



Ethique Soins – Bibliographie No 5

Novembre 2011

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

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

Nom : Service :

Fonction : Lieu/adresse :

Allocation des ressources

Dilemme d'actualité: est-ce que les coûts ou l'utilité doivent définir la valeur d'un traitement?

3436 Auteur(s) : Suter, P.
Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 114

Est-il vraiment concevable d'attribuer une valeur monétaire à une vie, à une année de survie gagnée, voire même à une amélioration de l'état de santé? Médecins et soignants devraient saisir l'opportunité de cette publication du Tribunal fédéral pour entamer un vrai débat en profondeur, car il s'agit d'une occasion unique de prendre position pour une approche plus appropriée de cette thématique. Une des questions fondamentales réside dans la problématique de déterminer le bénéfice «objectif» d'une thérapie, analysé par les chercheurs, les médecins et les autres soignants, mais également de la valeur «subjective», pour le patient et sa famille, de l'amélioration de l'état de santé et du temps de vie gagné.

Avions de chasse et traitements médicaux onéreux: même combat ?

3433 Auteur(s) : Baertschi, B.
Source : *Bioethica Forum*. 2011, vol. 4, no 3, p. 105-106

Le Tribunal fédéral nous rappelle que, en amont de la question de l'allocation entre des patients ou des pathologies (microallocation et mésoallocation), se trouve celle de la macroallocation: combien de ressources est-il juste que nous allouions aux différentes tâches que l'Etat a à remplir? Ces tâches concernent certes la santé et la sécurité, mais aussi l'éducation, les voies de circulation et les services sociaux; les ressources de l'Etat étant limitées, nous devons nous mettre d'accord sur des critères afin de distribuer avec justice et équité ces ressources entre les différentes tâches de l'Etat.

Maladies rares et médicaments orphelins: un enjeu de santé publique

3392 Auteur(s) : Lazor, R. et D'Amato-Sizonenko, L.
Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no 28/29, p. 1083-1086

Définies par une prévalence inférieure à 1/2000, les maladies rares toucheraient 5 à 6 % de la population, soit environ 500 000 personnes en Suisse. Une vaste enquête européenne a révélé pour la première fois avec précision les difficultés et les besoins des patients atteints, et montré que leur prise en charge n'est pas optimale. Des plans nationaux pour les maladies rares ont été développés ou vont l'être au cours de prochaines années dans la plupart des pays européens. La Suisse a un retard de plusieurs années dans ce domaine, mais des initiatives récentes pourraient permettre de le combler si elles sont largement soutenues. Les médicaments orphelins, destinés à un petit nombre de patients mais souvent extrêmement coûteux, sont une source potentielle de tensions entre intérêt individuel et intérêt collectif. Entité éthique, sociale, économique, mais aussi scientifique et clinique, les maladies rares et leurs traitements confrontent aux limites des connaissances et des ressources. Elles constituent un enjeu de santé publique et un défi que la Suisse est invitée à relever.

Consentement

Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent

3354

Auteur(s) : Bailly, D.

Source : *Archives de Pédiatrie*. 2010, vol. 17, p. 7-15

Le consentement aux soins chez l'enfant et l'adolescent pose souvent aux cliniciens d'épineux problèmes. A partir de quel âge un enfant est-il capable de comprendre les informations qui lui sont données sur sa maladie et son traitement ? Un enfant malade est-il réellement dans la capacité de donner son consentement volontaire à un traitement ? Comment définir et évaluer la capacité d'un enfant malade à participer aux décisions médicales le concernant ? Plus que l'âge de l'enfant, c'est son niveau de développement cognitif, affectif et social et ses intrications avec la maladie qui détermineront son degré d'implication dans le processus de décision. Respecter les droits et l'autonomie de chaque individu quel que soit son âge est une obligation morale et éthique. Cela ne signifie pas qu'il faut considérer les enfants et les adolescents comme des sujets capables de prendre des décisions de façon rationnelle et autonome. Cela implique de promouvoir leur participation de manière appropriée à leur niveau de développement dans un processus de prise de décisions nécessairement partagé avec leurs parents et les soignants.

Quels sont les droits des proches d'un malade ?

3424

Auteur(s) : Barraud, P.

Source : *Planète Santé*. 2011, no d'octobre, p. 30

La maladie aussi relève de la sphère privée ! Et si les proches s'emploient habituellement à bien faire et à aider la personne malade, leurs droits sont très limités face aux décisions à prendre et aux traitements à mettre en œuvre, même si le patient est mineur. Le point avec Véronique Matthey, juriste à la Société vaudoise de médecine.

