Directives anticipées datées - Traitements à éviter et pourquoi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie principale et diagnostics associés - Connaissance du diagnostic et du pronostic (patient, entourage) - Projet thérapeutique - Directives anticipées datées - Coordonnées de la personne de confiance. - Précisions en annexe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic principal/situation de vie - Maladie rare (centre de référence) - Constantes vitales habituelles - Déficits (moteur, sensoriel, intellectuel) - Pathologies associées (cardiovasculaires, bronchopulmonaire, épilepsie, immunitaire, diabète, digestives, cutanées, musculosquelettiques, psychiatriques, cognitives, BMR, allergies, dénutrition, déshydratation, autres) - Douleur : sources, expression, perception, prise en charge - Traitement médicamenteux (ordonnance, modalités d'administration) - Communication (outils, modalités) 	<ul style="list-style-type: none"> - ATCDs - Allergies - Traitements (noms posologies) - Communication (langue, trouble phasique / dysarthrie) - Autonomie : troubles cognitifs, - Dépendance (3 stades A,B,C) pour : - Communication <ul style="list-style-type: none"> - Repas - Hygiène - Continence - Locomotion - Ethique : Directives anticipées
Check liste documents annexés	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation de la carte Vitale - Attestation de mutuelle - Photocopie de la carte d'identité 	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation de la carte vitale - Attestation de mutuelle - Photocopie de la carte d'identité 				

- Grille AGGIR (la plus récente)
 - Photocopie des directives anticipées
 - Photocopies des ordonnances en cours
 - Tableau d'administration des médicaments
 - Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
 - Compte rendu de la dernière hospitalisation (au besoin)
 - Fiche BMR (bactérie multirésistante)
 - Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
 - Carnet de suivi du pace maker ou du défibrillateur implantable
 - Carte de groupe sanguin (si à jour)
 - Liste des capacités en soins (4) de l'Ehpad
- Ordonnances en cours[1]
 - Supports de communication adaptés[2]
 - Autres documents utiles lors d'une situation d'urgence
 - Directives Anticipées (facultatif).
 - Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
 - Compte rendu de la dernière hospitalisation
 - Fiche BMR (bactérie multi résistante)
 - Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
 - Carnet de suivi du pace maker ou du défibrillateur implantable
 - Carte de groupe sanguin (si à jour)

[1] La personne accompagnée peut, à l'issue de chaque consultation, glisser la nouvelle ordonnance dans son dossier et jeter systématiquement la précédente.

[2] Pour les personnes qui souffrent d'un trouble du langage ou de la communication.

Prise en charge de l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Motif de transfert aux urgences - Constantes vitales (pouls, TA, Température, poids) - Etat de conscience - Douleur récente - Date et heure de la dernière prise du traitement habituel - Date et heure du dernier repas - Personnes informées du transfert aux urgences (15, SU, MT, entourage) - Liste prothèses et objets personnels au moment du transfert 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Description des 5 principaux diagnostics susceptibles de conduire l'enfant aux urgences avec les explorations et les prises en charge suggérées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes et risques possibles - Prescriptions anticipées - Démarche prévue en cas d'aggravation, avec accord patient ou projet d'équipe 		<ul style="list-style-type: none"> - Partie spécifique : <ul style="list-style-type: none"> - Destinataires / professionnels prévenus - Date et heure - Age du patient - Motif d'Urgence : histoire de la maladie et symptômes - Problématique actuelle / motif transfert - 1ere médication - Complément
Gestions des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Infectieux (BMR, Vaccins) - Déplacements (chutes, fugue, contention) - Autres (escarres, fausses routes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Infectieux (BMR, vaccins) - Déplacements (chutes, fugue, contention) - Autres (escarres, fausses routes) - 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccinations (DTP, TB, Hep A, Hep B, MMR...) - Spécificité de la prise en charge en cas de catastrophes. 			
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> - Rempli par ? - Coordonnées du médecin qui a validé la sortie (nom, tél, hôpital, service, fonction) - Personnes prévenues du retour en Ehpad (Ehpad, entourage, courrier au MT) - Ordonnance de sortie 	<ul style="list-style-type: none"> - Rempli par ? - Coordonnées du médecin qui a validé la sortie (nom, tél, hôpital, service, fonction) - Retour à domicile immédiat ou structure plus adaptée - Ordonnance de sortie. - Coordonnées tél : des intervenants au domicile contacté(es) 				

	<ul style="list-style-type: none"> - Copie du dossier Urgences - Prothèses et objets récupérés - Résumé du passage aux urgences - Prescriptions 	<p>pour l'organisation du retour à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référent/Aidant - Service (préciser SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH, etc.) - Infirmier libéral/Centre de soins infirmiers Médecin traitant - Pharmacien habituel - Résidence autonomie (directeur) - Autre, préciser : - Document(s) adressé(s) au médecin traitant : Ordonnances de sortie, Courrier, - Copie du Résumé du passage aux urgences (RPU) - Examens ou consultations programmés 				
--	---	--	--	--	--	--

5.1. Synthèse de la littérature internationale :

6. Compte Rendu du Groupe de travail (GT) du 24 novembre

Accueil des participants, présentation de l'ODJ et de la méthode de travail

- Travail basé sur la littérature et le savoir expérientiel (professionnels et usagers)
 - Une seule réunion, suivie d'un groupe de lecture avec consultation des parties prenantes puis relecture et éventuelles modifications par le GT avant validation CSMS
 - Déroulement des débats : prise en compte des points de vue des différents acteurs autour de 2 questions :
 - Quelles informations sont nécessaires à une prise en charge en urgence ?
 - Quelles informations les intervenant s au domicile sont en mesure de fournir et comment ?
- Et de 2 documents : le document de liaison d'urgence, la fiche urgence (Domicile SU et SU Domicile).
- Cohérence avec le DLU Ehpad

Présentation rapide des membres du GT

Le DLU items nécessaires en dehors de l'Urgence

Le DLU doit être court (une page recto-verso) pour être utilisable dans un contexte d'urgence.

Le DLU doit être accessible 24h sur 24, ceci implique de donner les autorisations nécessaires aux personnels présents la nuit (auxiliaires de vie, veilleurs de nuit) quitte à sécuriser l'accès aux données médicales (enveloppe cachetée par exemple).

Le cahier de liaison doit être accessible aux auxiliaires de vie.

- Quelles informations sont nécessaires à une prise en charge en urgence ?
 - Le point de vue des urgentistes
 - Le nom et les coordonnées de la personne à joindre surtout la nuit, nécessaire en particulier pour préparer le retour.
 - Les noms et les coordonnées des médecins spécialistes impliqués dans la prise en charge habituelle
 - Les noms et les coordonnées des prestataires de service d'astreinte (oxygénothérapie, respirateurs, nutrition parentérale,
 - Les Directives Anticipées
 - Des informations concernant le projet thérapeutique
 - Les BMR
 - ECG de référence
 - Couverture vaccinale, VAT grippe
 - Le point de vue des spécialistes (handicap, pédiatres, gériatres)
 - Le nom et les coordonnées de la tutelle et de la personne de confiance
 - Les aspects fonctionnels (communication, autonomie, état de base, alimentation, risque de fausse route, élimination)
 - L'existence d'une déficience intellectuelle
 - Les constantes de base habituelles
 - Le GIR

