

Dossier de liaison d'urgence Domicile (DLU Dom)

Validée le 15 septembre 2020

Date de la saisine : 2017

Demandeur : Fédérations du domicile

Service(s) : DiQASM Direction

Personne(s) chargée(s) du projet : Delphine Dupré-Léveque, Jean Bacou

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

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Suite aux nombreux décès survenus en Ehpad pendant les canicules de 2003, puis de 2006, il a été décidé de faciliter l'accès aux dossiers médicaux des résidents pour tous les professionnels intervenant¹. Les établissements concernés ont donc, pour répondre à cette demande, développé des documents de liaisons facilitant, en particulier en situation d'urgence, l'accès des professionnels aux données dont ils avaient besoin pour optimiser la prise en charge des personnes âgées.

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

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

En 2017, la DGSC a souhaité que le champ du DLU-Dom soit élargi aux personnes en situation de handicap et ce quel que soit leur âge. Plus récemment, la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 a fait émerger des demandes émanant de plusieurs fédérations de personnes en situation de

¹ Les professionnels de l'Ehpad intervenant auprès des résidents de jour comme de nuit.

handicap (polyhandicap, autisme, syndrome de Prader-Willy, maladies neuromusculaires, paralysie cérébrale, épilepsie sévère) craignant d'être confrontées à des difficultés de prise en charge

1.2. Contexte

- Etat de connaissances (contexte épidémiologique)

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

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

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

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

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

« Les patients âgés de 75 ans et plus constituent une patientèle particulière des services des urgences à plusieurs titres. La fragilité, la dépendance et les polypathologies, plus fréquentes parmi ces patients, justifient une prise en charge plus complexe que pour les autres patients et entraînent des durées plus longues » (8).

Etat des lieux documentaire (y compris les travaux réalisés ou en cours de réalisation par la HAS)

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

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

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

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

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

Pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 en 2020, des fédérations de personnes en situation de handicap ont élaboré très rapidement des « DLU » spécifiques à chaque profil de handicap concerné (Cf liste en annexe 1).

Ces DLU ont été analysés par le service des recommandations de la DiQASM il serait sans doute souhaitable d'appuyer aussi en partie le DLU-Dom sur ces travaux.

- Etat des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Enjeux

L'enjeu principal du DLU est d'optimiser la prise en charge des personnes les plus vulnérables en services d'urgence.

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

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

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

Ce document devrait également permettre d'éclairer l'organisation du retour à domicile. En effet, la faisabilité d'un retour à domicile mal évaluée entraîne souvent une ré-hospitalisation. La décision d'un retour à domicile est prise en fonction de l'état de santé du patient mais aussi en fonction de son environnement et de sa capacité sociale. La sortie dépend pour beaucoup aussi de la rapidité de la mise en place d'aides adaptées et/ou de la coordination avec les intervenants à domicile².

L'articulation entre les différentes catégories d'acteurs potentiellement concernées par le DLU : professionnels de santé libéraux, professionnels d'ESMS, intervenants à domicile en emploi direct, personnes âgées ou handicapées, proches aidants, conditionnera de fait la mise en œuvre du DLU-Dom. Il sera nécessaire de bien identifier cette équipe de soins et d'accompagnement, de s'assurer du

²Environ un million de personnes âgées ou handicapées bénéficient de services d'aide et ou de soins à domicile. L'ensemble de ces bénéficiaires sont en situation de fragilité. Enfin, l'étude conjointe de l'Insee et de la Drees prévoit une augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes. Elles seraient plus de 4 millions en 2050 augmentant ainsi considérablement le nombre de recours aux urgences.

consentement de la personne concernée sur ce partage d'information et de préciser les vecteurs de ce partage dans la mesure où l'objectif est d'aboutir à un document dématérialisé alimentant le DMP.

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

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

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

1.4. Cibles

Les cibles de ce travail sont :

- Les personnes vulnérables vivant à domicile : les personnes âgées dépendantes non institutionnalisées et les personnes en situation de handicap non institutionnalisées, quel que soit leur âge. Il sera nécessaire d'adapter l'outil pour le rendre utilisable pour les enfants.
- Les professionnels intervenant à domicile qui auront la responsabilité de remplir le DLU avec la personne en amont et d'accompagner le retour à domicile en aval : médecin traitant, paramédicaux, intervenants à domicile.
- Les professionnels des services d'urgences (médecins et infirmières), les régulateurs des SAMU/SMUR

1.5. Objectifs

Il s'agira de

- Définir la trame du DLU-Dom, en identifiant les items utiles aux différents acteurs pour une prise en charge optimale aux urgences
- Elaborer le guide d'utilisation pour faciliter son appropriation
- Explorer les conditions juridiques et opérationnelles (interopérabilité) d'intégration du DLU dans le DMP

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Ce travail vise à proposer un dossier de liaison d'urgence. Il doit être utilisable dans un contexte d'urgence et ne remplace pas le dossier de liaison d'hospitalisation.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

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

2.2. Composition qualitative des groupes

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

- Un groupe de travail sera constitué sur la base d'un appel à candidature. Il devra réunir :
- Des médecins urgentistes
- Des représentants des usagers,
- Des représentants des fédérations force de proposition côté handicap et personnes âgées.
- Des représentants des services à domicile
- Des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens...)
- Un groupe de lecture reprenant les mêmes catégories de participants que le groupe de travail sera constitué sur la base d'un appel à candidature
- Une seconde séance de travail réunira plus spécifiquement l'ANS et la CNAMTS pour l'intégration de l'outil DLU-Dom au sein du DMP (Une réunion préalable sur la faisabilité a déjà eu lieu avec ces deux partenaires).

