



Revue bibliographique infirmière No 3 Avril 2010

Cochez les articles qui vous intéressent et renvoyez le document à :

Julia Mills, Communauté d'Intérêts de la Côte, Commission d'éthique, Ch. du Crêt 2, 1110 Morges

Nom : Service :

Lieu :

- Annoncer une mauvaise nouvelle ou: l'art de dire**
Auteur(s) : Lepresle, E.
Source : Soins infirmiers. 2010 (2) : 46-49
Longtemps ignorée, laissée à l'appréciation de chaque soignant, l'information médicale du malade et de ses proches est maintenant officiellement régie par un corpus de textes juridiques, qui l'ont fait passer d'obligation morale à obligation légale. Les modalités de cette information n'en sont pas pour autant fixées.
- Réflexion éthique sur la prise en charge du patient atteint de la maladie d'Alzheimer**
Auteur(s) : Baudy, M
Source : Soins Gérontologie. 2009 (80) :35-36
La réflexion éthique dans la prise en charge des personnes âgées, notamment celles souffrant de la maladie d'Alzheimer, s'avère aussi indispensable que d'autres questionnements plus largement débattus. Dans ce cadre, il est nécessaire d'établir de quelle manière créer un lien avec ces patients, d'identifier leurs principales difficultés et l'aide qui doit leur être apportée.
- Ces soignants qui défendent le bien commun**
Auteur(s) : Hirsch, E.
Source : Soins Gérontologie. 2009 (80) :18-20
Etape de l'existence touchant tout à chacun, la vieillesse peut rendre certains êtres particulièrement vulnérables. Il s'agit alors de protéger la dignité, les libertés et les droits de ces personnes âgées en situation de dépendance ou de handicap, d'affirmer leur place au sein de la société mais aussi de leur famille. A l'image des politiques mises en oeuvre, du cadre législatif, les pratiques soignantes doivent-elles aussi incarner ce souci de valeurs éthiques et respecter quelques principes fondamentaux?
- En quoi une formation éthique éclaire-t-elle le quotidien su soin?**
Auteur(s) : Grousset, S.
Source : Soins Gérontologie. 2009 (80) :39-40
La conciliation entre la liberté du patient et l'acte de soins n'est pas toujours un exercice facile pour les soignants. Le recours à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) devient parfois une nécessité pour le patient et ses proches ainsi que pour les soignants référents. Grâce à la réflexion éthique qu'elle engage, des mesures adaptées peuvent être proposées.
- Le refus de nourriture chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer**
Auteur(s) : Garnaud, I.
Source : Soins Gérontologie. 2009 (80) :37-38
Dans le service de soins de suite et de réadaptation du centre hospitalier de Bazas (33), les soignants mettent un point d'honneur à faire manger les patients quand ils ne sont pas en mesure de le faire eux-mêmes. Ainsi, ils peuvent vivre le refus alimentaire d'un patient dément comme une situation d'impuissance, dévalorisante, dans laquelle leurs compétences sont remises en question. Une réflexion d'équipe est alors indispensable pour préserver la qualité des soins.

La lutte contre la maltraitance, une éthique de la complexité

Auteur(s) : Duportet, B.

Source : Soins Gérontologie. 2009 (80) :32-34

La préoccupation éthique est permanente dans le domaine de la lutte contre la maltraitance. Elle concerne à la fois la prévention, l'évaluation, l'analyse, la prise en charge, la répression, et toute autre action ou réflexion, individuelle ou collective, privée ou publique. En effet, face aux diverses formes de la maltraitance, comment le soignant peut-il évaluer la situation de manière juste et prendre les mesures qui s'imposent? Ce questionnement est essentiel pour légitimer les pratiques des soignants.

L'accès aux soins des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de cancers

Auteur(s) : Moulias, S.

Source : Soins Gérontologie. 2009 (80) :25-27

L'accès aux soins est un des thèmes majeurs de l'éthique médicale. Celle-ci s'intéresse aux pratiques de soins, à leurs finalités, à leurs possibilités de réalisation. Le propre de l'éthique médicale est d'évoluer avec son temps. C'est une réflexion du temps présent, qui se modifie du fait de l'évolution des pratiques et de la société. Ce cadre de réflexion permet de s'interroger sur l'accès aux soins des patients âgés atteints de cancer et de la maladie d'Alzheimer.

Refus de traitement, refus d'hospitalisation: que faire ?

Auteur(s) : Ducor, P.

