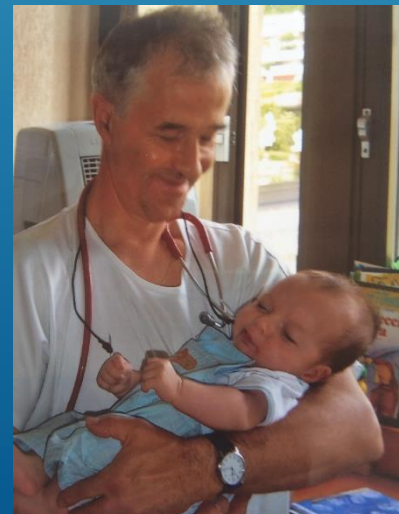
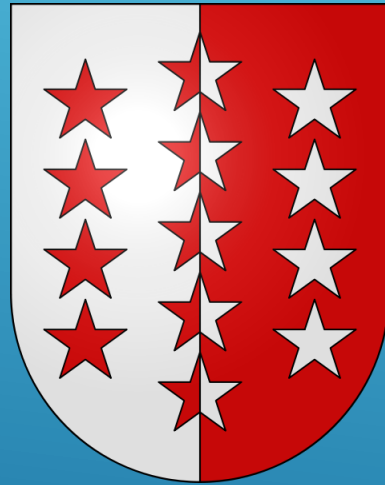
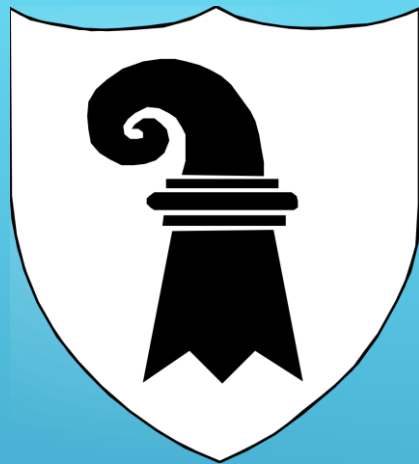


# L'ANESTHÉSIE CHEZ LES PERSONNES EN FIN DE VIE : DÉFIS AUTOUR D'UN PROJET LIMITÉ

Novembre 2019, A. Perret

Avec le soutien de Dr. Jur. D. König, chef des affaires éthiques et juridiques, Hôpital du Valais

Afin de faciliter la lecture, il peut arriver que seul le masculin ou le féminin soit utilisé; il va de soi que cela concerne toujours les personnes des deux sexes.



# ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

- ▶ 90 % Clinique (Médecin adjointe en Anesthésie, Hôpital du Valais)
- ▶ 10 % Conseil Ethique Clinique (Vice Présidence du CeClin Hôpital du Valais)



3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

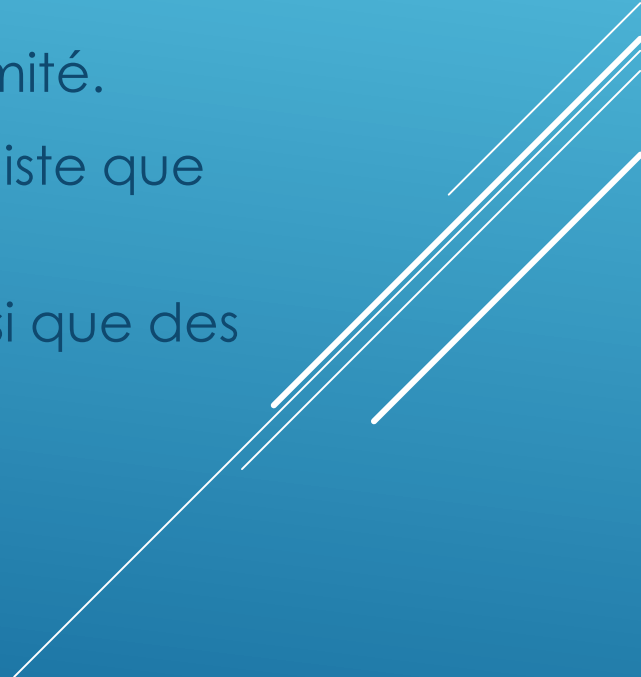
Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



# INTRODUCTION

- ▶ Progression importante de procédures chirurgicales chez des patients proches de la fin de leur vie.
  - ▶ Parfois, l'anesthésie nécessaire est plus risquée que la procédure elle-même.
  - ▶ Au vu de la fin de vie proche, le projet thérapeutique doit être limité.
  - ▶ Les soignants sont mal à l'aise autant avec une attitude maximaliste que minimaliste.
  - ▶ Ce travail vise à donner aux soignants des pistes de réflexion ainsi que des connaissances pour faciliter la prise en charge de ces patients.
  - ▶ Littérature sur ce sujet = 0
- 

