

**Médecine palliative**

**2025 - 2026**

**Prof Sophie Pautex**

**12.3.2026**



**Ce cours est enregistré  
et mis en ligne sur les  
plateformes UNIGE.**



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**







## DEFINITION (3)





## DEFINITION SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont la prise en charge holistique active des individus de tous âges souffrant de maladie d'une maladie grave (une maladie grave est une condition qui présente un risque élevé de mortalité, affecte négativement la qualité de vie et le fonctionnement quotidien, et/ou est associée à des symptômes invalidants, traitements ou stress des proches aidants) et surtout des personnes en fin de vie. Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients, de leurs familles et de leurs proches- aidants.



# DEFINITION SOINS PALLIATIFS

## **Les soins palliatifs :**

- Incluent la prévention, l'identification précoce, l'évaluation complète et la prise en charge des problèmes physiques, y compris la douleur et d'autres symptômes pénibles, la détresse psychologique, la détresse spirituelle et les besoins sociaux. Chaque fois que possible, ces interventions doivent être fondées sur des preuves.
- Fournissent un soutien pour aider les patients à vivre aussi pleinement que possible jusqu'à la mort en facilitant une communication efficace, en les aidant, ainsi que leurs familles, à déterminer les objectifs de soins. Sont applicables tout au long du parcours de la maladie, selon les besoins du patient.
- Sont fournis en complément des thérapies modifiant la maladie chaque fois que nécessaire.



# DEFINITION SOINS PALLIATIFS

## **Les soins palliatifs :**

- Peuvent exercer une influence positive sur le cours de la maladie.
- N'ont pas pour but de hâter ou de retarder la mort, affirment la vie, et reconnaissent la mort comme un processus naturel.
- Apportent un soutien à la famille et aux proches-aidants pendant la maladie du patient, ainsi que dans leur propre deuil.
- Sont dispensés en reconnaissant et respectant les valeurs culturelles et les croyances du patient et de sa famille.
- Sont applicables dans tous les contextes de soins de santé (lieu de vie et institutions) et à tous les niveaux (de primaire à tertiaire). Peuvent être dispensés par des professionnels ayant une formation de base en soins palliatifs.
- Nécessitent des soins palliatifs spécialisés avec une équipe interprofessionnelle pour l'orientation des cas complexes.



# pour quoi les soins palliatifs



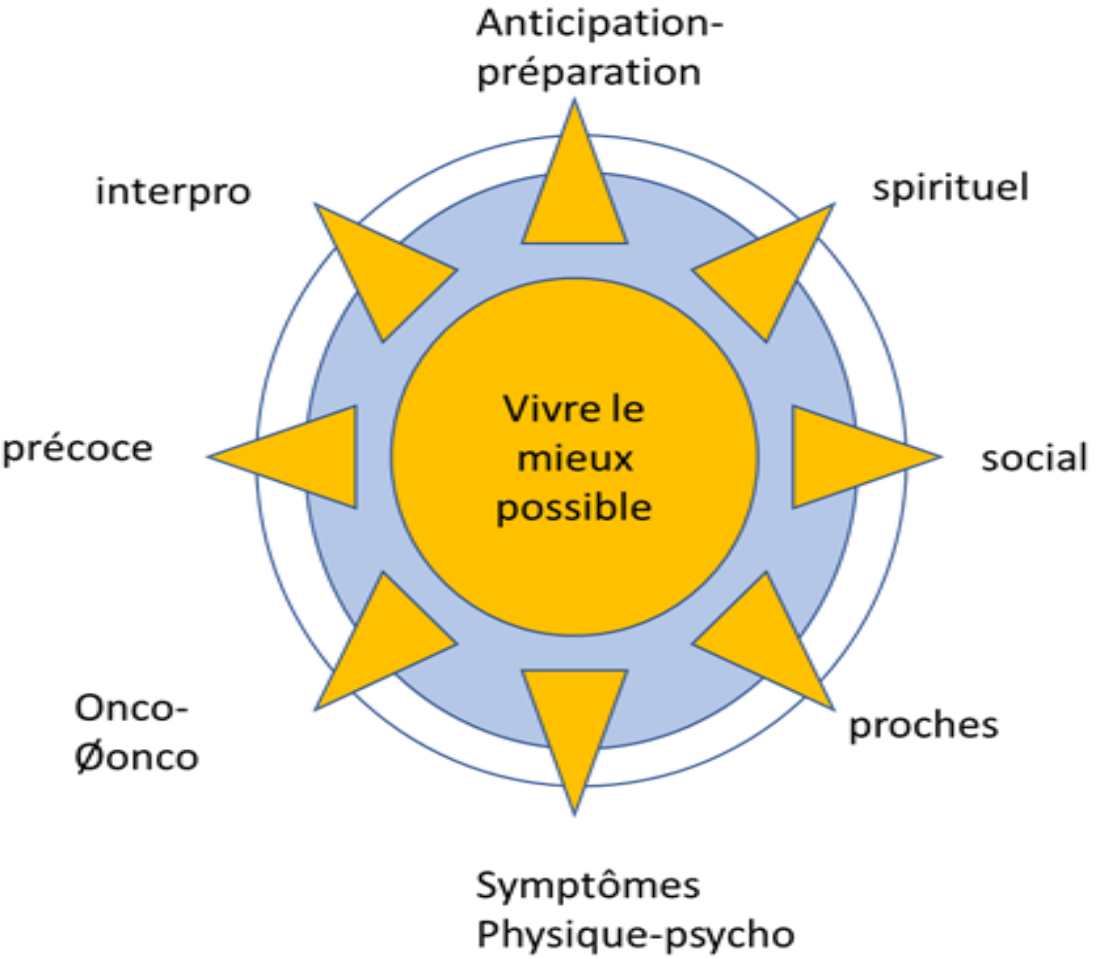


# pour quoi les soins palliatifs





# DEFINITION SOINS PALLIATIFS





# Qualité de vie

Un concept multidimensionnel qui englobe la perception individuelle du bien-être physique, psychologique et social d'une personne, en relation avec son état de santé, ses attentes et son environnement.

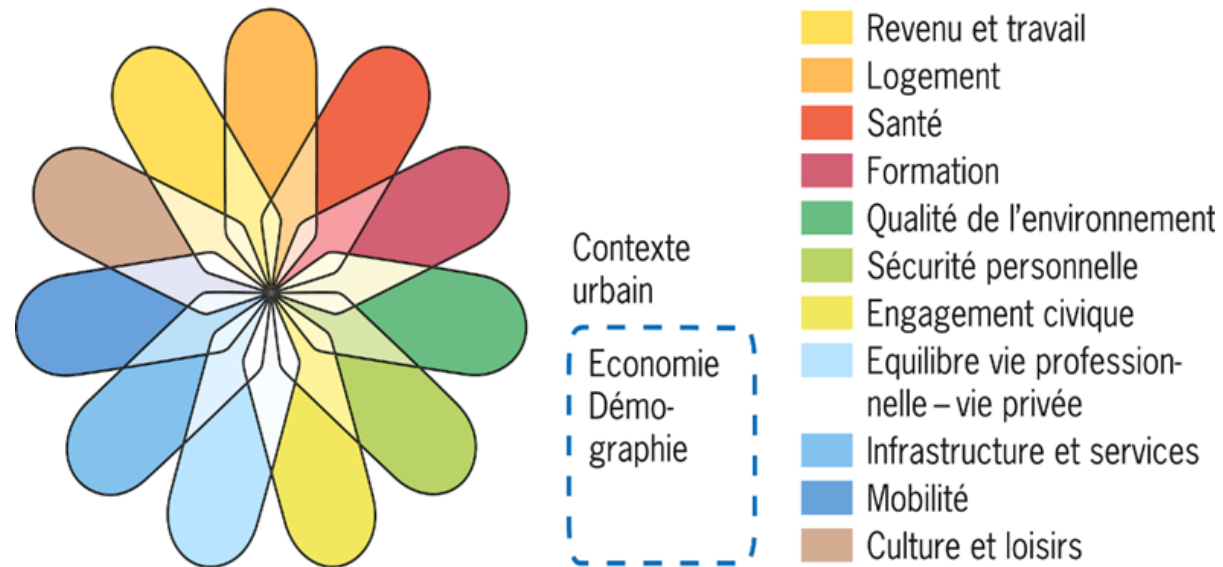
L'OMS la définit comme « la perception qu'a un individu de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations ».





