

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence

Creation of an emergency geriatric letter

Guillaume CHAUVOT¹, Boris RANCHOU²

RÉSUMÉ

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

Méthode : Selon la Méthode Delphi décrite par la HAS, une liste exhaustive d'informations pouvant être présentes sur le courrier standardisé a été établie par une revue de la littérature. Cette liste a été soumise à la cotation de 20 experts. Via deux questionnaires numériques successifs, les experts ont pu coter chaque item de « totalement inapproprié » à « totalement approprié » pour appartenir à la fiche de liaison. Les experts ont été également interrogés sur les formats et supports idéaux de cette fiche.

Résultats : Au total 20 items sur les 37 issus de la littérature ont été jugés appropriés avec consensus par le groupe d'experts. Cette liste comprend des items généraux, d'urgence, de gériatrie et d'éthique. Les experts expriment un accord pour que cette fiche soit pré-remplie en dehors du cadre de l'urgence par le médecin traitant ou tout autre médecin sur accord du patient. Elle doit ainsi présenter deux parties distinctes, l'une concernant les informations courantes, l'autre à remplir dans le contexte d'urgence. Ils ont exprimé un accord pour des supports numérique et papier.

Conclusion : Une lettre de liaison standardisée, synthétique et cohérente avec l'objectif d'améliorer la conti-

ABSTRACT

Objective: To improve continuity of care for oldest patients. To define a synthetic consensual list of the information necessary for the good continuity of the care for patients older than 75 years, notably in case of an emergency. Create a geriatric referral tool between primary care and hospital, as a standardized letter.

Method: Based on the Delphi Method described by the HAS, an exhaustive list of informations, that could be on the form of a standardized referral letter, has been edit from a literature review. Then this list has been submitted to the criticism to 20 experts. Through two successive numerical surveys, the experts were able to rate each item from totally inappropriate to completely appropriate to belong to the referral letter. Experts have been also questioned about ideal form and support for this tool.

Results: A total of 20 items from 37 of the literature were judged to be appropriate by consensus with the expert group. This list contains general, emergency, geriatric and ethical items. The experts expressed an agreement for this form to be pre-filled before the emergency, by the referring physician or any other doctor with the consent of the patient. Thus, it must present two distinct parts, one relating to current information and the other to be filled in the context of an emergency. They agreed on digital and paper formats.

Conclusion: A standardized referral letter, synthetic and consistent with the aim of improving continuity of care of oldest patients, was created. A study of the use of this tool is underway for its improvement and valida-

¹ Unité gériatrique de Soins de Longue Durée, Institut Hélio Marin, 40530 Labenne, France.

² Équipe Mobile de Gériatrie, Centre Hospitalier de La Côte Basque, 64100 Bayonne, France.

Article reçu le 20/03/2017 et accepté le 31/10/2017

Auteur correspondant : Docteur Guillaume Chauvot, Unité gériatrique de Soins de Longue Durée, Institut Hélio Marin, 315 route Océane, 40530 Labenne, France.

nuité des soins des patients âgés a été créée. Une étude d'utilisation de cet outil est en cours pour son amélioration et sa validation. Un support numérique de ce type d'outil est indispensable, afin de faciliter encore davantage les échanges entre les praticiens de soins primaires et hospitaliers et d'optimiser la continuité des soins entre ces secteurs.

Mots clés : Sujet âgé - Lettre de liaison - Méthode Delphi - Courrier d'admission - Lien ville-hôpital

