

Note méthodologique et de synthèse documentaire

« DLU : dossier de liaison d'urgence »

Cette note méthodologique et de synthèse documentaire est téléchargeable
sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication - information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations.....	5
Introduction	6
Qu'est-ce que le dossier de liaison d'urgence	6
Objectifs.....	6
1. Méthode d'élaboration	7
1.1. Stratégie de recherche bibliographique	7
1.2. Critères de sélection documentaire	9
1.3. Probabilité du bénéfice des effets et interventions préconisées:	9
1.4. Conduite de projet	10
1.5. Les parties prenantes	10
2. Données générales sur les Ehpad en France	13
2.1. Les Ehpad, les résidents et ses salariés	13
2.2. Les hospitalisations et les Ehpad	13
2.3. Les transferts hospitaliers, expérimentation PAERPA et rapport IGAS	14
2.4. Gestion des urgences en Ehpad	15
3. Dossier de liaison d'urgence (DLU) en France	16
3.1. Les textes législatifs et réglementaires	16
3.2. Déploiement du DLU en France	17
4. Analyse de la littérature internationale	19
4.1. Les transferts vers les services des urgences (SU).....	19
4.2. Le manque d'informations lors des transferts	19
4.3. Les formulaires de transfert.....	20
4.4. Intervention pour améliorer le transfert d'informations.....	20
4.5. Impact d'une approche systématisée de la transition des soins	21
5. Les informations utiles aux transferts dans la littérature	22
5.1. Avis de groupes d'experts dans la littérature	22
5.2. Benchmark de 11 formulaires	22
5.2.1. Formulaire de transfert proprement dit	23
5.2.2. Document Formulaire de transfert de l'Ehpad rempli lors de l'urgence	27
5.2.3. Check-list de transfert.....	29

5.2.4. Document de retour du service des urgences	31
6. Synthèse	33
6.1. Les points clés de la littérature	33
6.2. Les objectifs du travail	34
7. Participants.....	35
7.1. Le Groupe de travail	35
7.2. Groupe de lecture.....	36
Annexes	37
Annexe 1. Échange et partage du DLU par voie électronique et portage par le DMP (dossier médical personnel).....	37
Annexe 2. Caractéristiques des revues systématiques, méta-analyses et rapports retenus	41
Annexe 3. Résumé des articles de la littérature internationale	45
Annexe 4. Documents HAS de transfert vers l'hôpital	56
Références bibliographiques	58

Liste des abréviations

PAERPA :	Personne âgée en risque de perte d'autonomie
PA :	Personne âgée
RT :	<i>Randomized trial (essai randomisé)</i>
RCT :	<i>Randomized controlled trial (essai contrôlé randomisé)</i>
SR :	<i>Systematic review (revue systématique)</i>
MA :	Méta-analyse
DLU	Dossier de Liaison en d'Urgence
EHPA	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
IDEC	Infirmière coordinatrice d'Ehpad
SU	Service des urgences
DMS	Durée moyenne de séjour
PPS	Plan personnalisé de santé
VMS	Volet de synthèse médicale
MEDEC	Médecin coordonnateur d'Ehpad
NH	Nursing home (maison de retraite)
MT	Médecin traitant

Introduction

Qu'est-ce que le dossier de liaison d'urgence

Le **dossier de liaison d'urgence (DLU)** est un ensemble synthétique de documents pour une prise en charge optimale médicale et en soins d'un résident en Ehpad par tout médecin intervenant en urgence dans l'Ehpad ou dans un service des urgences hospitalier. Il peut aussi servir au soignant de l'Ehpad de support de communication téléphonique avec le médecin de la permanence des soins SAMU-Centre 15.

Objectifs

L'objectif de ce travail est d'améliorer le transfert des informations utiles et nécessaires aux médecins intervenant en urgence dans les Ehpad ou dans les services des urgences et aux médecins régulateurs du SAMU-Centre 15, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins des résidents des Ehpad lors des situations d'urgence.

Ce travail s'adresse :

- aux professionnels de santé exerçant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les services des urgences (SU), au SAMU-Centre 15, voire aux services hospitaliers de soins aigus ;
- aux institutionnels responsables des Ehpad, des SU et du SAMU-Centre 15, et à leurs tutelles avec en premier lieu les ARS.

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, dans le cadre d'un travail commun entre la HAS et l'Anesm, 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 : revues systématiques, méta-analyses. Des recherches complémentaires ont été réalisées en rapport avec les interventions repérées comme efficaces dans les revues systématiques.

► Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis)

The Cochrane Library (Wiley Interscience, Etats-Unis) ;

BDSP Banque de Données en Santé Publique ;

Science Direct (Elsevier)

National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, Etats-Unis) ;

HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

► Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
----------------------	-----------------	----------------------	----------------------

Eviter les hospitalisations en EHPAD - Méta-analyses, revues systématiques

		Période	Nombres de références
Etape 1	Homes for the Aged"[Majr] AND "Nursing Homes"[Majr] OR "homes for the aged" OR residential care AND (aged or elder* or older) OR care facilities for the aged Or nursing home* [title] AND (Avoid* hospital*[title/abstract] OR "Hospitaliza- tion"[Mesh] OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergen- cy Medical Services"[Mesh] OR "Patient Admis- sion"[Mesh] Or "Patient Transfer"[Mesh] or hospital* or admission* or emergenc* Or transfer* OR acute care [title]	01/2004-03/2014	
ET Etape 2	"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Top- ic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Liter- ature review" Or "Quantitative Review" OR "pooled analysis" Field: Title/Abstract		19

Eviter les hospitalisations en EHPAD – essais contrôlés randomisés

		Période	Nombres de références
Etape 1		01/2004-03/2014	
ET			
Etape 3	"Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type] OR Random*[title:abstract]		51

Transfert EHPAD/services d'urgence

		Période	Nombres de références
Etape 7	("Emergency Service, Hospital"[Mesh] Or ED Or emergency [title]) AND ("Patient Transfer"[Mesh] Or transfer*[title]) AND ("Homes for the Aged"[Majr] AND "Nursing Homes"[Majr] OR "homes for the aged" OR residential care AND (aged or elder* or older) OR care facilities for the aged Or nursing home* [title])	01/2004-11/2014	37
Nombre total de références obtenues			107

En complément les sommaires des revues suivantes ont été examinés tout au long du projet : Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale, Journal Of the American Geriatric Society, Gérontologie et Société

Une veille documentaire a été maintenue sur le sujet jusqu'en mai 2015

Les sites internet internationaux pertinents ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement.

▪ Agency for Healthcare Research and Quality
▪ Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et medico-sociaux
▪ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
▪ American College of Physicians
▪ American Geriatrics Society
▪ Australian Government - Department of Health and Ageing
▪ Bibliothèque médicale Lemanissier
▪ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
▪ Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
▪ Centre fédéral d'expertise des soins de santé
▪ CISMeF
▪ CMAInfobase
▪ Collège des Médecins du Québec
▪ Cochrane Library Database
▪ Department of Health (UK)

▪ ECRI Institute
▪ Fédération Hospitalière de France
▪ GIN (Guidelines International Network)
▪ Haute Autorité de Santé
▪ Institute for Clinical Systems Improvement
▪ Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
▪ National Health and Medical Research Council
▪ National Institute for Health and Clinical Excellence
▪ National Institutes of Health
▪ Scottish Intercollegiate Guidelines Network
▪ Singapore Ministry of Health
▪ World Health Organization

► **Benchmark des formulaires de transfert**

Un Benchmark des 11 formulaires décrits dans la revue systématique de Pearson 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

► **Critères d'inclusion des articles**

Les articles ont été retenus :

- en fonction de leur concordance avec le sujet ;
- en fonction de leur qualité ; les revues systématiques et méta-analyses ont été retenues si elles répondaient aux trois critères suivants : mention des critères d'inclusion et d'exclusion des articles, explicitation de la grille de lecture.

► **Critères d'exclusion des articles**

Les articles ont été exclus s'ils présentaient des conclusions divergentes des données présentées.

1.3. Probabilité du bénéfice des effets et interventions préconisées:

Les conclusions et préconisations retenues sont jugées en fonction de leur niveau de preuve:

► **Niveau fort**

Il correspond à une étude dont : le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée, la réalisation est effectuée sans biais majeur, l'analyse statistique est adaptée aux objectifs, la puissance est suffisante.

Les données scientifiques disponibles incluent en général des résultats cohérents, issus d'études bien conçues et bien menées dans des populations représentatives. Il est peu probable que cette conclusion soit fortement affectée par les résultats d'études futures.

► **Niveau intermédiaire**

Il est donné à une étude de protocole similaire, mais présentant une puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance *a posteriori* insuffisante) et/ou des anomalies mineures.

Les données scientifiques disponibles sont suffisantes pour déterminer les effets de l'intervention sur des résultats cliniques, mais la confiance dans l'estimation est limitée par des facteurs tels que le nombre, la taille, ou la qualité des études ; une hétérogénéité des résultats des études ; une reproductibilité limitée des résultats à la pratique courante.

► Niveau faible

Il peut être attribué aux autres types d'études.

Les données scientifiques disponibles sont insuffisantes pour évaluer des effets sur les résultats cliniques en raison : du nombre limité ou de la taille des études ; de biais importants dans la conception de l'étude ou des méthodes ; d'une hétérogénéité des résultats des études individuelles ; des lacunes dans la chaîne des données scientifiques ; des résultats non généralisables à la pratique courante ; d'un manque d'information sur des résultats cliniques importants.

► Accord d'experts

Si le bénéfice est impossible à évaluer et repose sur un accord d'experts et si aucune étude ne permet de conclure.

1.4. Conduite de projet

Ce travail est un projet commun de la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm). Il a abouti à la rédaction conjointe par les deux agences d'un nouveau « dossier de liaison d'urgence » (DLU version 2015) et d'un « Guide d'utilisation du dossier de liaison d'urgence ».

Une « Note méthodologique et de synthèse documentaire » a été élaborée par la HAS à partir de l'analyse de la littérature internationale, par M. Albert Scemama, chef de projet au Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades de la HAS, avec la collaboration de Mme Florence Maréchaux, chef de projet de la DAQSS.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste scientifique à la HAS et Mme Maud Lefèvre, son assistante

Une « Note de synthèse dossier de liaison d'urgence » a été élaborée par l'Anesm à partir de l'analyse d'un questionnaire envoyé aux Ehpad et d'entretiens qualitatifs et auprès de professionnels intervenant dans les Ehpad, des équipes mobiles de gériatrie, des praticiens hospitaliers, par Delphine Dupré-Lévêque et Aline Métais, responsables de projet à l'Anesm et Apolline Rolland, leur stagiaire à l'Anesm.

Un groupe de travail commun à la HAS et l'Anesm, composé d'experts des différentes professions et de représentants d'utilisateurs, sans liens d'intérêts, a été réunis.

Ces documents ont été soumis à l'avis des parties prenantes en amont et en aval de ce travail.

1.5. Les parties prenantes

► Liste des parties prenantes sollicitées

- Collège de médecine générale (CMG)
- Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)
- Union nationale des professionnels de santé (UNPS)
- Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (FFAMCO)
- Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) et Conseil national professionnel de gériatrie (G-CNP)
- Collège des pharmaciens
- Pré-collège des infirmiers
- Fédération hospitalière de France (FHP)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

- Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)
- DSS
- CNAMTS
- CNSA
- ARS Languedoc-Roussillon, Ile-de-France et Pays de-Loire
- Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)
- Générations mouvements « les aînés ruraux »
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
- Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSSO)
- Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)
- Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)
- AD-PA Association des directeurs au service des personnes âgées
- Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux (D3S)
- Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDASS)

► Liste des parties prenantes représentées

- Mme Catherine Cruveillier-Boch (DSS)
- Mme Dominique Ména-Dupont (CNAMTS)
- Mme Agathe Faure (FEHAP)
- Mme Annabelle Malnou (FHF)
- Mme Julia Bruno (Collège des pharmaciens)
- Mme Isabelle Doumro (Association de gestion des établissements)
- Mme Martine Le Noc-Soudani (FFAMCO)
- M. Jean-Philippe Flouzat (ARS IdF)

► Avis des parties prenantes

Les parties prenantes soulignent l'importance du DLU pour la gestion des urgences et des hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad, mais aussi dans le cadre de la télémédecine en Ehpad.

Elles rapportent que certains Ehpad se posent la question de l'obligation de la mise en place d'un DLU en dehors du plan bleu puisqu'il a été publié dans le cadre de circulaires canicule.

Elles précisent un certain nombre de points :

- le document doit être court et synthétique ;
- la copie et la mise à jour des traitements dans la version 2008 du DLU posent des problèmes réglementaires et sont source d'erreurs ;
- les modalités de gestion du DLU et les rôles de chacun doivent être précisés par le groupe de travail (GT). Si réglementairement c'est au médecin traitant de remplir le DLU, dans la pratique, c'est le médecin coordonnateur (MEDEC) qui remplit et met à jour le DLU ;
- l'importance des systèmes d'information, la nécessité de préciser les modalités de transmission du DLU par voie numérique (DMP et messagerie sécurisée) et de réfléchir à la dématérialisation du DLU dans le cadre du DMP et des logiciels métiers en Ehpad.

Les parties prenantes considèrent que le DLU ne devrait pas avoir de spécificité dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. La liste des questions au GT de la feuille de route est validée.

- Quelle version du DLU (2008, 2012) utiliser comme base de travail ?
- Quels items sélectionner pour cette adaptation ?
- Doit-on intégrer « le document de transfert de l'Ehpad » au DLU ou en faire un document séparé ?
- Doit-on joindre des documents au DLU et les répertorier dans une « *check-list* des documents à associer au DLU » ?

- Quel(s) professionnel(s) formate(nt) le DLU ?
- Comment assurer l'actualisation régulière du DLU ?
- Comment assurer la transmission du DLU au service hospitalier ? (DMP/MSS ?)
- Comment assurer l'accès des soignants au DLU pendant la nuit ?
- Doit-on associer un « document de retour du service des urgences » si le patient n'est pas hospitalisé, intégré ou non au DLU ?
- Quel est l'impact potentiel de l'utilisation du DLU et dans quelles conditions ?

Il est aussi précisé que les questions d'organisation de l'Ehpad en lien avec la réduction des transferts des résidents en SU devront être traitées dans le cadre d'un autre projet prévu par la HAS et l'Anesm : « Comment réduire le risque d'hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ».

Les productions envisagées sont :

- un DLU actualisé à plusieurs volets intégrant le document de transfert de l'Ehpad, une *check-list* des documents à associer au transfert et un document de retour du service des urgences ;
- « un guide d'utilisation » précisant les procédures de réalisation et de mise à jour du DLU et les acteurs avec leurs rôles respectifs.

2. Données générales sur les Ehpad en France

2.1. Les Ehpad, les résidents et ses salariés

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) accueillent les personnes âgées ayant une dépendance psychique ou physique. Le 31 décembre 2012, on comptait 6 768 Ehpad avec 564 045 places. La capacité moyenne d'un Ehpad est de 83 places (1).

Les Ehpad sont pour 43 % du secteur public, pour 31 % du secteur privé à but non lucratif et pour 26 % du secteur privé à but lucratif (1).

Les résidents en Ehpad ont une moyenne d'âge de 85,8 ans. 54,5 % des résidents sont très dépendants (GIR 1 et 2), 32,9 % dépendants (GIR 3 et 4) et 12,6 % non dépendants (GIR 5 et 6) (1).

Le degré de dépendance et la charge en soins des Ehpad augmentent régulièrement. Sur la période 2007-2012, le niveau moyen national de dépendance des Ehpad mesuré par le GMP était de 685, et le niveau moyen national des soins médicaux et techniques des Ehpad mesuré par le PMP était de 185. *GMP (GIR moyen pondéré) mesure le niveau moyen de dépendance de la résidence - PMP (pathos moyen pondéré) mesure le niveau moyen des soins requis médicaux et techniques de la résidence.*

Les résidents présentent 8,0 pathologies sur la base Ehpad 2012. Les pathologies démentielles sont présentes à 51,8 %, les états dépressifs à 39,2 %, les troubles du comportement à 43,2 %, les psychoses-délires-hallucinations à 12,6 %, les escarres et ulcères à 7,8 % et l'incontinence à 40,8 % (1). La dénutrition est estimée entre 15 et 38 % (2). Les « déments déambulants » sont estimés à 36,8 % (*croisement des variables cohérence et déplacement de la grille AGIRR*).