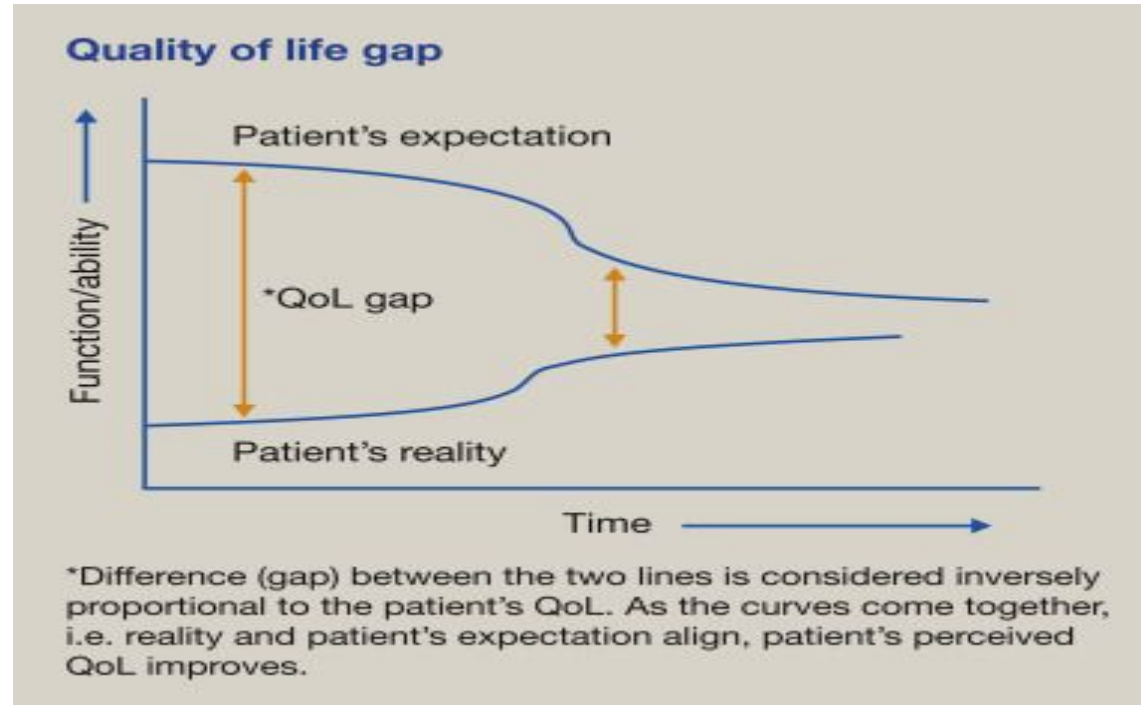
# Qualité de vie

## Dimensions de la qualité de vie





# Qualité de vie-calman gap





# soins palliatifs et qualité de vie

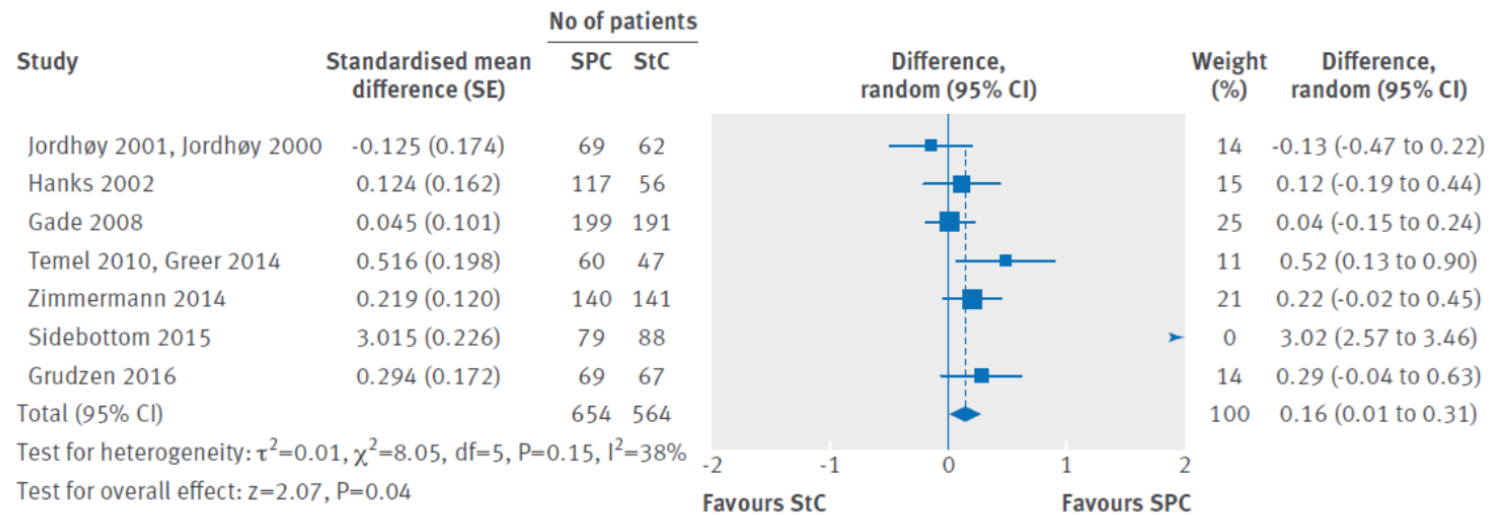
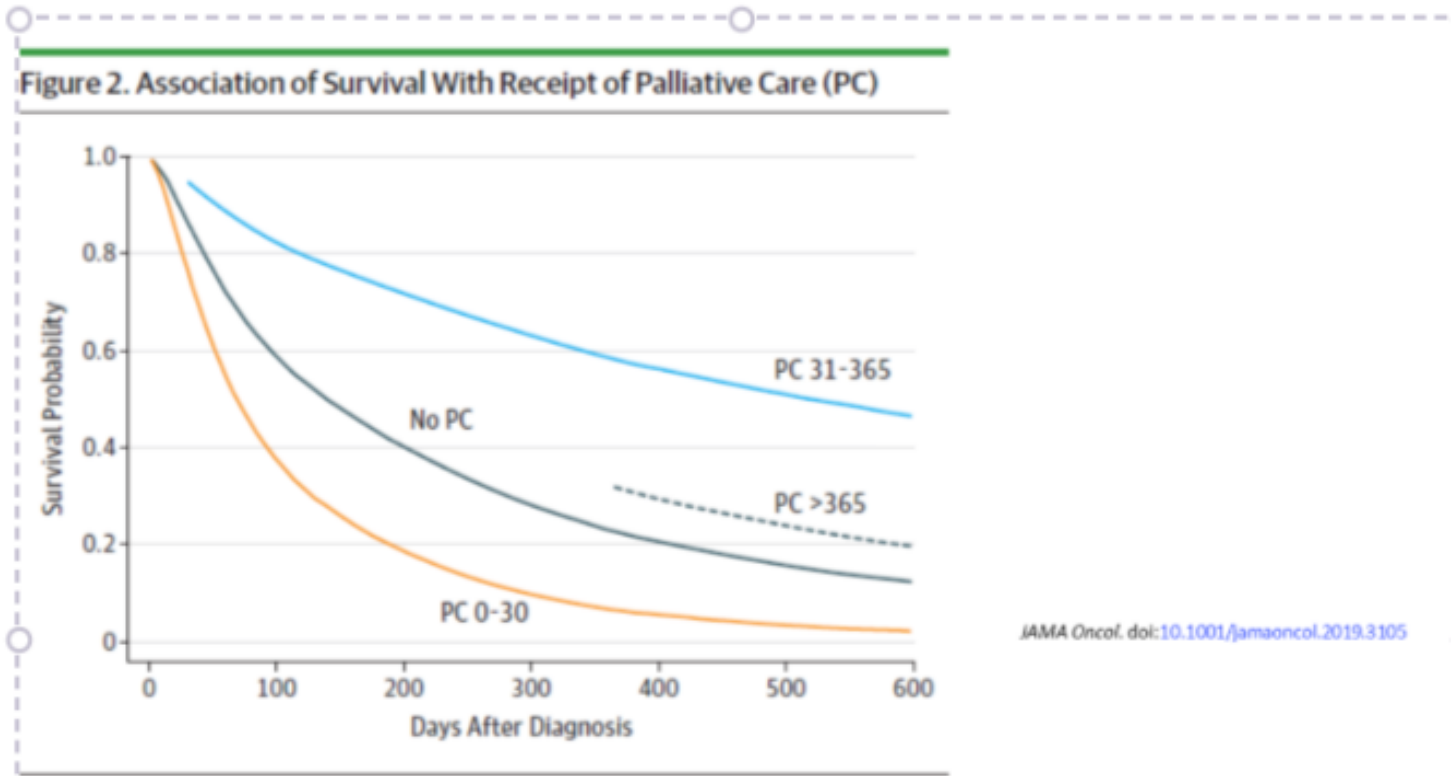


Fig 3 | Effect on total quality of life (primary outcome) in review of studies on specialist palliative care (SPC) versus standard care (StC) (study by Sidebottom et al<sup>36</sup> was not included in meta-analysis)

