



Département de médecine

# Projet de soins anticipé au cabinet:

## des valeurs....

## ..... aux directives anticipées

Jeudi UniSanté 3.10.2024

Dre Eve Rubli Truchard – Dre Laura Jones

Chaire de soins palliatifs gériatriques

Service de soins palliatifs et de support

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique



# Projet de Soins Anticipé (ProSA)

Le Projet de Soins Anticipé (ProSA, *advance care planning*) donne aux **personnes** (ayant la capacité de discernement) la possibilité de suivre un **processus** qui implique **l'accompagnement** dans l'identification de leurs **valeurs** et la réflexion sur la portée et les conséquences de **scénarios de maladies graves anticipés**. Les **objectifs de soins** et les **décisions thérapeutiques** pour ces situations futures sont déterminées et discutées avec les représentants thérapeutiques et l'équipe traitante. Le ProSA prend en compte les préoccupations physiques, psychologiques, sociales et spirituelles des individus. Il encourage les personnes à identifier un **représentant thérapeutique** et à **documenter** et mettre **à jour** régulièrement leurs préférences afin que celles-ci soient **respectées** lors d'une prise en charge en cas d'incapacité de discernement.

*Rietjens J et al. EAPC White Paper, Lancet Oncol 2017*  
*Bosisio F et al. Rev Méd Suisse 2019, gazette médicale*  
*2021*

# Objectifs workshop

- Indication médicale à la réanimation: comment procéder
- Choix du représentant thérapeutique: pas si anodin
- Connaître les valeurs du patient avant toute documentation, y compris pour les patients qui n'ont plus la capacité de discernement

# Vignette 1

- Mme F 83 ans, tr neuro-cognitifs mineurs CDR 0.5, veuve, vit seule à domicile. 1 fils très présent, habite dans même immeuble, 1 fille infirmière en Valais.
- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes à répétition, marche avec un rollator, BPCO stade 2, cardiopathie ischémique, AVQ 5/6 (-1 pour aide à préparer les repas) , hospitalisée pour dyspnée nouvelle avec ECA, décompensation cardiaque sur infection COVID, 6 jours hosp, puis court-séjour de 10 jours avant RAD.
- 15 jours après le RAD, visite de la patiente et son fils à votre cabinet : le fils explique avoir été réveillé en pleine nuit par les urgences pour parler de l'attitude de réanimation, les médecins lui ont posé des questions sur l'attitude de réanimation. Le fils apporte les Directives anticipées de sa maman, il est inquiet d'avoir entendu « pas de réanimation » et apporte un nouveau formulaire de directives anticipées.
- Madame ne se souvient pas, dit vouloir continuer à vivre.

## Directives anticipées | Version courte

Etablies par

Nom, prénom

Date de naissance

Pour le cas où je deviendrais incapable de discernement, j'aimerais

que l'on prenne toutes les mesures médicalement indiquées (y c. la réanimation) pour traiter la maladie aiguë dont je souffre et me permettre de recouvrer ma capacité de discernement;

ou

ne pas être réanimé-e et qu'aucune mesure de médecine intensive (en particulier respiration artificielle) ne soit réalisée;

ou

ne pas être réanimé-e, mais suis d'accord pour une prise en charge en soins intensifs.

Si, après examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire

que l'on prenne toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie dans la mesure où il y a toujours un espoir que je recouvre ma capacité de discernement;

qu'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie.

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'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 délègue les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.

Nom, prénom

Adresse

Téléphone privé

E-Mail

Si mon représentant désigné a des raisons, je désigne

Nom, prénom

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

Nom, prénom du

Adresse

Téléphone privé

E-Mail

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

Directive FMH version ancienne

## FMH- Directives anticipées version longue 2022

! Vous ne pouvez cocher qu'une seule case pour les situations 1, 2 et 3, à savoir l'objectif thérapeutique A, B0, B1, B2, B3 ou C.

|   | Situation 1<br>Situation d'urgence<br>Incapacité soudaine<br>de discernement | Situation 2<br>Maladie grave<br>Incapacité de discer-<br>nement prolongée | Situation 3<br>Incapacité de<br>discernement<br>permanente |
|---|--|---|--|
| <b>A – Maintien en vie</b><br>Mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives, y compris une réanimation   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                   |
| <b>B0 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                   |
| <b>B1 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br><b>Pas de ventilation invasive</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                   |
| <b>B2 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br><b>Pas de ventilation invasive</b><br><b>Pas de prise en charge en unité de soins intensifs</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                   |
| <b>B3 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br><b>Pas de ventilation invasive</b><br><b>Pas de prise en charge en unité de soins intensifs</b><br><b>Pas d'hospitalisation, y compris au service d'urgence</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                   |
| <b>C – Allègement des souffrances</b><br>Uniquement les mesures médicales visant à alléger mes souffrances<br>Si possible, maintien dans l'environnement familial   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                   |

## FMH- Directives anticipées version courte 2022

### Situation 1 : Urgence – Incapacité soudaine de discernement

Il s'agit d'une situation d'urgence avec une perte soudaine de votre capacité à vous exprimer. L'issue est incertaine, mais on peut en principe s'attendre à une récupération (exemples : blessure à la tête lors d'un accident de la route ; arrêt cardiaque lors d'un infarctus du myocarde).

**Votre réponse pour la situation 1 :** vous ne pouvez cocher qu'une seule variante, soit la **variante 1.1** ou **1.2** pour l'objectif thérapeutique de maintien en vie, soit la **variante 2** pour l'objectif thérapeutique d'allègement des souffrances.

**Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie**  
 Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

**Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie**  
 Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

**Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances**  
Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.

### Situation 2 : Maladie grave – Incapacité de discernement prolongée

Vous n'êtes pas en mesure de prendre des décisions concernant des mesures médicales pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. L'issue est incertaine, mais on peut en principe s'attendre à une récupération (exemple : état d'inconscience prolongé [coma] suite à un accident ou une maladie).

**Votre réponse pour la situation 2 :** vous ne pouvez cocher qu'une seule variante, soit la **variante 1.1** ou **1.2** pour l'objectif thérapeutique de maintien en vie, soit la **variante 2** pour l'objectif thérapeutique d'allègement des souffrances.

**Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie**  
 Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

**Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie**  
 Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

**Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances**  
Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.

### Situation 3 : Incapacité de discernement permanente

Suite à une maladie ou un accident, vous ne serez très probablement plus jamais en mesure de vous exprimer sur des mesures médicales (exemples : séquelles d'une lésion cérébrale grave sans possibilité d'interaction sociale ; démence avancée).

**Votre réponse pour la situation 3 :** vous ne pouvez cocher qu'une seule variante, soit la **variante 1.1** ou **1.2** pour l'objectif thérapeutique de maintien en vie, soit la **variante 2** pour l'objectif thérapeutique d'allègement des souffrances.

**Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie**  
 Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

**Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie**  
 Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

**Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances**  
Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.



 **ligue contre le cancer**

# Directives anticipées de la Ligue contre le cancer

Mes volontés en cas de maladie et décès

Directives anticipées de



### 3 Traitement en cas d'incapacité de discernement soudaine et ordres médicaux en cas d'urgence

Prénom et nom :  Date de naissance :

Dans l'état de santé actuel, si une urgence médicale se produit et que la personne n'est plus capable de discernement, l'objectif thérapeutique suivant doit être suivi. Merci de ne cocher qu'UNE SEULE réponse, sinon le document n'est pas valide.

●●●●● **Objectif thérapeutique A : Prolongation de la vie**, si médicalement possible et justifiable. Traiter toutes les menaces du pronostic vital de façon intensive et sans restriction, y compris par le biais de la réanimation cardio-pulmonaire.

#### Objectif thérapeutique B : Prolongation de la vie, avec limitations des mesures visant à prolongation de la vie:

B0 ●●●●● **Pas de réanimation cardio-pulmonaire**  
Traiter toutes les menaces urgentes du pronostic vital de façon intensive sans autre restriction

B1 ●●●●● **Pas de réanimation cardio-pulmonaire**  
**Pas de ventilation mécanique invasive (intubation)**  
Traiter toutes les menaces urgentes du pronostic vital de façon intensive sans autre restriction

B2 ●●●●● **Pas de réanimation cardio-pulmonaire**  
**Pas de ventilation mécanique invasive (intubation)**  
**Pas de traitement aux soins intensifs**  
Traiter toutes les menaces urgentes du pronostic vital sans autre restriction

B3 ●●●●● **Pas de réanimation cardio-pulmonaire**  
**Pas de ventilation mécanique invasive (intubation)**  
**Pas de traitement aux soins intensifs**  
**Pas de transport à l'hôpital ou aux urgences**  
Traiter toutes les menaces urgentes du pronostic vital, dans la mesure du possible sur le lieu de vie actuel

**Il est nécessaire de préparer un plan de soins en cas de crise avec l'aide d'un professionnel.**

●●●●● **Objectif thérapeutique C : pas de prolongation de la vie, mesures de confort exclusivement**

Uniquement des mesures palliatives de confort ; pas de mesures qui prolongent la vie.

Si possible, je souhaite rester dans mon lieu de vie actuel

Je préfère aller à l'hôpital / dans une structure de soins palliatifs

**Il est nécessaire de préparer un plan de soins en cas de crise avec l'aide d'un professionnel.**

Cette directive exprime ma volonté concernant les traitements en cas d'incapacité de discernement soudaine :

Lieu, date :  Signature de l'auteur :

Je confirme que la volonté documentée par l'auteur correspond à sa volonté exprimée oralement :

Lieu, date :  Signature du représentant thérapeutique :

J'ai apporté mon soutien au processus de décision

Lieu, date :  Signature de la facilitatrice / du facilitateur :