Les aides-soignantes ou aides-médico-psychologiques et les infirmiers représentent environ 29 % du temps soignant de l'Ehpad.

Les Ehpad ne disposent pas de poste d'infirmière de nuit, sauf exception. La nuit, le personnel ne se compose en général que de deux agents, souvent une aide-médico-psychologique ou une aide-soignante et un agent non qualifié.

Le temps médical (médecin coordonnateur, médecin salarié et pharmacien, si pharmacie à usage interne) et paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute) reste limité (1). Les médecins coordonnateurs des Ehpad devraient être tous titulaires d'un DESC de gériatrie ou d'une capacité de gériatrie ou d'un diplôme de médecin coordonnateur ou d'une attestation de formation continue. Ils n'ont donc pas obligatoirement de diplôme spécifique de gériatrie, et dans leur grande majorité, ce sont des généralistes installés (3).

2.2. Les hospitalisations et les Ehpad

Le taux annuel d'hospitalisation des résidents en Ehpad est de 40 %, pour en moyenne 19 jours d'hospitalisation par an - Enquête EHPA 2003 de la DRESS (4).

70 % des sorties de l'Ehpad sont liées à des hospitalisations - Enquête PLEIAD (citée dans le rapport du HCAAM, 2011) (5).

Le taux d'hospitalisation avec passage par les urgences des personnes âgées est considéré comme un marqueur du « déficit d'organisation des soins » qui n'intègre pas leur spécificité (fragilité, polypathologie, dépendance). En moyenne, 22,9 % des séjours hospitaliers sont précédés d'un passage par les urgences pour les personnes de 70 ans et plus (6).

Le taux d'hospitalisations multiples est défini à partir des réhospitalisations du patient à 30 jours qui sont en général dues au même problème de santé. Ce taux d'hospitalisations multiples est considéré comme un indice « de sortie trop précoce ou de traitement inabouti ». Il croît plus rapidement autour de 70 ans, et continue d'augmenter jusqu'à au moins 80 ans.

La durée moyenne de séjour (DMS) est plus élevée, deux fois plus longue pour les 85 ans et plus, que pour les moins de 65 ans (6). La DMS est un marqueur des « difficultés dans le parcours du patient » au sein et en aval de l'hôpital (5).

Les résidents dépendants (GIR) et les Ehpad avec un score de dépendance élevé (GMP) ont respectivement un nombre de pathologies et un score de pathologie (PMP) plus élevés et, de ce fait, **sollicitent de façon plus importante le système de soins en particulier hospitaliers**. L'inverse est aussi vrai (5) - *Exploitation de la base GALAAD*.

Les hospitalisations des personnes âgées fragiles sont source d'effets délétères immédiats ou différés. - L'enquête du Gérontopôle de Toulouse sur les résidents de 300 Ehpad note une augmentation après hospitalisation de trois indicateurs de fragilité : chutes (+ 5 %), dénutrition (+ 14 %) et contention (+ 23 %) - *Enquête du Gérontopôle de Toulouse, juin 2010 (7)*.

2.3. Les transferts hospitaliers, expérimentation PAERPA et rapport IGAS

Le transfert interétablissements est une cible prioritaire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et pour réduire les hospitalisations non programmées.

En cas d'urgence et dans certaines situations cliniques, l'absence de certaines informations médicales et/ou administratives contenues dans le dossier médical du résident ou dans un document de synthèse peut mettre en difficulté les médecins urgentistes dans l'Ehpad ou dans les services des urgences (SU) pour les évaluations et/ou les traitements de ces patients qui sont le plus souvent complexes et très fragiles. Dans ces conditions, ils peuvent être amenés, en Ehpad à transférer de façon inappropriée ces patients en SU, ou en SU à décider d'une hospitalisation complète qui aurait pu être évitée.

L'IGAS, dans son rapport de mai 2011, a étudié l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Une étude, réalisée sur 12 territoires et 6 régions en France sur les critères de pratiques et moyens de coordination, conclut que les outils de coordination sont souvent **l'aboutissement d'un travail en commun et la preuve d'un décloisonnement des cultures et pratiques professionnelles**. Ces outils peuvent aller **d'une simple fiche de liaison papier à un dossier médical informatisé partagé**. Cette enquête met aussi en évidence un certain nombre de **difficultés sur le terrain** dont certaines sont en lien avec les Ehpad : les différences de culture entre le sanitaire et le médico-social, les différences de culture entre médecine de ville et médecine hospitalière, un niveau de médicalisation et un rôle dans la filière de soins des Ehpad insuffisants, et un manque de médecins généralistes intervenant en Ehpad (6).

Le projet pilote PAERPA 2013 est une expérimentation qui a pour but d'accroître la pertinence et la qualité des soins aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie et aux résidents en Ehpad. Il a dans ses objectifs de réduire le nombre d'hospitalisations complètes, de limiter leur durée aux stricts besoins sanitaires et de réduire le passage des personnes âgées aux urgences. Le cahier des charges de l'expérimentation PAERPA cible quatre facteurs majeurs d'hospitalisation : les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition, la dépression et les chutes. En termes d'outils de coordinations il s'appuie sur quatre documents : le PPS (plan personnalisé de santé) pour une meilleure coordination des soins en ville, le document de sortie pour la transition de l'hôpital vers la ville/Ehpad, le VMS (volet de synthèse médicale) pour la transition de la ville vers l'hôpital et le **DLU (dossier de liaison d'urgence) pour la transition de l'Ehpad vers l'hôpital/SU** (8).

2.4. Gestion des urgences en Ehpad

Le décret du 2 septembre 2011 (9) relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur (MEDEC) exerçant dans un Ehpad précise ses missions relatives à la gestion des urgences en Ehpad :

- 3^e mission : il « *préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ... Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance, liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique* ».
- 13^e mission : il « *réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées* ».

Aucun des textes n'impose une organisation formalisée de la **continuité de soins** au sein des Ehpad. Cette organisation, quand elle existe, s'établit donc sur la base du volontariat des médecins traitants et doit être coordonnée par le MEDEC. À défaut, ce sont souvent les systèmes de la **permanence des soins**, associations de médecins urgentistes libéraux ou le SAMU-Centre 15 qui sont sollicités pour répondre aux besoins de soins non programmés en Ehpad.

Lors de chaque intervention, en fonction des moments de la journée, les médecins urgentistes rencontrent des professionnels très différents :

- le jour, si le médecin traitant ne peut pas se déplacer : le MEDEC lorsqu'il est présent, et le plus souvent les infirmiers ;
- et la nuit : le plus souvent une aide-soignante, rarement un infirmier de nuit.

Lors d'une intervention en urgence, ce sont en général ces professionnels (infirmier et aide-soignant) qui éditent le DLU avec le document de liaison d'urgence et les documents associés de sa *check-list* et le médecin urgentiste qui remplit le document de transfert de l'Ehpad (ou rédige un courrier médical pour le transfert). En cas de transfert sans passage d'un médecin urgentiste, le document de transfert de l'Ehpad est complété le plus souvent par un infirmier le jour et un aide-soignant la nuit.

3. Dossier de liaison d'urgence (DLU) en France

3.1. Les textes législatifs et réglementaires

- ▶ **La circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions du plan national canicule**

Elle introduit l'obligation pour les Ehpad de favoriser l'accès des personnes habilitées aux dossiers médicaux et aux dossiers de soins. En particulier, ces nouvelles dispositions doivent permettre aux médecins intervenant en urgence de pouvoir accéder 24 h/24 au dossier individuel du résident afin de disposer des informations indispensables à un diagnostic précis.

La circulaire (10) précise « *qu'afin de disposer d'un document synthétique sur la prise en charge médicale et paramédicale de chaque résident et de rendre plus efficace l'action de tout médecin intervenant en urgence dans l'établissement, une fiche type de liaison va être prochainement diffusée par la DGAS. Le médecin coordonnateur de l'Ehpad veillera à la mise à jour régulière de cette fiche de liaison par le médecin traitant* ».

- ▶ **Le 29 mai 2008, la DGAS diffuse un dossier de liaison d'urgence (DLU)**

Il a été élaboré en concertation avec le SAMU de France, l'Association des médecins urgentistes de France et la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (11). Ce DLU :

- synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et une prise en charge adaptée ;
- est renseigné pour tous les résidents hébergés en Ehpad et fait l'objet d'une actualisation si nécessaire ;
- ne constitue pas une fiche de liaison qui est un document rempli en urgence par le personnel soignant au moment de l'hospitalisation.

Le médecin coordonnateur veille à la mise à jour régulière de ce DLU par le médecin traitant.

- ▶ **La circulaire interministérielle du 2 avril 2010 relative à l'application du plan national canicule 2010**

Elle précise (12) que les Ehpad se trouvent dans l'une des deux situations suivantes :

- ceux dans lesquels le dossier médical de chaque résident est mis en place, informatisé ou non, tenu à jour par le médecin traitant et accessible y compris la nuit pour un médecin intervenant en urgence. Pour ces établissements, il n'y a pas besoin de DLU ;
- ceux qui n'ont pas encore de dossier médical pour tous les résidents, ou dont le dossier type est en cours d'élaboration, ou non ou mal renseigné par le médecin traitant, ou les Ehpad dans lesquels le dossier n'est pas accessible, notamment la nuit, par un médecin intervenant en urgence. Pour ces établissements, le DLU est obligatoire.

- ▶ **La circulaire DGOS du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC)**

La circulaire (13) reprend en annexe **le guide méthodologique DGOS pour l'organisation des filières AVC** de décembre 2011 qui en annexe 4 propose un DLU modifié pour les Ehpad. Dans ce document :

- « *la société française de médecine d'urgence (SFMU) et la société française de gériatrie et gériatrie (SFGG) proposent que ce DLU devienne le document de liaison d'urgence quel que soit le motif d'appel au SAMU-centre 15 ou lorsque le patient est adressé aux urgences* » ;
- le DLU doit être accessible 24 h/24 à tout médecin intervenant en urgence dans un Ehpad.

Le DLU version 2012, contrairement aux préconisations de la circulaire de 2008, intègre les items de la fiche de transfert de l'Ehpad complétée lors de l'urgence et un document de retour du service des urgences.

► Cahier des charges des projets pilotes PAERPA

Le cahier des charges des projets pilotes PAERPA (8) demande à la HAS de concevoir un DLU :

- « *qui sert tout particulièrement en cas d'hospitalisation du résident en urgence pour établir la fiche de liaison destinée à l'établissement de santé* » ;
- formalisé par le médecin coordonnateur ;
- et transmis par l'Ehpad 48 h avant ou au plus tard lors du transfert vers l'hôpital.

Ce cahier des charges prévoit aussi des **formations pour les professionnels** qui visent entre autres à leur apprendre à structurer les synthèses médicales des personnes âgées (VMS, CRH, DLU...) dans une logique de parcours et « *leur permettre de se connaître et de faire tomber les frontières culturelles... entre les acteurs du social, du médico-social, de la ville et de l'hôpital...* ».

3.2. Déploiement du DLU en France

Selon la circulaire du 2 avril 2010 relative à l'application du plan national canicule 2010, fin 2009, sur les 5 170 Ehpad des 77 départements qui ont transmis un état d'avancement sur la mise en place du DLU : 69,3 % des Ehpad ont des dossiers médicaux accessibles 24 heures sur 24 à un médecin intervenant en urgence, seuls 30,6 % ont mis en place un DLU et 9,7 % sont en train de le mettre en place.

Les résultats sur la mise en place du DLU sont très variables selon les départements et les régions, avec 6 % en Basse-Normandie et 100 % en Corse. À noter que ces résultats sont probablement surévalués, ces statistiques ayant été réalisées sur un mode déclaratif et seulement à partir des Ehpad qui ont volontairement répondu à l'enquête.

**Mise en place du DLU dans les Ehpad dans 77 départements –
Circulaire 2010 relative à la canicule (12)**

Régions	Nombre Ehpad qui ont répondu à l'enquête	% dossiers accessibles 24 h /24	% DLU mise en place
Aquitaine	282	57	19
Bourgogne	195	86	23
Bretagne	296	64	17
Centre	243	62	42
Corse	19	79	100
Franche-Comté	108	93	32
Ile-de-France	457	71	48
Limousin	99	62	31
Lorraine	238	37	47
Midi-Pyrénées	289	89	25
Basse-Normandie	168	49	6
Haute-Normandie	114	59	22
PACA	378	56	24
Pays de la Loire	343	63	33
Picardie	160	69	59
Poitou-Charentes	212	99	20
Rhône-Alpes	549	88	25
France métropolitaine	5 170	69	31

4. Analyse de la littérature internationale

Le transfert interétablissements est une cible prioritaire pour améliorer la sécurité des patients et pour réduire les hospitalisations non programmées évitables et d'autres événements indésirables.

4.1. Les transferts vers les services des urgences (SU)

La revue systématique de **KB Pearson** 2013 (14) concernant le transfert des NH (*Nursing Homes*) vers les hôpitaux montre que :

- les informations essentielles sont souvent absentes lors du transfert des résidents vers les SU (Services des urgences) ;
- ces problèmes de communication sont un des obstacles les plus cités à une bonne qualité de soins aux patients ;
- des outils tels que des formulaires et/ou *check-list* de transfert améliorent la communication lors des transferts et aident à améliorer la sécurité et la qualité des soins aux patients ;
- ces transferts sont coûteux en termes financiers et sont source de iatrogénie physique et émotionnelle pour les patients âgés des NH.

Les transferts des résidents des NH vers les SU sont fréquents : 25 % des résidents au moins une fois par an et 10 % deux fois ou plus (15).

Les résidents transférés en SU sont pour 63 % en curatif, 37-46 % ont des troubles cognitifs dans leurs antécédents et 2/3 ont des troubles cognitifs aigus ou chroniques lors du passage en SU (15).

Lors de leur passage en SU, 70 % des résidents ont des examens sanguins, 50 % des radiographies et près de 50 % un ECG. Une grande proportion des résidents reçoivent des médicaments en SU, 40 % par voie parentérale et 15 % par voie orale (15).

Après passage en SU, 41 à 52 % des résidents de NH sont hospitalisés, 42 à 54 % retournent en NH et 1 à 5 % meurent en SU (15).

L'insuffisance d'informations a des conséquences néfastes pour la prise en charge du résident en SU et lors de son retour en NH. Elle peut avoir différents impacts comme des hospitalisations complètes qui auraient pu être évitées (ex. : ne pas connaître les capacités de soins de la NH), l'incapacité des soignants de la NH à fournir les informations adéquates à la famille du résident ou le non-respect des souhaits des patients en matière de soins (ex. : ne pas connaître les directives anticipées ou le statut palliatif) (16). Elle augmente le temps de séjour moyen en SU (17).

4.2. Le manque d'informations lors des transferts

Tout venant, 32,2 % des patients aux urgences ont au moins une information manquante. 47,8 % de ces informations manquantes sont considérées par les médecins comme très importantes ou essentielles pour les soins au patient. Cela concerne plus fréquemment les antécédents médicaux (58 %) et les résultats de laboratoire (23,3 %). Ce manque d'informations est plus fréquent chez les patients avec des pathologies chroniques sévères (17).

Les patients des NH transférés aux SU, pour la plupart par des services d'ambulance, arrivent avec des informations médicales insuffisantes : environ 90 % arrivent avec des informations incomplètes ou incohérentes, 10 % sans informations (14, 15, 18).

Le manque d'informations lors de ces transferts est de 85,5 %. Il concerne surtout : les raisons du transfert (19,9 %), l'état mental et fonctionnel de base (36,5 %), les constantes vitales (37,6 %), les directives anticipées (46,4 %), les traitements médicamenteux (20,4 %), les activités de la vie quotidienne (AVQ) (53,0 %), et les informations sur la mobilité (47,7%) (19).

De plus, les éléments descriptifs de la plainte principale du patient sont souvent absents, dans 81 % des cas pour les blessures à la tête, dans 42,4 % pour les douleurs abdominales et dans 47,1 % pour les douleurs thoraciques,

ce qui pourrait être aussi considéré comme un nouveau manque d'informations encore peu décrit dans la littérature (19).