Source : Revue Médicale Suisse. 2010, 6 (Supplément) :S37-S38

Le médecin confronté à un refus de traitement ou d'hospitalisation est partagé entre le devoir de soulager la souffrance de son patient et celui de respecter son autodétermination. Depuis une trentaine d'années, la priorité est clairement donnée à l'autodétermination du patient capable de discernement. Lui seul est habilité à déterminer, après avoir été informé de façon appropriée, ce qui est "bien" pour lui. N'étant pas en mesure de se déterminer valablement, le patient incapable de discernement fait l'objet d'une réglementation différente.

Le refus alimentaire : réflexions

Auteur(s) : Ferry, M.

Source : Nutrition clinique et métabolisme. 2009, 23 :95-98

Le refus alimentaire est fréquent en gériatrie. C'est une situation clinique difficile à interpréter et plus encore à accepter dans certains cas de fin de vie. Il est essentiel de bien distinguer un refus de "non-alimentation", refus volontaire de s'alimenter, d'une anorexie avec perte d'appétit dont l'origine peut être pathologique, mais aussi iatrogène, l'anorexie étant un symptôme. L'important est de ne pas méconnaître une pathologie organique à l'origine du refus alimentaire, qu'il faut prendre en charge, ou une cause psychiatrique, voire un facteur d'environnement. C'est la raison pour laquelle il est toujours utile de chercher à améliorer l'environnement, la qualité et la présentations des repas, enfin d'éclairer" le consentement si les bénéfices attendus d'une assistance nutritionnelle sont supérieurs aux inconvénients. Mais surtout il ne faut pas négliger le fait que c'est parfois pour le patient le seul moyen qui lui reste pour exprimer sa volonté et "exister". C'est ainsi que se posent les repères de la loi et de l'éthique. La prise en charge du refus alimentaire sera fonction des différents facteurs évalués lors de l'examen clinique, de la discussion avec le patient, de la discussion pluridisciplinaire qui suivra et surtout de l'avis définitif du patient quand il est apte à le donner, de sa personne de confiance dans le cas contraire.

Le "whistleblowing" - son importance dans les soins infirmiers. Infirmières ignorées, résultat: 12 morts

Auteur(s) : Cornamusaz, A.

Source : Krankenpfl.Soins.Infirm. 2009 (12) :54-57

Les erreurs ou les lacunes constatées dans les institutions de soins doivent être signalées par les infirmières, il s'agit là d'une question d'éthique professionnelle. Mais les conséquences du "whistleblowing" peuvent être graves, faute d'un cadre légal adapté.

Décisions médicales en fin de vie : discussion de cas : les aspects éthiques

Auteur(s) : Bosshard, G. and Riesen, E.
Source : PrimaryCare. 2009, 9 (17) :320-322

Etudes de cas.

Demandes d'aide au décès (assistance au suicide et euthanasie) en médecine palliative

Auteur(s) : Moynier-Vantieghem, K.; Weber, C.; Espolio-Desbaillet, Y.; Pautex, S.; Zulian, G.
Source : Revue Médicale Suisse. 2010, 6 (234) :261-265

Dans une étude prospective ouverte sur douze mois de patients hospitalisés, 44 demandes d'aide au décès ont été recensées pour 39 patients (25 cancers, six affections cardiovasculaires, deux Parkinson, trois arthroses, une BPCO, une démence et une dépression sévère). Quatorze étaient déprimés. 28 demandaient une euthanasie, seize un suicide assisté. A un mois, trois persistaient, seize avaient renoncé, seize étaient décédés et quatre n'étaient pas interrogés. A six mois, sept étaient en vie mais avaient renoncé, deux s'étaient suicidés à domicile. La majorité des demandes d'aide au décès correspondent à une euthanasie, soit à un homicide au sens du code pénal. En présence d'une telle demande, des objectifs réalistes à court terme doivent être fixés. De nombreux patients renoncent à leur projet ce qui témoigne d'une grande incertitude face aux soins et d'une non moins grande ambivalence face à la vie.