- La liste des prothèses
- La nécessité de la présence d'une personne accompagnante pendant la prise en charge.
- Le traitement habituel (y compris l'automédication)
- Les antécédents iatrogènes.
- Le point de vue des intervenants au domicile
 - L'environnement familial doit être précisé (autres personnes fragiles vivant au domicile)
 - Le cadre de vie est-il adapté
- Le point de vue des usagers.
 - Modifications récentes du comportement
 - Coordonnées de l'assistante sociale
 - Importance de laisser des items « ouverts » permettant aux intervenants/aidants de noter des modifications de comportement, d'état décrivant la survenue d'un problème aigu.
- Quelles informations les intervenants au domicile sont en mesure de fournir et comment ?
 - Le point de vue des intervenants au domicile
 - Les prestataires ont des personnels d'astreinte joignables 24h sur 24
 - Le DLU doit être rempli à l'occasion d'une réunion de coordination impliquant l'ensemble de l'équipe de soins et d'accompagnement et li devrait être transmis aux urgentistes de manière anticipée (comme pour la fiche Urgence Pallia et les patients remarquables).
 - Possibilité des prescriptions anticipées à l'occasion de ces réunions de coordination
 - Il faudrait que le DLU soit rempli automatiquement à partir des données saisies sur les logiciels métiers (volet médical de synthèse)
 - Les informations de contact (médecin traitant, prestataires de matériel médical) doivent être régulièrement mises à jour.
 - Le point de vue des usagers.
 - Le DLU devrait être accessible sur une application du téléphone mobile. De manière à pouvoir suivre facilement la personne concernée dans ses déplacements professionnels
 - Informations concernant l'accompagnement (repas, toilette, levé/couché)

Le DLU items nécessaires au moment de l'Urgence (fiche urgence)

- Quelles informations sont nécessaires à une prise en charge en urgence ?
 - Le point de vue des urgentistes
 - Si la prise en charge passe par le 15, la personne bénéficiera d'un diagnostic de régulation
 - Bien distinguer la cause du recours aux urgences de la pathologie chronique sous-jacente
 - Le point de vue des spécialistes (handicap, pédiatres, gériatres)
 - Informations concernant la communication : verbal ou non verbal (dans ce dernier cas, modalités habituelles d'expression de la douleur)
 - Circonstances favorisantes : changement de traitement, modification du plan d'aide.
 - Le point de vue des intervenants au domicile
 - Les intervenants au domicile (Aides-soignants, auxiliaires de vie, Infirmières) peuvent renseigner les rubriques ouvertes caractérisant les raisons de l'appel aux urgences si leur nom et leur fonction figurent sur le document. Ils sont généralement formés aux premiers gestes d'urgence.
 - Le point de vue des usagers.

- Expliciter d'éventuelles spécificités de la prise en charge (per exemple résistance à certains traitements)
- Les aidants peuvent renseigner les rubriques ouvertes caractérisant les raisons de l'appel aux urgences si leur nom et leur fonction figurent sur le document et qu'ils ont reçu une formation adéquate.
- Quelles informations les intervenants au domicile sont en mesure de fournir et comment ?
 - Il est important de s'appuyer sur les DAC (MAIA , PTA...) pour organiser et mettre en œuvre le retour à domicile.

Le DLU items nécessaires à l'organisation du retour (fiche retour)

- Quelles informations sont nécessaires aux intervenants au domicile pour optimiser la prise en charge au retour des urgences ?
 - Le point de vue des intervenants au domicile
 - Informations concernant les modifications de prise en charge à mettre en œuvre au moment du retour et le suivi préconisé
 - Informations concernant le diagnostic et le pronostic communiquées au patient
 - Les coordonnées de la personne référente aux urgences pouvant être jointe le lendemain si besoin
 - Le point de vue des usagers.
 - Le retour au domicile après un recours aux services d'urgence doit être l'occasion de rediscuter l'opportunité du maintien à domicile

Guide d'utilisation du DLU.

- De nombreux intervenants ont insisté sur l'importance de la formation des professionnels et des aidants non professionnels au DLU (ses objectifs, son importance, son remplissage...) qui seule permettra de s'assurer que toutes les personnes concernées se sentiront impliquées et utiliseront le DLU.
- La nécessité de temps de coordination rémunérés a été soulignée. Elle permettrait de préparer le maintien à domicile et son interruption quand elle s'avère nécessaire.
- Les informations figurant dans le DLU doivent faire l'objet d'un consensus avec la personne concernée, ceci implique une préparation en amont impliquant l'ensemble de l'équipe assurant la prise en charge.
- L'appel aux urgences doit prendre en compte les spécificités des organisations locales (régulation libérales, CPTS) qui rebasculent sur le 15 en cas d'urgence vitale. Cette approche garantit une meilleure coordination au niveau local et évite de surcharger le 15. C'est l'objet de l'expérimentation SAS qui doit débuter en 2021
- Le DLU doit être coordonné avec la lettre de liaison.
- Une vidéo explicitant les objectifs, l'importance et le mode d'emploi pourrait faciliter son déploiement (comme pour la Fiche urgence Pallia)

Intégration du DLU dans le DMP

- Le DMP n'est pour l'instant pas accessible dans les SMUR
- Le DMP doit pouvoir communiquer avec les logiciels métiers et les logiciels de coordination des soins (interopérabilité).
- Les aspects médico-légaux de l'intégration de données médicales au DMP doivent être discutés avec les ordres professionnels et les assurances professionnelles
- L'ouverture du DMP n'est pas obligatoire à ce jour.

- L'intégration du DLU dans le DMP doit prendre en compte le RGPD
- Les outils permettant aux personnes vulnérables d'accéder à leur DMP restent à développer.
- Les autorisations nécessaires en matière de consentement sont parfois difficiles à obtenir pour les personnes sous tutelle.

Présentation des prochaines étapes

- ➔ Groupe de lecture du 12 au 20 décembre.
- ➔ Validation du DLU-Dom par le groupe de travail pour le 18 janvier
- ➔ Validation CSMS, Collège HAS : février 2021
- ➔ Publication mars 2021
- ➔ Rencontre ANS-CNAMTS-HAS avril 2021

7. Propositions de modifications suite aux retours du groupe de travail par rapport au premier projet de DLU-Dom

7.1. Guide

Le domicile inclut les résidences autonomie et les familles d'accueil.

La personne qui alerte les services d'urgence doit informer la personne référente, le détenteur de l'autorité parentale pour les mineurs, le médecin traitant et le cas échéant le service référent de l'accompagnement à domicile.

Il serait souhaitable de former les intervenants du domicile (services à domicile et professionnels libéraux) ainsi que les équipes hospitalières à l'utilisation du DLU.

Les référents parcours (DAC ou MAIA, PTA, CTA PAERPA, réseaux...) pourraient promouvoir le déploiement de cet outil en l'intégrant dans les projets de liaison ville-hôpital déjà déployés en territoire et dans les outils de liaison déjà mis en place.

Il serait souhaitable de préciser qui doit renouveler les fiches de liaison d'urgence après le retour à domicile. Plusieurs exemplaires vierges de la fiche de liaison d'urgence doivent être disponibles au domicile de la personne accompagnée. En effet, il arrive parfois que des personnes soient réhospitalisées très peu de temps après leur retour. De plus, il sera moins stressant, pour les personnes la remplissant, surtout les « non soignants » de pouvoir recommencer, en cas d'erreurs, de ratures, etc.

Le DLU doit être mis à jour au moins une fois par an (par exemple au moment de l'évaluation annuelle si un SAAD Intervient)

Il faudrait expliciter dans le guide que tous les intervenants au domicile doivent si possible laisser leurs coordonnées dans le Document de liaison d'urgence.

7.2. Document de liaison d'urgence :

Les propositions suivantes ont été faites par les experts du GT suite à l'envoi du premier projet de DLU-Dom :

- Préciser par qui est rempli le document.
- Préciser le type de mesure de protection juridique (tutelle/curatelle/habilitations familiales) car les contraintes sont différentes.
- Communiquer le traitement habituel et le réactualisé régulièrement
- Prévoir une place suffisante pour inscrire les coordonnées des différents spécialistes médicaux concernés.
- Rajouter une case permettant de préciser si la personne a le statut d'aidant pour un des membres du domicile dans la partie environnement familial.
- Rajouter les gestionnaires de réseau (MAIA...) parmi les autres intervenants.
- Ajouter le sexe du patient
- Ajouter le « lien de parenté » pour la personne référente ainsi que pour la personne exerçant la mesure de tutelle.