4.3. Les formulaires de transfert

Plusieurs études recommandent l'utilisation de formulaires de transfert standardisés comme moyen d'amélioration de cette communication, et par conséquent de la sécurité et de la qualité des soins aux patients en SU.

La simple utilisation d'un formulaire de transfert permet de réduire de façon limitée le manque d'informations : 74,9 % contre 93,5 % en l'absence de formulaire ($p < 0,001$) (19).

L'utilisation d'un formulaire de transfert court (une page et 11 items) améliore la quantité des informations transmises, et simplifie la recherche d'informations. Ainsi, après introduction de ce type de formulaire dans des NH, le « pourcentage de transferts avec succès » (9 items remplis sur 11) augmente significativement de 19,3 % et le nombre total d'items remplis augmente de façon significative de 0,8 item. Si 3 items sont toujours remplis avec ou sans formulaire (le nom et la DDN du résident et le nom de l'Ehpad), le remplissage de 7 des 8 items restants est amélioré avec formulaire, dont 3 significativement : le statut palliatif, les états de base mental et fonctionnel (20).

Lors de leur introduction dans les NH, on constate que ces formulaires courts restent peu utilisés, beaucoup d'informations ne sont pas renseignées, et dans la plupart des cas la raison exacte du transfert reste manquante ou peu claire (15).

Ces formulaires courts sont utilisés en moyenne dans 31,9 % des cas et ce de façon très variable selon les NH (systématiquement à quasiment pas) (20).

Lorsque ces formulaires sont utilisés, ils sont correctement complétés à 95,6 % avec un nombre moyen d'items remplis de 10,7. Et si l'on compare les informations transmises avec formulaire et sans formulaire, on constate une augmentation du « pourcentage de transferts avec succès » de 26,2 % et un nombre moyen d'items remplis de plus 1,8 item (20).

De plus, en l'absence de formulaire, « les transferts avec succès » comportent en moyenne 9,3 (+/- 4,2) pages de documents qui sont transmises avec le patient (20).

4.4. Intervention pour améliorer le transfert d'informations

Un groupe d'experts associant les professionnels et responsables des NH et SU estime que, pour améliorer la communication lors des transferts, il faut associer un certain nombre d'outils et d'actions :

- un formulaire de transfert dans les deux sens (NH vers SU et SU vers NH) et court, c-à-d une page et ne comportant que les informations nécessaires et utiles à la majorité de ces transferts ;
- une *check-list* de transfert pour s'assurer que les documents appropriés sont envoyés et que les étapes importantes du processus de transfert sont respectées ;
- une communication verbale entre les professionnels : avant le transfert, après examen du patient en SU pour compléter si nécessaire les informations, et avant le retour en NH. À ce titre, le formulaire de transfert doit comporter les coordonnées d'un contact à la NH (infirmier ou médecin) ;
- la construction de véritables relations entre les NH et les SU, pour améliorer la compliance des équipes à l'utilisation des formulaires et pour résoudre les problèmes de collaboration des acteurs de soins qui sont de culture différente sanitaire et médico-sociale. À ce titre, il est conseillé de nommer des référents ou « leaders », médecins ou infirmiers, sur les deux sites, qui devront se rencontrer régulièrement, et assurer la formation et la motivation des équipes dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des transferts (21).

Pour éviter les pertes d'informations lors des transferts des patients, plusieurs modes de transmission ont été envisagés : fax de documents, enregistrement audio, formulaire standardisé, *voice-mail* sécurisé. La majorité des infirmiers et des médecins disent préférer l'utilisation d'un formulaire de transfert papier, standardisé, unique, clair et concis, avec un certain nombre d'informations préremplies, envoyé par fax. En retour, les médecins des SU se

disent prêts à remplir un formulaire court avec des cases à cocher et une note brève pour les résidents des NH (16).

Les formulaires de transfert standardisés, en eux-mêmes, ne suffisent pas à résoudre les problèmes de communication entre les sites de soins (NH, SU). La mise en place de relations entre hôpital et NH est nécessaire. Elle facilite et rend plus efficace la communication concernant le patient lors des transferts en SU et encourage le développement d'une approche systématisée de la transition des soins (22) **INTERACT II**.

4.5. Impact d'une approche systématisée de la transition des soins

L'intervention **INTERACT II** (intervention pour réduire les transferts en unité de soins aigus) utilise un certain nombre d'outils dont un formulaire de transfert standardisé, une *check-list* de documents à transférer et un document de retour des SU, ainsi que d'autres outils d'aide à la gestion des urgences en NH, permettant de :

- donner un cadre structuré pour faciliter la communication entre l'équipe de la NH et les médecins hospitaliers ;
- repérer, évaluer et agir pour éviter l'aggravation d'une situation conduisant à une hospitalisation, à destination des aides-soignantes et infirmières (exemples : déshydratation, poussée d'insuffisance cardiaque) ;
- agir en Ehpad, quand le résident ne répond pas à des critères spécifiques d'hospitalisation (exemples : infections respiratoire et urinaire, fièvre) ;
- développer les ordonnances anticipées et les plans de soins palliatifs comme alternative à l'hospitalisation des résidents en fin de vie (exemples : démences ou maladie de Parkinson en phase terminale avec des pneumonies d'inhalation récurrentes).

INTERACT II a été expérimenté sur 25 NH aux États-Unis. L'intervention a consisté à désigner et former un « leader » au sein de la NH reconnu par les équipes, qui a eu pour fonction de former et encourager à l'utilisation des outils INTERACT II, de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité (réexaminer les transferts et en discuter) et de suivre les résultats. Ce leader était le plus souvent une infirmière, rarement le directeur ou le médecin. Les résultats ont montré :

- une réduction de 17 % des hospitalisations, comparée à l'année précédente, soit une diminution de 0,69 hospitalisation pour 1 000 jours-résident ;
- une réduction de 24 % pour les 17 NH les plus engagées dans l'expérimentation, soit une diminution de 0,90 hospitalisation pour 1 000 jours-résident.

Ainsi, l'utilisation d'INTERACT II a permis, pour les 11 Ehpads les plus engagés, une réduction relative par rapport à un groupe contrôle de 0,64 hospitalisation pour 1 000 jours-résident. Le coût moyen du programme INTERACT étant de 7,700 \$ par NH, l'économie potentielle pour l'assurance maladie pour un Ehpad de 100 lits peut être estimée à approximativement 125 000 \$ par an (22).

L'utilisation du programme Handoff, associant formulaires de transfert, mémos, formations et motivation des équipes dans le cadre de transferts interhospitaliers aux États-Unis, a montré :

- une augmentation significative de la transmission des informations préétablies orales et écrites sans modification importante des durées de transfert ;
- une diminution de 23 % du taux d'erreurs médicales ;
- une diminution de 30 % du taux d'événements indésirables évitables ;
- une diminution de 21 % du taux de quasi-erreurs médicales non néfastes (23).

5. Les informations utiles aux transferts dans la littérature

5.1. Avis de groupes d'experts dans la littérature

En 2005, 11 informations importantes pour le transfert d'un résident de NH en SU Terrell et al., 2005 (20)	En 2006, la liste précédente est complétée Tereell et Miller, 2006 (16)
<p>Informations pour le transfert de la NH vers le SU</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom du patient - prénom du patient - date de naissance - statut palliatif (DNAR) - n° de sécurité sociale - état mental de base - état fonctionnel de base - médecin traitant, nom et coordonnées - <i>nursing home</i>, nom et coordonnées - IDE référent et téléphone - raison du transfert 	<p>Informations pour le transfert de la NH vers le SU</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom et prénom du patient - date de naissance - statut palliatif ou directives anticipées - états mental et fonctionnel de base - téléphone et pager du médecin - nom et téléphone de la NH - contact IDE dans la NH - raison du transfert - histoire médicale - traitements - allergies - constantes vitales les plus récentes - examens de laboratoire récents et résultats - unité et numéro de chambre du résident - téléphone du tuteur ou du plus proche parent - services auxiliaires de l'Ehpad (tels les traitements IV, etc.). <p>Informations pour le retour du SU vers le NH en l'absence d'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic du SU - traitements réalisés par le SU - constantes vitales en SU - tests réalisés et résultats - traitements recommandés par le SU - copie lisible du dossier ou fiche des urgences - notes sur les consultations - coordonnées d'un contact en SU pour informations complémentaires après sortie des urgences

5.2. Benchmark de 11 formulaires

La revue systématique de Pearson en 2013 (14) répertorie 11 formulaires de transfert : *American Medical Directors Association ; Emergency Nurses Association ; Greater Cincinnati Health Council ; INTERACT II ; Mayo Clinic ; Maine CAH Patient Safety Collaborative ; Missouri Long-Term Care Best Practice Coalition ; New Jersey Universal Transfer Form ; New York Catskill Regional Medical Center ; Northeast Healthcare Foundation ; Virginia Health Care Association.*

Un *benchmark* de ces formulaires anglo-saxons a été réalisé afin de repérer les informations les plus citées. Ces informations ont été classées en quatre catégories : le « formulaire proprement dit » avec les informations transmises par la NH et connues en dehors de l'urgence, la « fiche de transfert en urgence » avec les informations en rapport avec l'urgence, la « *check-list* de transfert » qui répertorie les documents à transférer avec le formulaire et le « document de retour des urgences » avec les informations transmises par le SU lors du retour en l'absence d'hospitalisation complète. Ces informations ont été mises en parallèle avec les informations répertoriées dans les versions 2008 et 2012 du DLU français.

5.2.1. Formulaire de transfert proprement dit

► Liste des items

1) Administratif Ehpad <ul style="list-style-type: none">• nom, coordonnées• type et unité• tél. pour un contact 24 h/24• MEDEC (nom, coordonnées)• IDEC (nom, coordonnées)• travailleur social (nom, coordonnées)• établissement de santé de proximité (nom et coordonnées)	2) Administratif résident <p>a. Information administrative du résident</p> <ul style="list-style-type: none">• nom• prénom• nom de jeune fille• sexe• adresse• langue maternelle• religion• assurance (n° SA)• date d'entrée dans l'Ehpad <p>b. Entourage du résident</p> <ul style="list-style-type: none">• médecin traitant (nom, coordonnées)• référent familial ou entourage<ul style="list-style-type: none">- nom, coordonnées- lien de parenté• protection juridique<ul style="list-style-type: none">- non/en cours- oui : type, nom et coordonnées
3) Soins palliatifs <ul style="list-style-type: none">• le patient a la capacité de prendre ses propres décisions<ul style="list-style-type: none">- oui totalement/partiellement, non• personne de confiance• directives anticipées• « statut » palliatif (DNAR)	4) Antécédents et pathologies <ul style="list-style-type: none">• pathologies en cours• douleur physique habituelle<ul style="list-style-type: none">- causes, site, intensité- traitements habituels et effets• douleur morale habituelle<ul style="list-style-type: none">- anxiété, dépression, risque suicidaire• antécédents<ul style="list-style-type: none">- médicaux- psychiatriques- chirurgicaux• hospitalisations récentes
5) Statut mental et troubles du comportement <ul style="list-style-type: none">• peut alerter• orienté• désorienté/confus• coma• agité• agressif<ul style="list-style-type: none">- avec lui-même- avec les autres• délirant• dément• déprimé/apathie	6) Handicaps <ul style="list-style-type: none">• auditif• visuel• tactile• langage (communication claire, difficile, aphasie)• mental (démence, etc.)• physique (amputation, paralysie, HDA, etc.)
7) Dispositifs et prothèses sensoriels emportés et bijoux <ul style="list-style-type: none">• prothèses sensorielles mobiles (haut/bas)<ul style="list-style-type: none">- lunettes- dentaires- auditives• autres prothèses mobiles (prothèses diverses, orthèses, etc.)	8) Aides aux déplacements et transferts <ul style="list-style-type: none">• aide humaine• aides techniques<ul style="list-style-type: none">- canne, béquilles, déambulateur- fauteuil roulant- lit médicalisé

<p>9) Gestion des risques</p> <p>a. Antécédents familiaux</p> <p>b. Allergies</p> <ul style="list-style-type: none"> • allergie alimentaire • allergie médicamenteuse • autres <p>c. Addictions</p> <ul style="list-style-type: none"> • tabac, alcool, autres <p>d. Risque infectieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • statut vaccinal (grippe, pneumocoque, tétanos, D, polio, etc.) • infectieux : BMR (sites et germes) <p>e. Transferts et déplacements</p> <ul style="list-style-type: none"> • chutes (marche, transfert, lit) • déambulation • fugues • contention <p>f. Alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • risque de fausses routes (troubles de la déglutition) <p>g. Risques cutanés</p> <ul style="list-style-type: none"> • risque d'escarres/de plaies cutanées <p>h. Médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> • risque médicamenteux <ul style="list-style-type: none"> - AVK, antibiotiques, etc. - médicaments écrasés, gélules ouvertes, etc. 	<p>10) Statut fonctionnel (autonomie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • transferts • déplacements • toilette • élimination <ul style="list-style-type: none"> - urinaire - fécale • habillage • alimentation <ul style="list-style-type: none"> - aide humaine - régimes : diabétique, autres - artificielle : entérale, parentérale • hydratation <ul style="list-style-type: none"> - aide humaine - texture : eau gélifiée - artificielle : perfusions sous-cutanées, etc.
<p>11) Traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> • retranscription des traitements • traitements complémentaires (kiné, ergo, orthophonie, rééducation respiratoire, etc.) • traitements spéciaux (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, etc.) 	<p>12) Soins techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • pansements (types, localisations, protocoles de soins) • injections répétées (insuline, héparine, morphine, etc.) • sondes (oxygène, urinaire, nasogastrique, de trachéotomie, etc.) • stomies (gastrostomie, colostomie, urétérostomie, etc.) • appareillages divers (pace-maker, défibrillateur implantable, chambre implantable, appareillage ventilatoire, etc.)
<p>13) Informations diverses</p> <ul style="list-style-type: none"> • date de création du DLU • date de dernière mise à jour • poids et taille 	

► **Tableaux des items**

1. Administratif Ehpad							
FORMULAIRES	Nom, adresse tél., fax	Type d'établissement ou unité	Tél. pour contact 24 h/24 ou en urgence	MEDEC	IDEC	Travailleur social	Établissement de santé de proximité
DLU 2008	Oui			Oui	Oui		
DLU 2012	Oui		Oui	Oui	Oui		Oui
10 formulaires	10	4	5	0	1	1	2
INTERACT	Oui	Oui	Oui			Oui	Non

2. Administratif résident										
FORMULAIRES	Nom	Prénom	Nom de jeune fille	Sexe	Date de naissance	Adresse	Langue parlée	Religion	Assurance médicale	Date d'entrée en Ehpad
DLU 2008	Oui	Oui			Oui					
DLU 2012	Oui	Oui	Oui		Oui				Oui	
10 formulaires	9	9		4	7	1	5	2	3	1
INTERACT	Oui	Oui			Oui		Oui			Oui

Entourage du résident				
FORMULAIRES	Médecin traitant	Réfèrent de l'entourage		Protection juridique
		Nom, coordonnées	Lien de parenté	
DLU 2008	Oui	Oui	Oui	Oui
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui
10 formulaires	7	7	4	6
INTERACT	Oui	Oui	Oui	Oui

3. Soins palliatifs				
FORMULAIRES	Le patient est-il en capacité de prendre une décision	Personne de confiance	Directives anticipées	Statut palliatif (DNAR)
DLU 2008	Non	Oui	Non	Oui
DLU 2012	Non	Oui	Oui	Oui
10 formulaires	5	5	5	8
INTERACT	Non	Oui	Non	Oui

4. Antécédents et pathologies							
FORMULAIRES	Pathologies en cours	Douleur physique	Douleur morale	Antécédents personnels			Hospitalisations récentes
				Médicaux	Psychiatriques	Chirurgicaux	
DLU 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
10 formulaires	4	4	X	2	1		2
INTERACT		Oui	X	Oui			