2.3. Productions prévues

- Les items du DLU-Dom :
 - Document de liaison
 - Fiches de liaison pour l'admission aux urgences et au départ des urgences (retour au domicile ou institutionnalisation)
- Le guide d'utilisation,
- Les modalités d'intégration dans le DMP.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Validation cadrage CSMS, Collège : septembre 2020
- GT pluriprofessionnel et usagers : novembre 2020
- Groupe de lecture : décembre 2020
- Rencontre ANS-CNAMTS-HAS janvier 2021

- Validation CSMS, Collège : février 2021
- Publication mars 2021

4. Stratégie prévisionnelle de mise en œuvre de la production

4.1. Mesures d'impact envisagées

Nombre de DLU-Dom remplis et pourcentage d'intégration au DMP

Nombre de DLU-Dom consultés par le SAMU et les services d'urgence accueillant des personnes vulnérables

4.2. Plan d'actions

Le DLU-Dom sera intégré au DMP et les professionnels de santé en seront informés via la CNAM. Les médecins généralistes seront encouragés à le remplir sur le volet médical et l'intégration automatisée à partir des logiciels métier sera favorisée.

Le DLU-Dom sera diffusé aux fédérations de services qui encourageront les professionnels du secteur social et médico-social à le remplir sur le volet environnemental.

5. Ressources prévisionnelles

5.1. Ressources humaines

0.5 ETP sur 6 mois

5.2. Dépenses de fonctionnement associées

Une à 2 réunions du GT (25 personnes)

5.3. Communication et diffusion

- Mise en ligne des documents sur le site de la HAS et relais par les réseaux sociaux de la HAS,
- Diffusion via les sociétés savantes,
- Diffusion à l'ensemble des participants au projet et aux instances de la HAS dans le secteur médico-social CSMS, Comité de concertation.

5.4. Traduction

Compte-tenu du faible nombre d'outils retrouvés dans ce domaine au niveau international, il pourrait être intéressant d'essayer de publier ce travail dans une revue internationale à comité de lecture.

Abréviations

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

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

Références

1. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
2. Haute Autorité de Santé. Accès aux soins des personnes en situation de handicap - Rapport de la commission d'audition publique 2008, Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009
3. Lengagne, P., et al. L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Les rapports de l'Irdes ; 560. Paris IRDES: 128; 2015 <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-ensituation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>
4. Jacob P. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Rapport. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000341.pdf>
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Brunel M, Carrère A. La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Les Dossiers de la Drees 2019;(34).
6. Haute Autorité de Santé. « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Note méthodologique et de synthèse bibliographique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Etudes et Résultats 2017;(1007).
8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Etudes et Résultats 2017;(1008).
9. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence, Chauvot G, Ranchou B, La Revue de gériatrie 2018 ; 43(1) pages : 13-21
10. Société francophone de médecine d'urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux Urgences. Conférence de consensus. Texte long. 10ème Conférence de consensus, 5 décembre 2003, Strasbourg. Paris: SFMU; 2003. https://www.sfmou.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
11. Boulet MC, Dami F, Hugli O, Renard D, Foucault E, Carron PN. Séniors aux urgences, une question d'hospitalité ? Rev Med Suisse 2015;11(498):2338-41.
12. Quid du parcours de soins du patient handicapé aux urgences ? [En ligne] 2016. <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/quid-parcours-soins-patient-handicape-urgences.html>
13. Libault D, Ministère des solidarités et de la santé. Concertation grand âge et autonomie. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/194000302.pdf>
14. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal Officiel 2019;26 juillet 2019

15. Haute Autorité de Santé. Numérique : quelle (r)évolution ? Rapport d'analyse prospective 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/rapport_analyse_prospective_20191.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Projet stratégique 2019 – 2024. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/projet_strategique_2019-2024.pdf
17. *Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison*
18. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
19. Haute Autorité de Santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR. Étude réalisée en juin 2018 sur les événements indésirables graves associés à des soins reçus à la HAS dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs
20. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2017. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs

Annexes

Annexe 1. Liste des DLU proposés par les fédérations du handicap

Annexe 1. Liste des DLU proposés par les fédérations du handicap

- Fiche AFM « Recommandations médicales Covid-19 et maladies neuromusculaires pour les centres 15 »
- Fiche Fondation Paralysie cérébrale et SOFMER « Paralysie cérébrale et Covid 19 chez l'enfant ou l'adulte »
- Fiche EFFAPES « Epilepsies sévères, Handicap et Covid 19 »
- Fiche AFERO « Obésité et Covid 19 »
- Carte de soins et d'urgence « syndrome de Prader Willy » - DGS
- Fiche AnDDI-Rares (Filière de santé Anomalies du Développement avec ou sans Déficience Intellectuelle de causes rares) « Fiche-patient Vulnérable Covid 19 »
- Fiche Urgences Handiconnect « Accueil d'un patient polyhandicapé porteur de Covid 19 »
- Fiche d'urgence GPF polyhandicap