



HAL
open science

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence

Guillaume Chauvot

► **To cite this version:**

Guillaume Chauvot. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01520113

HAL Id: dumas-01520113

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01520113>

Submitted on 9 May 2017

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n° 26

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
En spécialité de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 10 février 2017

par

Guillaume CHAUVOT

Né le 11 mars 1988 à Caen (14)

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Boris RANCHOU

Jury

Monsieur le Professeur Emérite Bernard GAYPrésident
Madame la Professeure Nathalie SALLES.....Rapporteur
Madame la Maître de Conférence Universitaire Claire ROUBAUD.....Juge
Monsieur le Docteur Karl MOLIEXE.....Juge
Monsieur le Docteur Patrick DURRIEU.....Juge
Monsieur le Docteur Laurent RUBIO.....Juge

REMERCIEMENTS

A notre Président :

A Monsieur le Professeur Bernard Gay

Professeur Universitaire de médecine générale au sein de l'Université de Bordeaux 2

Pour me faire l'honneur de présider ce jury,

Pour les enseignements universitaires que j'ai reçu au cours des trois années d'internat.

Votre implication dans la démarche pédagogique au sein de notre Université et la qualité de vos enseignements donnent une grande importance à votre jugement. Acceptez mes sincères remerciements.

A notre Rapporteur :

A Madame la professeure Nathalie Salles

Professeure Universitaire de Gériatrie au sein de l'Université de Bordeaux 2, Chef du Pôle de gériatrie clinique du Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être rapporteur de cette thèse.

Pour votre engagement dans la recherche et l'enseignement en gériatrie, pour la grande importance que cela apporte à votre jugement.

A nos juges :

A Madame la Maître de Conférence Universitaire Claire Roubaud

Gériatre en service de gériatrie et Maître de Conférence des Universités en gériatrie au Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury en votre qualité d'enseignante en gériatrie.

A Monsieur le Docteur Karl Moliex

Médecin généraliste, Praticien de médecine d'urgence ambulatoire chez SOS Médecins Bordeaux

Pour avoir accepté avec sympathie de participer à ce jury et d'apporter votre jugement en tant que praticien en urgences ambulatoires chez SOS Médecins.

A Monsieur le Docteur Patrick Durrieu

Médecin généraliste au sein du Groupe Médical Laennec, Professeur de médecine thermale à l'Université de Casteljalous, coordonnateur d'EHPAD

Pour m'avoir accueilli au Groupe Médical Laennec, m'avoir permis avec la plus grande gentillesse de partager ton quotidien et ta médecine empathique. C'est un plaisir de t'avoir eu en Maître de stage il y a 2 ans et de t'avoir dans ce jury pour ma thèse.

A Monsieur le Docteur Laurent Rubio

Médecin généraliste, Professeur de médecine du sport à l'Université de Mézin, grand animateur des Virades de l'Espoir à Barbaste, marathonien solidaire de l'extrême

Pour la convivialité de ton accueil dans ton cabinet de Mézin. Pour m'avoir permis de partager ton quotidien de Néracais pure souche, le footing landais et les vendredi midi à Sainte Maure. C'est un plaisir de t'avoir eu en Maître de stage il y a 2 ans et de t'avoir dans ce jury pour ma thèse.

A mon directeur de thèse :

A Monsieur le Docteur Boris Ranchou

Géiatre au sein de l'Equipe Mobile Gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne

Pour avoir accepté de m'accompagner pour ce travail, pour m'avoir guidé, pour tes bons conseils.

A nos experts

Médecins généralistes : Docteur Rousset, Docteur Sauvagnac, Docteur Ballongue, Docteur San Emeterio, Docteur Maillet, Docteur Le Texier, Docteur Dubertrand, Docteur Martin-Haramendy, Docteur Etcheto, Docteur Chaperon

Géiatres : Docteur Lamouliatte, Docteur Fiasson, Docteur Lescarret, Docteur Gregoire, Docteur Campomanes

Urgentistes : Docteur Archambault, Docteur Soulat, Docteur Labes, Docteur Mathis, Docteur Nguyen

A tous les praticiens qui ont su me transmettre une partie de leur savoir et de leur amour de la médecine au service du patient.

Table des matières

Liste des Abréviations.....	7
I-INTRODUCTION.....	8
II-CONTEXTE.....	9
II-1-La personne âgée.....	9
II-2-La continuité des soins	12
II-3-Démographie, épidémiologie et enjeux.....	13
II-4- Le courrier médical.....	19
II-5-Un courrier médical mis à défaut	20
II-6-Hypothèse de travail	222
II-7-Objectif de cette thèse	22
III-METHODE	23
III-1-METHODE : Méthode DELPHI par la HAS	23
III-1-1-Les parties.....	24
III-1-2-Revue de la littérature	24
III-1-3-Constitution d'un groupe d'experts.....	25
III-1-4-Phase de sollicitation du groupe d'experts	25
III-1-4-a-Premier tour de cotation	25
III-1-4-b-Analyse par le groupe de pilotage	26
III-1-4-c-Deuxième tour de cotation	27
III-2-Analyse des résultats après le second tour de cotation	27
III-2-a-La tolérance	27
III-2-b-L'écart interquartile	28
III-2-c-Analyse selon la tolérance et les quartiles	29
III-3-Rédaction d'une liste définitive d'items.....	29
IV-RESULTATS	30
IV-1-Revue de la littérature	30
IV-1-1-PubMed.....	30
IV-1-2-Autres bases de données.....	33
IV-1-3-Outils existants.....	33
IV-2-Liste des items soumis au premier tour de cotation	34
IV-3- Les experts.....	37
IV-4-Résultats de la 1ère cotation	38
IV-5-Nouveau décret.....	38

IV-6-Résultats de la deuxième cotation.....	40
V-ANALYSE ET DISCUSSION	57
V-1-Liste des items validés selon la tolérance.....	57
V-2-Liste des items validés par l'analyse avec indice de dispersion.....	58
V-3-Liste définitive des items validés	59
V-6-Différences de cotation selon le type d'exercice	60
V-7-Comparaison à la littérature	61
V-8-Les points forts de ce processus	65
V-9-Les points faibles de ce processus	65
V-10-Le support	66
V-11-Vulgarisation et validation de la fiche	68
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES.....	74
Annexe 1 : Liste des experts.....	74
Annexe 2 : Modèles papier de fiche de liaison	75
Annexe 3 : Tableau des résultats d'analyse du deuxième tour de cotation selon les quartiles.....	83
Annexe 4 : Liste définitive des items validés.....	84
Annexe 5 : Résultats « Quel serait le support idéal ? ».....	85
Annexe 6 : Résultats « Idéalement, par qui pensez-vous que cette fiche doit ou peut être pré-remplie ? »	86
Annexe 7 : Résultats « Quelle est votre mise en page idéale ? »	86
Annexe 8 : Courrier de liaison	87
Courrier de Liaison > 75 ans (partie pré-remplie)	87
Courrier de Liaison >75 ans (partie complétée en urgence).....	88

Liste des Abréviations

ADL	Activities of Daily Living
N-A	Nouvelle-Aquitaine
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
CHCB	Centre Hospitalier de la Côte Basque
DMP	Dossier Médical Partagé (anciennement Dossier Médical Personnel)
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GDS	Geriatric Depression Scale
GIR	Groupe Iso-ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HIQA	Health Information and Quality Authority
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MMS/MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAU	Service d'Accueil d'Urgences
SMUR	Service Mobile D'Urgence et de Réanimation
SurSaUD	Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès

I-INTRODUCTION

La France connaît depuis quelques années un vieillissement accéléré de sa population par trois facteurs principaux : la survenue d'un baby-boom à la suite de la seconde Guerre Mondiale, une diminution par la suite de la fécondité et enfin une amélioration de l'espérance de vie. Ce vieillissement n'est pas sans conséquence sur le plan économique, social et sanitaire. Il s'agit d'un enjeu de santé publique dans les années à venir. Notre système de santé, avec ses difficultés actuelles, doit s'y adapter.

Les patients âgés sont plus complexes, autant sur le plan social que médical. Le retentissement sur les soins primaires, dont les médecins généralistes sont les principaux acteurs, risque d'être lourd. Ces patients souvent poly-pathologiques, aux nombreux traitements, nécessitent un temps dédié plus long en consultation et nécessitent un suivi régulier rapproché. La survenue d'une pathologie aiguë est plus fréquente, la pathologie souvent plus grave, pouvant nécessiter rapidement une hospitalisation.

Le médecin ambulatoire, en soins primaires, s'organise en réseau et peut dépendre de l'hôpital pour certaines prises en charge. Le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est fondamental pour favoriser la bonne continuité des soins de nos patients âgés. Malheureusement plusieurs études mettent à défaut la qualité de la communication entre ces secteurs avec des conséquences néfastes sur la qualité des prises en charge.

L'outil principal actuel de communication est le courrier médical, il semble avoir toujours existé mais n'a jamais évolué. Il n'est aujourd'hui plus adapté aux obligations médico-légales ni au devoir actuel d'efficacité du système de santé. Il est critiqué par de nombreuses études, montré comme à l'origine de défaillances dans la continuité des soins.

Cette thèse a pour objectif d'améliorer cet outil de communication entre les soins primaires et l'hôpital, dans le cadre de l'urgence, pour les patients âgés, en établissant les informations nécessaires à son contenu pour optimiser la continuité des soins.

II-CONTEXTE

II-1-La personne âgée

La personne âgée, selon les revues internationales et l’OMS est définie par un âge supérieur à 65 ans. Les patients de plus de 75 ans sont considérés de la catégorie « très âgée ». Actuellement en France, le nombre de patients âgés, mais surtout très âgés, connaît une explosion liée au baby-boom ayant suivi à la Seconde Guerre Mondiale et qui évolue désormais en papy-boom. Cette population connaît une amélioration de son niveau de santé globale et un allongement de son espérance de vie(1). Le seuil de définition d’un patient âgé gériatrique en France a donc été fixé à 75 ans.

Le patient âgé gériatrique n’est évidemment pas défini que par son âge mais plutôt par la coexistence de certaines caractéristiques. Il connaît des modifications physiologiques majeures associées à une baisse des réserves fonctionnelles organiques. L’équilibre de bonne santé, ou homéostasie, est plus précaire. Un organe sera plus facilement à risque de décompenser et de faire à son tour décompenser d’autres organes. Le patient âgé est souvent atteint de pathologies chroniques et sous plusieurs traitements médicamenteux. Les incidents médicamenteux, la iatrogénie, sont courants.

Il existe également une importante précarité psycho-sociale chez le patient âgé. La dépendance entraîne fréquemment un isolement et un sentiment de solitude, sources de dépression. Les enfants, auparavant les aidés, deviennent principaux aidants, cela s’associe régulièrement à une dépendance financière du patient vis-à-vis de ses proches, amenant un sentiment de dévalorisation, le sentiment d’être un poids pour la famille, un poids pour la société. Cette souffrance existentielle, à l’origine de troubles psychiatriques chroniques, favorise l’évolution de troubles cognitifs et secondairement la dégradation de l’état général.

Ces caractéristiques définissent des comorbidités. Le patient âgé est un patient fragile, nécessitant une prise en charge globale, souvent pluridisciplinaire.

Le raisonnement **1+2+3 de J.P. Bouchon**(2) est une bonne représentation de la fragilité organique liée au vieillissement (Figure 1). Elle prend en considération trois éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction :

- 1- Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles et n'entraînent jamais à eux seuls la décompensation.
- 2- Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions, les rapprochant du seuil de décompensation.
- 3- Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

Pour exemple, le syndrome confusionnel, décompensation cérébrale aiguë, est favorisé par les effets du vieillissement sur le cerveau. Les affections neuropsychiatriques chroniques, notamment les démences, constituent le terrain de prédilection. Les facteurs déclenchants sont nombreux : troubles cardiovasculaires, métaboliques ou infectieux, iatrogénie, stress environnemental.

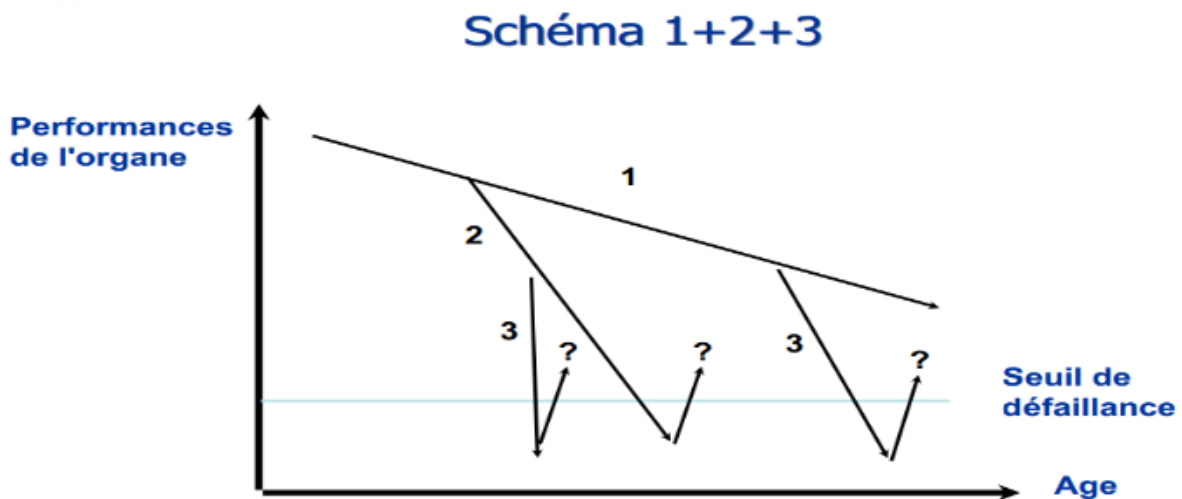


Figure 1. Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement physiologique (1), des maladies chroniques (2) et des pathologies aiguës (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

Le vieillissement physiologique diffère d'un sujet à l'autre, certains sujets très âgés ont un vieillissement dit « réussi » (dû aux facteurs génétiques, mais aussi au mode de vie). Si les organes d'un même individu connaissent un vieillissement distinct permettant lors de la décompensation de l'un d'entre eux l'équilibre de l'individu par

les capacités de compensation des autres organes, la décompensation d'un seul organe peut également entraîner des décompensations organiques en cascade(3).

Cet état de vulnérabilité, instable, susceptible de décompensation multi-systémique brutale, souvent en cascade, à haut risque d'hospitalisation en urgence, donne la définition du patient « **fragile** ». Cette fragilité est le plus souvent cotée par le **score SEGA**, Short Emergency Geriatric Assesement ou Sommaire de l'Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission, il comporte 13 items cotés de 0 à 2(4). Ce critère de fragilité est majeur, c'est un facteur pronostic de déclin fonctionnel, il permet la prise en charge précoce des patients au score élevé. Selon le résultat du score le patient est défini comme « peu fragile », « fragile » ou « très fragile ». Cela permet d'adapter la prise en charge pour prévenir l'entrée dans la dépendance.

La fragilité est à la source de la perte d'indépendance et d'autonomie. L'autonomie correspond au libre choix de la personne, à sa capacité à se gouverner soi-même. La dépendance est le besoin d'aide humaine. Ces deux notions sont complémentaires. L'évaluation de la dépendance a pour objectif de déterminer les soins requis, conduisant à la mise en œuvre d'un projet gérontologique ou d'un plan social. Cela nécessite une collaboration entre tous les acteurs paramédicaux, sociaux et le médecin traitant. Le score le plus utilisé est l'**ADL**, Activities of Daily Living, prenant en compte les activités les plus simples de la vie quotidienne, fondamentales pour vivre de manière indépendante. Pour les activités plus complexes, le score **IADL**, Instrumental ADL, est plus sensible(3,5).

Ces évaluations peuvent faire partie d'une **Evaluation Gériatrique Standardisée**, évaluation globale des grandes fonctions de la personne âgée(6,7).

-Le fonctionnement psychique comprend tant les fonctions cognitives que les fonctions affectives. Pour se faire une idée générale du fonctionnement cognitif d'une personne âgée, on peut s'inspirer du Mini-Mental State Examination ou **MMSE**. Il est souvent complété par le test des 5 mots de Dubois ainsi que du test de l'Horloge.

-La souffrance psychique, afin de prévenir ou dépister la dépression, fléau gériatrique, le **GDS**, Geriatric Depression Scale, ou dans sa version courte le Mini-GDS, est réalisé(8).

-Pour évaluer l'état nutritionnel, souvent précaire, **MNA** ou Mini Nutritional Assesement, IMC ou Indice de Masse Corporel, et albuminémie sont utilisés.

-Pour évaluer la marche et le risque de chute il est utilisé le test de Tinetti, le Get up and go test, le test de la station unipodale.