BMJ 2017;358:j2925 | doi: 10.1136/bmj.j2925

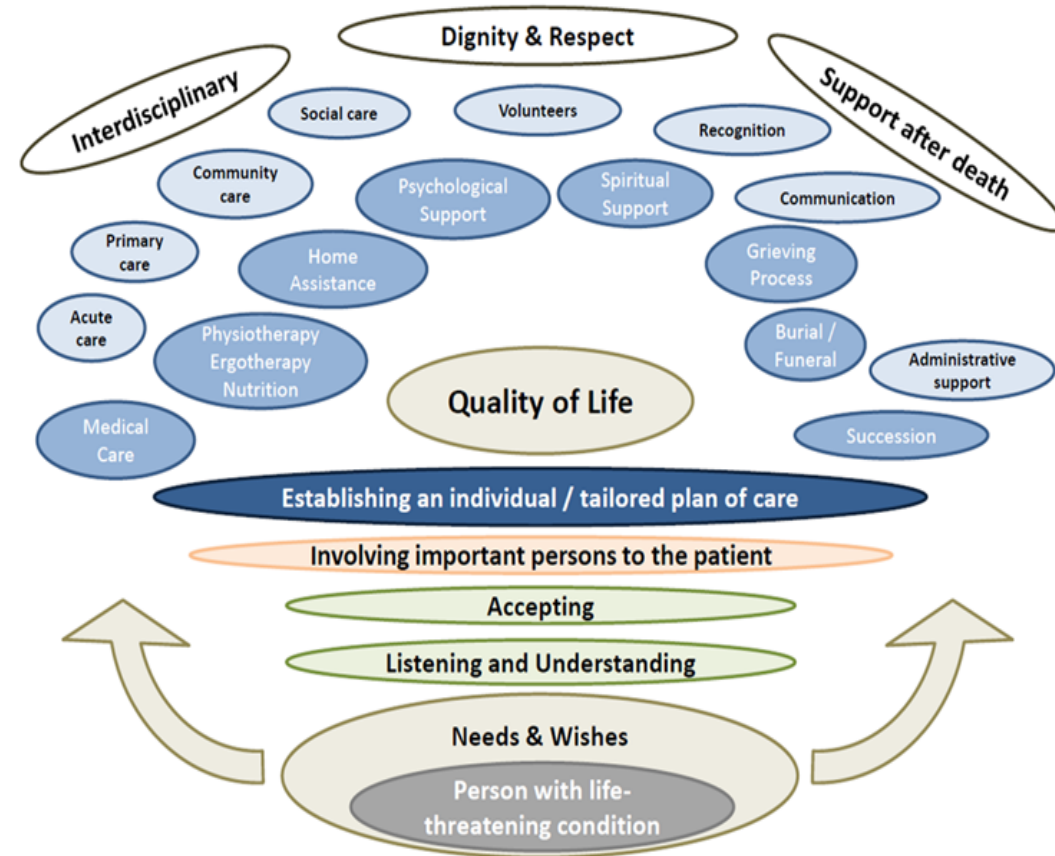


# quantité de vie???





# Interprofessionnalité: définition du rôle des uns et des autres



8

DEPISTAGE  
PRECOCE



7

SYMPTOMES



6

PRISE DE  
DECISION



5

ANTICIPATION



Aller à la page

1

DEUIL  
SPIRITUALITE



2

FIN DE VIE



3

PROCHES



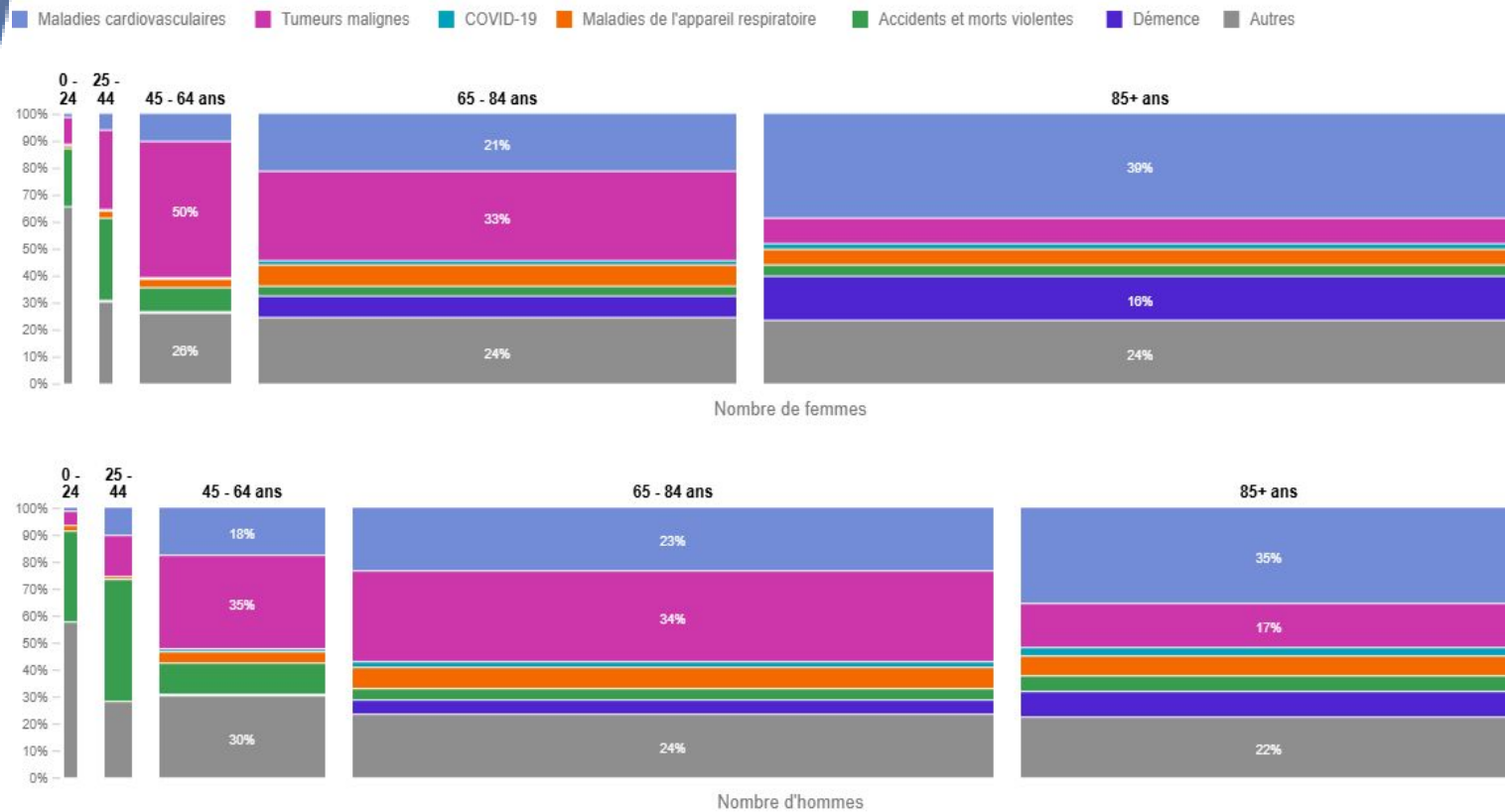
4

RESEAU



# Dépistage précoce des situations palliatives

Principales causes de décès selon le groupe d'âge, en 2023



Les surfaces sont proportionnelles au nombre absolu de décès.

État des données: 17.06.2024

Source: OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

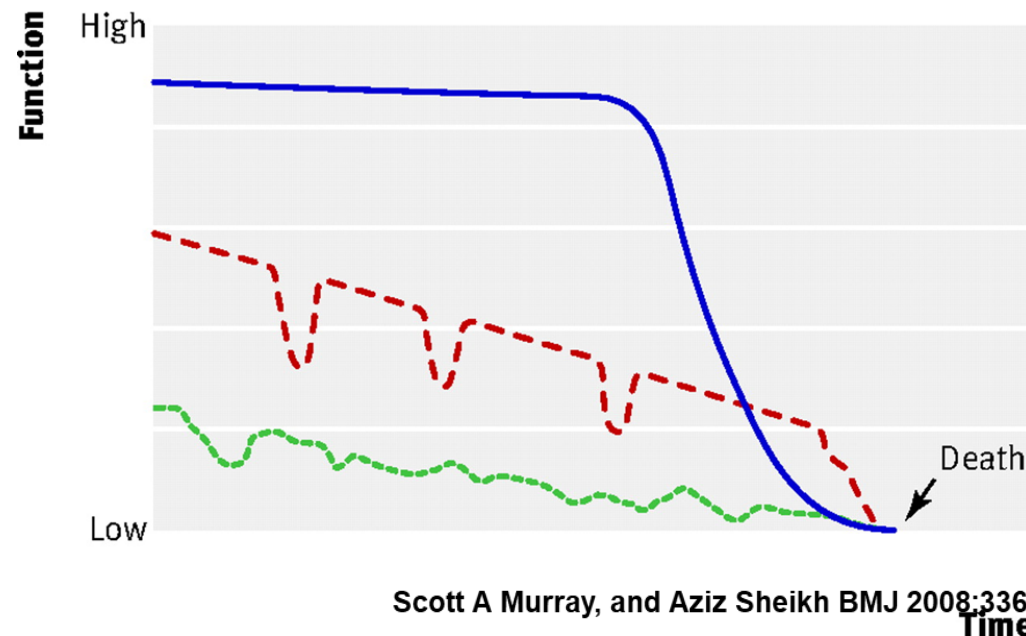
gr-f-14.03.04-2023

© OFS 2024

# Dépistage précoce des situations palliatives

Number of deaths in each trajectory, out of the average  
20 deaths each year per UK general practice list of 2000  
patients

- Cancer (n=5)
- - - Organ failure (n=6)
- · - Physical and cognitive frailty (n=7)
- Other (n=2)





Démence avancée ou maladie du SNC	<input type="radio"/> Non évalué	<input checked="" type="radio"/> Oui
Cancer avancé	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Maladie rénale terminale	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
BPCO avancée	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Insuffisance cardiaque avancée	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Maladie hépatique terminale	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Choc septique	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Haut risque de décès précoce	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
<b>Score partie 1</b>		
<b>2. Est-ce que le patient a DEUX ou plusieurs besoins en termes de soins palliatifs non soulagés ? (Cochez tous les éléments qui s'a</b>		
Visites fréquentes : plus de 2 visites aux Urgences ou admissions à l'hôpital ces 6 derniers mois	<input type="radio"/> Non évalué	<input checked="" type="radio"/> Oui
Symptômes non contrôlés	<input type="radio"/> Non évalué	<input checked="" type="radio"/> Oui
Déclin fonctionnel	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Incertitudes concernant les objectifs de soins et/ou détresse des proches aidants	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
Question surprise : Vous ne seriez pas surpris si le patient décédait dans les 12 mois à venir	<input checked="" type="radio"/> Non évalué	<input type="radio"/> Oui
<b>Score partie 2</b>		
Interprétation	Une consultation de soins palliatifs est recommandée	





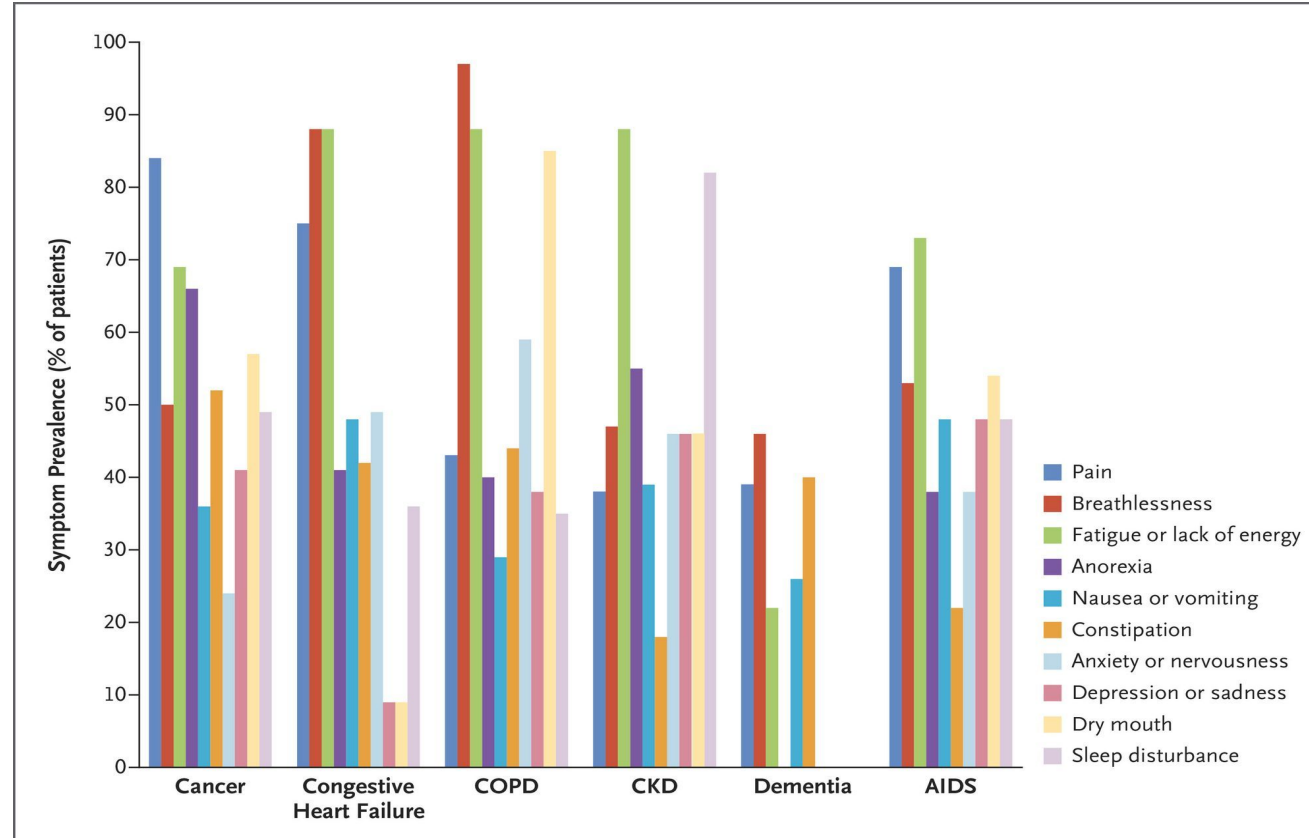
7

# Prise en charge des symptômes

DOULEUR

DYSPNEE

NAUSEES



7

# Prise en charge des symptômes

HUG  
Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

Réseau douleur

Echelle ESAS: évaluation des symptômes  
Edmonton symptom assesment system (version visuelle analogique)

Nom :

Date :

TRACER SUR LES LIGNES CHOISISSEZ UNE BARRE VERTICALE (OU UNE CROIX) CORRESPONDANT LE MEUX A CE QUE VOUS RESSENTEZ ACTUELLEMENT

Pas de douleur	_____	Douleur maximale
Pas de fatigue	_____	Fatigue maximale
Pas de nausée	_____	Nausées maximales
Pas de déprime	_____	Déprime maximale
Pas d'anxiété	_____	Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____	Manque d'appétit maximal
Pas de peine à respirer	_____	Peine à respirer maximale
se sentir bien	_____	se sentir mal
Autre symptôme (subit, bouche sèche, vertige, anxiété, etc.):		
_____		