- Mentionner la « Présence recommandée d'un accompagnant » dans le document de liaison d'urgence aussi.
- Mieux adapter la description de l'état clinique aux personnes en situation de handicap.
- Prévoir davantage d'espace pour décrire les pathologies en cours et les ATCDs personnels qui doivent aussi comprendre les antécédents addictologiques
- Préciser les « Constantes vitales habituelles » : Pouls, Tension, Saturation et Fréquence respiratoire.

Parler de « Situation de handicap » plutôt que de « type de handicap » et restructurer cette partie comme suit :

- Mental Psychique Locomoteur Sensoriel (précisez : Auditif Visuel)
- Respiratoire Langage, Parole et Communication
 - Ajouter les risques fréquents chez les personnes en situation de handicap, et surtout en situation de stress.
 - Faire plutôt figurer l'item « risque suicidaire » impliquant, d'un point de vue médico-légal, une intervention rapide dans la fiche de liaison d'urgence plutôt que dans le document de liaison d'urgence.
 - Rajouter un item « régime », un item « ATCDS iatrogènes » et un item « autres vaccins ».

7.3. Fiche de liaison d'urgence :

A - Fiche aller

Adapter les titres de paragraphes pour qu'ils soient compréhensibles par une personne qui n'est pas professionnel de santé. Eviter de donner trop d'exemples pour ne pas induire de réponses.

Données administratives :

- Remplacer « Nom d'usage, prénom de la personne transférée aux urgences » par « Nom et prénom de la personne malade »
- Ajouter La date de naissance et le numéro de sécurité sociale.

Cadre « motif de transfert » :

- Remplacer « Motif de transfert au Service des Urgences » par « Pourquoi la personne doit-elle aller aux urgences ? »
- Remplacer « Evolution constatée ces derniers jours » par « Y a-t-il eu des changements ces derniers jours/semaines pour la personne ? »
- Ajouter « risque suicidaire »

Cadre « Etat du patient » :

- Remplacer « psychique » par « clinique » et « dégradé » par « différent »
- Ajouter la date et l'heure de dernière prise de traitement »
- Cadre « constantes du patient » :
- Rajouter la saturation et la fréquence respiratoire parmi les constantes et enlever « (max/min) » pour la TA

Cadre prothèses et objets personnels :

- Rajouter les clés

B – Fiche retour

Ajouter un cadre préconisations / recommandations pour le retour à domicile. Un compte rendu succinct du passage au SU serait souhaitable.

Noter les noms et les coordonnées des personnes prévenues dans le cadre de l'organisation du retour à domicile.

Penser à vérifier la liste des objets personnels figurant au recto au moment de la sortie

8. Propositions de modifications à la suite des retours du groupe de lecture.

Les propositions suivantes ont été faites par les membres du GL à la suite de l'envoi du projet de DLU-Dom prenant en compte les remarques du GT.

8.1. Guide

Remplacer, « réseau de santé, gestionnaire de cas... » par « dispositif d'appui à la coordination (DAC) ou coordonnateur de parcours » (FEHAP).

8.1.1. Définition et objectifs :

- Rajouter les enfants dans le 2eme paragraphe.
- Mieux définir la population cible (FNADEPA) et le concept de personnes vulnérables (perte d'autonomie)
- Rappeler plus simplement « l'objet » du document qui est la transmission des informations strictement nécessaires à la prise en charge du patient par un médecin intervenant en situation d'urgence : à domicile, le médecin de garde (qui peut être le médecin traitant) ; à l'hôpital, le médecin du service d'accueil d'urgence ; ou par téléphone, le médecin régulateur du 15.
- Rajouter SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domiciles) parmi les services d'aide et de soins à domicile (NEXEM).

8.1.2. Le DLU-Dom : structure et mode d'emploi

- Les modalités de mise à jour et le suivi des informations du DLU dom devraient être mieux précisés
- **Structure :**
- **Au moment de l'urgence, comment l'utiliser ?**
 - Remplacer « l'association tutélaire » par « personne ou organisme qui gère la mesure de protection judiciaire » (FEHAP)
- **Au retour du SU, comment l'utiliser ?**
 - Remplacer « nouvelle fiche » par « fiche vierge ».
- **Tableau récapitulatif : qui peut remplir quoi et quand ?**
 - Ne pas sélectionner les spécialistes pouvant remplir le document de liaison,
 - Considérer le médecin généraliste comme un spécialiste en médecine générale
 - Ne pas oublier les services départementaux d'incendie et de secours

8.1.3. Appropriation du DLU-Dom par tous les acteurs concernés

- Envisager une version numérisée, signée du patient, chez par exemple le médecin traitant ou l'HAD et qui pourrait être communiquée au médecin régulateur ou au SMUR par voie numérique. Le DMP n'est malheureusement pas encore arrivée dans l'environnement préhospitalier.
- Explorer la compatibilité avec des logiciels de coordination type (Paaco-Globule)

- Explorer la possibilité d'accéder directement au DLU-Dom depuis le centre 15 (par exemple via le DMP ou à travers une base de données DLU-Dom).
- Intégrer la fiche retour dans le système informatique du SU pour qu'elle puisse au moins en partie être remplie à partir des éléments du compte-rendu d'hospitalisation.
- Ajouter un item "Patient" (et son entourage) prévoir un entretien dédié à la personne pour pouvoir lui exposer les intérêts et objectifs de ce dispositif. Cet entretien sera mené par un professionnel de santé intervenant à domicile.
- **Les services à domicile :**
 - Ecrire : former l'ensemble des intervenants aux gestes de premiers secours.
 - Mentionner l'AFGSU 1 (Attestation de Formation aux gestes et soins d'urgences).
- **Les professionnels libéraux.**
 - Eviter de citer les différents professionnels ou les citer tous
- **Coordination territoriale (MAIA, PTA, HAD, réseaux de santé...)**
 - Rajouter les CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de santé)
- **Evaluation Indicateurs**
 - Ajouter une évaluation qualitative, selon retour d'expérience des professionnels de santé exerçant en service d'urgence et à partir de l'utilisation/remplissage des différents items.

8.1.4. Repères juridiques :

- **S'assurer de l'accord de la personne pour échanger et partager les informations la concernant dans le respect du secret professionnel**
 - Rajouter « adaptée » pour l'information de la personne concernée
- **L'échange et le partage d'informations entre professionnels**

8.2. Document de liaison d'urgence :

- Revoir l'intitulé : DLU-Dom « in DMP » (FEHAP, NEXEM)
- Supprimer « exprès » en début de document de liaison d'urgence pour le consentement
- Préciser les informations demandées à la personne qui remplit le document (FEHAP)
- Données administratives/environnement :
 - Détailler l'environnement (escalier, baignoire...)
 - Demander simplement une description de l'environnement « adapté » ne convient pas (APF, FEHAP)
 - Rajouter : un/ « des » proches dans environnement familial. (APF)
- Intervenants du domicile/aidants
 - Préciser « celui qui intervient le plus souvent à domicile » ou à joindre préférentiellement. Préciser l'objectif de ces noms dans le guide : les membres de l'équipe de soins/accompagnement susceptibles de donner les renseignements les plus utiles aux urgentistes (APF)
 - Individualiser les coordonnateurs de parcours dans la liste (FEHAP)
 - Rajouter SESSAD (NEXEM)
- Personne référente/protection juridique
 - Remplacer « personne référente » par « personne à prévenir » définir la personne de confiance en bas de page (APF)
 - Rajouter « curatelle renforcée » (APF)