Cela est complété par l'évaluation des fonctions sensorielles et de l'analyse des risques liés à la polymédication.

On ne peut parler en France de l'évaluation gériatrique sans évoquer également la **Grille AGGIR**, Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources. Cette grille, non reconnue sur le plan international, est utilisée en France pour évaluer la dépendance, l'état fonctionnel global, afin de classer le sujet selon l'aide (humaine et matérielle) requise au sein de six catégories, de GIR 1 à GIR 6 (de la plus dépendante à la moins dépendante). Cette grille participe à l'attribution de l'**APA**, Allocation Personnalisée d'Autonomie(3,9).

L'indépendance des personnes très âgées est menacée dès que ces personnes sont "malades". Le traitement de ces patients ne consiste pas seulement à "guérir" la maladie. Dès les premiers signes de maladie, il faudra garder à l'esprit le but ultime du traitement, c'est à dire le maintien du degré d'indépendance précédant l'état morbide. La revalidation est donc aussi une composante clé de tout schéma thérapeutique complet chez un patient gériatrique. Elle doit être mise en œuvre dès le début de la maladie. Toute personne concernée par les soins à apporter à ces patients doit adopter une attitude tendant à la revalidation.

II-2-La continuité des soins

Le patient âgé est donc fragile et complexe, nécessitant une prise en charge globale et spécifique. Le médecin traitant en est le coordonnateur mais la prise en charge gériatrique fait appel à de multiples intervenants : médecins spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes...

La communication entre tous ces intervenants est indispensable pour une prise en charge cohérente, efficace, efficiente. C'est à dire une bonne continuité des soins. Cette continuité des soins est primordiale entre médecins de soins primaires (médecins généralistes) et spécialistes hospitaliers (chirurgiens, gériatres,

urgentistes)(10). La communication entre médecins en soins primaires et urgentistes est la pierre angulaire de la bonne continuité des soins entre médecine de ville et médecine hospitalière dans la dimension des soins non programmés. De sa qualité dépend la qualité de la prise en charge du patient, d'autant plus lorsque ce dernier est aussi complexe que le patient âgé.

Malheureusement, ce lien ville-hôpital est décrit dans les études comme mis en défaut, d'autant plus lorsqu'il est établi dans le cadre de l'urgence, avec parfois précipitation. Les conséquences sur la prise en charge du patient peuvent être lourdes : perte de temps, retard de prise en charge, mauvaise orientation, iatrogénie, jusqu'à majoration de la morbi-mortalité(11,12). Les outils de communication n'ont en effet pas évolué, ils restent archaïques en 2016 et sont source d'une perte d'informations importantes.

II-3-Démographie, épidémiologie et enjeux

II-3-1-Démographie de la population française

La population française vieillit et cela de façon inédite dans les prochaines années en raison du papy-boom qui débute. Par ailleurs l'espérance de vie a augmenté et continue d'augmenter.

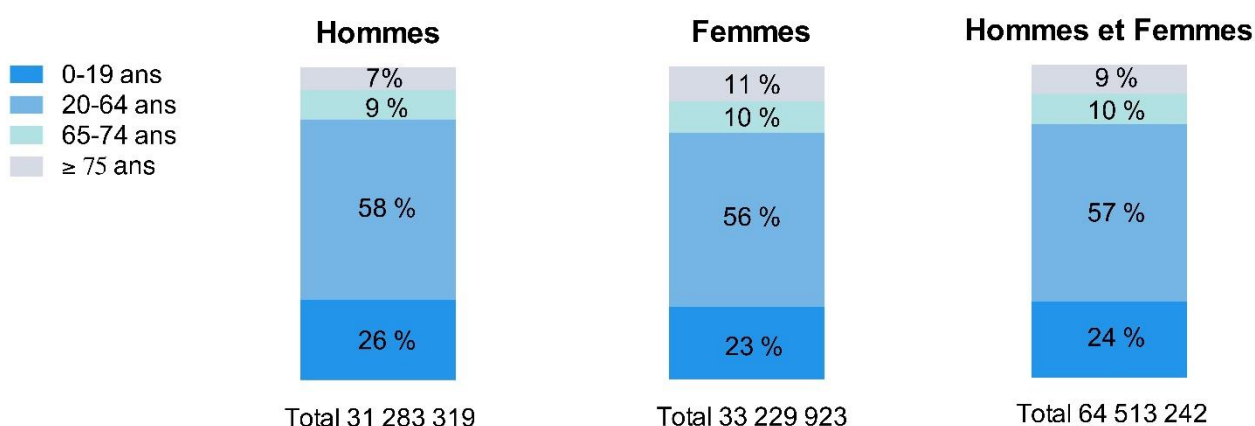


Figure 2. Démographie de la population française par tranche d'âge au 1^{er} janvier 2016 selon les données de l'INSEE.

En France au 1^{er} janvier 2016 près d'un habitant sur cinq est âgé de 65 ans ou plus, soit près de 12,3 millions de personnes, dont la moitié a atteint ou dépassé les 75 ans (Figure 2)(13).

Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%. Projection de population : si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans(14). Selon le scénario démographique moyen, la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes de 65 ans ou plus (+10,4millions). L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus s'accroîtrait à lui seul de 7,8 millions d'ici à 2070, soit presque les trois quarts de la hausse totale. En 2070, 13,7 millions de personnes seraient ainsi âgées de 75 ans ou plus, soit deux fois plus qu'aujourd'hui. Le nombre de personnes de 85 ans ou plus pourrait presque quadrupler, passant de 1,8 million à 6,3 millions(1). Le vieillissement de la population est bien plus rapide que dans le passé. Tous les pays doivent relever des défis majeurs pour préparer leurs systèmes sociaux et de santé à tirer le meilleur parti de cette mutation démographique (OMS 2016)(14).

Sur la côte Atlantique ce vieillissement est accentué par un héliotropisme d'une population retraitée. En 2015, les plus de 60 ans représentaient 29% de la population de la région Nouvelle-Aquitaine (N-A), soit 4,2% de plus qu'au niveau national (France métropolitaine). Depuis 2008, la proportion des plus de 60 ans a augmenté de 3% en Nouvelle-Aquitaine. Le Poitou-Charentes connaît la plus importante croissance des plus de 60 ans (+3,6%) et la diminution la plus forte des moins de 40 ans (-2,7%), sous le double effet d'une diminution du nombre d'habitants de moins de 60 ans (-29 998) et d'une croissance de celui des plus de 60 ans (+77 740). En Aquitaine, sur la même période, l'évolution démographique a été moins marquée, puisque la part des moins de 40 ans n'a diminué que de 2% tandis que la croissance des plus de 60 ans était de +2,8%(15).

En 2012, l'INSEE prévoyait une croissance de près d'1 million d'habitants à l'horizon 2040 pour l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine, soit une évolution de 17% (contre une estimation à +12% pour l'ensemble de la France métropolitaine). Durant cette période le vieillissement de la population devrait évoluer au même rythme que la moyenne nationale, soit une croissance de +52 % du nombre de 60 ans et plus(15).

II-3-2-Espérance de vie de la population française

Trois critères paraissent majeurs : espérance de vie à la naissance, espérance de vie à 65 ans, espérance de vie en bonne santé.

Espérance de vie à la naissance : l'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année.

Espérance de vie à 65 ans : c'est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge (ou durée de survie moyenne à l'âge de 65 ans), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

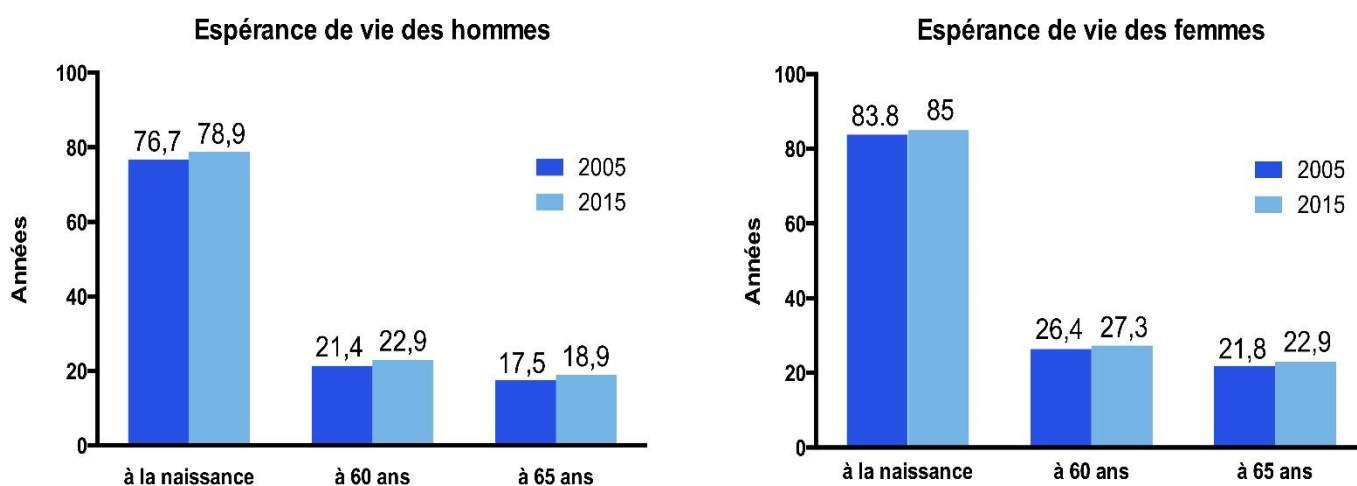


Figure 3 : Espérance de vie à la naissance, à 60 et 65 ans pour les hommes et les femmes en France en 2005 et 2015 selon l'INED / INSEE.

En dix ans, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,2 ans et celle des femmes de 1,2 an, pour atteindre respectivement 78,9 et 85,0 ans (Figure 3). De 2013 à 2015, l'espérance de vie a faiblement progressé pour les hommes (augmentation de 0,2 an) et stagné pour les femmes. Ce ralentissement s'explique essentiellement par l'épisode grippal de l'hiver 2014/2015, qui a accru la mortalité chez les personnes âgées, et conduit à un recul de l'espérance de vie en 2015 par rapport à 2014. Le retour de la progression tendancielle est donc attendu pour 2016(16).

Espérance de vie en bonne santé : l'espérance de vie en bonne santé évaluée, à la naissance, le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. L'indicateur est construit grâce à l'enquête européenne sur les conditions de vie (SILC) coordonnée par Eurostat sur la

base des réponses données à la question : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? 1. oui, fortement limité(e) ; 2. oui, limité(e) mais pas fortement ; 3. non, pas limité(e) du tout ». Comme dans toute enquête, les réponses sont sensibles aux formulations employées, ce qui rend cet indicateur plus fragile que l'espérance de vie. Seuls les gens qui ne déclarent aucune limitation sont considérés comme en bonne santé.

Pour une classe d'âge donnée, la variation de l'espérance de vie en bonne santé dépend à la fois de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'évolution de la prévalence des incapacités.

Avec l'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population, les sociétés sont confrontées au problème de la dépendance. L'espérance de vie en bonne santé devient une donnée clé.

En 2015, l'espérance de vie en bonne santé atteint 62,6 ans pour les hommes et 64,4 ans pour les femmes(16).

La prévalence des incapacités ayant légèrement diminué pour les femmes, leur espérance de vie en bonne santé progresse légèrement par rapport à 2013 (+0,2 an). En revanche, elle a progressé de manière sensible chez les hommes de plus de 75 ans, ce qui conduit à une baisse de l'espérance de vie en bonne santé chez les hommes (-0,3 an).

L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans s'établit en 2015 à 10,6 ans pour les femmes et 9,7 ans pour les hommes, stable par rapport à 2013(16–18).



Figure 4. Espérance de vie en bonne santé en 2015(16).

II-3-3-Consultations et hospitalisations en urgence des personnes âgées

a-En service d'urgence :

	Région N-A	Aquitaine
Nombre de passages Gériatriques, >75 ans	270 602	141 117
Taux d'urgence Gériatrique	17 %	16 %
Evolution 2014/2015	+4,6 %	+3,9 %

Tableau 1. Passages aux urgences des plus de 75 ans dans la région Nouvelle-Aquitaine et en Aquitaine en 2015 selon le Rapport « Activité des structures d'urgence 2015, panorama de la région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes »(15).

Il y a eu en 2015 1 617 311 passages aux urgences en région Nouvelle-Aquitaine tous âges confondus (+3,2% entre 2014 et 2015). 17% des urgences concernaient des patients de plus de 75 ans. Le rapport d'activité des structures d'urgence 2015 révèle une augmentation de 4,6% de ces consultations des plus de 75 ans entre 2014 et 2015 (Tableau 1).

La population gériatrique, âge > 75 ans, représente 9% de la population mais plus de 15% des passages. Parmi ces derniers patients de plus de 75 ans, 51% ont entre 75 et 84 ans et 49% plus de 84 ans, dans la région Nouvelle-Aquitaine(15).

Sur tous ces patients de plus de 75 ans ayant consulté aux urgences en 2015 en Région Nouvelle-Aquitaine, 59% ont été hospitalisés (58% en Aquitaine), pour un taux d'hospitalisation post-urgence global tous âges confondus de 26%. Soit 420 500 hospitalisations post-urgence sur l'année, dont 159 655 de plus de 75 ans, soit presque 38% des hospitalisations sont des patients de plus de 75 ans.

Sur toute la France le nombre de consultations des plus de 75 ans en Service d'Accueil des Urgences est tout aussi significatif et en augmentation (Figure 5).

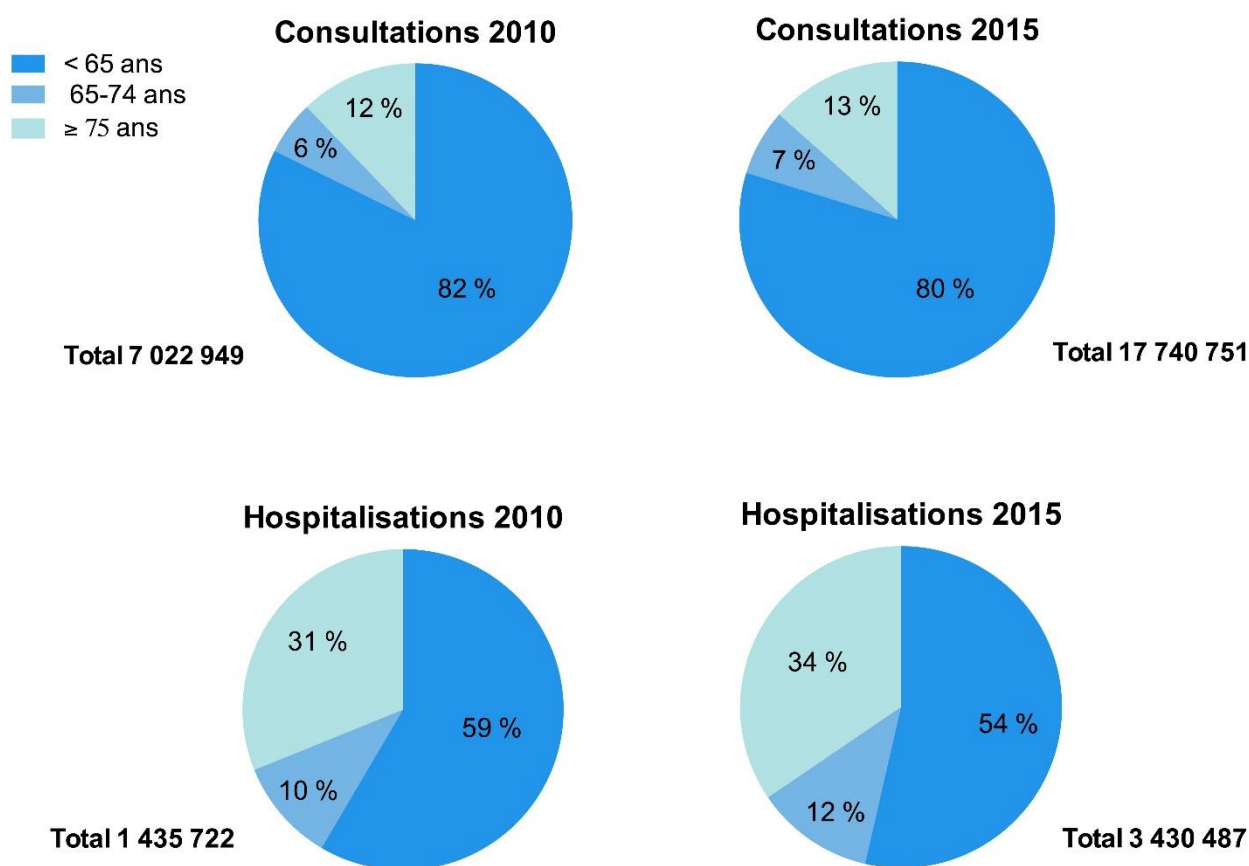


Figure 5. Consultations et Hospitalisations selon catégories d'âge en SAU en France en 2010 et 2015 à partir des données SurSaUD(19).