INTRODUCTION

La France connaît une démographie inédite, avec le début d'un vieillissement exceptionnel de sa population. En France, au 1^{er} janvier 2017, près d'un habitant sur cinq est âgé de 65 ans ou plus, dont la moitié a atteint ou dépassé les 75 ans⁽¹⁾. Le retentissement est direct sur notre système de santé. La proportion de ces patients consultant aux urgences et hospitalisés est en augmentation significative⁽²⁾. Ces patients, polypathologiques, nécessitent une prise en charge globale complexe qui fait appel à une pluridisciplinarité médicale et paramédicale. L'échange des informations médicales essentielles est indispensable pour une bonne qualité des soins, encore davantage dans le contexte de l'urgence. Dans ce dernier contexte d'urgence, le praticien amené à examiner rapidement le patient n'est également pas toujours son médecin référent. Ainsi, comment améliorer la bonne continuité des soins de ces patients ? Cette dernière est liée à la qualité de partage des informations médicales. Le courrier médical, papier, principal outil actuel de liaison ville-hôpital est mis à défaut par de nombreuses études⁽³⁻⁷⁾. Il est jugé insuffisant, parfois illisible. Il y manque quasi systématiquement des informations importantes telles que : allergie, situation sociale, posologies, capacités fonctionnelles habituelles. Le motif du transfert lui-même n'est parfois pas explicité, mais sous-entendu. Les conséquences peuvent être significatives avec augmentation de la morbi-mortalité. Cette problématique d'amélioration de la communication entre soins primaires et l'hôpital est un enjeu de santé publique pour les années à venir. Des études suggèrent l'utilisation d'un courrier standardisé entre praticiens de soins primaires et spécialistes hospitaliers (urgentistes, gériatres)^(3, 6, 8-11), et prônent un outil numérique^(11, 12).

OBJECTIF

L'objectif de ce travail était d'initier la création d'un nouvel outil de liaison gériatrique d'urgence. Il s'agissait de définir

la liste des informations nécessaires à la bonne continuité des soins du patient âgé et adaptées à l'urgence, puis d'en produire un courrier de liaison standardisé. Une réflexion sur le support idéal d'un tel outil a également été réalisée.

Rev Geriatr 2018 ; 43 (1) : 13-21.

Keywords: Elderly - Liaison letter - Delphi method - Admission letter - Town-hospital network

MÉTHODE

La méthode utilisée est la Méthode Delphi décrite selon la Haute autorité de santé (HAS), visant à obtenir un consensus par la sollicitation d'un groupe d'experts⁽¹³⁾. 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. Ainsi il s'agissait pour ce travail de définir, à partir d'une revue de la littérature, une liste exhaustive d'informations susceptibles d'être nécessaires à la bonne continuité des soins du patient âgé. Cette liste était ensuite soumise à la critique du groupe d'experts pour établir la liste synthétique des informations essentielles à la bonne continuité des soins des patients âgés.

Le groupe d'experts a été composé de 20 praticiens volontaires bénévoles, habitués à la prise en charge du patient âgé, y compris dans le cadre de l'urgence. Parmi ces 20 praticiens du secteur de Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), il y avait :

- 5 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville ;
- 5 médecins exerçant chez SOS Médecins ;
- 5 gériatres exerçant en milieu hospitalier, dont l'un au sein d'une équipe mobile gériatrique donc spécialiste de la personne âgée en ambulatoire et en urgence ;
- 5 urgentistes hospitaliers.

L'outil de liaison étant souhaité comme strictement médical, il a été décidé que le groupe d'experts soit composé uniquement de médecins.

Les informations ont été soumises aux experts par deux questionnaires successifs, pour qu'elles soient cotées de 1 à 9, de « totalement inappropriée » à « totalement appropriée », pour être présentes sur la fiche de liaison d'urgence. Ainsi, une liste synthétique consensuelle pouvait être établie. À chaque item proposé il était associé une zone de commentaire (de suggestion ou justification). Les items sans accord après le 1^{er} questionnaire étaient soumis à nouvelle cotation par le 2^e questionnaire, mais associés aux commentaires et à la proportion d'experts ne les ayant pas jugés appropriés. Cela apportait une réflexion indirecte entre experts. À la fin du 2^e questionnaire, des questions sur la forme et le support idéaux ont été posées.

L'analyse du 1^{er} questionnaire exigeait l'avis des experts. Pour qu'un item soit défini approprié, il fallait un accord des experts, que toutes les cotations soient supérieures ou égales à 5, et une médiane des cotations supérieure ou égale à 7. Pour qu'un item soit défini inapproprié, il fallait un accord des experts, que toutes les cotations soient inférieures ou égales à 5, et une médiane des cotations inférieure ou égale à 3.

Pour l'analyse du 2^e tour de cotation, une tolérance était permise pour obtention de l'accord. Cette tolérance permettait l'accord en excluant de l'analyse des valeurs manquantes ou en excluant des valeurs extrêmes. Les analyses avec une tolérance de 10 et de 20 % ont été comparées. Pour 20 experts une tolérance de 10 % correspond à pouvoir ne pas prendre en compte 2 valeurs manquantes ou à exclure 2 valeurs extrêmes. Une tolérance de 20 % correspond à ne pas prendre en compte 4 valeurs manquantes ou à exclure 4 valeurs extrêmes.