- Médecins/Pharmacien :
 - Rajouter CMP ou ETS référent pour les patients psychiatriques
- Pathologies/ATCDS/Projet thérapeutique
 - Ils doivent comprendre les ATCDS néonate en particulier pour les enfants en situation de handicap.
- Handicap :
 - Supprimer « respiratoire » (plutôt dans les ATCDS) et rajouter troubles du neuro développement (APF, FEHAP)
- Constantes vitales habituelles/DA :
 - Remplacer TA par PA
 - Remplacer SaO2 par SpO2
 - Mieux mettre en évidence l'item « soins palliatifs »
 - Les soins palliatifs ne doivent pas être associés aux directives anticipées (APF)
- Facteurs de risques/vaccins :
 - Préciser le risque : Points de vigilance ou d'alerte, supprimer déambulation (APF)
 - Revoir la présentation des vaccins
- Liste de contrôle :
 - Remplacer Checklist par liste de contrôle
 - Remplacer INR à 1 ou 3 mois par dernière INR
 - Rajouter ECG de référence, carte des stents,
 - Rajouter la fiche Urgence Pallia
 - Rajouter une fiche « besoin d'aide / modes de communication » pour les PSH (APF)
 - Expliciter les abréviations : INR et AVK (ADMR)

8.3. Fiche de liaison d'urgence :

A - fiche aller

- **Cadre « motif de transfert » :**
 - Rajouter « douleur récente »
- **Cadre prothèses et objets personnels :**
 - Rajouter si le patient est porteur d'un pace maker

B – Fiche retour

- **Patient/RAD**
 - Préciser la structure choisie si le RAD n'est pas possible (FEHAP)
 - Rajouter la date de naissance
- **Hôpital :** Remplacer « Hôpital » par « Etablissement » (NEXEM)
- **Documents joints :**
 - Préciser les soins de base reçus par le patient au SAU

9. Propositions de modifications du Collège de la HAS.

9.1. Document de liaison d'urgence

Préciser que le document de liaison d'urgence est rempli sous la responsabilité du médecin traitant et doit être réactualisé au moins une fois par an et dès que la situation de l'utilisateur se modifie.

Ajouter les points de vigilances et les adaptations recommandées devant une situation de handicap

9.2. Fiches de liaison d'urgence

Préciser que le document de liaison d'urgence est rempli sous la responsabilité du médecin traitant et doit être réactualisé au moins une fois par an et dès que la situation de l'utilisateur se modifie.

Ajouter que la fiche retour ne peut que compléter le Résumé de Passage aux Urgences qui doit être adressé, parfois par l'intermédiaire du patient, au médecin traitant.

10. Demandes de modifications de la Commission Sociale et Médico-Sociale.

10.1. Guide

Préciser parmi les objectifs que le passage aux urgences constitue souvent un moment à risque pour les personnes les plus vulnérables mais que si l'urgence impose cette prise en charge, le DLU doit permettre de l'optimiser.

Préciser le rôle de la personne exerçant la mesure de protection juridique.

Préciser l'intérêt d'outils de type « passeport communication » en cas de difficultés de communication.

10.2. Document de liaison d'urgence

Rajouter le score ADL ou GIR.

10.3. Fiches de liaison d'urgence

Préciser la date de la dernière hospitalisation

Table des annexes

Annexe 1. DLU - Ehpad

Annexe 2. DLU-Dom ANESM

Annexe 3. Fiche Palia

Annexe 4. Fiche Urgence Polyhandicap (projet)

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

.....

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls Tension artérielle (max/min) Température Poids récent

- Conscient et éveillé Éveillable Non éveillable
 Douleur récente
Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

Personnes informées du transfert au service des urgences

- « le 15 » Médecin traitant
 SU Entourage
Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

Aller (Ehpad)

Retour (SU)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèses dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas | | |
| Prothèses auditives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche | | |
| Autres dispositifs ou objets personnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)

Juin 2015

GUIDE D'UTILISATION DU DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE (DLU)

Le *dossier de liaison d'urgence* (DLU) sert à améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'Ehpad ou dans un service des urgences (SU).

Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées.

Les Points clés

Un dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être constitué pour tous les résidents de l'Ehpad, que leur dossier médical soit accessible ou non 24 h/24 h dans l'Ehpad.

Le médecin coordonnateur s'assure de la création et la mise à jour régulière du *document de liaison d'urgence et de ses annexes* et de l'utilisation systématique du *document de transfert de l'Ehpad*.

Le DLU est accessible 24 h/24 h pour tous les soignants de l'Ehpad pouvant être amenés à gérer une urgence.

- Lors de l'urgence, le DLU, complété du *document de transfert de l'Ehpad*, est transmis au médecin de la permanence des soins ou au médecin urgentiste prenant en charge le résident dans l'Ehpad ou dans le service des urgences (SU).
- En l'absence d'hospitalisation, le médecin du SU complète le *document de retour du SU*.
- Le DLU sert de support de communication lors de l'échange téléphonique avec le SAMU-Centre 15 pour les soignants de l'Ehpad.

NB : le DLU n'a pas été élaboré pour améliorer les transferts d'informations lors d'une hospitalisation complète. Cette situation nécessite des informations complémentaires qui sont transmises secondairement au service hospitalier par l'Ehpad.

Composition et mode d'emploi du DLU

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) comprend :

- le **document de liaison d'urgence** avec sa *check-list* de documents annexes et leurs photocopies ;
- la **fiche de liaison d'urgence** avec :
 - au recto, le **document de transfert de l'Ehpad** vers le service des urgences,
 - au verso, le **document de retour du SU** vers l'Ehpad, avec ses documents annexes.

Le document de liaison d'urgence

Il est rempli et mis à jour, en dehors de l'urgence, par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur.

Il contient un ensemble de documents annexes répertoriés dans la *check-list*. Les photocopies de ces documents sont stockées dans le DLU et régulièrement mises à jour, en général, par un infirmier désigné de l'Ehpad.

La fiche de liaison d'urgence

Elle est composée de deux parties.

► Un document de transfert de l'Ehpad vers le SU (recto)

Il contient les informations en rapport avec la situation d'urgence.

Il est rempli lors de l'urgence par un soignant de l'Ehpad et, au besoin, par un aide-soignant, notamment la nuit.

► Un document de retour du SU vers l'Ehpad (verso)

Il contient les informations utiles à la continuité des soins lors du retour du résident dans l'Ehpad.

Il est rempli en l'absence d'hospitalisation par un soignant désigné du SU. Il est validé par le médecin qui a signé la sortie du résident.

Il est retourné avec un ensemble de documents annexes dont les ordonnances de sortie et la copie du dossier des urgences.

La liste de retour des prothèses et objets du résident est complétée.

Différentes modalités de gestion d'une situation d'urgence

► Intervention d'un médecin de permanence des soins ou du SAMU dans l'Ehpad

- Le *document de transfert de l'Ehpad* est rempli par un soignant de l'Ehpad, dès la demande d'intervention.
- Le DLU est remis au médecin assurant la prise en charge de l'urgence.
- En cas de transfert du résident vers un SU, une version papier du DLU accompagne le résident.

NB : selon les modalités d'organisation du secteur, une version électronique du DLU peut être envoyée au SU ou au SAMU via une messagerie sécurisée ou consultée via le DMP.

- L'Ehpad informe l'entourage du transfert du résident vers le SU.

► Transfert d'un résident en SU sans passage d'un médecin dans l'Ehpad

- Le *document de transfert de l'Ehpad* est rempli par un soignant de l'Ehpad.
- Avant toute décision de transfert d'un résident vers un SU, il est recommandé de contacter la régulation du SAMU-Centre 15.
- Le DLU sert de support de communication au soignant pour ses échanges téléphoniques avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15.
- Au besoin, le Centre 15 déclenche l'envoi d'un moyen de transport pour le transfert du résident vers le SU et contacte le SU. À défaut, le soignant de l'Ehpad contacte directement le SU pour l'informer du transfert.
- La version papier du DLU accompagne le résident.

NB : selon les modalités d'organisation du secteur, une version électronique du DLU peut être envoyée au SU ou au SAMU via une messagerie sécurisée ou consultée via le DMP.

- L'Ehpad informe l'entourage du transfert du résident vers le SU.

► Retour du résident du SU vers l'Ehpad, en l'absence d'hospitalisation complète

- Le SU informe par téléphone l'Ehpad du retour du résident et de son heure probable d'arrivée.
- Le *document de retour du SU* complété et ses documents annexes accompagnent le résident.
- L'entourage est informé du retour du résident par le SU ou par l'Ehpad, en fonction du contexte.
- Un courrier est adressé au médecin traitant.