DOULEUR

DYSPNEE

NAUSEES

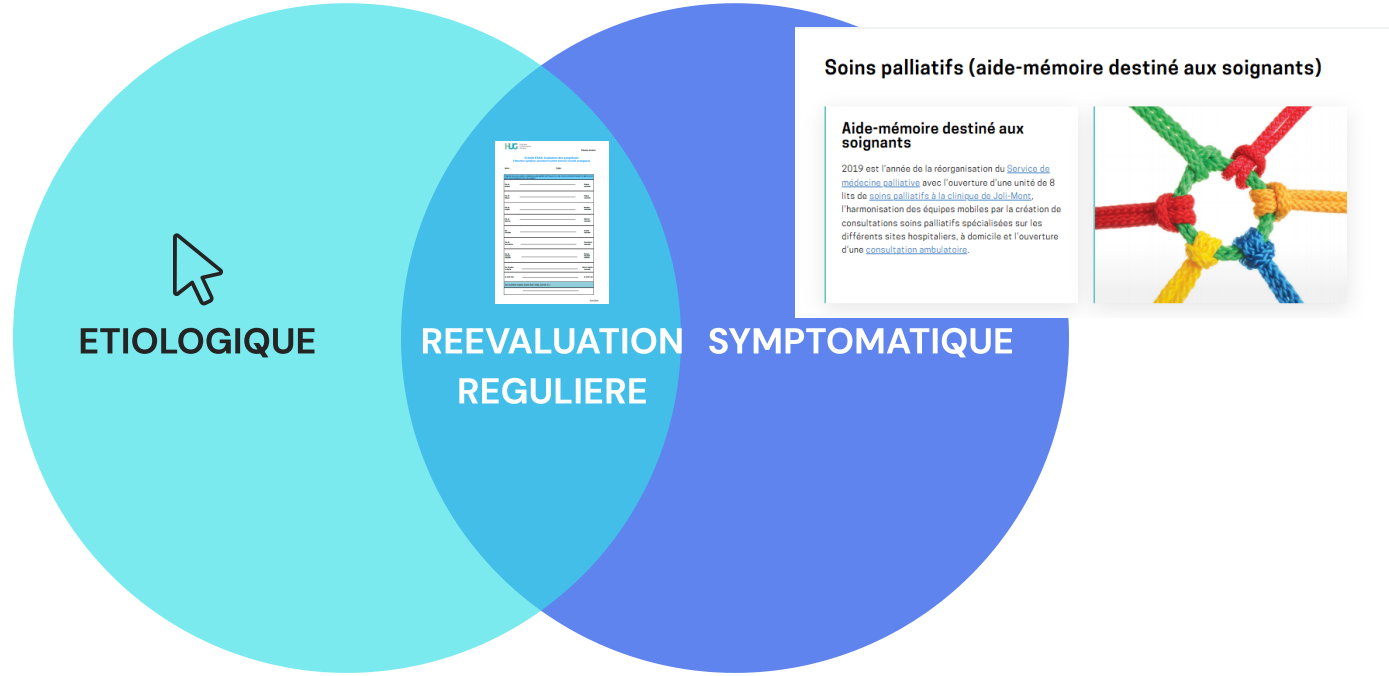


# Prise en charge des symptômes

DOULEUR

DYSPNEE

NAUSEES



<https://www.hug.ch/soins-palliatifs-aide-memoire-soignants>





## Prise en charge des symptômes

DOULEUR

DYSPNEE

NAUSEES





# PRISE DE DECISION PARTAGEE

Table. Frequency of Medical End-of-Life Practices in the German-Speaking Part of Switzerland, 2001 and 2013

Characteristic	Values <sup>a</sup>		P Value
	2001 <sup>b</sup>	2013	
Sampled cases, No.	4991	4998	
Studied cases (response rate), No. (%)	3355 (67.2)	3173 (63.5)	
Nonsudden, expected deaths	69.9 (68.3-71.4)	71.4 (69.8-72.9)	.19
Deaths preceded by at least 1 end-of-life practice <sup>c</sup>	52.0 (50.3-53.8)	58.7 (57.0-60.4)	<.001
Forgoing life-prolonging treatment <sup>d</sup>	28.7 (27.2-30.4)	35.2 (33.6-36.9)	<.001
Intensified alleviation of symptoms <sup>e</sup>	22.3 (20.9-23.8)	21.3 (19.9-22.7)	.31
Physician-assisted death	1.0 (0.7-1.4)	2.2 (1.8-2.8)	<.001
Assisted suicide <sup>f</sup>	0.3 (0.2-0.5)	1.1 (0.8-1.5)	<.001
Euthanasia <sup>g</sup>	0.2 (0.1-0.5)	0.3 (0.2-0.6)	.41
Ending of life without the patient's explicit request <sup>h</sup>	0.5 (0.3-0.8)	0.8 (0.5-1.2)	.08
Continuous deep sedation until death <sup>i</sup>	4.7 (4.0-5.4)	17.5 (16.2-18.8)	<.001
Without end-of-life decision	0.9 (0.6-1.3)	1.2 (0.9-1.6)	.26
Combined with			
Forgoing life-prolonging treatment	2.0 (1.6-2.6)	10.9 (9.8-12.0)	<.001
Intensified alleviation of symptoms	1.6 (1.2-2.1)	4.9 (4.1-5.7)	<.001
Physician-assisted death	0.1 (0.1-0.3)	0.5 (0.3-0.9)	.005

30% EN 2013

<sup>a</sup> Data are presented as percentage (95% CI) unless otherwise noted.

<sup>b</sup> Data for 2001 are age standardized to 2013. This may entail slight differences to previously published figures.

<sup>c</sup> All data regarding these practices are weighted percentages (95% CIs) of all studied cases.

<sup>d</sup> Affirmative answer to the question, "Did you or another physician withhold or withdraw a medical treatment while taking into account the possible hastening of death?"

<sup>e</sup> Affirmative answer to the question, "Did you or another physician intensify the alleviation of pain and/or symptoms while taking into account the possible hastening of death?"

<sup>f</sup> Affirmative answer to the question, "Was death the consequence of the use of a drug that was prescribed or supplied by you or another physician with the

explicit intention of enabling the patient to end his or her life?"

<sup>g</sup> Affirmative answer to the question, "Was death the consequence of the use of a drug that was administered by you or another physician with the explicit intention of hastening the patient's death?" AND affirmative answer to the question, "Was this decision made at the explicit request of the patient?"

<sup>h</sup> Affirmative answer to the question, "Was death the consequence of the use of a drug that was administered by you or another physician with the explicit intention of hastening the patient's death?" AND negative answer to the question, "Was this decision made at the explicit request of the patient?"

<sup>i</sup> Affirmative answer to the question, "Did the patient receive drugs, such as benzodiazepines and/or other sedative substances, to keep him or her in deep sedation or coma until death?"



6



# PRISE DE DECISION PARTAGEE



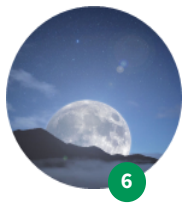
**PATIENT**  
Expert in  
own values

ADVANCE CARE PLANNING



**PHYSICIAN**  
Expert in  
medical-technical  
situation





# PRISE DE DECISION

~~Traitement maximal  
Traitement minimal  
Arrêt des soins  
NTBR  
Soins de confort  
Retrait des soins~~

- ✓ Introduction d'une antibiothérapie
- ✓ Retrait de la nutrition et/ou l'hydratation artificielle
- ✓ Lieu de vie, lieu de décès, gestion de la fin de vie
- ✓ Gestion des urgences: douleur, dyspnée, fracture, compression médullaire, surinfection, suicide...
- ✓ Mise en place d'une sédation palliative
- ✓ Tous les autres initiatives pour projets, soutien des proches....

# PRISE DE DECISION PARTAGEE

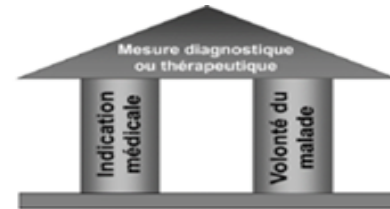


6

Identifier les complications potentielles et prise en charge possible



Elaborer avec patient, ses proches et les professionnels un projet de soins anticipé



négociation

interprofessionnalité

Meilleure solution possible

Rien n'est définitif





# AUTONOMIE

Le droit à l'autodétermination s'applique à toutes les patientes tout au long de leur maladie et jusqu'à la mort.

Les conditions requises pour prendre des décisions autodéterminées sont :

- l'information précoce et complète sur la situation médicale
- la communication ouverte et empathique sur les possibilités et les limites des traitements curatifs et des soins palliatifs.





# LES PRINCIPES ETHIQUES

## Principe Éthique

## Définition

### Autonomie

Respect du droit des patients à prendre des décisions éclairées sur leur propre santé et leur traitement.

### Bienfaisance

Obligation de promouvoir le bien-être du patient et d'agir dans son intérêt.

### Non-malfaisance

Principe de ne pas causer de tort aux patients et de minimiser les risques.

### Justice

Répartition équitable des ressources et accès aux soins pour tous.



# CAPACITE DE DISCERNEMENT

En Suisse, la **capacité de discernement** est définie à l'**article 16 du Code civil suisse (CC)** comme la capacité d'une personne à **agir raisonnablement**, c'est-à-dire à comprendre le sens, les conséquences et la portée de ses actes, et à se déterminer en fonction de cette compréhension. Lorsqu'on évalue la **capacité de discernement** d'une personne, il est essentiel de considérer deux critères fondamentaux :

**1.L'objet** : La capacité de discernement doit être évaluée **par rapport à un acte spécifique**. Une personne peut être capable de discernement pour certaines décisions (ex. choisir ses vêtements) mais pas pour d'autres (ex. gérer un patrimoine complexe).

**2.Le temps** : La capacité de discernement peut **varier dans le temps**. Une personne peut être capable à un moment donné et ne plus l'être plus tard (ex. en cas de fluctuations de conscience, d'une maladie évolutive comme la démence ou sous l'effet de médicaments).



# CAPACITE DE DISCERNEMENT

## *Art. 16*

d. Discernement Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi.



# CAPACITE DE DISCERNEMENT

## Application pratique :

- Un patient peut être **capable de discernement** pour accepter ou refuser un traitement médical à un moment donné, mais cette capacité doit être réévaluée si son état change (ex. en cas de délirium ou d'aggravation cognitive).
- Un testament ou une procuration signé par une personne atteinte de troubles cognitifs doivent être évalués à l'instant où la décision a été prise.  
La capacité de discernement est donc **situationnelle, évolutive et toujours liée à un acte précis dans un contexte donné.**



6

# CAPACITE DE DISCERNEMENT

## 2 Évaluation des capacités mentales

### CAPACITÉ DE COMPRÉHENSION

Capacité de percevoir la situation décisionnelle qui se présente (priorité: cognition)

discret  légèrement perturbé  moyennement perturbé  gravement perturbé  non évaluable

Pourriez-vous résumer notre entretien selon votre perspective, concernant les points suivants en particulier: a) votre état de santé, b) les possibilités thérapeutiques avec leurs avantages et inconvénients, c) les avantages et inconvénients en cas de renoncement au traitement? Quelles sont, à votre avis, les conséquences (de l'option choisie par le patient) sur votre quotidien? C'est-ce qui va changer? À votre avis, quel est votre problème de santé actuellement? Pensez-vous avoir besoin d'un traitement? À votre avis, pour quelle raison (traitement proposé) vous a-t-il été proposé?

#### Compréhension des informations

La personne est capable de répéter, avec ses propres mots, les informations concernant sa maladie, les différentes options possibles et leurs avantages et inconvénients.

discret perturbé non évaluable

#### Compréhension des conséquences sur la vie pratique

La personne peut indiquer les conséquences concrètes de la décision sur sa vie de tous les jours et sur sa qualité de vie.

#### Compréhension de la maladie

La personne se rend compte qu'elle souffre d'un symptôme ou d'une maladie diagnostiquée ou qu'elle est confrontée à un problème spécifique, ou bien elle peut expliquer son refus de manière plausible.

#### Compréhension de la nécessité du traitement

La personne reconnaît que les mesures et les options thérapeutiques proposées sont en sa faveur ou elle peut expliquer son refus de manière plausible.

Description des troubles:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### CAPACITÉ D'ÉVALUATION

Capacité de donner un sens personnel à la situation décisionnelle qui se présente (priorité: motivation et émotion)

discret  légèrement perturbé  moyennement perturbé  gravement perturbé  non évaluable

Vous pensez que l'option préférée du patient est la meilleure pour vous. Pouvez-vous m'expliquer pourquoi? Pensez-vous que vos expériences ont influencé votre décision? Si oui, de quelle manière? En quel sens l'option préférée du patient est-elle pour vous la meilleure (alternative)? Que déclenche en vous l'idée de l'alternative?

#### Référence à ses propres valeurs

La personne peut associer la décision à ses propres valeurs et convictions.

discret perturbé non évaluable

#### Intégration dans sa propre biographie

La personne est capable de considérer la situation décisionnelle dans le contexte de l'histoire de sa maladie et de sa situation actuelle.