Par exemple, pour obtenir l'accord pour valider un item approprié avec une tolérance de 10 %, il faut que la médiane de la cotation de l'item soit ≥ 7 et qu'il y ait au maximum 2 cotations inférieures à 5, si 100 % des réponses ont été obtenues.

Associée à cette 1^{re} analyse, la force de consensus entre les experts a été évaluée par un indice de dispersion : l'écart

interquartile. Q1 correspond au 1^{er} quartile : 25 % des cotations ont une valeur inférieure. Q3 correspond au 3^e quartile : 25 % des cotations ont une valeur supérieure. Q3-Q1 correspond à l'écart interquartile : donc plus il est faible, plus les valeurs de cotations sont proches, plus le consensus est considéré comme fort (Figure 1).

RÉSULTATS

Les résultats de la revue de la littérature ont été peu nombreux. Les termes utilisés pour la recherche étaient : « transfer referral letters » ou « admission referral letters », choisis car apportant la plus grande quantité de résultats, soit 135 articles. Seulement 8 documents concernant les courriers d'admission ont été issus des sites référentiels (PubMed et Revue Cochrane). Seulement 2 concernaient spécifiquement les patients âgés^(14, 15).

En parallèle, 2 outils existants ont été retrouvés *via* des moteurs de recherche généraux et connaissances personnelles.

1) Le Dossier de Liaison d'Urgence, document produit par la Haute autorité de santé en 2008, à destination spécifique des patients âgés dépendants vivant en institution⁽¹⁶⁾. Il est intéressant, mais pas adapté aux patients en ambulatoire et concrètement peu utilisé.

2) Une « Fiche patient remarquable », utilisée par le réseau de soins palliatifs de certains départements, dédiée aux patients porteurs d'une maladie grave évolutive, à risque de décompensation aiguë et donc d'hospitalisation⁽¹⁷⁾. Cet outil n'est également pas adapté au patient âgé en ambulatoire. En effet, si cette fiche répond bien à l'amélioration de la communication ville-hôpital pour les patients en ambulatoire grâce à une communication anticipée d'informations avec le Service d'aide médicale urgente (SAMU) local, les items détaillés ciblent surtout la pathologie grave connue, mais permettent une description peu globale du patient comme le nécessiteraient les patients les plus âgés.

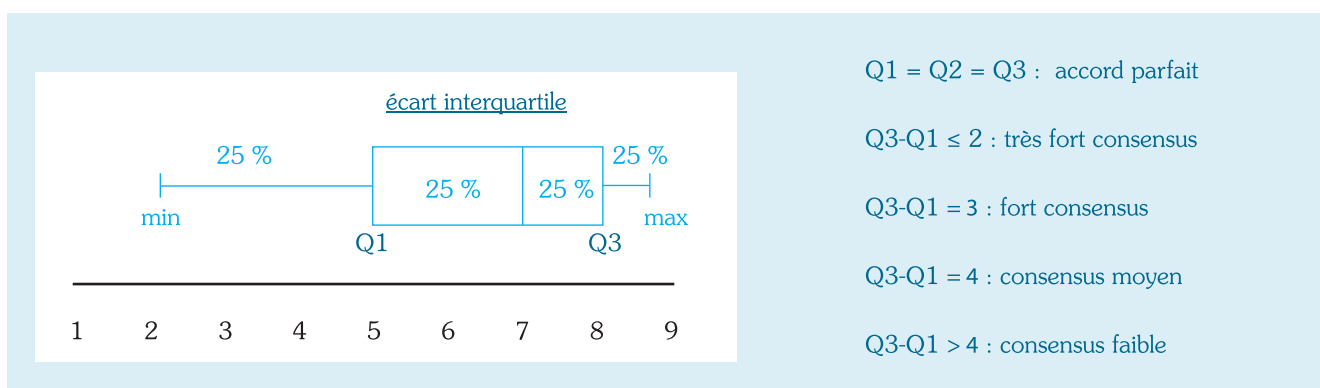


Figure 1 : Exemple de diagramme de quartiles.