# CAS CLINIQUE


## M. K. GIAN, 82 ANS

- ▶ Sténose aortique serrée (gradient moyen 40 mmHg)
- ▶ Fibrillation auriculaire anticoagulée
- ▶ Dyspnée d'effort
- ▶ Déconditionnement général
- ▶ Vit à domicile avec son épouse
  
- ▶ Hernie parastomiale avec difficultés de transit et risques d'incarcération
- ▶ Indication à cure de hernie par laparoscopie
  
- ▶ Directives anticipées: Membre Exit, refuse remplacement valve aortique, REA non, pas d'intubation prolongée.



Sténose serrée de la valve aortique  
+ anesthésie  
= Haut risque de décès per- ou postopératoire

# POSSIBILITÉS TECHNIQUES


- ▶ Refaire bilan cardiaque: échographie cardiaque, coronarographie
  - ▶ Envisager remplacement de la valve aortique
  - ▶ Refuser prise en charge si refus de RVA?
  - ▶ Artère, Voie Veineuse Centrale, noradrénaline
  - ▶ Soins intensifs-soins continus
- 



# CAS CLINIQUE M. K. GIAN, 82 ANS: CE QUI A ÉTÉ FAIT: UN PROJET LIMITÉ

- ▶ Discussion avec chirurgien
- ▶ Discussion avec la médecin traitante
- ▶ Discussion avec patient puis sa femme
- ▶ Respect des directives: pas de Remplacement de Valve Aortique, REA non, pas d'intubation prolongée
  
- ▶ AG par la même médecin anesthésiste que celle de la consultation préopératoire
- ▶ Artère, Noradrénaline, Soins continus
- ▶ Suites opératoires sans complications


# CAS CLINIQUE: M. D. PAUL, 77 ANS

- ▶ Hospitalisé aux soins palliatifs pour cancer bas œsophage (stade IV)
  - ▶ Dyspnée au repos d'origine indéterminée
  - ▶ Douleurs dorsales invalidantes sur ostéoporose
  - ▶ Annoncé pour vertébroplastie (plusieurs niveaux) sous anesthésie générale
- 




Dyspnée au repos d'origine indéterminée  
+ Anesthésie avec intubation  
= haut risque de décès per ou postopératoire

# POSSIBILITÉS TECHNIQUES

- ▶ Examens préopératoires (echo cœur, CT scan)
  - ▶ Anesthésie générale (dyspnée)
  - ▶ Artère
  - ▶ Voie Veineuse Centrale avec amines si nécessaire
  - ▶ Echo Trans-oesophagienne
  - ▶ Soins intensifs, prévoir intubation prolongée
- 

# M. D. PAUL, 77 ANS

## CE QUI A ÉTÉ FAIT: UN PROJET LIMITÉ

- ▶ Colloque multidisciplinaire avec présence patient/famille
  - ▶ Consolidation de l'indication dans le cadre d'un projet limité
  
  - ▶ Pas d'examens complémentaires
  
  - ▶ Induction AG → collapsus cardiovasculaire → Réveil
  - ▶ Reprise vertébroplastie sous sédation 1 mois plus tard
  - ▶ Décès du patient deux semaines plus tard (progression cancer)
- 

# CAS CLINIQUE: M. F. CHARLES, 90 ANS

Le patient souffre d'une artériopathie périphérique avec nécrose aseptique du pied. Il n'est plus possible de revasculariser la jambe. Le patient semble avoir des douleurs. Il faut donc l'amputer à mi-cuisse...  
Demain


Il est institutionnalisé pour démence sénile avancée, alité. Il a aussi un diabète et une insuffisance rénale. Il sort d'une décompensation cardiaque globale à prédominance droite.





Décompensation cardiaque droite  
+ anesthésie générale avec intubation  
= haut risque de complications /décès per ou postopératoire

# POSSIBILITÉS TECHNIQUES

- ▶ Bilan cardiaque préopératoire
  - ▶ Anesthésie générale
  - ▶ Blocs péri-nerveux pour l'analgésie
  - ▶ Artère, Voie Veineuse Centrale pour amines
  - ▶ Soins intensifs postopératoires
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths and orientations, located in the bottom right corner of the slide.