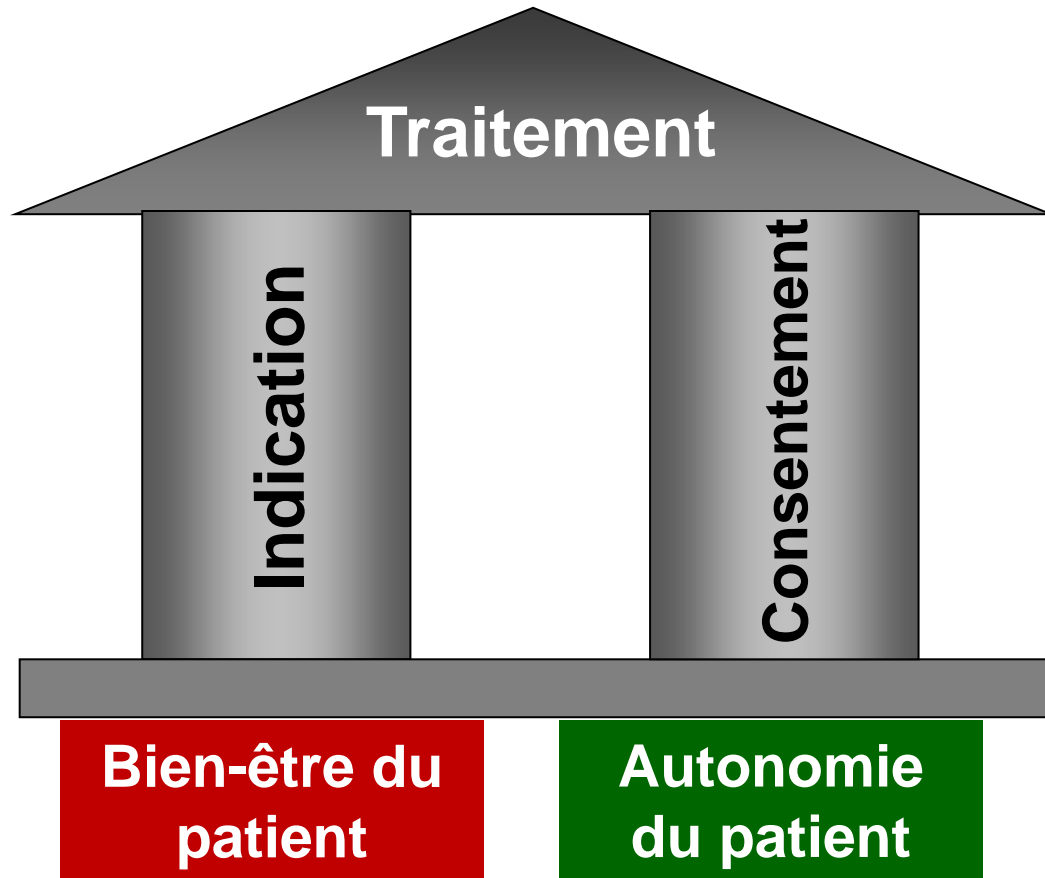


# Quizz: Que dites vous par rapport au statut de réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire?

1. Réa oui
2. Réa non si arrêt cardio-respiratoire
3. Patiente doit décider
4. Patiente et fils doivent décider
5. autre



# Dans le droit médical



Traitements seront effectués selon les objectifs définis avec patient:

- Objectifs de traitement curatifs
- Objectifs de traitement de réadaptation
- Objectifs de soins palliatifs
- Objectifs de soins de confort

# Indication médicale AVANT consentement

L'importance de l'indication médicale aux traitements en cas de pathologie aiguë sévère est directement parallèle à l'état de maladie des patient.e.s



Plus un.e patient.e est malade, plus l'indication aux traitements doit être établie



L'indication médicale aux traitements se base sur le pronostic général ou des co-morbidités

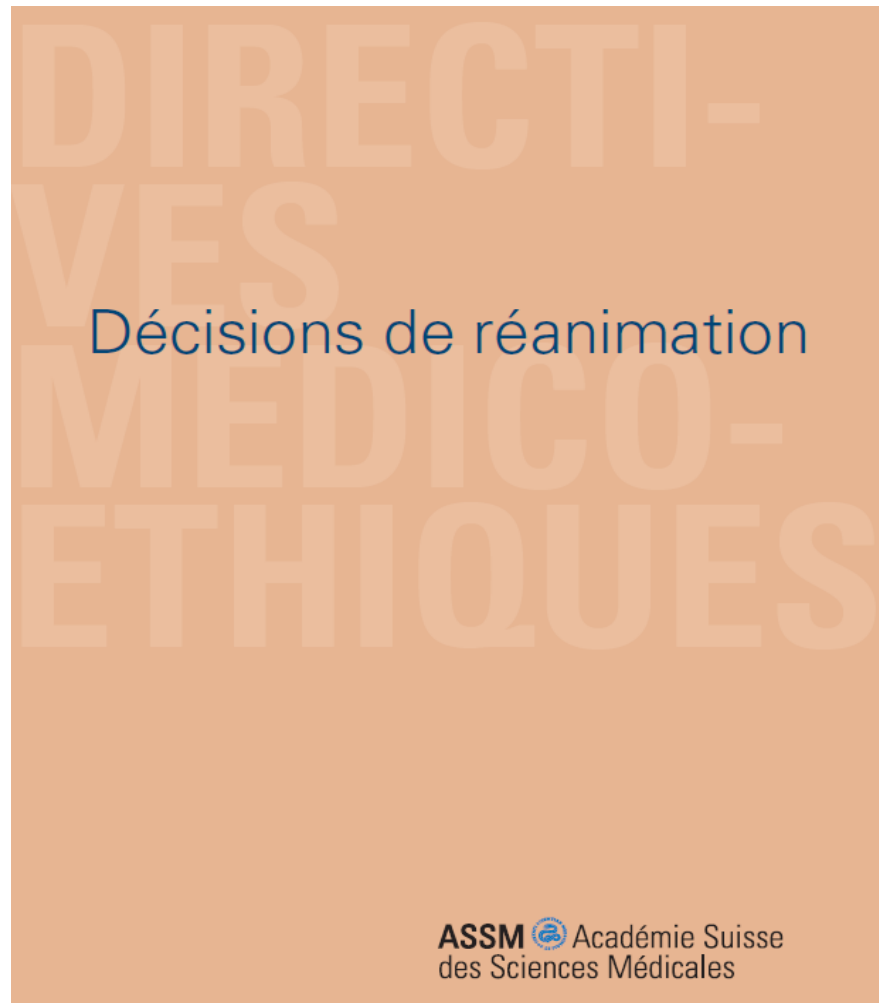


Une fois l'indication établie, elle se décline selon la volonté des patient.e.s (**importance de l'enquête des valeurs**) afin d'obtenir un **consentement éclairé**

# Pronostic et consentement éclairé

- La plus part des patient.e.s âgés > 65 ans hospitalisé.e.s présentent une **indication médicale incertaine** à la réanimation et hospitalisation aux soins intensifs.
- Afin d'obtenir un **consentement éclairé** au sujet de l'attitude de réanimation, il faut:
  - Définir un pronostic de survie en cas de complication aigüe sévère
  - Présenter ce pronostic aux patient.e.s
  - Transmettre les outcomes d'une réanimation
  - Transmettre la réalité d'une hospitalisation aux soins intensifs

# Ce que dit l'ASSM



- âge de plus de **70 ans** ou de plus de **80 ans**, selon la littérature
- **trouble neurocognitif majeur**
- **limitations des activités de la vie quotidienne**
- **cancer actif ou métastatique**
- **maladies hématologiques malignes actives**
- anémie (Htc < 35 %)
- **plus de deux comorbidités actives**
- hypotension à l'admission
- Sequential Organ Failure Assessment Score (score SOFA) élevé
- transfert en raison d'une pneumonie
- traumatisme
- .....