Figure 1: Example of a quartile diagram.

Pour exemple les « capacités fonctionnelles » et « capacités cognitives » ne sont pas citées.

Il n'existe donc pas d'outil adapté à une bonne continuité des soins de la personne âgée en ambulatoire. À partir de tous ces documents, 37 items bien distincts ont pu être authentifiés (Tableau 1). Ce sont ces items qui ont été soumis aux cotations des experts pour établir une liste synthétique adaptée aux objectifs.

Les praticiens, issus de disciplines différentes, ont répondu de façon indépendante à 100 % des questions des deux questionnaires successifs.

Les résultats du 1^{er} questionnaire : 11 items ont été définis « appropriés » par accord des experts dès le 1^{er} tour de cotation : identité patient, identité médecin traitant, identité du médecin réalisant la fiche, personne à prévenir, contact, nom, contact si en établissement, allergie, traitement complet, histoire de la maladie, symptômes, hypothèse diagnostique ou problème rencontré, directives anticipées.

Entre les deux questionnaires, un nouveau décret a été publié dans le cadre de la Nouvelle Loi Santé, Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, faisant apparaître pour la 1^{re} fois sur le plan juridique le terme de « courrier de liaison ». Ce décret présente le rôle de ces courriers de liaison : renforcer le lien ville-hôpital et fluidifier le parcours patient. Il détermine en partie son contenu, rendant obligatoire 2 items : « destinataire » et « motif de transfert ». L'item « Motif de transfert » a été associé à l'item « hypothèse diagnostique ou problème rencontré ».

Au 2^e tour de cotation il restait donc 24 items sans accord (Figure 1). Parmi ces 24 items, 14 ont obtenu une cotation médiane supérieure ou égale à 7. Parmi ces derniers, 10 ont obtenu un accord des experts, dont 5 avec une tolérance de 10 % et 5 avec une tolérance de 15-20 %.

Parmi les items accordés avec une tolérance de 10 % : 4 font consensus fort, 1 fait consensus moyen avec l'écart interquartile. Parmi les items accordés avec une tolérance de 20 % : 3 font consensus fort. L'item faisant consensus moyen mais accordé avec une tolérance de 10 % a été validé. Au total 20 items sont validés « appropriés » après les deux tours de cotation (Figure 3).

Pour ce qui est du format et du support, nous avons proposé aux experts que la fiche soit composée de 2 parties distinctes (Annexe).

1) Une partie pré-remplie avec les données administratives, les antécédents, le traitement habituel. Ces données doivent être facilement accessibles, sur le patient si le support est papier, sinon sur le Dossier Médical Partagé sur la carte vital ou encore sur un site internet sécurisé.

2) Une partie à compléter dans l'urgence.

Cela a été jugé « approprié » par les experts, tout comme le fait que la fiche soit remplie par le médecin traitant ou tout autre médecin sur accord du patient ou de la famille. *A contrario* la fiche ne doit pas être complétée par le patient ou sa famille, elle doit rester un document strictement médical.

Il y a accord pour que le support soit papier et numérique : en effet, tant qu'il n'existe pas de support numérique optimal, le support papier reste indispensable. Pour ce support