NB : la sortie d'un résident hospitalisé plus de 24 h est accompagnée du « Document de sortie » et de la « Check-list de sortie d'hospitalisation ».

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777579/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

Modalités d'organisation pour une amélioration des transferts en SU

L'amélioration des soins aux résidents en situation d'urgence passe par l'utilisation systématique du DLU, la création d'un partenariat opérationnel entre l'Ehpad et le SU et la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

► Créer un partenariat Ehpad/SU

Créer des relations de confiance avec l'hôpital de secteur et son service des urgences, nommer des référents et formaliser les liens entre l'Ehpad et le SU, pour une meilleure gestion des transferts et l'utilisation systématique du DLU.

Cette formalisation peut s'inscrire dans la convention Ehpad/hôpital prévue dans le « *plan bleu* » (art. D 312-100 Code de l'action sociale et des familles) ou dans le cadre de la participation de l'Ehpad à la *filière gériatrique*.

- L'Ehpad informe le SU de ses ressources en soins :
 - transmission de la *liste des capacités en soins de l'Ehpad* (ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.) ;
 - information sur les ressources externes de l'Ehpad (partenariats avec des réseaux de santé, une équipe mobile gériatrique extrahospitalière (EMGE), une équipe mobile en soins palliatifs (EMSP), une hospitalisation à domicile (HAD), etc.
- Le SU informe l'Ehpad sur ses capacités et mesures spécifiques pour la prise en soins des patients âgés :
 - équipe mobile gériatrique intrahospitalière, urgences gériatriques, etc. ;
 - protocoles de gestion des troubles cognitifs et du comportement, des risques de chutes, etc.

► Démarche d'amélioration continue de la qualité de la gestion de l'urgence en Ehpad

- **Analyser, en réunion d'équipe pluridisciplinaire, les retours d'expériences concernant l'utilisation du DLU et les transferts en SU des résidents.**
- Former les soignants, de jour et de nuit, à l'utilisation du DLU et aux procédures de gestion des urgences en Ehpad.
- Former les soignants, en particulier ceux travaillant la nuit, aux soins de premiers secours. L'AFGSU niveau 2 est conseillée (*attestation de formation aux gestes et soins d'urgence*).
- Informer les médecins traitants dans le cadre du *comité de coordination gériatrique*.
- Informer les résidents et les familles dans le cadre du *conseil de vie sociale (CVS)*.
- Faire le bilan des points forts, des points d'amélioration des hospitalisations non programmées et des transferts en SU, dans le cadre du *rapport annuel d'activité médicale* rédigé par le médecin coordonnateur.
- Échanger avec le référent du SU dans le cadre du partenariat Ehpad/SU.

Juin 2015 / 2

DOCUMENT DE LIAISON D'URGENCE Dom in DMP

Rempli le : ___/___/___

Consentement exprès de la personne ou de son représentant légal au partage de ses données personnelles en santé
 Oui Non Impossible

Information concernant la personne

Nom d'usage, prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : ___/___/___

Adresse :

Environnement familial : Seule En couple

Tél (fixe et portable) :

Avec un proche

Autre, préciser

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Intervenant(s) régulier(s) au domicile (à cocher si au moins une intervention par semaine) :

- SAAD SPASAD
 SSIAD SAVS/SAMSAH

Joignable aux horaires d'ouverture :

Joignable 24h/24

Nom du Responsable :

☎ :

Email :

Infirmier libéral/Centre de santé infirmier

Nom : ☎ Tel :

Portage de repas

Nom : ☎ Tel :

Réseau de santé/HAD

Nom : ☎ Tel :

Masseur-kinésithérapeute

Nom : ☎

Autre, préciser :

Personne référente⁽¹⁾

Nom, prénom :

Lien avec la personne :

☎ Fixe :

☎ Portable :

Adresse :

Personne de confiance

Nom, tél (fixe et portable) :

Lien (de parenté) :

Protection juridique

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice avec mandat spécial

Nom de la personne exerçant la mesure :

..... Tél. :

Nom du service Tél. :

Médecin traitant

Nom, prénom :

☎ :

Email :

Adresse :

Médecin/Centre référent (préciser coordonnées)**

Nom, prénom :

☎ :

Email :

Adresse :

Pharmacien habituel

Nom, prénom :

☎ :

Email :

Adresse :

(1) Il s'agit de la personne à prévenir dès le transfert en SU et à joindre en priorité en amont de la sortie du SU. La personne référente et la personne de confiance peuvent ou non être la même personne.

**Information à préciser pour les personnes souffrant de pathologies rares ou mal connues avec notamment des protocoles thérapeutiques ou spécifiques voire des médicaments utilisés qui ne sont pas indiqués (voire contre indiqués), par exemple les personnes épileptiques.

DOCUMENT DE LIAISON D'URGENCE Dom in DMP

INFORMATIONS MÉDICALES/CLINIQUES

Pathologies en cours/ Antécédents personnels

Situation de handicap

Allergies

- En soins palliatifs ⁽²⁾
 Directives anticipées : qui se trouvent dans DMP à domicile NSP Autre, préciser

Facteurs de risque

- BMR ⁽³⁾
 Vaccin tétanos Mois/année
 Vaccin grippe
 Vaccin pneumocoque

Déplacement/transferts :

- Chute Déambulation Fugue Contention
 Risque d'escarres
 Risque de fausses routes Autres (cf. commentaires)

INFORMATIONS SPECIFIQUES

Poids : à la date du : __/__/__

État Psychique

- Peut alerter Orienté Désorienté Agité
 Opposant Risque suicidaire

GIR :

Handicaps/Déficits

Type de handicap :

- Sensoriel : Auditif Langage et parole Visuel
 locomoteur
 Autre, préciser

Commentaires ou autre(s) information(s) spécifique(s) sur la personne

(mode de Communication, Autonomie, soins spécifiques, besoins en aide technique, etc.)

(*) Le document de liaison d'urgence est à remplir en dehors de tout contexte d'urgence par la personne et/ou son proche aidant, accompagnée le cas échéant du médecin traitant ou d'un professionnel soignant (pour la partie médicale). Si nécessaire, le service à domicile intervenant peut accompagner la personne au remplissage du document.

(2) En soins palliatifs : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical

(3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

CHECKLIST des documents annexes au DLU-Dom

- Attestation de la carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Ordonnances en cours¹
- Supports de communication adaptés²
- Autres documents utiles lors d'une situation d'urgence

Documents à préparer avec le médecin traitant ou un professionnel soignant

- Directives Anticipées (*facultatif*)
- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation
- Fiche BMR (bactérie multi résistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- Carnet de suivi du pace maker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)

¹ La personne accompagnée peut, à l'issue de chaque consultation, glisser la nouvelle ordonnance dans son dossier et jeter systématiquement la précédente.

² Pour les personnes qui souffrent d'un trouble du langage ou de la communication.

FICHE DE LIAISON D'URGENCE



Fiche « RETOUR »
À REMPLIR PAR LE
SU AU MOMENT
DE LA SORTIE

Fiche « RETOUR » : Document de RETOUR du SERVICE DES URGENCES vers le DOMICILE

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date / Heure :

Patient

Nom d'usage, prénom

Vérification de la possibilité du retour à domicile immédiat (accessibilité, ...)

Sortie vers une structure plus adaptée

Hôpital :

Service :

Tél. / Fax :

E-mail :

Personnes/service(s) intervenant au domicile contacté(es) pour l'organisation du retour à domicile :

Personne référente/Aidant :

Service intervenant au domicile (préciser SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH, etc.)