Au Centre Hospitalier de la Côte Basque de Bayonne il y a eu 56 641 passages au SAU en 2015 (+8% entre 2014 et 2015) dont 7 364 patients de plus de 75 ans soit 13%(19).

II-4- Le courrier médical

Le courrier manuscrit sur papier libre est le moyen de communication actuel restant le plus répandu lorsqu'un praticien en soins primaires souhaite adresser un patient âgé aux urgences, parfois accompagné d'un coup de téléphone au service receveur. Son rôle est de transmettre de façon la plus exhaustive et la plus synthétique les informations nécessaires à la prise en charge du patient par un confrère. Ce n'est pas un exercice facile.

La réalisation d'un courrier médical complet est en effet une obligation légale, en vertu de l'article R 1112-11 du Code de Santé Publique. L'article 45 du Code de Déontologie Médicale précise qu'il devrait comporter « les informations utiles à la continuité des soins »(10).

Il est soumis à l'obligation du secret médical. Il n'y a donc pas lieu de transmettre tout le dossier médical. Les informations échangées doivent être à la fois les plus exhaustives possible, mais également restreintes au strict minimum nécessaire à l'exercice du praticien qui va recevoir le patient. La transmission des informations doit être réalisée en accord avec le patient et sécurisée.

Il s'agit d'une pièce officielle du dossier médical, médico-légale. Il n'est alors plus la propriété propre de son auteur mais également celle du patient. Il ne faut pas adjoindre des considérations personnelles. L'auteur doit être parfaitement identifiable. Le courrier doit être daté.

Le patient est en droit de lire ce courrier même si cela n'est pas toujours souhaitable en raison des termes médicaux utilisés. Le médecin a l'obligation d'informer le patient du contenu du courrier. Pour que cela soit respecté il peut soit formuler de vive voix ou dicter devant le malade les termes de sa lettre, soit la remettre décachetée à son malade afin qu'il puisse en prendre connaissance. Pour les informations sensibles il peut être proposé au malade de les indiquer lui-même à l'autre médecin ou de les transmettre oralement à l'autre médecin par téléphone ou entrevue, notamment si l'on considère que la connaissance de cette information pourrait être préjudiciable au patient.

Dans le cadre de l'urgence, c'est le secret médical partagé entre confrères qui prévaut, les informations devant être transmises pour la bonne continuité des soins, sauf souhait contraire du patient(20). Chez la personne âgée, poly-pathologique, au lourd traitement et souvent désorientée, les informations contenues dans le courrier ont une importance d'autant plus grande qu'elle est souvent dans l'impossibilité de les énoncer avec précision. Pour les proches, c'est également rare qu'ils connaissent le dossier médical du patient sans oubli.

S'il est encore en majeure partie manuscrit et sur papier libre, le courrier médical peut être informatisé. Les obligations sont les mêmes. Pour la transmission sur des systèmes informatisés, sujet ayant fait l'objet de plusieurs rapports en ce qui concerne le respect du secret, une sécurisation est essentielle(21). Des messageries médicales sécurisées existent dans certains secteurs, avec pour les praticiens une signature électronique personnelle. Concernant les difficultés sur son contenu, le manque d'information fréquent, elles seront en partie résolues par l'obligation de standardisation et de simplification du message.

II-5-Un courrier médical mis à défaut

Il a été constaté que les médecins urgentistes n'étaient pas toujours satisfaits des courriers d'admission des médecins généralistes. Un courrier manuscrit est parfois difficile à déchiffrer. Les études évaluant la qualité de ce type de courrier objectivent un manque régulier d'informations essentielles. Certaines sont plus souvent mises à défaut et leur absence peut entraîner des conséquences négatives significatives : allergie, situation sociale, posologies, capacités fonctionnelles habituelles. Le motif du transfert lui-même n'est parfois pas explicité mais sous-entendu(12,22-25).

Les patients âgés, nombreux à avoir une diminution de leurs capacités cognitives, sont les plus dépendants du système de santé, qui doit être capable de communiquer, transmettre correctement ces informations médicales essentielles. Les conséquences sont majeures, encore davantage chez ces patients : retard de prise en charge, mauvaise orientation, retard diagnostique, erreurs de traitement avec survenue d'évènements indésirables, entrée dans la dépendance, institutionnalisation, majoration de la morbi-mortalité.

Ces études présentent des éléments de réponse à donner pour une amélioration de la qualité de ce courrier. Le courrier idéal est décrit comme devant être standardisé. Il s'agirait d'un courrier-type permettant d'éviter l'oubli d'informations essentielles, d'améliorer la qualité des informations transmises et d'éviter une lecture fastidieuse pour le praticien receveur(12,24,26–29). Cet outil de liaison se doit d'être légitimé par une base scientifique et validé par des experts. Ce courrier doit être facile et pas trop long à remplir pour les praticiens de soins primaires. Il se doit d'être exhaustif concernant les informations du patient âgé, mais également synthétique, aller à l'essentiel pour aider le praticien urgentiste.

Le courrier manuscrit sur papier libre ou à entête paraît aujourd'hui désuet, insuffisant. Une numérisation permettrait d'éviter les courriers manuscrits difficiles à déchiffrer, cela permettrait un courrier-type partout disponible, une rapidité de remplissage de la fiche, avec une partie qui pourrait être toujours pré-remplie, soit par le patient lui-même, soit par le praticien de soins primaires ou de façon automatique via le logiciel de son cabinet. La numérisation est aujourd'hui simple et pratique. La plupart des cabinets sont informatisés. Des logiciels mobiles associés à la généralisation d'internet peuvent permettre de compléter un dossier numérique en tout lieu et de transmettre directement des informations à un confrère, comme lors d'une consultation à domicile. Cela est déjà utilisé quotidiennement par des praticiens chez SOS Médecins. La numérisation peut permettre aujourd'hui de façon automatique la datation, l'horodation, l'identification de l'auteur avec signature sécurisée, l'archivage. Elle peut permettre un transfert rapide et sécurisé des informations.

II-6-Hypothèse de travail

Un outil de liaison gériatrique est manquant entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Par sa création la communication entre les praticiens pourrait être améliorée, permettant une meilleure continuité des soins, une plus grande qualité de prise en charge des patients âgés. Cet outil doit être adapté au contexte de la prise en charge en urgence de ces patients vulnérables. Un support numérique devrait favoriser une communication la plus exhaustive, en tout moment et en tout lieu, et la plus adaptée aux contraintes médico-légales actuelles.

Le processus de création de cet outil de liaison gériatrique adapté à l'urgence doit être initié en définissant les informations nécessaires à la bonne continuité de prise en charge de la personne âgée. Les divers praticiens amenés à prendre en charge la personne âgée sont les plus à même de pouvoir définir ces informations. Une fois ces informations définies, une fiche gériatrique standardisée pourrait être produite. Cette dernière pourrait par la suite être mise en place sur un secteur médical restreint pour évaluer son utilisation et son intérêt concret. Selon l'issue, avec amélioration si nécessaire, l'utilisation de cette fiche d'informations pourrait être légitimée et encouragée.

En parallèle le support de cette fiche d'information doit être réfléchi pour que l'outil de liaison réponde au mieux aux besoins.

II-7-Objectif de cette thèse

L'objectif de cette thèse est donc de débiter un processus de création d'un nouvel outil de liaison entre les praticiens en soins primaires en ville et les médecins hospitaliers, pour les patients âgés gériatriques, pouvant être utilisé dans le contexte de l'urgence.

Il s'agit de la première étape, c'est-à-dire définir la liste des informations devant être présentes sur cet outil de liaison pour qu'il favorise la continuité des soins, remplisse les obligations médico-légales et soit pratique dans le cadre de l'urgence.

III-METHODE

III-1-METHODE : Méthode DELPHI par la HAS

La méthode choisie est une méthode de consensus formalisé suivant celle décrite par le guide de la Haute Autorité de Santé de 2006(30). Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. Leur intérêt réside dans les cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de la littérature, de données d'un niveau de preuve faible ou de données contradictoires.

L'utilisation de la méthode « Recommandations par consensus formalisé » peut être envisagée si au moins deux des conditions suivantes sont remplies :

- absence ou insuffisance de littérature de fort niveau de preuve répondant spécifiquement aux questions posées ;
- possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) ;
- controverse, avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives, les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

Cette méthode paraissait donc comme idéale pour notre étude, car la littérature était faible sur la liste des informations devant être transmises lorsqu'un patient âgé est adressé aux urgences.

Les **principaux avantages de cette méthode** sont :

- sa capacité à identifier le degré d'accord ou d'indécision entre experts en sélectionnant parmi plusieurs propositions, complémentaires ou contradictoires, celles jugées appropriées, inappropriées ou incertaines ;
- la stricte indépendance entre le groupe de pilotage, qui formule les propositions à soumettre au vote, et le groupe de cotation qui juge du caractère approprié ou non des propositions soumises, évitant ainsi qu'un groupe ne soit « juge et partie ».

Sa **principale limite** était le nombre d'experts qu'il convient de réunir. Cette limite est particulièrement importante à prendre en considération pour ce thème étendu nécessitant la participation d'un nombre élevé de disciplines.

III-1-1-Les parties

Groupe de pilotage : Guillaume Chauvot (thésard médecin généraliste) et Docteur Ranchou (Directeur de thèse et gériatre au sein de l'Equipe MOBILE en Gérontologie du Centre Hospitalier de la Côte Basque)

- Rédaction de l'argumentaire scientifique après analyse critique de la revue de la littérature et pratiques existantes
- Rédaction des propositions à soumettre au groupe de cotation
- Création du groupe d'experts
- Soumission des propositions au groupe d'experts
- Récupération et analyse des résultats

Groupe de cotation : groupe d'experts

- Leur rôle était de sélectionner par un vote en deux tours, les informations essentielles à retenir pour être présentes sur la fiche de liaison, en tenant compte de la littérature disponible et de l'expérience pratique des membres.
- Sélection optimale de 10 à 15 professionnels, intervenant directement dans leur pratique quotidienne dans la prise en charge en urgence des personnes âgées.

III-1-2-Revue de la littérature

La mission du groupe de pilotage au cours de cette phase était de :

- réaliser une recherche bibliographique systématisée, afin d'identifier et de sélectionner les références conformes aux critères de sélection préétablis ;
- réaliser une analyse critique et une synthèse de la littérature retenue sous la forme d'un argumentaire scientifique ;
- rédiger une liste de propositions à soumettre à la cotation sur la base de l'analyse de la littérature effectuée et de l'expérience de ses membres dans le domaine traité.

III-1-3-Constitution d'un groupe d'experts

Nous avons choisi de former un groupe d'experts pluridisciplinaire reflétant l'ensemble des professions médicales concernées par l'utilisation de la fiche de liaison, en essayant que chaque discipline soit représentée de façon équivalente sur l'hypothèse d'avis contradictoires.

Notre objectif était un groupe composé de :

5 médecins généralistes en cabinet de ville, 5 médecins généralistes exerçant chez SOS Médecins (médecine d'urgence ambulatoire libérale), 5 médecins urgentistes spécialistes, 5 gériatres.

L'objectif initial étant de mettre en place cette fiche de liaison d'urgence dans le secteur de la Côte Basque, sur les environs du Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne, des professionnels du secteur ont été sollicités selon leur spécialité et leur type d'exercice afin de former un groupe d'experts légitime. Les praticiens acceptant de participer au groupe, de manière nominative, ont été retenus.

III-1-4-Phase de sollicitation du groupe d'experts

Il s'agissait d'une phase permettant d'identifier par un vote en deux tours et avec retour d'information intermédiaire, les points d'accord, de désaccord ou d'indécision entre les membres du groupe de cotation. Cette phase aboutissait à la sélection des items faisant l'objet d'un consensus au sein du groupe de cotation.

III-1-4-a-Premier tour de cotation

-Chaque membre du groupe de cotation a reçu par mail un résumé de l'argumentaire scientifique issu de la revue de la littérature et l'analyse des pratiques existantes

-Chaque membre a reçu la liste des items proposés

-Puis, individuellement et sans contact préalable avec les autres membres du groupe, il a répondu par voie électronique au questionnaire qui lui était adressé.

- Ce questionnaire comprenait une échelle numérique graduée de 1 à 9, en regard de chaque item proposé. Cette échelle permettait à chaque membre du groupe de cotation de donner son avis sur le caractère approprié ou non de chacune de ces propositions.

Le questionnaire comprenait une plage de commentaire, notamment en cas de souhait d'ajouter à la cotation un item supplémentaire (avec justification).

Cotation :

En regard de chaque item était placée une échelle numérique graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifiait que le cotateur jugeait la proposition « totalement inappropriée »
- la valeur 9 signifiait que le cotateur jugeait la proposition « totalement appropriée »
- les valeurs 2 à 8 traduisaient les situations intermédiaires possibles ;
- la valeur « 5 » correspondait à l'indécision du cotateur.

Le cotateur devait impérativement coter tous les items.

Les réponses entre deux chiffres n'étaient pas possibles.

III-1-4-b-Analyse par le groupe de pilotage

-Cette analyse permettait de déterminer les items acceptés et ceux qui devaient être discutés.

- Les items ayant obtenu un accord fort au 1er tour étaient acceptés tels quels : ils n'étaient pas soumis au second tour de cotation. Les autres items, en particulier en cas d'incertitude, étaient soumis au second tour de cotation.

Il y avait **accord** lorsque les cotations prises en compte étaient toutes ≤ 5 ou toutes ≥ 5 .

Une proposition était jugée :

-**appropriée**, lorsque la valeur de la médiane était ≥ 7 et qu'il y avait accord entre les membres du groupe de cotation ;

-**inappropriée**, lorsque la valeur de la médiane était ≤ 3 et qu'il y avait accord entre les membres du groupe de cotation ;

-**incertaine**, lorsque la valeur de la médiane était comprise entre 4 et 6 (indécision) ou lorsqu'il y avait absence de consensus entre les membres du groupe de cotation.

Restitution des résultats du premier tour de votes

La restitution des résultats permettait à chaque cotateur de se situer par rapport au reste du groupe. La présentation de la tendance des résultats de cotation du premier tour, associée aux commentaires pour chaque item, apportaient une réflexion entre les experts du groupe.

III-1-4-c-Deuxième tour de cotation

-Il était proposé une deuxième liste d'items, composée des items n'ayant pas fait consensus. Les items considérés comme totalement appropriés de façon unanime étaient validés et retirés de la liste.

Les items jugés unanimement comme totalement inappropriés étaient supprimés et ne faisaient pas partie de la liste définitive.

-Il était souhaité des commentaires, des justifications, notamment en cas de désaccord important de cotation avec le reste du groupe.

III-2-Analyse des résultats après le second tour de cotation

III-2-a-La tolérance

Comme précisé en fin de description de la méthode de la HAS, pour la validation des items à la suite de la deuxième cotation, il peut être appliqué une certaine tolérance pour définir un accord. Cette tolérance a pour intérêt d'éviter que le vote avec rejet systématique des propositions par un cotateur ne bloque le processus de sélection des propositions. Ainsi, les réponses prises en compte pour l'analyse peuvent, sous certaines conditions, exclure des valeurs extrêmes.

La méthode de la HAS explicite : « En l'absence de valeur manquante, une des réponses peut être exclue de l'analyse du degré d'accord selon les règles suivantes : la valeur minimale est exclue si la médiane est strictement supérieure à 5 ; la valeur maximale est exclue si la médiane est inférieure ou égale à 5. Lorsque le groupe de cotation comprend 16 membres ou plus, les règles peuvent être adaptées : il est proposé d'exclure au maximum une valeur extrême, en l'absence de valeur manquante, par tranche de 15 membres. Ceci correspond à accepter de ne pas prendre en compte : si 9 à 15 cotateurs, une valeur manquante ou une valeur exclue (valeur minimale si médiane > 5 ou valeur maximale si médiane ≤ 5) ; si 16 à 30 cotateurs, 2 valeurs manquantes, ou 2 valeurs exclues, ou 1 valeur manquante et une exclue. »

Lors de ce processus, pour un groupe de 20 experts, en cas d'absence de valeur manquante pour notre second tour de cotation, nous pouvions exclure 2 valeurs extrêmes (soit 10% des valeurs). En s'appuyant également sur d'autres études, nous

avons analysé les items validés selon une tolérance de 10% ou de 20% (respectivement deux ou quatre valeurs extrêmes exclues).

III-2-b-L'écart interquartile

En parallèle la force de consensus a été évaluée par un indice de dispersion associé à la médiane : l'écart interquartile.