Contention

Mesures de contrainte: Quels changements de perspective en vue ?

3416

Auteur(s) : Butel, J.

Source : *Soins infirmiers*. 2011, no 6, p. 44-47

Pour protéger le patient, les soignants sont parfois amenés à instaurer une mesure de contrainte, appelée dans le langage courant, «une contention». Au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), une attention particulière est portée à cette démarche dans les soins, afin d'en limiter le recours et d'en protocoler l'usage.

Privation de liberté à des fins d'assistance

3332

Auteur(s) : Barraud, P

Source : *Planète Santé*. 2010, no de décembre, p. 30

C'est un fantasme populaire particulièrement tenace : la crainte de se faire interner dans un asile contre son gré et sans possibilité de recours, pour finir ses jours oublié(e) de tous dans quelque sombre cul-de-basse-fosse psychiatrique... La réalité, heureusement, est très éloignée de ces clichés, rappelle Nicolas Perrinjaquet, Premier juge de paix pour les districts de Lausanne et de l'Ouest lausannois.

Du bon usage des mesures de contrainte [en psychiatrie] : prendre son temps n'est pas le perdre!

3214

Auteur(s) : Pierroz, K. et Utz, A.

Source : *Soins infirmiers*. 2010, no 7, p. 50-53

Le nouveau droit des patients, qui permet au patient d'être un partenaire à part entière dans la collaboration qui unit les acteurs du traitement, a été introduit en 2002. Dans la plupart des cas, cela ne faisait qu'officialiser une situation qui faisait déjà partie de la pratique clinique. Mais des mesures de contrainte peuvent s'imposer dans des cas particuliers.

Directives anticipées

Les directives anticipées : considérations éthiques sur le nouveau droit de la protection de l'adulte, tenant compte en particulier de la démence

3401

Auteur(s) : Brauer, S.

Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no 32/33, p. 1233-1236

Le nouveau droit suisse de la protection de l'adulte (DPA) entrera en vigueur le 1er janvier 2013. Il devrait durablement modifier le processus de décision médicale relatif aux patients qui ne sont plus capables de discernement, mais ont rédigé préalablement des directives anticipées (DA). Les DA ont pour fonction importante d'exprimer de manière contraignante la volonté d'une personne qui, parce qu'elle n'est plus capable de discernement, n'est plus à même de former une telle volonté. Leur finalité est d'offrir aux patients un nouvel espace d'autodétermination.

Douleur

Unresolved pain in children: A relational ethics perspective

3420

Auteur(s) : Olmstead, D. L., Scott, S. D. et Austin, W. J.

Source : *Nursing Ethics*. 2010, vol. 17, no 6, p. 695-704

It is considered the right of children to have their pain managed effectively. Yet, despite extensive research findings, policy guidelines and practice standard recommendations for the optimal management of paediatric pain, clinical practices remain inadequate. Empirical evidence definitively shows that unrelieved pain in children has only harmful consequences, with no benefits. Contributing factors identified in this undermanaged pain include the significant role of nurses. Nursing attitudes and beliefs about children's pain experiences, the relationships nurses share with children who are suffering, and knowledge deficits in pain management practices are all shown to impact unresolved pain in children.

E - Healthcare

Cybersanté et protection des données: qui est finalement responsable des patients?

3369

Auteur(s) : Printzen, G.

Source : *Bulletin des médecins suisses*. 2011, vol. 92, no16/17, p. 603

Sous prétexte de contrôler les factures, les assureurs maladie veulent avoir accès au plus grand nombre possible de données des patients, naturellement aussi à celles qui sont confidentielles. La révision du codage et le modèle genevois montrent très nettement qu'il est possible d'effectuer des contrôles gradués efficaces sans violer le secret médical, primordial pour le traitement des patients.

De la révolution à la réalité quotidienne

3421

Auteur(s) : Lysser, M.

Source : *Soins infirmiers*. 2011, no 3, p. 41-43

Depuis quelques années, les médias électroniques occupent une place de plus en plus importante dans notre vie quotidienne. Les hôpitaux sont également concernés: documentation informatisée du patient et systèmes d'information clinique ont fait leur entrée dans les services.