Infirmier libéral/Centre de soins infirmiers

Médecin traitant

Pharmacien habituel

Résidence autonomie (directeur)

Autre, préciser :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Tél. :

Documents joints :

Ordonnance(s) de sortie

Autre, préciser

Document(s) adressé(s) au médecin traitant :

Ordonnances de sortie

Courrier Email DMP

Copie du Résumé du passage aux urgences (RPU)

Courrier Email DMP

Examens ou consultations programmés (lieu, date et heure) :



Penser à vérifier la liste des prothèses et objets personnel

Annexe 3. Fiche Palia



Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :
 Téléphone : ou tampon :
 Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme **NOM** : **Prénom** :
 Rue : **Né(e) le** :
 CP : **Ville** : **Téléphone** :
 N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Joignable la nuit Oui Non NA¹ **Tél** :
Médecin hospitalier référent : **Tél** :
Service hospitalier référent : **Tél** :
Lit de repli possible² : **Tél** :
Suivi par HAD : Oui Non NA **Tél** :
Suivi par EMSP : Oui Non NA **Tél** :
Suivi par réseau : Oui Non NA **Tél** :
Autres intervenants à domicile :
 (SSIAD, IDE libérale...)
 avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA **Son pronostic** ? Oui Non En partie NA
L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA **Le pronostic** ? Oui Non En partie NA
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :
Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →)
 si extrême, l'écrire en majuscules
Produits disponibles au domicile :
Prescriptions anticipées : Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le **Projet d'équipe si accord patient impossible**
Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA
Soins de confort exclusifs : Oui Non NA **Décès à domicile** : Oui Non NA
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA **Massage cardiaque** : Oui Non NA
Ventilation non invasive : Oui Non NA **Intubation** : Oui Non NA
Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA **Trachéotomie** : Oui Non NA
Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : Oui Non NA **Remplissage** : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA **Rédigées le** **Copie dans le DMP**
Personne de confiance **Lien** : **Tél** :
Où trouver ces documents ?
Autre personne à prévenir **Lien** : **Tél** :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes. Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du rédacteur	<input type="text"/>	Statut du rédacteur	<input type="text"/>

CONCERNANT CE PATIENT	<input type="radio"/> M.	<input type="radio"/> Mme	Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA



Fiche URGENCE PALLIA

Guide d'utilisation dans

Quels sont les patients concernés ?

Les patients porteurs d'une maladie grave évolutive, pas forcément cancéreuse, communicants ou non :

- en phase palliative, lorsque les traitements curatifs ne contrôlent plus l'évolution de la maladie et que le projet thérapeutique est centré sur la qualité de vie.
- en phase palliative terminale, avec une évolution naturelle vers le décès à court terme.

Il est possible de remplir une fiche quelque soit le lieu où se trouve le patient (hôpital, EHPAD, domicile ou autre).

Quels sont les objectifs de cette fiche ?

Transmettre au médecin intervenant en situation d'urgence (médecin généraliste de garde, médecin régulateur du centre 15 ou de PDS, médecin effecteur SAMU, médecin urgentiste à l'hôpital...) des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée du patient, selon son état et ses souhaits.

Cette fiche est une aide à la décision mais le médecin qui intervient dans la situation d'urgence reste autonome et souverain dans ses décisions.

Comment remplir cette fiche ?

Il est possible de télécharger la fiche sur le site internet de la SFAP : www.sfap.org

Toutes les rubriques doivent être renseignées si possible.

Cocher la case « NA » si l'information demandée n'est pas connue.

Il est possible de la remplir directement sur un ordinateur en complétant les champs prévus (cela nécessite un lecteur pdf à jour de type Adobe Acrobat Reader). Il est également possible d'imprimer une fiche vierge et de la remplir à la main.

Cette fiche est élaborée en dehors d'un contexte d'urgence.

Quand mettre à jour cette fiche ?

En cas de changement important dans l'évolution de la maladie ou des traitements.

En cas de changement important des souhaits du patient.

Le patient et/ou la personne de confiance doivent être avertis que tout changement (concernant notamment les directives anticipées) doit être signalé au médecin traitant afin d'en permettre la prise en compte.

Le patient et/ou son entourage peuvent toujours changer d'avis lorsqu'ils sont confrontés à la situation d'urgence.

Que mettre dans la case « Projet thérapeutique » ?

Le contenu de la réflexion collégiale si elle a eu lieu.

La présence de traitements spécifiques en cours (radiothérapie, chimiothérapie...).

Les objectifs de soins actuels (limiter la douleur, conserver l'autonomie, alimentation plaisir, tenir jusqu'à un événement particulier...). Les limitations ou arrêts de thérapeutiques.

Précisez si une sédation a été évoquée avec le patient.

Qui peut remplir cette fiche ?

Le médecin traitant du patient

ou, en lien avec le médecin traitant :

- un médecin coordonnateur de réseau de soins palliatifs
- un médecin coordonnateur de l'EMSP
- un médecin coordonnateur d'HAD
- un médecin coordonnateur d'EHPAD
- un médecin hospitalier

Il est conseillé de faire précéder la rédaction de cette fiche d'un temps de coordination ou de concertation avec le patient, ses proches et l'ensemble de l'équipe soignante.

Comment transmettre cette fiche au SAMU ?

Où est classée cette fiche ?

Un exemplaire est conservé dans le dossier médical du patient (chez le médecin traitant, dans le dossier hospitalier ou d'EHPAD...)

Cette fiche peut selon les cas rester au domicile du patient, sous enveloppe à destination du médecin qui serait amené à intervenir en urgence.

Vous pouvez bien-sûr y joindre tous les documents que vous souhaitez.

Les directives anticipées et la personne de confiance

Si le patient a rédigé des directives anticipées, il est conseillé de les joindre à la fiche URGENCE PALLIA et de les déposer sur le DMP du patient, qui tient lieu de registre national (en ce cas, cocher la case « Copie DMP » en bas de la fiche).

Il est possible d'indiquer dans le DMP du patient le nom et les coordonnées de sa personne de confiance, s'il en a désigné une.

Case « Lit de Repli »

Indiquer sur la fiche un « Lit de repli possible » nécessite d'avoir au préalable contacté le service concerné pour lui présenter la situation et pour s'assurer de son accord.

Une hospitalisation dans ce service ne se fera bien-sûr qu'en fonction des places disponibles le moment venu.

Version 2017-04

Annexe 4. Fiche Urgence Polyhandicap (projet)

FICHE URGENCE

Identité et les coordonnées de la personne

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : H F Date de naissance : __/__/____
Adresse : _____ Téléphone : _____

Identité et coordonnées des personnes à mobiliser pour les décisions

Identité et coordonnées des personnes à mobiliser

Médecin ayant rempli ce dossier de liaison

Nom, prénom :

Adresse / tél :

Personne de confiance

Nom, tél (fixe et portable) :

Lien (de parenté) :

Protection juridique / Représentant légal

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice avec mandat spécial

Habilitation familiale

Autorité confiée à l'ASE

Nom de la personne exerçant la mesure / représentant légal

..... Tél. :

Lien (de parenté) :

Nom du service Tél. :

▪ Les données médicales

Diagnostic principal / Situation de vie spécifique :

Maladie rare (www.orphanet.com)

coordonnées du centre de référence :

Données physiologiques habituelles

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Température : _____ Pression artérielle : _____ Saturation : _____ Fréquence respiratoire : _____

Spécificités éventuelles sur ces données physiologiques et leur variation :

Spécificités sensorielles

Troubles moteur : Oui Non

Troubles de la vision : Oui Non

Troubles de l'audition : Oui Non

Trouble du développement intellectuel : Oui Non

Pathologies associées

Pathologie cardio-vasculaire (antécédents, troubles actuels, risques, traitements, etc.)

Pathologie Broncho-pulmonaire (antécédents, troubles actuels, risques, traitements, appareillage, etc.)