La médiane représente la valeur située au centre de la distribution, 50% des praticiens ont effectué une cotation inférieure ou égale, 50% des praticiens ont effectué une cotation supérieure ou égale. Associer à la médiane un indice de dispersion des cotations est important pour déterminer le degré d'accord entre les praticiens. Il a été décidé d'utiliser les quartiles et le calcul de l'écart interquartile, indice simple, souvent utilisé dans la littérature(31–33).

Le 1^{er} quartile Q1 égale la valeur de l'opinion émise par les 25% des répondants qui ont donné à un critère la plus faible valeur, donc qui le considèrent moins important. Le 2^{ème} quartile correspond à la médiane. Le 3^{ème} quartile Q3 égale la valeur de l'opinion émise par les 25% des répondants qui ont accordé à un critère la plus forte valeur, donc qui le considèrent le plus important. L'écart interquartile Q3-Q1 comprend donc 50% des cotations, plus il est petit plus les cotations se concentrent autour de la médiane, plus le consensus apparaît comme fort.

La figure 6 est un exemple de représentation de la répartition de valeurs de cotation selon un diagramme de quartiles.

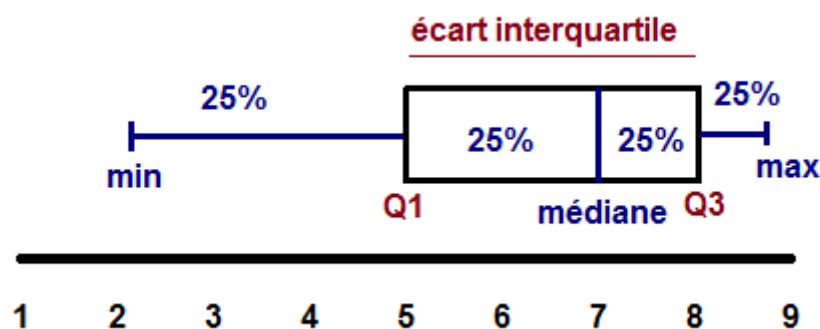


Figure 6. Exemple de diagramme de quartiles

La force de consensus a été définie selon cette échelle (32):

- $Q1 = Q2 = Q3$: accord parfait
- $Q3 - Q1 \leq 2$: très fort consensus
- $Q3 - Q1 = 3$: fort consensus
- $Q3 - Q1 = 4$: consensus moyen
- $Q3 - Q1 > 4$: consensus faible

III-2-c-Analyse selon la tolérance et les quartiles

Ces deux analyses distinctes ont été réalisées pour évaluer la présence d'un accord sur l'appropriation d'un item. Les résultats de ces analyses ont été comparés. Les items validés appropriés pour être sur la fiche de liaison ont obtenu un accord significatif par les deux analyses.

III-3-Rédaction d'une liste définitive d'items

A la suite des analyses, nous avons pu établir une liste des items jugés appropriés par les experts pour appartenir à l'outil de liaison. Cette liste contient les items validés par le premier et le second tour de cotation. A partir de cette liste, un courrier de liaison gériatrique d'urgence a été créé.

IV-RESULTATS

IV-1-Revue de la littérature

Une revue de la littérature a été réalisée à la recherche d'études sur les informations devant être retrouvées dans un courrier d'admission, pour une bonne continuité des soins, et notamment pour les patients âgés. Cette revue de la littérature a été réalisée en mars 2016.

IV-1-1-PubMed

Recherche réalisée avec les termes suivants :

- "admission referral letters" : 80 résultats
- "transfer referral letters" : 56 résultats
- "transfer referral letters" OR "admission referral letters" : 135 résultats
- "primary care referral letters" AND "content" : 44 résultats
- "aged" AND "primary" AND "care" AND "referral letters" AND "content" : 8 résultats

⇒ "transfer referral letters" OR "admission referral letters" : 135 résultats

⇒ Sur ces 135 résultats, après lecture du titre et parfois du résumé, seulement 8 documents concernaient véritablement la qualité des informations contenues par les courriers d'admission des médecins généralistes à destination des urgences(11,25,26,28,34–37), dont 2 documents concernant plus spécifiquement les personnes âgées(11,28) (tableau 2).

Titre et auteurs	Année de publication	Niveau de preuve	Informations
<p>Enhancing continuity of information. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, et al.</p>	Juin 2009	Intermédiaire	<p>Revue systématique de la littérature et consensus formalisé avec la méthode Delphi.</p> <p><u>Limites</u> : basé sur une revue de la littérature comprenant essentiellement la continuité des soins pour les patients adultes asthmatiques. Les items sont plutôt orientés vers la pathologie chronique plutôt que pour la pathologie aiguë et encore moins pour l'urgence. Revue non spécifique à la personne âgée. La fiche de liaison n'a également pas été évaluée par la suite.</p>
<p>Older patient hospital admissions following primary care referral: the truth is in the referring. Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D.</p>	Février 2016	Faible	<p>Etude rétrospective d'analyse de la qualité du contenu des courriers des médecins traitant adressant une personne âgée aux urgences, en comparant aux informations établies comme indispensables ou facultatives par les recommandations de la HIQA.</p> <p><u>Limites</u> : étude rétrospective, monocentrique, durant une période limitée</p>
<p>Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. Wahlberg H, Valle PR, Malm S, Ragnhild Broderstad A.</p>	Janvier 2013	Fort	<p>Etude prospective, randomisée, en simple aveugle, comparant la qualité d'un courrier selon qu'un modèle ait été proposé ou non.</p> <p><u>Limites</u> : possible amélioration transitoire de la qualité des courriers par les médecins au courant de l'étude. Exclusion des patients ne pouvant pas consentir à la participation, tels les patients âgés, déments. Utilisation d'une fiche avec un nombre réduit d'items. Fiche non spécifique à la personne âgée, ni à l'urgence.</p>
<p>Présence d'une lettre d'admission accompagnant un malade âgé adressé aux urgences : un indicateur de fragilité. Caillet P, Herbaud S, Lejonc J-L, Paillaud E.</p>	Janvier 2008	Intermédiaire	<p>Etude prospective comparant les facteurs de fragilité chez les patients de plus de 75 ans vus au service d'accueil des urgences, avec ou sans courrier.</p> <p><u>Limites</u> : étude monocentrique, sans prise en compte du type, de l'origine et du contenu du courrier.</p>

Titre et auteurs	Année de publication	Niveau de preuve	Informations
Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al.	Octobre 2012	Intermédiaire	Revue de la littérature d'études sur la qualité de la communication entre les médecins généralistes et psychiatres par l'analyse des courriers. Revue systématique de la littérature. <u>Limites</u> : peu d'études analysées de bonne qualité. Etudes spécifiques à la communication avec des psychiatres, non spécifique à la personne âgée ni à l'urgence.
Referral letters to the emergency department: is the medication list accurate? McCullagh M, O'Kelly P, Gilligan P.	Février 2015	Intermédiaire	Etude prospective d'analyse de qualité de la liste des traitements dans les courriers des patients adressés aux urgences par un médecin généraliste. <u>Limites</u> : étude monocentrique, dans un temps limité.
Standardising Patient Referral Information: a Draft National Template for Consultation. Health Information and Quality Authority	2010	Intermédiaire	Document élaboré par la Health Information and Quality Authority, équivalent de la Haute Autorité de Santé en Irlande. Cette agence s'est appuyée sur une revue de la littérature internationale, la consultation des meilleures pratiques à travers le monde et des groupes d'experts pour établir une liste d'informations essentielles devant être présentes dans un courrier de médecin généraliste vers un confrère spécialiste en libéral ou en service hospitalier. Revue internationale de la littérature suivie de discussion en groupes d'experts, enquête déclarative nationale publique et réalisation de recommandations. <u>Limites</u> : pas d'évaluation de la fiche. Par ailleurs non spécifique aux personnes âgées ni à l'urgence.
The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. Garåsen H, Johnsen R.	2007	Intermédiaire	Analyse de la qualité de courriers entre les médecins traitants et l'hôpital par deux groupes d'experts à l'aide d'une évaluation visuelle standardisée et de la méthode de consensus formalisé Delphi. Etude prospective en aveugle. <u>Limites</u> : évaluation globale de la qualité des courriers, peu précise, basée sur une échelle non décrite.

Tableau 2. Description des documents issus de la revue de la littérature.

IV-1-2-Autres bases de données

Ces recherches ont également été réalisées à la fin du mois de mars 2016.

Recherche Cochrane Library :

-Recherche dans tout le texte

“aged” AND “emergency admission referral letters” AND “content” : 95 résultats

Après lecture du titre et/ou du résumé : aucun article ne concernait le contenu des courriers d’admission.

Recherche ScienceDirect:

“aged” AND “admission” AND “emergency” AND “referral letters” AND “content”: 53 résultats

Après lecture du titre et/ou du résumé : aucun article ne concernait le contenu des courriers d’admission.

Les recherches utilisant le terme « elderly » n’ont pas permis de trouver d’autre document sur le sujet.

IV-1-3-Outils existants

Les recherches ont permis de faire le point sur les outils de liaison déjà utilisés en France.

1-DLU : Dossier de Liaison d’Urgence

Il s’agit d’un dossier d’information de résident d’EHPAD destiné à améliorer le transfert des informations essentielles au médecin intervenant en urgence au sein de l’EHPAD ou bien lorsque le résident est adressé en Service d’Accueil d’Urgence. Il a été rédigé conjointement par la HAS (Haute Autorité de Santé) et l’ANESM (Agence Nationale de l’Evaluation et de la qualité des Etablissements des Services Sociaux et Médico-sociaux). Il est désormais obligatoire. Il existe deux formulaires différents, l’un a été produit par la HAS et l’autre par l’ARS (Agence Régionale de Santé)(38).

2-Fiche de patient remarquable

Il s’agit d’un document destiné à la transmission des informations de patients fragiles, à l’état général altéré ou en situation de soins palliatifs, en cas de contexte d’urgence.

Il a été établi par un groupe de travail du réseau RéCAP (Réseau Champ-Ardennais d'Accompagnement Palliatif)(39).

Dans certains pays il est utilisé une fiche de liaison pour les consultations de spécialiste, voire parfois spécifiques aux personnes âgées, mais jamais à la fois pour la personne âgée et adapté au cadre d'un transfert aux urgences.

IV-2-Liste des items soumis au premier tour de cotation

Cette liste de 37 items a donc été élaborée à partir des références obtenues dans la littérature. Tous les items observés dans la littérature ont été retenus. Certains items s'intitulaient différemment pour une même information. Ces derniers ont été regroupés en un intitulé le plus général.

	Item	Description
Administratif	1-Identité du patient	Nom, prénom, âge du patient
	2-Identité du médecin traitant	Nom du médecin traitant et coordonnées
	3-Identité du médecin réalisant la fiche et coordonnées, téléphone	Nom du médecin ayant complété la fiche = nom du médecin ayant complété la partie pré-remplie (pouvant potentiellement être différent du médecin traitant) et nom du médecin ayant complété la fiche dans le cadre de l'urgence (le praticien chez SOS Médecins par exemple ou autre médecin de garde)
	4-Nom, contact de l'établissement ou foyer si en institution	Nom et contact du foyer logement, d'une résidence pour personnes âgées
	5-Destinataire	Service ou praticien auquel le patient est adressé
	6-Personnes prévenues	Urgentiste, gériatre, chirurgien ou autre spécialiste si déjà contacté par téléphone. Cela pourrait faciliter son orientation dès l'arrivée du patient à l'hôpital et annoncer son arrivée au praticien prévenu

	7- Difficultés potentielles de communication (langue, trouble du la parole, trouble de compréhension)	Difficultés de communication : langue étrangère et/ou difficultés de parole connues afin de pouvoir trouver un interprète si besoin, utiliser une méthode adaptée de communication
Social	8- Lieu de vie (type de logement, escaliers, adapté ou non)	S'il est source de difficultés pour un retour au domicile
	9- Entourage (famille, vit seul ou non)	Avec qui vit le patient et/ou sa famille proche afin de définir un éventuel aidant principal, une personne de confiance, une personne à prévenir ou encore si le patient est seul pour le retour au domicile.
	10- Personne à prévenir, coordonnées	Nom et contact de la personne à prévenir pour un retour au domicile, une hospitalisation ou en cas d'évolution clinique rapide
	11- Aides humaines, aides techniques, aides financières	Aides nécessaires pour ses activités quotidiennes, pour compenser un handicap, pour des soins, afin de les adapter lors de l'hospitalisation ou de vérifier leur mise en place avant un retour au domicile
Antécédents	12-Pathologies en cours	Pathologies évolutives
	13- Antécédents médicaux, Antécédents chirurgicaux, Antécédents psychiatriques	Liste des pathologies antérieures principales
	14- Allergies	Allergies médicamenteuses, alimentaires, +/- type de réaction
	15- Handicaps : visuels, auditifs, langage, mental, physique	Déficits sensoriels et fonctionnels
	16- Alcool, tabac, autres toxiques	Consommation de toxiques
	17- Facteurs de risque (pour les pathologies en cours : cardio-vasculaire, diabète, asthme, escarre, chute...)	Facteurs de risque : comorbidités, risques de décompensation
	18- Traitement complet : nom, posologie++, modification récente	Traitement complet actualisé, avec dénominations chimiques internationales, la posologie et les modifications récentes

Pathologie actuelle	19-Histoire de la maladie	Histoire de la maladie : description de l'apparition puis de l'évolution de la pathologie actuelle
	20- Constantes vitales	Constantes actuelles : tension artérielle, température, pouls, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, glycémie capillaire, état de conscience
	21- Clinique : symptômes, signes cliniques objectifs	Symptômes actuels, plaintes et signes objectifs de l'examen clinique médical
	22- Résultats de biologie et d'examens complémentaires	Résultats de prises de sang et d'imageries, ayant été réalisés pour l'épisode actuel
	23- Hypothèse diagnostique ou problème médical reconcentré	Hypothèse diagnostique, problème de prise en charge
	24- Motif de transfert	Motif du transfert en milieu hospitalier
Urgence	25- Date et heure de prise en charge	Date et heure de l'examen clinique du praticien adresseur
	26- Heure dernier repas	Heure du dernier repas (dans l'éventualité d'une chirurgie en urgence)
	27- Degré d'urgence	Degré d'urgence estimé par le médecin adresseur
	28- Premières médications	Premier traitement donné dans le contexte d'urgence
Gériatrie	29-Protection juridique/ identité du tuteur	Mesure de protection type curatelle ou tutelle pour protéger notamment les intérêts d'une personne majeure incapable telle qu'une personne âgée dépendante ou avec troubles cognitifs
	30- Personne de confiance	Personne définie par le patient pour l'accompagner dans ses démarches et/ou faire respecter ses volontés, notamment en cas d'incapacité d'être consulté (peut être différente de la personne à prévenir)
	31- Statut fonctionnel descriptif	Capacités pour les activités les plus simples de la vie quotidienne décrites selon que le patient les fait seul, avec aide partielle ou aide totale

	32- Statut fonctionnel scoré : GIR, ADL, fragilité	Capacités pour les activités de la vie quotidienne selon les résultats à un score tel que ADL, IADL ou GIR
	33- Statut cognitif descriptif, MMSE si connu	Présence de troubles cognitifs, type et degré des troubles
	34- Statut thymique et psychique habituel (douleur morale, apathie, agitation...)	Si présence d'une dépression, type et degré des troubles
	35- Statut nutritionnel	Statut nutritionnel : si présence d'une dénutrition connue
Ethique	36- Limitations thérapeutiques	Décision collégiale, basée sur des conditions éthiques, de renoncer à entamer ou à poursuivre un traitement ayant pour objectif de prolonger la vie d'un patient, dans un objectif d'éviter un acharnement thérapeutique.
	37- Directives anticipées	Document écrit, daté et signé par lequel une personne rédige ses volontés quant aux soins médicaux qu'elle veut ou ne veut pas recevoir dans le cas où elle serait devenue inconsciente ou elle se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Elles sont la base des limitations thérapeutiques. La personne de confiance peut être déclarée dans les directives anticipées.

IV-3- Les experts

Un groupe de 20 experts ayant accepté de répondre nominativement au premier tour de cotation a été obtenu :

- 5 gériatres exerçant au CHCB (dont l'un exerçant en Equipe Mobile d'Orientation Gériatrique)
- 5 urgentistes exerçant au SAU du CHCB de Bayonne
- 5 médecins généralistes exerçant chez SOS Médecins de la Côte Basque
- 5 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville sur la Côte Basque

Liste détaillée en annexe (annexe 1).

IV-4-Résultats de la 1ère cotation

11 items ont été validés dès cette première cotation, tous les experts leur ont donné une cotation supérieure ou égale à 5 et la médiane est supérieure à 7.