# M. F. CHARLES, 90 ANS

## CE QUI A ÉTÉ FAIT: UN PROJET LIMITÉ

- ▶ Colloque avec la famille et orthopédistes
- ▶ Pas d'examens complémentaires
- ▶ Indication pas claire, alternatives à l'amputation?
- ▶ Consultation antalgie chronique et soins palliatifs
  
- ▶ Traitement des douleurs par Buprenorphine (Temgesic<sup>®</sup>) et retour dans l'institution une semaine plus tard

3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



# DIFFICULTÉS POUR LES SOIGNANTS

- ▶ Aspects moraux
    - Soins maximalistes?
    - Soins minimalistes?
  - ▶ Aspects juridiques
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

# DIFFICULTES POUR LES PATIENTS

## ATTENTES ET QUALITÉ DE FIN DE VIE

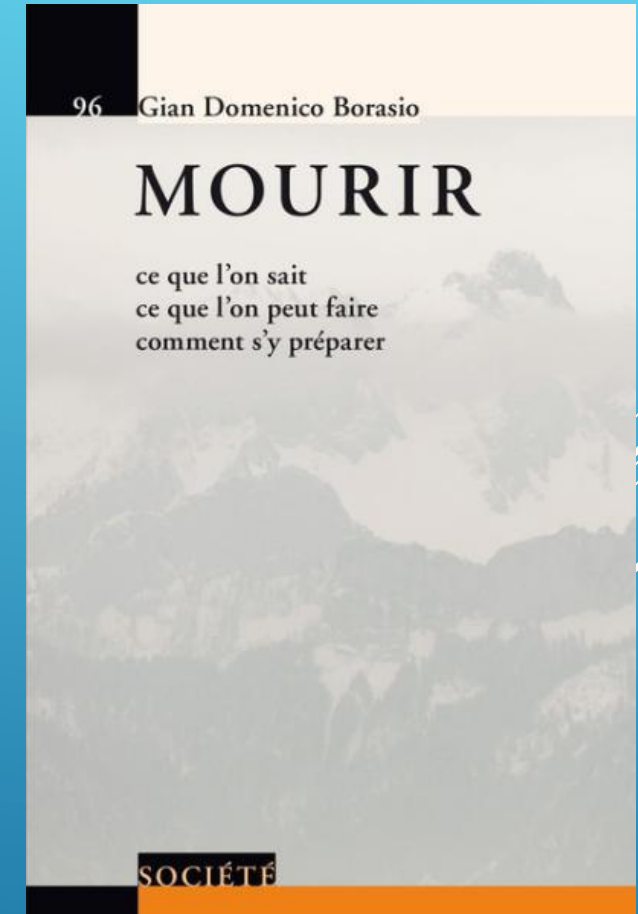
Classification internationale des maladies: ne contient pas la mort naturelle

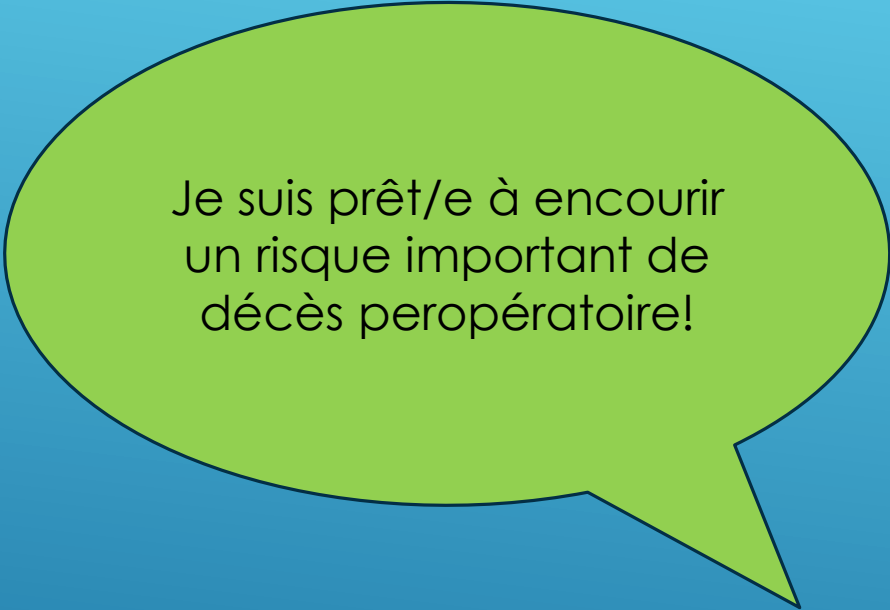
Médecins impliqués dans une majorité des décès

80 % des décès se déroulent dans des institutions de soins

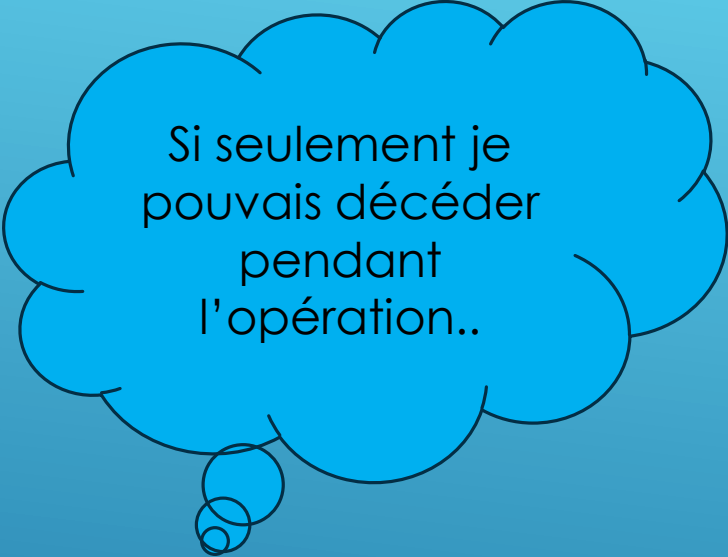
Souhaits des patients ou des patientes:

- Mourir à domicile
- Ne pas souffrir
- Se sentir en sécurité (environnement social respectueux)





Je suis prêt/e à encourir  
un risque important de  
décès peropératoire!



Si seulement je  
pouvais décider  
pendant  
l'opération..

3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



# L'ALLOCATION DES RESSOURCES, LA MÉDECINE DURABLE

Vol. 14, N° 2, 2019

**swiss academies**  
**communications**

[www.academies-suisse.ch](http://www.academies-suisse.ch)

## Développement durable du système de santé

Feuille de route de l'Académie Suisse  
des Sciences Médicales

- ▶ «Le but des soins médicaux n'est pas la guérison sans séquelles restantes, mais le rétablissement de la capacité à mener une vie qui soit considérée sensée par la personne concernée»
  - cadre défini selon les besoins du patient
- ▶ En cas de maladie complexe, un comité médical discute et décide du traitement adéquat, un des membres doit connaître la personne malade
- ▶ «l'option de renoncement à des mesures médicales devrait être discutée dans des comités médicaux ou lors des interactions entre le médecin et le patient»
- ▶ «Plus» ne signifie pas dans tous les cas «mieux»



3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



# CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

- ▶ 1947, code de Nuremberg: notion de consentement volontaire du malade.
- ▶ Fondement de la prise en charge médico-soignante
- ▶ Justificatif légitimant l'intervention
- ▶ Obligation d'information de traitements alternatifs
- ▶ Obligation de tenir compte de la capacité de concentration du patient
- ▶ Nécessité de disposer d'un temps de réflexion suffisant
  
- ▶ Droit au consentement entraîne un droit au refus de soins



# DIRECTIVES ANTICIPÉES

## Droit de protection de l'adulte (2013)

- ▶ Permet d'anticiper la volonté de la personne incapable de discernement
- ▶ Désigne les personnes la représentant le cas échéant
  1. Le ou la représentante thérapeutique désignée par la patiente
  2. Le ou la curatrice désignée à cette fin par l'autorité de protection de l'adulte
  3. Le conjoint si en ménage commun
  4. La personne qui fait ménage commun et fournit une assistance régulière
  5. Les descendants
  6. Les parents
  7. Les frères et sœurs



[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)

## Le plus important en bref

Voici quelques recommandations pour vous assurer que vos directives anticipées seront véritablement prises en considération au moment opportun:

### Rédaction de directives anticipées

- Chaque personne capable de discernement peut rédiger des directives anticipées.
- L'établissement de directives anticipées est un droit strictement personnel: il est exclu de les rédiger pour une autre personne.

### Conservation des directives anticipées

- Remettez une copie de vos directives anticipées à votre médecin traitant ainsi qu'à votre personne de confiance ou représentant thérapeutique.
- Veuillez conserver la carte avec les indications concernant votre personne de confiance et le lieu où vous avez déposé vos directives dans votre portefeuille.