Epilepsie (fréquence, durée et description des crises, risques, traitements et protocoles)

Autres problèmes de santé associés

- Déficit immunitaire :
- Diabète :
- Troubles digestifs : Dysphagie RGO Alimentation entérale Alimentation parentérale
 Constipation Autres :
- Troubles cutanés : Fragilité cutanée Escarres Autres :
- Troubles musculo-squelettiques : Rétractions Scoliose Luxation de hanches Autres : ...
- Troubles psychiatriques (troubles du comportement, dépression, etc.) :
- Troubles cognitifs (retard mental, mémoire altérée, etc.) :

- BMR (porteur d'une bactérie multi résistante) :
- Allergies :
- Risque de dénutrition Risque de déshydratation
- Autres problèmes de santé ou risques :

Vigilance particulière en cas d'interventions spécifiques (anesthésie, intubation, récupération post-opératoire, etc.) :

Douleur

- Sources potentielles de douleur :
- Spécificités dans la perception de la douleur :
- Modalités d'expression de la douleur :
- Ressources utilisées habituellement (échelle d'évaluation de la douleur, anesthésiant local, rituels apaisants, etc.) :

Traitements

- Médicaments (joindre ordonnances) :
- Conditions particulières d'administration des traitements (horaire, forme galénique, etc.) :
- Vigilance (médicaments interdits / déconseillés, allergie, effets paradoxaux, risques d'interactions médicamenteuses, etc.) :

Communication

- Modalités de communication : Verbale LSF Images, pictogrammes ~~oui/non~~ Mimiques
- Outils spécifiques utilisés :
- Conseils pour prendre en compte ces modalités singulières de communication dans la relation et les soins :

Documents à fournir :

- Les ordonnances médicales
- Le carnet de vaccination
- La liste et les coordonnées des professionnels de santé et services sociaux et médico-sociaux qui assurent habituellement les soins et l'accompagnement de la personne.
- Pour les maladies rares, Fiche urgence « Orphanet » lorsqu'elle existe (<http://www.orphanet-urgences.fr/>).

Références bibliographiques

1. https://www.hassante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
2. Haute Autorité de Santé. Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique 2008, Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009
3. Lengagne, P., et al. L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Les rapports de l'Irdes ; 560. Paris IRDES: 128; 2015 <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>
4. Jacob P. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Rapport. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapport-s-publics/134000341.pdf>
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Brunel M, Carrère A. La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Les Dossiers de la Drees 2019;(34).
6. Haute Autorité de Santé. « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Note méthodologique et de synthèse bibliographique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Etudes et Résultats 2017;(1007).
8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Etudes et Résultats 2017;(1008).
9. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence, Chauvot G, Ranchou B, La Revue de gériatrie 2018 ; 43(1) pages : 13-21
10. Société francophone de médecine d'urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. Conférence de consensus. Texte long. 10ème Conférence de consensus, 5 décembre 2003, Strasbourg. Paris: SFMU; 2003. https://www.sfmou.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
11. Boulet MC, Dami F, Hugli O, Renard D, Foucault E, Carron PN. Séniors aux urgences, une question d'hospitalité ? Rev Med Suisse 2015;11(498):2338-41.
12. Quid du parcours de soins du patient handicapé aux urgences ? [En ligne] 2016. <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/quid-parcours-soins-patient-handicape-urgences.html>
13. Libault D, Ministère des solidarités et de la santé. Concertation grand âge et autonomie. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapport-s-publics/194000302.pdf>
14. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal Officiel 2019;26 juillet 2019
15. Haute Autorité de Santé. Numérique : quelle (r)évolution ? Rapport d'analyse prospective 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/rapport_analyse_prospective_20191.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Projet stratégique 2019 – 2024. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/projet_strategique_2019-2024.pdf
17. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison
18. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
19. Haute Autorité de Santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR. Étude réalisée en juin 2018 sur les événements indésirables graves associés à des soins reçus à la HAS dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs
20. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs
21. Policy statement--emergency information forms and emergency preparedness for children with special health care needs : American Academy of Pediatrics 2010; 125(4) Pages : 829-837A
22. Use guidelines to prepare for children with special needs, or risk tragedy ED management: the monthly update on emergency department management 2000; 12(8) Pages : 85-90, suppl 81-82
23. Retrospective Analysis of Nursing Home to ED Transfer Correspondence Length and ED Length of Stay : Long SE, Marks SJ, Gettel CJ, Goldberg EM Rhode Island medical journal (2013) 2019; 102(9) Pages : 29-32
24. The Impact of Incomplete Nursing Home Transfer Documentation on Emergency Department Care : Gettel CJ, Merchant RC, Li Y, Long S, Tam A, et al. Journal of the

American Medical Directors Association 2019; 20(8) Pages : 935-941.e933

25. Patient transfer forms enhance key information between nursing homes and emergency department : Dalawari P, Duggan J, Vangimalla V, Paniagua M, Armbrrecht ES, Geriatric nursing (New York, N.Y.) 2011; 32(4) Pages : 270-275

26. Development, validation and testing of a nursing home to emergency room transfer checklist : Tsai H-H, Tsai Y-F, Journal of clinical nursing 2018; 27(1-2) Pages : 115-122

27. Discrepancy between information provided and information required by emergency physicians for long-term care

patients : Parashar R, McLeod S, Melady D, CJEM 2018; 20(3) Pages : 362-367

28. Continuity matters: Examining the 'information gap' in transfer from Residential Aged Care, ambulance to emergency triage in southern Tasmania : Campbell B, Stirling C, Cummings E, International emergency nursing 2017; 32 Pages : 9-14

29. Older patient hospital admissions following primary care referral: the truth is in the referring : Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D, Irish journal of medical science 2016; 185(2) Pages : 483-491

30. Shortfalls in residents' transfer documentation: challenges for emergency department staff : Morphet J, Griffiths DL, Innes K, Crawford K, Crow S, et al. Australasian emergency nursing journal : AENJ 2014; 17(3) Pages : 98-105

31. Patient at Risk: Emergency medical service providers' opinions on improving an electronic emergency information form database for the medical care of children with special health care needs : Piibe Q, Kane E, Melzer-Lange M, Beckmann K, Disability and health journal 2020; 13(2) Pages : 100852

32. Caring for Children With Medical Complexity With the Emergency Information Form : Larson IA, Colvin JD, Hoffman A, Colliton WS, Shaw RJ, Pediatr Emerg Care 2020; 36(1) Pages : 57-61

33. Emergency Information Forms for Children With Medical Complexity: A Qualitative Study: Copper TC, Jeffe DB, Ahmad FA, Abraham G, Yu F, et al. Pediatr Emerg Care 2020; 36(6) Pages : e318-e323

34. Testing the Consensus-Based Emergency Information Form : Pyles LA, Pediatrics 2016; 138(2) Emergency Information Forms for Children With Medical Complexity: A Simulation Study: Abraham G, Fehr J, Ahmad F, Jeffe DB, Copper T, et al. Pediatrics 2016; 138(2)

35. Safety of Rural Nursing Home-to-Emergency Department Transfers: Improving Communication and Patient Information Sharing Across Settings : Tupper JB, Gray CE, Pearson KB, Coburn AF, Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality 2015; 37(1) Pages : 55-65

36. An internet-based communication network for information transfer during patient transitions from skilled nursing facility to the emergency department : Hustey FM, Palmer RM Journal of the American Geriatrics Society 2010; 58(6) Pages : 1148-1152

37. Emergency information form for children with special health care need : Annals of emergency medicine 2010; 56(3) Pages : 315-316

38. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department déjà dans DLU-Ehpad : Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA, Hebert G, Calder L, et al. CJEM 2009; 11(5) Pages : 462-471

39. An extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication déjà dans DLU-Ehpad : Terrell KM, Brizendine EJ, Bean WF, Giles BK, Davidson JR, et al. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine 2005; 12(2) Pages : 114-118

40. Development of a web-based database to manage American College of Emergency Physicians/American Academy of Pediatrics Emergency Information Forms : Pyles LA, Hines C, Patock M, Schied M, Chase J, et al. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine 2005; 12(3) Pages : 257-261

41. A Systematic Review of Interventions to Improve Nursing Home to Emergency Department Care Transitions : Gettel CJ, Pertsch N, Goldberg EM The annals of long-term care : the official journal of the American Medical Directors Association 2020; 28(2) Pages : e12-e19