5. Statut mental habituel/comportements									
FORMULAIRES	Peut alerter	Orienté	Désorienté, confus	Coma	Agité	Agressivité pour lui et les autres	Délirant	Dément	Déprimé, apathique
DLU 2008	Non	Oui	Oui		Oui	Oui		Oui	Oui
DLU 2012	Non	Oui	Oui		Oui	Oui		Oui	Oui
10 formulaires	9	8	8	3	2	7	2	3	5
INTERACT	Oui	Oui	Oui			Oui		Oui	

(DLU 2008/2012: cris)

6. Handicaps						
FORMULAIRES	Auditif	Visuel	Tactile	Langage, communication	Mental (démence)	Physique (amputation, paralysie, HDA, etc.)
DLU 2008	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
DLU 2012	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non
10 formulaires	8	8	3	8	7	4
INTERACT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

7. Dispositifs et prothèses sensoriels emportés et bijoux					
FORMULAIRES	Dentaires	Lunettes	Auditives	Autres prothèses	Bijoux
DLU 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
10 formulaires	5	6	6	2	3
INTERACT	Oui	Oui	Oui		Oui

8. Aides aux déplacements et transferts		
FORMULAIRES	Aide humaine	Aides techniques (cane, déambulateur, béquilles, fauteuil, lit médicalisé, etc)
DLU 2008	Oui	Oui
DLU 2012	Oui	Oui
10 formulaires	3	6
INTERACT	Oui	Oui

9. Gestion des risques (1)					
FORMULAIRES	Antécédents familiaux	Allergies	Addictions (tabac, alcool, autres)	Statut vaccinal	Germes : BMR ...
DLU 2008		Oui	Oui	Non	Non
DLU 2012		Oui	Oui	Non	Non
10 formulaires	1	10	0	8	9
INTERACT	Non	Oui	Non	Tétanos, grippe, pneumo	Oui

9. Gestion des risques (2)							
FORMULAIRES	Transferts et déplacements				Alimentation/ hydratation	Cutanés	Médicaments
	Chutes	Déambulation	Fugues	Contention	Troubles de la déglutition	Risque de plaies ou d'escarres	AVK, antibiotiques, médicaments écrasés...
DLU 2008	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
10 formulaires	8	5	4	3	3	5	2
INTERACT	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

10. Statut fonctionnel (autonomie)										
FORMULAIRES	Transferts	Déplacements	Toilette	Élimination		Habillement	Alimentation, hydratation			
				Urinaire	Fécale		Aide humaine	Régimes (diabétique...)	Texture (épaississement, eau gélifiée)	Artificielle
DLU 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		X
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		X
10 formulaires	8	7	3	4	4	2	5	6		X
INTERACT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		X

11. Traitements			
FORMULAIRES	Traitements re-transcrits	Traitements complémentaires (PT, OT, ST, RT)	Traitements spéciaux (dont dialyse, chimio, radiothérapie ...)
DLU 2008	Oui	Non	Non
DLU 2012	Non	Non	Non
10 formulaires	4	2	2
INTERACT	Oui	Oui	Oui

12. Soins techniques					
FORMULAIRES	Pansements	Injections répétées	Sondes (O ₂ , nasogastrique, trachéotomie, urinaire)	Stomies (urétéro / colo / gastrostomie)	Appareillages divers (pacemaker, chambre implantable, appareil de ventilation, prothèses, orthèses...)
DLU 2008	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

10 formulaires	6	5	8	7	6
INTERACT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

13. Autres informations			
FORMULAIRES	Date de création du DLU	Date de dernière mise à jour	Poids/taille
DLU 2008	Non	Non	Oui
DLU 2012	Oui	Oui	Oui
10 formulaires	X	X	5
INTERACT	X	X	Non

5.2.2. Document Formulaire de transfert de l'Ehpad rempli lors de l'urgence

► Liste des items

1. Administratif <ul style="list-style-type: none"> • date, heure de transfert et signature • rempli par • remis à • envoyé à (destinataire) • hospitalisation à la demande de 	2. Transport et informations du transfert <ul style="list-style-type: none"> • mode de transport • statut de l'accompagnant • personnes informées du transfert <ul style="list-style-type: none"> - famille/tuteur/personne de confiance - médecin traitant - hôpital
3. Raisons du transfert et retour <ul style="list-style-type: none"> • raisons du transfert <ul style="list-style-type: none"> - nature et ancienneté des symptômes - pour examens complémentaires • objectifs du transfert • diagnostic pertinent • conditions de retour à l'Ehpad 	4. Paramètres vitaux <ul style="list-style-type: none"> • date et heure de prise des paramètres • fréquence cardiaque • pression artérielle • fréquence respiratoire • température • saturation en O₂ • glycémie capillaire • état de conscience
5. Modifications récentes (à 7 jours) <ul style="list-style-type: none"> • de l'état mental • de l'état physique, général ou fonctionnel <ul style="list-style-type: none"> - douleur récente - poids actuel 	6. Soins récents <ul style="list-style-type: none"> • traitements <ul style="list-style-type: none"> - modifications récentes du traitement - derniers traitements pris (date, heure) • dernière toilette (date, heure) • dernière boisson (date, heure)
7. Résultats d'examens <ul style="list-style-type: none"> • examens de laboratoire retranscrits (1 à 3 mois) - résultats et autres tests retranscrits (radio, scanner, ECG, etc.) 	8. Autres (DLU 2008 et 2012) <ul style="list-style-type: none"> • recommandations pour la prise en charge soignante • recommandations pour la prise en charge médicale

Tableaux des items

1. Administratif					
FORMULAIRES	Date de transfert/heure/signature	Rempli par	Remis à	Envoyé à (destinataire)	Hospitalisation à la demande de
DLU 2008	Oui	Oui	Non	Non	Non
DLU 2012	Oui	Oui	Non	Non	Oui
10 formulaires	10	10	4	8	2
INTERACT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

2. Transport et informations du transfert					
FORMULAIRES	Mode de transport	Statut de l'accompagnant	Information du transfert		
			Famille, tuteur, personne de confiance	Médecin traitant	Hôpital
DLU 2008	Non	Non	Non	Non	Non
DLU 2012	Non	Non	Oui	Oui	Non
10 formulaires	1	1	6	2	2
INTERACT	Non	Non	Oui	Non	Non

3. Raisons du transfert et retour		
FORMULAIRES	Raisons du transfert, diagnostic pertinent	Conditions de retour à l'Ehpad
DLU 2008	Non	Non
DLU 2012	Oui	Non
10 formulaires	10	1
INTERACT	Oui	Oui

4. Paramètres vitaux								
FORMULAIRES	Date et heure	Fréquence cardiaque	Pression artérielle	Fréquence respiratoire	Température	Sat O ₂	Glycémie capillaire	Conscience
DLU 2008	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
DLU 2012	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
10 formulaires	4	8	8	8	8	6	1	X
INTERACT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	X

5. Modifications récentes (à 7 jours)			
FORMULAIRES	De l'état mental	De l'état physique, général, fonctionnel	Poids récent
DLU 2008	Non	Non	Oui
DLU 2012	Non	Non	Oui
10 formulaires	3	2	5
INTERACT	Oui	Oui	Non

6. Soins récents			
FORMULAIRES	Dernières prises médicamenteuses/modification récente du traitement	Dernière toilette	Dernière boisson
DLU 2008	Non	Non	Non
DLU 2012	Oui	Non	Non
10 formulaires	2	2	1
INTERACT	Non	Non	Non

7. Résultats d'examens		
FORMULAIRES	Examens de biologie retranscrits	Résultats de radiologie retranscrits
DLU 2008	Non	Non
DLU 2012	Non	Non
10 formulaires	2	2
INTERACT	Non	Non

5.2.3. Check-list de transfert

► Liste des items

<p>1. Soins palliatifs (copies des documents originaux)</p> <p>a. Directives anticipées du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>advanced directives</i> - <i>DPOA (Durable Power of Attorney for Health Care)</i> - <i>living Will</i> <p>b. Déclaration de la personne de confiance/tuteur</p> <p>c. Statuts palliatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>DNR (do not resuscitate)</i> - <i>DNI (do not intubate)</i> - <i>DNH (do not hospitalize)</i> - <i>AND (allow natural death)</i> autoriser la mort naturelle, seulement soins de confort - <i>no transfusion</i> - <i>full code</i> (tout faire pour réanimer) <p>d. Directives du médecin (recommandations médicales sur la portée du traitement)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>POLST: physicians orders for life sustaining treatment</i> - <i>MOLST: medical orders for life-sustaining treatment</i> - <i>POST: physician orders for scope of treatment</i> - <i>MOST: medical orders for scope of treatment</i> 	<p>2. Traitements et soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • liste des médicaments habituels (ou copies des ordonnances) • tableau d'administration des médicaments habituels • informations sur les traitements spéciaux <ul style="list-style-type: none"> - chimiothérapie, radiothérapie, - dialyse, - nutrition parentérale, entérale et hydratation - soins respiratoires, etc. • informations sur le pacemaker • soins infirmiers (diabète, soins cutanés, etc.) et paramédicaux • recommandations de suivi des soins
<p>3. Examens complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>relevant lab results (last 1 – 3 months)</i> • <i>relevant X-Rays and other Diagnostic Test Results</i> <ul style="list-style-type: none"> - radio, scanner - ECG 	<p>4. Documents médicaux</p> <p>a. Données médico-administratives</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>face sheet</i> (synthèse des données et des préférences personnelles concernant les soins) - <i>copy of medical record</i> (copie du dossier médical) - <i>SBAR (situation, background, assessment, recommendation/situation, antécédents, évaluation et recommandations)</i> <p>b. Changements médicaux récents</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>most recent history and physical</i> (histoire et état physique récents) - <i>other change in condition progress note</i> (autres changements notés sur l'évolution de l'état) <p>c. Comptes rendus d'hospitalisation et de consultations</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>discharge summary</i> (compte rendu) - <i>recent hospital discharge summary</i> (compte rendu d'hospitalisation récent) - <i>surgical report</i> (compte rendu opératoire) - <i>recents specialist orders</i> - <i>POS: physician's order set</i> - <i>recent MD, NP, PA orders (MD: medical assistant, NP: nurse practitioner, PA: physician assistant)</i> <p>d. Carnet de vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>immunization record</i>
<p>5. Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • liste des capacités de soins de la NH (traitements IV, soins palliatifs...) • liste de la remise des prothèses et bijoux • raisons du transfert 	

► **Tableaux des items**

1. Soins palliatifs (copies des documents originaux)				
FORMULAIRES	Directives anticipées	Personne de confiance/tuteur	Statuts palliatifs	Recommandations médicales sur la portée du traitement
DLU 2008	Non	Non	Non	Oui
DLU 2012	Oui	Non	Non	Oui
12 formulaires	11	1	10	6
INTERACT <i>check-list</i>	Oui	Non	Non	Oui
<i>Transfer form : emergency department hospital to nursing facility</i>	Oui		Oui	

2. Traitements et soins						
FORMULAIRES	Liste des médicaments habituels (ou copies des ordonnances)	Tableau d'administration des médicaments	Informations sur les traitements spéciaux (radiothérapie, dialyse, nutrition parentérale, soins respiratoires, etc.)	Informations pace-maker	Soins Infirmiers (diabète, soins cutanés, etc.) et paramédicaux	Recommandations de suivi des soins
DLU 2008	Non	Non	Non	Non	Non	Non
DLU 2012	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
12 formulaires	7	9	3	1	7	3
INTERACT <i>check-list</i>	Oui	Oui			Oui	
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Oui	Oui			Oui	

3. Examens complémentaires			
FORMULAIRES	Résultats de laboratoire récents/pertinents/1 à 3 mois	Résultats de radiologie récents/pertinents	ECG
DLU 2008	Non	Non	Non
DLU 2012	Oui	Non	Non
12 formulaires	8	7	4
INTERACT <i>check-list</i>	Oui	Oui	Non
<i>Transfer form : emergency department hospital to nursing facility</i>	Oui		

4. Autres données médicales							
FORMULAIRES	Données médico-administratives	Évolution récente de l'état de santé	Comptes rendus				Carnet de vaccination
			CR d'hospitalisation	CR opératoire	CR consultations médecin traitant et spécialistes	CR des paramédicaux	
	<i>(face sheet, SBAR, medical record)</i>	<i>(change in condition progress note, most recent history and physical)</i>					
DLU 2008/2012	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
12 formulaires	10	5	6	5	8	3	1
INTERACT <i>check-list</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Oui				Oui	Oui	

5. Autres données			
FORMULAIRES	Liste des capacités de soins de la NH	Liste de la remise des prothèses et bijoux	Raisons du transfert
DLU 2008	Non	Non	Non
DLU 2012	Non	Non	Non
12 formulaires	1	5	1
INTERACT <i>check-list</i>	Oui	Non	Non
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Non	Non	Non

5.2.4. Document de retour du service des urgences

► Liste des items

1. Administratif <ul style="list-style-type: none"> nom du patient hôpital (nom, service, coordonnées) médecin urgentiste (nom, coordonnées) 	2. Les soins aux urgences <ul style="list-style-type: none"> diagnostic(s) ou hypothèse(s) diagnostic(s) de sortie soins réalisés traitements de sortie (avec ordonnance) fiche de soins infirmiers examens ou consultations programmés <ul style="list-style-type: none"> nom du correspondant, date et heure
3. Les nouveaux risques <ul style="list-style-type: none"> BMR plaies, escarres comportements (chutes, agressivité, etc.) autres (hypo/hyperglycémie, etc.) 	4. Retour des prothèses et objets personnels <ul style="list-style-type: none"> lunettes, dentier, appareil auditif, autres
5. Communication SU/NH <ul style="list-style-type: none"> famille prévenue soignants de la NH prévenus contact téléphonique SU/NH courrier remis au patient courrier adressé au médecin traitant courrier adressé au MEDEC 	

► Tableaux des items

1. Administratif			
FORMULAIRES	Nom du patient	Hôpital, service, tél.	Urgentiste ou médecin prenant en charge le patient
DLU 2008	Pas de document de retour des urgences		
DLU 2012		Oui ?	Oui
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Oui	Oui	Oui

2. Les soins aux urgences					
FORMULAIRES	Diagnostic(s) ou hypothèse(s) diagnostics de sortie	Soins réalisés	Traitements médicaux de sortie (+ ordonnance)	Soins infirmiers (IV traitement, SU, soins cutanés, etc.)	Examens ou consultations prévus (nom du correspondant, date et heure)
DLU 2012	Oui		Oui	Oui	Oui
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

3. Les nouveaux risques				
FORMULAIRES	BMR	Plaies et	Comportements	Autres risques

		escarres	(chutes, agressivité)	(hypo-hyperglycémie, etc.)
DLU 2012	Oui	Non	Non	Non
<i>Model transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Non	Oui	Oui	Oui

4. Retour des prothèses et bijoux				
FORMULAIRES	Lunettes	Appareil dentaire	Appareil auditif	Autres
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Non	Non	Non	Non

5. Communication SU/NH						
FORMULAIRES	Famille prévenue	Équipe soignante de la NH prévenue	Contact téléphonique SU/NH	Courrier remis au patient	Courrier adressé au médecin traitant	Courrier remis au MEDEC
DLU 2012	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<i>Transfer form: emergency department hospital to nursing facility</i>	Non	Non	Non	Non	Non	Non

6. Synthèse

6.1. Les points clés de la littérature

Les points clés	Articles
Un quart des résidents de NH sont transférés en SU par an, 10 % plusieurs fois. La moitié des résidents transférés en SU sont hospitalisés, 1 à 5 % meurent en SU. Les 2/3 des résidents transférés ont des troubles cognitifs chroniques ou aigus	<i>Terrell et Miller, 2007 (15)</i>
Lors du transfert d'un résident en SU, il existe un manque d'informations dans environ 9 cas sur 10	<i>Cwinn et al., 2009 (19), Jones et al., 1997 (18)</i>
Les formulaires de transfert facilitent les échanges d'informations utiles, facilitent les soins adaptés en SU et réduisent les hospitalisations évitables	<i>Pearson et al., 2013 (14)</i>
L'utilisation de formulaires de transfert standardisés et courts (une page et un nombre limité d'items) améliore la quantité des informations utiles transmises et fait gagner du temps	<i>Terrell et al., 2005 (20)</i>
Lors de leur diffusion en NH, les formulaires de transfert restent peu utilisés (1/3 des transferts)	<i>Terrell et Miller, 2007 (15)</i>
Lorsqu'ils sont utilisés, les formulaires de transfert courts et standardisés sont correctement remplis (9 cas sur 10)	<i>Terrell et Miller, 2007 (15)</i>
Ces formulaires de transfert doivent être associés à : un document de retour du services des urgences, une <i>check-list</i> de transfert (documents associés et actions à réaliser) et une communication verbale entre les soignants des deux sites lors des étapes clés du transfert (avant le transfert, après examen du patient en SU, avant le retour en NH)	<i>Terrell et Miller, 2011 (21)</i>
L'amélioration de la qualité des transferts entre NH et SU et de la compliance à l'utilisation des formulaires nécessite la création de véritables relations entre les professionnels. Un référent sur chaque site doit être désigné pour assurer le lien et la formation et la motivation des équipes dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	<i>Terrell et Miller, 2011 (21) – Ouslander et al., 2011 (22)</i>
Les programmes de gestion des situations d'urgence en NH, associant : des formulaires de transfert, des protocoles de soins et de gestion des urgences pluriprofessionnels en NH, la nomination de référents et une démarche d'amélioration continue de la qualité, permettent de réduire le taux d'hospitalisations évitables de 17 à 24 % selon le degré d'engagement des NH dans ces programmes	<i>Ouslander et al., 2011 (22)</i>
Ces programmes de gestion des situations d'urgence devraient aussi permettre de réduire le taux d'erreurs médicales et le taux d'événements indésirables évitables	<i>Starmer et al., 2014 (23)</i>

6.2. Les objectifs du travail

► Champ de mise en œuvre

Ce travail a pour but de redéfinir le contenu métier du dossier de liaison d'urgence (DLU) dans un format court.

