



Article original

## Élaboration et validation d'une fiche d'aide à la décision de limitation ou d'arrêt des traitements aux urgences



### *Development of a tool for withholding and withdrawing life-sustaining treatment in the emergency room*

A. Chirac<sup>a,b,1</sup>, G. David<sup>c,1</sup>, N. Rieg<sup>d</sup>, A.-M. Schott-Pethelaz<sup>e</sup>, J. Bohe<sup>f</sup>, F. Carpentier<sup>c</sup>, X. Jacob<sup>d</sup>, W. Rhondali<sup>a</sup>, M. Filbet<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Centre de soins palliatifs Pavillon 1K, CHU de Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, 165, chemin du Grand-Revoynet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

<sup>b</sup> Institut de psychologie, université de Lyon 2, 69500 Bron, France

<sup>c</sup> Structure des urgences du CHU de Grenoble, 38700 La Tronche, France

<sup>d</sup> Structure des urgences du CHU de Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

<sup>e</sup> Information médicale évaluation recherche, hospices civils de Lyon, Lyon, France

<sup>f</sup> Service de réanimation médicale, CHU de Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 14 août 2013

Accepté le 8 septembre 2014

Disponible sur Internet le 14 octobre 2014

Mots clés :

Urgences

Limitation et arrêt des traitements

Fin de vie

Méthode Delphi

#### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – Le cadre éthique et législatif nous rappelle que les décisions de limitation et d'arrêt des traitements (LAT) aux urgences nécessitent une décision collégiale que la mise en place de procédures écrites peut faciliter. Le but de notre travail était de créer et valider une fiche d'aide à la décision de LAT (FADLAT).

**Méthode.** – Un comité de pilotage a tout d'abord élaboré une première FADLAT à partir de fiches existantes et de la littérature. Les items de cette fiche ont ensuite été adressés à un groupe d'experts en utilisant la méthode Delphi afin d'obtenir un consensus.

**Résultats.** – Trente-quatre experts (médecins et infirmiers urgentistes) de onze structures des urgences de la région Rhône-Alpes ont participé au premier tour du Delphi, vingt-sept au second tour. Sur quarante-deux items soumis au jugement des experts, soixante-cinq ont été validés par consensus et forment la version finale de la fiche.

**Conclusion.** – Dans cette étude, nous avons pu créer une FADLAT, tout en respectant la législation et les recommandations sur la prise en charge des patients en fin de vie aux urgences. Cette fiche a été validée en utilisant la méthode Delphi auprès d'experts de plusieurs centres. Cette validation multicentrique facilitera la diffusion et l'utilisation ultérieure de cette fiche auprès des SU de la région Rhône-Alpes.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Objectives.** – Active treatment withholding and withdrawing decisions in the emergency room (ER) must be taken collegially according to ethical and juridical statements. Specific tools can support this process and our main goal was to create and validate such a tool.

**Method.** – We created a first version of a tool to help for treatment withholding and withdrawing decisions inspired by similar documents from literature. Every item of this tool was then assessed by a group of experts (ER physicians and nurses) using the Delphi method to reach a consensus.

**Results.** – Thirty-four experts from eleven ER (academic, regional centre) were included and participate to the first round and twenty-seven to the second round. From the eighty-two-item tool, sixty-five items reach a consensus during these two rounds and were kept to constitute the final version of the tool.

Keywords:

Emergency service

Withholding and withdrawing life-

sustaining treatment

Terminally ill

Delphi technique

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marilene.filbet@chu-lyon.fr](mailto:marilene.filbet@chu-lyon.fr) (M. Filbet).

<sup>1</sup> Anne Chirac et le Gaëtan David ont participé de façon égale à la rédaction de ce manuscrit.