#### Pondération des informations/motifs de la décision

La personne est capable de pondérer de manière adéquate les différents éléments respectivement d'évoquer des motifs compréhensibles pour sa décision ou est consciente des conséquences si elle ne le fait pas.

#### Participation affective

La personne peut participer au processus décisionnel avec une intensité affective appropriée et montre une réaction affective compréhensible.

Description des troubles:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### FORMATION ET CONCRÉTISATION DES DÉCISIONS

Capacité de prendre une décision, de la communiquer, de la justifier et de la défendre de manière cohérente (priorité: volition)

discret  légèrement perturbé  moyennement perturbé  gravement perturbé  non évaluable

Pour quelle option thérapeutique vous êtes-vous décidé(e)? Pourquoi vous êtes-vous décidé(e) pour l'option préférée du patient? (En l'absence de décision) C'est-ce qui rend la décision si difficile? La décision vous semble-t-elle juste?

#### Prise de la décision et communication de la décision

La personne est en mesure de prendre une décision et de la communiquer de manière compréhensible.

discret perturbé non évaluable

#### Justification

La personne peut exposer de manière cohérente - à travers une argumentation rationnelle et analytique ou par une auto-réflexion basée sur l'intuition - pourquoi elle s'est décidée pour telle ou telle option.

#### Résistance à la pression intérieure

La personne est capable de contrôler les pulsions, tensions ou angoisses qui l'empêchent de mettre en œuvre la décision prise.

#### Résistance aux influences externes

La personne peut affirmer sa volonté face à des tiers qui ont des avis contraires.

Description des troubles:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

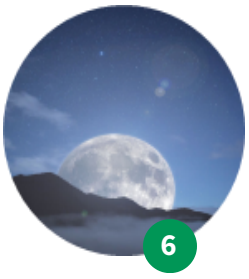
.....

.....

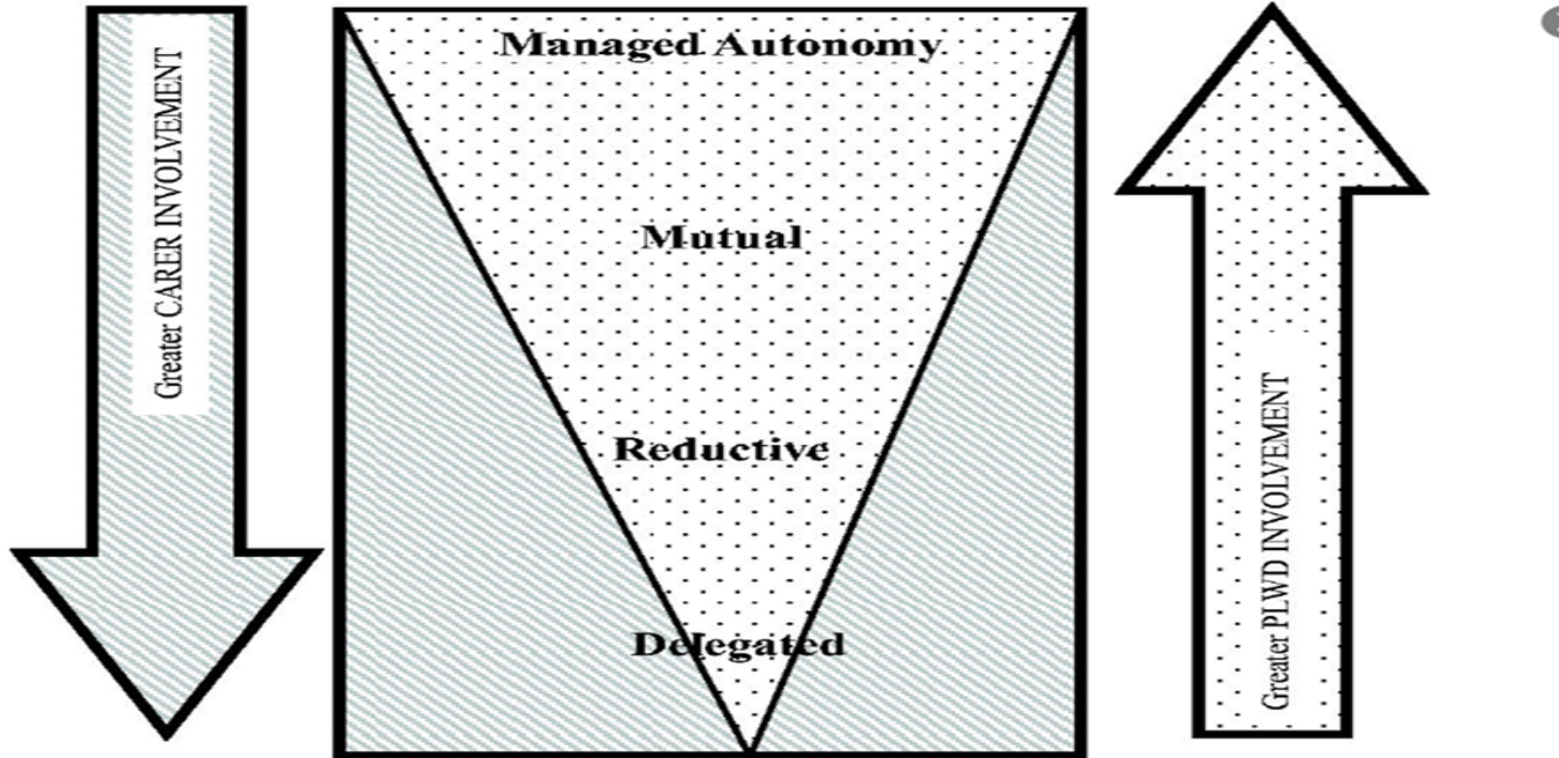
.....

.....





# CAPACITE DE DISCERNEMENT





5

PEOPLE

### Mort de Yannik Mazzilli (« Scènes de ménage ») : la réaction bouleversée d'Anne-Elisabeth Blateau



# ANTICIPATION

Malgré tout, Yannik Mazzilli restait convaincu que tout irait bien: «Il était sûr qu'il allait s'en sortir, il nous a tous emmenés avec lui dans son déni. Peut-être que si on avait su la gravité de la situation, on aurait envisagé les choses différemment...», a confié la femme du comédien, pour qui **une cagnotte solidaire a été lancée.**

Vanessa Mazzilli regrette que son mari n'ait pas eu le temps de dire tout ce qu'il aurait voulu, notamment à leurs enfants, Mila et Liam, âgés de 18 et 15 ans: «Nous n'avons jamais évoqué sa fin de vie, il n'a pas eu le temps de me dire ce qu'il voulait pour ses obsèques... Il n'a pas vraiment eu le temps de nous protéger finalement.»





# ANTICIPATION



Le ProSA :  
comment faire ?

## 3 TÂCHES EN PRATIQUE



Nous préparer



Discuter



Documenter

## 3 FORMATS



Instructions  
médicales d'urgence



Directives anticipées



Plan de soins  
anticipé



# Gestion des symômes

## Adaptation des traitements et du plan de soin anticipé



### IMU-1 (RCP-OUI)

*Prolonger la vie avec RCP en cas d'ACR*



### IMU-2 (RCP-NON)

*Prolonger la vie en cas d'insuffisance organique, mais sans RCP*



### IMU-3 (RCP-NON)

*Prolonger la vie en cas d'insuffisance organique, mais sans ventilation invasive*



### IMU-4 (RCP-NON)

*Prolonger la vie en cas d'insuffisance organique, mais sans soins intensifs ni intermédiaires*



### IMU-5 (RCP-NON)

*Assurer le confort, sans prolonger la vie*





# ANTICIPATION

## **DIRECTIVES ANTICIPEES de Madame Madeleine**

Je soussignée, Madeleine à Genève, en pleine possession de mes moyens, veux, que lorsque je perdrai la capacité de prendre moi-même des décisions, mes volontés, ci-après exprimées, soient respectées, sauf décision formelle de ma part :

Je refuse toute mesure de réanimation.  
Je refuse tout transfert en unité de soins intensifs pour surveillance ou soutien hémodynamique.

J'accepte les traitements nécessaires, pour apaiser les symptômes gênants et assurer mon confort, sans toutefois prolonger ma vie. En particulier :

- Je souhaite être soulagée de la douleur par tous les moyens nécessaires, y compris la voie injectable et au risque d'une altération de mon état de conscience, sans intention de prolonger ma vie.
- Je refuse toute alimentation artificielle quel que soit le mode d'administration : sonde naso-gastrique ou voie intraveineuse.
- J'accepte l'hydratation sous-cutanée, dans le but de soulager mes symptômes sans toutefois intention de prolonger ma vie.
- Je refuse toute transfusion sanguine en l'absence de difficulté à respirer.
- J'accepte les antibiotiques dans le but de soulager mes symptômes, si c'est le seul moyen à disposition.

J'accepte une sédation si nécessaire, dans le cas d'hémorragie massive ou de dyspnée aiguë, sans intention toutefois de précipiter ma mort.

En cas de nécessité, je souhaite être hospitalisée, si possible, à l'Hôpital de Gériatrie.

### **Autopsie :**

Je refuse l'autopsie, sauf si obligation juridique.

### **Inhumation/Incinération :**

Je souhaite que ma fille son mari, mes petits enfants, mes neveux, leurs épouses et leurs enfants, leur mère, mes cousines, les ... et ... se réunissent comme si j'étais parmi eux, pour écouter de la musique, lire des poèmes, être heureux tous ensemble, célébrer la vie, nos rires passés et nos rires présents.

Je ne veux pas de service funèbre.

Je souhaite que l'on annonce mon décès dans le journal et que l'on envoie le même avis à ...

Mon désir est d'être incinérée, sauf si ma fille ne le souhaite pas, j'accepte SA décision.

- Si je suis incinérée, je souhaite que mes cendres soient dispersées .... Si je ne suis pas incinérée, je laisse ma fille décider de la suite.

Je désigne ma fille, , comme représentante thérapeutique, qui sauvegardera mes intérêts personnels et garantira le respect de mes volontés ci-dessus.

Directives Anticipées, faites à Thônex, le 14 septembre 2005, en présence de Mme DUCLOUX Dominique, infirmière spécialisée, et du Dr. PRADA Paco.





# DIRECTIVES ANTICIPEES

Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation. CC

RO 2011

## Sous-chapitre II: Des directives anticipées du patient

### *Art. 370*

#### A. Principe

<sup>1</sup> Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

<sup>2</sup> Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.

<sup>3</sup> Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.



# DIRECTIVES ANTICIPEES

Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation. CC

RO 2011

## Sous-chapitre II: Des directives anticipées du patient

### *Art. 370*

#### A. Principe

<sup>1</sup> Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.

<sup>2</sup> Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.

<sup>3</sup> Elle peut prévoir des solutions de remplacement pour le cas où la personne désignée déclinerait le mandat, ne serait pas apte à le remplir ou le résilierait.



Constitution  
de la loi

5

# DIRECTIVES ANTICIPEES

## *Art. 371*

<sup>1</sup> Les directives anticipées sont constituées en la forme écrite; elles doivent être datées et signées par leur auteur.

<sup>2</sup> L'auteur de directives anticipées peut faire inscrire la constitution et le lieu du dépôt des directives sur sa carte d'assuré. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires, notamment en matière d'accès aux données.

<sup>3</sup> La disposition régissant la révocation du mandat pour cause d'incapacité s'applique par analogie aux directives anticipées.