# Fragilité clinique: un facteur de mauvais pronostic

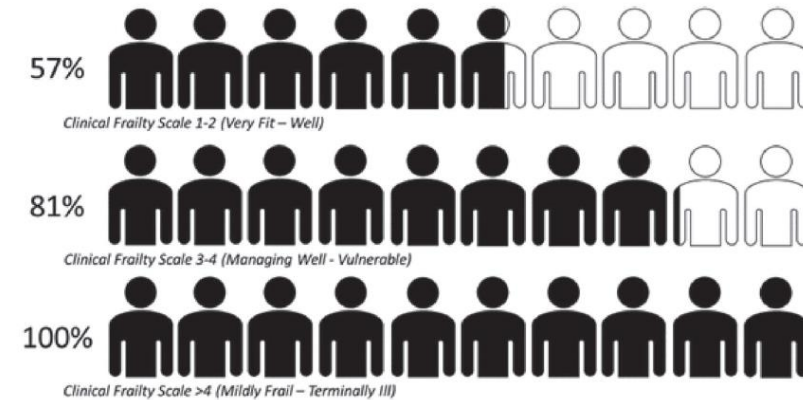
|  |          |   |
|--|----------|---|
|    | <b>1</b> | <b>Très bonne condition physique</b><br>Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.  |
|    | <b>2</b> | <b>Moyennement actif</b><br>Les personnes de cette catégorie ne présentent <b>aucun symptôme pathologique actif</b> , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou <b>temporairement très actives</b> , p. ex. de manière saisonnière.  |
|    | <b>3</b> | <b>Se débrouille bien</b><br>Les <b>symptômes pathologiques</b> de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles <b>ne bougent pas régulièrement</b> .   |
|    | <b>4</b> | <b>Vulnérable</b><br>Même si elles <b>ne dépendent pas d'aides externes au quotidien</b> , les personnes de cette catégorie sont <b>souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques</b> . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps. |
|    | <b>5</b> | <b>Faiblement fragile</b><br>Les personnes de cette catégorie sont <b>manifestement ralenties dans leurs activités</b> et ont <b>besoin d'aide lors d'activités exigeantes</b> telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.   |
|    | <b>6</b> | <b>Moyennement fragile</b><br>Les personnes de cette catégorie ont <b>besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière</b> . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.                                |
|    | <b>7</b> | <b>Très fragile</b><br>En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie <b>dépendent complètement d'une aide externe</b> pour les soins corporels. Leur <b>santé est toutefois stable</b> . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.  |
|  | <b>8</b> | <b>Extrêmement fragile</b><br>Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie. Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.  |
|  | <b>9</b> | <b>Malade en phase terminale</b><br>Personnes de cette catégorie ont une <b>espérance de vie &lt;6 mois</b> . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement <b>aucun signe de fragilité</b> .  |

Fragilité du sujet âgé ([swisshealthweb.ch](http://swisshealthweb.ch))

**Table 1.** Characteristics by survival to discharge.

|   | Survived to discharge (n = 13) | Died in hospital (n = 77) | P      | Odds ratio (95% CI) |
|---|--------------------------------|---------------------------|--------|---------------------|
| Age (IQR)   | 72 (65–80)                     | 78 (72–83)                | 0.07   | 1.08 (1.00–1.16)    |
| Male (%)  | 11 (85%)                       | 53 (69)                   | 0.33   |                     |
| Clinical Frailty Scale (IQR)                        | 3 (2–3.5)                      | 5 (4–5.5)                 | 0.002  | 2.85 (1.58–5.13)    |
| Charlson Comorbidity Index (IQR)                    | 4 (3–5)                        | 6 (4–7)                   | 0.09   | 2.04 (1.26–3.33)    |
| Initial cardiac arrest rhythm was non-shockable (%) | 3 (23)                         | 71 (92)                   | <0.001 | 39.44 (8.49–183.24) |

IQR, interquartile range.



**Figure 2.** Percentage of patients who died in hospital following CPR for cardiac arrest, stratified by CFS. Deaths are shown in black.

Ibitoye & al. *Age and Ageing* 2020

**Table 2 - Outcomes of non-frail and frail patients following in-hospital cardiac arrest (n = 477).**

| Characteristic  | No frailty (n=353) | Frailty (n=124) | Adjusted odds ratio <sup>b</sup> (95% CI) | P value |
|---|--------------------|-----------------|---|---------|
| ROSC, n (%)   | 169 (47.9)         | 44 (35.5)       | 0.63 (0.41–0.93)                          | <0.01   |
| In-hospital mortality, n (%)  | 242 (68.6)         | 118 (95.2)      | 2.91 (2.37–3.48)                          | <0.001  |
| Disposition, n (%) <sup>a</sup>   |                    |                 | 1.94 (1.57–2.32)                          | <0.001  |
| Home  | 44 (39.6)          | 1 (16.7)        |   |         |
| Long-term care centre   | 67 (60.4)          | 5 (83.3)        |   |         |
| Post-IHCA therapeutic hypothermia, n (%)                                  | 23 (6.5)           | 5 (4.0)         |   | 0.31    |
| Post-IHCA coronary angiography, n (%)                                     | 17 (4.9)           | 4 (3.2)         |   | 0.46    |
| ICU length of stay following ROSC, days, median (IQR)                     | 4 (1–4)            | 3 (1–4)         |   | 0.09    |
| Hospital length of stay following ROSC, days, median (IQR)                | 7 (4–9)            | 6 (4–8)         |   | <0.01   |
| Readmission to hospital within 30 days from discharge, n (%) <sup>a</sup> | 24 (21.6)          | 2 (33.3)        |   | 0.50    |