Ce DLU, rempli pour l'ensemble des résidents en Ehpad, est destiné aux médecins urgentistes des services des urgences (SU) dans le cadre des hospitalisations non programmées et aux médecins assurant les urgences en Ehpad.

Le DLU comprend aussi un *document de retour du SU* destiné à garantir la continuité des soins en Ehpad après passage d'un résident en SU et en l'absence d'hospitalisation complète.

La création d'un document de liaison complémentaire pour les hospitalisations programmées ou en cas d'hospitalisation complète après passage en SU n'a pas été retenue par les experts du groupe de travail.

► Impact et efficacité

Le DLU a pour but de :

- faciliter l'échange d'informations exactes et utiles à la qualité et à la sécurité des soins réalisés dans une situation d'urgence en SU ou dans l'Ehpad pour les résidents des Ehpad ;
- réduire le temps de passage en SU, limiter les complications physiques et psychiques liées à un allongement du temps passé aux urgences et/ou à une hospitalisation évitable ;
- réduire les hospitalisations non programmées potentiellement évitables et réduire leurs coûts.

► Ce qui fonctionne :

- un *formulaire de transfert* standardisé, court avec un nombre limité d'items, ne contenant que les informations nécessaires et utiles aux soins en SU, avec des items préremplis et des items à remplir lors du transfert en urgence.

Associé à :

- une *check-list de transfert* pour les documents accompagnant le transfert et les actions à réaliser ;
- un *document de retour du service des urgences*, court, accompagnant les résidents de retour en Ehpad en l'absence d'hospitalisation complète ;
- une communication verbale entre les soignants des deux sites lors des étapes clés du transfert (pour prévenir du transfert, après l'examen en SU pour compléter les informations et avant le retour en Ehpad en l'absence d'hospitalisation complète).

Et un « guide » qui précise :

- les étapes de réalisation du DLU en Ehpad et les responsabilités de chacun ;
- les modes de transmission du DLU et des documents annexes (fax ou mail sécurisé ou DMP) ;
- l'organisation autour du DLU (nomination d'un « référent », formations, motivation, démarche qualité, création de liens formalisés entre les sites de soins, etc.).

► Les étapes

Redéfinition du contenu métier du DLU : formulaire de transfert court avec des items préremplis et des items remplis lors de l'hospitalisation non programmée, *check-list* des documents associés et document de retour du service des urgences.

Création d'un « guide d'utilisation » sur la gestion du DLU et des urgences en Ehpad.

Portage du DLU par le dossier médical personnel (DMP)

7. Participants

7.1. Le Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les liens d'intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

Dr Astrid Aubry, gériatre, Aix-en-Provence

Dr François Braun, médecin urgentiste, Metz-Thionville

M. Jean Couret, directeur qualité hospitalier, Dax

Dr Didier de Labrusse, conseiller médical ARS, Rodez

M. Sylvain Denis, représentant des usagers, Paris

Dr Gaël Durel, médecin coordonnateur, Saint-Domineuc

Dr Frédéric Espagne, médecin coordonnateur, Clermont-Ferrand

Mme Emmanuelle Gard, directrice de la fondation Aulanier, Asnières-sur-Seine

Dr Corinne Haglon-Duchemin, gériatre, médecin coordonnateur, Vincennes

M. Mamady Keita, infirmier, Nancy

Dr François Lacoïn, médecin généraliste, Albens

Mme Laurence Lavarec, cadre de santé, Saujon

Dr Christophe Leroy, médecin urgentiste, Paris

M. Claude Mahout, directeur réseau de santé, Paris

M. Hervé Maury, directeur de centre hospitalier, Saint-Maixent-l'École

Mme Elisabeth Maylie, infirmière, Castanet

Dr Nicolas Nkoua, médecin coordonnateur, Suresnes

Mme Sylvie Perreau, infirmière coordinatrice, Clamecy

M. Pierre Perucho, chef de service HAD, Perpignan

Dr Josiane Ponticaccia, médecin coordonnateur, psychogériatre, Perpignan

Mme Emmanuelle Renson-Raveloson, directrice d'Ehpad, Abilly

Dr Odile Reynaud-Levy, gériatre, Marseille

Dr Louis Soulat, médecin urgentiste, Châteauroux

► En tant qu'observateurs

Mme Brigitte Séroussi pour la DSSI

Mme Marie-Claude Marais pour la DGCS

► Pour l'Anesm :

Mme Delphine Dupré-Lévêque, responsable de projet

Mme Aline Métails, responsable de projet

Mme Apolline Rolland, stagiaire à l'Anesm

► Pour la HAS

M. Albert Scemama, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Mme Florence Maréchaux, chef de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation et information des publics

Mme Maud Lefèvre, assistante documentaliste, service documentation et information des publics

Mme Sophie Duthu et Mme Isabelle Le Puil, assistantes de gestion, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

7.2. Groupe de lecture

Dr Jean-Pierre Aquino, gériatre, Versailles

M. Didier Armaingaud, directeur médical, Paris

Mme Isabelle Bargès, directrice qualité, Tassin-La-Demi-Lune

Dr François Bertin-Hugault, médecin, Paris

Dr Christine Chansiaux-Bucalo, gériatre, Paris

Dr Anne Curan, chargée de mission, Creil

Mme Véronique Dubergé, orthoptiste, Boucau

Pr Marc Freysz, médecin urgentiste, Dijon

Dr Yvette Giaccardi, médecin coordonnateur, Menton

Dr Olivier Guérin, gériatre, Nice

Dr Alain Lion, médecin généraliste, Gombsheim

Dr Jérôme Lurcel, gériatre, Paris

Dr Frédéric Maraval, médecin coordonnateur, Missillac

Dr Stéphan Meyer, médecin coordonnateur, Couzeix

Dr Serge Reingewirtz, gériatre, Paris

Dr Dominique Savary, médecin urgentiste, Annecy

Mme Françoise Toursière, directrice générale, FNADEPA, Saint-Denis

M. François Vérot, directeur d'Ehpad, Beaux

Annexes

Annexe 1. Échange et partage du DLU par voie électronique et portage par le DMP (dossier médical personnel)

Un groupe institutionnel s'est réuni en mars 2015, pour réfléchir au portage du DLU par le DMP.

Les participants :

- Yvon Merlière, Garmenick Leblanc, Cnamts
- Brigitte Seroussi, DSSIS
- Bruno Grossin, Thierry Dart, Catherine Commaille, Pierre-Emmanuel Monnet, ASIP Santé
- Delphine Dupré-Lévêque, Aline Métails, Anesm
- Albert Scemama, Florence Maréchaux, HAS

Les différents scénarios d'utilisation du DLU

Trois scénarios d'utilisations du DLU ont été proposés en fonction du support et repris dans les tableaux ci-après :

- pas de recours au DMP ;
- utilisation du DMP avec des documents sous format pdf. Actuellement, dès lors que les logiciels métiers sont DMP compatibles, tout document peut y être déposé en format pdf. Dans ce cas, les informations contenues dans le document sont lisibles par l'utilisateur final mais ne peuvent pas être exploitées par son logiciel métier, ce qui limite leur usage à la simple lecture (voire à un copier/coller si le pdf n'est pas verrouillé) ;
- utilisation du DMP avec des documents dits structurés, formalisés selon des modèles standardisés (défini par l'ASIP Santé et intégrés dans les logiciels métiers DMP compatibles par les éditeurs). Dans ce cas, les données produites par le système source et stockées dans le DMP sont intégrables automatiquement par les logiciels métiers destinataires et surtout leur contenu est exploitable/réutilisable.

À noter que le modèle standardisé de la synthèse médicale est appelé volet de synthèse médicale (VSM).

Le contenu du document de liaison d'urgence différera en fonction de son support.

Le document de liaison d'urgence sous format informatisé comprendra les traitements au long cours (nom ; dosage ; dose ; voie(s) d'administration ; fréquence). Les traitements ponctuels resteront comme documents associés de la *check-list* (photocopies d'ordonnances en cours et tableau d'administration des médicaments).

Étapes	Scénario 1 Pas de recours au DMP	Scénario 2 Utilisation du DMP avec des documents en format pdf : possibilités immédiates	Scénario 3 Utilisation du DMP avec des documents structurés, formalisés selon des modèles standardisés : possibilités à plus long terme (cible à 1 - 3 ans)
<p>1. Le patient vit à son domicile</p> <p>Le MT crée une synthèse médicale¹</p>	<p>Pas de synthèse médicale</p> <p>Ou synthèse médicale dans le logiciel métier du MT (convention nationale des médecins 2011)</p>	<p>Synthèse médicale en format pdf déposée dans le DMP par le MT</p> <p>Condition préalable : ouverture d'un DMP par le MT ou autre acteur de santé (hôpital par ex.)</p>	<p>Volet de synthèse médicale (VSM) déposé dans le DMP²</p> <p>Conditions préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intégration du modèle technique du VSM par les éditeurs de logiciels métiers de ville (en cours) - le MT renseigne le VSM avec des données structurées
<p>2. Le patient est admis en Ehpad</p> <p>Création du document de liaison d'urgence³</p>	<p>Des difficultés sont souvent rencontrées pour récupérer les antécédents, pathologies en cours, allergies du patient et traitement au long cours. Demander au MT d'apporter une version papier de la synthèse médicale</p> <p>Création d'un document de liaison d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit sous format papier - soit intégré dans le logiciel métier de l'Ehpad** <p>**Conditions préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - modèle informatisé du document de liaison d'urgence (mais sans mise à jour automatique à partir du dossier de soins) 	<p>Deux scénarios:</p> <p>1/ le DMP du patient n'est pas ouvert</p> <p>Création du document de liaison d'urgence avec l'aide de la synthèse médicale format papier si elle existe. Ouvrir le DMP pour ce patient et y déposer le document de liaison d'urgence en pdf</p> <p>2/ le DMP du patient est ouvert et contient la synthèse médicale</p> <p>L'Ehpad récupère la synthèse médicale <i>via</i> le DMP. Un copier/coller des antécédents, pathologies en cours, allergies et traitement au long cours est possible dans le logiciel métier de l'Ehpad. Le dossier de liaison d'urgence complété et généré automatiquement par le logiciel métier est envoyé sous format pdf dans le DMP</p> <p>Conditions préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - logiciel de l'Ehpad DMP compatible - modèle informatisé du document de liaison d'urgence avec mise à jour automatique à partir du dossier médical de l'Ehpad 	<p>L'Ehpad récupère le VSM structuré dans le DMP. Les antécédents, pathologies en cours, allergies et traitement au long cours peuvent être directement récupérés sous forme structurée dans le logiciel métier de l'Ehpad. Le volet document de liaison d'urgence complété et généré automatiquement par le logiciel métier est envoyé dans le DMP</p> <p>Conditions préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - logiciel de l'Ehpad DMP compatible - intégration du volet technique document de liaison d'urgence par les éditeurs de logiciels métiers d'Ehpad

¹ Les MG devraient élaborer une synthèse médicale pour tous les patients dont ils sont le médecin traitant (MT) (convention nationale des médecins 2011). Le contenu de cette synthèse médicale, défini par la HAS, comprend les rubriques pathologies en cours, antécédents personnels et allergies, traitement au long cours.

² Des spécifications techniques conformément au cadre d'interopérabilité ont été définies par l'ASIP Santé afin que cette synthèse puisse être mise dans le DMP sous un format structuré : c'est le volet de synthèse médicale (VSM). Dans ce cas, les données produites par le système source (logiciel du MT) sont intégrables automatiquement par les systèmes destinataires et surtout leur contenu est exploitable (cela implique que les données soient saisies sous format structuré).

³ 3 Le DLU (dossier de liaison d'urgence) est composé : 1 - du document de liaison d'urgence et des documents associés de sa *check-list* qui sont préremplis et stockés dans le logiciel métier de l'Ehpad et le DMP, et 2 - la fiche de liaison d'urgence qui est remplie en situation d'urgence.

Étapes	Scénario 1 Pas de recours au DMP	Scénario 2 Utilisation du DMP avec des documents en format pdf : possibilités immédiates	Scénario 3 Utilisation du DMP avec des documents structurés, formalisés selon des modèles standardisés : possibilités à plus long terme (cible à 1 - 3 ans)
<p>3. Le patient réside en Ehpad</p> <p>Mise à jour du document de liaison d'urgence</p>	<p>Souvent problématique (chronophage) si format papier</p> <p>Modifications, en fonction des événements de vie, des rubriques pathologies en cours, antécédents, allergies, traitement au long cours, vaccinations dans le logiciel métier de l'Ehpad. Il faut ensuite les recopier sur le document de liaison d'urgence</p>	<p>Modifications, en fonction des événements de vie, des rubriques pathologies en cours, antécédents, allergies, traitement au long cours, vaccinations dans le logiciel métier de l'Ehpad</p> <p>Le logiciel métier de l'Ehpad met à jour le document de liaison d'urgence et envoie la nouvelle version sous format pdf dans le DMP</p> <p>Condition préalable : modèle informatisé du document de liaison d'urgence avec mise à jour automatique à partir du dossier médical de l'Ehpad</p>	<p>Modifications, en fonction des événements de vie, des rubriques pathologies en cours, antécédents, allergies, traitement au long cours, vaccinations dans le logiciel métier de l'Ehpad. Mise à jour automatique du volet document de liaison d'urgence et envoi de la nouvelle version dans le DMP</p> <p>Condition préalable : mise à jour automatique du volet document de liaison d'urgence à partir du dossier médical de l'Ehpad</p>
<p>4. Le patient est adressé aux urgences</p> <p>Circuit du document de liaison d'urgence</p>	<p><input type="checkbox"/> Le dossier de liaison d'urgence sous format papier est transféré avec le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le document de liaison d'urgence est dans le DMP <p>Le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 peut le consulter <i>via</i> le DMP pendant l'appel du soignant de l'Ehpad</p> <p>Le service des urgences peut le consulter directement <i>via</i> le DMP</p> <p>Condition préalable : logiciel métier des urgences DMP compatible ou accès direct <i>via</i> site Web dédié</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le volet document de liaison d'urgence est dans le DMP <p>Le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 peut le consulter <i>via</i> le DMP pendant l'appel du soignant de l'Ehpad</p> <p>Le service des urgences peut le consulter directement <i>via</i> le DMP</p> <p>Les antécédents, pathologies en cours et allergies, traitement au long cours, vaccinations peuvent être directement récupérés sous forme structurée dans le logiciel métier des urgences</p> <p>Condition préalable : logiciel métier des urgences DMP compatible</p>
<p>Circuit du document de transfert de l'Ehpad (recto de la fiche de liaison d'urgence)</p>	<p><input type="checkbox"/> La fiche est complétée par un soignant de l'Ehpad lors de l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle sert de support aux échanges téléphoniques du soignant avec le SAMU-Centre-15 - Elle est transférée au service des urgences soit sous forme papier avec le patient, soit par la messagerie MMSanté 		
<p>Circuit des documents associés de la check-list du document de liaison d'urgence</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attestation de la carte Vitale <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité <input type="checkbox"/> Grille AGGIR récente <input type="checkbox"/> Photocopie directives anticipées 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attestation de la carte Vitale <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité La grille AGGIR est déposée dans le DMP en format PDF et une nouvelle version renvoyée lors de chaque mise à jour <input type="checkbox"/> Photocopie directives anticipées 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attestation de la carte Vitale <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité La grille AGGIR est déposée dans le DMP en format PDF et une nouvelle version renvoyée lors de chaque mise à jour Directives anticipées déposées dans le DMP Les traitements au long cours mis à jour dans le logiciel métier de l'Ehpad sont directement mis à jour dans le volet du dossier de liaison d'urgence et adressés dans le DMP