## *Art. 512*

C. Survenance  
de l'incapacité  
de discernement

<sup>1</sup> Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement et qu'il ignore si celui-ci a rédigé des directives anticipées, il s'informe de leur existence en consultant la carte d'assuré du patient. Les cas d'urgence sont réservés.

<sup>2</sup> Le médecin respecte les directives anticipées du patient, sauf si elles violent des dispositions légales, ou si des doutes sérieux laissent supposer qu'elles ne sont pas l'expression de sa libre volonté ou qu'elles ne correspondent pas à sa volonté présumée dans la situation donnée.

<sup>3</sup> Le cas échéant, le médecin consigne dans le dossier médical du patient les motifs pour lesquels il n'a pas respecté les directives anticipées.



# DIRECTIVES ANTICIPEES

Que savez-vous de votre maladie?

Serait-il possible que nous parlions de ce à quoi nous pourrions nous attendre avec votre maladie ?

Avez-vous pensé à ce que cela pourrait être si vous tombiez plus malade ?





# Plan de soins anticipé

	<b>FIG 2</b>	Plan de soins anticipé	
--	--------------	------------------------	--

Date:

Nom et prénom du patient:

Date de naissance:

**1) Diagnostic et contexte de soin motivant la définition de soins anticipés**  
(p.ex.: aggravation d'un problème de santé, risque d'hospitalisation, infection aiguë, soins palliatifs, etc.)

**2) Personnes présentes lors de la discussion:** \_\_\_\_\_

• Valeurs et priorités discutées avec le patient:	
• Éléments abordés risquant de s'aggraver ou de survenir:	
• Options discutées (avantages/désavantages):	
• Capacités de ressources de la famille/proches aidants:	
• Contact des personnes mobilisables en cas de besoin (numéro de téléphone):	

**3) Préférences si péjoration:**

<p><b>Transfert oui / non</b> Critères de transfert:</p> <p>Lieu (maison d'accueil, soins palliatifs institutionnels, hôpitaux palliatifs...):</p> <p>Éventuellement contact pris:</p>
--

**Instructions médicales d'urgence**

Mesure:	Précisions:
Réanimation cardiopulmonaire OUI/NON	
Intubation OUI/NON	
Soins intensifs OUI/NON	
Soins de confort OUI/NON	

**4) Discussion avec l'équipe de soins: (décisions, qui appeler, qui informer, mode de communication)**

--

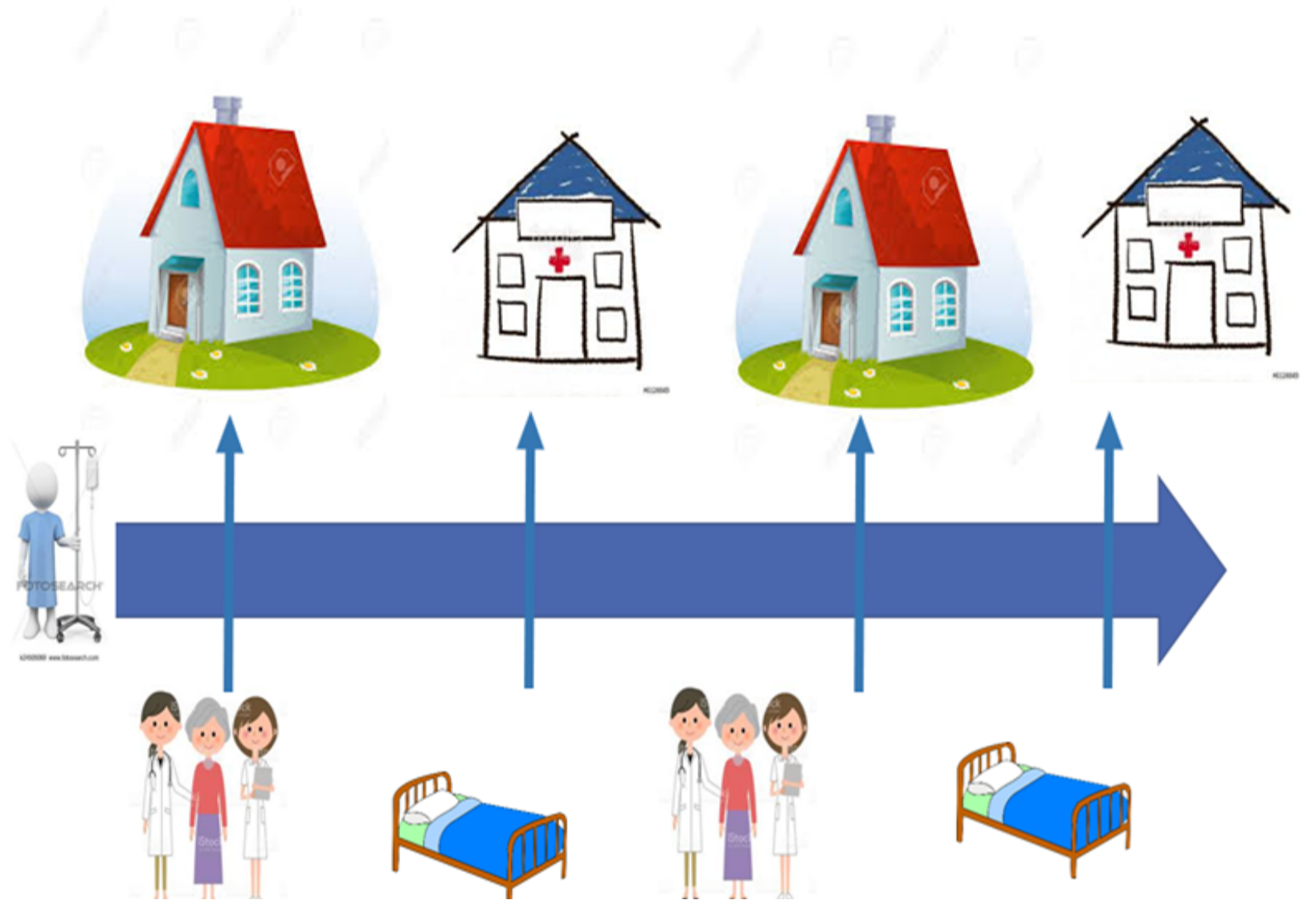
**5) Date de la prochaine réévaluation du plan de soins anticipé:** \_\_\_\_\_

Signature(s) (optionnel): \_\_\_\_\_





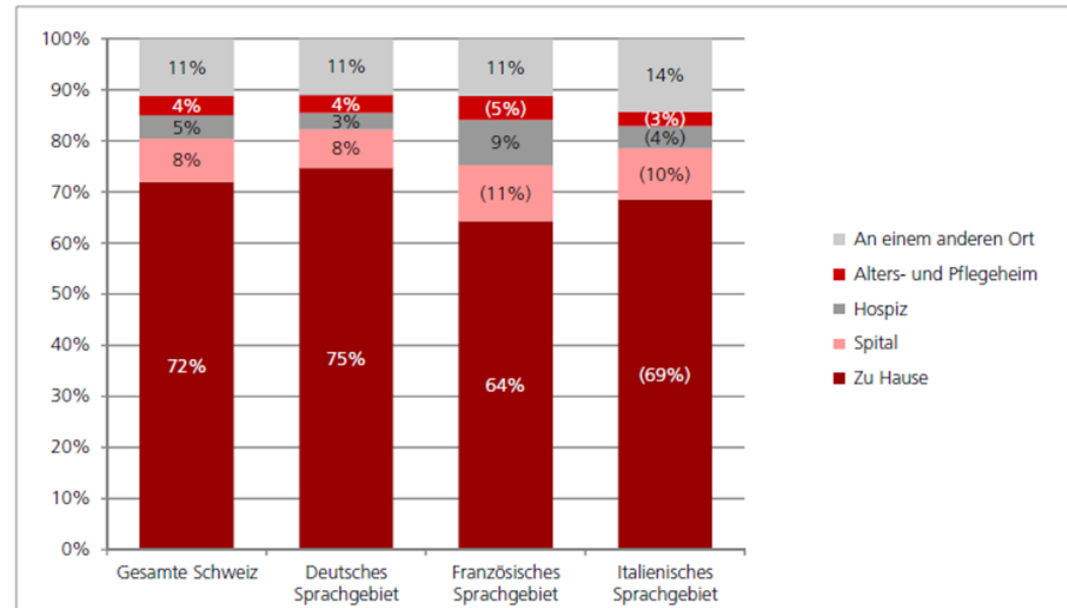
# RESEAU





# domicile

Abbildung 8: Gewünschter Sterbeort, nach Sprachgebiet

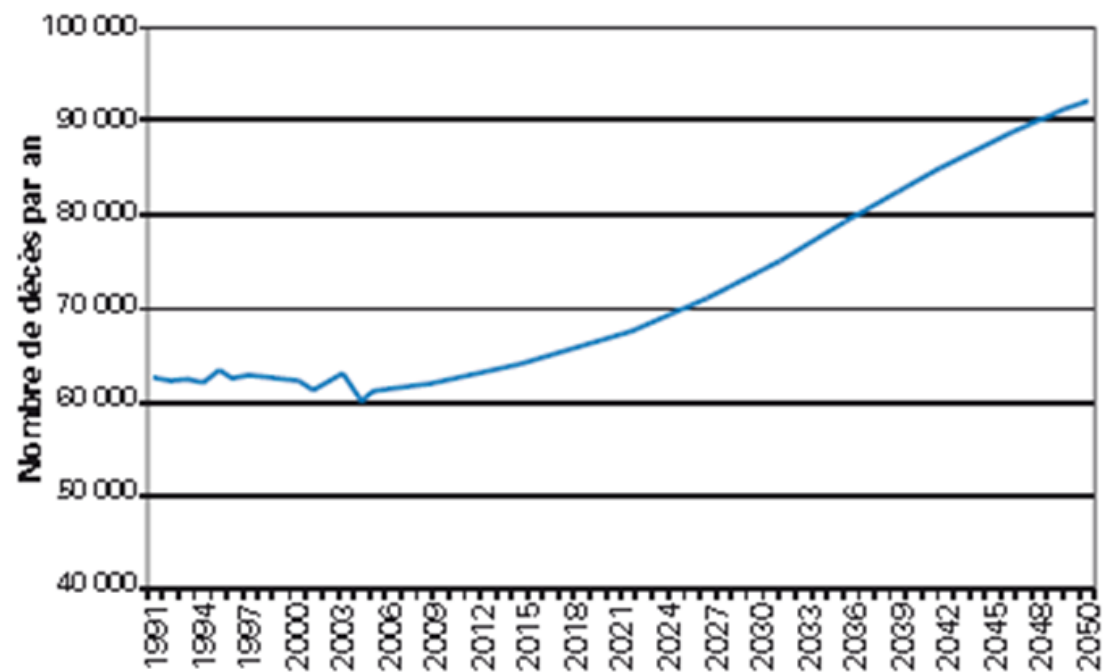


Anmerkung: Bei den Prozentwerten in Klammern () besteht kein statistisch signifikanter Unterschied des französischen bzw. italienischen Sprachgebiets zum deutschen Sprachgebiet  
Gesamte Schweiz: n=1'644 (41 ohne Angabe), Deutsches Sprachgebiet: n= 936, franz. Sprachgebiet: n=401 und ital. Sprachgebiet n=307  
Quelle: Befragung Palliative Care 2017, Frage F17, Berechnungen BASS