Fernando & al. *Resuscitation* 2020

# Vignette 1

- Mme F 83 ans, tr neuro-cognitifs mineurs CDR 0.5, veuve, vit seule à domicile. 1 fils très présent, habite dans même immeuble, 1 fille infirmière en Valais.
- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes à répétition, marche avec un rollator, BPCO stade 2, cardiopathie ischémique, AVQ 5/6 (-1 pour aide à préparer les repas) , hospitalisée pour dyspnée nouvelle avec ECA, décompensation cardiaque sur infection COVID, 6 jours hosp, puis court-séjour de 10 jours avant RAD.
- 15 jours après le RAD, visite de la patiente et son fils à votre cabinet : le fils explique avoir été réveillé en pleine nuit par les urgences pour parler de l'attitude de réanimation, les médecins lui ont posé des questions sur l'attitude de réanimation. Le fils apporte les Directives anticipées de sa maman, il est inquiet d'avoir entendu « pas de réanimation » et apporte un nouveau formulaire de directives anticipées.
- Madame ne se souvient pas, dit vouloir continuer à vivre.



# Choix du représentant thérapeutique

- Le fils de Mme F est il un bon RT?
- La fille infirmière serait une meilleure RT?
- Votez

# Choix du représentant thérapeutique (RT)

- Qui **connaît** bien les volontés du patient?
- En situation de prise de décision, qui peut **s'engager** pour le patient? savoir médical, personnalité stable, capable d'échanger avec les médecins dans des situations éprouvantes et de faire valoir le ProSA
- Informer le RT et si possible, **l'impliquer dans le processus** de conseil  
ProSA → L'inviter à un entretien
- Naissance d'un **dialogue** sur les souhaits et les objectifs thérapeutiques.
- Cela **augmente la probabilité de mise en œuvre** de la volonté présumée, donc le respect de l'autonomie du patient

## Discussion des valeurs : L'objectif de l'entretien concernant les valeurs

- Les questions permettent de recevoir les informations nécessaires de la personne pour déterminer avec elle par la suite les objectifs thérapeutiques.
- Les questions visent à connaître le projet de vie de la personne
- Savoir si la personne est d'accord de suivre des thérapies lourdes pour continuer à vivre

# L'entretien concernant les valeurs

- Le narratif du bénéficiaire est la base pour établir les objectifs thérapeutiques.
- L'entretien motive la personne à parler de sa vie, sa maladie et ses expériences avec la mort chez des proches.
- L'entretien vise à explorer la joie de vie, la volonté de vivre et ce qui fait que la personne aime vivre.
- Les conditions de vie et les souhaits pour la dernière phase de vie sont discutés.

# Questions sur les valeurs (FMH)

- Quand vous pensez à votre santé, qu'est-ce qui compte pour vous ?
- Qu'est-ce qui vous fait plaisir dans la vie ?
- Qu'est-ce qui vous cause des soucis, qu'est-ce qui vous fait peur dans la vie ?
- Qu'attendez-vous, souhaitez-vous ou espérez-vous de l'avenir ?
- Quels moments souhaitez-vous absolument encore vivre ?
- À quoi pensez-vous lorsque vous imaginez être gravement malade ?
- À quoi pensez-vous lorsque vous imaginez devoir mourir bientôt ?

**Vous pouvez également cocher ici ce qui vous correspond ou pas.  
Vous fournissez ainsi des informations importantes à l'équipe soignante afin qu'elle agisse dans votre intérêt.**

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Oui                      | Non                      |
| Il est important pour moi d'avoir mes proches et mes amis à mes côtés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J'ai encore beaucoup d'espoirs pour ma vie future  Oui  Non

Mes espoirs :

---



---

J'ai encore beaucoup de projets pour ma vie future  Oui  Non

Mes projets :

---



---

La foi, la religion ou la spiritualité sont importantes pour moi  Oui  Non

Mes attentes à ce sujet :

---



---

1<sup>ère</sup> partie



**Vous ne pouvez cocher qu'une seule case pour les situations 1, 2 et 3, à savoir l'objectif thérapeutique A, B0, B1, B2, B3 ou C.**

|   | Situation 1<br>Situation d'urgence<br>Incapacité soudaine<br>de discernement | Situation 2<br>Maladie grave<br>Incapacité de discernement<br>prolongée | Situation 3<br>Incapacité de discernement<br>permanente |
|---|--|---|---|
| <b>A – Maintien en vie</b><br>Mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives, y compris une réanimation   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |
| <b>B0 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |
| <b>B1 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br><b>Pas de ventilation invasive</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |
| <b>B2 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br><b>Pas de ventilation invasive</b><br><b>Pas de prise en charge en unité de soins intensifs</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |
| <b>B3 – Maintien en vie avec certaines limites</b><br><b>Pas de réanimation</b><br><b>Pas de ventilation invasive</b><br><b>Pas de prise en charge en unité de soins intensifs</b><br><b>Pas d'hospitalisation, y compris au service d'urgence</b><br>Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |
| <b>C – Allègement des souffrances</b><br>Uniquement les mesures médicales visant à alléger mes souffrances<br>Si possible, maintien dans l'environnement familial   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |

2<sup>e</sup> partie



**Remarque :** apposez ici la date et votre signature pour clore la 2<sup>e</sup> partie. Vous pouvez poursuivre avec la 3<sup>e</sup> partie.

|            |           |
|------------|-----------|
| Lieu, date | Signature |
|------------|-----------|



# Questions sur les valeurs (ProSA de ACP swiss)

- **Que signifie pour vous la qualité de vie ?**

Qu'est-ce qui vous semble important pour votre qualité de vie ?