Étapes	Scénario 1 Pas de recours au DMP	Scénario 2 Utilisation du DMP avec des documents en format pdf : possibilités immédiates	Scénario 3 Utilisation du DMP avec des documents structurés, formalisés selon des modèles standardisés : possibilités à plus long terme (cible à 1 - 3 ans)
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Photocopies des ordonnances en cours <input type="checkbox"/> Tableau d'administration des médicaments <input type="checkbox"/> Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK) <input type="checkbox"/> Compte rendu de la dernière hospitalisation <p>(au besoin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiche BMR <input type="checkbox"/> Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.) <input type="checkbox"/> Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin (si à jour) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liste des capacités en soins de l'Ehpad (<i>injection IV, perfusion, oxygénothérapie, soins palliatifs, PUI, infirmier de nuit, etc.</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Photocopies des ordonnances en cours <input type="checkbox"/> Tableau d'administration des médicaments <input type="checkbox"/> Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)^φ <ul style="list-style-type: none"> • Le compte rendu de la dernière hospitalisation déposé dans le DMP par les établissements de santé <p>(au besoin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiche BMR <input type="checkbox"/> Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.) <input type="checkbox"/> Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable^φ <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin (si à jour) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liste des capacités en soins de l'Ehpad (<i>injection IV, perfusion, oxygénothérapie, soins palliatifs, PUI, infirmier de nuit, etc.</i>) 	<p>Pour les traitements ponctuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Photocopies des ordonnances en cours <input type="checkbox"/> Tableau d'administration des médicaments <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats de biologie sont directement déposés dans le DMP par les laboratoires • Le compte rendu de la dernière hospitalisation est déposé dans le DMP par les établissements de santé <p>(au besoin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiche BMR <input type="checkbox"/> Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.) <ul style="list-style-type: none"> • Le carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable est dans le DMP • La carte de groupe sanguin est dans le DMP • La liste des capacités en soins de l'Ehpad figure dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Annexe 2. Caractéristiques des revues systématiques, méta-analyses et rapports retenus

Auteurs, année de publication	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
Pearson et al., 2013 (14) <i>Emergency transfers of the elderly from nursing facilities to critical access hospitals: opportunities for improving patient safety and quality</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Revue systématique	Modéré	Les formulaires de transfert : <ul style="list-style-type: none"> - facilitent les échanges d'informations utiles entre les sites et réduisent les hospitalisations évitables - réduisent les risques de iatrogénie physique et psychologique pour le résident lors du transfert - facilitent les soins adaptés en SU et réduisent le temps d'hospitalisation - contribuent à réduire les hospitalisations évitables et les coûts associés
Terrell et Miller, 2007 (15) <i>Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments</i>	Non	Oui	Oui	Oui	Revue systématique	Modéré	25 % des résidents de NH sont transférés par an et 10 % plusieurs fois. 2/3 ont des troubles cognitifs en SU. Environ 50 % sont hospitalisés, 50 % retournent en NH et 1 à 5 % meurent en SU 10 % n'ont pas d'informations écrites et 90 % ont de nombreux documents mais manquent d'informations importantes L'utilisation de formulaires standardisés et synthétiques fait gagner du temps et améliore la transmission des informations importantes
Terrell et al., 2005 (20) <i>An extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication</i>	Non	Oui		Oui	Étude avant/après : 10 NH avec 65 transferts en pré-intervention et 72 transferts en post-intervention	Faible	Introduction d'un formulaire de transfert d'une page et 11 items selon un accord d'experts L'utilisation d'un formulaire de transfert d'une page avec un nombre d'items limité améliore la transmission des informations importantes entre la NH et le SU. Après introduction, il reste peu utilisé (1/3 des cas). Lorsque ces formulaires sont utilisés, ils sont correctement complétés (plus de 9/10)
Terrell et Miller, 2006 (16) <i>Challenges in</i>	Non			Oui	Entretiens structurés avec des groupes d'experts	AE	Création de listes d'informations utiles pour les transferts des résidents de la NH vers le SU et pour son retour en NH en l'absence d'hospitalisation complète

Auteurs, année de publication	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
<i>transitional care between nursing homes and emergency departments</i>							L'utilisation de technologies simples et familières, telle que l'utilisation d'un formulaire de transfert et d'un fax, est préféré par les soignants Le développement de liens entre les soignants des deux sites est un facteur de succès
Terrell et Miller, 2011 (21) <i>Stratégies to improve care transitions between nursing homes and emergency departments</i>	Non			Oui	Entretiens structurés avec des groupes d'experts	AE	L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins lors des transferts NH/SU nécessite : <ul style="list-style-type: none"> - un formulaire de transfert standardisé, court (une page avec un nombre limité d'items) pour le transfert des informations du NH vers le SU et du SU vers la NH. - une <i>check-list</i> de transfert sur les étapes importantes du processus de transfert et les documents à envoyer. - une communication verbale entre les sites lors des étapes clés des transferts - la construction de liens de collaboration entre les soignants des deux sites
Stiell et al., 2003 (17) <i>Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes</i>	Non	Oui	Oui	Oui	Étude de cas : groupe non randomisé de 983 patients (tous âges et toutes provenances) avec 1 002 visites aux urgences (58 médecins)	Faible	Au moins un manque d'informations dans 1/3 des cas. Plus fréquemment les ATCD médicaux et les résultats de labo. Plus fréquent chez les patients avec des maladies chroniques sévères Cette information manquante est considérée comme essentielle dans près de la moitié des cas Après ajustement ce manque d'informations n'est pas associé à plus d'hospitalisations, mais à un séjour prolongé aux urgences (1,2 heure en plus)
Cwinn et al., 2009 (19) <i>Prevalence of</i>	Non	Oui	Oui	Oui	Étude de cas : base nationale de données sur 6 mois :	Faible	Les manques d'informations sont fréquents lors des transferts de résidents de NH vers les SU (près de 9 cas sur 10). L'utilisation d'un formulaire de transfert est associée à une

Auteurs, année de publication	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
<i>information gaps for seniors transferred from nursing homes to emergency department</i>					résidents de NH de 60 ans et plus, arrivés en ambulance aux SU. 457 transferts et 384 résidents de NH		réduction limitée du manque d'informations Il existe aussi des manques d'informations concernant les éléments descriptifs de la plainte principale du patient
Ouslander et al., 2009 (25) INTERACT II <i>Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of a Pilot Quality Improvement Project</i>	Non	Oui		Oui	Étude avant/après sur 6 mois dans 3 NH des outils INTERACT II	Faible	La stratégie d'amélioration continue de la qualité INTERACT II est prometteuse pour réduire les hospitalisations évitables
Ouslander et al., 2011 (22) <i>Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project</i>	Non	Oui		Oui	Étude avant/après sur 6 mois dans 25 NH des outils INTERACT II	Modéré	La stratégie d'amélioration continue de la qualité INTERACT II permet une réduction des hospitalisations comparée à l'année précédente. Cette réduction est plus importante pour le groupe de NH les plus engagées dans le programme
Handler et al., 2011 (26) <i>Incorporating INTERACT II clinical decision support tools into nursing home health information</i>	Non			Oui	Description du processus d'intégration des outils INTERACT II dans le système d'information (SI) de la NH	AE	Les outils INTERACT II dématérialisés en format CDS et intégrés au SI des NH -devraient permettre d'améliorer leur diffusion et leur utilisation dans les-NH, ainsi que les résultats déjà obtenus par les outils papier

Auteurs, année de publication	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
<i>technology</i>							
Starmer et al., 2014 (23) <i>changes in medical errors after implementation of a Handoff program</i>	Non			Oui	Étude avant/après Programme de transfert Handoff, avec formulaires de transfert dans 9 unités hospitalières pédiatriques 10 740 patients transférés	Modéré	Le « programme de transfert » Handoff est associé à une réduction des erreurs médicales et des événements indésirables évitables et à une amélioration de la communication de l'information. Il n'a pas d'effet négatif sur le déroulement des opérations de transfert (en particulier les délais)

Annexe 3. Résumé des articles de la littérature internationale

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
<p>Pearson et al., 2013 (14) (RS) <i>Emergency transfers of the elderly from nursing facilities to critical access hospitals: opportunities for improv patient safety and quality</i></p>	<p>Question : amélioration de la qualité et de la sécurité des patients lors des transferts non programmés des Ehpad vers les hôpitaux.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ces transferts sont fréquents : plus de 25 % des résidents de 65 ans et plus ont au moins un transfert en SU par an, et fréquemment de façon répétée (4,11-14) - les problèmes de communication entre Ehpad et SU, dont des informations incomplètes lors du transfert, ont un impact sur la qualité et la sécurité des soins aux résidents en SU - plusieurs études recommandent l'utilisation de formulaire de transfert standardisé comme moyen d'amélioration de cette communication, mais ces formulaires ne sont pas suffisants pour résoudre les problèmes de communication entre les Ehpad et les SU - l'établissement de relations entre les personnels des Ehpad et des hôpitaux facilite une communication efficace sur les besoins du patient et le développement d'une approche systématisée de la transition des soins <p>Conclusions : les formulaires de transfert sont utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les Ehpad : faciliter les échanges d'informations utiles, réduire les hospitalisations évitables et avoir des informations lors du retour du patient - pour les résidents : améliorer les soins en SU et limiter les effets iatrogènes du transfert (médicaux ou psychologiques) - pour les SU : faciliter l'évaluation et les soins efficaces au patient, réduire le temps au SU et les hospitalisations complètes inutiles - pour les tutelles : réduire les coûts liés aux hospitalisations inutiles et réduire les durées de séjour <p><i>Jones 1997 (18)</i> : 10 % des résidents transférés en SU n'ont pas d'informations et 90 % ont des informations incomplètes. Les transports sont réalisés majoritairement par ambulance.</p> <p><i>Stiell 2003 (17) et Cwinn 2009 (19)</i> : les manques d'informations sont centrés sur l'absence de directives anticipées, les vaccinations, l'état mental et fonctionnel de base, les antécédents médicaux. Les médecins considèrent que environ 50 % de ces manques sont très importants ou essentiels. La durée de séjour en SU est plus longue d'1,2 heure chez les patients avec des informations manquantes. Cette durée prolongée est source d'insatisfaction pour les patients et de diminution de la qualité des soins.</p> <p><i>Terrell 2005 (20)</i> : liste de 11 informations importantes pour le transfert d'un résident : nom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, statut DNR, coordonnées du médecin traitant et de l'Ehpad, coordonnées de l'IDE, statut mental et fonctionnel du résident, raison du transfert. Cette liste a été complétée par un groupe d'experts par : antécédents médicaux, traitements, allergies, constantes vitales récentes ; puis par : les coordonnées du tuteur ou du membre de famille référent, les services auxiliaires de l'Ehpad (tél., les traitements IV, etc.)</p> <p><i>Ouslander 2010 (24) et Ouslander 2011 (22)</i> : l'utilisation des outils INTERACT II (intervention pour réduire les transferts en unité de soins aigus) permet de réduire les hospitalisations non programmées</p> <p>Liste de 11 formulaires de transfert : <i>American Medical Directors Association ; Emergency Nurses Association ; Greater Cincinnati Health Council ; INTERACT II ; Mayo Clinic ; Maine CAH Patient Safety Collaborative ; Missouri Long-Term Care Best Practice Coalition ; New Jersey Universal Transfer Form ; New York Catskill Regional Medical Center ; Northeast Healthcare Foundation ; Virginia Health Care Association</i></p>
<p>Terrell et Miller, 2007 (15) <i>Critical Review</i></p>	<p>Recherche bibliographique : recherche systématique d'articles en anglais dans Medline, CINAHL et <i>Cochrane Library</i> sur NH et SU. Trois thèmes : épidémiologie et transferts, problèmes de communication lors des transferts et interventions pour améliorer la communication lors des transferts. 8 articles sur les 2</p>

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
<p><i>of Transitional Care Between Nursing Homes and Emergency Departments</i></p>	<p>premiers thèmes et 13 sur le 3^e thème.</p> <p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Épidémiologie et transferts : <ul style="list-style-type: none"> - 25 % des patients des NH sont transférés en SU au moins une fois par an et 10 % deux fois ou plus - l'âge moyen des résidents transférés en SU est de 76 ans, avec 83 % de plus de 65 ans - 63 % en curatif (<i>full code</i>). 37-46 % ont des troubles cognitifs dans leurs antécédents et 2/3 ont des troubles cognitifs aigus ou chroniques lors du passage au SU. - la décision de transfert est influencée entre autres par les préférences du résident, la demande de la famille et les relations du médecin traitant avec le personnel de la NH et le résident - les résidents ont des examens complémentaires en SU : 70 % des examens sanguins, 50 % des radiographies et 50 % un ECG - beaucoup reçoivent des médicaments en SU, 40 % par voie parentérale et 15 % par voie orale - 10 diagnostics représentent 2/3 de tous les diagnostics en SU - après passage en SU, 41 à 52 % des patients sont hospitalisés, 42 à 54 % retournent en NH et 1 à 5 % meurent en SU ● Problèmes de communication entre la NH et le SU et entre le SU et la NH : <ul style="list-style-type: none"> - 10 % des résidents sont transférés sans documents et 90 % avec des documents importants en nombre, mais qui ne contiennent pas les informations importantes - ce manque d'informations a des conséquences néfastes pour la prise en charge des résidents aux urgences et lors du retour en NH ● Plusieurs outils ont été proposés pour améliorer la communication : <ul style="list-style-type: none"> - enregistrement audio des données - fax pour éviter la perte des documents lors du transfert, mais les fax souvent illisibles - nouvelles technologies de l'information, mais manque d'équipements des NH, perte de confidentialité et absence de formation des équipes - utilisation de formulaires standardisés, synthétiques et reconnaissables, sans avoir besoin de rechercher l'information dans de nombreuses pages de documents, uniques au niveau local ou régional nécessitant la coopération des NH, du SU et des ambulances <p>Les études montrent que l'utilisation de formulaires de transfert entre NH et SU fait gagner du temps et améliore de façon significative le transfert des informations cliniques importantes et diminue les manques d'informations</p> <p>Toutefois, malgré l'introduction de ces formulaires dans les NH, ils restent peu utilisés, beaucoup d'informations ne sont pas renseignées, et dans la plupart des cas la raison exacte du transfert est manquante ou peu claire</p> <p>Discussion :</p> <p>Il existe un manque d'informations sur la population de résidents de NH aux urgences et l'on ne peut pas affirmer si ces patients reçoivent ou non des soins de qualité en SU et quelles interventions seraient les plus efficaces</p> <p>Un véritable partenariat entre le personnel des NH, ambulances et SU devrait améliorer les soins urgents aux résidents et l'engagement des acteurs dans ces interventions d'amélioration.</p> <p>Les études futures devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> - décrire les résidents envoyés au SU - décrire les processus de soins du résident (ex. médicaments, examens, etc.) avant, pendant et après le passage en SU et leurs