42. Descriptive analyses of prehospital documentation for older adults presenting to the emergency department: Mysliwiec R, Clark S, Bloemen EM, Stern M, Flomenbaum N Journal of the American Geriatrics Society 2015; 63Pages :S37

43. Use of a transitional minimum data set (TMDS) to improve communication between nursing home and emergency department providers : Kelly NA, Mahoney DF, Bonner A, O'Malley T J Am Med Dir Assoc 2012; 13(1) Pages :85.e89-15

44. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature : Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A International Journal of Nursing Studies 2014; 5

45. An Assessment of Handover Culture and Preferred Information in the Transitions of Care of Elderly Patients: Trivedi S, Dick A, Beckett S, Hartmann RJ, Roberts C, et al. Cureus 2019; 11(7) Pages :e5267

46. Key stakeholders' perspectives on the development of a national transfer document, for older persons, when transferring between the residential and acute care settings: A qualitative descriptive study: O'Reilly P, O'Brien B, Graham MM, Murphy J, Barry L, et al. Int J Older People Nurs 2019; 14(4) Pages : e12254

47. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence: Chauvot G, Ranchou B La Revue de gériatrie 2018; 43(1) Pages : 13-21

48. Emergency information management needs and practices of older adults: A descriptive study: Turner AM, Osterhage K, Loughran J, Painter I, Demiris G, et al. International journal of medical informatics 2018; 111 Pages : 149-158

49. Primary Care Preparation for Children with Medical Complexity for Emergency Encounters in the Community: Hoffman A, Larson IA Pediatric annals 2018; 47(3) Pages : e102-e105

50. London Transfer Project: improving handover documentation from long-term care homes to hospital emergency departments: Carson J, Gottheil S, Gob A, Lawson BMJ open quality 2017; 6(2) Pages : e000024

51. An audit of the quality of nursing home referral letters to the emergency department in patients requiring medical admission: Cullinan P, Walsh T, Robinson S, Canavan M,

O'Donnell M, et al. Irish Journal of Medical Science 2014; 183(7) Pages : S368

52. A one-page nursing home to emergency room transfer form: What a difference it can make during an emergency!: Davis MN, Brumfield VC, Smith ST, Tyler S, Nitschman J Annals of Long-Term Care 2005; 13(11) Pages : 34-38

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

La constitution du groupe de travail et du groupe de lecture a fait l'objet d'un appel à candidature ouvert sur le site de la HAS du 24 septembre 2020 au 26 octobre 2020

Groupe de travail

Dr. Aurélie Avondo, médecin urgentiste, Dijon

Dr. Laura Becerra, pharmacien, Paris

Dr. Caroline Blondel, médecin généraliste, Palaiseau

Dr. Dominique Bonnet-Zamponi, gériatre, Ajaccio

Dr. Erik Chanzy, médecin urgentiste, Bobigny

Madame Julie Charvet, directrice Ehpad, Grenoble

Dr. Cora Cravero, médecin psychiatre, Paris

Madame Céline Louise Fernandez, aide-Soignante, Ponthierry

Madame Laure Dépinarde, directrice SPASAD, Draveil

Dr. Romain Fouchard, médecin généraliste, Besançon

Dr. Etienne Gros, directeur association d'accompagnement à domicile, Stotzheim

Dr. René Jacob-Vestling, directeur médical Délos APEI78, Mantes La Jolie

Madame Olga Kingue Kwate, auxiliaire de vie, Paris LOGIVITAE

Madame Marion Lani, infirmière coordinatrice SSIAD, Les Cotes D'Arey

Dr. Philippe Marissal, médecin généraliste, Artemare

Dr. Dominique Martin, médecin urgentiste, Verneuil d'Avre et d' Iton

Dr. Olivier Mermet, médecin généraliste, St Pourcain Sur Sioule

Madame Edwige Mieyan infirmière libérale, St Lary Soulan

Madame Martine Pacaud Felices, directrice ESSMS, La Seyne sur Mer

Monsieur Emmanuel Rohrbacher, infirmier Libéral, Moncontour

Madame Laurence Ruedin, représentante des usagers, Dijon

Madame Ophélie Sabbahi, directrice MAIA, Mortagne au Perche.

Groupe de lecture

Madame Fanny Anfray, Pilote MAIA, St Laurent de Cuves

Docteur Laurence Berton Praticien Hospitalier, SAMU, Le Chesnay

Monsieur Julien Baert Infirmier libéral, Labersart

Monsieur Gilles Bonnefond, Pharmacien, Président UPSO, Plombières-lès-Dijon

Monsieur François Braun, Urgentiste, Président SAMU Urgence de France

Madame Chantal Cateau, Représentante des usagers, Orléans

Docteur Arnaud Cugerone, Médecin généraliste, Bergerac

Madame Tania Jean, Directrice de SSIAD, Gap

Docteur Jean-Pierre Jereczek, Médecin généraliste, Courcelles les Lens

Madame Cécilia Laurent Verrons, Infirmière, Sa-launes

Docteur Jean-Paul Lorendeau, Praticien Hospitalier SAMU, Chateau

Madame Anne Menuet-Riou, Infirmière puéricultrice libérale, Saint-Aunes

Madame Annabelle Michon, Cadre Infirmier, Romans-sur-Isère

Monsieur Alexandre Morel, Responsable formation continue dans le domaine de la santé, Landivisiau

Madame Elise Rocton, Infirmière coordinatrice, Vallet

Madame Maureen Velaut, Auxiliaire de vie, Saint-Marcel

Professeur Achille Tchalla, chef de pôle de médecine d'urgence, CHU de Limoges, Limoges

Membres Comité du comité de concertation

Madame Marie Aboussa, Directrice déléguée NEXEM, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Monsieur Said Ait Ali, Représentant des usagers, Générations Mouvement "Les Aînés Ruraux"

Madame Florence Armaiz-Maum, Déléguée générale, SYNERPA, Paris

Madame Lise Aumont, Responsable projets qualité et handicap, ADMR, Paris

Madame Aude Bourden, Conseillère nationale santé médico-social, APF, Paris

Madame Agnès Brousse, Coordinatrice du pôle EDAP, UNAF, Paris

Monsieur Benjamin Caniard, Co-responsable du Pôle Autonomie, FHF, Paris

Monsieur Pascal Champvert, Président AD-PA, Saint-Maur des Fosses

Monsieur Hadeel Chamson, Délégué général, FNAT, Paris

Monsieur Julien Jourdan, Président, FEDESAP, Paris

Monsieur Yann Le Berre, Chargé de projets, UNAPEI, Paris

Madame Garmenick Leblanc, Coordinatrice de la cellule médico-sociale, CNAMTS, Paris

Monsieur Didier Sapy, Directeur Général FNAQPA, Tassin La Demi-Lune

Monsieur Jean-Christian Sovrano, Directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie, FEHAP, Paris

Madame Annabelle Vecques-Malnou, Directrice FNADEPA, Paris

Monsieur Vincent Vincentelli, Responsable réglementation sectorielle, UNA, Paris

Référents CSMS

Monsieur Claude Jeandel

Monsieur Jean-Pierre Coudre

Abréviations et acronymes

Abréviation	Libellé
AMUF	Association des médecins urgentistes de France
ANESM	Agence pour l'évaluation et la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARM	Assistant de régulation médicale
ANS	Agence du Numérique en Santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
DIQASM	Direction de la qualité de l'accompagnement des services sociaux et médico-sociaux
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DMP	Dossier médical partagé
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
ESMS	Etablissement de soins spécialisés
GHT	Groupement Hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation des soins
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PPS	Plan de soins personnalisé
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SA3P	Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
SAMU	Service d'aide médicale urgente

SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SRA	Structure régionale d'appui
SSR	Service de soins de suite et de réadaptation
SU	Service d'Urgences
SUdF	SAMU urgences de France
VMS	Volet de synthèse médicale
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