- Identité patient - commentaire : date de naissance à ajouter
- Identité du médecin traitant - commentaire : avec coordonnées téléphoniques
- Identité du médecin réalisant la fiche
- Personne à prévenir, coordonnées
- Nom, contact de l'établissement ou foyer si en institution
- Allergie
- Traitement complet (commentaires : « éternel problème du dossier médical à domicile » ; « ordonnance ou traitements à jour, mentionner les traitements stoppés et les nouveaux »)
- Histoire de la maladie
- Symptômes
- Hypothèse diagnostique ou problème rencontré
- Directives anticipées (commentaire : « Lorsqu'elles ont été établies lors d'un passage en milieu hospitalier, que ces dernières suivent le patient à son domicile »)

Aucun item ne présentait un accord le jugeant inapproprié.

IV-5-Nouveau décret

Lors de la période entre les deux cotations, un nouveau décret ministériel a été publié :

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison(40)

Publics concernés : professionnels de santé, établissements de santé.

Objet : contenu et modalités de transmission de la lettre de liaison.

Entrée en vigueur : les dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2017.

Notice : le présent décret a pour objet de préciser le contenu et les modalités de transmission de la lettre de liaison. Il précise le contenu attendu d'une lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et le contenu de la lettre de liaison à la sortie de cet établissement ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

« Art. R. 1112-1-1.-Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

Ce décret de juillet 2016 dans le cadre de la nouvelle loi santé, présente pour la première fois le terme de « lettre de liaison » (d'entrée ou de sortie) comme lien ville-hôpital et hôpital-ville et en définit certains contours. Son but est une meilleure fluidité du parcours de soin du patient. Elle doit être à « destinataire identifié » et « émetteur connu ». La loi prévoit qu'une lettre soit automatiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin qui adresse ce patient.

Deux items, pour lesquels il y avait une indécision des experts, étaient donc désormais obligatoires :

-Destinataire ; commentaires : « Le patient va de toute façon aux urgences », « On peut s'en passer pour une fiche synthétique », « Savoir si gériatre informé ou non »

-Motif de transfert ; commentaires : « clairement exprimé même si problème de placement ou épuisement des aidants », « redondant », « ça rejoint le diagnostic », « La notion de "maintien au domicile difficile" est inappropriée, la question d'une perte d'autonomie récente et/ou d'un changement de comportement récent doit apparaître »

=>Il a été regroupé avec le diagnostic/problème posé

IV-6-Résultats de la deuxième cotation

13 items étaient déjà validés, il restait donc encore 24 items sans accord. A ces items ont été associés les commentaires émis par les experts au cours de la première cotation.

Plusieurs propositions concernant le format idéal de la fiche étaient associées afin de débiter une réflexion sur sa mise en place et son utilisation. En s'inspirant des diverses fiches préexistantes et des items potentiels, quatre modèles de fiche de liaison d'urgence gériatrique ont été produits et présentés (annexe 2). La mise en page et la disposition des items étaient différentes en fonction des fiches. Pour deux des quatre fiches, une forme numérique (facilement remplie en cochant numériquement une case ou choix déroulant...) et une forme papier ont été soumises aux critiques.

Voici les résultats item par item, associés aux commentaires du premier et du second tour de cotation. Les commentaires de la première cotation étaient associés aux items respectifs pour la deuxième cotation.

Pour chaque item, sont détaillés les nombres de cotations inférieures à 7 (cotation à partir de laquelle l'item est jugé approprié) et les nombres de cotations inférieures à 5 (cotation sous laquelle l'item est jugé non approprié), selon le type d'exercice des praticiens. Pour chaque item, sont présentés la médiane et les quartiles des résultats de cotations.

1-Personne prévenue :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Parle-t-on du médecin des urgences ? » Oui, ou du gériatre voire du chirurgien ou autre médecin de service. Peut se grouper avec l'item destinataire (obligatoire), si jugé approprié.

-Commentaires 2^{ème} cotation : « Facilite la cinétique de prise en charge intra-hospitalière si l'interlocuteur est autre que l'urgentiste », « important de savoir pour nous aux urgences qui l'a accepté pour tracer le parcours du patient », « indispensable de prévenir bien sûr le praticien à qui le patient est destiné et toujours l'urgentiste qui va le recevoir (on peut parfois anticiper la réservation de place avant l'arrivée du patient "gériatrique" », « pour le médecin récepteur cela permet de savoir qui le prend en charge et de contacter ce médecin pour avoir d'autres informations ou une conduite à tenir éventuelle », « téléphoner aux urgences de Bayonne, c'est parfois risquer d'avoir à justifier l'hospitalisation, perte de temps inadmissible »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	1/5	1/5	5	7 Item important	9	Q3-Q1=4 Consensus moyen
SOS	2/5	1/5	1/5				
Urgentistes	1/5	2/5	1/5				
Généralistes	1/5	2/5	0/5				
Total	5/20	6/20	3/20				

2-Difficultés potentielles de communication (langue, trouble de la parole ou de la compréhension):

-Commentaires 1^{ère} cotation : « surdité, langue parlée », « se recoupe avec les antécédents », « nécessaire »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « peut être regroupé avec les antécédents », « on peut retrouver cette info ailleurs », « intéressant pour le personnel soignant : si doit porter des lunettes, des prothèses, ou si parle basque, etc... », « il me semble important de noter en effet si le patient a un problème de communication et de quel type », « une surdité importante, une malvoyance, ou le non parlé de la langue française sont souvent oubliés dans les antécédents! c'est donc nécessaire », « effectivement se recoupe avec les antécédents mais souvent on ne parle pas des troubles des sens »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	1/5	0/5	6	7 Item important	9	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	1/5	3/5	1/5				
Urgentistes	1/5	2/5	1/5				
Généralistes	1/5	1/5	0/5				
Total	4/20	7/20	2/20				

3-Lieu de vie (adapté, escaliers...) :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « fondamental », « devrait aider à la compréhension d'un maintien au domicile impossible ».

-Commentaires 2^{ème} cotation : « fait partie du mode de vie du patient, utile à la décision de maintien à l'hôpital », « capital quand on se pose la question d'un retour au domicile ! », « Idéalement on peut tout noter mais chronophage, état post-hospitalisation à réévaluer », « je trouve bien qu'on ai le regard du médecin traitant sur le domicile, cela peut faire gagner du temps quand on organise un retour au domicile »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	1/5	0/5	5	7 Item important	9	Q3-Q1=4 Consensus moyen
SOS	2/5	2/5	1/5				
Urgentistes	0/5	2/5	0/5				
Généralistes	0/5	2/5	1/5				
Total	3/20	7/20	2/20				

4-Entourage (vit seul ?) :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Fondamental », « Devrait éviter qu'un patient regagne son domicile à 3h du matin... », « Coordonnées aidants et professionnels médicaux »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « fait partie du mode de vie du patient, utile à la décision de maintien à l'hôpital »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	0/5	1/5	0/5	7	9 Item très important	9	Q3-Q1=2 Très fort consensus
SOS	1/5	0/5	0/5				
Urgentistes	0/5	0/5	0/5				
Généralistes	0/5	1/5	0/5				
Total	1/20	2/20	0/20				

5-Aides techniques, humaines :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Plutôt à voir secondairement avec les services sociaux », « items aides techniques et humaines oui++++ mais financières non », « A détailler selon motif d'hospitalisation ».

-Commentaires 2^{ème} cotation : « fait partie du mode de vie du patient, utile à la décision de maintien à l'hôpital », « j'intégrerais tous ces items dans aides (familles, aides mises en place) et difficultés au domicile (architecture, gaz, vit seul, etc...) trop d'items et la fiche ne sera pas complétée donc il va falloir les regrouper de façon très synthétique et générale », « important car permet l'évaluation de l'autonomie antérieure mais si on l'a déjà dans un autre item, je trouve que ça surcharge », « vu des urgences il me semble important de savoir de quelles aides bénéficie mon patient qui va rentrer au domicile ! IDE demain matin ? Auxiliaire de vie ? », « aides humaines+++ », « pour une hospitalisation en urgence pas nécessaire mais c'est pour mieux organiser le post- hospitalisation »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gérialtres	1/5	3/5	1/5	4	7 Item important	8	Q3-Q1=4 Consensus moyen
SOS	4/5	2/5	1/5				
Urgentistes	1/5	1/5	1/5				
Généralistes	2/5	3/5	2/5				
Total	8/20	9/20	5/20				

6-Pathologie en cours :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « se recoupe avec histoire de la maladie », « parfois difficile à obtenir au domicile car pas de courrier ni d'ordonnance »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « rejoint l'histoire de la maladie », « dans antécédents ou histoire de la maladie », « histoire de la maladie et antécédents », « Peut se regrouper avec les antécédents »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	0/5	0/5	4	8 Item très important	9	Q3-Q1=5 Consensus faible
SOS	0/5	0/5	0/5				
Urgentistes	0/5	4/5	3/5				
Généralistes	0/5	2/5	2/5				
Total	1/20	6/20	5/20				

7-Antécédents

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Parfois difficile à obtenir au domicile car pas de courrier ni d'ordonnance », « au moins les principaux, utiles », « spécialistes et structures concernées »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « fondamentaux », « les antécédents sont essentiels, ils peuvent être pré-remplis », « fondamentaux, d'où la nécessité de les recueillir en amont »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	2/5	0/5	6	9 Item très important	9	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	0/5	1/5	0/5				
Urgentistes	0/5	0/5	0/5				
Généralistes	0/5	0/5	0/5				
Total	1/20	3/20	0/20				

8-Handicaps (visuel, auditif, langage, physique) :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « peut être vu ultérieurement », « se recoupe avec autonomie antérieure ? »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « se recoupe avec GIR, antécédents », « se recoupe avec d'autres items », « peut être vu ultérieurement »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	3/5	2/5	4	6 Item moyennement approprié	9	Q3-Q1=5 Consensus faible
SOS	2/5	1/5	1/5				
Urgentistes	0/5	4/5	1/5				
Généralistes	2/5	3/5	1/5				
Total	5/20	11/20	5/20				

9-Alcool, tabac, toxiques :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Patients âgés souvent sevrés de leur addiction, pas évident en urgence à reconnaître »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « dans les antécédents », « selon le contexte peut être important », « si le médecin traitant est au courant bien sûr, il peut aussi le mettre dans les antécédents, mais même le médecin traitant n'est pas toujours au courant des problèmes d'addiction »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	2/5	4/5	1/5	4	5 Non approprié	7	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	3/5	0/5	0/5				
Urgentistes	1/5	5/5	2/5				
Généralistes	1/5	5/5	2/5				
Total	7/20	14/20	5/20				

10-Facteurs de risque :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « dans antécédents », « peuvent être établis par le médecin receveur », « clairance de la créatinine »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « Varie pour chaque problème en cours, peut être établi par le receveur », « dans les antécédents, par contre créatininémie et poids », « dans antécédents », « aller à l'essentiel dans les antécédents », « facteurs de risque de fragilité ? Clairance de la créatinine, albuminémie, pro-BNP, poids, me semblent intéressants sinon dans les antécédents »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Validation
Gérialtres	2/5	4/5	4/5	3	6 Moyennement approprié	7	Q3-Q1=4 Consensus moyen
SOS	2/5	0/5	0/5				
Urgentistes	1/5	4/5	3/5				
Généralistes	2/5	3/5	2/5				
Total	7/20	11/20	9/20				

11-Constantes :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « celles qui sont jugées utiles », « selon les circonstances », « évolution sur les derniers jours++ »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « dans l'examen clinique », « noter si anormales mais montrer qu'elles ont été prises (en gériatrie : dextro si besoin mais surtout température, absence de globe ni de fécalome = les fondamentaux, et facile au domicile) », « Me semble le minimum ! On nous annonce parfois une tension artérielle à 80/40 mmHg ou température à 39 °C, qu'on ne retrouve pas à l'arrivée ! Si il a été fébrile au domicile avec une tension artérielle basse il existe clairement un problème infectieux que je ne dois pas négliger ! Même s'il est fréquent que le patient annoncé fébrile passe 4 ou 6h aux urgences sans température mais il va chauffer plus tard. Même remarque pour un trouble du rythme type fibrillation auriculaire constatée en ville mais résolutive à l'arrivée. », « important pour la cinétique », « selon circonstances », « selon la situation clinique », « si cela motive une hospitalisation ou une surveillance »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Validation
Gérialtres	2/5	2/5	1/5	5	6 Item moyennement approprié	9	Q3-Q1=4 Consensus moyen
SOS	0/5	1/5	0/5				
Urgentistes	0/5	3/5	2/5				
Généralistes	3/5	5/5	3/5				
Total	5/20	11/20	6/20				

12-Résultats de biologie et d'examens complémentaires :

-Commentaires de la 1^{ère} cotation : « surtout dernière créatininémie, pro-BNP et hémoglobine de base », « venir avec les examens réalisés », « ou coordonnées du labo pour les analyses en cours », « récents et données de base », « évite de refaire ».

-Commentaires 2^{ème} cotation : « La biologie est souvent refaite aux urgences pour juger de la cinétique à court terme. A joindre à la fiche, plutôt que de l'intégrer. », « venir avec tous les examens faits en externe, gain de temps et logique », « analyses récentes++ (hémoglobine, clairance, dextro, CRP, ... », « toujours utiles », « permet un comparatif », « ECG de référence »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gérialistes	1/5	2/5	2/5	4	7 Item important	9	Q3-Q1=5 Consensus faible
SOS	3/5	1/5	0/5				
Urgentistes	0/5	2/5	2/5				
Généralistes	1/5	1/5	1/5				
Total	5/20	6/20	5/20				

13-Date et heure de prise en charge :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Urgence=aux urgences ? », « au minimum date, heure si influence sur le pronostic ou le traitement ».

Les items d'urgence sont à remplir par l'émetteur.

-Commentaires 2^{ème} cotation : « si influence sur les traitements potentiels (comme lors de la prise en charge d'un Accident Vasculaire Cérébral), mais souvent spontanément mis dans l'examen clinique », « au minimum la date (pour les patients qui décident de venir le lendemain...), heure si influence sur le pronostic ou le traitement (Cf AVC) », « selon le contexte »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gérialtres	1/5	2/5	0/5	4	6 Item moyennement approprié	8	Q3-Q1=4 Consensus moyen
SOS	1/5	0/5	0/5				
Urgentistes	0/5	4/5	3/5				
Généralistes	1/5	5/5	3/5				
Total	3/20	11/20	6/20				

14-Heure du dernier repas :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « juste si pathologie chirurgicale »

-Commentaires de 2^{ème} cotation : « uniquement en cas de chirurgie potentielle », « en effet si pathologie chirurgicale », « pour la chirurgie ou le confort du patient (peut-être que cela peut aider à proposer un repas avant admission dans le service (le délai peut être long) », « juste si bloc envisagé », « importance si indication chirurgicale possible », « juste si chirurgical... et encore... »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gérialtres	3/5	5/5	3/5	3	5 Item non approprié	6	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	4/5	1/5	0/5				
Urgentistes	2/5	4/5	2/5				
Généralistes	2/5	5/5	3/5				
Total	11/20	15/20	8/20				

15-Première médication :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Obligatoire »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « traitement administré = noté », « évolution et adaptation du traitement », « si on a administré une thérapeutique il faut en faire la transmission ! », « médicaments administrés et heure d'administration », « obligatoire si traitement délivré »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	3/5	0/5	6	7 Item important	9	Q3-Q1= 3 Fort consensus
SOS	0/5	0/5	0/5				
Urgentistes	0/5	2/5	1/5				
Généralistes	2/5	3/5	1/5				
Total	3/20	8/20	2/20				

16-Degré d'urgence estimé :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Pour justifier un transfert aux urgences personne ne mettra relative. Cela met en difficulté le médecin receveur sur le plan médico-légal quand le degré d'urgence estimé est un peu surévalué. », « Par contre il semble indispensable de transmettre le projet à venir et notamment si retour au domicile envisagé et possible ou souhaité ou de nous préciser l'état actuel des démarches par exemple de placement ou d'aides envisagées ainsi que le désir de la famille ainsi que la position du patient », « Si urgence vitale ou grave = SMUR », « je n'aurais pas pensé spontanément à préciser aux urgentistes mon estimation du degré d'urgence, mais effectivement... »

Rien n'empêche que cette fiche accompagne le patient également lors d'un transfert SMUR. Je comprends les difficultés si la gravité est surévaluée, n'hésitez pas à me proposer une cotation qui vous convienne, par exemple cet item pourra sinon se limiter à : urgence <4h, <6h ou <24h.