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
	<p>résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir les critères d'un transfert de qualité pour la NH, l'ambulance et le SU - et définir à partir des données précédentes des interventions d'amélioration de la transition des soins NH/SU et les tester avec l'ensemble des partenaires (NH, ambulance, SU, ainsi que résident et famille) - si possible, obtenir l'engagement et le soutien des régions pour tester les interventions les plus prometteuses
<p>Terrell et al., 2005 (20) an extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication</p>	<p>Question 10 % des résidents sont transférés sans aucun document et 90 % avec un document mais avec des informations le plus souvent incomplètes. L'utilisation d'un formulaire de transfert d'une page peut-elle améliorer la transmission des informations essentielles entre la NH et le SU ?</p> <p>Méthode : étude pré/postintervention SU de l'hôpital méthodiste d'Indianapolis, Indiana. 94 000 passages aux urgences par an, dont 14 % de 65 ans et plus. Assurés <i>Medicare</i> ou <i>Medicaid</i>. Période de préintervention du 15 avril au 9 juin 2002 (groupe contrôle) et de postintervention (groupe intervention) du 15 octobre 2002 au 9 janvier 2003 Intervention : introduction d'un formulaire de transfert d'une page avec 11 items essentiels, staff de formation des équipes à l'utilisation de ce formulaire et encouragement à son utilisation Formulaire d'une page et 11 items essentiels utiles pour l'enregistrement du patient, une prise rapide de décision et une communication avec le référent de la NH (réalisé à partir d'entretiens avec les professionnels de santé concernés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nom du patient, date de naissance - statut palliatif (DNAR) - n° de sécurité sociale - état mental habituel - état fonctionnel habituel - médecin traitant - nom de la NH, de l'IDE référent et téléphone - raison du transfert <p>Critère primaire : le pourcentage de transferts d'informations avec succès des patients transférés aux SU (on considère arbitrairement comme un succès la présence de 9 items ou plus sur les 11 prédéfinis dans tous les documents transmis avec le patient) Critères secondaires : nombre d'informations présentes sur les 11 items dans les documents de transfert et nombre de pages des documents de transfert Autre critère : différence des critères primaires et secondaires en postintervention entre ceux qui ont utilisé le formulaire et ceux qui ne l'ont pas utilisé (un grand nombre de transferts en postintervention s'est effectué sans le formulaire de transfert) Résultats : Pendant la période de préintervention: 130 transferts pour 41 NH. Les 10 NH avec le plus de transferts ont été sélectionnées pour cette étude, avec un total de 65 transferts en préintervention. En postintervention, 1 NH sur les 10 n'a pas communiqué ces transferts. Sur les 9 NH restantes : 72 transferts en postintervention, avec 2 à 22 transferts selon les NH Critère primaire : le pourcentage de transferts avec succès a augmenté significativement de 19,3 % (CI 95 %, 4,0 % à 34,7 %) Critères secondaires : le nombre total d'informations essentielles présentes a augmenté significativement de 0,8 item (CI 95 %, 0,3 à 1,4) Trois des 11 items étaient présents pour tous les transferts en pré et en postintervention : nom du patient, date de naissance, et nom de la NH</p>

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
<p>Terrell et Miller, 2006 (16) <i>challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments</i></p>	<p>Parmi les 8 items restants, il y a une amélioration en postintervention pour 7 items, avec une augmentation significative pour 3 items : statut palliatif (DNAR), état mental usuel, état fonctionnel usuel</p> <p>Le formulaire de transfert a été utilisé dans 31,9 % des cas (23 sur 72 transferts de postintervention). De façon variable : pour tous les transferts dans 2 NH, absent dans beaucoup de transferts pour 3 NH et inconstamment dans 4 NH. La NH avec le plus de transferts en post-intervention (22) n'a utilisé le formulaire qu'inconstamment</p> <p>Le formulaire était correctement complété à 95,6 % quand il était utilisé (22 sur les 23 transferts avec formulaire), avec un nombre moyen d'items remplis de 10,7</p> <p>Autres : en postintervention, entre les transferts avec formulaire et ceux sans formulaire : la différence des pourcentages de transferts d'informations avec succès était supérieure de 26,2 % (CI 95 %, 10,9 % à 41,6 %) et le nombre d'items transférés était plus élevé de 1,8 item (CI 95 %, 1,1 à 2,6)</p> <p>Pour les 34 transferts d'informations avec succès, des 49 transferts sans formulaire (69,4 %), les informations ont dû être recherchées dans en moyenne 9, 3 (+/- 4,2) pages de documents transférés avec le patient</p> <p>Conclusion :</p> <p>L'utilisation d'un formulaire de transfert court d'une page améliore la quantité des informations utiles transmises, et simplifie la recherche de ces informations dans les documents transmis avec le patient</p> <p>Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude de Madden qui utilisait un formulaire plus long de 26 items (dont 10 de nos 11 items), ce qui avait pour conséquence de dissuader les utilisateurs de remplir tous les items (seulement 37 % à 93 % des items étaient documentés)</p> <p>Question : obtenir l'avis des professionnels concernés pour améliorer les soins en SU des résidents de NH</p> <p>Méthode : entretiens structurés avec des groupes d'experts (Indianapolis, Indiana)</p> <p>Création de 5 groupes interrogés séparément : (1) médecins et NP ; (2) staff de la NH incluant RN, LPN, et <i>social workers</i> ; (3) <i>providers</i> du SU ; (4) infirmiers du SU ; (5) médecins du SU</p> <p>Quatre thèmes traités : (1) facteurs qui contribuent au transfert en SU d'un résident ; (2) les barrières à des soins de qualité en SU pour les résidents ; (3) informations nécessaires aux fournisseurs de soins quand un résident transite entre le SU et la NH ; (4) idées pour améliorer les soins d'urgence des résidents</p> <p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informations nécessaires pour un transfert de la NH vers le SU : <ul style="list-style-type: none"> - nom du patient - date de naissance - raison du transfert - histoire médicale - traitements - allergies - état mental et fonctionnel de base - statut palliatif ou directives anticipées - constantes vitales les plus récentes - examens de laboratoire récents et résultats - nom et téléphone de l'Ehpad

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
	<ul style="list-style-type: none"> - unité et numéro de chambre du résident - contact IDE dans la NH - téléphone et pager du médecin - téléphone du tuteur ou du plus proche parent - « capacités de soins » de l'Ehpad (tel faire des injections IV, etc.) ● Informations nécessaires pour le retour du SU vers la NH en l'absence d'hospitalisation : - diagnostic du SU - traitements réalisés par le SU - constantes vitales en SU - tests réalisés et résultats - traitements recommandés par le SU - copie lisible du dossier ou fiche des urgences - notes des consultations - contact pour informations nécessaires au suivi du résident après sa sortie des urgences ● Impacts de l'insuffisance d'informations : - hospitalisations évitables (ex. ne pas connaître les capacités de soins de la NH) - incapacité des soignants de la NH à fournir les informations adéquates à la famille du résident - non-respect des souhaits des patients (ex. : ne pas connaître les directives anticipées ou le statut palliatif) ● Les solutions possibles : - utilisation d'un fax pour la transmission d'informations dans les deux sens - utilisation d'un enregistrement audio (cassette) pour la transmission d'informations - utilisation d'un formulaire standardisé, avec des informations préremplies (histoire médicale, traitements et autres informations pertinentes) à mettre à jour périodiquement <p>La plupart des infirmières et médecins disent préférer utiliser des formulaires de transfert court, d'une page, pour les transferts dans les deux sens, ce qui aurait plusieurs avantages : un formulaire papier unique pour tous les résidents des NH et une communication écrite, claire et concise</p> <p>Les médecins des SU reconnaissent les besoins d'informations des NH et sont prêts à remplir un formulaire court avec des cases à cocher et une note brève. Ce qui devrait favoriser en retour l'utilisation des formulaires par les soignants de la NH. En cas d'échec, ils proposent soit de rendre ce transfert d'informations obligatoire, soit de le rattacher aux remboursements des soins</p> <p>Discussion :</p> <p>L'utilisation de technologies simples et familières devrait être plus facilement utilisée par les soignants de la NH et du SU, telles que l'utilisation d'un formulaire court NH-SU et SU-NH avec un certains nombres d'informations préremplies et l'utilisation d'un fax pour la transmission des données</p> <p>Une autre approche serait l'utilisation d'un « <i>voice-mail</i> » sécurisé, plus efficace que des cassettes audio, qui, comme le fax, réduit le risque de perte lors des transferts d'informations</p> <p>Le développement d'un partenariat entre les équipes du NH et de la SU qui ont des cultures soignantes différentes est essentiel au succès d'implémentation de ces innovations en matière de transfert d'informations et d'amélioration des soins des résidents en SU</p>

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
<p>Terrell et Miller, 2011 (21) <i>Stratégies to improve care transitions between nursing homes and emergency departments</i></p>	<p>Question : identifier les solutions testables qui pourraient améliorer la qualité et la sécurité des soins lors des transferts entre les NH et les SU Méthode : 2 groupes structurés, comprenant 18 participants. Pour les NH : administrateurs, infirmiers, médecins ; pour les SU : directeurs, paramédicaux, techniciens, infirmiers et médecins et un représentant de l'administration territoriale de santé (Indianapolis, Indiana). Envoi au préalable d'un questionnaire aux participants des groupes de travail. Enregistrement et analyse des données indépendamment par un gériatre et un médecin des urgences Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'inspirer des transferts interétablissements hospitaliers - utiliser un formulaire de transfert entre les NH et les SU, dans les deux sens, identique au niveau d'un État, court et ne comportant que les informations nécessaires et utiles pour la plupart des transferts - utiliser une check-list de transfert pour s'assurer que les étapes importantes du processus de transfert sont respectées et que les documents appropriés sont envoyés - nécessité d'une communication verbale entre la NH et le SU, afin de compléter les informations du formulaire, faciliter les soins et éviter les réhospitalisations. Le formulaire de transfert doit donc comporter les coordonnées d'un contact (infirmier ou médecin) - construire du lien entre ces sites de soins pour améliorer la compliance à l'utilisation de ces formulaires et faciliter la résolution des problèmes de collaboration <p>Conclusions :</p> <p>Comme pour le transfert interhospitalier, il est pertinent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le service hospitalier recevant le patient soit contacté au préalable - le patient apporte avec lui les copies des documents de transfert appropriés - les étapes/actions nécessaires au transfert soient réalisées en s'aidant d'une check-list - le processus soit le même au niveau d'un État, avec un formulaire de transfert unique, dans les deux sens, une <i>check-list</i> et une communication verbale entre les sites de soins <p>La communication verbale est nécessaire : après examen du résident en SU entre le médecin de SU et le médecin ou l'IDE de la NH, et avant le retour en NH entre l'infirmier du SU et l'infirmier de la NH</p> <p>L'implémentation de ces processus nécessite la nomination d'un référent au niveau de la NH et du SU, qui peut être un médecin ou un infirmier. Ils doivent se rencontrer régulièrement pour discuter de l'amélioration continue de ce processus de transfert</p>
<p>Cwinn et al., 2009 (19) <i>Prévalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to emergency department</i></p>	<p>Question : Typologie des manques d'informations lors des transferts des résidents de NH vers les SU. Ils sont définis comme la non-transmission au médecin qui prodigue les soins des informations préalablement collectées : fréquence, types et importance, impact de l'utilisation d'un formulaire de transfert régional Méthode :</p> <p>À partir de la base nationale des patient ambulatoires, sur 6 mois : âge 60 ans et plus, résidant dans une NH, arrivés par ambulance en SU. Mesure de la fréquence des manques d'informations habituellement demandées par le médecin des urgences. Mesure de l'utilisation du formulaire de transfert habituellement utilisé en Ontario et son impact sur les manques d'informations Résultats :</p> <p>457 transferts pour 384 patients. Patients avec des troubles cognitifs dans 34,1 % des cas</p>

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
	<ul style="list-style-type: none"> ● Manques d'informations importantes : 85,5 % (CI 95 % ; 82,0 % à 88,0 %) ● Manques d'informations spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> - raisons du transfert : 19,9 % - état de base mental et fonctionnel : 36,5 % - constantes vitales : 37,6 % - directives anticipées : 46,4 % - traitements médicamenteux : 20,4 % - AVQ : 53,0 % et mobilité : 47,7 % ● Manque d'informations avec l'utilisation d'un formulaire : 74,9 % contre 93,5 % en l'absence de formulaire (p < 0,001) ● Les éléments descriptifs de la plainte principale du patient sont souvent absents, dans : 81 % des cas pour les blessures à la tête, 42,4 % pour les douleurs abdominales et 47,1 % pour les douleurs thoraciques <p>Conclusion : Les manques d'informations sont fréquents lors des transferts des résidents de NH vers les SU. L'utilisation d'un formulaire de transfert est associée à une réduction limitée du manque d'informations Il existe aussi un manque des éléments descriptifs de la plainte principale qui constitue un nouveau manque d'information non encore décrit dans la littérature</p>
<p>Ouslander et al., 2009 (25) <i>Reducing potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: results of a pilot quality improvement project</i></p>	<p>Intervention INTERACT II : expérimentation sur 6 mois de ces outils sur 3 Ehpad avec un taux élevé d'hospitalisations, en Géorgie (États-Unis) INTERACT II est une intervention d'amélioration continue de la qualité, facilitant l'identification, l'évaluation, l'aide à la décision, par la collecte et le transfert d'informations administratives, médicales et de soins lors du transfert d'un résident en SU. Ces outils de pratique clinique comprennent aussi des protocoles relatifs à la déshydratation, la fièvre, le changement de l'état mental, l'insuffisance cardiaque, l'infection respiratoire basse, l'infection de l'appareil urinaire, qui sont les 6 causes les plus fréquentes des hospitalisations potentiellement évitables</p> <p>Résultats : Bien que le personnel d'Ehpad ait accueilli ces outils favorablement, leur utilisation reste variable et aucun établissement ne les a entièrement mis en application. En dépit de cette exécution partielle, on a obtenu une réduction de 50 % du taux global d'hospitalisations sur les 6 mois de l'intervention comparé à la période des 15 mois précédents (ligne de base). La proportion d'hospitalisations évaluées comme potentiellement évitables a été également réduite de 77 % à 36 % par rapport à la ligne de base et à 49 % sur 6 mois de l'intervention.</p> <p>Conclusion : Les stratégies et les outils d'amélioration de la qualité INTERACT II se montrent prometteurs en Ehpad pour réduire les hospitalisations potentiellement évitables. Les résultats doivent être interprétés avec précaution parce que réalisés sur 3 Ehpad particulièrement sélectionnés</p>
<p>Ouslander et al., 2011 (22) <i>Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes:</i></p>	<p>Intervention INTERACT II : expérimentation sur 6 mois, dans 25 Ehpad dans 3 États des États-Unis, Floride, New York et Massachusetts, avec : la fourniture des outils INTERACT II, des formations sur l'Ehpad et des téléconférences avec les NH toutes les 2 semaines avec une infirmière de pratique avancée expérimentée</p> <p>Méthode : Inclusion de 30 Ehpad sur 3 États en lien avec la géographie des investigateurs du projet et pour New York en lien avec son financement. Exigences : collaboration de la direction de l'Ehpad et choix d'un leader sur site pour suivre le projet. Exclusion des Ehpad rattachés à un</p>