### Validité des directives anticipées

- Les directives anticipées doivent obligatoirement contenir la date de rédaction et la signature de la personne qui les a rédigées.
- Les directives anticipées doivent correspondre à la volonté actuelle de leur rédacteur. Il est donc recommandé de les signer tous les deux ans en apposant la nouvelle date ou – si vous souhaitez mettre à jour le contenu – d'en rédiger de nouvelles.

## Directives anticipées | Version détaillée

**Établies par**

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

### 1. Les présentes directives anticipées sont applicables dans les situations suivantes

J'établis les présentes directives anticipées après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté suite à une maladie ou à un accident. Les directives s'appliquent:

- dans toutes les situations dans lesquelles je suis incapable de discernement et qui exigent la prise de décisions thérapeutiques; c'est-à-dire en cas d'événements aigus susceptibles de survenir, tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident, mais aussi en cas de maladie chronique à un stade avancé;
- ou
- \_\_\_\_\_

### 2. Ma motivation et mes valeurs personnelles

Après mûre réflexion, je décide ci-après ma motivation et mes valeurs personnelles afin de faciliter les prises de décision des personnes qui me soignent et d'éventuelles difficultés d'interprétation se présentant.

La situation concrète suivante m'incite à rédiger les présentes directives anticipées:

- (description évant.) \_\_\_\_\_
- Pas de situation particulière, mais j'aimerais anticiper une situation dans laquelle je ne serais plus capable de discernement.

Par les présentes directives anticipées, j'aimerais avant tout obtenir...

... qu'on épuise les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt-e à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu-e en vie. <input type="checkbox"/> C'est particulièrement vrai pour moi.	ou	... que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt-e à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégier ma vie. <input type="checkbox"/> C'est particulièrement vrai pour moi.
--	----	--

Description de la motivation à la base des présentes directives anticipées avec mes propres mots:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ma situation actuelle:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon attitude face à la vie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mes expériences, mon attitude et mes craintes concernant la maladie, la fin de vie et la mort:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ce que j'entends par qualité de vie, les dépendances et limitations que je peux difficilement accepter:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les convictions personnelles et/ou religieuses qui guident ma vie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je souhaite un accompagnement spirituel, je fais partie de la communauté religieuse suivante:

\_\_\_\_\_

Je ne souhaite pas d'accompagnement spirituel.

### 3. Explications concernant les objectifs thérapeutiques et certaines mesures médicales

Pour rédiger les présentes directives, j'ai été conseillé-e par

- mon médecin traitant, le Dr \_\_\_\_\_
- ou \_\_\_\_\_

Je ne souhaite pas m'exprimer en détail sur les mesures médicales mais je demande à l'équipe soignante d'agir de façon à répondre le mieux possible à ma volonté (cf. chiffre 2, «Ma motivation et mes valeurs personnelles»).

Je souhaite m'exprimer spécifiquement sur les situations suivantes (cf. les différents choix I-IV).

- I Événement aigu inattendu (p. ex. accident, attaque cérébrale, infarctus)**
- Si je deviens incapable de discernement à la suite d'un événement aigu inattendu et si, après l'introduction des premières mesures d'urgence et un examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement, j'accepte
- que l'on renonce à toutes les mesures qui n'auraient pour seule conséquence que de prolonger ma vie et mes souffrances.
- que tout ce qui est médicalement indiqué soit entrepris malgré le mauvais pronostic.

- II Traitement de la douleur et des symptômes**
- Je désire en tous les cas que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes accablants tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées; j'accepte donc, le cas échéant, une perte de conscience momentanée (sédation) due à la thérapie.
- Un état de vigilance et la capacité de communiquer sont pour moi plus importants que le soulagement des douleurs et d'autres symptômes.

**III Alimentation artificielle**

J'autorise l'apport continu de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive).

- oui  non

En cas de réponse négative

J'autorise momentanément l'apport artificiel de liquides et d'aliments, pour autant qu'on puisse s'attendre à ce que mes souffrances soient allégées ou que je sois par la suite à nouveau en mesure de m'alimenter et de me débarrasser par voie normale, éventuellement avec l'aide d'une tierce personne.

- oui  non

**IV Réanimation en cas d'arrêt cardio-circulatoire et/ou respiratoire**

- Je souhaite être réanimé-e.
- oui  non

Remarques complémentaires:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Personne de confiance / représentant thérapeutique

J'ai nommé le représentant thérapeutique suivant et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision; je l'autorise à consulter mon dossier médical. Je délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_ prof. \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Si mon représentant thérapeutique ne peut pas être contacté ou qu'il ne peut pas assumer cette tâche pour d'autres raisons, je désigne la personne suivante pour le remplacer:

Nom, prénom \_\_\_\_\_

J'ai informé mon représentant thérapeutique de l'existence de mes directives anticipées.