Dignité humaine: plusieurs interprétations, avec des conséquences différentes

Auteur(s) : Martin, J.
Source : Bulletin des médecins suisses. 2009, 90:50

L'acceptation et l'implémentation des directives de l'ASSM dans le quotidien médical et infirmier

Auteur(s) : Pfister, E.
Source : Bulletin des médecins suisses. 2010 ; 91:520-521

Les directives « Prise en charge de patientes et patients en fin de vie », « Soins palliatifs », « Problèmes éthiques aux soins intensifs » et « Diagnostic de la mort dans la transplantation d'organes » ont été choisies pour cette évaluation menée par l'institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich sur demande de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Un questionnaire anonyme a été envoyé à 1933 médecins (généralistes et internistes) et infirmiers. Une faible majorité de médecins connaît certains contenus des directives « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie ». Environ un sixième n'en a jamais entendu parler et un tiers en a entendu parler, mais connaît à peine leur contenu. A peu près un cinquième des médecins est familiarisé avec la totalité du contenu des directives sur la prise en charge en fin de vie. Les résultats concernant les directives « Soins palliatifs » et « Problèmes éthiques aux soins intensifs » sont très similaires. Les directives « Diagnostic de la mort dans la transplantation d'organes » semblent par contre mieux connues.

L'introduction des DRG et la situation des patients dans une perspective éthique

Auteur(s) : Kiefer, B.
Source : SGBE Bulletin. 2009 (59) :9-10

L'introduction des DRG s'inscrit au sein d'une évolution toujours plus paradoxale de la médecine hospitalière. D'un côté, s'impose un mouvement qui revendique que les patients soient mieux reconnus, considérés selon une vision holistique et non comme de simples porteurs d'une maladie. Et de l'autre côté, s'affirme avec force une tendance contraire : celle du management centralisé. On n'y parle pas de patients, mais d' « itinéraires cliniques », de « coûts-efficacité », de « disease management », etc.

Même petite, que s'ouvre une fenêtre...

Auteur(s) : Benezech, J.P.
Source : Ethique et santé. 2010, 7:42-45

Le déni du malade, confronté à l'annonce de la maladie, met en difficulté les soignants, soumis de plus en plus à l'obligation d'information. Pourtant, le patient a autant besoin d'optimisme que de vérité, ce dont

témoigne de déni. L'espérance tout autant que les croyances sont nécessaires pour que le malade puisse aborder ses difficultés en santé. Cette dimension de l'humain doit être prise en compte par les soignants.

Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate

Auteur(s) : Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., and Newton, L.

Source : Nursing Ethics. 2009, 16 (5) :561-573

Moral distress is a phenomenon of increasing concern in nursing practice, education and research. Previous research has suggested that moral distress is associated with perceptions of ethical climate, which has implications for nursing practice and patient outcomes. In this study, a randomly selected sample of registered nurses was surveyed using Corley's Moral Distress Scale and Olson's Hospital Ethical Climate Survey (HECS). The registered nurses reported moderate levels of moral distress intensity. Moral distress intensity and frequency were found to be inversely correlated with perceptions of ethical climate. Each of the HECS factors (peers, patients, managers, hospitals and physicians) was found to be significantly correlated with moral distress. Based on these findings, we highlight insights for practice and future research that are needed to enhance the development of strategies aimed at improving the ethical climate of nurses' workplaces for the benefit of both nurses and patients.

Stopping eating and drinking

Auteur(s) : Schwarz, J. K.

Source : American Journal of Nursing. 2009, 109 (9) :53-61

This is one option for "decisionally capable" adults who wish to hasten dying. What are the ethical and legal implications for nurses?

Respecting patient autonomy versus protecting the patient's health: a dilemma for healthcare providers

Auteur(s) : Badger, J.M., Ladd, R.E. and Adler, P.

Source : JONAS Healthc Law Ethics Regul. 2009;11(4):120-4

A 74-year-old man with multiple chronic medical problems was hospitalized for respiratory distress. He experienced recurrent aspiration and required frequent suctioning and endotracheal intubation on several occasions. The patient was deemed competent and steadfastly refused feeding tube placement. The patient demanded that he be allowed to eat a normal diet despite being told that it could lead to his death. The patient wanted to go home, but there was no one there to care for him. Additionally, neither a nursing home nor hospice would accept him in his present condition. The case is especially interesting because of the symbolic value of food and the plight of the patient who has no alternative to hospitalization. The hospital staff experienced considerable stress at having to care for him. They were uncertain whether their obligation was to respect his autonomy and continue to provide food or to protect his health by avoiding aspiration, pneumonia, and possible death by denying him food. This ethical dilemma posed by the professionals' duty to do what is in the patient's best interest versus the patient's right to decide treatment serves as the focus for this case study. Ethical, legal, and healthcare practitioners' considerations are explored. The case study concludes with specific recommendations for treatment.