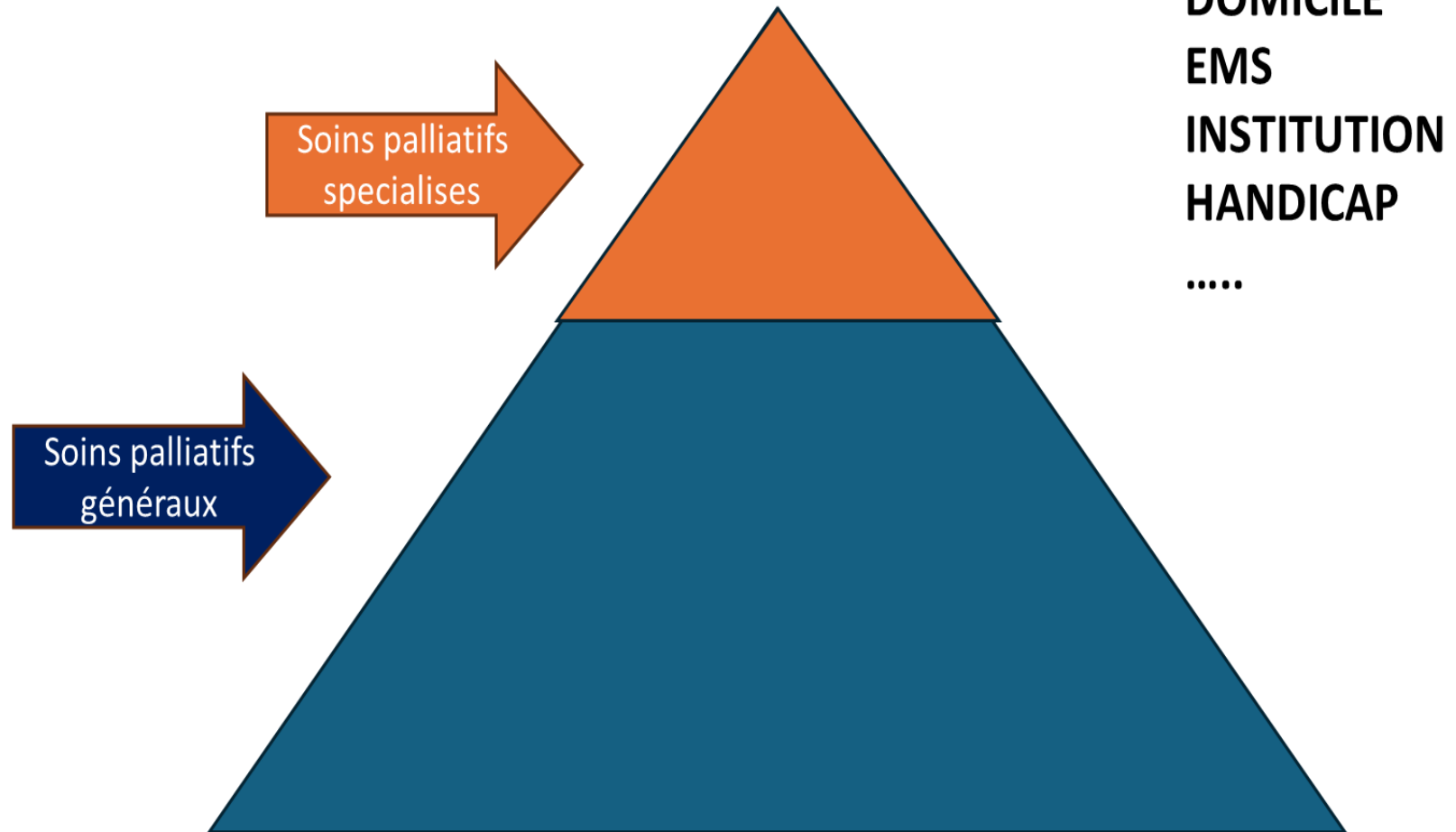
**Fig. 2 : Evolution du nombre de décès en Suisse jusqu'en 2050**



Source : Office fédéral de la statistique



# Soins palliatifs





≠	Approche palliative (soins palliatifs généraux)	Soins palliatifs spécialisés (appeler CoSpa)
<b>SYMPTÔMES</b>	<p><b>Identifier les symptômes les plus gênants (ESAS).</b>  <b>Mettre en place les traitements médicamenteux et non médicamenteux.</b></p>	<p><b>Symptômes multiples ou non contrôlés</b></p>
<b>PROJET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier rapidement ce qui est important pour le patient et ses proches et le projet à la suite de l'hospitalisation.</li> <li>• Identifier le réseau : proches, médecin traitant, soins à domicile, ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient précaire-situation sociale complexe-besoin encadrement +++</li> <li>• Situation conflictuelle</li> <li>• Demande aide à mourir</li> <li>• Fin de vie à domicile souhaitée</li> </ul>
<b>ANTICIPATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier le type d'urgence qui pourrait survenir et l'attitude décidée, tenir compte des craintes du patient et des proches.</li> <li>• Demander les perceptions du patient concernant les traitements de maintien en vie, de réanimation.</li> <li>• Tenir à jour la fiche attitude dans DPI.</li> <li>• Remplir le micro formulaire du plan de soins anticipé.</li> <li>• Utilisation de Concerto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation conflictuelle -anticipation difficile</li> </ul>
<b>PROCHES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les personnes importantes pour le patient.</li> <li>• Evaluer les préoccupations du patient vis à vis de ses proches ou sentiment d'être un fardeau.</li> <li>• Programmer rencontre des proches. (identifier les besoins et préoccupations des proches Les informer/réseau (sites de référence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Épuisement des proches</li> <li>• Vulnérabilité d'ordre social ou problématique d'ordre culturelle</li> </ul>



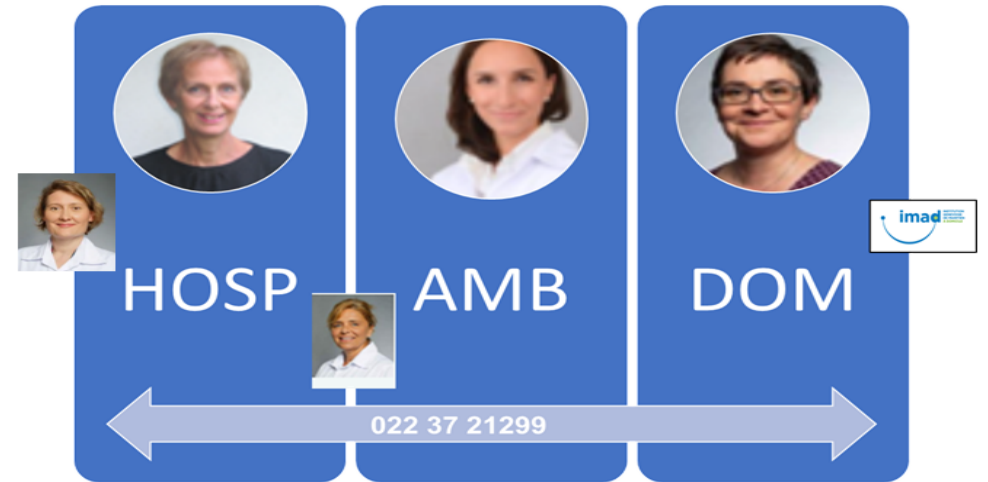
# les soins palliatifs spécialisés

## Le service de médecine palliative

UNITES LITS SPECIALISEES



CoSpa





## CONSULTATIONS SOINS PALLIATIFS (CoSPa)

L'expertise en soins palliatifs au service de vos patients

### **Soins palliatifs, douleurs, directives anticipées, projet de soins anticipés, approches complémentaires**

- ▶ Evaluation et propositions thérapeutiques pour la gestion des symptômes
- ▶ Aide à la réflexion éthique et à la prise de décision
- ▶ Aide et soutien au projet de soins anticipé (PSA) et à l'élaboration des directives anticipées (DA)
- ▶ Evaluation des besoins et soutien des proches
- ▶ Aide dans l'orientation du patient au sein du réseau de soins
- ▶ Proposer des approches complémentaires : massage, réflexologie, hypnose, sophrologie en lien avec les symptômes



# LES PROCHES

Les aidants familiaux ont été confrontés

- à des "problèmes psychologiques" (48,4 %),
- à l'impact de l'état des patients sur leur vie (38,7 %)
- et à des "inquiétudes pour l'avenir" (22,6 %)

*Valleggi A, and all. BMC Health Serv Res. 2023*

**La détresse du proche est proportionnelle au déclin de l'état du patient, à la détresse symptomatique et à une mauvaise compréhension du pronostic ; Les facteurs de risque d'une évolution défavorable du deuil comprenaient les circonstances défavorables du décès du patient.**

***Alam S. and all. J Clin Oncol.***

**2020**





# REPRESENTANT THERAPEUTIQUE

Art. 5/8

B. Représentants <sup>1</sup> Sont habilités à représenter la personne incapable de discernement et à consentir ou non aux soins médicaux que le médecin envisage de lui administrer ambulatoirement ou en milieu institutionnel, dans l'ordre:

1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'incapacité;
2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical;
3. son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière;
5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière;
7. ses frères et sœurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière.

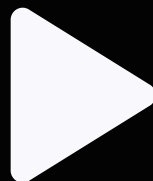
<sup>2</sup> En cas de pluralité des représentants, le médecin peut, de bonne foi, présumer que chacun d'eux agit avec le consentement des autres.

<sup>3</sup> En l'absence de directives anticipées donnant des instructions, le représentant décide conformément à la volonté présumée et aux intérêts de la personne incapable de discernement.