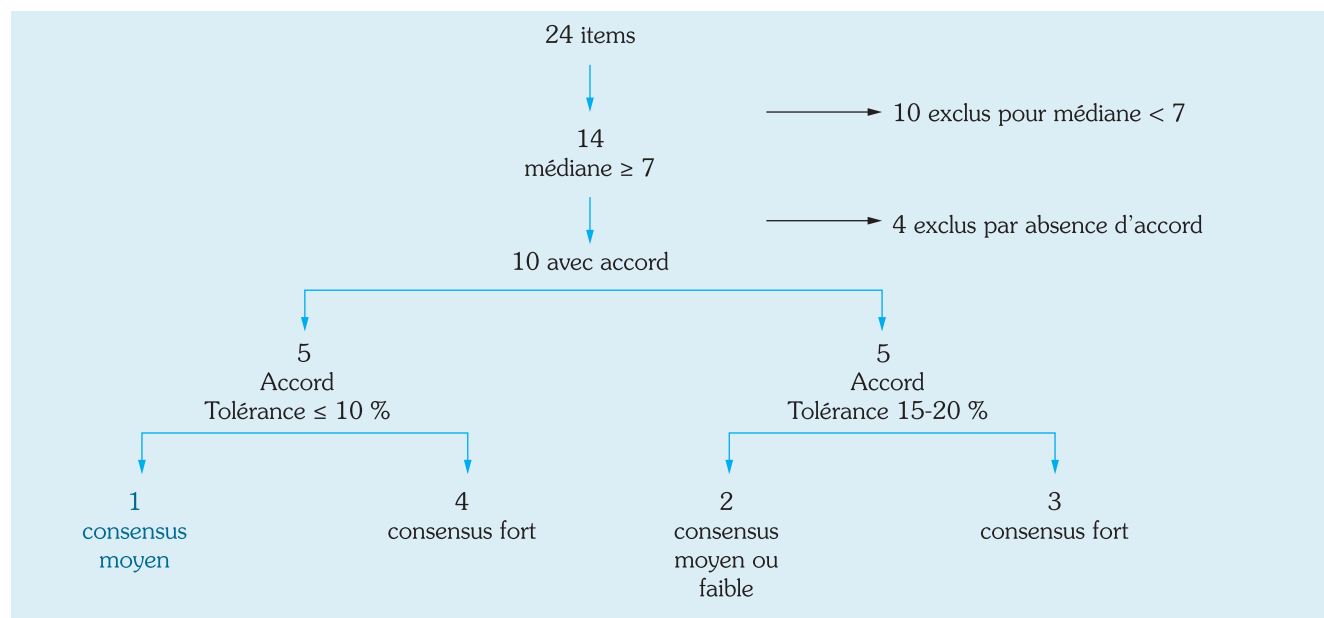


Figure 2 : Résultats du 2^e tour de cotation.

Figure 2: Results of the second round of review.

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence
Creation of an emergency geriatric letter

Tableau 1 : Liste des 37 items soumis aux cotations des experts.

Table 1: List of the 37 items submitted to the review of experts.

Liste des 37 items
1 - Identité du patient
2 - Identité du médecin traitant
3 - Identité du médecin réalisant la fiche et coordonnées, téléphone
4 - Nom, contact de l'établissement ou foyer si en institution
5 - Destinataire
6 - Personnes prévenues
7 - Difficultés potentielles de communication (langue, trouble du la parole, trouble de compréhension)
8 - Lieu de vie (type de logement, escaliers, adapté ou non)
9 - Entourage (famille, vit seul ou non)
10 - Personne à prévenir, coordonnées
11 - Aides humaines, aides techniques, aides financières
12 - Pathologies en cours
13 - Antécédents médicaux, antécédents chirurgicaux, antécédents psychiatriques
14 - Allergies
15 - Handicaps : visuels, auditifs, langage, mental, physique
16 - Alcool, tabac, autres toxiques
17 - Facteurs de risque (pour pathologies en cours : cardio-vasculaire, diabète, asthme, escarre, chute...)
18 - Traitement complet : nom, posologie+, modification récente
19 - Histoire de la maladie
20 - Constantes vitales
21 - Clinique : symptômes, signes cliniques objectifs
22 - Résultats de biologie et d'examens complémentaires
23 - Hypothèse diagnostique ou problème médical reconstruit
24 - Motif de transfert
25 - Date et heure de prise en charge
26 - Heure dernier repas
27 - Degré d'urgence
28 - Premières médications
29 - Protection juridique/ identité du tuteur
30 - Personne de confiance
31 - Statut fonctionnel descriptif
32 - Statut fonctionnel scoré : GIR, ADL, fragilité
33 - Statut cognitif descriptif, MMSE si connu
34 - Statut thymique et psychique habituel (douleur morale, apathie, agitation...)
35 - Statut nutritionnel
36 - Limitations thérapeutiques
37 - Directives anticipées

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence
Creation of an emergency geriatric letter

20 items			
12 après le 1 ^{er} tour		8 après le 2 ^{ème} tour	
Items généraux	Items gériatriques	Items d'urgence	Item d'éthique
Identité patient, Identité du médecin traitant, Identité du médecin réalisant la fiche, Destinataire/Personne à prévenir, Antécédents, Allergie, Traitement complet, modifications récentes	Entourage, Etablissement ou foyer si en institution, Difficultés de communication, Lieu de vie, Personne de confiance, Protection juridique/Tuteur, Statut cognitif descriptif	Histoire de la maladie, Symptômes, Hypothèse diagnostique/ Motif de transfert / Problème rencontré, Première médication	Directives anticipées

Figure 3 : Liste des items validés appropriés pour être présents sur la fiche de liaison gériatrique.