- **Acceptez-vous qu'un traitement médical contribue à prolonger votre vie en cas de crise ?  
Quelles charges et quels risques seriez-vous prêt à accepter pour cet objectif ?**

Quels sont vos soucis et vos craintes lorsque vous pensez aux traitements médicaux futurs ?

- **Y a-t-il des situations dans lesquelles vous ne souhaiteriez plus être maintenu en vie ?**

Des expériences de maladies que vous avez vécues ou qu'ont vécues d'autres personnes ont-elles une influence sur votre décision ?

- **Des convictions religieuses, spirituelles ou personnelles, ou des raisons culturelles, sont-elles importantes pour vous lorsque vous pensez à vos soins futurs ?**

Y a-t-il des raisons religieuses, culturelles ou spirituelles qui vous poussent vers certains choix thérapeutiques ou au contraire vous freinent ?

# Exemple

- Patiente de 81 ans, maladie de Parkinson depuis 4 ans, troubles marche et équilibre, troubles neurocognitifs mineurs
- arrive avec ECA aux urgences. Pas d'attitude réa, pas de DA mais dossier avec des infos sur ses valeurs
- Fils dit avoir pu lire et discuter avec sa maman de ces points et bien les comprendre et les accepter

Quelles expériences avez-vous faites par rapport à des traitements, y compris ceux qui prolongent la vie ? Acceptez-vous qu'un traitement médical contribue à prolonger votre vie lors d'une situation de crise ? Que seriez-vous prêt(e) à accepter pour vivre plus longtemps ?

*« Je ne veux surtout pas être intubée... Vous savez, durant ma carrière d'infirmière, j'ai été confrontée à des prématurés intubés, et ceux qui survivaient devenaient handicapés. Donc, je ne veux pas qu'un traitement médical ou une thérapie augmentent mon espérance de vie si je ne peux plus manger, boire, me déplacer et faire mes besoins de manière autonome. »*

Y a-t-il des situations dans lesquelles vous ne souhaiteriez plus être maintenu(e) en vie ?

Quelles sont vos préoccupations et vos craintes lorsque vous pensez à vos traitements médicaux futurs ? A quoi ne voulez-vous surtout pas être confronté ?

*« Je ne veux surtout pas que mon fils me voit en fauteuil roulant ! Je refuse donc tout traitement qui vise à prolonger ma vie si cela m'amène à me retrouver en fauteuil, dans le cas où j'aurais perdu totalement ou partiellement l'usage de mes jambes. Comme dit, je ne veux pas être maintenue en vie si je ne peux plus manger seule (je refuse d'être nourrie par des soignantes, et par sonde !), si je ne peux plus me déplacer seule et si je deviens incontinente. A partir de là, c'est clair, je ne veux plus vivre ! Je ne veux pas que l'on prolonge ma vie si cela entraîne un état de dépendance, même si celui-ci est mineure. Sur le plan de la communication, je ne veux pas continuer à vivre si je ne parviens plus à communiquer de manière cohérente par voie orale. La communication non-verbale, par les yeux, me dit rien non plus ! Et sur le plan de la communication, je ne veux pas être maintenue en vie si je ne peux plus reconnaître mon fils, je ne veux pas lui infliger ça. C'est difficile de me prononcer car il y a différentes manières et atteinte de la cognition. Je n'arrive pas aujourd'hui à me projeter davantage. »*



Pas de DA, **valeurs** aidantes dans la prise de décision et RT au courant et avis concordant

# Objectifs du ProSA

## Objectifs principaux:

- Respecter au mieux l'autonomie des patients sans capacité de discernement dans leur prise en charge
- Soutenir les personnes/familles dans l'exploration et la documentation des préférences médicales en amont
- Orienter les professionnels de santé lors de la prise de décisions médicales pour les patients sans capacité de discernement

## Objectifs secondaires:

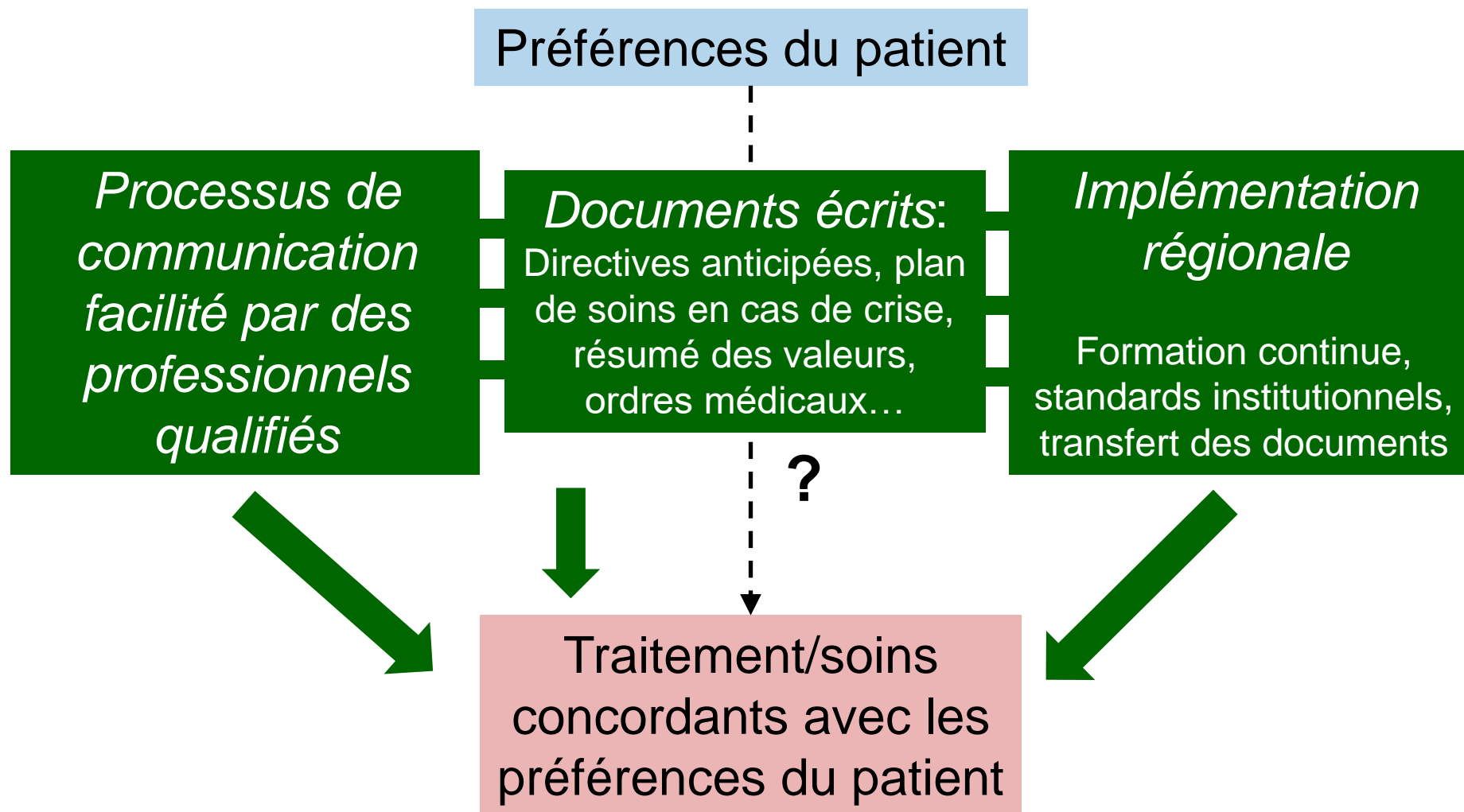
- ↑ Qualité de vie, communication, confiance dans le système
- ↓ Thérapies que la personne n'aurait pas souhaitées, anxiété

# Bénéfices du ProSA

- ↑ Nombre de **directives anticipées** et de **mandats** pour cause d'inaptitude
- ↑ Fréquence et qualité de la **communication** (patient-famille-professionnels)
- ↑ Concordance entre les préférences du patient et la **prise en charge** du patient
- ↑ Accès aux **soins palliatifs**
- ↓ **Hospitalisations non souhaitées**, acharnement thérapeutique, dépenses inutiles en fin de vie

*Houben 2014, Brinkmann-Stoppelenburg 2014, Austin 2015, Khandelwal 2015, Jain 2015, Klingler 2015, Flo 2016, Martin 2016*

# Projet de soins anticipé



# Take home messages

- Directives anticipées: le document importe peu, la qualité de la discussion liée prime
- Le **projet de soins anticipé** est plus global que les directives anticipées, avec les points clés:
  - **valeurs** de la personne
  - désignation du **représentant thérapeutique**
  - **indication médicale** à clarifier avec le médecin traitant, médecin spécialiste selon pathologies
- Démarche doit rester volontaire



# Questions?



Vous êtes médecin ou cadre infirmier et souhaitez anticiper les soins en cas de pathologie aiguë sévère? Ce cours de 4h vous permet d'établir à l'avance un pronostic, de déterminer les objectifs thérapeutiques et d'obtenir un consentement éclairé.

Information détaillée et inscription

Ce cours, organisé par le Centre des formations et coordonné par la Chaire de soins palliatifs gériatriques du CHUV se penche sur le thème de l'anticipation des soins en cas de pathologie aiguë sévère. Il permet de se familiariser avec le concept du "Projet de soins anticipé" (ProSA), de connaître son contexte éthique et légal et surtout d'améliorer les connaissances et la capacité à établir à l'avance un pronostic. Cette évaluation est nécessaire afin de déterminer les objectifs thérapeutiques et d'obtenir ainsi un consentement éclairé.

## le ProSA, un processus d'accompagnement

Le ProSA est un processus d'accompagnement de la réflexion sur les valeurs et souhaits en matière de soins, en cas de pathologie aiguë sévère avec perte de la capacité de discernement.

L'efficacité du ProSA a été prouvée dans différents domaines : il augmente le nombre de directives anticipées, la concordance entre les préférences en matière de santé et de prise en charge, la fréquence et la qualité de la communication entre patient.e.s, représentant thérapeutique, entourage et professionnel.le.s de soins; il favorise également l'accès aux soins palliatifs et réduit les hospitalisations non souhaitées.

## Prochaine session le 10 décembre de 13h à 17h

Les orateurs de ce cours sont issus, entre autres, notamment des services de soins palliatifs, soins intensifs, médecine interne, éthique.