Erreurs médicales

Culture de l'erreur dans les établissements de soins : place des colloques de morbidité-mortalité

3327 Auteur(s) : Ksouri, H., Bahri Ksouri, A., Ribordy, V. et al.
Source : *Revue Médicale Suisse*. 2010, vol. 6, no 271, p. 2190-21904

Depuis la publication du rapport de l'Institute of medicine "To err is human", en 1999, la sécurité des patients est devenue un enjeu économique et politique. La notion de sécurité implique une volonté et une mise en route de mesures visant à réduire ou éliminer les erreurs pouvant conduire à des événements indésirables évitables. Les conférences de morbidité et mortalité représentent d'une part un moyen reconnu d'évaluation des pratiques professionnelles et, d'autre part, un outil pédagogique pour le staff médical et paramédical.

Fin de vie

Dignified end-of-life care in the patients' own homes

3421 Auteur(s) : Karlsson, Ch. et Berggren, I.
Source : *Nursing Ethics*. 2011, vol. 18, no 3, p. 374-385

Nowadays it is increasingly common that the patients in the end of life phase choose to be cared for in their own home. Therefore it is vital to identify significant factors in order to prevent unnecessary suffering for dying patients and their families in end-of-life home care. This study aimed to describe 10 nurses' perceptions of significant factors that contribute to good end-of-life care in the patients own home. The results demonstrate that good end-of-life care presupposes that the aim of the caring staff is to provide safety, autonomy and integrity for the patient and family in order to create the respect required for as good and dignified a death as possible.

Handicap

Personnes souffrant de handicap mental à l'hôpital : quand les mots ne suffisent plus

3425 Auteur(s) : Heinen, D.
Source : *Soins infirmiers*. 2011, no 9, p. 44-46

On compte en Suisse quelque 63 000 personnes souffrant d'un handicap mental. Souvent, le handicap est accompagné de troubles du langage. Lorsque ces personnes doivent être hospitalisées, les soignants se demandent comment communiquer avec elles de la meilleure manière possible.

Maladies neuro-dégénératives

Entourage des patients âgés avec une pathologie mentale

3375 Auteur(s) : Desbaillets, M., Ebbing, K., Giardini et al.
Source : *Revue Médicale Suisse*. 2010, vol. 6, no 244, p. 770-773

Les pathologies mentales à l'âge avancé amènent la famille à tenir des rôles de suppléance variés avant que l'aide institutionnelle ne prenne le relais. Ainsi, la souffrance des proches d'un patient âgé déprimé,

d'un patient qui s'est suicidé ou encore d'un patient dément justifie une attention particulière et parfois des soins professionnels. La discussion dans cet article de ces situations paradigmatiques sera élargie par un paragraphe sur les enjeux spécifiques soulevés par les patients alcooliques vivant en EMS et soulignera la complexité et le besoin de professionnalisme dans l'approche de l'entourage familial ou institutionnel des patients psychiatriques âgés.

Ordre de non réanimation

- 3377 **Les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation pédiatrique**
Auteur(s) : Ferreira, P. et Faury, F.
Source : *Soins*. 2011, no 754, p. 42-44

Les membres du service de réanimation pédiatrique font face à un questionnement éthique concernant leur pratique de soins. Les réunions collégiales entre professionnels sont essentielles afin de prendre la décision la plus appropriée, parfois difficile, lorsqu'elle aborde la limitation et l'arrêt des traitements en cours.

Soins à domicile

- 3366 **Les limites du maintien à domicile**
Auteur(s) : Germanier, F.
Source : *Soins infirmiers*. 2011, no 2, p. 44-47

L'aide et les soins à domicile ont connu un développement continu en Suisse au cours de la dernière décennie. A l'échelon national, on observe une augmentation des prestations de soins liée à des modifications lentes mais perceptibles de la clientèle et des besoins – adultes handicapés, grand âge, troubles cognitifs ou psychiques. Les professionnels ont été rapidement amenés à se questionner sur les limites d'intervention.

Transplantation d'organes

- 3417 **Transplantation d'organes: Un événement majeur, aux conséquences sous-estimées**
Auteur(s) : Le Floch, A.
Source : *Soins infirmiers*. 2011, no 8, p. 48 – 51

Le contexte de transplantation bouleverse tout dans la vie du patient et de ses proches. Ces bouleversements sont source de réactions émotionnelles se traduisant par des comportements qui déroutent parfois les soignants. Cet article a pour but de les aider à mieux comprendre.