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
<p><i>evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project</i></p>	<p>hôpital compte tenu de leur taux élevé d'hospitalisations en rapport avec cette proximité</p> <p>Intervention : Affiner les outils et la stratégie d'exécution des outils d'INTERACT en collaboration avec les soignants de 10 Ehpad Choisir un leader sur l'Ehpad, expérimenté, informé et reconnu par l'équipe et capable de former le personnel et de l'encourager à l'utilisation des outils. Il assure aussi le suivi du projet et participe à des conférences téléphoniques bimensuelles. Le leader était plus souvent une infirmière, rarement le directeur ou le médecin Formation du personnel en mai et juin 2009. Intervention de juillet à décembre 2009 (6 mois)</p> <p>Trois axes stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - repérer, évaluer et agir pour éviter l'aggravation d'une situation conduisant à une hospitalisation (exemples : déshydratation, poussée d'insuffisance cardiaque) - traiter en Ehpad, quand le résident ne répond pas à des critères spécifiques d'hospitalisation (exemples : infections respiratoire et urinaire, fièvre) - développer l'utilisation des prescriptions anticipées et des protocoles de soins palliatifs comme alternative à l'hospitalisation des résidents en fin de vie (exemples : démences ou maladie de Parkinson en phase terminale avec des pneumonies d'inhalation récurrentes) <p>Bilan : Les données recueillies auprès du directeur : taux d'occupation, rotation du personnel, disponibilités des soignants en soins primaires (médecins, IDE PA, assistants des médecins), accès aux procédures, statut commercial de l'Ehpad Les données sur les soins palliatifs et les directives anticipées sont recueillies dans les dossiers médicaux (un jour donné, au début et à la fin de l'étude) Les données sur les hospitalisations sont recueillies auprès des Ehpad : mensuellement, sur les 6 mois de l'étude en 2009 et pour les mois correspondants de l'année 2008 afin de tenir compte de la saisonnalité en particulier des infections. Les données sur les hospitalisations d'un « groupe de contrôle » de 11 Ehpad « équivalents » en termes d'équipements, de population n'entrant pas dans le programme INTERACT ont aussi été récupérées après des directeurs. Calcul des taux d'hospitalisations pour 1 000 jours de séjour-résident Estimation des coûts du programme INTERACT -avec : impression et distribution des outils, temps de formation, temps de coordination avec les appels téléphoniques et temps du leader, le tout rapporté au salaire horaire moyen de chaque type de personnel</p> <p>Résultats : Taille moyenne des Ehpad 166 lits, plus élevée que la moyenne nationale (100 lits). Rapports <i>Medicare/Medicaid</i> sur ces NH, équivalent à la moyenne nationale Trente Ehpad ont accepté de participer et les outils y ont été déployés ; 4 Ehpad ont abandonné le projet (changement administratif, perte du leader) et 1 Ehpad n'a pas pu fournir les données d'hospitalisations Le coordonnateur du projet qui suivait par téléphone les leaders toutes les 2 semaines a attribué à la fin de l'étude, un score d'engagement à chaque NH en se basant surtout sur le taux de participation aux conférences téléphoniques des leaders et à leur participation à l'amélioration des outils : 17 NH ont été classés comme modérément ou fortement engagés et 8 NH comme faiblement ou pas engagés Les caractéristiques des NH engagés étaient globalement les mêmes que les NH non engagés, sauf qu'ils étaient moins souvent à but lucratif, avaient une plus grande ancienneté du directeur, un turn-over inférieur des IDE et un taux plus élevé de « directives anticipées ». Les caractéristiques des 4 Ehpad qui ont abandonné l'étude étaient les mêmes que les 25 Ehpad, sauf en termes de rotation des personnels.</p> <p>Les résultats:</p>

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
	<ul style="list-style-type: none"> - une réduction de 17 % (95 % CI = - 0,08 à - 1,30) des hospitalisations, comparé à l'année précédente, soit une diminution de 0,69 hospitalisations pour 1 000 jours-résident - une réduction de 24 % (95 % CI = 0,23 à - 1,56 ; p = 0,01) pour le groupe des 17 NH les plus engagés, soit une diminution de 0,90 hospitalisation pour 1 000 jour-résident - une réduction de 6 % pour le groupe de 8 NH non engagés - et une réduction de 3 % pour le « groupe contrôle » de 11 Ehpad avec un taux d'hospitalisations de 2,69 à 2,61 hospitalisations pour 1 000 jours-résident <p>Soit, pour les 11 NH engagés, une réduction relative (au groupe contrôle) de 0,64 hospitalisation pour 1 000 jours-résident (95 % CI = 0,12 à - 1,36 ; p = 0,12)</p> <p>Le coût moyen du programme INTERACT est de 7 700 \$ par NH. L'économie potentielle pour l'assurance maladie pour une NH de 100 lits est approximativement de 125 000 \$ par an</p> <p>Conclusions : Ces résultats suggèrent des bénéfices importants en termes d'hospitalisation et de coûts, qui doivent être confirmés dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée</p>
<p>Handler et al., 2011 (26) <i>Incorporating INTERACT II clinical decision support tools into nursing home health information technology</i></p>	<p>Cet article décrit les processus pour l'intégration des outils INTERACT II dans le système d'information des NH</p> <p>Les questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pourquoi ces outils devraient-ils être intégrés au Système d'information (SI) des NH - quels outils actuellement utilisés dans INTERACT II se prêtent le mieux à leur intégration au SI - quelles sont les considérations à retenir pour l'intégration de ces outils dans le SI - comment les administratifs et les professionnels de soins peuvent-ils utiliser ces outils dématérialisés <p>Réponses :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'intégration des outils INTERACT II devrait permettre de : <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la communication des membres de l'équipe pluridisciplinaire et l'identification des résidents à hauts risques et les décisions cliniques - améliorer la satisfaction des résidents, des équipes et du médecin, ce qui devrait permettre d'améliorer leur communication - diminuer le nombre de transferts des résidents aux urgences pour bilan ou pour un simple changement de leur état habituel - réduire les coûts en diminuant les hospitalisations non programmées et en améliorant la qualité des soins aux urgences ● Selon les retours d'expérience, cinq outils devraient pouvoir être intégrés au SI : <ul style="list-style-type: none"> - <i>stop and watch</i> : outils pour l'aide-soignante permettant de repérer et de documenter les changements d'état des résidents. Conseils pour les infirmières pour les évaluer et les gérer - <i>care patches</i> : outils permettant à l'équipe d'infirmiers d'évaluer les résidents dans des situations pouvant amener à une hospitalisation et de transmettre des informations appropriées aux professionnels de 1^{er} recours - <i>SBAR (situation, background, assessment, recommendation)</i> : formulaire structuré prérempli pour faciliter la communication entre l'équipe de soins et les professionnels de 1^{er} recours - <i>resident transfert form</i> : formulaire rempli par l'équipe de soins lors du transfert en urgence d'un résident - <i>quality improvement review</i> : outil d'amélioration continue de la qualité utilisé pour réexaminer les transferts et en discuter en pluridisciplinaire

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
	<ul style="list-style-type: none"> ● Feuille de route pour dématérialiser les outils INTERACT II : - établir les buts de cette migration - rassembler l'équipe concernée - confirmation des données à dématérialiser - traduire les outils papier en système d'aide à la décision (CDS) - intégrer les CDS aux processus de travail des équipes - faire un test pilote puis implémenter <p>Conclusions : INTERACT II et ses outils papier ont démontré qu'ils amélioreraient le repérage, la gestion et la communication pour les résidents présentant un changement aigu de leur état de santé et qu'ils réduisaient l'incidence des hospitalisations évitables. Les outils INTERACT II dématérialisés en format CDS et intégrés au SI de l'Ehpad devraient permettre d'améliorer la diffusion et l'intégration de ces outils dans les NH et d'améliorer les résultats déjà obtenus avec les outils papier</p>
<p>Starmer et al., 2014 (23) <i>Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program</i></p>	<p>Programme pour améliorer le transfert d'informations des patients hospitalisés</p> <p>Méthode : Sites : 9 unités hospitalières pédiatriques des États-Unis et du Canada de janvier 2011 à mai 2013, avec 36 à 182 résidents</p> <p>Critères primaires : taux d'erreurs médicales (erreurs évitables dans le processus des soins), prévention d'événements indésirables évitables (conséquences indésirables fortuites des soins médicaux aux patients)</p> <p>Critères secondaires : flux de résidents (déroulement des opérations de prise en charge du résident) et événements indésirables non évitables</p> <p>Outils : kit Handoff I-PASS (mémos pour formaliser les écrits et infos orales, formation aux transferts et à la communication, programme d'observation et de perfectionnement, campagne de motivation. Documents audio et imprimés. Ces outils visent à améliorer la communication et la sécurité du patient).</p> <p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préintervention 6 mois de collecte des données. - Intervention les 6 mois de formation à l'utilisation de ces outils. - Postintervention 6 mois de collecte des données. <p>Une infirmière de recherche passe en revue toutes les informations et actes médicaux 5 jours par semaine et deux médecins classifient ces données</p> <p>Résultats : 10 740 patients transférés : 5 516 en préinterventions et 5 224 en postintervention. 875 patients ont accepté de participer à l'étude (95,4 % de ceux approchés)</p> <p>Les durées moyennes de séjour (DMS), la complexité médicale, le sexe et l'âge, la couleur de peau, l'assurance médicale des patients sont équivalents en pré et postintervention</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Document écrit : <i>illness severity assessment</i> (évaluation de la gravité de la maladie), <i>patient summary</i> (antécédents et pathologie en cours du patient), <i>to-do list</i> (liste à faire), <i>contingency plans</i> (plan d'urgence), allergies, <i>code status</i> (directives anticipées/soins palliatifs), <i>medication list</i> ; <i>dated laborated results</i> ; <i>dated vital signs</i> - amélioration significative de la transmission de tous ces items dans l'analyse combinée des 9 sites

Auteurs, année	Méthode et critères d'inclusion - Résultats et conclusions
	<ul style="list-style-type: none"> - par site : amélioration significative sur l'évaluation de la gravité de la maladie (sur 9 sites), les résumés sur l'état des patient (6 des 9 sites), les liste des actions à réaliser (5 des 9 sites) et les plans d'urgence (9 des 9 sites)). • Un total de 432 documents de transfert écrits avec 5 752 items • Transmissions orales : <i>illness-severity assessment ; patient summary, to-do list, contingency plans et readback</i> (relecture par le récepteur) - amélioration significative de la transmission de tous les items dans l'analyse combinée des 9 sites - par site : amélioration significative sur l'évaluation de la gravité de la maladie (9 des 9 sites), les résumés sur l'état des patient (7 des 9 sites), les liste des actions à réalisées (7 des 9 sites), les plans d'urgence (7 des 9 sites), et la relecture (9 des 9 sites). - Un total de 207 sessions de transfert avec communications orales avec 2 281 items <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'erreurs médicales diminués de 23 % par rapport à la période préintervention (24,5 contre 18,8 par 100 admissions, $p < 0,001$) - Taux d'événements indésirables évitables diminués de 30 % (4,7 contre 3,3 événements par 100 admissions, $p < 0,001$) - Taux quasi-erreurs médicales non néfastes diminués de 21 % (19,7 contre 15,5 par 100 admissions, $p < 0,001$) - Taux d'événements indésirables non évitables : pas de changement significatif (3,0 et 2,8 événements par 100 admissions, $p = 0,79$) - Les taux d'erreurs sur le diagnostic, les antécédents médicaux, l'examen physique, sur les thérapies autres que les médicaments et sur les procédures ont diminué sensiblement. - Les taux d'erreurs sur les médicaments, les procédures, les chutes, et les infections nosocomiales n'ont pas changé - Par site : diminution significative des erreurs dans 6 des 9 sites et augmentation significative de la transmission des informations préétablies orales et écrites sans modification importants des durées des transferts <p>Conclusions : le programme Handoff est associé à une réduction des erreurs médicales et des événements indésirables évitables et à une amélioration de la communication de l'information, sans effet négatif sur le déroulement des opérations de transfert (en particulier les délais)</p>

Annexe 4. Documents HAS de transfert vers l'hôpital

Volet de synthèse médicale (VSM) : document de transition entre la ville et l'hôpital

Rubriques
Coordonnées patient
Coordonnées MT
Date de mise à jour
Pathologies en cours et antécédents (ATCD) personnels (y compris allergies et intolérances médicamenteuses) et facteurs de risque (FDR) (comprenant : ATCD familiaux, FDR liés au mode de vie [alcool, tabac, activité physique, alimentation], FDR professionnels)
Traitements au long cours
Points de vigilance (ou points d'attention) (rédigés en texte libre par le MT)
Signature (en cas d'impression)

Source :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf

Document de sortie d'hospitalisation > 24 h : document de transition entre l'hôpital et la ville

Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures

http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1777851

Fiche d'utilisation

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf

Contenu métier

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf

Document de sortie d'hospitalisation > 24 h Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation

Rubriques	
1. Motif d'hospitalisation	Obligatoire
2. Synthèse médicale du séjour	Obligatoire
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	Obligatoire
4. Traitements médicamenteux	Obligatoire
5. Suite à donner	Obligatoire
Rubriques laissées au choix des équipes	
6. Antécédents	
7. Événements indésirables (dont allergies)	Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation
8. Mode de vie	
9. Histoire de la maladie	
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	
11. Évolution dans le service	
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	
13. Liste des éléments remis au patient	
Rubriques médico-administratives	
Identification du patient	
Nom et coordonnées du médecin traitant	
Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation (voire date de décès)	
Hôpital et service(s) d'hospitalisation	
Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant l'hospitalisation (nom, fonction)	
Mode d'entrée (programmé/urgence/transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)	
Destination du patient à la sortie	
Coordonnées du rédacteur du document de sortie	
Date de rédaction	
Liste de diffusion du document de sortie	
Statut de ce document	
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)	

Références bibliographiques

1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les soins en Ehpad en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS. Paris: CNSA; 2013.
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan_medicalisation_coupes_p_athos_Ehpad_vf2.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
3. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Annexes accompagnant la note « Vieillesse, longévité et assurance maladie ». Paris: HCAAM; 2010.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_annexe_220410.pdf
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Duthiel N. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements. Etudes et Résultats 2003;380.
5. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011. Paris: HCAAM; 2011.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
6. Inspection générale des affaires sociales, Fouquet A, Tregooat JJ, Sitruk P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport de synthèse. Paris: IGAS; 2011.
7. Roland Y. Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée : une vie de mouvements... Étude épidémiologique descriptive en Ehpad. Toulouse: Toulouse Gérontopôle; 2010.
8. Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Paris: ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
9. Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles Journal Officiel 2011;4 septembre(0205).
10. Ministère de l'Intérieur de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales, ministère du Travail des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule. Paris: DGS; 2008.
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire-canicule-2008.pdf>
11. SAMU de France, Association des médecins urgentistes de France, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad. Dossier de liaison d'urgence [En ligne] 2008.
<http://www.fhf.fr/Actualites/Autonomie/Cooperation-filieres-et-reseaux/dossier-de-liaison-urgences-en-ehpad-plan-canicule-2008>
12. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, ministère de la Santé et des Sports. Circulaire DGCS n° 2010-93 du 2 avril 2010 relative à l'application du plan canicule 2010. Bulletin officiel Santé protection sociale 2010;2010/6:2014-249.
13. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins. Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 n° 2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC). Bulletin officiel Santé protection sociale solidarité 2012;2012/4:153-98.
14. Pearson KB, Coburn AF, Flex Monitoring Team. Emergency transfers of the elderly from nursing facilities to critical access hospitals: opportunities for improving patient safety and quality. Policy brief #32 [En ligne] 2013.
<http://www.flexmonitoring.org/wp-content/uploads/2013/07/PolicyBrief32-Transfer-Protocols-with-Appendix.pdf>

15. Terrell KM, Miller DK. Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments. *Ann Long Term Care* 2007;15(2):33-8.
16. Terrell KM, Miller DK. Challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7(8):499-505.
17. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *CMAJ* 2003;169(10):1023-8.
18. Jones JS, Dwyer PR, White LJ, Firman R. Patient transfer from nursing home to emergency department: outcomes and policy implications. *Acad Emerg Med* 1997;4(9):908-15.
19. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA, Hebert G, Calder L, Stiell IG. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. *CJEM* 2009;11(5):462-71.
20. Terrell KM, Brizendine EJ, Bean WF, Giles BK, Davidson JR, Evers S, *et al.* An extended care facility-to-emergency department transfer form improves communication. *Acad Emerg Med* 2005;12(2):114-8.
21. Terrell KM, Miller DK. Strategies to improve care transitions between nursing homes and emergency departments. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12(8):602-5.
22. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos BA, *et al.* Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(4):745-53.
23. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, *et al.* Changes in medical errors after implementation of a Handoff program. *N Engl J Med* 2014;371(19):1803-12.
24. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, *et al.* Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):627-35.
25. Ouslander JG, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, Lamb G. Reducing potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: results of a pilot quality improvement project. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10(9):644-52.
26. Handler SM, Sharkey SS, Hudak S, Ouslander JG. Incorporating INTERACT II clinical decision support tools into nursing home health information technology. *Ann Longterm Care* 2011;19(11):23-6.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr