

UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile (DLU-Dom) :  
Evaluation qualitative auprès de médecins généralistes du  
Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2023  
à 14:00 au pôle formation

**Par Sylvain Bassir**

---

**JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Eric WIEL

**Assesseurs :**

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Monsieur le Docteur Yann CONSTANT

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Guy VANDECANDELAERE

---

# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Sigles

<b>ADMR</b>	Aide à domicile en milieu rural
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASSURE</b>	Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>CAPSO</b>	Communauté d'agglomération du Pays de Saint-Omer
<b>CNIL</b>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<b>COREQ</b>	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPP</b>	Comité de protection des personnes
<b>CPTS</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DIU</b>	Diplôme interuniversitaire
<b>DLU</b>	Dossier de Liaison d'Urgence
<b>DLU-Dom</b>	Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile
<b>DMP</b>	Dossier Médical Partagé
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>ECG</b>	Electrocardiogramme
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue
<b>HAD</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MSP</b>	Maison de santé pluriprofessionnelle
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAD</b>	Personne âgée dépendante
<b>SAAD</b>	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<b>SFAP</b>	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
<b>SMUR</b>	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SPASAD</b>	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>SU</b>	Service des urgences
<b>URML</b>	Union régionale des médecins libéraux
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé

# Sommaire

<b>Avertissement</b> .....	2
<b>Sigles</b> .....	3
<b>Sommaire</b> .....	4
<b>Introduction</b> .....	8
<b>Contexte</b> .....	9
1 Données sur la personne âgée .....	9
1.1 La vieillesse .....	9
1.2 Le patient gériatrique.....	9
1.3 Démographie de la personne âgée .....	10
1.4 La personne âgée en médecine de ville .....	12
2 Données sur la personne handicapée .....	13
2.1 Etymologie.....	13
2.2 Définitions.....	13
2.3 Le handicap à domicile en France.....	14
3 Zoom sur les services d'urgence .....	15
3.1 Affluence dans les services d'urgences français .....	15
3.2 La patientèle gériatrique aux urgences.....	15
3.3 La patientèle handicapée aux urgences .....	16
4 La continuité des soins .....	17
4.1 Le courrier médical en situation d'urgence .....	18
4.2 La transmission mise à mal .....	19
4.3 Les besoins du médecin urgentiste .....	19
5 Les outils de lien ville - hôpital en France.....	20
5.1 Les fiches SAMU pallia.....	20
5.2 Le DLU « Ehpad » .....	21
5.2.1 Une mise en œuvre régionale : La mission ASSURE .....	22
5.3 Autres outils gérontologiques .....	22
6 Le DLU « Domicile ».....	23
6.1 Définition et objectifs .....	23
6.2 Genèse du DLU-Dom .....	24
6.3 Structure et mode d'emploi.....	25
6.4 La question de la numérisation.....	26
7 Objectifs de cette thèse .....	27
<b>Matériel et méthodes</b> .....	28
1 Type d'étude.....	28

2	Cadre éthique et réglementaire .....	28
3	Population étudiée.....	29
3.1	Echantillonnage .....	29
3.2	Prise de contact.....	29
4	Recueil des données.....	30
4.1	Méthode d'entretien.....	30
4.2	Contexte des entretiens.....	30
4.3	Déroulement des entretiens .....	30
4.4	Durée des entretiens .....	31
4.5	Matériel utilisé.....	31
4.6	Guide d'entretien .....	31
4.7	Nombre d'entretiens .....	32
5	Traitement des données.....	32
5.1	Transcription écrite .....	32
5.2	Analyse des données .....	33
5.3	Triangulation des données .....	33
6	Contact à distance.....	33
	<b>Résultats</b> .....	34
1	L'échantillon étudié.....	34
2	Synthèse des résultats .....	35
3	Le DLU-Dom est méconnu .....	37
3.1	Aucun médecin ne connaît le DLU-Dom .....	37
3.2	Un ton parfois didactique.....	38
3.3	Une curiosité des médecins pour l'étude.....	38
4	Contenu du DLU-Dom.....	38
4.1	Globalement jugé complet et pertinent.....	38
4.1.1	Les items gériatriques.....	39
4.1.2	Documents annexes .....	40
4.1.3	Directives anticipées .....	40
4.2	Voire trop complet .....	40
5	Le DLU-Dom est utile .....	41
5.1	Pour les urgences et l'hôpital .....	41
5.2	Pour le SAMU et le SMUR .....	43
5.3	Pour le personnel d'aide et de soin à domicile .....	43
5.4	Pour le médecin de garde ou remplaçant.....	45
6	Une confrontation du DLU-Dom aux habitudes du médecin.....	45
6.1	Les habitudes de communication avec les urgences .....	45

6.2	Amenant certains médecins à un constat de redondance .....	46
7	Format papier du DLU-Dom .....	48
7.1	Problème de lisibilité.....	48
7.2	Risque d'égarement .....	48
7.3	Rangement au domicile.....	49
7.4	Qualités du papier .....	51
8	La confidentialité des données .....	53
9	Un obstacle majeur : Le manque de temps.....	54
9.1	Un besoin de simplicité.....	56
9.2	La participation des tiers.....	57
9.3	Un format court.....	57
9.4	Une rémunération adaptée.....	58
10	Format informatique.....	58
10.1	L'outil informatique a son intérêt .....	58
10.2	Malgré des difficultés prégnantes.....	60
11	Le lien ville – hôpital .....	63
11.1	Une communication difficile avec les urgences .....	63
11.2	Un besoin d'uniformisation .....	64
11.3	L'évocation d'outils antérieurs .....	65
11.3.1	Des outils papier.....	65
11.3.2	Des outils informatiques .....	66
11.3.3	Une forme de découragement .....	66
12	Un questionnement sur la genèse du DLU-Dom .....	67
13	A qui et comment le diffuser ? .....	67
13.1	Aux médecins généralistes .....	68
13.2	Aux services d'aide et de soin à domicile.....	69
13.3	Aux services de secours .....	69
13.4	Aux services des urgences hospitaliers .....	70
13.5	Aux patients .....	70
13.6	La diffusion à l'échelon local .....	72
13.7	La rencontre humaine .....	73
14	Un usage futur .....	73
14.1	Plutôt favorables .....	73
14.2	Mettre en pratique pour juger .....	74
14.3	L'utilisation de la fiche de liaison .....	74
14.4	Contact à distance.....	75
15	Schématisation des résultats .....	75

<b>Discussion</b> .....	78
1 Discussion de la méthode .....	78
1.1 Forces et scientificité .....	78
1.2 Limites et biais.....	79
2 Discussion des résultats.....	80
2.1 Les formulaires standards et courts sont appréciés .....	80
2.2 Une ambivalence sur le support : papier ou électronique.....	81
2.3 Revaloriser une activité chronophage .....	83
2.4 Les patients en situation de handicap à domicile peu évoqués .....	83
2.5 Une défaillance dans la diffusion .....	83
2.6 L'intérêt d'impliquer le SAMU .....	85
2.7 Le smartphone : une voie d'avenir ?.....	85
2.8 Une mise en œuvre à l'échelle régionale : ASSURE à Domicile .....	86
3 Perspectives d'avenir .....	87
<b>Conclusion</b> .....	88
<b>Liste des figures</b> .....	89
<b>Références</b> .....	90
<b>Annexes</b> .....	96

# Introduction

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie en mars 2021 un outil d'amélioration des pratiques professionnelles : le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile (DLU-Dom). Il doit optimiser les soins prodigués en urgence à une personne âgée ou en situation de handicap vivant à domicile.

A ce jour, le DLU-Dom semble peu utilisé, en dépit des bienfaits qu'il pourrait apporter.

Que pensent les médecins généralistes de ce nouvel outil d'aide à la pratique, pour leurs patients fragiles qui vivent à domicile ?

# Contexte

## 1 Données sur la personne âgée

### 1.1 La vieillesse

La vieillesse se définit comme la dernière période de la vie humaine, caractérisée par un ralentissement des activités biologiques. Elle s'accompagne d'une diminution des forces physiques et d'un fléchissement des facultés mentales.

L'OMS donne le seuil de 60 ans pour définir la personne âgée, qui correspond plus à une définition économique et sociale. (1) Les seuils de 65 ou 75 ans sont plus souvent retenus dans les publications scientifiques. Le *National Institute on Aging* aux Etats-Unis fait par exemple une distinction entre les *young-old* (65-75 ans), les *old-old* (75-84 ans) et les *oldest-old* (85 ans et plus). (2)

Dans tous les cas, la population des sujets de plus de 60 ans est très hétérogène, les différences physiologiques entre individus s'accroissant avec l'âge.

L'âge moyen dans les institutions pour personnes âgées en France est de 86 ans en 2019. (3)

### 1.2 Le patient gériatrique

Ainsi, le patient âgé gériatrique ne se définit pas seulement par l'âge civil, mais tient compte de « l'âge physiologique ». Les grandes problématiques gériatriques que sont **la dépendance, la perte d'autonomie, la démence et la polypathologie** sont peu fréquentes à 60 ans, mais le deviennent après 70 ans. (4)

En milieu hospitalier, le seuil de 75 ans est souvent utilisé, mais on peut distinguer deux types de patients dans cette tranche d'âge : (5)

- Les patients de 75 ans et plus indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable.

- Les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques. Ils sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. C'est ce second groupe qui intéresse les unités gériatriques.

La complexité gériatrique est aussi le fait de problèmes psychologiques, sociaux et environnementaux, ajoutés aux problèmes biomédicaux.

### 1.3 Démographie de la personne âgée

La France vit une **explosion démographique de sa population âgée**, due au vieillissement de la génération *baby-boom* de l'après-Seconde Guerre Mondiale, et à l'amélioration de l'espérance de vie. (6) Si les projections se confirment, la France n'est qu'au début de son *papy-boom* : Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20% de la population en 2020, cette proportion progresserait fortement jusqu'en 2050 pour atteindre 27%. (Figure 1)

	Population au 1 <sup>er</sup> janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Figure 1. Projection de population par grand groupe d'âges

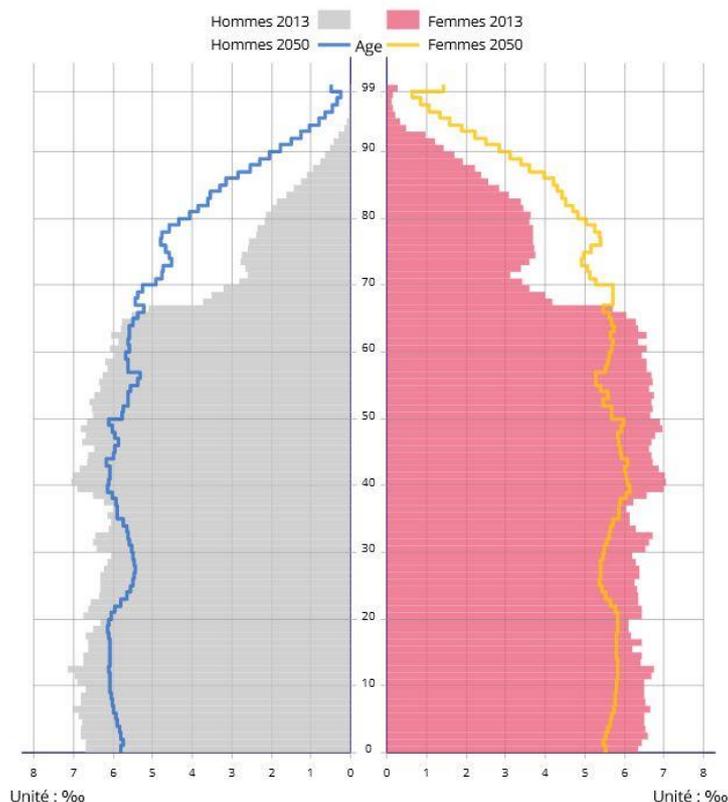
La majorité des personnes vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 20% des plus de 85 ans. L'âge moyen de perte d'autonomie est estimé à 83 ans. On compte 1,2 million de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dont 60% à domicile et 40% en établissement. (7)

On peut ajouter un mot sur **les aidants** : Quatre millions de personnes aident régulièrement un de leurs aînés vivant à domicile, dont 2,8 millions quotidiennement. 62% des aidants familiaux sont des femmes. (7)

**Dans notre région Hauts-de-France**, entre 2013 et 2050, seule la population des seniors (65 ans et plus) devrait augmenter, sa part passant de 15% à 25%, soit une hausse d'ampleur équivalente au vieillissement national. Cela représentera 640 000 personnes supplémentaires, soit 1,6 millions. (Figure 2)

La prévalence régionale des seniors resterait toutefois inférieure de deux points à la moyenne française, faisant des Hauts-de-France, comme en 2013, la région de province présentant la plus faible proportion de seniors. (8)

*Figure 2. Pyramide des âges 2013-2050 dans les Hauts-de-France*



#### 1.4 La personne âgée en médecine de ville

Les personnes âgées recourent davantage aux soins de proximité : A partir de 70 ans on recourt **deux fois plus fréquemment à un médecin généraliste**, trois fois plus à un masseur-kinésithérapeute et jusqu'à treize fois plus à un infirmier. (9) En moyenne, un senior recourt **8 fois dans l'année à un médecin généraliste**. Cette fréquence de recours est toutefois très variable ; ainsi les 10% de seniors à y avoir le plus recours ont consulté un médecin près de 2 fois par mois. (10)

Ces recours se font beaucoup par des **visites des professionnels au domicile** : Les visites représentent 35 % des actes réalisés par les généralistes auprès des plus de 70 ans, contre 12 % des actes en population générale. (11)

Les **dépenses de soins de ville** remboursées par l'Assurance Maladie sont en moyenne de 3 000 € par an et par personne pour les 75 ans ou plus, soit 1 000 € de plus que pour les 60-74 ans. Le poste de dépenses le plus élevé correspond aux médicaments, suivi des honoraires de consultations médicales, puis des actes infirmiers. (10)

Une étude de la DREES s'est penchée sur le cas particulier des **personnes âgées dépendantes** : (11)

- 95% des médecins généralistes suivent au moins une personne âgée dépendante (PAD) vivant à domicile, et près de 40% déclarent en suivre au moins vingt. A noter qu'en zone rurale, la probabilité pour un médecin de suivre au moins vingt PAD est double par rapport à un médecin exerçant en zone urbaine.
- 84 % des prises en charge pour ces patients correspondent à des **visites à domicile**, majoritairement pour suivre une **pathologie chronique stabilisée**.
- La complexité se mesure aussi en termes de **durée de consultation** : 25 minutes en moyenne lors d'une visite (hors temps de déplacement) et 23 minutes lors d'une consultation au cabinet, en comparaison d'une durée de 18 minutes de consultation sur l'ensemble de leur patientèle.

La **législation française** place le médecin généraliste au centre de la prise en charge des PAD vivant à domicile, lui confiant la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients. » (12)

L'enquête de la DREES montre une bonne implication des médecins en ce sens : (11)

- La moitié des médecins renseigne **un cahier de liaison** à la suite d'une visite à domicile, et ils sont à l'origine de l'instauration de ce cahier une fois sur deux.
- Une majorité de médecins déclare **téléphoner aux aidants** pour assurer la continuité des soins.
- Près de deux fois sur trois, c'est le médecin généraliste qui est **à l'origine de la mise en place d'une aide professionnelle à domicile** : soit il a contacté directement le service d'aide, soit il a conseillé à l'entourage de le faire.
- Aussi neuf praticiens sur dix déclarent avoir rédigé un **certificat pour demande d'APA** au cours du dernier trimestre.

## **2 Données sur la personne handicapée**

### **2.1 Etymologie**

Le nom commun « handicap » est emprunté à l'anglais *handicap*, contraction de *hand in cap*, signifiant littéralement « main dans le chapeau ». Dans l'Angleterre du XVII<sup>ème</sup> siècle, lors d'un troc de biens entre deux personnes, celui qui recevait un objet d'une valeur supérieure devait mettre dans un chapeau une somme d'argent afin de rétablir l'équité de la transaction. L'expression s'est transformée en mot puis appliquée au domaine sportif, notamment les courses de chevaux, où l'on imposait aux meilleurs des poids plus lourds à porter ou des distances plus longues à parcourir.

### **2.2 Définitions**

Le terme handicap désigne l'incapacité d'une personne à vivre et à agir dans son environnement en raison de déficiences physiques, mentales, ou sensorielles.

Parmi divers modèles, celui du Dr Philip Wood a longtemps fait figure de référence, et a été repris par l'OMS en 1980. Il définit le handicap par 3 points :

- **La déficience** : psychologique, physiologique ou anatomique ; c'est l'aspect lésionnel du handicap.
- **L'incapacité** : réduction partielle ou totale d'une capacité ; c'est l'aspect fonctionnel du handicap.
- **Le désavantage** : pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle ; c'est l'aspect situationnel du handicap. (13)

Plus tard, le Pr Claude Hamonet propose de délaissier la formulation « personne handicapée » au profit d'autres comme « personne en situation de handicap », ou « handicapée pour », afin de distinguer la personne des situations de handicap rencontrées dans sa vie. (14)

### **2.3 Le handicap à domicile en France**

En France, on fait une distinction entre :

- les personnes âgées atteintes de pathologies handicapantes, qui relèveront de la politique sociale liée à la dépendance et toucheront l'APA,
- et **les adultes de moins de 60 ans**, qui eux seuls relèveront de la **politique sociale liée au handicap**.

Les chiffres varient selon les études et les définitions, mais l'INSEE estime à 4,3 millions le nombre de personnes de 20 à 59 ans vivant à domicile qui ont une ou des limitations fonctionnelles, et/ou une reconnaissance administrative de handicap, et/ou un handicap ressenti. Soit environ un adulte sur sept. (15)

La CAF verse l'Allocation Adultes Handicapés à un million de bénéficiaires.

Différents services existent pour l'aide à domicile des personnes en situation de handicap : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), et les services d'accompagnement médico-social pour adultes

handicapés (SAMSAH). Les deux derniers sont spécifiques aux personnes reconnues en situation de handicap. Les SESSAD sont centrés sur un public d'âge scolaire. (16)

### 3 Zoom sur les services d'urgence

#### 3.1 Affluence dans les services d'urgences français

Depuis leur création dans les années 1960, les services des urgences (SU) ont connu une croissance régulière et soutenue de leur activité. Nos 697 structures d'urgence ont enregistré **22 millions de passages** en 2019, contre 10 millions de passages en 1996. (17)

#### 3.2 La patientèle gériatrique aux urgences

On observe une **surreprésentation des seniors dans les SU** : Les patients âgés de 75 ans ou plus représentent 12% des passages, alors qu'ils constituent 10% de la population générale. (18)

Dans les Hauts-de-France, ce sont environ 650 personnes de 75 ans et plus qui entrent chaque jour aux urgences. (19)

Le vieillissement de la population a modifié l'activité des SU : Les pathologies cardiovasculaires et neurologiques et les complications aiguës des cancers et maladies chroniques ont remplacé les accidents de la route. (20)

On donne quelques chiffres sur les patients âgés en SU : (18)

- 20% des patients âgés sont **adressés par un médecin libéral**.
- Dans un cas sur dix, le service est prévenu de l'arrivée du patient âgé.
- Les trois quarts d'entre eux **proviennent de leur domicile**.
- La prise en charge comporte **plus d'actes** : La moitié d'entre eux reçoit trois types d'examen cumulés (imagerie, biologie et un autre acte diagnostique comme un électrocardiogramme). On observe aussi davantage d'actes de soin (pansements, sutures, aérosols, etc) et d'avis spécialisés.

- **La durée moyenne de passage** aux urgences est bien plus longue que celle d'un autre patient, dépassant les huit heures pour 23 % d'entre eux.
- **La probabilité d'hospitalisation** est plus élevée : 56% sont hospitalisés, 38% retournent à leur domicile et 5% dans leur EHPAD d'origine.

La décision d'hospitaliser ou non un patient âgé présente un **double risque** : D'un côté, celui d'une hospitalisation abusive qui peut s'avérer délétère pour le patient, en plus d'engorger le service d'aval. De l'autre, celui de laisser repartir à domicile un patient relevant d'une surveillance ou d'un traitement à l'hôpital, et cela en considérant des critères médicaux mais également socio-environnementaux, en particulier s'il vit seul à domicile : Il est important de tenir compte de l'aide et de la surveillance que le patient requerra chez lui. (21)

Cette décision est d'autant plus délicate que les symptômes du sujet âgé sont volontiers atypiques et peu spécifiques. Il arrive souvent qu'en dépit de la quantité d'explorations effectuées, les diagnostics posés à la sortie restent peu précis et demeurent des symptômes. (18)

### **3.3 La patientèle handicapée aux urgences**

Devant les refus des autres acteurs du soin ou par défaut d'accessibilité à l'offre générale de soin, les personnes handicapées se retrouvent souvent aux urgences pour tout type de raison, et souvent parce qu'on agit trop tard. (22)

Nous n'avons pas trouvé de données épidémiologiques sur la patientèle handicapée dans les SU français.

Le passage aux urgences de ces patients est vécu comme une expérience dévalorisante pour la personne et pour les accompagnants. Le personnel de soins se trouve, quant à lui, en difficulté du fait de la méconnaissance du handicap. Par exemple, l'idée répandue qu'une personne handicapée va nécessiter beaucoup de temps et qu'il vaut mieux faire passer les autres patients d'abord. Enfin, les difficultés de communication de certaines personnes handicapées sont une réelle barrière au soin. (22)

Dans une étude espagnole, 90% des consultations des personnes déficientes intellectuelles aux urgences sont motivées par des plaintes somatiques. Cependant un diagnostic impliquant une douleur physique est moins souvent attribué aux déficients intellectuels qu'aux sujets contrôles (3 vs 20 %). Ces résultats suggèrent que ces patients ont des difficultés à conceptualiser et communiquer leurs symptômes, en particulier en ce qui concerne la douleur, et cela influe sur les diagnostics. (23)

Dans un questionnaire en ligne nommé Handifaction, qui cote la satisfaction des personnes handicapées ayant bénéficié de soins médicaux récents, il ressort que **la satisfaction des soins hospitaliers, en particulier aux urgences, est la plus basse**, en comparaison des soins reçus à domicile ou en ville. Par exemple, l'accompagnant n'est pas accepté, ou la personne handicapée estime ne pas avoir été informée de ses soins. (24)

Le rapport Jacob propose aux hôpitaux une **charte de l'accueil de la personne handicapée aux urgences**. Celle-ci demande de garantir une transmission des « informations utiles et actualisées pour une prise en charge adaptée et dédramatisée ». C'est-à-dire que le soignant doit avoir accès à des informations telles que : la gestion des principales complications, les prescriptions actualisées, les protocoles de soins, les coordonnées de l'équipe référente, la personne de confiance, le centre-ressource du handicap dont site internet de référence, les directives anticipées. (22)

#### **4 La continuité des soins**

La prise en charge du sujet fragile est pluridisciplinaire. Le médecin traitant en est le coordonnateur. La communication entre les différents acteurs du soin est primordiale. On définit ici la **continuité des soins** comme la situation idéale dans laquelle cette communication assure une prise en charge coordonnée, efficace, sans interruption.

#### 4.1 Le courrier médical en situation d'urgence

La communication entre généralistes et urgentistes est la pierre angulaire de la continuité entre soins primaires (de ville) et secondaires (hospitaliers), dans une situation d'urgence. (25)

La rédaction d'un courrier adressé au confrère, qu'il soit manuscrit ou dactylographié, est le moyen de communication le plus répandu, éventuellement associé à un appel téléphonique. Ce n'est pas un exercice facile : Il se doit d'être à la fois exhaustif et synthétique, pour transmettre les informations nécessaires à la prise en charge du jour. (25)

Ce courrier de liaison est normalement une obligation légale, et répond à certaines règles. Il s'inscrit dans un **secret médical partagé** entre confrères. Il doit être « versé dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remis. » (26)

L'intérêt du courrier a été largement documenté. Dans le contexte d'une admission aux urgences, il augmente la qualité globale des soins et permet une diminution significative de la durée du séjour aux urgences. Il limite également le risque d'erreur médicale hospitalière, et diminue le coût d'hospitalisation en évitant la redondance des examens. (27)

Cela sera d'autant plus vrai pour un patient âgé, qui souvent a des difficultés voire est incapable d'énoncer lui-même les informations requises, du fait d'une démence, d'une confusion ou simplement d'une surdité. Du côté des proches, il est également rare qu'ils connaissent le dossier médical du patient avec précision. (25)

Cette population âgée sera **plus vulnérable à une défaillance de transmissions**, avec en conséquences : retard de prise en charge, mauvaise orientation, iatrogénie, jusqu'à augmentation de la morbi-mortalité. (25,28) Les patients âgés sont donc **ceux qui dépendent le plus d'un système de santé qui soit capable de communiquer** et d'effectuer correctement des transferts de données et de responsabilités. (29)

## 4.2 La transmission mise à mal

Malheureusement, ce lien ville-hôpital est souvent mis à mal, d'autant plus lorsqu'il s'établit dans le cadre de l'urgence, avec parfois précipitation.

A l'échelle internationale, la qualité des courriers n'est pas satisfaisante : mauvaise lisibilité, principalement sur les courriers manuscrits (27), omission d'information et manque de données dans plus de 50% des cas. (30)

En France, la relation entre les deux milieux semble insatisfaisante. Les médecins généralistes n'ont pas le sentiment de collaborer avec leurs confrères hospitaliers. (31) La transmission de l'information peut aussi faire défaut à la sortie des urgences, sur les courriers de sortie. (32)

La littérature internationale est riche au sujet de l'adressage des aînés aux urgences. En France néanmoins, elle semble assez pauvre. On trouve beaucoup de thèses de médecine sur le sujet, et que nous citons dans ce travail, mais peu d'articles. (30) Après une recherche sur les bases de données francophones (CISMeF, LiSSa), en utilisant les mots-clés « courrier/lettre + urgences + âgés/aînés/vieux », nous avons trouvé seulement 4 références d'articles de périodiques, dont deux sont issus eux-mêmes de thèses, et dont un seulement est en accès libre.

## 4.3 Les besoins du médecin urgentiste

Ainsi, devant **le décalage entre l'information attendue par le médecin des urgences et l'information fournie par le confrère de ville**, des travaux se sont penchés sur les besoins des urgentistes.

Une étude canadienne récente confirme une nette différence entre les renseignements fournis et ceux recherchés pour les patients arrivant des unités de soins de longue durée. Les éléments le plus souvent recherchés étaient : le motif d'envoi, les antécédents médicaux, l'état cognitif, les directives anticipées ainsi que les personnes à joindre. L'état cognitif était fourni dans seulement 24 % des cas, les autres éléments étaient fournis à hauteur de 62% ou plus. (33)

## 5 Les outils de lien ville - hôpital en France

Les exemples proposés ici ne constituent pas une liste exhaustive.

### 5.1 Les fiches SAMU pallia

Ces fiches sont un bon exemple de la création d'interfaces entre ville et hôpital. Elles se focalisent sur les **situations palliatives**. Encouragées par des plans nationaux successifs de développement des soins palliatifs depuis 1999 (34), des fiches « urgence pallia » ont vu le jour dans différents départements, aussi appelées fiches SAMU pallia, fiches de liaison ou fiches patient remarquable. La fiche est remplie par un médecin qui connaît et suit habituellement le patient, avant de la transmettre au SAMU départemental, qui l'intègre à son logiciel. Le but étant d'aider le médecin régulateur à orienter la prise en charge lors d'un appel.

Des études en Mayenne, en Isère et en Ile-et-Vilaine ont montré que **la fiche SAMU pallia était à la fois bien acceptée par ses rédacteurs, et attendue par les régulateurs**. Au centre 15, les fiches ont participé à une décision de prise en charge, et les consignes qu'elles renferment ont toujours été respectées par les régulateurs (35). Les médecins généralistes approuvent son utilité, malgré les contraintes liées à sa rédaction : « Contrainte de temps, mais c'est un gain de temps par la suite. » (36,37)

Ces projets locaux ont mené à la création d'une **fiche Urgence Pallia à l'échelle nationale**, par un thésard qui a récolté les fiches départementales, a synthétisé leurs contenus, avant d'en confectionner une nouvelle, validée par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) en 2017. (38)

Depuis sa publication, 2 études ont évalué cette fiche nationale : La première montre que la fiche est capable d'anticiper le lieu de décès et d'éviter les hospitalisations chez les patients souhaitant un maintien à domicile. (39) Dans la seconde, la majorité des généralistes la déclare utile et est prête à l'utiliser dans sa pratique future. (40) Dans les deux études, les généralistes reconnaissent la méconnaissance et sont rarement à l'origine de sa rédaction.

## 5.2 Le DLU « Ehpad »

La HAS publie en 2015 un **Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)**. C'est en fait la troisième version d'un document publié en 2008 puis 2012, originellement dans un « plan canicule ». Il est conçu pour les **résidents d'EHPAD**. (41)

Ce document est composite, comprenant deux volets :

- le **document de liaison d'urgence** : qui est rempli hors de l'urgence, par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordinateur et les infirmiers de l'EHPAD. C'est une synthèse du dossier médical du résident.
- et la **fiche de liaison d'urgence**, elle-même en deux parties :
  - o au recto, la **fiche aller** : qui est remplie lors du transfert vers le SU, « par le soignant présent ». Elle est conçue pour que les aides-soignants, souvent en charge des patients la nuit, puissent la remplir aisément.
  - o au verso, la **fiche retour** : qui est remplie par un soignant du SU avant le retour vers l'Ehpad, précisant le diagnostic établi et le traitement entrepris.

Le DLU est destiné à tout médecin intervenant en urgence dans l'EHPAD ou dans un service des urgences hospitalier. Il peut aussi servir « au soignant de l'EHPAD de support de communication téléphonique avec le médecin de la permanence des soins SAMU-Centre 15. » (41)

La question du portage numérique était soulevée : Une version papier du DLU accompagne le résident à l'hôpital. Mais si les technologies du secteur le permettent, une version électronique du DLU peut être envoyée au SU ou au SAMU via une messagerie sécurisée ou consultée via le DMP.

Un DLU doit être constitué dès l'entrée du résident à la maison de retraite. On constate en effet un surrisque d'hospitalisation en urgence chez les résidents nouvellement admis, en raison, notamment, du stress généré par ce changement de vie. (41)

### 5.2.1 Une mise en œuvre régionale : La mission ASSURE

La HAS encourage à des partenariats entre l'EHPAD et le SU de l'hôpital de secteur. Cela passe par la nomination de référents qui promeuvent l'utilisation du DLU.

Dans cet esprit, l'ARS Hauts-de-France a lancé en 2018 un projet : ASSURE, Amélioration des Soins d'Urgences en EHPAD, emmené par les Professeurs E. Wiel et F. Puisieux. Le projet consistait à rencontrer et former les professionnels des 600 EHPAD des Hauts-de-France, accompagné d'outils pédagogiques et pratiques. Et parmi ces outils, un DLU est diffusé, établi sur le modèle de la HAS de 2015. (42)

Les retours furent positifs : Deux études qualitatives en Nord-Pas-de-Calais et Picardie ont montré une réassurance et une meilleure autonomie des soignants formés, qui appellent moins le 15. (43,44) Une étude quantitative a confirmé un taux de transferts évitables moins important dans les EHPAD formés. (45)

### 5.3 Autres outils gérontologiques

Des thésards ont proposé des **courriers-types de liaison gériatrique d'urgence**, après obtention d'un consensus d'experts par méthode Delphi, qui incluent des items gériatriques trop souvent oubliés dans les courriers. (25,46)

A l'échelon local, on peut citer la Communauté d'Agglomération de Saint-Omer (CAPSO), qui a lancé en 2016 « **Ma Boîte Santé** ». Placée dans le réfrigérateur, la petite boîte renferme des informations médico-sociales clefs, et aussi le lieu de rangement du dossier médical dans le domicile, l'hôpital ou clinique de préférence, et même l'éventuelle personne habituellement aidée par le patient. L'existence de cette boîte est signalée aux secours par un autocollant rouge collé au dos de la porte d'entrée du foyer. Ce dispositif a été distribué aux personnes âgées d'une trentaine de communes. (47) (Annexe 1)

La Chaire de Philosophie à l'Hôpital a pensé, avec le studio de design Les Sismo, un projet de soin nommé « **Repenser les Urgences** », avec pour terrain d'études l'Hôpital Européen Georges-Pompidou. Ils ont créé un guide pour préparer une

personne âgée ou handicapée à un départ aux urgences : Comme la femme enceinte prépare sa valise de maternité pour faciliter son départ, le patient réunit des documents et des effets personnels, dans un sac identifiable par une étiquette jaune. Ils ont aussi conçu un rangement de chevet aux urgences, consistant en une sacoche fixée sur la barrière du brancard du patient, renfermant ses effets personnels, et des accessoires de confort qui seraient distribués par les soignants (plaid, masque de sommeil, lingettes rafraîchissantes, etc), afin de réduire le stress et la désorientation. (48) (Figure 3)



*Figure 3. « Mon côté personnel », la sacoche de brancard du projet Repenser les Urgences*

## **6 Le DLU « Domicile »**

Dans la lignée du DLU Ehpad, la HAS publie en 2021 une version « domicile » pour les personnes âgées ou handicapées de tout âge. Cette adaptation est justifiée dans le sens où la majorité des personnes âgées en SU proviennent du domicile.

### **6.1 Définition et objectifs**

Le DLU-Dom est un document à utiliser uniquement **dans les situations d'urgence** et destiné **prioritairement au médecin urgentiste**. Il contient les informations strictement nécessaires à la prise en charge du patient par un médecin intervenant :

- à domicile, le médecin de garde (qui peut être le médecin traitant) ;

- à l'hôpital, le médecin du service d'urgence ;
- ou par téléphone, le médecin régulateur du 15.

Le DLU-Dom doit être utilisé pour **les personnes les plus vulnérables** : les personnes âgées, les enfants et les adultes en situation de handicap **vivant à domicile**. (49)

Le DLU-Dom doit permettre d'éviter des hospitalisations inappropriées.

Si le passage aux urgences ne peut être évité, le DLU-Dom doit l'optimiser : En limitant la durée d'attente, en facilitant la démarche diagnostique et thérapeutique, pour *in fine* une juste orientation.

Si le passage aux urgences aboutit à un retour à domicile, le DLU-Dom doit permettre d'évaluer la faisabilité de ce retour, de l'organiser, et ainsi limiter les ré-hospitalisations.

Il n'a pas vocation à remplacer les lettres de liaison, mais permet « d'en présenter certains éléments de manière standardisée. » (50)

## **6.2 Genèse du DLU-Dom**

A l'issue de la publication du DLU Ehpad, les fédérations du domicile demandent son équivalent pour les personnes vulnérables à domicile. Son champ est ensuite élargi aux personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, notamment au décours de la crise Covid-19 qui a fait naître des demandes de plusieurs fédérations de personnes en situation de handicap.

Sur ce thème, une recherche documentaire est lancée en juillet 2020. Elle complète la bibliographie sélectionnée pour l'élaboration du DLU Ehpad. Le courrier-type établi par G. Chauvot dans sa thèse et cité ci-avant est intégré. (25) A noter aussi que, pendant la crise Covid-19 de 2020, des fédérations de personnes en situation de handicap ont élaboré très rapidement des « DLU » spécifiques à chaque profil de handicap concerné. Ces DLU ont été pris en compte.

Cette synthèse documentaire a permis de repérer les informations les plus pertinentes à faire figurer sur un formulaire de transfert. Un groupe de travail a élaboré un DLU-Dom, modifié suite aux remarques d'un groupe de lecture. Ces groupes étaient constitués de médecins (généralistes, urgentistes, gériatres), de pharmaciens, d'infirmiers libéraux, de professionnels des services à domicile, et d'usagers. Ils provenaient de différentes localités du pays. (50)

Le DLU Domicile est publié sur le site web officiel de la HAS en mars 2021.

### 6.3 Structure et mode d'emploi

Comme son prédécesseur, il se décompose en deux volets :

- le **document de liaison d'urgence** : complété en amont de l'évènement urgent, au plus tôt d'un accompagnement à domicile, dès lors que le risque d'hospitalisation en urgence est élevé. A actualiser une fois par an, ou dès lors que la situation évolue.
  - Les données administratives et environnementales sont remplies par la personne, si besoin avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel. De même concernant la liste de contrôle des documents annexes.
  - Les données médicales et cliniques sont remplies par le médecin traitant, ou un médecin spécialiste référent.
- et la **fiche de liaison d'urgence**, elle-même en deux parties :
  - la **fiche aller** : remplie au moment de la décision du recours au SU, en attendant les secours, par la personne présente, qui n'est pas nécessairement un professionnel. Les non-soignants font valoir leurs observations avec leurs propres mots.
  - la **fiche retour** : remplie par un soignant du SU, destinée aux intervenants à domicile, pour leur transmettre les informations nécessaires à l'accompagnement et au réajustement des interventions d'aide et de soins. Toutefois elle ne remplace pas, mais ne fait que compléter, la lettre de sortie envoyée au médecin et remis au patient.

Pour le contenu détaillé, se référer aux annexes n°2 et 3.

Un Guide d'Utilisation de 10 pages est associé. Il donne les modalités pratiques, étape par étape : (51)

- **Qui remplit quels items, et quand** : Comme expliqué ci-dessus.
- **Comment l'utiliser au moment de l'urgence** :
  - Le DLU-Dom sert de support de communication lors de l'échange avec le Centre 15 ou avec le médecin de proximité.
  - L'alertant reste au chevet du patient et remplit la fiche aller en attendant les secours.
  - L'alertant informe la personne référente, le détenteur de l'autorité parentale pour les mineurs, le médecin traitant et le cas échéant le service d'accompagnement à domicile.
- **Comment l'utiliser au retour du SU** :
  - L'entourage proche sus-cité réceptionne la fiche retour, après que le SU l'ait contacté et se soit assuré d'une continuité d'accompagnement.
  - Le document de liaison est actualisé.
  - Une fiche de liaison vierge est remise au domicile.
- **Où le trouver** :
  - Si le DLU-Dom est en version papier, il est dans un endroit accessible et connu de tous les intervenants, par exemple sur le réfrigérateur. Le document de liaison est contenu dans une enveloppe fermée. Les fiches de liaison vierges sont accessibles et à proximité du document de liaison.
  - Le DLU-Dom doit rapidement être intégré au DMP mais les fiches urgence resteront sous format papier tant qu'une application permettant de les dématérialiser ne sera pas disponible au niveau national.

#### **6.4 La question de la numérisation**

La HAS donne des pistes pour une dématérialisation de l'outil : (51)

- Version électronique, signée du patient, qui serait transmise au médecin régulateur ou au SMUR par voie numérique.
- Accès direct au DLU-Dom depuis le centre 15 ; par exemple via le DMP ou via une base de données DLU-Dom.

- Compatibilité avec des logiciels de coordination entre les professionnels qui entourent un patient ; par exemple Paaco-Globule® en Nouvelle-Aquitaine
- Intégration de la fiche retour dans le système informatique du SU pour qu'elle puisse au moins en partie être remplie à partir des éléments du compte-rendu d'hospitalisation.

## 7 Objectifs de cette thèse

Deux ans après sa parution, le DLU Domicile semble peu connu. A ce jour, nous ne trouvons pas d'étude évaluant sa mise en œuvre, ni l'opinion des professionnels qui l'utiliseraient.

Nous avons contacté la HAS en fin d'année 2022, qui n'avait pas connaissance d'études menées sur les deux DLU. Elle nous précise ne pas mener « d'étude-terrain sur l'impact de ses travaux. »

Les médecins généralistes ont au moins deux missions : Proposer un DLU-Dom à leurs patients fragiles à domicile, et rédiger la partie médicale. Que pensent les médecins généralistes de ce DLU-Dom pour leurs patients fragiles à domicile ?

Dans ce contexte, notre travail sera original. L'objectif principal est **d'évaluer l'intérêt que les médecins généralistes du Pas-de-Calais portent au DLU-Dom.**

Les objectifs secondaires sont :

- faire connaître le DLU-Dom auprès des médecins qui ne le connaîtraient pas ;
- faire émerger des pistes d'amélioration et de mise en œuvre.

# Matériel et méthodes

## 1 Type d'étude

La méthode choisie est qualitative, par des entretiens oraux et physiques avec les médecins, semi-dirigés par des questions ouvertes.

Cette méthode vise à produire et analyser des données descriptives, telles que des paroles et des comportements. Elle est utile pour comprendre la position d'un sujet vis-à-vis d'une thématique définie, et doit mettre en lumière des problématiques non identifiées jusque-là.

Les données seront analysées par une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

L'auteur était lui-même l'investigateur, dans le cadre de la réalisation de sa thèse d'exercice en médecine générale. Il a mené lui-même les entretiens. Ses connaissances de la recherche qualitative reposent sur la lecture d'ouvrages de référence (52,53) et sur les conseils de son directeur de thèse.

## 2 Cadre éthique et réglementaire

Un synopsis de l'étude a été transmis au Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV. En réponse, le CPP nous préconise de détruire les enregistrements audio. (Annexe 4)

Le délégué à la protection des données de l'Université de Lille a été contacté : L'étude n'étant pas interventionnelle, elle ne requiert pas de déclaration à la CNIL.

La participation à l'étude est fondée sur le volontariat, avec recueil du consentement oral. L'anonymat des participants est garanti.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt, notamment pas de lien avec la HAS.

Cette étude n'a reçu aucun financement.

### **3 Population étudiée**

#### **3.1 Echantillonnage**

Les entretiens sont réalisés auprès de médecins généralistes installés dans le département du Pas-de-Calais, région Hauts-de-France. Ne sont pas inclus les médecins remplaçants, ni les internes. Un recrutement par recherche Internet a été effectué, via Google et les listes disponibles sur le site de la CPAM, avec comme critère de choix la proximité du domicile de l'investigateur. Une variation était recherchée sur les critères de sexe et de milieu d'exercice, le reste des caractéristiques étant laissé au hasard. Le but n'était pas d'avoir un échantillon représentatif de la population générale, mais d'obtenir une richesse de points de vue.

#### **3.2 Prise de contact**

Les médecins étaient contactés d'abord par téléphone, l'investigateur présentait brièvement le sujet de l'étude, son objectif principal, la méthode employée et le respect de l'anonymat, et annonçait une durée d'entretien de 15 à 20 minutes. Quand l'appel aboutissait à un secrétariat, ce dernier prenait note avant de proposer un transfert d'appel vers le médecin, ou relevait les coordonnées afin d'être recontacté ultérieurement, ou encore demandait à l'investigateur d'exposer sa demande par courriel.

Dix médecins ont été inclus dans l'étude, après en avoir contacté un total de vingt-huit. Quatre ont refusé de participer, pour les motifs suivants : pas intéressé (2), manque de temps (1), en retraite (1).

L'investigateur envoyait ensuite par courriel le DLU-Dom aux médecins inclus qui ne le connaissaient pas, afin qu'ils en découvrent le contenu avant l'entretien. C'était le cas de tous les médecins inclus. Le Guide d'Utilisation était joint aussi au mail.

L'entretien était réalisé dans les dix jours suivant le premier contact.

## **4 Recueil des données**

### **4.1 Méthode d'entretien**

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés à l'aide d'un guide.

### **4.2 Contexte des entretiens**

Neuf entretiens sur dix ont eu lieu au cabinet du médecin, pendant ou à la fin d'une journée de consultations. Un entretien a eu lieu au domicile du médecin mais qui était attenant à son cabinet.

L'investigateur vouvoyait les médecins interrogés, qui en retour utilisaient le tutoiement à l'exception d'un.

Tous les médecins interrogés avaient à portée du regard un exemplaire du DLU durant l'entretien, soit imprimé par leurs soins, soit fourni par l'investigateur.

### **4.3 Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2022 et avril 2023. La date, l'heure et le lieu de la rencontre étaient décidés avec le médecin ou son secrétariat.

En préambule de chaque entretien, l'investigateur présentait le sujet de l'étude, sa méthode et ses objectifs. Le consentement oral du participant était recueilli, après rappel de l'anonymat. Aucun participant n'a refusé.

En début ou fin d'entretien, les caractéristiques suivantes des participants étaient relevées : âge, sexe, année d'installation, milieu d'exercice (urbain, rural ou semi-rural), type d'exercice (seul, cabinet de groupe, MSP), formation supplémentaire (DU, DIU), expérience professionnelle en service d'urgences (y compris pendant l'internat)

et accueil de stagiaires. Ces informations n'ont pas été retranscrites à l'écrit. Elles sont présentées dans la partie « Résultats. »

Seuls deux médecins interrogés n'avaient pas lu le DLU Domicile au préalable, et ont nécessité une explication sommaire de la part de l'investigateur. Les huit autres avaient pris le temps de le parcourir avant la rencontre.

#### **4.4 Durée des entretiens**

Il était annoncé une durée de 15 à 20 minutes afin de correspondre à une durée de consultation. Les durées d'enregistrement sont consignées pour chaque entretien. Elles vont de 14 minutes 37 secondes à 43 minutes 45 secondes. La durée moyenne est de 28 minutes 15 secondes.

#### **4.5 Matériel utilisé**

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de marque Olympus®. Aucun enregistrement n'a été perdu.

#### **4.6 Guide d'entretien**

Un guide composé de 8 questions ouvertes selon la méthode semi-dirigée a été utilisé. Il a d'abord été établi à partir de la revue de la littérature et des recommandations officielles (Guide d'Utilisation et Argumentaire du DLU). Il a été modiquement remanié après les premiers entretiens, qui ont permis d'affiner les problématiques rencontrées, et de constater que les médecins ne connaissaient pas le DLU-Dom.

Pendant l'entretien, l'investigateur pouvait user de relances ou de précisions. Ces dernières se sont montrées utiles pour expliquer aux médecins la structure et le mode d'emploi du DLU-Dom.

Certaines questions du guide n'étaient pas posées quand l'idée avait déjà été explorée au gré de la discussion.

Le guide est joint en annexe. (Annexe 5)

#### **4.7 Nombre d'entretiens**

Il n'était pas défini au préalable. Le recueil des données s'est arrêté lorsque l'analyse des entretiens ne faisait plus apparaître de nouvelles notions, correspondant à la saturation théorique des données. La saturation des données a été obtenue à l'entretien M8, confirmée par 2 entretiens de consolidation, n'apportant plus de modifications au manuel de codage.

### **5 Traitement des données**

#### **5.1 Transcription écrite**

Chaque enregistrement audio était converti en un format écrit informatique, sur fichier Microsoft Word®, par une retranscription mot pour mot, incluant les hésitations (« heu »), les silences et les attitudes (rire, réflexion).

La transcription durait 3 à 6 heures par entretien. Le fait de retranscrire lui-même a permis à l'investigateur de s'immerger dans les données pour les maîtriser.

Les identités des participants étaient masquées par un codage comme suit : M1, M2, etc. Les autres données potentiellement identifiantes étaient masquées comme suit : \*\*\*\*.

Les enregistrements audio ont été détruits immédiatement après transcription.

Les textes obtenus constituent un corpus de *verbatim*, fourni sur support USB ci-joint.

## **5.2 Analyse des données**

Les *verbatim* ont été analysés selon une méthode inspirée du modèle de théorisation ancrée de Glaser et Strauss (52), aidée du logiciel Nvivo 14<sup>®</sup>. Ce logiciel permet à l'auteur de classer les citations pertinentes par « codes », qu'il crée lui-même au fil des analyses, et qui représentent des propriétés organisées en catégories. Les entretiens initiaux ont été analysés manuellement par prise de notes, puis l'analyse s'est poursuivie et achevée sur logiciel. L'auteur réalisait des allers-retours fréquents entre l'entretien en cours d'encodage et les entretiens précédemment encodés, permettant d'y contrôler la présence de codes nouvellement créés, et de s'assurer du bien-fondé des codes, de leur cohérence entre eux et avec la question de recherche. A la fin de l'encodage initial, l'auteur a réalisé une seconde lecture du corpus.

## **5.3 Triangulation des données**

Un second codage a été réalisé sur les 5 premiers entretiens, en aveugle du premier, par une interne de médecine générale extérieure à l'étude et réalisant une thèse de méthodologie similaire. Les codes retrouvés dans ce codage alternatif étant superposables au codage de l'auteur, la méthode de codage a été jugée fiable.

## **6 Contact à distance**

L'investigateur a recontacté les médecins interrogés en mai 2022, soit 1 à 8 mois après l'entretien, leur demandant s'ils avaient utilisé le DLU Domicile depuis lors.

# Résultats

## 1 L'échantillon étudié

Nous avons interrogé 10 médecins généralistes du Pas-de-Calais, dans l'Audomarois et le Calaisis. L'âge moyen est de 49 ans. Le sexe est réparti équitablement entre 5 hommes et 5 femmes, comme le milieu d'exercice : 5 en zone urbaine, 5 en zone rurale ou semi-rurale. Huit sur 10 ont déjà travaillé en service d'urgences, pendant l'internat ou après, et huit accueillent des étudiants en stage.

	Sexe	Age	Année d'installation	Milieu d'exercice	Type d'exercice	Formation complémentaire	Expérience en SU	Maître de stage universitaire
M1	F	38	2016	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Oui	Non
M2	M	47	2006	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Oui	Oui
M3	M	67	1983	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Non	Oui
M4	F	36	2015	Rural	MSP	AUEC de pédiatrie	Oui	Oui
M5	M	48	2004	Semi-rural	MSP	DIU médecine hyperbare et plongée, DIU échographie, médecine militaire dans la réserve	Oui	Oui
M6	M	59	1992	Rural	MSP	Capacité de gériatrie, DU pédiatrie, DU médecine générale	Non	Oui
M7	F	32	2020	Rural	MSP	Non	Oui	Non
M8	M	52	2000	Rural	Seul	Non	Oui	Oui
M9	F	55	2000	Urbain	Seul	Non	Oui	Oui
M10	F	55	2003	Urbain	Cabinet de groupe	Non	Oui	Oui

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés

## 2 Synthèse des résultats

Avant les résultats détaillés, on en propose ici une synthèse.

- **Le DLU-Dom est méconnu**

Le DLU-Dom est totalement inconnu des 10 médecins interrogés. Ils se sont montrés curieux d'en savoir plus, sur cette recommandation HAS dont ils n'ont reçu aucune notification.

- **Le DLU-Dom est utile et bien conçu**

Dans son contenu et sa mise en page, le DLU-Dom est jugé bien fait, offrant un bon résumé de l'état de santé de la personne âgée ou handicapée :

- Les directives anticipées, les numéros de téléphone utiles, les conditions de vie à domicile, l'état cognitif de base, et les documents annexes (ECG, bilans sanguins) sont particulièrement pertinents.
- Il est pertinent de spécifier la date de rédaction, et l'identité du rédacteur.
- Toutefois, certaines particularités gériatriques (ex : la présence d'ulcère) sont moins appropriées à l'urgence, ainsi que les prothèses dentaires et auditives et les vaccinations.

Les médecins accueillent le DLU-Dom comme un outil utile :

- Pour les soins urgents à domicile, et intra-hospitaliers ;
- Pour le personnel d'aide et de soin à domicile, après un passage aux urgences, ce qui bénéficierait secondairement au médecin traitant par économie de temps et de déplacements ;
- Mais aussi en dehors de l'urgence, à domicile, pour les soins habituels : médecin remplaçant, et intervenants paramédicaux, avec un bénéfice pour le médecin traitant également.

- **Défauts et solutions**

Les défauts du DLU-Dom pointés du doigt sont :

- Le risque d'illisibilité d'un document manuscrit ;
- Le risque d'égarement, à la maison comme aux urgences ;
- Le risque de violation du secret médical ;
- Le temps supplémentaire à investir, dans une masse de papiers et de tâches administratives déjà lourde, et des journées surchargées.

Pour minimiser ces difficultés, les médecins demandent :

- De laisser les divers aidants compléter les données administratives et réunir les documents annexes ;
- De se limiter à une page à compléter sur le document pré-rempli (les données médicales), et une page sur la fiche urgence ;
- D'être rémunéré à la juste valeur du temps qu'ils consacrent aux patients complexes ou dépendants.

L'informatisation est souhaitée, pour un dossier-patient électronique unique et accessible à tout professionnel de santé. Cela remédierait aux défauts du support papier sus-cités, et permettrait une utilisation par la régulation du SAMU.

Cependant, les dysfonctionnements du DMP, et semble-t-il les tâtonnements de Mon Espace Santé, laissent les médecins méfiants quant à une informatisation. Par conséquent, ils restent attachés au support papier, qui est adapté au domicile et à la personne âgée, et plus accessible en l'état.

De plus, les médecins restent méfiants au vu des expériences ratées d'autres outils de liaison (carnet de santé jaune, Ma Boîte Santé).

- **Mise en œuvre**

Les médecins pourraient incorporer le DLU-Dom à leurs pratiques, bien qu'ils se questionnent sur sa place parmi les lettres d'entrée et de sortie déjà en usage. Les outils de liaison et systèmes informatiques sont trop nombreux, et la communication avec l'hôpital est parfois difficile. Le DLU-Dom pourrait répondre à un besoin d'uniformisation des moyens de communiquer. La plupart se sont dits prêts à faire un essai pour leurs patients. Ils attendent un retour d'expérience des collègues des

urgences, et souhaitent que ces derniers remplissent le volet « retour ». A cette date, deux sur les dix l'ont utilisé.

Des actions de diffusion sont à mener auprès de tous les acteurs concernés, et notamment des actions locales, via les MSP et les CPTS, par des réunions d'information. L'adhésion des médecins généralistes et celle des patients sont nécessaires pour une mise en œuvre.

### **3 Le DLU-Dom est méconnu**

#### **3.1 Aucun médecin ne connaît le DLU-Dom**

C'est le premier constat : Aucun des dix médecins inclus ne connaissait le document avant d'être contacté pour l'étude. La totalité d'entre eux le découvrait dans le courriel envoyé par l'investigateur. Aucun ne l'avait donc déjà utilisé.

*M3 Je t'avouerais franchement que c'était la première fois que je vois ça.*

Un médecin s'est même proposé de chercher un mail à ce sujet dans son historique de mails, sans en trouver.

Il en est de même pour le DLU Ehpad, à l'exception de deux médecins qui disaient en avoir une vague notion.

On note que les médecins inclus n'avaient jamais vu la fiche de liaison « retour » après qu'un de leurs patients soit sorti des urgences, laissant supposer que les médecins urgentistes ne l'utilisent pas non plus.

*M2 On va dire qu'on est à peu près raccord sur la non-utilisation. [rire]*

Huit médecins sur les 10 avaient lu les pièces envoyées par courriel avant l'entretien, *a minima* brièvement. Deux médecins ne l'avaient pas fait. L'un avait fait deux lectures.

### 3.2 Un ton parfois didactique

Par conséquent, un temps variable de chaque entretien était consacré par l'investigateur à la présentation du document, afin d'en expliquer ou seulement d'en rappeler les tenants et aboutissants. Ces explications pouvaient répondre directement à des questions des médecins, qui se sont montrés curieux de mieux saisir le concept. Cela a donné une tournure plus ou moins didactique aux entretiens, imprévue.

*M5* *Donc en fait, qui amène ce papier chez les gens ? Chez le patient ?*

*M9* *Et en fait, les personnes âgées sont censées avoir ce truc-là chez elles ?*

### 3.3 Une curiosité des médecins pour l'étude

Au-delà du DLU lui-même, on constate une certaine curiosité des médecins :

- A l'égard de notre étude, et du rôle de la HAS : Ils demandaient notamment si l'investigateur collaborait avec la HAS.

*M7* *La thèse euh, cette étude, elle est sous la motivation de qui ?*

- Et à l'égard des opinions de leurs confrères : Ils demandaient ce qu'avaient pensé du DLU-Dom les autres médecins interrogés, ou renvoyaient la question à l'investigateur lui-même.

*M9* *Je sais pas hein. Je sais pas ce que t'en penses ?*

*M9* *Qu'est-ce qu'ils en disent, les autres médecins que tu as vus, de ça ? Comme moi ?*

## 4 Contenu du DLU-Dom

### 4.1 Globalement jugé complet et pertinent

De façon générale, les médecins jugent positivement le contenu du Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile. A première vue, aucun item important ne manque sur le document, et les items qui y figurent apparaissent pertinents.

*M1 J'ai rien vu qui m'a sauté aux yeux en me disant « Ah tiens il faudrait ajouter ça ou enlever ça ».*

*M2 Pas de souci, je valide tout ce qui est dans cette fiche.*

Certains discours sont plus nuancés sur ce point, ce qui peut traduire l'absence de mise en pratique, laissant des réserves sur un outil jamais utilisé :

*M10 Bah pertinent... J'ai pas dit oui, je trouve que c'est pas mal. L'idée est pas mal.*

*M1 c'est la pratique qui fait qu'on observe des choses manquantes ou pas adaptées.*

L'ensemble offrirait donc un bon aperçu de l'état de santé global de la personne âgée.

*M10 Au moins comme ça on peut lire en un flash.*

L'attention portée à la date de rédaction est appréciée, qui peut signifier au confrère des urgences une obsolescence des informations.

Un seul médecin a évoqué une potentielle lacune sur le DLU-Dom : une photographie du patient.

*M8 Imagine-toi une famille d'accueil où t'as cinq handicapés par exemple lourds. Si y a pas de photos, c'est lequel ? Pfft ! Y a pas de photo donc... Ça aide.*

#### 4.1.1 Les items gériatriques

Les médecins saluent la présence d'éléments gériatriques souvent omis dans les courriers :

- L'état habituel du patient en termes de cognition, de parole, d'autonomie et ses conditions de vie à domicile ;
- Les « points de vigilance » que sont les risques de chute, de fugue, de fausse route ou la présence d'escarre ;
- Et aussi sa situation juridique et administrative, et les contacts à joindre.

#### 4.1.2 Documents annexes

M2 juge appropriée l'annexion de documents utiles au DLU-Dom : ECG de référence, biologies récentes, comptes-rendus de consultations, etc. L'avantage étant de ne pas avoir à les chercher dans un moment d'urgence.

*M2 comme ça ils ont notion que c'est bien de garder un ECG s'il arrive quelque chose*

#### 4.1.3 Directives anticipées

La consignation des directives anticipées est appréciée également.

*M2 Tu as les directives anticipées, tu arrives le week-end, médecin de garde etc, au moins tu sais quelles sont les directives à prendre quoi. Sans poser des questions à l'entourage qui est déjà affecté.*

### 4.2 Voire trop complet

En parallèle de ce constat d'exhaustivité, survient néanmoins l'idée d'un excès d'exhaustivité sur certains points : Les médecins savent qu'on peut « toujours en mettre plus », néanmoins cela peut nuire à la pertinence, et les laissent circonspects sur certains items.

- L'exemple des prothèses dentaires et auditives sur la fiche d'urgence « aller » est considéré comme accessoire en situation d'urgence, voire inapproprié :

*M9 C'est un peu, je sais pas, du gadget je trouve. Je pense qu'en arrivant aux urgences, ils peuvent faire un inventaire.*

- L'exemple des vaccinations est aussi cité plusieurs fois.

*M3 Si tu dois commencer à demander à ta petite mamie qui est un petit peu Alzheimer, quand est-ce qu'elle a eu ses vaccinations, c'est un peu plus difficile quoi.*

Une médecin s'étonne d'ailleurs que des éléments du retour à domicile apparaissent sur la fiche « aller », à savoir la *check-list* de matériel avant retour. (Annexe 3) Elle

suggère de placer cette liste plutôt sur le document de liaison, à remplir en amont de l'évènement urgent.

*M9 Donc ils ont mélangé aussi le retour sur la fiche aller.*

Il en résulte un manque de place pour écrire sur des rubriques importantes, notamment sur la rubrique « pathologies en cours / antécédents personnels. » Le médecin M6 partage ce constat, mais consent qu'il faille cibler l'essentiel :

*M6 L'espace est peut-être un petit peu petit, mais on est dans une situation d'urgence. Donc je peux comprendre qu'il faille aller à l'essentiel. Ce n'est pas un dossier médical.*

Il en résulte aussi l'idée qu'ils ne pourront pas nécessairement tout remplir :

*M3 Je pense qu'à partir du moment où on va le remplir, tout ne sera peut-être pas forcément rempli, il y a des trucs qu'on peut ne pas savoir.*

## **5 Le DLU-Dom est utile**

### **5.1 Pour les urgences et l'hôpital**

Jugé plutôt bien fait, le DLU-Dom est aussi globalement considéré utile. La première utilité s'adresse au médecin des urgences qui reçoit le malade, qu'il ne connaît pas, qui n'est pas toujours capable de communiquer, et pour qui il a besoin rapidement d'une base d'informations.

*M10 moi j'aimerais bien si j'étais à leur place, quand je ne connais pas un patient, avoir les documents quoi.*

Les médecins généralistes sont conscients que le recueil d'informations n'est pas toujours une tâche aisée pour le confrère des urgences.

*M2 Oui je pense que tous ceux qui y sont passés savent que c'est galère, si il faut aller à la chasse aux infos*

Le DLU-Dom pourrait aider à une meilleure prise en charge du patient, au sein du service comme à sa sortie.

*M2 à minuit quand on veut le faire rentrer et qu'il n'y a personne, hm voilà, il faut connaître les conditions de vie.*

Le service rendu se trouve aussi dans l'usage d'un format standardisé, auquel l'œil de l'urgentiste serait habitué :

*M10 Dans le sens où il est habitué à un papier, donc à visualiser ce papier, ça je pense que si, sur le plan visuel c'est intéressant.*

On peut rapprocher ces opinions au fait que huit sur les dix ont déjà travaillé en service d'urgences. Les deux médecins qui ont déclaré ne pas avoir travaillé en service d'urgences partagent ce jugement aussi. Plusieurs se rappellent leurs souvenirs d'internat :

*M4 On aurait été bien contents pendant l'internat d'avoir ce genre de fiche à disposition.*

Cependant là aussi, les médecins attendent de voir en pratique ce qu'en pensent leurs confrères des urgences, et savent que ce sera plutôt à eux d'en juger.

*M7 C'est prévu d'ailleurs d'aller voir des urgentistes ou pas ?*

M8 est plus nuancé en raison du surplus d'informations, exposé précédemment. Il fait remarquer que des informations peuvent être adéquates pour une hospitalisation, mais inadéquates pour un passage aux urgences, et qu'il faut distinguer les deux situations :

*M8 Mon patient a un AVC, le fait qu'il ait un ulcère veineux malléolaire par exemple, est-ce que ça va intéresser le neurologue tout de suite ? Dans l'urgence, non. Secondairement dans le service, oui, parce qu'il y aura des soins à faire.*

## 5.2 Pour le SAMU et le SMUR

Le DLU serait utile aussi bien pour la régulation que pour l'intervention sur site. Certaines données potentiellement vitales doivent être à disposition d'une équipe de SMUR, à domicile, comme par exemple l'ECG de référence qui pourrait permettre de décider d'une fibrinolyse. M2 conserve lui-même un ECG dans le dossier informatisé du patient au cabinet.

*M2 Ici j'essaye de scanner systématiquement les ECG, pour justement quand il y a intervention sur site qu'on puisse avoir un référentiel de l'ECG au cabinet.*

En amont, le médecin-régulateur pourrait consulter un DLU du patient concerné par l'appel au SAMU-15. Cependant, une telle façon de faire ne serait efficace qu'avec une version informatique, qui serait rapidement retrouvée par le régulateur.

*M8 Parce que le serveur le SAMU aurait accès. Et s'il avait un appel pour ce patient, le lien permettrait de voir d'un coup d'un seul, en fait.*

L'utilisation du DLU par la régulation dans sa version papier actuelle est jugée impraticable. Il ne serait donc pas judicieux de le leur transmettre après remplissage comme on le fait pour les fiches pallia.

*M8 C'est des papiers qui vont servir à allumer la cheminée. Ou à alimenter les statistiques pour dire vous avez vu, on a repéré 344 personnes en grande fragilité.*

## 5.3 Pour le personnel d'aide et de soin à domicile

Le personnel intervenant au domicile du patient pourrait se servir du DLU-Dom, aussi bien pour sa prise en charge au quotidien, que pour gérer son retour du SU.

Les intervenants peuvent avoir besoin de renseignements médicaux ou administratifs, d'autant que la rotation de personnel est parfois importante dans ces services. Les infirmières sont demandeuses de données médicales utiles à leurs soins. Un médecin donne l'exemple de la surveillance INR.

*M4 les patients à qui elles font des surveillances INR des fois elles savent pas qu'ils ont une valve et que donc leur INR-cible est pas du tout le 2 à 3 mais le 3.5 à 5, enfin 4.5.*

Cela leur éviterait d'appeler le médecin traitant pour des questions sur l'état de santé habituel de la personne, ou sur un état habituel qui serait jugé à tort instable ou urgent ; et cela éviterait des déplacements inutiles au médecin.

*M1 Ils nous appellent pour vraiment tout et n'importe quoi, pour des situations habituellement stables. Ils ont l'impression que la personne n'est pas du tout stabilisée, on arrive et on voit que ça va c'est comme d'habitude, il ne se passe rien.*

Ensuite, le volet « retour des urgences » trouve tout son intérêt aux yeux des médecins. Il faciliterait la gestion de la sortie des urgences du patient fragile, de par son contenu « pratico-pratique », et l'incitation à contacter les aidants, dont les numéros sont fournis. Cela épargnerait du temps au médecin traitant également.

Le troisième médecin se remémore un retour à domicile tumultueux, notamment du fait d'une absence de communication avec les infirmiers du domicile, et pense qu'une fiche retour l'aurait mieux cadré :

*M3 Il y a pas eu d'infirmière qui a été contactée, il y a pas de... Pfff, ça a été un bordel noir. C'était mon interne qui était là il m'a appelé alors que j'étais en vacances en Bretagne, il me dit « Moi je sais pas quoi faire. »*

M9 fait remarquer qu'elle peut se rendre au domicile juste après la sortie des urgences et prendre avec elle le courrier de sortie, ce qui prive les intervenants d'informations importantes. La fiche « retour » répondrait donc à ce problème.

*M9 Parce que nous si on prend la lettre de sortie, ils n'ont plus de courrier de sortie. Donc ce serait peut-être bien d'avoir une fiche de liaison pour l'infirmier qui va passer ou la femme de ménage.*

On précise que cette praticienne n'était globalement pas convaincue par l'intérêt du DLU Domicile, et pourtant a adhéré au concept de fiche retour.

#### **5.4 Pour le médecin de garde ou remplaçant**

Enfin, on retrouve une utilité pour le médecin qui intervient chez le patient sans le connaître :

- D'abord, la tâche du médecin de garde envoyé au domicile serait grandement facilitée. Un médecin compare d'ailleurs le DLU-Dom au carnet de santé qu'avaient un temps les patients.

*M3 tu voyais un patient qui n'était pas un des tiens, tu regardais le carnet tu avais tout de suite une idée déjà des antécédents, et puis du traitement*

- L'idée d'aider leurs remplaçants est aussi émise par plusieurs médecins, quand bien même le DLU Domicile n'est originellement pas prévu dans ce but. M7 compare cela aux résumés d'histoire de la maladie qu'elle rédige spécifiquement pour ses remplaçants.

### **6 Une confrontation du DLU-Dom aux habitudes du médecin**

#### **6.1 Les habitudes de communication avec les urgences**

Les médecins ont aussi réagi en exposant leurs différentes façons de faire quand il s'agit de communiquer avec l'hôpital, et en l'occurrence avec les urgences.

Ils ont évoqué le courrier d'entrée aux urgences qu'ils rédigent lorsqu'ils y adressent un patient, accompagné éventuellement d'un appel téléphonique. Ils retrouvent dans le DLU Domicile des éléments de leurs courriers.

D'après M9, ses patients diabétiques peuvent même partir à l'hôpital avec leurs classeurs de suivi.

M10 explique que souvent, lorsqu'un de ses patients est transféré en urgence à l'hôpital alors qu'elle se trouve elle-même à son cabinet, elle imprime et réunit les documents médicaux utiles afin de les transmettre à l'hôpital.

*M10 Donc je sors tous les papiers, je passe une demi-heure, je me retrouve super en retard et pourtant je n'y suis pas allée.*

Elle explique aussi qu'avant chaque visite à domicile, elle imprime au cabinet une liste d'antécédents, qui pourra servir si elle décide d'une hospitalisation. Tout cela en plus du cahier de suivi à domicile. Le DLU-Dom lui permettrait donc d'unifier toutes ses pratiques, réunissant les données et les pièces pertinentes dans un même dossier au domicile du patient. Cela lui épargnerait un temps précieux, et éviterait aux secours d'emporter les outils de suivi habituels, comme le cahier.

*M10 Alors que s'ils m'embarquent mon cahier et qu'ils me le redonnent pas, c'est embêtant.*

## **6.2 Amenant certains médecins à un constat de redondance**

Les médecins s'interrogent sur la place des fiches de liaison d'urgence, en comparaison des courriers habituels, ce qui laisse perplexes certains d'entre eux, voire les amènent à exprimer une redondance avec les méthodes usuelles.

Une médecin affirme qu'elle n'utilisera pas la fiche de liaison « aller. »

*M7 Et ça, je la remplirai pas. Je préfère avoir mon courrier tel que j'ai l'habitude de le faire plutôt que de devoir cocher des cases comme ça.*

Une autre précise qu'elle rédigerait soit son courrier habituel, soit la fiche « aller », mais pas les deux, tandis que M2 suggère qu'il pourrait fusionner les deux en utilisant le verso de la fiche.

*M10 Soit je fais une lettre, soit je fais ça, mais je vais pas faire les deux.*

*M2 Il faudrait véhiculer le message « Zappez un courrier de votre ordonnancier et préférez une fiche aller, recto à remplir, et verso vous faites comme si c'était le courrier habituel. »*

Un autre encore s'est questionné sur la valeur ajoutée de la fiche « aller » vis-à-vis d'une fiche pompier, et estime qu'il faut éviter de s'éparpiller entre les différentes sources.

*M5 Eux c'est bien fait c'est bien établi, pourquoi est-ce qu'on ne prend pas le papier qui est déjà fait par les pompiers ?*

Il doute que la solution se trouve dans un outil comme le DLU, et croit plus en la prévention, l'éducation thérapeutique et l'entraide familiale.

*M5 Mais enfin, c'est pas ça qui est la solution. La solution c'est la communication avec la famille, d'impliquer les gens dans les soins*

De même, certains doutent de l'utilité de la fiche « retour », d'autant plus que les courriers de sortie des urgences auraient gagné en qualité depuis quelques années.

*M7 je trouve que ça fait doublon avec le courrier de sortie*

*M7 pour ça ils se sont un peu améliorés les urgentistes, les services d'urgence*

M7 craint aussi une redondance du document pré-urgence avec d'autres systèmes existants : le classeur du SSIAD, ou le dossier électronique Mon Espace Santé.

M9 s'est montrée la plus critique envers l'utilité du DLU-Dom. Elle avance que les SU connaissent de toute façon déjà les patients âgés polypathologiques.

*M9 Ça se passe bien sans ce truc. [...] si on fait une lettre comme d'habitude*

*M9 souvent les personnes âgées sont déjà allées aux urgences au moins une ou deux fois*

La discussion permettait à l'investigateur de rappeler que les fiches de liaison aller et retour n'étaient pas conçues uniquement pour être respectivement remplies et lues par le médecin traitant, mais se destinaient aussi à d'autres publics, non familiarisés aux courriers médicaux.

## 7 Format papier du DLU-Dom

### 7.1 Problème de lisibilité

La question du support physique sur papier du DLU Domicile a été soulevée. Le problème de lisibilité dû à l'écriture manuscrite y a été associé :

- Aussi bien du fait de la graphie ou des abréviations de chacun ;

*M8 je sais que lorsque j'écris une carte postale, mes gens vont voir le pharmacien pour savoir ce que j'ai écrit sur la carte postale. Je ne suis pas réputé pour savoir écrire.*

- Que des espaces de rédaction trop petits, ce qui rejoint la notion de surcharge en items expliquée ci-avant ;

*M4 pour les patients polyopathologiques on va avoir du mal à tout caser dans cette case*  
*M9 T'es là, à lire des petites cases. Le médecin vieillit donc il ne voit pas trop clair.*

- Ou encore du fait de ratures sur le document, pour éviter de le refaire entièrement quand on doit y apporter une modification.

*M8 Mais tu vois par exemple ici, si l'infirmière change, on fait comment ? On refait tout ?*  
*M8 C'est beau hein, quand on rature.*

### 7.2 Risque d'égarement

Un autre défaut du support papier est pointé du doigt : Le DLU peut facilement se perdre au domicile du patient, et notamment si celui-ci souffre de troubles cognitifs. Cela empêcherait les secours, le médecin ou l'aidant de le trouver le jour J, or le temps alloué à sa recherche est restreint en cas d'urgence.

*M5 Tu retrouveras jamais le papier à la maison.*

Les médecins savent que c'est déjà le cas avec les cahiers de suivi qu'ils utilisent pour leurs patients, et avec les documents de santé en général. Ils évoquent des situations déjà vécues aux domiciles des gens :

*M8 il suffit de, quand tu vas constater un décès de demander le livret de famille [...]. On peut attendre dix minutes avant de le retrouver, hein.*

*M9 il y en a partout, il y a des papiers, il y a des classeurs, il y a des insulines, il y a les médicaments sur la table, il y a même plus de place pour manger !*

Un médecin fait la comparaison avec le classeur HAD qui serait moins facilement égaré, du fait qu'il soit utilisé quotidiennement, contrairement au DLU qu'on utiliserait de façon occasionnelle.

*M5 Oui, c'est papier, c'est dans un classeur, et puis ben là on est à chaud, on est dans le vif du sujet, donc le classeur est toujours sur la table, quoi. Tu vois ?*

Ensuite, si le DLU arrive aux urgences, il n'est pas sûr qu'il revienne avec le patient à son domicile à la sortie du SU. Le risque est le même à la sortie d'une hospitalisation, le cas échéant.

*M6 Le facteur limitant du support papier, c'est qu'une fois que le document est parti aux urgences, il risque de ne pas revenir.*

Les médecins proposent comme solution préventive de faire des photocopies du DLU, à garder au domicile, ou à conserver sous format numérisé dans le dossier informatique au cabinet. Cette réflexion ouvre la porte à l'idée d'un format informatisé du DLU, développée plus loin dans ce chapitre.

### **7.3 Rangement au domicile**

Ainsi, des idées pour ranger le DLU-Dom au domicile du patient ont émergé de la discussion, sans qu'il n'y ait de réponse tranchée.

Le DLU-Dom pourrait être placé dans une pochette dédiée, avec ses documents annexes, et éventuellement la carte vitale. Ainsi on aurait seulement à prendre la pochette en cas de transfert vers un SU.

*M2 Et à domicile, il sait qu'il a sa pochette avec carte vitale et machin, ses directives là-dessus, il met ses comptes-rendus, ECG...*

Une autre préfère un classeur, qui offre une aisance dans la présentation de documents qui restent amovibles à souhait.

*M9 des feuilles perforées en fait, qu'on pourrait mettre dans des classeurs, puis qu'on pourrait retirer en fait*

Cette pochette – ou autre contenant – devrait être placée dans un endroit précis de l'habitation, unique, communiqué à tous les intervenants professionnels et familiaux, et aux services de secours.

*M1 C'est savoir où on la met, ce qu'on en fait exactement, et que tout le monde sache où elle est. Tous les intervenants à domicile.*

Une équipe de pompiers, d'ambulanciers ou de SMUR n'appartient pas à l'équipe de soin habituelle du patient. Pour les aider à trouver le DLU-Dom, son lieu de rangement devrait alors être constant d'une maison à l'autre, et fixé par les autorités compétentes. Les secours sauraient directement où aller voir, et cela aiderait à systématiser l'usage du DLU. Le médecin M8 suggère la porte d'entrée.

*M8 Il faudrait peut-être aussi dire "Ce document de liaison est à laisser typiquement dans une enveloppe verte collée sur la porte d'entrée." Et marquer "à prendre en cas d'urgence". Quand tu fermes la porte bah tu vois l'enveloppe, tu la prends.*

Deux médecins se rappellent l'exemple des Boîtes Santé de la CAPSO qui, sur le même principe, devaient être placées dans le réfrigérateur.

*M7 Mais ça c'est une problématique, on n'a pas trouvé de solution depuis des années encore. Si, à une époque ils disaient de mettre dans le frigo je crois. [rire]*

Quant à la HAS, elle propose de le disposer sur le réfrigérateur, ce qui peut offrir une certaine protection en hauteur, mais peut-être au prix d'une visibilité moindre.

En effet, la notion de visibilité est primordiale : La pochette ou enveloppe dédiée doit être visible à qui la cherche, ou ne la cherche pas. Cela peut passer par l'usage de couleurs qui attirent le regard.

*M8 Pour le rendre visible, en tout cas. Visible et donc un peu plus utilisable.*

M9 suggère un code couleur pour les différents volets : document de liaison et fiches de liaison, ce qui permettrait de les trouver et les distinguer promptement, et ainsi remplir la fiche de liaison en attendant les secours.

*M9 Par exemple la fiche aller, une couleur jaune, fiche de retour, une autre couleur pour différencier, puis faire celle-là une autre couleur quoi.*

En somme, pour optimiser son utilisation, il faudrait attribuer au DLU un lieu de conservation unique et constant dans le domicile, mais aussi entre les différents domiciles, le tout assorti d'une bonne visibilité, tout en étant protégé.

On voit que cette question n'est pas l'apanage du DLU-Dom, et s'est déjà posée pour des dispositifs antérieurs. Symbolisant la difficulté à trouver une réponse, un médecin ironise en imaginant une pochette équipée d'une alarme pour retrouver le DLU dans le logement :

*M9 Et mettre dans une pochette fluo avec un truc, un bip. Et quand on siffle, on retrouve la pochette. Faire un truc comme ça. [rires]*

#### **7.4 Qualités du papier**

Malgré des défauts inhérents à son support papier, le DLU-Dom dans sa version actuelle garde aux yeux des médecins interrogés certaines qualités.

D'une part, les médecins sont rassurés par un support qu'ils connaissent bien, puisqu'ils manipulent encore beaucoup le papier pour les ordonnances, les certificats et les courriers.

Le support papier est plus adapté au domicile : Il permet un remplissage direct, au chevet du patient, par exemple lors d'une visite de routine, ou de sortie d'hospitalisation. Il peut être mis à jour au gré des changements de vie constatés sur place.

*M6 Je pense que, surtout quand il s'agit de suivis et de patients qui sont à domicile, le document papier est important.*

*M7 Ça au moins, si je sais où c'est, je peux le mettre à jour au domicile du patient.*

Les médecins n'ont pas accès aux logiciels médicaux en visite, et imaginent mal comment gérer deux supports en même temps, papier et électronique.

*M9 En plus les vieux, ils n'ont pas d'ordinateur. Moi je me trimballe pas avec mon ordinateur non plus.*

Le DLU version papier serait ainsi accessible aux secours en cas d'intervention sur site, avec ses documents annexes comme l'ECG de référence. Comme les anciens carnets de santé, il donnerait un accès facile aux données à tout professionnel appelé en urgence.

D'autre part, les patients âgés peu rompus à l'électronique seraient également plus à l'aise avec ce support, et d'autant plus en milieu rural, qu'avec un DMP ou un Espace Santé.

*M2 Les papis mamies, jamais ils n'auront ça en format clé USB, internet ou quoi que ce soit. Ça ne marche pas ça. [...] Donc c'est bien éventuellement d'avoir cette fiche, car l'informatique ne fait pas tout, encore moins à domicile ou chez une personne âgée.*

Ces éloges du support papier sont donc en lien direct avec les défauts et les difficultés de l'outil informatique.

Par ailleurs, la mise en page du DLU est appréciée, notamment la présentation sous forme de cadres qui séparent les différentes rubriques, et les couleurs employées. Le caractère visuel esthétique semble encourager l'utilisation.

*M10 Le fait d'entourer comme ça pour bien séparer chaque chose, ça c'est pas mal. De faire des ensembles quoi. Comme quand on était au CP, c'est bien. Y a des couleurs, donc c'est pas mal.*

## **8 La confidentialité des données**

Plusieurs médecins avertissent : Un DLU laissé au domicile mettrait en danger le secret médical. La suggestion HAS de laisser le DLU sur le réfrigérateur est accueillie avec scepticisme, quand bien même on inscrirait la mention « confidentiel » sur l'enveloppe.

*M7 La partie médicale, moi, ça m'embête de la mettre sur le frigo, très franchement.*

Au-delà des étrangers ou des personnes mal intentionnées, c'est même la famille qui devrait être gardée à distance de certaines données médicales :

*M8 Un patient qui est dément, tu vas dire qu'il est dément ? C'est un terme médical. Pour la famille, ça va être violent de dire que "Dis donc, il a dit que mon pépé était dément."*

Cette difficulté à garantir le secret est directement liée au support papier du DLU.

*M8 Dans la mesure où tu laisses une trace écrite, il peut pas être garanti.*

Cependant, ils nuancent en précisant que ce risque existe déjà dans beaucoup de méthodes de leurs pratiques courantes, telles que les cahiers de liaison à domicile. De

plus, la plupart des personnes qui interviennent à domicile sont dans le soin, donc également soumis au secret.

*M7 C'est pas qu'avec cette fiche-là que ça se pose, le souci, c'est aussi avec les cahiers de liaison, les carnets de santé qu'on laisse à la maison.*

*M7 Mais on n'a pas le choix à l'heure actuelle. C'est soit ça, soit on ne fait aucune transmission.*

Ils nuancent aussi en rappelant deux choses : ces documents de santé appartiennent au patient, et ils sont remplis avec son consentement.

Ils réfléchissent à des moyens de protéger le secret médical, mais savent qu'il n'existe pas de solution précise.

*M10 Bah la confidentialité on met dans une enveloppe, donc déjà... Après on ne peut pas faire mieux. A moins que... Il y ait d'autres solutions et j'ai pas pensé je ne sais pas !*

La HAS suggère de placer le DLU-Dom dans une enveloppée fermée, sur laquelle on inscrirait la mention « confidentiel ». M9 pense néanmoins qu'il ne faudrait pas fermer l'enveloppe, afin que les soignants puissent consulter le DLU-Dom. Et M8 affirme qu'une telle mention attirerait plus la curiosité mal placée, il préfère une formule simple qui évoque l'urgence médicale :

*M8 "Papiers Maurice en cas d'hospitalisation." Et comme c'est pour si Maurice doit aller à l'hôpital, les gens ne vont pas l'ouvrir.*

*M8 Si on marque secret euh, [...] on écoute aux portes quand c'est secret.*

## **9 Un obstacle majeur : Le manque de temps**

La gestion du temps, dont les médecins généralistes manquent cruellement, est apparue comme un obstacle important à l'utilisation du DLU-Dom.

Le DLU-Dom apparaît comme un « papier supplémentaire » à remplir.

*M7 je me dis ça fait des fiches en plus quoi.*

*M10 ce qui est important c'est aussi que nous, on ne perde pas de temps.*

Il imposerait un temps de communication supplémentaire avec le patient et son entourage, notamment pour réexpliquer au patient le principe de personne de confiance, et prévenir ladite personne qu'elle est désignée comme telle.

Il vient s'ajouter à une masse de papiers, de tâches administratives et de réunions déjà énorme et difficile à gérer.

*M8 tu peux contacter les médecins, ils vont dire "encore un truc qu'on reçoit et qu'on met à la poubelle". C'est ce qu'on appelle le tri vertical, parce qu'on en reçoit tous les jours.*

L'exemple des dossiers MDPH illustre cette lourdeur :

*M10 au départ on était à 3 pages, et puis d'un coup ils disent "Ah bah tiens, 8 pages! Super !"*

L'afflux de mails à gérer s'ajoute à la masse de papiers. Un médecin résume en plaisantant :

*M10 En fait, c'est un métier de tri là, qu'on fait. [rire] C'est comme aux urgences finalement.*

Ce temps administratif empiète sur le temps médical, et vient aggraver le problème de démographie médicale.

*M8 mon métier, c'est faire de la médecine et pas du papier.*

*M8 Si tu le fais ne serait-ce que deux ou trois patients par jour, c'est 20 ou 30 minutes de temps médical que tu ne pourras pas donner au gamin qui miaule parce qu'il a une otite.*

Même en adhérant au concept, et en projetant d'utiliser le DLU, les médecins appréhendent la façon de l'intégrer dans leurs routines déjà chargées. Ils craignent ne pas avoir le réflexe d'initier le DLU, et surtout de le renouveler chaque année ou à chaque évolution de santé :

*M7 Dans l'idéal, j'aimerais beaucoup le faire ! Est-ce que j'aurai le temps de le faire? Je ne sais pas. [rire]*

*M8 Mais un an ça passe vite, et moi je n'ai pas un chronomètre, je n'ai pas une alarme sur mon téléphone qui me dit "Faut refaire tel plan d'action pour un tel". Ça passe très vite.*

Une médecin imagine comment elle procéderait pour proposer un DLU à tous ses patients de visite sur 3 mois :

*M7 comme je fais des renouvellements à un, deux ou maximum trois mois, ça veut dire que sur les trois premiers mois, je vais voir tous mes patients à domicile*

Cependant, ils admettent aussi que c'est un temps nécessaire à passer, et que c'est finalement le rôle propre du médecin généraliste, coordonnateur des soins. Le temps passé est aussi un investissement utile, puisque c'est un potentiel temps gagné pour l'avenir, et un bénéfice pour le patient.

*M1 C'est sûr, mais ça fait partie de notre boulot de médecin généraliste coordonnateur.*

*M7 le temps que je vais y passer ne va pas me bloquer vu le bienfait que je peux en tirer par la suite.*

Ils savent que les médecins des urgences subissent la même contrainte de temps et de tri :

*M7 Il y a cette fiche-là, il y a la fiche du pompier. Est-ce que les urgentistes, ils vont vraiment faire attention à tout ça ? Ça prend du temps quoi.*

Pour maîtriser au mieux cette contrainte de temps, émanent plusieurs idées :

### **9.1 Un besoin de simplicité**

Deux médecins évoquent l'idée générale selon laquelle les innovations et les recommandations de bonne pratique doivent être simples.

M2 *Il faut vraiment être simple, tout ce qui est dépistage et autre, il faut être simple. Donc dans le message pour élargir tout ça, il faut être simple [montre le DLU].*

M10 *Parce que là, franchement, actuellement dans notre société, on nous simplifie pas les choses, on nous rajoute plein de trucs.*

## 9.2 La participation des tiers

Les médecins ne doivent pas être les seuls responsables du DLU. Ils attendent de la famille, des infirmiers, et des aidants en général qu'ils effectuent le remplissage des renseignements administratifs et généraux. Cela peut se faire au moment où démarre un plan d'aide à domicile.

M5 *Alors ça, tu donnes ça à la famille tu dis « Ecoutez remplissez ce que vous pouvez »*

Ainsi, il ne resterait aux médecins que la partie médicale qui, isolée, n'est pas très volumineuse.

M6 *Finalement, la partie médicale n'est pas si importante que ça.*

## 9.3 Un format court

Les médecins réclament un document concis, court, soit typiquement : 1 page pour le document de liaison, 1 page pour la fiche urgence. Sans quoi, il ne sera ni rempli par eux-mêmes, ni lu par les urgentistes.

M10 *c'est tolérable que si on a une page à remplir. Si on doit commencer à remplir trois pages, c'est trop. [...] Bon je veux bien écrire le nom, le nom du patient, c'est tout.*

On rejoint donc ici l'idée d'exhaustivité « bien dosée » explorée ci-avant.

Les médecins vilipendent d'ailleurs les comptes-rendus trop détaillés qu'ils reçoivent à la sortie d'hospitalisation de leurs patients.

## 9.4 Une rémunération adaptée

Enfin, les médecins sont prêts à consentir un effort de temps, pour peu qu'on les paye en conséquence.

*M10 Parce que c'est une bonne idée, mais voilà. Ou alors on nous paye le double !*

*M10 Ben j'ai, moi j'veux bien faire de la pub, mais dans ce cas-là, on me paye comme une publicitaire.*

Par exemple, on pourrait inclure le remplissage d'un DLU dans une cotation spéciale, comme la « visite longue » ou la « majoration personne âgée. »

*M6 Donc c'est minimum 70 € au lieu de 35. Donc ça peut s'intégrer dans le cadre de cette visite de coordination et de gestion des situations complexes à domicile.*

## 10 Format informatique

### 10.1 L'outil informatique a son intérêt

Au regard de l'essor des technologies de communication, la question de leurs applications au Dossier de Liaison d'Urgence a été abordée. Et ce d'autant que la HAS a elle-même réfléchi à la question, spécifiant dans son Guide d'Utilisation officiel : « Le DLU-Dom doit rapidement être intégré au DMP mais les fiches urgence resteront sous format papier tant qu'une application permettant de les dématérialiser ne sera pas disponible au niveau national. » (51)

Globalement, les médecins accueillent favorablement l'application de l'informatique à un outil comme le DLU Domicile. Elle est même plébiscitée par certains, qui en font une condition pour utiliser le DLU Domicile. Pour une autre, la transformation est inéluctable :

*M10 Oui, pourquoi pas. De toute façon on y viendra, à mon avis.*

Premièrement, il serait intéressant d'avoir une version informatisée du DLU à remplir en ligne, qu'on pourrait ensuite imprimer à souhait, notamment s'il a été perdu, et le placer en différents endroits, pour maximiser les chances de l'utiliser.

*M5 Parce que tout ce qui est informatisé est imprimable.*

Le problème de lisibilité serait résolu, permettant aussi de modifier proprement lorsqu'une mise à jour s'impose.

*M8 Alors que la lisibilité informatique : L'infirmière change, ben ça reste propre.*

Deuxièmement, ce DLU numérique pourrait être déposé sur un DMP ou un autre serveur partagé. Cette évolution est envisagée favorablement par la majorité des médecins.

*M5 le fait d'avoir quelque chose de centralisé informatique ça me paraît plus adapté, déjà de premier abord.*

*M8 Il serait plus logique à mon sens, dans la mesure où on a un repérage de patients fragiles, de possiblement déposer sur un DMP*

L'utilisation d'un serveur partagé offrirait certains avantages :

- Le médecin du SU accéderait directement au DLU-Dom depuis son poste. Actuellement avec le DMP, cela concernerait seulement la partie pré-remplie.
- Le régulateur du SAMU pourrait le consulter en direct. Dans ce genre de cas, la recherche de dossier doit être rapide, or cette condition est incompatible avec le papier.

*M8 Si je dois commencer à regarder dans mes huit classeurs pour savoir... On fait pas quoi. On fera pas.*

- La présence d'un DLU sur le DMP centraliserait les informations essentielles, et ainsi éviterait au soignant d'explorer tout le DMP pour les collecter. En ce

sens, le DLU pourrait aider à utiliser le DMP, alors que c'est plutôt le principe inverse qui est envisagé à l'origine.

*M4 Plutôt que de devoir fouiller tout le DMP, dire « bon il y a la fiche d'urgence », le jour où la personne arrive aux urgences on sait où chercher les infos clés*

- Le secret médical serait mieux protégé, comparé aux documents papiers laissés dans le salon ou la cuisine du patient, comme exprimé par la majorité des sujets. Toutefois, un médecin va à rebours des autres et affirme que l'informatique est plus vulnérable que le papier, du fait des piratages.

*M5 On peut lire tes mails quand on veut.*

Enfin, les médecins sont ouverts à une application sur smartphone, rejoignant l'idée de la HAS. (51) La fiche urgence serait dématérialisée, remplie via téléphone portable, au domicile du patient, et envoyée aux hôpitaux alentour.

*M5 En cochant les hôpitaux à la ronde, Boulogne, Calais, St-Omer, il n'y en a pas 36 hein.*

M5 imagine même une méthode simple : envoyer une capture d'écran des antécédents du patient via une application ou une messagerie.

L'idéal serait un logiciel unique, accessible sur différents appareils. Un médecin prend en exemple son propre logiciel médical, auquel il a accès sur son téléphone, en plus de l'ordinateur.

*M5 Je prends des photos, il se met à jour automatiquement sur mon PC.*

## **10.2 Malgré des difficultés prégnantes**

Tout cela étant dit, les médecins attendent une condition capitale pour utiliser ces nouvelles technologies de communication : Qu'elles fonctionnent. En effet, ils ont tous

formulé des critiques et évoqué des difficultés envers les deux systèmes actuels : DMP et Mon Espace Santé.

Tout d'abord, l'expérience ratée du DMP transparait, voire s'exprime clairement, dans tous les discours quand on aborde la question informatique :

*M6 Mais entre parenthèses, je ne crois pas trop à l'Espace Santé et au DMP.*  
*M7 C'est comme le DMP il y a plusieurs années, c'est toujours pas mis en place, finalement abandonné, maintenant c'est l'Espace Santé. C'est difficile.*  
*M9 Il faudrait déjà que le DMP fonctionne.*

Les exemples de dysfonctionnements ont été nombreux sur l'ensemble des entretiens. Plusieurs médecins ont joint le geste à la parole, en ouvrant le DMP devant l'investigateur, pour lui montrer en direct les difficultés éprouvées : accès au DMP, connexion entre le dossier patient du logiciel-métier et celui du DMP, clics supplémentaires, lenteur, messages d'erreur, etc.

*M2 Je clique sur « se connecter au DMP ». Déjà ça met une plombe.*

On rejoint aussi la notion de perte de temps :

*M10 et puis je dois faire au moins 5 clics par patient en plus, ce qui me fait 200 clics par jour en plus à faire.*

Ensuite, la plateforme « Mon Espace Santé », à peine lancée au moment de l'étude, est déjà accueillie avec prudence :

*M7 La problématique de l'Espace Santé, c'est pas l'Espace Santé, c'est pouvoir l'utiliser. Enfin, nous on a des logiciels qui ne sont pas encore compatibles. La Sécu, elle n'est pas encore bien au point là-dessus.*

Un médecin met déjà un dysfonctionnement de l'Espace Santé en perspective avec une intégration du DLU Domicile : Un document déposé sur le serveur ne pourrait pas en être supprimé.

*M7* *Donc ça voudrait dire que quand on le met à jour tous les ans, ça fait réintégrer un nouveau fichier à l'Espace Santé.*

Ils disent ne pas savoir eux-mêmes manipuler le DMP et l'Espace Santé, révélant peut-être un manque de formation.

*M7* *Même nous, on ne sait pas encore trop comment ça marche.*

Les médecins s'étonnent qu'en 2022, ce genre de systèmes ne soit pas encore efficient. Ils attendent des pouvoirs publics une véritable action, par exemple en imposant certaines normes aux éditeurs de logiciels. Ces derniers sont nombreux, et cela crée une hétérogénéité des systèmes. Ces réflexions rejoignent le problème « d'interopérabilité » soulevé par la HAS. (50)

*M10* *Le jour où au niveau technologie, ils nous aideront vraiment, ben ça sera bien. Je sais pas si je serai encore en vie par contre, parce que pour moi c'est pas encore ça.*

*M5* *Enfin je pense que, avec les moyens actuels et tout, [tape sur la table] mettons du pognon dans une solution inter-logiciels. [...] Limite il faudrait retaper tout sur un autre logiciel, et tout, c'est quand même un truc de dingue. A l'heure de l'intelligence artificielle, tu vois ce que je veux dire.*

En plus des dysfonctionnements propres aux logiciels, la difficulté tient aussi du fait que les personnes âgées ne sont pas équipées ni initiées. M3 dit n'avoir eu aucune question de patient sur Mon Espace Santé. L'affinité pour le numérique diffère aussi d'un médecin à l'autre. Or pour qu'un tel système fonctionne, tout le monde doit s'y mettre, soignants comme patients.

*M8* *Je ne sais pas si c'est l'avenir, parce que ça implique un effort de l'ensemble des confrères. Et certains sont plus branchés que d'autres.*

Ces difficultés peuvent expliquer le fait que les médecins défendent encore le support papier, en même temps qu'ils demandent une évolution vers le numérique.

## 11 Le lien ville – hôpital

### 11.1 Une communication difficile avec les urgences

Les médecins expriment une certaine insatisfaction des liens qu'ils entretiennent avec leurs confrères des services d'urgence, bien qu'il y ait eu des progrès.

Ils estiment ne pas être assez souvent appelés par les urgences, alors que le téléphone est un moyen simple et efficace de continuité des soins.

*M8 Il arrive aussi, trop rarement à mon sens, que l'hôpital nous appelle.*

Ils prétendent que les documents de liaison qu'ils adressent aux urgences ne sont pas toujours pris en compte là-bas.

*M10 il paraît qu'aux urgences ils sont pas toujours lus nos courriers hein*

Ils admettent aussi que les patients peuvent entrer aux urgences sans courrier du médecin traitant, ou avec un courrier mal fait.

Ils sont critiques envers les courriers de sortie des urgences ou d'hospitalisation, notamment sur la préconisation un peu trop facile de « réévaluer avec le médecin traitant rapidement », qui apparaît d'ailleurs sur la fiche retour du DLU.

*M3 « Débrouillez-vous, laissé à la libre appréciation du médecin traitant. » [rire] Ça c'est un peu facile. [...] Maintenant tous les courriers c'est comme ça.*

La difficulté tient aussi du fait que le médecin généraliste, le médecin urgentiste et le patient n'ont pas les mêmes besoins. Il est donc difficile de mettre au point un outil de communication qui réponde à tous ses besoins.

*M8 Et mes besoins à moi, ce ne sont pas les besoins du patient ni les besoins de l'urgentiste. Et c'est là où il manque de liant. [...] Donc c'est un échange à trois.*

Ainsi, les médecins craignent que leurs confrères des urgences ne remplissent pas la fiche « retour » après avoir réceptionné une fiche « aller ».

*M6 Je serais un peu plus dubitatif - mais je suis peut-être un peu mauvaise langue ou pessimiste - sur le retour des services d'urgence par rapport à ça.*

## 11.2 Un besoin d'uniformisation

Il existe une multiplicité des systèmes de communication. Pour améliorer le lien ville – hôpital, et coordonner les acteurs du soin en général, il faudrait uniformiser les systèmes. C'était justement l'ambition du DMP, et désormais de Mon Espace Santé.

M7 évoque un projet de création d'un logiciel d'échange avec l'hôpital du secteur, qui pourrait standardiser les échanges à l'échelle locale :

*M7 On essaye, on est dans une optique avec la CPTS de formaliser un petit peu les choses, essayer de trouver un logiciel d'échange*

Le DLU Domicile pourrait répondre à ce besoin d'uniformisation, à l'échelle nationale. Il pourrait apporter du liant entre l'urgentiste, le généraliste et le patient, qui ont des attentes différentes, comme l'expliquait M8.

*M2 Donc oui dans ces cas-là ça unifie le problème. Si ça a été fait c'est justement pour cette indication.*

*M8 C'est un échange à trois, mais en fait, je pense que ce document a eu le mérite au moins de prendre en compte plein d'éléments différents. Sur des choses auxquelles on n'aurait jamais vraiment pensé je dirais, quoi.*

Le fait d'utiliser un format standardisé dans la liaison ville – hôpital faciliterait les prises en charge, l'utilisateur étant habitué à un modèle.

*M10 Parce que comme je le disais, le fait qu'il y ait une disparité de façon de dire les choses, et cetera, c'est moins schématique. Là, on a un schéma, et c'est vrai que dans l'urgence et quand on doit aller vite et dans le tri, je trouve que cette méthode est bien.*

### **11.3 L'évocation d'outils antérieurs**

Les médecins ont comparé le DLU Domicile à d'autres outils de continuité des soins, qui pour la plupart n'existent plus. Qu'ils soient jugés utiles ou non, ces outils antérieurs sont souvent associés à des frustrations ou des constats d'échecs.

#### **11.3.1 Des outils papier**

-Plusieurs se rappellent du carnet de santé jaune de la fin des années 1990. Ils expriment une amertume quant à ce carnet de santé, qui a disparu assez rapidement, alors que certains médecins s'appliquaient à l'entretenir :

*M8 Je les ai remplis jusqu'à 2003 2004, pendant trois quatre ans d'installation, jeune médecin. J'étais plutôt appliqué avec ça. Il n'a jamais été ouvert. Jamais.*

*M8 Les patients le prenaient à l'hôpital et ils disaient "bah à l'hôpital, ils le regardent pas."*

*M3 Et du jour au lendemain, pouf, et on avait compté combien c'était en million de francs à l'époque, ce qu'on venait de foutre à la poubelle.*

-La Boîte Santé de l'agglomération audomaroise est citée plusieurs fois, rappelant le DLU-Dom de par son rangement dans le réfrigérateur. Le souvenir reste flou et aucun ne se souvient du nom du dispositif. Là aussi, le dispositif est perçu comme un échec :

*M8 Quand nos aînés étaient emmenés par les pompiers, par les ambulances, qu'ils étaient hospitalisés, la boîte restait dans le frigo. Donc finalement, c'était peut-être une bonne idée, mais qui a accouché de rien du tout en fait. C'était un mauvais avortement, cette idée.*

-La comparaison est faite aussi avec les fiches SAMU pallia, encore utilisées à ce jour, et qui sont appréciées :

*M2 d'un point de vue pratique, on a montré qu'il y avait un intérêt à reprendre la fiche pallia.*

### 11.3.2 Des outils informatiques

-M8 évoque un logiciel d'échange testé momentanément avec un hôpital de proximité :

*M8 avec l'hôpital de Rang-du-Fliers, il me semble il y a une quinzaine d'années*  
*M8 Ça a été une expérimentation qui n'a pas été poursuivie. Et là, pour le coup, c'était intelligent parce que je pense que ça permettait vraiment d'avoir du lien, hôpital - ville.*

-Une autre évoque avec le même constat d'échec la plateforme Sophia de la Sécurité Sociale, sur laquelle elle devait entrer des données de santé de ses patients diabétiques, qui devaient ensuite servir à d'autres professionnels (diététiciens, infirmiers) :

*M9 On l'a fait au début, puis après ça s'est... c'est un peu tombé à l'eau en fait. Il fallait remplir les glycémies, les hémoglobines glyquées des diabétiques.*

### 11.3.3 Une forme de découragement

Il en résulte une forme de découragement, ou du moins une méfiance, vis-à-vis du DLU Domicile, craignant qu'il ne soit un énième outil voué à l'échec.

*M7 Moi je vais essayer de l'utiliser. Puis si je vois qu'en contrepartie je n'ai pas de fiche retour, ou pas de courrier de sortie, ou pas d'info, bon ben... C'est comme beaucoup d'autres projets, on abandonnera et on verra s'il y a autre chose par la suite, quoi.*

Le sujet M2, plus optimiste, rappelle tout de même que les fiches SAMU pallia ont eu besoin de temps avant de réellement fonctionner.

La notion d'obligation est discutée : M8 y trouve du bon, car grâce à elle les Français avaient adopté le carnet de santé, avant de l'abandonner dès la levée d'obligation. M9 en parle plutôt comme une méthode stérile, car les médecins sont attachés à leurs habitudes.

En somme, il semble difficile de modifier les habitudes des patients comme des soignants, dans le domaine de la santé :

*M8 évidemment le Français n'aime pas quand c'est obligatoire.*

*M2 Il est difficile de faire changer les habitudes, à tout le monde, aux médecins compris*

## **12 Un questionnement sur la genèse du DLU-Dom**

Au regard de tout cela, les médecins se questionnent sur la genèse du DLU Domicile, et sur la légitimité de ses créateurs : Qui l'a conçu ? Connaissent-ils l'exercice de la médecine générale, ou de la médecine en général ?

*M5 La HAS, pour moi c'est pas quelqu'un. Qui a créé ça ?*

Ils craignent de subir les décisions de bureaucrates, qui derrière de bonnes intentions, donnent des recommandations inadaptées au « terrain. »

*M10 s'il y a des décisionnaires au-dessus qui... On parle de terrain. Donc s'ils ne prennent pas en compte le terrain, ben nous on s'organise de notre côté aussi*

*M8 sincèrement quand j'ai vu le machin je dis "non, c'est des gens qui n'ont jamais été confrontés à l'urgence vraie qui ont rédigé ce truc-là, c'est pas possible."*

L'investigateur pouvait rappeler le caractère hétéroclite des comités de travail et de lecture, qui transparaît dans le document.

*M8 On sent que c'est pluridisciplinaire en fait, on sent la pluridisciplinarité.*

*M8 Se dire "est-ce qu'il y a une prothèse dentaire ou pas?", c'est pas un médecin qui va penser à ça, c'est plutôt un aide-soignant, par exemple.*

## **13 A qui et comment le diffuser ?**

Le DLU Domicile restant méconnu deux ans après la sortie de la recommandation, nous avons soulevé la question de sa promotion auprès des acteurs concernés. Ces derniers sont nombreux, impliquant du début à la fin de la chaîne plusieurs corps de

métiers et structures. Deux principes généraux apparaissent : Tous les acteurs de la chaîne doivent être informés, et pour cela tous les moyens sont bons.

*M4 Il faut que tous les acteurs de la chaîne soient au courant, parce que sinon on va le remplir et ça va pas servir.*

*M8 au plus tu as des canaux, plus ça passera quoi.*

### **13.1 Aux médecins généralistes**

Les propositions sont variées, chaque sujet ayant une inclination pour un canal :

- **Les notes d'information par courrier électronique** sont évoquées, sans consensus sur l'expéditeur : HAS, DGS, CPTS, URPS, Conseil de l'Ordre, syndicats, etc. En effet, face à l'afflux massif de mails, les médecins lisent prioritairement certains expéditeurs, et délaissent les autres. M7 souligne l'importance de ne pas surcharger le contenu-même d'un mail, qui doit cibler une information unique.  
Au regard de ces éléments, le courrier électronique ne semble pas être un bon moyen de diffusion à lui seul.
- M3 propose d'envoyer le DLU-Dom **avec les autres imprimés professionnels envoyés par la CPAM** : ordonnances, feuilles de soin, etc. Les médecins ne seraient donc pas seulement informés de l'existence de l'outil, mais en recevraient directement une pile d'exemplaires. Cela pourrait inciter à la mise en œuvre.

*M3 ils vont dire « Mince c'est quoi ça ? Je l'ai pas forcément commandé mais c'est quoi ? » Avec une petite notice explicative à côté*

- Présenter le DLU-Dom **en réunion de FMC ou réunion de CPTS**. Un intervenant de la HAS pourrait par exemple venir présenter le document.

*M2 ça peut être pas mal de discuter de cette fiche HAS, avec la fiche pallia, et remettre un peu sur le coup la fiche pallia, pour les collègues.*

*M2 C'est le meilleur moyen pour la pub, et puis un peu concerter une population médicale*

Dans tous les cas, il apparaît primordial de passer par les médecins généralistes pour mettre en œuvre le document. En tant que coordonnateurs des soins, ils doivent être prioritairement impliqués. Le premier travail d'adhésion est donc à faire auprès des médecins.

*M1 il faut que ça vienne du médecin traitant, qu'il coordonne, sinon ce ne sera pas fait.*

*M8 ce genre de document, pour qu'il soit utile, il faut que le médecin soit convaincu qu'il soit utile*

### **13.2 Aux services d'aide et de soin à domicile**

Ces services ont un rôle crucial dans la mise en œuvre du DLU Domicile, dans la mesure où la plupart des personnes âgées fragiles en bénéficient : SSIAD, SAAD, ADMR, etc. Leurs professionnels sont essentiels pour repérer les personnes fragiles. Ils sont aussi souvent les premiers témoins d'une situation d'urgence. Ils doivent donc être avertis et formés.

*M8 le cœur de cible de ce papier sont pris en charge par ces structures*

*M8 un moyen simple serait de passer par les SSIAD.*

Sur le même principe que celui évoqué pour les médecins, on pourrait promouvoir le DLU lors de réunions rassemblant les infirmiers et les différents services d'un secteur géographique donné. Les responsables de ces services, une fois formés, pourraient aller former leurs personnels.

*M6 avec toutes les infirmières, et peut-être pourquoi pas faire une réunion d'information avec les structures d'aide à domicile, pourquoi pas ? ADMR, SSIAD, SAAD principalement.*

M5 salue l'efficacité de la HAD, notamment dans la prise en charge des fins de vie.

### **13.3 Aux services de secours**

Pour qu'un DLU Domicile arrive aux urgences, les pompiers, ambulanciers et équipes de SMUR doivent aussi en connaître l'existence, et savoir où le trouver.

Il faut *a minima* que les équipes de secours soient habituées à le voir, et ainsi aient le réflexe de le chercher dans des points récurrents de rangement. La situation d'urgence ne leur permet pas de chercher longtemps.

*M8 si les pompiers ils ont vu une ou deux fois qu'il y avait le truc, ils vont prendre l'habitude de regarder derrière la porte hein.*

Peu de propositions ont émané pour diffuser l'information aux services de secours.

*M7 Je ne sais pas quels sont les modes de diffusion des informations chez les ambulanciers*

#### **13.4 Aux services des urgences hospitaliers**

Les médecins n'oublient pas l'importance de former les personnels des SU à l'outil. Ils attendent notamment que les volets « retour » des fiches de liaison soient remplis.

*M6 je pense qu'il y aura un travail aussi à faire avec les urgentistes.*

Le simple fait de réceptionner les documents à chaque admission pourra les inciter à l'utilisation. L'application de l'outil par les acteurs pré-hospitaliers constituerait donc une publicité en soi.

*M6 peut-être que le fait que les patients arrivent avec ce genre de fiche, ça va peut-être aussi les interpeller.*

#### **13.5 Aux patients**

Le médecin M2 se dit favorable à une diffusion systématique du DLU aux gens au-delà d'un certain âge, en l'occurrence 50 ans, même en l'absence de facteur de

fragilité. L'initiative du remplissage reviendrait donc au patient lui-même. Il propose de le leur distribuer en même temps que les dépistages du cancer colorectal.

*M2 A partir de 50 ans. A tout le monde au-delà de 50 ans, là où on a plus de risques de faire des hospitalisations.*

Les autres médecins sont opposés à une distribution généralisée. L'instauration d'un DLU doit être ciblée, réservée aux patients pour lesquels les professionnels de santé auront identifié un risque d'hospitalisation en urgence.

*M8 Je veux pas faire ce papier pour tous les patients. Ça a pas de sens. Il y en a quelques uns qui sont plus fragiles que d'autres, et faut y aller quoi.*

Les réactions sont vives, ramenant à la notion de manque de temps. M7 cite l'exemple à ne pas imiter des messages sur les vaccinations anti-Covid et le lancement de Mon Espace Santé :

*M7 Ils venaient tous pour dire "Tenez, je dois me faire vacciner".*

A l'inverse, le document resterait lettre morte auprès de certains patients.

Il semble donc plus judicieux que l'indication d'un DLU soit laissée à l'initiative des médecins traitants, et des professionnels du domicile. Un DLU pourrait être proposé aux patients nouvellement inclus, ou déjà inclus, dans un service de type HAD ou SSIAD.

*M8 Si ce document est dans le dossier, on va le remplir aussi. On va le remplir et là, tu auras ciblé les personnes fragiles. Parce que c'est ça le cœur de cible.*

L'adhésion du patient à l'outil a tout de même une importance, dans la mesure où il s'agit d'une forme de prise en charge thérapeutique.

*M8 Parce que si le patient est vraiment convaincu que c'est utile, il va nous tanner pour le faire. Et c'est peut-être là l'axe de progression à avoir.*

### 13.6 La diffusion à l'échelon local

Plusieurs médecins montrent leur attachement aux méthodes d'action locales plutôt que nationales. Ils font plus confiance aux instances locales pour faire connaître et mettre en œuvre le DLU Domicile. Notons que ces médecins exercent en milieu rural.

*M7 pas la Sécu nationale qui me dise "Faut faire ça"*

*M7 on sait par qui c'est géré, on sait pour qui c'est envoyé*

Cela peut se faire à l'échelle d'une MSP, qui réunit des médecins et des infirmiers libéraux, autour d'une patientèle.

*M6 pour la MSP on a besoin de mettre en place un nombre de protocoles et donc ça pourrait tout à fait être un protocole.*

Cela peut se faire à l'échelle d'une CPTS, qui fédère les professionnels libéraux d'un territoire. Elle présente l'avantage de toucher différents corps de métier en même temps : médecins, infirmiers, ambulanciers, etc. Elle permet aussi un lien facilité avec l'hôpital. Ainsi, on atteindrait plusieurs maillons de la chaîne sur un secteur géographique donné.

*M4 dans la CPTS les ambulanciers sont inclus*

*M4 il y a quand même un lien privilégié pour la relation ville-hôpital via la CPTS*

Le site web de la CPTS pourrait héberger le fichier du DLU Domicile, à disposition des professionnels.

La CPTS apparaît donc comme un relais intéressant à l'échelon local pour porter le document, ni « trop grand », ni « trop petit. »

*M4 ce serait une action à mener au niveau d'un truc local, assez grand comme une CPTS, pour que ça prenne.*

Un autre médecin suggère que les communes repèrent leurs personnes âgées grâce aux repas et aux clubs municipaux, avec un effet boule de neige positif.

### 13.7 La rencontre humaine

Les médecins mettent en valeur le rôle de la rencontre humaine, pour diffuser et convaincre, grâce à un échange physique, direct, interactif.

*M5 pourquoi est-ce qu'on ne ferait pas la promotion de la communication porte à porte*

*M6 Et je pense qu'une rencontre ça peut permettre d'aller plus vite et plus loin.*

*M6 C'est comme ce que tu fais là aujourd'hui, finalement.*

Un représentant officiel pourrait tenir ce rôle en intervenant directement auprès des acteurs concernés, individuellement ou en réunion.

*M2 un intervenant HAS pour parler des différents supports*

## 14 Un usage futur

### 14.1 Plutôt favorables

Sept médecins sur les 10 ont signifié qu'ils seraient intéressés par l'utilisation du DLU Domicile pour leurs patients. Une demande même à l'investigateur de lui laisser le document en fin d'entretien.

*M10 Pour les visites, j'ai envie de pratiquer, voir ce que ça donne.*

*M7 Je vois au moins trois ou quatre patients pour qui ça pourrait être intéressant.*

Deux autres attendent une version informatisée pour envisager de l'utiliser, et une autre n'était pas intéressée.

*M8 En l'état papier non, clairement non. Informatique, probablement possiblement oui.*

## 14.2 Mettre en pratique pour juger

Dans tous les cas, la nécessité d'une mise en pratique, que ce soit par eux-mêmes ou par d'autres, fait consensus dans l'échantillon. Seule la pratique permettra de repérer d'éventuelles améliorations à apporter.

*M5 En fait c'est comme tous les systèmes, il faut les éprouver et puis voir où ça mène*

*M10 Je peux pas dire "C'est nul." Après il faut le pratiquer, et puis après peut-être l'améliorer par la suite.*

Une condition de réussite réside dans la participation des services d'urgence, qui doivent retourner une fiche de liaison, et aussi dans l'intérêt qu'ils y trouveront.

*M7 si on a un bon retour des urgentistes aussi en disant "Oui, ça nous aide bien", pourquoi pas hein.*

*M6 si les urgences voient ces documents arriver régulièrement et qu'ils y trouvent l'intérêt, ils trouveront un intérêt à remplir la fiche retour.*

## 14.3 L'utilisation de la fiche de liaison

Les médecins se projettent dans la façon d'utiliser la fiche de liaison « aller » :

- Quand la fiche est remplie par le médecin lui-même, elle accompagne voire remplace son courrier de liaison classique. Pour fusionner les deux, il faudrait laisser un espace libre dédié au médecin sur la fiche, par exemple au verso.

*M6 Il faudrait peut-être une partie libre finalement, euh, je ne sais pas, une partie commentaires.*

Les médecins imaginent transporter dans leurs malles quelques fiches, à la manière des ordonnances.

- Si la fiche est remplie par un « non-soignant », elle paraît adaptée, mais il faut bien spécifier dessus qui l'a remplie.

#### **14.4 Contact à distance**

L'investigateur a recontacté les médecins en mai 2022, soit dans un intervalle de 1 à 8 mois après l'entretien, pour leur demander s'ils avaient utilisé l'outil depuis lors :

- **Un médecin** avait rempli **le premier volet pour un patient grabataire**, ce qui lui avait pris moins de 10 minutes, au cabinet avant la visite ;
- **Un médecin** avait utilisé **la fiche urgence pour adresser un patient**, à la place de son courrier habituel ;
- **Sept** ne l'avaient pas utilisé, dont 2 se disaient toujours intéressés ;
- **Un** n'a pas répondu.

#### **15 Schématisation des résultats**

On constate que les différentes notions sont liées entre elles. Un même extrait de *verbatim* peut venir appuyer plusieurs notions. On représente les principaux résultats par des cartes conceptuelles.

La première carte schématise l'opinion des médecins sur le DLU Domicile, avec ses qualités et ses défauts. La couleur bleue représente les idées plutôt positives, le violet les idées plutôt négatives. (Figure 4)

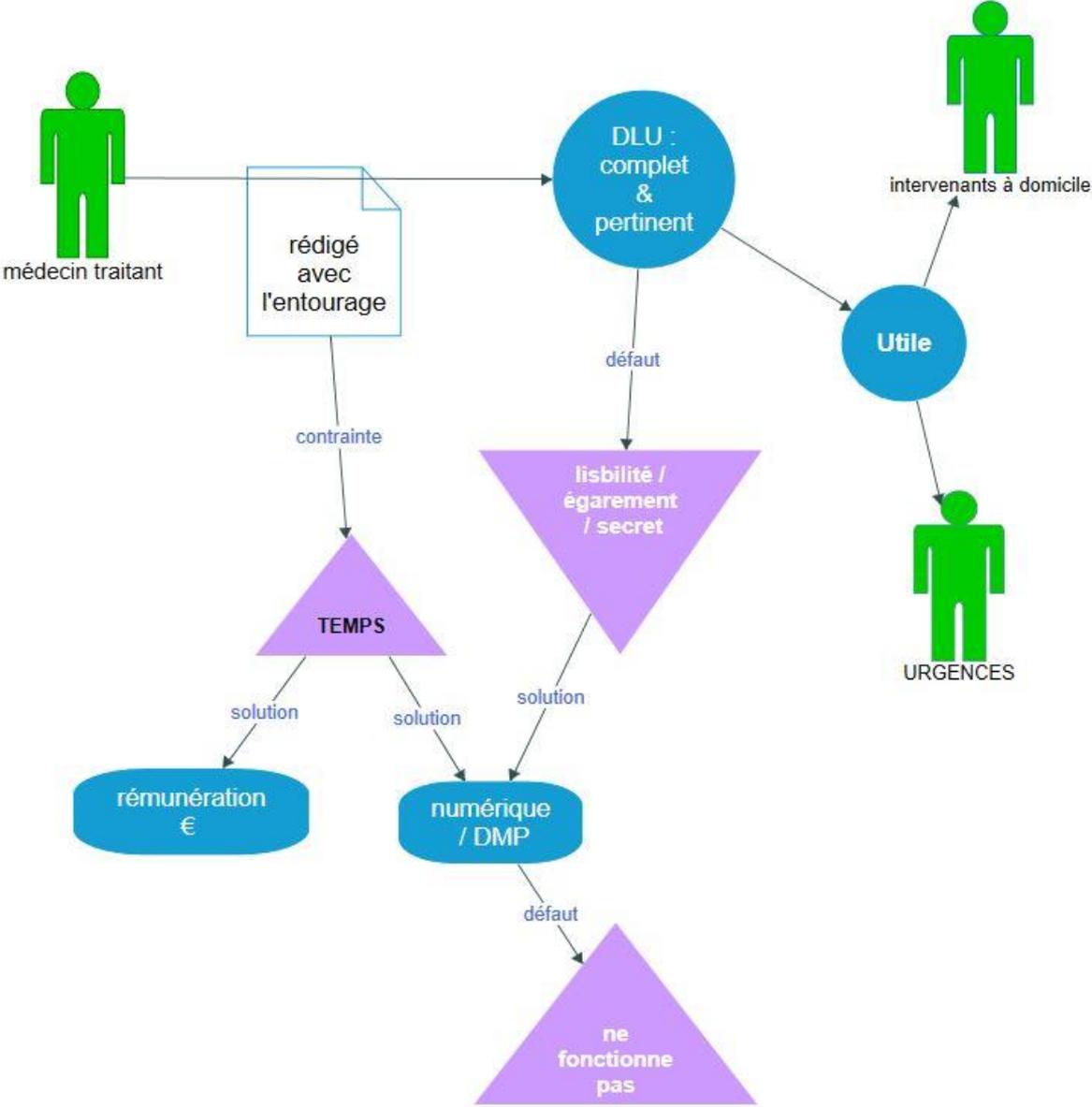


Figure 4. Qualités et défauts du DLU Domicile aux yeux des médecins

La seconde carte schématise comment mettre en œuvre le DLU Domicile autour du médecin généraliste, déjà imprégné de sa propre pratique de la médecine. (Figure 5)

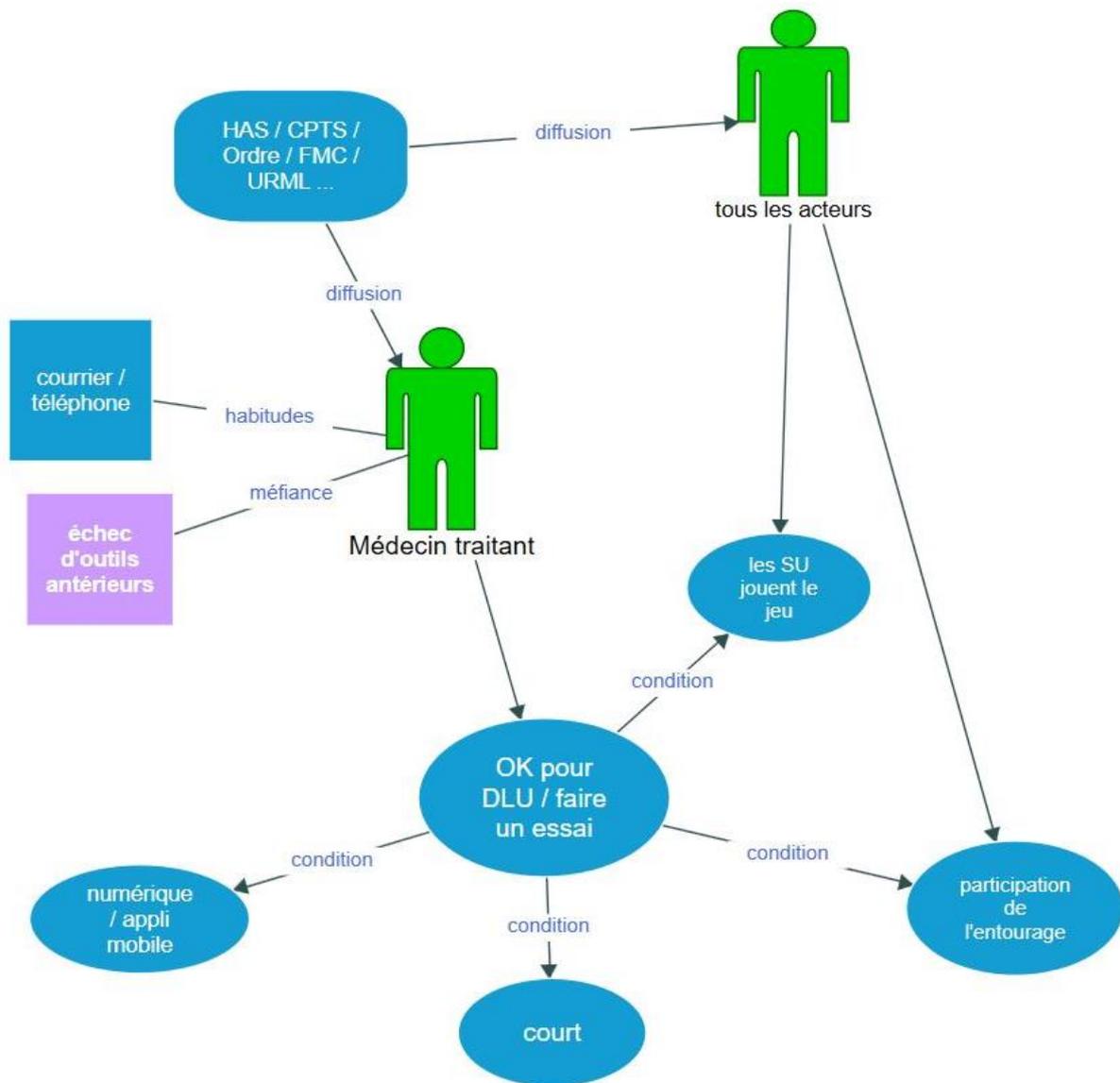


Figure 5. Mettre en œuvre le DLU Domicile autour du médecin traitant

Les cartes ont été réalisées sur le logiciel NVIVO 14®.

# Discussion

## 1 Discussion de la méthode

### 1.1 Forces et scientificité

Il s'agissait d'explorer l'intérêt que les médecins généralistes portent à ce nouvel outil de liaison, et comment celui-ci pourrait s'intégrer à leurs pratiques. Aucune étude sur le DLU Domicile n'avait été réalisée, jusqu'à la nôtre. La HAS proposait d'examiner le retour d'expérience du DLU Domicile par une évaluation qualitative auprès des professionnels exerçant en service d'urgences. Notre étude s'est penchée plutôt sur les utilisateurs pré-hospitaliers du DLU Domicile.

La HAS avait effectué une synthèse bibliographique sur des outils de liaison équivalents (50) : On y trouve des études qualitatives auprès des personnes âgées, et beaucoup de travaux sur les patients de maisons de retraite en pays anglo-saxons. Cependant on n'y trouve pas d'évaluation d'opinions des médecins généralistes soignant des personnes âgées ou handicapées à domicile. Là aussi, notre étude est novatrice.

La recherche qualitative est adaptée pour explorer des données subjectives et difficilement quantifiables, comme ici des comportements et des opinions. Nous avons emprunté les préceptes d'une démarche qualitative reconnue, celle de Glaser et Strauss, en mettant un corpus d'entretiens en perspective avec des observations ethnographiques. Nous avons suivi ses différentes étapes d'analyse, permettant d'articuler les propriétés entre elles, jusqu'à générer une théorie explicative, illustrée par les deux schémas en fin de résultats.

Les propriétés et catégories n'étaient pas préformées mais créées au fil de l'analyse, pour éviter le piège de l'indexation thématique.

La saturation théorique a été atteinte, et confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Le fait que tous les entretiens aient été menés, transcrits puis analysés par la même personne a permis une interprétation juste et une analyse approfondie des données.

La triangulation de l'analyse, par une chercheuse extérieure à l'étude, a aidé à limiter le biais d'interprétation.

Devant la petite taille de l'échantillon, les résultats sont difficilement extrapolables à la population des médecins généralistes français. Néanmoins, ce n'est pas le but de la recherche qualitative. Aussi nous invitons chaque lecteur à réfléchir sur l'applicabilité de nos résultats à sa propre pratique.

Le but est d'être représentatif du phénomène étudié. Notre échantillon, par la variation des caractères que sont le sexe, l'âge, le milieu et le type d'exercice, reflète une diversité d'expériences. La surreprésentation des médecins à responsabilité universitaire (8 sur 10) est une force, dans le sens où même eux ne connaissent pas le DLU-Dom, indiquant un problème de diffusion. Le fait que la majorité (8 sur 10 aussi) ait déjà travaillé en service d'urgence vient appuyer leurs opinions quand ils estiment que le DLU-Dom sera utile.

Une majorité des sujets avait lu le DLU-Dom préalablement à l'entretien, voire aussi le Guide d'Utilisation, ce qui renforce la pertinence des *verbatim*. Cela dénote aussi un intérêt pour l'outil.

Afin d'évaluer la rigueur scientifique de l'étude, la grille COREQ a été suivie. (Annexe 6)

## 1.2 Limites et biais

Il s'agit du premier travail de recherche qualitative de l'auteur, qui s'est formé auprès de son directeur de thèse, et par la lecture d'un ouvrage : *Initiation à la recherche qualitative en santé* de Jean-Pierre Lebeau. (52) Il reste tout de même novice, ce qui peut constituer un biais de méthodologie.

L'étude restait une évaluation *a priori*, c'est-à-dire auprès de médecins qui n'avaient encore jamais utilisé le DLU-Dom, ce qui a pu biaiser leurs jugements de l'outil. Néanmoins, celui-ci focalise de nombreux aspects de leurs pratiques courantes.

Il était demandé aux médecins de découvrir le DLU-Dom avant l'entretien. Deux ne l'ont pas fait, ce qui a pu appauvrir les entretiens correspondants, mais ceux-ci durent 38 et 36 minutes soit plus que la moyenne. De plus, la découverte en direct du document et de ses items pouvait donner place à une spontanéité de réaction.

Le recrutement empêche la représentativité statistique : Les médecins proviennent de deux localités du Pas-de-Calais, et l'investigateur pratiquait un échantillonnage de convenance en préférant la proximité de son domicile. Aussi, l'objet de l'étude était dévoilé dès le premier contact, par nécessité d'envoyer le DLU-Dom au préalable, ce qui peut générer un biais de volontariat. L'échantillon n'est donc pas statistiquement représentatif de la population à l'échelle nationale, ni même régionale.

Le praticien interrogé pouvait se trouver fatigué si l'entretien avait lieu à la fin de sa journée de consultations, ou pressé s'il avait lieu au cours de celle-ci. Cela a pu produire un biais de recueil. A noter qu'un seul entretien a été interrompu par un appel téléphonique reçu du médecin, signalé dans le *verbatim*. Les contextes d'entretiens restaient globalement calmes et propices au dialogue.

Malgré la triangulation, le recueil puis l'analyse des données n'échappent pas à une part de subjectivité du chercheur, qui s'est efforcé de rester neutre pendant les entretiens, en dépit des sollicitations de certains sujets.

Un biais de désirabilité sociale peut exister : Les médecins ont pu conformer leurs réponses à une peur d'être jugés. Pour limiter ce biais, le chercheur rappelait qu'il ne s'agissait pas de juger les connaissances ni les pratiques. Le choix d'entretiens individuels limite aussi ce biais, en comparaison du *focus-group*, qui présente le risque d'effacer des aspérités qui seraient contributives.

## **2 Discussion des résultats**

### **2.1 Les formulaires standards et courts sont appréciés**

Notre étude corrobore l'intérêt démontré des formulaires standardisés courts dans l'échange d'informations entre soignants. (50)

Comme les urgentistes apprécient les formulaires d'entrée standardisés, les médecins traitants apprécient la fiche retour du DLU-Dom. Une enquête française de 2014 montrait que les généralistes souhaitaient des courriers de sortie mieux structurés et plus synthétiques, plaidant pour un courrier standardisé adapté à leur pratique. Ils déplorait le « flot d'informations », qui entrave la lisibilité et la compréhension. Cette mesure était donnée comme un « axe prioritaire d'amélioration » du parcours de soins. (32) Le DLU répond à ce besoin, et la lettre U du sigle pourrait aussi bien correspondre à « Dossier de Liaison Uniformisé. »

On retrouve dans notre étude l'importance de la mise en page pour ce type de formulaires. Dans l'étude de 2021 sur l'impact de la démarche ASSURE, on constate que les SU appellent l'EHPAD pour obtenir des informations qui figurent sur le DLU, et notamment les directives anticipées. Il semblait donc nécessaire de présenter les directives anticipées de façon plus explicite sur le DLU, afin d'être remarquées dès l'ouverture du dossier. (43)

Les urgentistes appellent aussi pour avoir plus rapidement les informations essentielles, malgré un DLU bien rempli, ce qui souligne l'importance d'un format court. Les soignants d'EHPAD supposent que le DLU est négligé par les urgentistes, rejoignant la crainte exprimée par les médecins de notre étude. (43)

Tout cela montre aussi l'intérêt d'aller questionner les urgentistes sur le DLU, afin de mieux comprendre la façon dont ils l'utilisent, ou justement ne l'utilisent pas.

## **2.2 Une ambivalence sur le support : papier ou électronique**

On observe dans nos résultats un paradoxe apparent : Les médecins généralistes attendent voire plébiscitent une informatisation du DLU et des outils de liaison, en même temps qu'ils défendent le support papier. Cela s'explique par des avantages et inconvénients pour chaque support, et notamment par les difficultés de mise en route du DMP, qui focalise les espoirs depuis de nombreuses années en France.

Déjà en 2005, des auteurs se posaient la question de cette dualité. Ils avaient mis en place un dossier de liaison du patient dépendant à domicile dans une ville du Jura, en attendant le dossier électronique qui devait arriver « au cours des prochaines années. » L'expérimentation avait été un succès, et les auteurs concluaient à une utilisation techniquement plus simple du support papier, mieux adapté au domicile, et centré sur le patient quand le DMP électronique vise plutôt à aider les professionnels. Ils insistaient sur la complémentarité des deux supports, qui doivent cohabiter au service de la personne âgée maintenue à domicile : « Haute technologie et pragmatisme peuvent et doivent se compléter. » (54) Dix-huit ans plus tard, le DMP tarde à démarrer et les médecins sont toujours attachés au papier, comme en témoigne notre étude.

Ces difficultés ne semblent pas inhérentes à la France puisqu'une enquête menée en 2007 auprès de médecins belges rapportaient leurs difficultés liées à l'informatisation, qui sont les mêmes que celles exprimées dans notre étude : Multiplicité des logiciels, manque de formation, double circuit papier/électronique, pas d'accès lors des visites à domicile, perte de temps liée à l'attente. (55)

Une étude de 2020, donc à l'heure d'un outil informatique théoriquement plus performant, menée auprès des pompiers et ambulanciers américains, concluait aussi que la version papier était pour l'instant la plus utilisable en urgence. (56)

Dans une étude française de 2017, les médecins traitants appellent aussi à une optimisation de l'outil informatique, et notamment un logiciel commun aux professionnels médicaux et paramédicaux, pour s'aider à la prise en charge des patients complexes. (57)

*A contrario*, les thèses de M. Debargue et C. Brichant pointent du doigt un inconvénient du support papier, puisque les EHPAD sont souvent rappelés par les SU suite à une perte du DLU. (43,44)

Le dossier obstétrical régional illustre cet enjeu : Un dossier commun à tous les acteurs de soins de la grossesse, composé de 26 pages, est en usage dans le Nord-Pas-de-Calais depuis 2005. Son informatisation est envisagée depuis 1976. Pourtant, il est

toujours sur papier, et continue d'assurer une prise en charge globale, continue et harmonisée de la grossesse. (58)

Au printemps 2023, le carnet de santé numérique semble enfin décoller, sous la forme de « Mon Espace Santé » : 13% de la population a demandé son mot de passe, et surtout, 10 millions de documents y sont déposés chaque mois par hôpitaux, laboratoires et praticiens, soit autant que ce qu'avait rassemblé le DMP dans toute son existence depuis 2004. Le ministre de la santé souhaite "systématiser" son utilisation, et celle des autres applications numériques de santé. (59)

### **2.3 Revaloriser une activité chronophage**

La journée de travail chargée laisse peu de temps à l'activité de coordination des soins complexes. Elle remplace du temps médical pur, et n'est pas prise en compte. L'idée de valoriser financièrement ce temps se retrouve dans d'autres études :

- Soit en rémunérant directement le temps de coordination ;
- Soit en remettant en question le paiement à l'acte. (57)

Au printemps 2023, on apprend l'augmentation générale de 1,50 € des consultations médicales, soit 26,50 € pour les généralistes. (60)

### **2.4 Les patients en situation de handicap à domicile peu évoqués**

Dans nos résultats, les médecins évoquent peu les patients fragiles en situation de handicap à domicile, alors que le DLU-Dom leur est également destiné. Le discours se concentre sur les patients gériatriques. Cela peut s'expliquer par la proportion plus grande que ces derniers représentent au sein des patientèles en médecine générale.

### **2.5 Une défaillance dans la diffusion**

Nos résultats montrent une défaillance de la diffusion du DLU-Dom aux médecins traitants et aux professionnels concernés, empêchant son application deux ans après sa parution.

Dans la revue *Gérontologie et Société*, le Pr Jeandel donnait en 2010 deux limites à la mise en œuvre d'une politique gériatrique efficace : la multiplicité des décideurs sur le terrain des régions et des départements, et la séparation du sanitaire et du médico-social. (61)

Cela invite à réfléchir sur les interventions à mener pour faire connaître et faire utiliser l'outil.

Une étude américaine a montré l'efficacité d'une double intervention pour améliorer la complétion d'un DLU pédiatrique : de courtes réunions d'information, et l'amélioration de l'outil informatique permettant d'utiliser le DLU. Après intervention, le taux de remplissage passait de 3 à 47%. (62) Cela rejoint la notion de rencontre humaine mise en exergue par les médecins de l'étude, pour transmettre un message avec bien plus d'efficacité qu'une campagne mail par exemple.

L'exemple de la mission ASSURE va dans ce sens également : Via ses réunions de sensibilisation, elle a permis aux EHPAD de retravailler les DLU dont ils disposaient, aux soignants de mieux comprendre l'intérêt du DLU, de l'utiliser plus régulièrement, et d'y intégrer plus facilement les directives anticipées. (44)

Dans notre étude, deux canaux promotionnels sont mis en avant :

- La MSP, qui touche l'échelle d'une patientèle, et pourrait profiter de la confiance que les patients accordent à leur médecin ou leur infirmier. Le DLU-Dom pourrait s'intégrer dans un protocole MSP pluriprofessionnel ;
- La CPTS, qui est plus large et touche un territoire, et permet une concertation avec l'hôpital. A titre d'exemple, la CPTS audomaroise se réunit 2 fois par an avec l'hôpital, ce qui permet notamment d'éclaircir les litiges sur les entrées et sorties d'hospitalisation.

La transmission directe aux usagers par les autorités est plutôt rejetée dans notre étude, les médecins craignant un éparpillement. Pourtant, l'Assurance Maladie aurait les moyens de cibler certains patients fragiles, par exemple grâce aux reconnaissances d'affection de longue durée.

## 2.6 L'intérêt d'impliquer le SAMU

Les médecins ont évoqué l'intérêt d'une transmission du DLU-Dom au SAMU pour leurs patients fragiles à domicile.

Pour cela, on pourrait suivre l'exemple des fiches Urgence Pallia, qui sont transmises au SAMU, et ont montré leur utilité. Là aussi cependant, on a été confronté à un problème de disparité des systèmes. Dans son travail qui reprend toutes les fiches Urgence Pallia de France, C. Faggianelli remarque que les SAMU ne sont pas équipés des mêmes logiciels de régulation, certains offrant plus de fonctionnalités que d'autres. Pour la fiche nationale qu'il publie, il ne peut pas proposer de mode de transmission universel et retient finalement la démarche suivante : (38)

« *Le mode de transmission au SAMU est différent selon chaque département (messagerie MSSanté, Apicrypt, DMP, plateforme de transmission sécurisée régionale). Le mode de transmission via le DMP est mis en avant car il est disponible sur tout le territoire français. Si la fiche URGENCE pallia est enregistrée sur le DMP, seul un mail de déclaration peut théoriquement être transmis au SAMU (sous réserve que ce dernier soit bien en mesure de pouvoir accéder au DMP). »*

## 2.7 Le smartphone : une voie d'avenir ?

Les médecins interrogés ont évoqué l'usage du smartphone comme une voie d'avenir à explorer dans la coordination des soins. Le phénomène est d'ampleur internationale : Dans une étude marocaine de 2018, 100% des dermatologues interrogés disaient avoir recours à l'application WhatsApp® au moins une fois par semaine, pour discuter de cas cliniques autour de photos avec leurs confrères. (63)

La M-santé (santé mobile) désigne l'usage des téléphones portables au service de la santé. Beaucoup d'applications voient le jour, destinées aux professionnels comme aux particuliers. Ces applications mobiles inciteraient les patients à être acteurs de leur santé. (46)

En France, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a introduit Paaco-Globule®, un logiciel accessible sur ordinateur, smartphone et tablette, qui offre une coordination décloisonnée de tous les acteurs : Médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute et

pharmacien partagent des messages, photos, ordonnances, et même un agenda, autour d'un patient maintenu à domicile. Le médecin d'hôpital est aussi inclus, pour optimiser les soins hospitaliers. (64)

En Hauts-de-France, l'ARS développe depuis 2019 la plateforme Prédice®, sur le même principe.

La CPTS audomaroise a choisi l'application PandaLab®.

Le DLU Domicile, dans une version numérique, pourrait être intégré à l'une de ces applications mobiles.

Cette idée de serveurs partagés régionaux n'a d'ailleurs pas attendu les smartphones, puisqu'en 1997 des chercheurs du CHRU de Lille tentaient de mettre au point un serveur dans le Nord-Pas-de-Calais, qui avait été expérimenté sur la ville d'Armentières. (65)

Il faudra aussi trouver la place du DLU-Dom parmi ses serveurs nationaux et régionaux.

## **2.8 Une mise en œuvre à l'échelle régionale : ASSURE à Domicile**

Le HAS donnait en 2021 des consignes aux services de soin à domicile : sensibiliser leurs équipes à l'usage du DLU-Dom, en plus de les former aux gestes de premiers secours et procédures à suivre en cas d'urgence. (51)

Dans notre étude, les médecins revendiquent ce mode de transmission du DLU-Dom.

Le nouveau projet de l'ARS Hauts-de-France va dans ce sens : ASSURE à Domicile, qui fait suite au premier ASSURE en Ehpad, de nouveau mené par les Professeurs E. Wiel et F. Puisieux. Dans un kit distribué aux soignants de tous les SSIAD et HAD de la région, on trouve un DLU modélisé sur celui de la HAS. Comme sur le DLU-Dom, et conformément au vœu des médecins de garder un format court, on a une page

d'informations administratives, suivie d'une page d'informations médicales. Une fiche de liaison à remplir au moment de l'urgence est associée. (Annexe 7)

Un premier déploiement d'ASSURE à Domicile a lieu de décembre 2022 à juin 2023, et une reprise est prévue pour septembre 2023, dans le but de sensibiliser 100% des structures des Hauts-de-France.

### **3 Perspectives d'avenir**

On dit classiquement qu'une étude qualitative prépare des études quantitatives. La HAS préconisait de s'intéresser au nombre de DLU-Dom remplis, et au nombre de DLU-Dom consultés par le SAMU et les SU, mais cela nécessiterait d'abord des actions de diffusion de l'outil. Notre étude a contribué à le faire connaître.

D'autres études qualitatives s'envisagent auprès des équipes de secours (pompiers, ambulanciers), des aidants à domicile et des urgentistes.

La prochaine grande enquête de la DREES sur les urgences françaises doit avoir lieu en juin 2023 (66), et pourra être confrontée à nos résultats, comme à ceux de futurs travaux sur le DLU Domicile.

Enfin, la volonté de l'Etat de mettre en fonction un dossier patient électronique unique et commun, représentera un progrès ; cela requiert une contrainte légale des éditeurs de logiciels médicaux, et une bonne sécurité du réseau.

# Conclusion

Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile est un document standardisé de continuité des soins en situation d'urgence, entre le domicile et l'hôpital, conçu pour les personnes fragiles qui vivent à domicile. Les médecins généralistes sont intéressés par cet outil de liaison, qui leur paraît utile, et semblent enclins à l'utiliser, sous certaines conditions : une participation de l'entourage familial et professionnel, le maintien d'un format concis, et une reconnaissance financière du temps passé. Le manque de temps et la surcharge de travail, notamment administrative, sont des facteurs-clés de participation des médecins. Les médecins s'interrogent sur la garantie du secret médical pour un document écrit laissé au domicile. Une informatisation est souhaitée, mais au vu des échecs passés et des difficultés actuelles de la télémédecine en santé, les médecins restent attachés au support papier, qui serait plus adapté au domicile et à la personne âgée. La mise en fonction d'un dossier unique en ligne constitue un enjeu majeur.

Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile implique bien d'autres acteurs : les personnels d'aide et de soin à domicile, les services de secours, les personnels des urgences, la famille du patient, et bien sûr le patient qui *in fine* doit en tirer bénéfice. Il questionne sur l'enjeu de la continuité des soins et la communication entre acteurs du soin.

Il reste inconnu des médecins généralistes à deux ans de sa publication par la Haute Autorité de Santé, en mars 2021. Des actions de promotion et de mise en œuvre à tous les niveaux seraient nécessaires. Les actions locales semblent appréciées des médecins généralistes. Des réunions de formation ont montré leur efficacité pour modifier les pratiques. Cela questionne sur les politiques de santé, et sur la place des recommandations officielles.

A l'avenir, un recueil d'opinions des personnels des urgences, destinés à utiliser le DLU-Dom, serait intéressant. Après diffusion et mise en œuvre, d'autres études pourraient évaluer son remplissage et son impact sur la qualité des soins.

## Liste des figures

Figure 1. Projection de population par grand groupe d'âges .....	10
Figure 2. Pyramide des âges 2013-2050 dans les Hauts-de-France.....	11
Figure 3. « Mon côté personnel », la sacoche de brancard du projet Repenser les Urgences .....	23
Figure 4. Qualités et défauts du DLU Domicile aux yeux des médecins .....	76
Figure 5. Mettre en œuvre le DLU Domicile autour du médecin traitant.....	77

# Références

1. OMS. Vieillesse et santé [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2022 [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Balard F. « Les plus âgés des âgés » : une culture vivante aux portes de la mort. Bull Amades Anthropol Médicale Appliquée Au Dév À Santé [Internet]. 7 juill 2010 [cité 27 janv 2023];(81). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/amades/1135#ftn1>
3. DREES. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE); 2022 juill [cité 27 janv 2023] p. 3. (Lenglart F. Etudes et Résultats). Report No.: 1237. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
4. Bréchat PH, Vogel T, Bérard A, Lonsdorfer J, Kaltenbach G, Berthel M. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? Santé Publique. 2008;20(5):475-87.
5. JEANDEL C, PFITZENMEYER P, VIGOUROUX P. Un programme pour la gériatrie [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006 mai [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28290-un-programme-pour-la-geriatrie-5-objectifs-20-recommandations-45-mes>
6. INSEE. Population. In: Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020<sup>e</sup> éd. 2020 [cité 3 févr 2023]. p. 22-5. (INSEE Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#tableau-figure3>
7. Ministère de la Santé et de la Prévention. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2021 [cité 3 févr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
8. Baëhr A, Leroy L, INSEE Hauts-de-France. Population des Hauts-de-France : la région quitte le trio de tête à l'horizon 2050. Insee Anal Hauts--Fr. juin 2017;(50):1.
9. Collin C, Evain F, Mikol F, Minodier C. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), éditeur. Études Résultats - DREES En Ligne [Internet]. oct 2012;(816). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-acces-geographique-aux-soins-comparable-entre-les-personnes-0>
10. HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie). Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques [Internet]. HCAAM; 2015 avr [cité 24 févr 2023] p. 27-34. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015->

RAPPORT-ANNEXE-  
PERSONNES\_AGEES\_ETAT\_DE\_SANTE\_ET\_DEPENDANCE\_QUELQUES\_EL  
EMENTS\_STATISTIQUES.pdf

11. Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. DREES, éditeur. Études Résultats - DREES En Ligne [Internet]. févr 2014 [cité 6 févr 2023];(869). Disponible sur: <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees>
12. Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours. (Article L4130-1) [Internet]. Code de la santé publique, 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000020890163/2009-07-23>
13. INSERM, OMS. Classification internationale des handicaps [Internet]. INSERM; 1988 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41005>
14. Hamonet C, Maigne JY. Ne m'appellez plus « handicapé ». J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 1 févr 2007;27(1):3-4.
15. CNSA, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [Internet]. CNSA; 2021 [cité 2 mars 2023] p. 7. Disponible sur: [https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_chiffres\\_cles\\_2021\\_interactif.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf)
16. Cour des comptes. Les services de soins à domicile [Internet]. 2021 déc [cité 2 mars 2023] p. 49-51. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-services-de-soins-domicile>
17. Crise des urgences médicales : un malaise persistant [Internet]. vie-publique.fr. 2022 [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>
18. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), éditeur. Etudes Résultats [Internet]. 24 mars 2017 [cité 16 déc 2021];(1007). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil>
19. FEDORU. Activité des structures d'urgence. FEDORU; 2021 p. 94. (Panorama des ORU).
20. SAMU - Urgences de France. Evolution des besoins de santé en urgence. In: Livre Blanc Organisation de la médecine en France : un défi pour l'avenir [Internet]. SAMU-Urgences de France. 2015 [cité 1 mars 2023]. p. 45. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/livre-blanc-du-samu-urgences-de-france-organisation-de-la-medecine-en-france-un-defi-pour-lavenir/>
21. Maire A. Pertinence des hospitalisations via le service des urgences chez les patients de plus de 75 ans [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Paris]: Paris

Diderot - Paris 7; 2013 [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4396\\_MAIRE\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4396_MAIRE_these.pdf)

22. Jacob P. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé - Ministère des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'Exclusion; 2013 avr [cité 19 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/33212-un-droit-citoyen-pour-la-personne-handicapee-un-parcours-de-soins-et-de>
23. Amor-Salamanca A, Menchon JM. Pain underreporting associated with profound intellectual disability in emergency departments. *J Intellect Disabil Res JIDR*. avr 2017;61(4):341-7.
24. Handidactique. Handifaction: quels sont les taux de satisfaction? - Handidactique [Internet]. Handidactique. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.handidactique.org/2016/06/handifaction-taux-de-satisfaction/>
25. Chauvot G. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence. Université de Bordeaux; 2017.
26. Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé (Articles R1112-1 à R1112-94) [Internet]. Code de la Santé publique. Sect. 1, Article R1112-1-1 juill 20, 2016. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC TA000006190179/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC TA000006190179/)
27. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Internet] [Thèse de médecine générale]. Grenoble Alpes; 2018 [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01899613>
28. 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*. mai 2016;185(2):483-91.
29. Aase K, Laugaland K, Dyrstad D, Storm M. Quality and safety in transitional care of the elderly: The study protocol of a case study research design (Phase 1). *BMJ Open*. 1 août 2013;3.
30. Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes: analyse de la littérature internationale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2010.
31. Hubert G. La circulation de l'information médicale : Evaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse de médecine générale]. [Bobigny]: Paris 13; 2006.
32. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014;26(2):165-72.

33. Parashar R, Mcleod S, Melady D. Discrepancy between information provided and information required by emergency physicians for long-term care patients. *CJEM*. 17 juill 2017;20:1-6.
34. Soins palliatifs / fin de vie : les plans de développement nationaux [Internet]. Corpalif - Coordination régionale de soins palliatifs d'Ile de France. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.corpalif.org/plans-de-developpement-nationaux.php>
35. Rannou AL, Laloue M, Guénégo A, Morel V. Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ille-et-Vilaine. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2017;16(2):81-7.
36. Didier F, Foutier A, Cordonnier D, Laval G, Danel V. Création d'une fiche de liaison samu-soins palliatifs dans le département de l'Isère. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 juin 2016;15(3):127-34.
37. Pechard M, Tanguy M, Le Blanc Briot MT, Boré F, Couffon C, Commer JM, et al. Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. août 2013;12(4):168-76.
38. Faggianelli C. Élaboration d'un outil commun à l'échelle nationale de type fiche SAMU pallia [Internet]. Université Clermont Auvergne; 2018 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090048>
39. Pinot C. Anticipation du parcours de soins et respect des volontés des patients en soins palliatifs : intérêt de la rédaction d'une Fiche Urgence Pallia en Normandie, une analyse rétrospective multicentrique [Internet]. Université de Caen Normandie; 2020 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03167042>
40. Danos M. La fiche Urgence-Pallia, outil de lien ville-hôpital en soins palliatifs : connaissance et intérêt des médecins généralistes de Haute-Garonne [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3270/>
41. HAS, Haute Autorité de Santé. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu)
42. Laboue S, Bonneaux C, Thomas B, Defevre MM, Dubart AE, Mauriaucourt P, et al. Le projet ASSURE pour l'Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD, une action au service des acteurs de la filière gériatrique et des urgences en Hauts-de-France. *Rev Gériatrie*. déc 2018;43(10):611-6.
43. Debargue Fumery M. Étude qualitative du programme ASSURE « Amélioration des Soins d'URgence en EHPAD » en Picardie [Internet]. France: Picardie Jules Verne; 2022 [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/3512813>
44. Brichant C. Évaluation qualitative du programme ASSURE « Amélioration des Soins d'URgence en Ehpads » dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. Université de

Lille; 2021 [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-32525>

45. Wiel E, Dubart AE, Thomas B, al et. Évaluation quantitative en région Hauts-de-France de la démarche Assure (Amélioration des soins d'urgence en Ehpad). Quel impact sur les passages évitables aux Urgences? Rev Gériatrie. mai 2022;(vol. 47, n° 5):pp.211-217.
46. Ninive C. L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste : analyse des critères nécessaires à la pertinence des lettres selon une étude qualitative et création d'un outil pratique [Internet] [Thèse de médecine générale]. Paris Diderot - Paris 7; 2016 [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications/publications.dmg.php?phase=affichage\\_documents&numero\\_publication=1446](http://www.bichat-larib.com/publications/publications.dmg.php?phase=affichage_documents&numero_publication=1446)
47. Ma boîte santé arrive dans les réfrigérateurs des personnes âgées. La Voix du Nord [Internet]. 17 août 2017 [cité 4 janv 2023]; Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/205569/article/2017-08-17/ma-boite-sante-arrive-dans-les-refrigerateurs-des-personnes-agees>
48. CNSA, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Repenser les urgences pour les patients handicapés et âgés en perte d'autonomie [Internet]. CNSA. 2021 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/repenser-les-urgences-pour-les-patients-handicapes-et-ages-en-perte-dautonomie-0>
49. HAS, Haute Autorité de Santé. Dossier de liaison d'urgence domicile (DLU-Dom) [Internet]. [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3210058/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-domicile-dlu-dom-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3210058/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-domicile-dlu-dom-note-de-cadrage)
50. HAS, Haute Autorité de Santé. DLU-Dom - Argumentaire. 2021;
51. HAS, Haute Autorité de Santé. DLU-Dom - Guide d'Utilisation. 2021.
52. Lebeau JP, GROUM.F. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global media santé. 2021. 192 p.
53. Frappé P. Initiation à la recherche. Global media santé. 2018. 224 p.
54. Baudier F, Schmitt B. Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique? Santé Publique. 2005;17(2):227-32.
55. INAMI. Enquête sur l'informatisation des médecins généralistes. 2007 juin.
56. Piibe Q, Kane E, Melzer-Lange M, Beckmann K. Patient at Risk: Emergency medical service providers' opinions on improving an electronic emergency information form database for the medical care of children with special health care needs. Disabil Health J. avr 2020;13(2):100852.

57. Bouin J, Allard-Coualan B. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes [Internet]. Rennes 1; 2017 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/27a2b557-7f62-4079-af4a-b8e509aeafcf?inline>
58. Meziani Y. Dossier obstétrical régional des réseaux de santé en périnatalité: 6e actualisation [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: [https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2017/2017LIL2M415.pdf](https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M415.pdf)
59. Barthelemy L. Après des années de tâtonnements, le carnet de santé numérique décolle. Agence France Presse [Internet]. 21 avr 2023 [cité 2 juin 2023]; Disponible sur: [https://fr.m3manabu.com/news/TmV3czozRTQ2dzdRaEV0V09HeUw1ZVhiTkg5?utm\\_source=email&utm\\_campaign=20230422&email\\_pattern=simple&show\\_order=2](https://fr.m3manabu.com/news/TmV3czozRTQ2dzdRaEV0V09HeUw1ZVhiTkg5?utm_source=email&utm_campaign=20230422&email_pattern=simple&show_order=2)
60. Agence France-Presse. Les tarifs des médecins augmenteront de 1,50 euro à l'automne - [Internet]. Sud Radio. 2023 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.sudradio.fr/sud-radio/les-tarifs-des-medecins-augmenteront-de-150-euro-a-lautomne>
61. Jeandel C. Expérience hospitalière française et territoires : fondements et modalités. *Gérontologie Société*. 2010;33 / 132(1):145-59.
62. Larson IA, Colvin JD, Hoffman A, Colliton WS, Shaw RJ. Caring for Children With Medical Complexity With the Emergency Information Form. *Pediatr Emerg Care*. janv 2020;36(1):57-61.
63. Alami JE, Akhdari N, Hocar O, Amal S. WhatsApp et dermatologie. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2018;145(12, Supplement):S244-S244.
64. ARS Nouvelle-Aquitaine. Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours [Internet]. 2022 [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours>
65. Beuscart R, Anceaux F, Alao O, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud JM, Renard JM. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. *Cah Numér*. 2001;2(2):37-55.
66. DREES. Enquête urgences 2023 (vidéo) [Internet]. DREES. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/enquete-urgences-2023-video>

# Annexes

## Annexe 1 : Ma Boîte Santé, par l'intercommunalité de St-Omer



**Ma BOITE SANTE**

En cas de prise en charge urgente, ce document contient les informations vitales qui permettront de vous identifier et d'informer les services de secours sur votre état de santé lors de leur intervention.

Photo

*Comment fonctionne Ma Boîte Santé ?*

-  Remplir ce formulaire ou vous faire aider par votre médecin généraliste, le personnel de la mairie ou du CCAS.
-  Plier la feuille et la mettre dans la boîte.
-  Placer la boîte santé dans la porte du réfrigérateur.
-  Coller l'autocollant au dos de votre porte d'entrée. Cela permettra aux services de secours de savoir que vous disposez de la boîte santé.

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom marital : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Groupe sanguin : *A. Positif*

**IMPORTANT**

Il s'agit d'un formulaire individuel. Si plusieurs personnes vivent dans le même logement, il convient de remplir une fiche par personne. Des formulaires peuvent être retirés à la mairie.

En cas de changement concernant votre état de santé ou votre entourage, n'oubliez pas de mettre à jour les informations.

**UN DISPOSITIF PROPOSÉ PAR LA CAPSO**



## Annexe 2 : Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile – partie I



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ  
sanitaire, social et médico-social

### Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom

Il est rempli sous la responsabilité du médecin traitant et doit être réactualisé au moins une fois par an et dès que la situation de l'utilisateur se modifie

**PARTIE I**  
À REMPLIR EN  
DEHORS DE  
L'URGENCE (\*)

Rempli le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ par (nom et profession) : .....

Consentement de la personne ou de son représentant légal à l'échange et au partage des informations la concernant

**Informations concernant la personne**

Nom d'usage, prénom : .....

Nom de naissance : .....

Sexe : .....

Adresse : .....

N° de SS : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cadre de vie adapté : accessibilité  oui  non

Equipement (salle de bain...) : .....

Environnement familial:  Seule  En couple  Avec des proches

La personne a le statut d'aidant

**Intervenant(s) régulier(s) au domicile (au moins une intervention par semaine)\* :**

SSIAD,  SAAD,  SPASAD  SAMSAH-SAVS  HAD  SESSAD

Nom : .....

Fonction : .....

Joignable entre: .....

Tel : .....

Email : .....

**Autres Intervenant(s) au domicile**

Infirmier libéral

Nom : ..... Tel : .....

Auxiliaire de vie

Nom : ..... Tel : .....

Aidants (famille, ami, voisin)

Nom : ..... Tel : .....

Autres, préciser leurs coordonnées (par exemple coordonnateur de parcours, assistante sociale, kiné, prestataires oxygène, prothèses...)

**Personne à prévenir <sup>(1)</sup>**

Nom, prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

Adresse : .....

**Personne de confiance <sup>(2)</sup>**

Nom, prénom : .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

**Protection juridique**

Tutelle  Curatelle  Curatelle renforcée  Habilitation familiale  Mandat de protection future  Sauvegarde de justice

Nom de la personne exerçant la mesure: .....

Lien de parenté : .....

Tel : .....

**Pharmacien habituel**

Nom, prénom : .....

Tel : .....

Email : .....

Adresse : .....

**Médecin traitant**

Nom, prénom : .....

Tel : .....

Email : .....

Adresse : .....

**Autres médecins spécialistes/Centre ou établissement de référence\*\*, HAD, CMP**

Nom, prénom, spécialité : .....

Tel : .....

Nom, prénom, spécialité : .....

Tel : .....

Nom, prénom, spécialité : .....

Tel : .....

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

(2) Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

\*Intervenant principal, le plus à même de compléter les informations nécessaires à la prise en charge en urgence

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

## Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom

INFORMATIONS MÉDICALES/CLINIQUES

### Pathologies en cours/ Antécédents personnels (médico-chirurgicaux, néonatalogiques, addictologiques)

- 
- 
- 

### Projet thérapeutique/soins palliatifs <sup>(3)</sup> :

#### Situation de handicap

- Mental  Psychique  Troubles du neuro développement  Locomoteur  Auditif  Visuel  
 Langage Communication  Autres : ..... Score ADL et/ou GIR

Préciser les points de vigilance ou adaptations recommandées.....

- présence d'un accompagnant recommandée  
 Autre : .....

#### Allergies et antécédents iatrogènes : .....

#### Constantes vitales habituelles : Pouls : PA : SpO2 : Fréquence respiratoire :

- Directives anticipées : qui se trouvent dans  DMP  à domicile  NSP  Autre, préciser

#### Points de vigilance

- BMR <sup>(4)</sup>

Vaccinations : Mois/année

- ...../.....
- ...../.....
- ...../.....
- ...../.....

- Chute  Fugue  Escarres  Fausses routes  Epilepsie

- Agressivité  Automutilation

Autres (cf. commentaires) .....

INFORMATIONS SPECIFIQUES

Poids : à la date du : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### État neuro psychologique habituel

- Ralentissement psychomoteur  Désorientation  
 Agitation  Opposition  
 Aphasie  Peut parler  Peut alerter  
 Autre : précisez : .....

GIR :

#### Commentaires ou autres informations spécifiques sur la personne ou son environnement

(mode de Communication, autonomie, continence, soins spécifiques, besoins en aide technique, nutrition, ventilation etc.)

.....

Régime : .....

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

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

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

## Liste de contrôle des documents annexes au DLU-Dom

### Directives Anticipées (*facultatif*)

- Attestation de la carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Ordonnances en cours<sup>1</sup>
- Supports de communication adaptés<sup>2</sup>
- Fiche Urgence Pallia
- Autres documents utiles lors d'une situation d'urgence

Documents à préparer avec le médecin traitant ou un professionnel soignant

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

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

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

Annexe 3 : Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile – partie II : fiches de liaison



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ  
sanitaire, social et médico-social

## FICHE DE LIAISON D'URGENCE





### Fiche « aller » du DOMICILE vers le SERVICE D'URGENCE

Cette fiche doit être remplie de préférence par un médecin, à défaut par toute personne présente au moment où la décision de faire appel au SU est prise.

Rempli par (nom, prénom, fonction, tél) : .....

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Heure : .....

Nom, prénom et date de naissance de la personne transférée : .....

Pourquoi la personne doit-elle aller aux urgences ? .....

Evolution ou changements constatés ces derniers jours (traitement médicamenteux, accompagnement, risque suicidaire, douleur récente).....

Date de la dernière hospitalisation.....

**Etat du patient**     habituel     différent

Conscient et éveillé     Éveillable     Inconscient

.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel .....

Date et heure du dernier repas .....

**Constantes du patient : mesurées par un professionnel**     **famille/aidant**

Pouls                      Tension Artérielle                      Température                      Fréquence respiratoire                      Saturation en O2

**Personnes informées du transfert au Service des Urgences**

« le 15 »                       Médecin traitant                       Intervenants à domicile

Service d'Urgence                       Personne référente/Entourage                       Autres

Nom : .....                      Préciser : .....

**Commentaires**

Liste des prothèses et objets personnels	Aller (Domicile)	Retour (SU)*
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas		
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		
Pace Maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres dispositifs ou objets personnels (cannes, fauteuil, Clés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

(\*) A remplir par le SU avant le retour à domicile



**Fiche « retour » : du SERVICE D'URGENCE vers le DOMICILE en complément du résumé  
du passage aux urgences adressé au médecin traitant**

Rempli par (nom, prénom, fonction) : .....

Date / Heure : .....

**Patient**

Nom, prénom, date de naissance.....

Vérification de la possibilité du retour à domicile  
immédiat (accessibilité, présence d'un aidant...)

Sortie vers une structure plus adaptée

Préciser laquelle :

**Etablissement :** .....

Service : .....

Tél. / Fax : .....

E-mail : .....

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

Personne référente/Aidant : .....

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

Infirmier libéral/Centre de soins infirmiers .....

Médecin traitant

Pharmacien habituel

Résidence autonomie (directeur)

Autre, préciser : .....

**Médecin du SU qui a validé la sortie :**

Nom, prénom : .....

Tél. : .....

**Documents joints :**

Ordonnance(s) de sortie

Autre, préciser

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

Ordonnance(s) de sortie

Courrier remis à l'utilisateur  Email  DMP

Copie du résumé du passage aux urgences (RPU).

Courrier remis à l'utilisateur  Email  DMP

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

**Recommandations pour le retour à domicile**

**Nécessité de revoir le médecin traitant :**  non  oui délai : .....

Mars 2021



**Penser à vérifier la liste des prothèses et objets personnel**

## Annexe 4 : Avis du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV

**demande d'avis CPP pour thèse médecine**

Expéditeur : CPP\_Nord\_Ouest\_IV 20 Septembre 2022

À: Sylvain Bassir

Bonjour,

Je reviens vers vous concernant votre demande d'avis pour votre thèse.

Les entretiens sont enregistrés au dictaphone puis retranscrits à l'écrit : il est important de prendre bien soin de détruire les enregistrements. Un enregistrement audio est considéré comme identifiant par la CNIL.

En dehors de cette remarque, cette étude ne requiert pas d'avis favorable préalable d'un CPP.

En restant à votre disposition.  
Bien cordialement.

Mme Justine Ziebel  
Secrétariat CPP Nord Ouest IV  
Bâtiment ex-USNB  
6 rue du Professeur Laguesse  
CHRU LILLE  
CS 70001  
59037 LILLE CEDEX

## Annexe 5 : Guide d'entretien semi-structuré

<p style="text-align: center;"><b>Guide d'entretien</b></p> <p>Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile (DLU-Dom) : Evaluation qualitative auprès de médecins généralistes du Pas-de-Calais</p> <p><b>Présentation</b></p> <p>Bonjour, je m'appelle Sylvain Bassir, je suis interne de médecine générale de la faculté de médecine de Lille Henri Warembourg. Je prépare actuellement une thèse, sur le thème du lien ville-hôpital, qui prend la forme d'une recherche qualitative, dont le titre complet est : « ... »</p> <p>La HAS a publié en mars 2021 le DLU-DOM (dossier de liaison d'urgence à domicile), un document censé être utilisé lors du transfert d'un patient âgé ou handicapé de son domicile à un service d'urgences, constituant une base d'informations pour le médecin urgentiste.</p> <p>Je réalise des entretiens oraux enregistrés au dictaphone avec des médecins généralistes installés, au cours desquels nous discutons du DLU-DOM, que je vous ai envoyé par courriel après notre premier contact téléphonique, si vous ne le connaissez pas encore.</p> <p>L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes pour cet outil, à un an et demi de sa parution. D'autre part, cela favorisera sa diffusion.</p> <p>Dans la thèse, tout sera rendu anonyme : votre nom ou toute autre donnée identifiante seront censurés.</p> <p><b>Recueil des caractéristiques des médecins interrogés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sexe et âge</li> <li>-année d'installation</li> <li>-milieu d'exercice : urbain, rural ou semi-rural</li> <li>-type d'exercice : seul, en cabinet de groupe ou en MSP</li> <li>-formation complémentaire : DU, DIU ou autre</li> <li>-expérience professionnelle en service d'urgences : oui ou non</li> <li>-maître de stage universitaire ?</li> </ul>	<p>Questions :</p> <p><b>Question</b></p> <p>1) <b>Connaissez-vous le document DLU-Dom avant l'entretien ?</b></p>	<p><b>Relances ou précisions possibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ou a minima le DLU, son préécesseur destiné aux résidents d'EHPAD ?</li> <li>- Si oui, l'avez-vous déjà utilisé ?</li> <li>- Qui avait participé à sa rédaction ?</li> </ul>
<p>2) <b>Que pensez-vous de son contenu ? Complet, pertinent ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le premier volet est à remplir en dehors de l'urgence ; la première page peut être complétée par le patient ou ses proches ; ainsi que certains documents annexes.</li> <li>- Le second volet est à remplir le jour d'un transfert aux urgences.</li> <li>- Y verriez-vous une utilité : pour le personnel intervenant à domicile ? pour vos remplaçants ?</li> </ul>	
<p>3) <b>Pensez-vous que ce document est utile ou pas, et pourquoi ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par exemple : dans une enveloppe au domicile du patient, déposé au service d'urgences du secteur, transmis aux centres de régulation comme les fiches Urgence Pallia (centre 15 et régulation libérale), dossier patient au cabinet, DMP ou autre plateforme informatique.</li> <li>- Le support physique vous paraît-il adapté ? Verriez-vous un format informatique ?</li> </ul>	
<p>4) <b>Quel serait selon vous le meilleur mode de conservation / transmission du DLU-Dom après l'avoir rempli ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions plutôt locales ou nationales ?</li> <li>- Adressé plutôt au médecin ou au patient ?</li> <li>- Informer aussi les médecins des urgences ?</li> <li>- Et pourquoi ?</li> </ul>	
<p>5) <b>Comment pensez-vous qu'on pourrait le diffuser pour le faire connaître ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur l'aspect chronophage : Le premier volet peut être partiellement complété par le patient ou ses proches</li> </ul>	
<p>6) <b>Si vous ne l'utilisez pas avant : Pensez-vous l'utiliser à l'avenir ?</b></p>	<p>8) <b>Avec votre vécu / votre expérience personnelle, voyez-vous à autre aspect à aborder ?</b></p>	
<p>7) <b>Quels pourraient être les freins à son usage ?</b></p>		

## Annexe 6 : Grille COREQ

<i>N°</i>	<i>Item</i>	<i>Description</i>	<i>Réponse</i>
<i>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</i>			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Sylvain Bassir
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude	Post-internat
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première étude qualitative
<i>Relations avec les participants</i>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne de médecine générale en préparation de thèse d'exercice
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine générale, pas de lien avec la HAS
<i>Domaine 2 : Conception de l'étude</i>			
<i>Cadre théorique</i>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
<i>Sélection des participants</i>			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné par recherche Internet

11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	4 : pas le temps, pas intéressé, en retraite

### Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet médical ou domicile du médecin, à sa convenance
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Fournies dans le chapitre « Résultats »

### Recueil des données

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, guide fourni en annexe Non
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio par dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne de 28 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Saturation atteinte au 8 <sup>ème</sup> entretien, consolidé par 2 entretiens supplémentaires
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui

### Domaine 3 : Analyse et résultats

#### Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux : l'auteur, et une autre interne de médecine générale, extérieure à l'étude
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui, fourni en annexe
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'analyse des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo 14®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Oui

### *Rédaction*

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, de façon anonyme, de M1 à M10
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui



**AUTEUR : Nom :** BASSIR      **Prénom :** Sylvain

**Date de Soutenance :** 27 juin 2023

**Titre de la Thèse :** Le Dossier de Liaison d'Urgence à Domicile (DLU-Dom) :  
Evaluation qualitative auprès de médecins généralistes du Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + FST ou option :** Médecine Générale

**Mots-clés :** recherche qualitative ; médecins généralistes ; continuité des soins ;  
personnes dépendantes à domicile ; gériatrie ; visites à domicile ; urgences

**Résumé :**

**Contexte :** Le DLU-Dom est un outil de liaison entre domicile et urgences, publié par la Haute Autorité de Santé en 2021, destiné à améliorer la qualité et la sécurité des soins d'une personne vulnérable en situation d'urgence.

**Matériel et Méthodes :** Explorer l'opinion des médecins généralistes sur ce nouvel outil de liaison, de façon qualitative, pas des entretiens individuels semi-dirigés, dans le département du Pas-de-Calais, entre septembre 2022 et avril 2023.

**Résultats :** Les médecins interrogés ne connaissent pas le DLU-Dom. Ils l'estiment utile pour des soins urgents, et pour des soins habituels à domicile, améliorant la transmission d'informations. Ils redoutent des défauts inhérents au support papier : illisibilité, risque d'égarement, mise en danger du secret médical, et craignent de manquer de temps pour intégrer l'outil à leurs pratiques déjà chargées. Ce genre de formulaire doit rester court ; la famille et les autres soignants doivent participer à sa rédaction. Les services de soin à domicile sont un partenaire important pour sa mise en œuvre. La dématérialisation est une voie d'avenir intéressante pour fluidifier davantage le parcours de soins. Mais devant les difficultés persistantes du Dossier Médical Partagé, les médecins restent attachés au support papier actuel du DLU-Dom. Des actions locales de diffusion sont à mener auprès de tous les acteurs concernés ; la MSP et la CPTS sont des vecteurs à exploiter en ce sens.

**Conclusion :** Le DLU-Dom est un outil de continuité des soins utile, que les médecins généralistes sont prêts à utiliser, mais qui reste méconnu. Des interventions doivent être menées auprès des professionnels de santé pour sa mise en œuvre. L'avenir réside dans un système électronique, commun aux soignants qui entourent un patient maintenu à domicile.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Eric WIEL

**Asseseurs :** Madame le Docteur Judith OLLIVON

Monsieur le Docteur Yann CONSTANT

**Directeur :** Monsieur le Docteur Guy VANDECANDELAERE