-Commentaires 2^{ème} cotation : « L'estimation en délai semble plus objective mais n'aidera pas à la prise en charge intra-hospitalière (car tri fait par l'infirmière d'accueil) », « Pour justifier un transfert aux urgences personne ne mettra relative. En revanche, on peut préciser quand on adresse parce que le service de gériatrie/médecine contacté n'avait pas de place », « parfois difficile à déterminer je pense, urgence somatique ? sociale ? », « Cela serait une alerte pour l'infirmière d'accueil », « Si urgence vitale : SMUR. Si urgence tout court : urgence. Théoriquement pour un transfert aux urgences c'est que cela en est une. Après pour le maintien à domicile impossible c'est autre chose... », « Evaluation précise parfois

très difficile à domicile », « Si urgence on téléphone, cela évite effectivement de mettre en difficulté au niveau médico-légal », « Si la fiche est bien faite, le degré d'urgence saute aux yeux »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gérialistes	1/5	5/5	1/5	3	5 Item non approprié	5	Q3-Q1=2 Très fort consensus
SOS	2/5	3/5	1/5				
Urgentistes	1/5	5/5	2/5				
Généralistes	1/5	4/5	4/5				
Total	5/20	17/20	8/20				

17-Protection juridique, identité du tuteur :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Je doute que l'on puisse remplir cet item dans l'urgence, bien sûr c'est extrêmement important, il faudrait en fin de compte avoir cette fiche avec ce volet Gériatrique, rempli en amont avec tous les items qui suivent y compris les directives anticipées que nous ne pouvons pas remplir juste avant d'hospitaliser une personne », « Tous ces items gériatriques me semblent importants à connaître, même dans le cadre de l'urgence ». C'est en bonne partie l'objectif de cette fiche, merci !

-Commentaires 2^{ème} cotation : « doit être rempli avant la situation d'urgence, important de savoir s'il y a un tuteur », « non déclaré par le patient ni par le soignant très souvent »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gérialistes	0/5	1/5	1/5	6	7 Item important	9	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	5/5	2/5	1/5				
Urgentistes	1/5	1/5	1/5				
Généralistes	1/5	2/5	1/5				
Total	7/20	6/20	4/20				

18-Personne de confiance :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « et si elle est prévenue »

-Commentaires 2^{ème} cotation : /

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Géiatres	0/5	1/5	1/5	6	8 Item très important	9	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	5/5	1/5	1/5				
Urgentistes	1/5	2/5	1/5				
Généralistes	1/5	1/5	0/5				
Total	7/20	5/20	3/20				

19-Statut fonctionnel descriptif :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « ADL, IADL », « à mon avis le plus important c'est la MARCHE, c'est aussi le plus facile à identifier par le médecin traitant », « Depuis l'EHPAD, c'est dans la fiche de liaison mais depuis le domicile cela devrait être préciser. », « selon motif d'hospitalisation ».

-Commentaires 2^{ème} cotation : « très important de transmettre l'autonomie HABITUELLE, le score peut rajouter une difficulté pour le médecin généraliste, mais au minimum noter la MARCHE », « La grille AGGIR est un mauvais instrument d'évaluation, les grilles ADL ET IADL ne sont pas connues, elles servent au gériatre et au réanimateur. Si le médecin adresseur, l'EHPAD et l'urgentiste ne les connaissent pas...cela apparait peut utile. L'important est de pouvoir déterminer une autonomie de base et une modification récente de celle-ci. », « état de base comparatif », « Je ne manie pas ces scores ; je précise l'autonomie du patient dans son cadre de vie : possible ou pas », « pour la marche et les transferts », « Certaines fois ils évoluent vite et il est difficile de les remplir en urgence, contraignant. »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Validation
Gérialtres	0/5	2/5	1/5	5	6 Item moyennement approprié	8	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	3/5	1/5	0/5				
Urgentistes	1/5	3/5	0/5				
Généralistes	2/5	4/5	2/5				
Total	6/20	10/20	3/20				

20-Statut fonctionnel scoré :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « score GIR c'est une très bonne synthèse », « Toujours joindre la grille de score ! », « Pourquoi pas si disponible à la maison », « se serait génial d'avoir des ADL mais ça me semble un peu trop contraignant pour le généraliste... », « Le plus important est la notion de perte d'autonomie récente attestant d'un problème médical, la notion de fragilité semble intéressante à nommer. »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « GIR+++ », « Le GIR me semble excellent pour nous permettre de voir rapidement à quel patient on a affaire », « s'il s'agit du GIR, je ne suis pas sûr de son utilité », « GIR+++ », « renseigner une perte d'autonomie récente »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultats
Gérialtres	0/5	2/5	1/5	4	7 Item important	7	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	3/5	1/5	1/5				
Urgentistes	0/5	1/5	0/5				
Généralistes	3/5	3/5	3/5				
Total	6/20	7/20	5/20				

21-Statut cognitif descriptif :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « Etat cognitif initial essentiel mais souvent confusion surajoutée », « Pourquoi pas si dispo à la maison », « ça à garder !!! », « pas forcément détaillé »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « Elément qui nous aide en pratique mais difficile à "quantifier" de manière claire (utiliser "pas de troubles, troubles modérés, troubles sévères ?" mais ne renseigne pas sur l'étiologie. A placer dans les antécédents ? dans l'évaluation de l'autonomie ? », « si disponible, très utile », « comparatif », « difficultés pour l'évaluation de l'état au moment de la prise en charge. Nécessité d'avoir des scores antérieurs », « Bien si dégradation récente, c'est tout », « mettre le dernier MMS, test de l'horloge, et si suivi par le gériatre pour trouble de la mémoire »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Géiatries	0/5	1/5	1/5	6	7 Item important	8	Q3-Q1=2 Très fort consensus
SOS	3/5	2/5	0/5				
Urgentistes	0/5	1/5	0/5				
Généralistes	3/5	4/5	2/5				
Total	6/20	8/20	3/20				

22-Statut thymique :

-Commentaires 1^{ère} cotation : /

-Commentaires 2^{ème} cotation : « utile pour le post-urgence », « pour la suite de la prise en charge, pas aux urgences », « L'hospitalisation peut être en rapport avec ce problème. L'humeur mérite toujours d'être réévaluée dans un contexte. »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Géiatries	1/5	3/5	3/5	3	5 Item non approprié	6	3 Fort consensus
SOS	3/5	3/5	2/5				
Urgentistes	3/5	5/5	3/5				
Généralistes	2/5	4/5	1/5				
Total	9/20	15/20	9/20				

23-Statut nutritionnel :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « au moins un poids et la déglutition », « pas toujours connu »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « utile pour le post-urgence », « un poids et la déglutition », « Malnutrition = risque d'escarre, risque infectieux, risque sarcopénique, risque vital... », « poids de base »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	3/5	3/5	3	4 Item non approprié	6	Q3-Q1=3 Fort consensus
SOS	3/5	3/5	2/5				
Urgentistes	2/5	4/5	3/5				
Généralistes	4/5	5/5	2/5				
Total	10/20	15/20	10/20				

24-Limitations thérapeutiques :

-Commentaires 1^{ère} cotation : « +++ », « position du médecin et de la famille », « consensus familial difficilement obtenu dans l'urgence »

-Commentaires 2^{ème} cotation : « Directives anticipées », « On peut garder la notion de directives anticipées qui si elles existent peuvent être pré-remplies », « Difficilement obtenu et pourtant indispensable de commencer à ce moment de parler de ces choses difficiles à évoquer ! Cela permet aux familles de prendre conscience de la gravité d'une situation », « On peut se demander l'intérêt d'une hospitalisation s'il existe des limitations thérapeutiques. Il faut rappeler qu'en EHPAD il n'y a pas de soignants la nuit. Les fins de vie ne sont pas toutes anticipées et anticipables, toute information sur la limitation des soins est alors essentielle. », « Rarrissimement recueillie hors HAD et problème des situations qui se dégradent plus rapidement que prévue », « Il faudrait que le médecin traitant récupère les directives anticipées quand elles sont réalisées lors d'une hospitalisation. Le médecin traitant peut aussi le faire, mais non dans l'urgence. Je ne connais personne qui le fait actuellement...à mettre en place »

	1 ^{ère} cotation <7	2 ^{ème} cotation <7	2 ^{ème} cotation <5	Q1	Médiane	Q3	Résultat
Gériatres	1/5	3/5	2/5	4	7 Item important	9	Q3-Q1=5 Consensus faible
SOS	3/5	2/5	1/5				
Urgentistes	0/5	1/5	1/5				
Généralistes	1/5	3/5	1/5				
Total	5/20	9/20	5/20				

Idéalement souhaitez-vous que cette fiche soit en partie pré-remplie (hors du cadre de l'urgence) ? :

OUI : 20

NON : 0

Commentaires : « Indispensable. A l'avenir dans le DMP ? », « L'idée c'est aussi de gagner du temps », « Cela me semble illusoire de faire remplir l'intégralité de la fiche par un médecin qui ne connaît pas le patient et qui le prend en charge dans un cadre urgent »

Quel serait le support idéal (annexe 5) ?

Il y a un consensus fort pour que le support de la fiche de liaison gériatrique d'urgence soit à la fois « papier et numérique ».

Il n'y a pas de consensus pour que le support soit un carnet de santé gériatrique, ou le Dossier Médical Partagé (médiane à 7 mais écart interquartile de 7).

Les experts jugent plutôt inapproprié l'utilisation d'un « site internet sécurisé » ou d'une « messagerie sécurisée », mais également sans consensus significatif.

Commentaires : « La fiche peut être pré-remplie en numérique mais comment l'imprimer et la compléter au domicile du malade ? DMP super mais pas toujours accessible même en hospitalisation (il faut un lecteur). Le papier permet une lecture rapide et peut facilement être rempli sur place par le médecin généraliste pour faire une fiche », « non à l'informatisation : trop de pannes ! et on se retrouve sans rien ! (On connaît cela par cœur aux urgences !!) », « à noter qu'un bon support c'est aussi

une évaluation gériatrique avec un courrier sur la situation clinique... », « Je n'ai jamais utilisé le dossier médical partagé »

Idéalement, par qui pensez-vous que cette fiche doit ou peut être pré-remplie (annexe 6) ?

Il y a un accord très fort parmi les experts pour que la fiche soit remplie, ou puisse être remplie, par le médecin traitant et tout autre médecin sur accord du patient.

Il ne paraît pas approprié que la fiche de liaison soit remplie par le patient ou sa famille.

Commentaires : « Principe du DMP s'il voit le jour ! », « La fiche doit rester médicale (sauf partie administrative qui peut être remplie par le patient). Certains patients sont plus suivis par le spécialiste »

Quelle est votre mise en page idéale (annexe 7) ?

Il y a un consensus fort pour une partie pré-remplie et partie urgence bien distinctes, le tout sur une page recto-verso (médiane supérieure ou égale à 7 et écart interquartile de 3).

Commentaires : « Pas plus d'une page », « L'idéal c'est d'avoir un double du courrier réalisé (papier carbone ou numérique selon de quel siècle on se revendique !!) Je pense préconiser la majorité des items, car lorsque j'adresse un courrier aux urgences, je m'adresse aussi au service de gériatrie qui va poursuivre la prise en charge », « L'exemple D est bien car on a les éléments sur l'autonomie HABITUELLE du malade et l'opposition avec la situation actuelle. », « Attention au fond bleu pour les photocopies répétées. Attention au recto-verso (on se fait encore avoir à oublier une face sur les 2) »

V-ANALYSE ET DISCUSSION

Les 20 experts sollicités au premier tour de cotation ont répondu également au second. Après plusieurs semaines, 100% des réponses ont été récupérées, il n'existe pas de valeur manquante.

Comme précisé en fin de description de la méthode, pour la validation des items à la suite de la deuxième cotation, il peut être appliqué une certaine tolérance pour définir un accord. Pour rappel l'accord pour valider un item comme approprié est défini par une médiane de cotation supérieure ou égale à 7 et l'absence de cotation inférieure à 5 (avec ou sans valeur exclue).

V-1-Liste des items validés selon la tolérance

Critères : Médiane supérieure ou égale à 7 et maximum 2 cotations inférieures à 5 (soit 10% de tolérance, 10% de valeurs extrêmes exclues).

- 1-Difficultés de communication
- 2-Lieu de vie
- 3-Entourage (vit seul ?)
- 4-Antécédents
- 5-Première médication

Critères : Médiane supérieure ou égale à 7 et maximum 4 cotations inférieures à 5 (soit 20% de tolérance, 20% de valeurs extrêmes exclues).

- Personne prévenue
- Protection juridique, identité du tuteur
- Personne de confiance
- Statut cognitif descriptif

V-2-Liste des items validés par l'analyse avec indice de dispersion

Critères : Médiane supérieure ou égale à 7 et écart interquartile inférieur ou égal à 3 (consensus très fort et fort).

- 1-Entourage (vit seul ?)
- 2-Antécédents
- 3-Personne de confiance
- 4-Statut cognitif descriptif
- 5-Difficultés de communication
- 6-Première médication
- 7-Protection juridique, identité du tuteur
- 8-Statut fonctionnel scoré

Ecart interquartile = 4 : consensus moyen

- 9-Personne prévenue
- 10-Lieu de vie (adapté ?)
- 11-aides techniques et humaines

Peu d'items sont validés par l'analyse stricto sensu de la méthodologie de la HAS avec exclusion de deux valeurs extrêmes, soit une tolérance de 10%. Mais tous sont retrouvés par la deuxième analyse sauf le « lieu de vie » qui présente un consensus moyen. Elargir le jugement approprié d'un item à la possibilité d'exclure 4 valeurs extrêmes correspond à ce que 80% des votants ne le jugent pas comme non approprié et à une tolérance de 20%. Quatre items supplémentaires sont ainsi validés, tous également rapportés comme ayant un consensus fort par l'analyse de l'indice de dispersion, sauf « personne prévenue » (Annexe 3). Ce dernier item présente en effet un consensus moyen mais il obtient tout de même une médiane à 7 avec un troisième quartile à 9 et uniquement 3 cotations inférieures à 5. Il pourra être associé à l'item « destinataire », comme proposé en commentaire.

En recoupant ces deux analyses, 8 items apparaissent donc validés :

-7 items avec au moins 80% des votants ne les jugeant pas comme non appropriés et avec un fort consensus : Difficultés de communication, Entourage (vit seul ?),

Antécédents, Première médication, Protection juridique, Personne de confiance, Statut cognitif descriptif.

-1 item avec 90 % des votants ne le jugeant pas comme non approprié et un consensus moyen : « Lieu de vie ».

-L'item « Statut fonctionnel scoré » n'est pas validé malgré une médiane de cotation à 7 et un consensus fort car il a obtenu 5 cotations inférieures à 5 au deuxième tour. Il n'obtient pas d'accord même avec une tolérance de 20%.

V-3-Liste définitive des items validés

- 1-Identité patient, date de naissance
- 2-Identité du médecin traitant, coordonnées téléphoniques
- 3-Identité du médecin réalisant la fiche
- 4-Destinataire
- 5-Entourage (vit seul ?)
- 6-Personne à prévenir, coordonnées
- 7-Nom, contact de l'établissement ou foyer si en institution
- 8-Lieu de vie (adapté ?)
- 9-Difficultés de communication
- 10-Antécédents
- 11-Allergie
- 12-Traitement complet, modifications récentes
- 13-Histoire de la maladie
- 14-Symptômes
- 15-Hypothèse diagnostique/ Motif de transfert / Problème rencontré
- 16-Première médication
- 17-Personne de confiance
- 18-Directives anticipées
- 19-Protection juridique, identité du tuteur
- 20-Statut cognitif descriptif

-100% des experts jugent approprié que la fiche de liaison soit en partie pré-remplie, hors du contexte d'urgence.

-Il est jugé approprié qu'elle soit remplie et/ou modifiable par le médecin traitant ou tout autre médecin en accord du patient. Il est jugé inapproprié qu'elle soit remplie par le patient ou sa famille (ou son tuteur).

-Il existe un consensus pour qu'il existe un support papier et un support numérique.

-Il n'y a pas de consensus sur le type de support idéal.

-Il y a accord et consensus pour dire qu'idéalement la fiche doit comporter une partie pré-remplie et une partie urgence bien distinctes. Il y a accord et consensus pour dire que les items d'urgence doivent être mis en évidence. Il y a accord et consensus pour dire qu'une page recto-verso est un bon format.

V-6-Différences de cotation selon le type d'exercice

Pour certains items des différences de cotation ont pu être observées en fonction du type d'exercice des praticiens.

Les urgentistes ont davantage jugé comme inapproprié l'item « pathologie en cours » et « date et heure de prise en charge », tandis qu'ils ont davantage jugé comme approprié les « limitations thérapeutiques ».

Les médecins exerçant au sein de SOS Médecins ont davantage jugé comme inapproprié l'item « difficultés de communication » mais ont davantage jugé approprié les items « alcool, tabac, toxiques », « facteurs de risque », « constantes », « résultats d'examens complémentaires », « heure du dernier repas ».