A la fin de ce cours, vous serez en mesure de :

- reconnaître et intégrer le concept du ProSA dans votre pratique médicale quotidienne,
- développer un pronostic individualisé et se prononcer sur l'indication médicale pour une réanimation ou une hospitalisation en soins intensifs,
- déterminer les informations de base pour conduire un entretien ProSA, le documenter correctement,
- identifier et référer les situations complexes nécessitant un tiers compétent.

Ce cours délivre **3 crédits SSMG ou SSMI, 4 crédits SPSG ou Palliative.ch**.

# Formation et information ProSA

Informations concernant le ProSA et les formations:

<https://www.projetdesoinsanticipe.ch/>



INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

PARLONS-EN

## LE PROJET DE SOINS ANTICIPÉ

Ma vie, mes choix, jusqu'au bout.



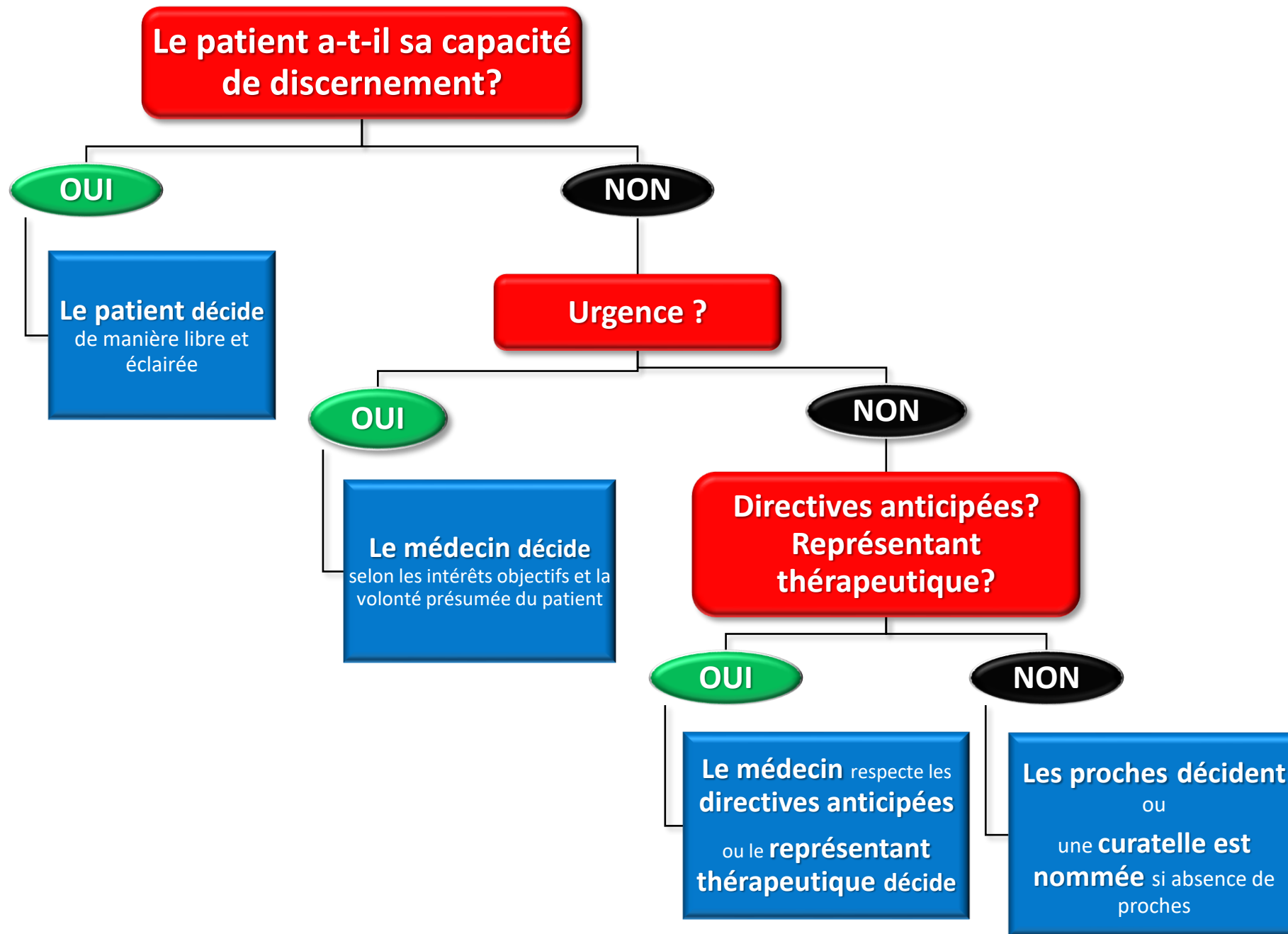
Réseau Santé Vaud



advance  
care planning  
100 311 312



Slides au cas où il y a des questions



## Situations d'incapacité de discernement

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Situation d'urgence</b></p> <p>Incapacité de discernement soudaine et inattendue</p> <p>Durée incertaine</p>  <p>Directives en cas d'urgences médicales</p> | <p><b>Incapacité de discernement de durée indéterminée</b></p> <p>En cas de maladie grave, p.ex. après une urgence, aux soins intensifs</p> <p>Durée incertaine</p>  <p>Directives: objectifs thérapeutiques sur la base de pronostics médicaux</p> | <p><b>Incapacité de discernement durable</b></p> <p>En cas de perte de conscience, p.ex. après un accident vasculaire, ou perte de capacité de discernement, p.ex. démence.</p> <p>Durée: pour le reste de la vie</p>  <p>Directives: objectifs thérapeutiques, traitements thérapeutiques</p> |
|--|---|---|

Avec la durée de l'incapacité de discernement et la situation de la maladie augmente la probabilité de déficiences qui persistent