Figure 3: List of validated items deemed fit to be included in the geriatric referral form.

papier le format recto-verso a été jugé approprié. Ce travail a donc permis la création d'une fiche standardisée, synthétique, cohérente avec l'objectif de continuité des soins.

L'item « directives anticipées » a été retenu pour cette fiche. Depuis la Loi Léonetti de 2005, les directives anticipées restent peu utilisées, notamment en ambulatoire⁽¹⁸⁾. Par leur présence sur la fiche, elles aident à la prise de décision rapide de limitations thérapeutiques dans les situations d'urgence vitale.

Des items n'ont pas été validés : « aides », « statut fonctionnel », « constantes », « biologie et examens complémentaires ». Pourtant, ils apparaissent dans la plupart des autres documents de liaison issus de la revue de la littérature. Les items « aides » et « statut fonctionnel » sont importants pour la prise en charge des patients gériatriques. À travers les commentaires, on aperçoit que certains médecins ont peur de perdre du temps à remplir ces informations, peut-être par inhabitude. Étant donné l'importance prédictive de ce « statut fonctionnel »⁽¹⁹⁾, sa description recommandée pour toute évaluation gériatrique standard⁽²⁰⁾, et malgré le défaut de vulgarisation et d'utilisation par les praticiens en ambulatoire, secondaire à des craintes semblant hâtives, nous avons choisi d'intégrer cet item « statut fonctionnel » à la fiche de liaison. Ce choix sera rediscuté lors de l'étude d'utilisation de la fiche, à l'aide notamment des retours critiques par les praticiens. Les items « constantes » et « biologie et examens complémentaires » apparaissent non systématiquement nécessaires, et peuvent être associés aux symptômes ou à l'histoire de la maladie s'ils sont jugés importants par le praticien.

Les points forts de ce travail sont :

- une réponse à l'objectif posé, la création d'une fiche standardisée synthétique adaptée aux patients âgés et à l'urgence ;
- l'inexistence de document équivalent dans la littérature à ce jour ;
- une méthode utilisée validée par la Haute Autorité de Santé ;
- 20 experts légitimes, de plusieurs disciplines, des soins primaires et du milieu hospitalier, indépendants ;
- un recueil prospectif et sans donnée manquante ;
- l'analyse des résultats renforcée par la mesure de la force de consensus, non décrite par la méthode initiale de la Haute Autorité de Santé.

Les points faibles de ce travail sont :

- le choix de comparer 3 analyses, selon une tolérance de 10 et 20 % et selon la force de consensus, ce type d'analyse n'est pas retrouvé dans la littérature et donc sans validité externe.

Le support numérique est prôné par de nombreuses études mais un support optimal fait défaut aujourd'hui. Un support numérique pourrait faciliter le stockage des données, l'archivage. Il ne serait plus nécessaire de scanner tous les courriers. Il permettrait donc un gain de temps. Les données du dossier médical pourraient être directement implémentées du logiciel du praticien sur la fiche et inversement. La numérisation faciliterait l'accessibilité, en permanence sur la carte vitale pour le Dossier Médical Partagé ou sur un site internet sécurisé. Cela améliorerait certaines données médico-légales : qui a créé la fiche ? À quelle date ? À quelle

heure ? Par qui et quand a-t-elle été modifiée ou visionnée ? La sécurité des données médicales est la principale crainte des patients et des médecins. La sécurité numérique est de plus en plus fiable. Il existe aujourd'hui également la signature numérique. Enfin, le numérique permet un partage rapide des données, à toute distance par messagerie médicale sécurisée. Parmi les grandes difficultés ralentissant l'édition d'un tel outil numérique, on retrouve l'interopérabilité. L'interface numérique doit être compatible avec les nombreux logiciels déjà existants, pour pouvoir être accessible à tous les acteurs de soins légitimes.

Le Dossier Médical Partagé, développé depuis quelques années par le Ministère de la santé, via la carte vitale, connaît un échec, il est très peu utilisé. Associer des outils tels que des courriers de liaisons pourrait convaincre plus de patients et de praticiens à l'utiliser.

Nous avons donc besoin d'un outil optimal, harmonisé avec les multiples logiciels médicaux. Son utilisation doit être vulgarisée, avec la formation des professionnels si nécessaire.

Pour conclure, ce travail a permis la création d'une fiche de liaison standardisée en réponse à un enjeu de santé publique et pour améliorer la continuité des soins des patients âgés. Un support numérique optimisé reste encore à développer. Une thèse complémentaire est en cours pour tester cette fiche sur le terrain. Les critiques permettront d'améliorer l'outil et d'envisager sa validation. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Pyramides des âges-Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. 2017 [cité 18 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
2. 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>
3. Pujos L. Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences [Médecine Générale]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux II ; 2004. http://bibliotheque.bordeaux.fr/in/faces/details.xhtml?id=mgroupp%3Ap+unimarcbu_643159
4. Comité de Coordination pour l'Évaluation et la Qualité des Soins en Aquitaine (CCECQA). Correspondance médicale : courrier d'admission en hospitalisation. L'Union d'Aquitaine. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine. juill 2004 ; 4-5.
5. Dardenne J. Étude analytique de courriers d'admission de personnes âgées au service des urgences [Médecine Générale]. [Creteil] : Paris XII ; 2006. <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0248404.pdf>
6. Kong Win Chang A-C, Picco C. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital [Médecine humaine et pathologie]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier ; 2009. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631431/document>
7. McCullagh M, O'Kelly P, Gilligan P. Referral letters to the emergency department: is the medication list accurate? *Ir Med J* 2015 ; 108 : 38-40.
8. Wählberg 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* 2015 ; 15 : 353.
9. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Médecine humaine et pathologie]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier ; 2006. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00783628/document>
10. 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* 2012 ; 39 : 445-61.
11. Jiwa M, Dhaliwal S. Referral Writer: preliminary evidence for the value of comprehensive referral letters. *Qual Prim Care* 2012 ; 20 : 39-45.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Report on a recommended referral document. 1998. (SIGN Publication number 31). <http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/667233/sign%2031%20-%20report%20on%20a%20recommended%20referral%20document.pdf>
13. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Guide méthodologique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». 2010 déc. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf
14. 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* 2016 ; 185 : 483-91.
15. Caillet P, Herbaud S, Lejonc J-L, Paillaud E. Présence d'une lettre d'admission accompagnant un malade âgé adressé aux urgences : un indicateur de fragilité. *Presse Med* 2008 ; 37 : 60-1.
16. 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. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide_utilisation_dlu.pdf
17. Réseau champardenais d'accompagnement en soins palliatifs. Fiche patient remarquable, Guide d'utilisation [Internet]. Réseau des Urgences Champagne-Ardenne ; 2014 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.resurca.com/wp-content/uploads/2014/07/Fiche-Patient-Remarquable-vD%C3%A9f.pdf>
18. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France. *Population et Sociétés* 2012 ; 494 : 1-4.
19. Robitaille J. L'évaluation du statut fonctionnel à l'urgence de la personne âgée ayant des troubles cognitifs : Un prédicteur de l'orientation à la sortie ? [Maîtrise en médecine expérimentale]. Université de Laval ; 2013. www.theses.ulaval.ca/2013/29916/29916.pdf
20. Di Pollina L, Steiner AS, Gold G. Évaluation gériatrique standardisée (EGS). Genève ; 2010. https://www.hug-ge.ch/sites/.../evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence
Creation of an emergency geriatric letter

ANNEXE

Annexe 1 : Exemple de courrier de liaison gériatrique d'urgence, standardisé, contenant les 20 items sélectionnés.
Appendice 1: Example of a standardized emergency geriatric referral letter including the 20 selected items.

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

Remplie par

Date

NOM :

Médecin traitant (nom/contact) :

PRÉNOM :

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, poids de base...)

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 ; * Continence A B C ; * Locomotion A B C

Éthique

Directives anticipées Non Oui (pensez à les joindre) :

Personne de confiance :

Complément :

Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence
Creation of an emergency geriatric letter

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^{re} médication :

Complément :

Confraternellement.

Dr

Signature