Les gériatres ont davantage jugé comme inapproprié « aides techniques et humaines », « facteurs de risque », tandis qu'ils ont davantage jugé comme approprié l'item « statut cognitif descriptif ».

Les généralistes ont davantage jugé comme inappropriés les items « aides techniques et humaines », « constantes », « date et heure de prise en charge », « statut fonctionnel descriptif », « statut fonctionnel scoré », « statut cognitif descriptif ».

Chacun, en fonction de ses contraintes et de ses besoins, juge comme plus ou moins approprié tel ou tel item. Certains items paraissent importants pour un type d'exercice

tandis qu'ils le sont moins pour un autre. Ainsi pour les urgentistes il leur est régulièrement important d'avoir les « limitations thérapeutiques », elles leur apparaissent plus appropriées qu'aux médecins généralistes, ces derniers y sont peut-être moins sensibilisés. Pour les gériatres le « statut cognitif » apparaît davantage approprié que pour les médecins généralistes. On pourrait l'expliquer par l'intérêt des gériatres à connaître le statut cognitif habituel d'un patient lors d'une hospitalisation afin de pouvoir juger d'une évolution ou d'un état confusionnel. On peut aussi penser que le médecin généraliste peut être parfois en difficulté à établir le statut cognitif, tout comme le « statut fonctionnel ». Ces items peuvent également être considérés comme fastidieux à compléter, contraignants. Cette notion se retrouve dans certains commentaires du deuxième tour de cotation. Ce qui ressort est par contre la nécessité d'avoir un avis sur une éventuelle évolution récente.

V-7-Comparaison à la littérature

Il n'existe pas dans la littérature de fiche de liaison concernant les personnes âgées en ambulatoire et adaptée également au contexte d'urgence. Environ 50% des items de la liste initiale issue de la revue de la littérature ont été retenus. Les items validés comportent des items généraux, des items d'urgence ainsi que des items gériatriques.

Items généraux :

- Identité patient, date de naissance
- Identité du médecin traitant, coordonnées téléphoniques
- Identité du médecin réalisant la fiche
- Destinataire
- Personne à prévenir, coordonnées
- Antécédents
- Allergie
- Traitement complet, modifications récentes
- Histoire de la maladie
- Symptômes
- Hypothèse diagnostique/ Motif de transfert / Problème rencontré

Items intéressant surtout les patients âgés ou polypathologiques :

- Entourage (vit seul ?)
- Nom, contact de l'établissement ou foyer si en institution
- Difficultés de communication
- Lieu de vie (adapté ?)
- Personne de confiance
- Directives anticipées
- Protection juridique, identité du tuteur
- Statut cognitif descriptif

Items d'urgence :

Première médication

L'ensemble de ces items est cohérent avec la littérature puisque issu de cette même littérature. L'ensemble de ces items est cohérent avec l'objectif : assurer la continuité des soins entre les soins primaires et l'hôpital chez les sujets âgés. C'est une liste synthétique pouvant rendre la fiche de liaison simple et rapide à compléter.

Les outils déjà existants retrouvés dans la littérature sont rarement adaptés à la population gériatrique. Certains sont des fiches de liaison de sortie d'hospitalisation, donc non adaptés au contexte de l'urgence(33). On n'y retrouve aucun des items d'urgence, peu d'items gériatriques et aucun item d'éthique. Elles sont insuffisantes, inadaptées.

Le DLU, Dossier de Liaison d'Urgence, a pour objet les patients en institution et non en ambulatoire. Ce dossier de liaison est fastidieux à remplir, il contient un très grand nombre d'items. C'est un document de cinq pages, non synthétique, non adapté aux contraintes de la médecine ambulatoire(38). Il y a malgré cela des items qui ont été jugés appropriés pour être sur la fiche de liaison gériatrique d'urgence et non présents sur ce DLU comme « personne à prévenir », « lieu de vie (adapté ?) », « difficultés de communication », « troubles cognitifs ».

Nous pouvons tout de même relever des non validations d'items auxquelles nous ne nous attendions pas, compte tenu de leur présence habituelle sur ce type de fiche(22–24,33) : « constantes » et « résultats de biologie et examens complémentaires ». Par certains commentaires les constantes apparaissent en effet facultatives car d'importance fluctuante selon le type de pathologie. Certains praticiens ne les jugent utiles qu'en cas d'anomalie ou de risque d'évolution avant l'arrivée en service hospitalier. Elles seront probablement inscrites avec l'histoire de la maladie ou les symptômes si le praticien les juge indispensables à la bonne continuité des soins. Ainsi, le référentiel produit par la Health Information and Quality Authority(41), sous l'égide du gouvernement d'Irlande, émet dans ses recommandations sur les standards du courrier médical, notamment entre les soins primaires et le milieu hospitalier, que la présence des résultats des examens complémentaires (de biologie ou d'imagerie), est importante si jugés appropriés, mais non obligatoire ni fortement recommandée comme le sont d'autres items. Des urgentistes ont rapporté un faible intérêt des résultats d'examens, notamment des biologies car quasi constamment refaites lors d'une admission en service d'accueil d'urgences. Nous pouvons également penser que si des résultats sont nécessaires à la continuité des soins ils seront rapportés dans l'histoire de la maladie.

La liste d'items validés par notre processus contient en quasi exhaustivité les items cités comme critères de qualité des courriers d'admission aux urgences dans les rares études dont cette analyse est l'objectif(22,23,41). Comme déjà énoncé, seuls les items correspondant aux constantes cliniques (tension artérielle, état de conscience, température, ...) ou aux examens complémentaires détaillés (bandelette urinaire, électrocardiogramme, ...) n'ont pas été jugés appropriés pour faire partie des items à standardiser car non systématiquement nécessaires. Ces items pourront être explicités dans « histoire de la maladie et symptômes » si jugés importants par le praticien, mais ne donnent pas lieu à un item à part entière.

Par rapport à la grille de lecture utilisée dans la thèse de J.Dardenne(23), issue d'une réflexion du service de gériatrie du groupe hospitalier de Créteil, « le statut nutritionnel » et « le statut thymique » font défaut car ont été jugés inappropriés par nos experts. Ces items sont rapportés globalement trop peu utiles pour être présents sur une fiche de synthèse, d'autant plus dans un contexte d'urgence. Malgré cela le poids est commenté comme intéressant par plusieurs praticiens.

Un autre item non validé manquant très souvent aux urgences et lors d'une admission en service de gériatrie est le « statut fonctionnel », pouvant permettre l'évaluation des possibilités de retour au domicile et de déterminer une évolution de l'état actuel d'un patient par rapport à un état de base. Il est pourtant souvent cité en critère de qualité dans l'analyse de courriers à visée gériatrique(23,24,33). Cet item a obtenu une médiane à 7 et un écart interquartile de 3 en faveur d'un consensus fort favorable mais 5 experts ont donné une cotation inférieure à 5 (le jugeant donc plutôt inapproprié), soit plus de 20%, ne permettant pas de valider cet item. Dans les commentaires il est rapporté une méconnaissance et une non utilisation des scores ADL et IADL, apparaissant pourtant comme simples à utiliser. Pour un médecin connaissant peu le patient ou ne l'ayant pas vu récemment (et encore davantage pour un praticien chez SOS Médecins), il paraît difficile d'évaluer correctement cet item pouvant évoluer rapidement. Cet item est décrit comme contraignant, avec une crainte de perte de temps.

La notion de présence d'aides au domicile ou son besoin, telle que le passage d'une infirmière ou d'une auxiliaire de vie, n'a également pas été jugé approprié alors que la notion de dépendance et le besoin d'aide d'un patient paraît important dans la plupart des référentiels. Ainsi un item « aides » apparaît parfois comme critère de qualité, et cette information est rapportée comme utile voire indispensable par les commentaires au cours de ce processus. Pourtant comme l'item « statut fonctionnel », malgré une médiane à 7, un écart interquartile à 4, l'item apparaît approprié mais avec un consensus moyen et 5 cotations inférieures à 5, ne permettant pas de valider cet item.

L'information nouvelle pour une fiche de liaison ville-hôpital est la présence des « directives anticipées ». Il s'agit d'une notion récente en France, présente depuis 2005 dans la législation française, par la Loi Léonetti du 22 avril 2005(42). Elles sont peu utilisées et lorsqu'elles le sont c'est essentiellement en milieu hospitalier ou institutionnel. Leur vulgarisation est une grande avancée éthique. Dans le contexte de la fiche de liaison gériatrique d'urgence elles aideraient à une prise de décision plus rapide sur le type de prise en charge à mettre en place pour des patients âgés ayant un pronostic vital en jeu (par exemple pour qui il pourrait être envisagé une ventilation

artificielle, une intubation, une chirurgie, une réanimation...). Elles pourraient également éviter un transfert inutile vers un service d'accueil d'urgences, en faveur d'un accompagnement au domicile. En effet de nombreux patients âgés souhaitent une fin de vie au domicile mais décèdent en service d'accueil d'urgence, dans des conditions souvent inadaptées.

V-8-Les points forts de ce processus

-Il n'existe pas aujourd'hui de fiche identique ayant pour objectif une continuité des soins entre les soins primaires et l'hôpital pour les patients âgés et, de plus, adaptée à l'urgence. Il existe un réel besoin car le vieillissement de la démographie en fait un problème de santé publique.

-La méthode suivie est une méthode validée par la Haute Autorité de Santé.

-Le groupe composé de 20 experts est large et représente de façon équilibrée les différentes spécialités médicales prenant en charge la personne âgée. Les experts sont connus nominativement et identiques aux deux tours de cotation. Le groupe d'experts est légitime.

-L'anonymat et l'indépendance de chaque expert ont été préservés pour les cotations et commentaires.

-Le recueil prospectif était complet avec 100% des valeurs aux deux tours de cotation.

-L'analyse de validation d'un item a été renforcée par la mesure de la force du consensus par un indice de dispersion, l'écart interquartile.

-De nombreux items étaient proposés initialement pour arriver à une sélection synthétique cohérente avec l'objectif de la fiche. Elle comprend des items généraux, des items d'urgence, des items de gériatrie et d'éthique.

-Il est objectivé un accord pour une fiche idéale comportant une partie pré-remplie et une partie urgence bien distinctes ainsi qu'un accord pour que cette fiche puisse être remplie par le médecin traitant et tout autre médecin avec accord du patient.

V-9-Les points faibles de ce processus

-La littérature sur ce thème est quasi inexistante, il n'existe pas de standard international ni national.

-Il n'était pas envisageable d'organiser une rencontre directe avec les experts car jugé trop fastidieux. Cela a pu être source d'incompréhensions sur l'objectif d'utilisation de la fiche ou sur la définition d'un item comme cela se ressent à la lecture de certains

commentaires. De même qu'envisager un débat direct entre experts ne semblait pas réaliste. Certains experts n'ont tout de même pas hésité à contacter le groupe pilote lorsqu'ils avaient besoin de davantage d'information sur les objectifs d'utilisation de la fiche ou pour la compréhension d'un item.

V-10-Le support

Le support papier est toujours nécessaire aujourd'hui pour sa simplicité d'utilisation, la possibilité de l'avoir toujours sur soi, en tout lieu, de compléter la fiche sans moyen complémentaire. Il est toujours nécessaire dans l'attente du développement et de la vulgarisation d'outils numériques adéquats aux réseaux de soins.

La numérisation représente des possibilités d'amélioration dans la continuité des soins. La numérisation pourrait être un atout pour faciliter le stockage sécurisé de données, et pour simplifier leur utilisation telle que leur implémentation automatique dans des fiches administratives, de synthèse ou de liaison médicale. La numérisation pourrait permettre d'échanger de façon quasi instantanée et sécurisée des données administratives ou médicales, à l'aide d'un support interactif. La numérisation permet la datation, l'horodation, l'historique de modifications, qui sont importants pour le cadre médico-légal.

De manière incohérente, un courrier médical est souvent imprimé par l'expéditeur puis scanné pour numérisation par le receveur afin de le stocker, sans pouvoir récupérer numériquement les données, avec une perte de temps, d'énergie, d'espace numérique et d'argent. Nous pouvons facilement imaginer idéalement l'utilisation automatique de données d'un dossier médical pour un courrier numérique adressé par messagerie sécurisée, avec signature électronique, puis possibilité de récupérer ces mêmes données par le destinataire pour compléter ses propres données numériques. Nous pouvons aussi facilement imaginer un dossier médical personnel numérisé, unique pour tous les professionnels de santé participant à la continuité des soins du patient, accessible soit à partir d'un support matériel mobile en possession du patient, soit via un serveur avec stockage à distance et accès type « internet ».

Certains outils sont en cours de développement par les autorités de santé depuis plusieurs années, tels le DMP, Dossier Médical Partagé (anciennement Dossier Médical Personnel), qui consistait à intégrer des données administratives et médicales

succinctes sur la puce électronique de la carte vitale(43). Ce dispositif n'a pas connu de succès, ni auprès des médecins généralistes, ni des structures, ni des patients. En effet il a été jugé non adapté, sans possibilité d'interaction avec les logiciels des médecins traitants, source de perte de temps sans contrepartie pour les médecins libéraux. La nouvelle loi de santé prévoit par le décret du 4 juillet 2016 de réformer ce DMP à l'abandon pour qu'il devienne un carnet de santé numérique « destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients »(44). Le support serait internet, et nécessiterait d'être parfaitement sécurisé, avec des données uniquement accessibles au patient, aux professionnels de santé et administratifs habilités. Il pourrait comporter des résultats d'examen, des compte-rendus d'hospitalisation, « les courriers de liaison », une synthèse annuelle réalisée par le médecin traitant...

En parallèle, une Messagerie Sécurisée de Santé est développée pour les praticiens, pour dématérialiser les échanges (notamment entre les praticiens de ville et l'hôpital), avec pour projet une alimentation en Y vers le médecin traitant et le DMP(45). L'idéal est plaisant mais les objectifs seront difficiles à atteindre. Un courrier de liaison standardisé, numérisé apparaît être un outil complémentaire à ce dispositif voire intégré à ce dernier.

Enfin un problème aurait pu persister : celui de la disponibilité multi-géographique, la disponibilité du dispositif en tout lieu et à tout heure... mais là encore aujourd'hui les moyens ont évolué, avec des smart phones et des tablettes électroniques, des logiciels pouvant fonctionner avec un mode « hors connexion ». Ce type d'interface est déjà utilisé, notamment chez SOS Médecins. Dans l'attente d'une vulgarisation et d'un fonctionnement optimales, un outil de liaison avec support papier reste indispensable.

V-11-Vulgarisation et validation de la fiche

Un courrier de liaison gériatrique d'urgence, standardisé, a été créé à partir des informations jugées appropriées par ce processus (annexe 8). Ce courrier pour être légitime doit être validé par un groupe de lecture, c'est-à-dire mis à disposition de médecins de soins primaires pour utilisation puis évaluation. Les retours critiques des divers praticiens médicaux intervenant dans la prise en charge de la personne âgée en urgence et l'évaluation de l'utilisation de ce courrier permettront de l'adapter, de l'améliorer puis de valider cet outil. Ce processus est en cours via une thèse complémentaire à celle-ci. Par ailleurs l'ARS, Agence Régionale de Santé, a été contactée et est intéressée par le développement d'études pour la création de ce type d'outil.

CONCLUSION

Dans un contexte d'augmentation exceptionnelle de la démographie des plus de 75 ans, cette thèse a permis de définir à l'aide de la méthode Delphi décrite par la HAS une liste synthétique de 20 informations devant être présentes sur un courrier de liaison gériatrique d'urgence. Un groupe légitime de 20 experts, composé de médecins généralistes, gériatres et urgentistes, a répondu de façon exhaustive à deux questionnaires successifs. Les items validés forment un ensemble cohérent avec l'objectif de favoriser une bonne continuité de prise en charge entre les soins primaires et le milieu hospitalier. Ils comprennent des items généraux, de gériatrie, d'urgence et d'éthique.

L'ensemble est globalement en accord avec les rares référentiels de qualité des courriers d'admission. Les items « examens complémentaires », « constantes », « statut thymique », « statut nutritionnel », n'ont pas été jugés appropriés alors qu'on les retrouve parfois sur des grilles d'analyse de qualité de courrier d'admission. Ces informations pourront être associées à un autre item tel que « histoire de la maladie » si le praticien le juge nécessaire uniquement. Parmi les items gériatriques les items « statut fonctionnel » et « aides » ont été jugés appropriés avec des avis favorables, mais le consensus obtenu reste moyen, ne permettant pas leur validation formelle. Les items « personne à prévenir », « lieu de vie », « difficultés de communication », « troubles cognitifs » se rapportent spécifiquement à la personne âgée en ambulatoire, ces informations n'étaient notamment pas retrouvées sur le Dossier de Liaison d'Urgence de la HAS, et elles ont été validées. Enfin, la confirmation de l'importance des directives anticipées, pour qu'elles soient présentes sur une fiche de liaison gériatrique d'urgence, est une nouveauté.