*Conclusion.* – We have been able to create a tool to help for treatment withholding and withdrawing decisions adapted to the guidelines for end of life patient's management in the ER. This tool has been validated using a Delphi method by a group of experts from different centres. This multicentre validation will help for the diffusion and use of this tool in the different ER of the Rhône-Alpes region.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Aujourd'hui, près de 60 % des décès ont lieu à l'hôpital, dont 16 % dans les premières heures de leur admission, c'est-à-dire, dans une structure des urgences (SU) ou dans une unité hospitalière de courte durée (UHCD) [1]. Néanmoins, selon une étude menée par l'équipe de Tardy, plus d'un tiers des personnes qui décèdent aux urgences sont qualifiables de « patients en fin de vie » [2] et un rapport de l'Observatoire national de la fin de vie a montré que seulement 7,5 % de ces patients auraient bénéficié de soins palliatifs [3]. Le décès dans un service d'urgence est fréquemment associé à une prise en charge symptomatique complexe (douleur, dyspnée, confusion) à l'origine d'une détresse psychosociale importante pour le patient et ses proches [4]. De plus, les situations de fin de vie dans les SU s'accompagnent souvent d'une forte charge émotionnelle pour les soignants [5] diminuant l'objectivité lors de la prise de décision. On retrouve dans la littérature plusieurs travaux rapportant que l'existence de procédures écrites faciliterait ces prises en charge en permettant aux soignants de prendre du recul [5]. De telles procédures écrites de limitation et d'arrêt des traitements (LAT) existent déjà dans certaines SU. Celles-ci sont inspirées de textes de loi, dont la loi Leonetti du 22 avril 2005 [6–8], ainsi que des recommandations de la Société française de médecine d'urgence [9] et de la Société de réanimation de langue française (SRLF) [10,11]. Leur objectif principal est d'éviter toute obstination déraisonnable et d'assurer des soins de confort adaptés, souvent palliatifs, aux patients en fin de vie au SU. De plus, ces textes insistent sur une procédure collégiale pour la prise de décision. Cependant, une étude multicentrique retrouvait un taux d'utilisation de ces procédures inférieur à 3 %, avec des initiatives qui restent souvent locales et des utilisations peu ou pas validées à grande échelle [12]. Certaines barrières à l'utilisation de tels outils ont été identifiées dans la littérature. L'étude de Cabana et al. [13] rapporte, par exemple, un manque d'information à l'égard des recommandations, un manque de familiarité, une résistance au changement ou encore un désaccord de la part des praticiens. La création d'une fiche d'aide à la décision de LAT (FADLAT), en concertation avec d'autres équipes telles que les réanimateurs, les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou encore les médecins libéraux, permettrait une meilleure prise en charge des patients en fin de vie [14,15]. Nous avons souhaité créer et valider une FADLAT au sein d'un groupe d'urgentistes des différentes SU de la région Rhône-Alpes. Leur mobilisation dans le processus de création de tels outils pourrait ainsi faciliter leur appropriation à échelle locale.

## 2. Matériel et méthode

L'objectif de ce travail était de créer une FADLAT validée par un groupe d'experts provenant de plusieurs SU de la région Rhône-Alpes utilisant un logiciel commun pour les dossiers médicaux (dossier médical des urgences, DMU).

Pour la validation de chaque item de cette FADLAT, nous avons utilisé la méthode Delphi. Celle-ci permet à partir d'un groupe d'experts d'atteindre rapidement un consensus face à une problématique avec peu d'éléments objectifs à disposition [16].

### 2.1. Les différents temps de l'étude

#### 2.1.1. Constitution du comité de pilotage et du groupe d'expert

Le comité de pilotage de cette étude était constitué de trois médecins spécialisés en soins palliatifs, quatre médecins urgentistes, un réanimateur. Le groupe d'experts quant à lui réunissait des médecins et des infirmiers exerçant dans des SU et n'appartenant pas au comité de pilotage. Les chefs des SU étaient invités à désigner des médecins ou infirmiers motivés pour participer, travaillant dans un SU à temps plein et pouvant utiliser le logiciel DMU puisque nous voulions, à terme, valider cet outil et l'intégrer dans des applications informatiques. L'un de nos objectifs étant de disposer durant les différents tours du Delphi d'un nombre d'experts égal ou supérieur à vingt pour garantir la validité de la procédure [17]. Pour chaque participant, les informations socio-démographiques suivantes ont été recueillies lors du premier tour du Delphi : âge ; sexe ; centre hospitalier ; nombre d'années d'expériences ; profession (médecin/infirmier).

#### 2.1.2. Élaboration de la fiche initiale et du questionnaire

Le sujet a été défini par le comité de pilotage en accord avec la littérature existante et les recommandations disponibles. L'objectif principal était de rendre les modèles existants plus adaptés au contexte et aux contraintes des SU. Le comité de pilotage s'est réuni à trois reprises, de janvier à juillet 2012, afin de créer une première version de cette FADLAT, puis le questionnaire. Le comité de pilotage s'est d'abord inspiré des fiches existantes [14] et du guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique proposé par la SRLF et mis à jour en 2010 [11]. Chaque item de la FADLAT a ensuite été retranscrit sous la forme de questions de type « Pensez-vous qu'il soit pertinent de renseigner... ? ». Elles ont été réparties en sept parties : en-tête, situation clinique, arguments pour la LAT, décisions prises, familles/proches, procédure collégiale, remarques complémentaires.

#### 2.1.3. Déroulement de l'étude

Nous avons envoyé par mail aux experts un courrier explicatif de la méthode Delphi. Le groupe d'experts devait répondre à plusieurs séries de questions qui devaient être notées en utilisant une échelle allant de 0 (pas pertinent) à 9 (pertinent). La moyenne des réponses obtenue pour chaque question permettait le classement suivant :

- dans l'intervalle [0 ; 3] et [7 ; 9] : consensus ;
- dans l'intervalle [3 ; 7] : indécision.

Une synthèse des réponses (moyenne du score, déviation standard et scores minimum et maximum obtenus pour chaque question) et des éventuels commentaires associés était ensuite adressée à l'ensemble des participants qui devaient alors revoir le score pour les questions n'ayant pas obtenu de consensus. Tant que ce consensus n'était pas atteint pour l'ensemble des items, la procédure pouvait se répéter sur plusieurs tours et le taux de réponse pouvait être optimisé par des relances par mail. Par souci de clarté, les différents tours seront désignés par les acronymes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745180>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745180>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)