Nom, prénom du médecin traitant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_ prof. \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

J'ai informé mon médecin traitant de l'existence de mes directives anticipées.

### 5. Directives particulières en cas de décès

- Don d'organes**
- Je souhaite faire don de mes organes et j'autorise le prélèvement de tous les organes, tissus et cellules de mon corps ainsi que l'application des mesures médicales préliminaires, nécessaires en vue d'un don d'organes. Si pour cela des mesures de médecine intensive sont nécessaires, je les autorise.
- J'autorise uniquement le prélèvement de \_\_\_\_\_
- Je ne souhaite pas faire don de mes organes.

**Autopsie: j'autorise une autopsie**

oui  non  je laisse la décision à mon représentant thérapeutique

J'ai été informé-e que la rédaction de directives anticipées est un acte volontaire et que je suis capable de discernement.

J'ai rédigé des directives séparées en complément aux présentes directives:

non  oui, à savoir \_\_\_\_\_

Lieu, date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Remarque: veuillez conserver vos directives anticipées de manière à ce qu'on puisse les trouver au moment opportun. Vous pouvez en confier une copie à votre médecin traitant. Ne les envoyez pas à la FMH/ASSM. Vous trouverez les directives de l'ASSM relatives aux directives anticipées sous [www.samw.ch](http://www.samw.ch) et de plus amples informations sur les directives anticipées sur le site [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > Directives anticipées.

3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



# RELATION DE SOIN

## Intention partagée:

- Le soignant a l'intention de soigner, le patient a l'intention d'être soigné
- Définir les modalités du soin
- Sans intention partagée, le soin n'est pas légitimé

# LE CURE ET LE CODE DE DÉONTOLOGIE DE LA FMH

## **Art. 2 Rôle du médecin**

Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure.

- ▶ La médecine aigue actuelle est orientée vers la guérison des maladies plus que soigner des personnes
- ▶ Les patients sont fragmentés en plusieurs organes
- ▶ Qui connaît encore le patient?



# L'ÉTHIQUE DU CARE OU DE LA SOLLICITUDE

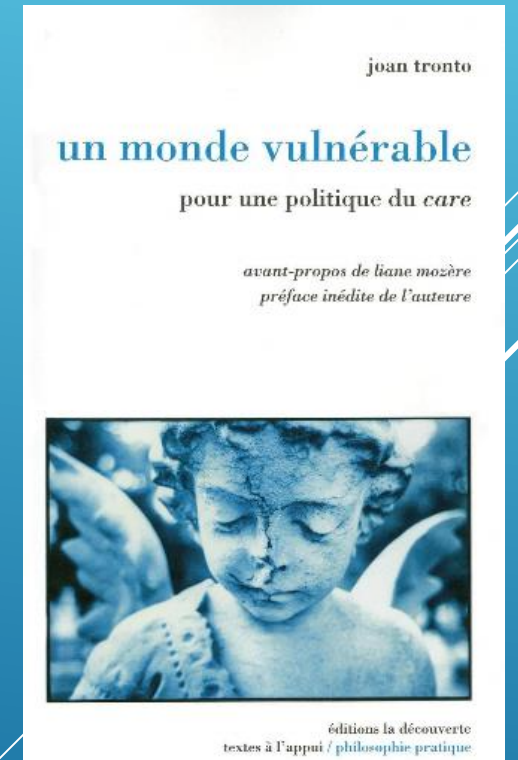
Sollicitude : un souci éthique enraciné dans la complexité du contexte et fondé sur la délibération, le soin et la conservation de la relation avec autrui

Approche basée sur le soin partagé

« *attention, soin, responsabilité, prévenance, entraide* »

La mort est un phénomène naturel inéluctable

Rejet de l'idée d'un monde individualiste où chaque être humain décide pour lui-même



3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



Les règles de l'art tu respecteras,  
sinon des problèmes juridiques tu  
auras.



*VOUS AVEZ COMMIS UNE FAUTE DE L'ART EN NE METTANT PAS EN ŒUVRE  
TOUS LES MOYENS TECHNIQUES À VOTRE DISPOSITION*



# COMMENT DÉFINIR LA FAUTE DE L'ART?

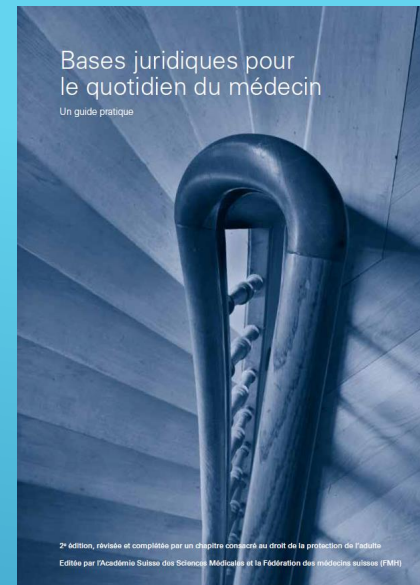
## **Droit civil: la question de la faute**

Pour que la responsabilité civile d'un médecin soit engagée, trois conditions doivent être réunies:

- Le médecin a commis une faute.
- Le patient a subi un dommage.
- Il existe un lien de causalité entre la faute et le dommage.

Il y a faute notamment lorsque

- une mesure est prise en l'absence de toute indication;
- une mesure indiquée n'est pas proposée ou est exécutée de manière incorrecte;
- un patient est mal informé ou ne l'est pas du tout.



# HIÉRARCHIE DES NORMES

## Règles étatiques

Constitution fédérale: Droit à la vie et à la liberté personnelle

Lois et ordonnances: LaMal, droit de protection de l'adulte 2013, droit à la responsabilité civile, dispositions pénales (secret professionnel, lésions corporelles)

Jurisprudence


Normes professionnelles de la FMH

## Règlementations privées

Directives médico-éthiques de l'ASSM

Directives cliniques



- Différencier les règles de l'art technique des règles de l'art au sens plus général
  - Différencier mort naturelle- mort de cause indéterminée- mort violente
- 

## Introduction

### Rappel des définitions

- mort naturelle : mort suite à un processus pathologique qui n'est pas dû à une intervention ou à un évènement extérieur et dans lequel aucune responsabilité d'un tiers n'est décelable ; exemples :
  - o décès attribuable au très mauvais état de santé du patient déjà avant l'opération/geste invasif (~~effectué en urgence pour tenter de sauver la vie~~) et opération/geste invasif effectué selon les règles de l'art <sup>1</sup>
  - o décès résultant d'une complication connue (décrite dans la littérature), identifiée à temps, traitée de manière adéquate et opération/geste invasif effectué selon les règles de l'art <sup>1</sup>
- mort violente : mort suite à un accident ou à un suicide ; mort suite à un homicide volontaire (malveillance) ou involontaire (par exemple : faute de l'art). Il n'y a pas de notion de délai entre l'évènement et le décès pour le considérer comme mort violente
- mort d'origine indéterminée : possible mort violente.

Une mort violente ou une mort d'origine indéterminée doit être annoncée au procureur.

Dans certaines situations, un décès per/postopératoire ou pendant/peu après un geste invasif peut être qualifié de mort naturelle (cf exemples ci-dessus) : en cas de doute, l'avis du médecin légiste doit être demandé.



Un projet limité ET le respect:

- du consentement éclairé
- des directives anticipées
- de la relation de soins

Respecte aussi la règle de l'art

En cas de complication il devrait donc s'agir d'une mort naturelle



3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire

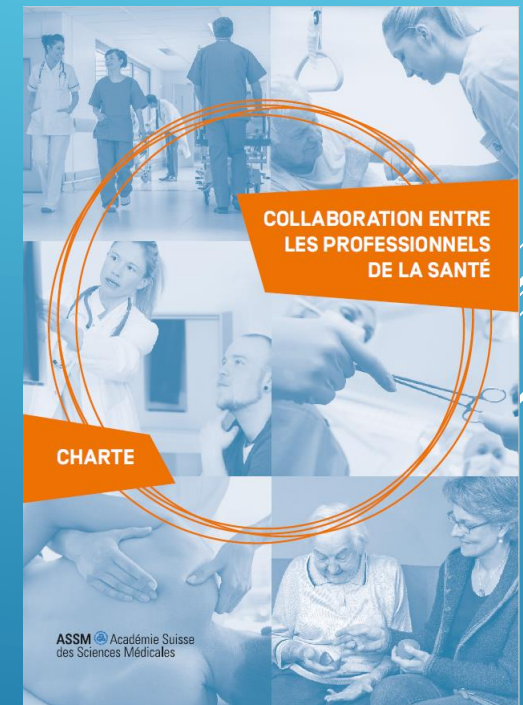


# LES PRATIQUES COLLABORATIVES

- ▶ Multidisciplinarité → Interprofessionnalité → Pratiques collaboratives
- ▶ Care Board du centre des Tumeurs Thoraciques du CHUV

Problème:

- ▶ Temps à investir dans les discussions



3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire



# ETHIQUE DU CARE ET CONSULTATION PREOPERATOIRE

Nom: Chevret Colb N°: 01 194 NumPat 2338791 Son vété pré-anesth	Nom: Lochu N°: 03 192 2312172 N°: 04 190 2313029 Son vété pré-anesth	Nom: Magena N°: 05 190 2318035 Son vété pré-anesth
Nom: Pata N°: 12 194 2314392 Son vété pré-anesth	Nom: Corbille N°: 13 190 2318221 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 14 190 2465021 Son vété pré-anesth
Nom: Jochin N°: 21 190 2314923 N°: 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 22 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Hara Claude N°: 23 190 2318301 Son vété pré-anesth
Nom: Kato N°: 27 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Pata N°: 28 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Hara Claude N°: 29 190 2318301 Son vété pré-anesth

Nom: Pata N°: 11 190 2315203 Son vété pré-anesth	Nom: Choukri N°: 12 190 2315203 Son vété pré-anesth	Nom: Rouchon N°: 13 190 2315203 Son vété pré-anesth
Nom: Pata N°: 14 190 2315203 Son vété pré-anesth	Nom: Choukri N°: 15 190 2315203 Son vété pré-anesth	Nom: Rouchon N°: 16 190 2315203 Son vété pré-anesth
Nom: Pata N°: 19 190 2315203 Son vété pré-anesth	Nom: Choukri N°: 20 190 2315203 Son vété pré-anesth	Nom: Rouchon N°: 21 190 2315203 Son vété pré-anesth

Nom: Eliaoui N°: 03 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 04 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 05 190 2318301 Son vété pré-anesth
Nom: Eliaoui N°: 06 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 07 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 08 190 2318301 Son vété pré-anesth
Nom: Eliaoui N°: 09 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 10 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 11 190 2318301 Son vété pré-anesth
Nom: Eliaoui N°: 12 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 13 190 2318301 Son vété pré-anesth	Nom: Eliaoui N°: 14 190 2318301 Son vété pré-anesth



*attention, responsabilité, prévenance,  
entraide, consentement éclairé, directives  
anticipées, relation de soin*

# RELATION DE SOIN ET SEMAINE TYPE DE MÉDECIN CADRE

Dr Perret Morisoli	.	G1	G2S.	G1.	RG	ECT	SIO	MY	P
--------------------	---	----	------	-----	----	-----	-----	----	---

# LES PRATIQUES COLLABORATIVES ET L'HOPITAL MULTISITE

Gériatrie

Soins aigus

Gériatrie

Soins palliatifs  
Gériatrie



3. Conclusion

1. Introduction

1. Cas cliniques

1. Difficultés pour les soignants

1. Difficultés pour les patients

2. L'allocation des ressources, la médecine durable

2. L'autonomie du patient

2. Relation de soins

3. Propositions d'amélioration

3. Difficultés cliniques pratiques

2. Pratiques collaboratives



Le Cure- Le Care

Consentement éclairé

Directives anticipées

2. Responsabilités juridiques en cas de décès peropératoire





# PROPOSITIONS D'AMELIORATION

- ▶ Travail réflexif sur le rapport avec la mort
- ▶ Formation continue éthique et juridique du personnel
- ▶ Reconnaître et annoncer les cas complexes à l'avance à l'anesthésie
- ▶ Se laisser du temps pour les discussions, rassembler les diverses compétences («comité médical»)
- ▶ Explorer les alternatives
- ▶ Impliquer les soins palliatifs
- ▶ Accepter les projets limités, offrir une prise en charge personnalisée
- ▶ Ne pas avoir (trop) peur de la justice



# L'ANESTHÉSIE CHEZ LES PERSONNES EN FIN DE VIE : DÉFIS AUTOUR D'UN PROJET LIMITÉ CONCLUSION THÉORIQUE

- ▶ La fin de vie proche implique une limitation du projet thérapeutique.
- ▶ La limitation du projet thérapeutique doit se faire au travers des pratiques collaboratives.
- ▶ Le consentement éclairé, le respect des directives anticipées et la relation de soin sont les piliers de la prise en charge.
- ▶ Le respect de ces piliers permet de respecter les règles de l'art au sens large.