Cette thèse apporte une réflexion sur le mode idéal d'utilisation de ce type de courrier de liaison gériatrique standardisé et présente les intérêts de la numérisation. Ce courrier de liaison standardisé doit être composé d'une partie pré-remplie et une partie à compléter dans le cadre de l'urgence bien distinctes. Ce courrier doit être synthétique pour favoriser son utilisation par les praticiens. Une page recto-verso apparaît comme un format approprié. Un support numérique associé au format papier

a été jugé nécessaire. Il pourrait faciliter la disponibilité de cet outil, le stockage du courrier de liaison, son partage, tout en répondant aux obligations médico-légales actuelles. Le Dossier Médical Partagé en cours de développement sous l'égide du Ministère de la Santé est amené à devenir le support de ce type de courrier de liaison. De cette façon leur utilisation serait vulgarisée et facilitée. L'intérêt du Dossier Médical Partagé, pour le patient et les praticiens, en sortirait également grandi.

Ce courrier peut être rempli ou complété par le médecin traitant ou tout autre médecin sur accord du patient ou de sa famille. A contrario il apparaît que ce courrier doit rester un outil médical et ne doit pas être rempli ou complété par le patient lui-même ou sa famille.

Un modèle de courrier de liaison gériatrique d'urgence a été produit. Une thèse complémentaire est en cours, afin d'évaluer l'utilisation de ce courrier, en vue de l'adapter et de valider ce nouvel outil.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. INSEE Première; 2016.
2. Bouchon J. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat. 1984;(34):888-92.
3. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. Polycopié national. La personne âgée malade. 2009.
4. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. 2013.
5. Arnoux T. Le dépistage de la fragilité de la personne âgée aux urgences. 2009.
6. Di Pollina L, Steiner A-S, Gold G. Evaluation gériatrique standardisée (EGS). Hôpitaux Universitaires de Genève; 2010.
7. Professeur Jouanny. EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée. CHU de Rennes; 2016.
8. Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médicaux-sociaux (ANESM). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage, accompagnement. 2014.
9. Qu'est-ce que la grille Aggir ? | service-public.fr [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale-Article 45 - Dossier professionnel ou fiche d'observation, tenu par le médecin. 2012.
11. Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D. Older patient hospital admissions following primary care referral: the truth is in the referring. Ir J Med Sci. 9 févr 2016.
12. Pujos L. Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences. 2004.
13. Insee - Population - Bilan démographique 2012 - Pyramide des âges.
14. Rapport Mondial sur le vieillissement et la santé. Organisation Mondiale de la Santé; 2016.
15. Observatoire Régional des Urgences. Activité des structures d'urgences 2015. Panorama de la Région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes. 2016.
16. Service d'information du Gouvernement. Les nouveaux indicateurs de richesse. Rapport 2016. 2016.
17. EHLEIS. Espérance de santé en France. 2013 avr.
18. Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. 2011.
19. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance syndromique - SurSaUD® [Internet]. Santé Publique France. 2016 [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R>

20. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. 2016-994 juill 20, 2016.
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Santé connectée. De la e-santé à la santé connectée. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2015 janv.
22. CCECQA. Correspondance médicale : courrier d'admission en hospitalisation. 2004.
23. Dardenne J. Etude analytique de courriers d'admission de personnes âgées au service des urgences. Paris XII; 2006.
24. Kong Win Chang A-C, Picco C. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2009.
25. McCullagh M, O'Kelly P, Gilligan P. Referral letters to the emergency department: is the medication list accurate? Ir Med J. 2015.
26. Wåhlberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. BMC Health Serv Res. 29 août 2015;15:353.
27. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Grenoble; 2006.
28. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. J Behav Health Serv Res. oct 2012;39(4):445-61.
29. Jiwa M, Dhaliwal S. Referral Writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters. Qual Prim Care. 2012;20(1):39-45.
30. Haute Autorité de Santé. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Guide méthodologique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». 2010 déc.
31. Mengual-Andrés S, Roig-Vila R, Mira JB. Delphi study for the design and validation of a questionnaire about digital competences in higher education. Int J Educ Technol High Educ. déc 2016;13(1).
32. Paquet M. Recherche des critères d'excellence qui prévaudront dans les camps de vacances du Québec au cours des 10 prochaines années. Québec; 2001.
33. Dufaitre M. Lien ville-hôpital: définition du contenu d'une fiche de liaison à destination du médecin généraliste, à la sortie d'un service de gériatrie, en Isère [Médecine Générale]. Grenoble; 2015.
34. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L, et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. Can Fam Physician Med Fam Can. oct 2008;54(10):1432-3, 1433-6.
35. Caillet P, Herbaud S, Lejonc J-L, Paillaud E. « Admission letter »: an indicator of frailty in elderly emergency department patients. Presse Medicale Paris Fr 1983. janv 2008;37(1 Pt 1):60-1.

36. Health Information and Quality Authority. Standardising Patient Referral Information: A draft national Template for Consultation. 2010 déc.
37. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. déc 2007;7(1).
38. Haute Autorité de Santé, Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Guide d'utilisation du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU). 2015.
39. Réseau Champardenais d'accompagnement en soins palliatifs (RECAP). Fiche patient remarquable. 2015.
40. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 20 juillet 2016.
41. Health Information and Quality Authority. Report and Recommendations on Patient Referrals from General Practice to Outpatient and Radiology Services, including the the National Standard for Patient Referral Information. mars 2011.
42. Code de la santé publique - Article R1111-17. Code de la santé publique.
43. Site d'information du Dossier Médical Personnel - DMP [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/>
44. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 4 juillet 2016.
45. MSSanté - Espace personnel [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.mssante.fr/home>

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des experts

Médecins urgentistes au Service des Urgences du Centre Hospitalier de la Côte

Basque de Bayonne (CHCB de Bayonne) :

- Docteur Archambault
- Docteur Soulat
- Docteur Mathis
- Docteur Nguyen
- Docteur Labes

Médecins généralistes exerçant au sein de SOS Médecins Côte Basque :

- Docteur Rousset
- Docteur Sauvagnac
- Docteur Ballongue
- Docteur San Emeterio
- Docteur Maillet

Médecins gériatres :

- Docteur Campomanes, exerçant au sein de l'Equipe Mobile de Gériatrie du CHCB de Bayonne
- Docteur Grégoire, exerçant au Service de Court Séjour Gériatrique du CHCB de St Jean de Luz
- Docteur Fiasson, médecin généraliste à Bayonne, médecin coordonnateur d'EHPAD, gériatre au CHCB
- Docteur Lamouliatte, chef du Service de Gériatrie du CHCB de Bayonne
- Docteur Lescarret, gériatre au exerçant Service de Court Séjour Gériatrique de Bayonne

Médecins généralistes exerçant en cabinet de ville :

- Docteur Le Texier, exerçant à Bayonne
- Docteur Dubertrand, exerçant à Bayonne
- Docteur Martin-Haramendy, exerçant à St Jean de Luz
- Docteur Etcheto, exerçant à Bayonne
- Docteur Chaperon, exerçant à Bayonne

Annexe 2 : Modèles papier de fiche de liaison
FICHE MODELE A

NOM : H F PRENOM : Né(e) le :

FICHE G crée le : par :

En institution NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Lequel :	Vit seul OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> , avec qui :
Adresse :	Logement :
N° de tel :	Handicaps :
Personne à prévenir :	Aide technique :
Médecin traitant :	Aides humaines :

Antécédents Médicaux, chirurgicaux, psychiatriques GIR :

-Pathologies en cours :

Traitement (nom et posologies)

Modification récente :

Pathologie actuelle :

Symptômes :

Constantes :

Bio et examens :

Problématique actuelle :

URGENCE degré estimé (vitale, <1H,<6H,>6H,24H) :

Heure 1ère prise en charge, ambulatoire :

1ères médications :

NOM :

H F

PRENOM :

Né(e) le :

Gériatrie Protection juridique NON OUI :

Troubles cognitifs NON OUI :

Dépression NON OUI :

Activités de la vie quotidienne (entourez A=autonome, B=Dépendance partielle, C=totale)

*Repas A B C *Hygiène A B C *Aller aux toilettes A B C *Continence A B C *Locomotion A B C

Ethique

Personne de confiance :

Limitations thérapeutiques NON OUI :

Directives anticipées NON OUI :

Complément :

Confraternellement.

Complétée le _____ à _____

Dr

Signature

FICHE MODELE B

Date Lieu complétée par

URGENCE degré : Heure de 1^{ère} prise en charge ambulatoire :

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Âge : H F Médecin traitant :

En institution Non Oui : Vit seul OUI NON , avec qui :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Logement : Aide technique :

Handicaps : Aides humaines :

Antécédents Médicaux, chirurgicaux, psychiatriques GIR :
-Pathologies en cours :

ALLERGIES NON OUI :

Traitement (Noms et posologies)

Modification récente :

Pathologie actuelle :

Symptômes :

Constantes :

Bio et examens :

Problématique actuelle :

1^{ère} médication :

Gériatrie Protection juridique NON OUI :

Troubles cognitifs NON OUI :

Dépression NON OUI :

Activités de la vie quotidienne (Entourez A=autonome, B=Dépendance partielle, C=totale)

*Repas A B C *Hygiène A B C *Aller aux toilettes A B C *Continence A B C *Locomotion A B C

Date

Lieu

complétée par

Ethique

Personne de confiance :

Limitations thérapeutiques NON OUI :

Directives anticipées NON OUI :

Complément :

Confraternellement.

Dr

Signature

FICHE MODELE C

FICHE G

Date Lieu complétée par

Destinataire :

MOTIF d'Urgence :

Degré :

Heure de 1^{ère} prise en charge ambulatoire :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Âge :

H F

Médecin traitant :

En institution Non Oui :

Vit seul OUI NON , avec qui :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Logement :

Aide technique :

Handicaps :

Aides humaines :

Antécédents	Traitements (Noms et posologies)
ALLERGIES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> :	Modification récente :

Pathologie actuelle :

Symptômes :

Constantes :

Bio et examens :

Problématique actuelle :

1^{ère} médication :

FICHE G

Date _____ Lieu _____ complétée par _____
Destinataire :

Gériatrie Protection juridique NON OUI :

Troubles cognitifs NON OUI :

Dépression NON OUI :

Activités de la vie quotidienne (Entourez A=autonome, B=Dépendance partielle, C=totale)

*Repas A B C *Hygiène A B C *Aller aux toilettes A B C *Continence A B C *Locomotion A B C

Ethique Personne de confiance :

Limitations thérapeutiques NON OUI :

Directives anticipées NON OUI :

Complément :

Confraternellement.

Dr

Signature

FICHE MODELE D

FICHE G (partie pré-remplie)

Date Lieu Remplie par

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Âge :

H F

Médecin traitant :

En institution Non Oui :

Vit seul OUI NON , avec qui :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Logement adapté OUI NON :

Antécédents	Traitements (Noms et posologies)
ALLERGIES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> :	Modification récente :

Protection juridique NON OUI :

Troubles cognitifs NON OUI :

Dépression NON OUI :

ADL (Entourez A=autonome, B=Dépendance partielle, C=totale) : *Communication A B C

*Repas A B C *Hygiène A B C *Aller aux toilette A B C *Continence A B C *Locomotion A B C

Handicap :

Aide technique :

Aides humaines :

Ethique Personne de confiance :

Limitations thérapeutiques NON OUI :

Directives anticipées NON OUI :

Complément :

FICHE G (partie complétée en urgence)

Date

Lieu

Remplie par

Destinataire :

Prévenu Oui Non

MOTIF d'Urgence :

Degré estimé :

Heure de 1^{ère} prise en charge ambulatoire :

Pathologie actuelle :

Symptômes :

Constantes

Pouls :

TA :

Dextro :

Douleur aigüe/10 :

Conscience :

Bio et examens :

Problématique actuelle/Motif transfert :

1^{ère} médication :

Complément :

Confraternellement.

Dr

Signature

Consensus - Appropriation de l'item	Très fort Q3-Q1<3	Fort Q3-Q1=3	Moyen Q3-Q1=4	Faible Q3-Q1>4
Très approprié Médiane>7	-Entourage (vit seul ?)	-Antécédents -Personne de confiance	/	-Pathologie en cours
Approprié Médiane = 7	-Statut cognitif descriptif	-Difficultés de communication -Première médication -Protection juridique, identité du tuteur -Statut fonctionnel scoré	-Personne prévenue -Lieu de vie (adapté ?) -Aides techniques et humaines	-Résultats biologiques/ examens complémentaires -Limitations thérapeutiques
Moyennement approprié Médiane = 6	/	-Statut fonctionnel descriptif	-Facteurs de risque -Constantes -Date et heure de prise en charge	-Handicaps
Non approprié Médiane < 6	-Degré d'urgence estimé	-Alcool, tabac, toxiques -Heure du dernier repas -Statut thymique -Statut nutritionnel	/	/

Annexe 3 : Tableau des résultats d'analyse du deuxième tour de cotation selon les quartiles

Annexe 4 : Liste définitive des items validés

- 1-Identité patient, date de naissance
- 2-Identité du médecin traitant, coordonnées téléphoniques
- 3-Identité du médecin réalisant la fiche
- 4-Destinataire
- 5-Entourage (vit seul ?)
- 6-Personne à prévenir, coordonnées
- 7-Nom, contact de l'établissement ou foyer si en institution
- 8-Lieu de vie (adapté ?)
- 9-Difficultés de communication
- 10-Antécédents
- 11-Allergie
- 12-Traitement complet, modifications récentes
- 13-Histoire de la maladie
- 14-Symptômes
- 15-Hypothèse diagnostique/ Motif de transfert / Problème rencontré
- 16-Première médication
- 17-Personne de confiance
- 18-Directives anticipées
- 19-Protection juridique, identité du tuteur
- 20-Statut cognitif descriptif

Annexe 5 : Résultats « Quel serait le support idéal ? »

	<3	<5	>5	>7	Médiane	Ecart interquartile
Sur papier libre	2	5	11	7	7	4
Un carnet de santé gériatrique	5	7	11	8	7	8
Un site internet sécurisé	7	9	8	5	5	7
Le Dossier Médical Partagé (DMP), sur la carte vitale	6	8	12	9	7	7
Une messagerie sécurisée	4	9	8	5	5	5
Un support numérique et un support papier	4	4	15	10	7	4

Annexe 6 : Résultats « Idéalement, par qui pensez-vous que cette fiche doit ou peut être pré-remplie ? »

	<3	<5	>5	>7	Médiane
Le médecin traitant	1	1	19	18	9
Le patient ou sa famille (ou tuteur)	4	7	10	8	5
Tout médecin sur accord sur patient	2	3	17	15	9

Annexe 7 : Résultats « Quelle est votre mise en page idéale ? »

	<3	<5	>5	>7	Médiane	Ecart interquartile
Une partie pré-remplie et une partie urgence bien distinctes	0	1	19	14	8	3
Des items d'urgence en premier ou mis en évidence	1	3	13	7	7	3
Une page recto-verso	3	1	14	7	7	3

Annexe 8 : Courrier de liaison

Courrier de Liaison > 75 ans (partie pré-remplie)

Remplie par _____

Date _____

NOM : Médecin traitant (nom/contact) :

PRENOM :

Né(e) le : H F

Cadre de vie

En institution Non Oui :

Vit seul Oui Non , avec qui :

Adresse :

Téléphone :

Personne à prévenir :

Lieu de vie adapté Oui Non :

Antécédents (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, fonction rénale...)

Traitements (Noms et posologies)

ALLERGIES connues Non Oui :

Communication Autre langue, trouble phasique/dysarthrie ? :

Autonomie

Troubles cognitifs ? :

Protection juridique Non Oui (nom/contact) :

Dépendance (Entourez A=autonome, B=dépendance partielle, C=totale) :

*Communication A B C *Repas A B C *Hygiène A B C *Contenance A B C *Locomotion A B C

Ethique

Directives anticipées Non Oui (pensez à les joindre):

Personne de confiance :

Complément :

Courrier de Liaison >75 ans (partie complétée en urgence)

Remplie par

Date

Heure

Destinataire(s)/professionnel(s) prévenu(s) :

Âge du patient :

Motif d'Urgence :

Histoire de la maladie et symptômes : (+/- modifications thérapeutiques récentes, constantes, résultats de biologie ou examen complémentaire...)

Problématique actuelle/Motif transfert :

1^{ère} médication :

Complément :

Confraternellement.

Dr

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.