1

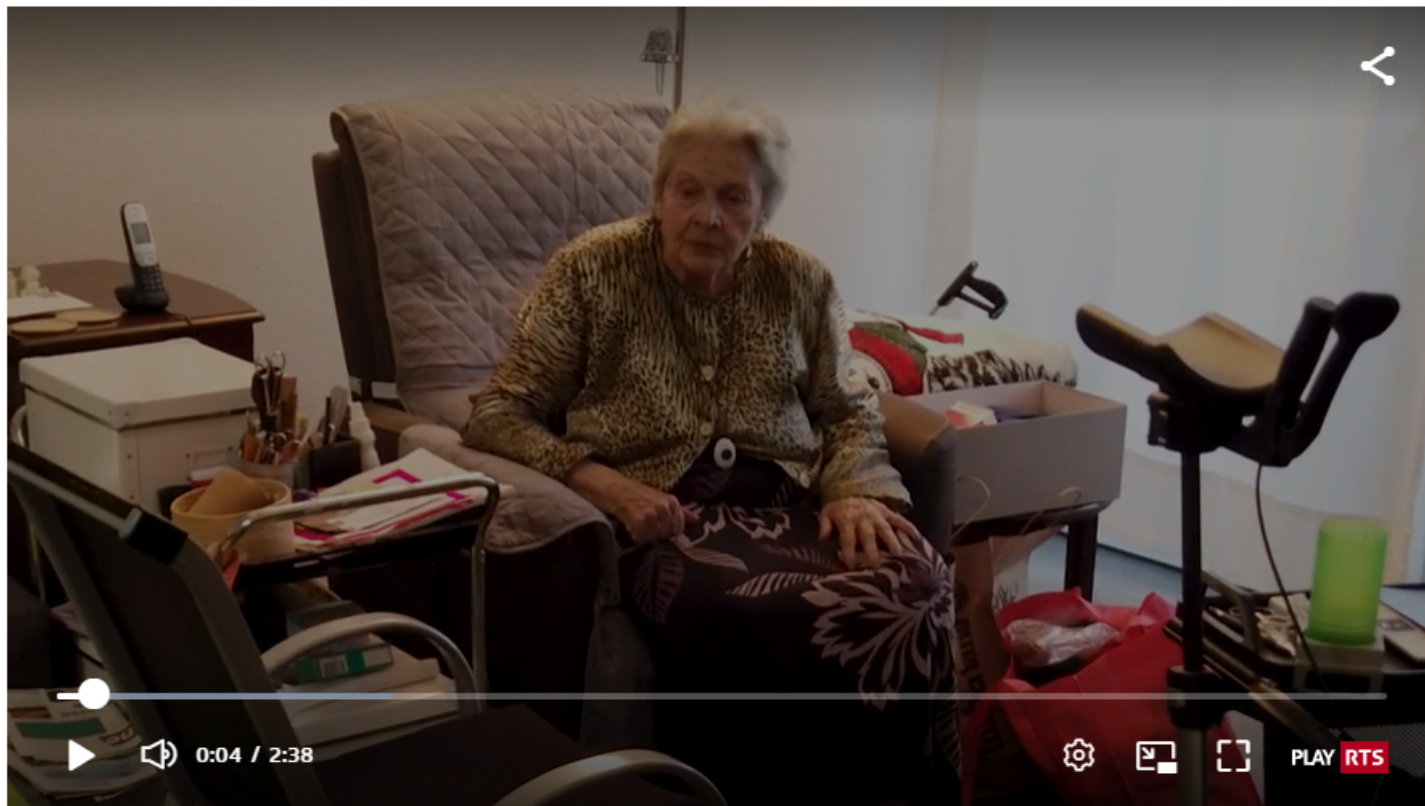


# LES PROCHES- ANNIE





# PROCHES-AIDANTS



Proche aidant: "je le fais avec le coeur" / L'actu en vidéo / 2 min. / le 14 octobre 2022

Propos recueillis par David Berger/md/iar



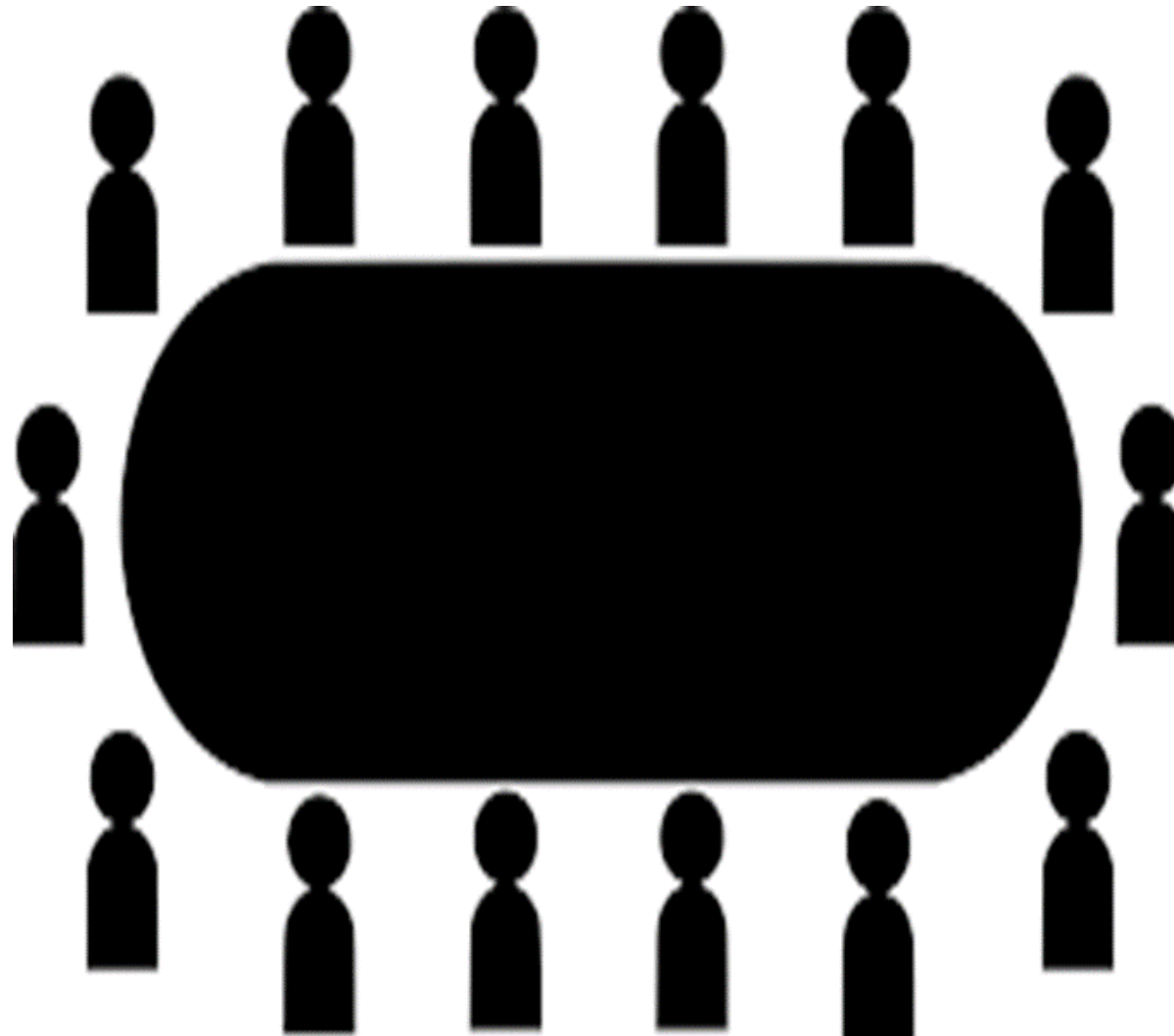


# PROCHES-AIDANTS





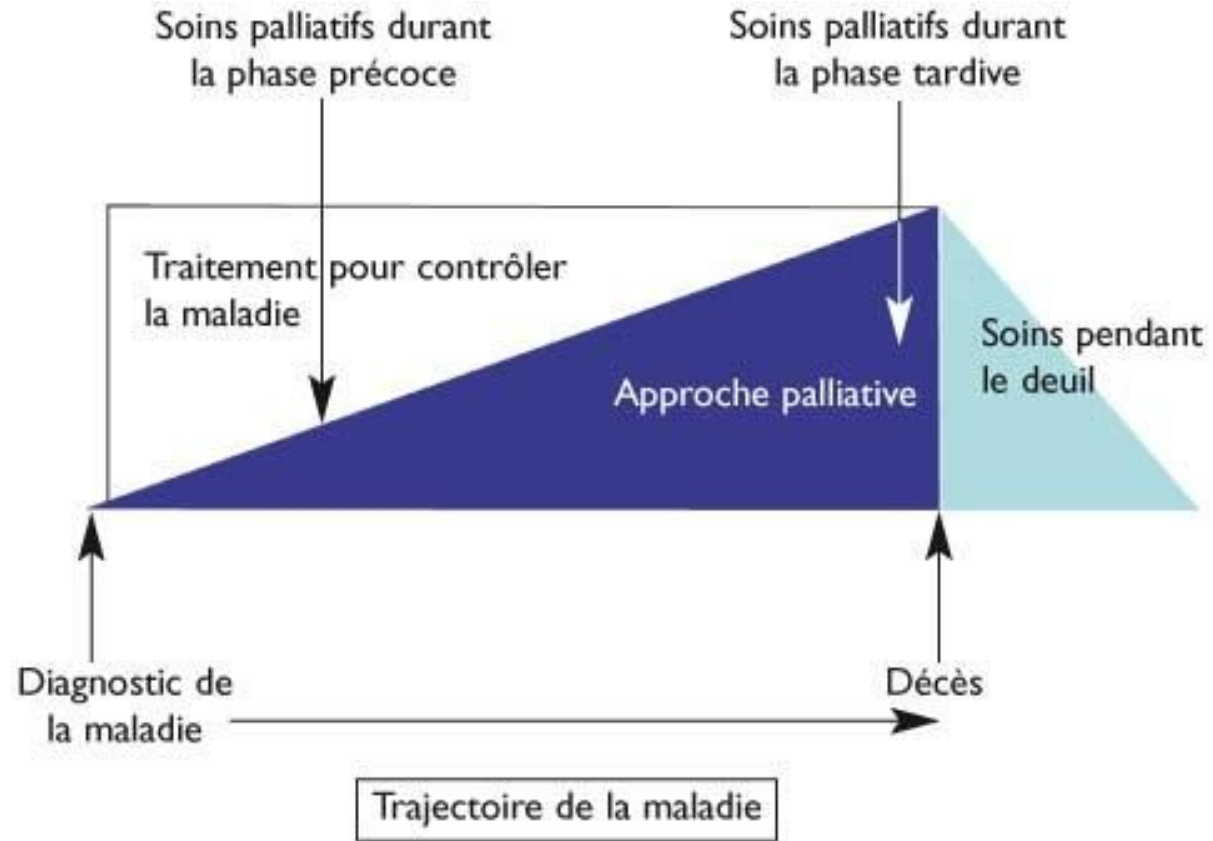
## Soutien des proches





2

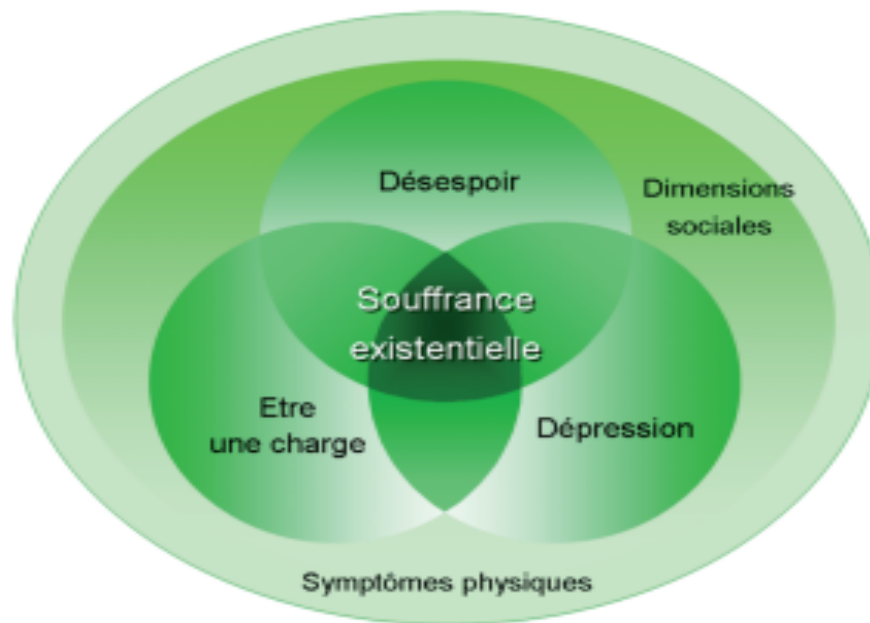
# Fin de vie





## Fin de vie - les patients qui demandent à mourir

- 5 à 14% des patients palliatifs éprouvent, à un moment ou à un autre de leur maladie, un désir sérieux de mourir.
- Parmi ceux-ci, 1,5% font une demande explicite à leur médecin



**Figure 1. Facteurs contributifs au désir de mort**



## Fin de vie - les patients qui demandent à mourir

1. Permettre à un processus mettant fin à la vie de suivre son cours
2. Laisser la mort mettre un terme à de graves souffrances
3. Mettre fin à une situation qui est considérée comme une demande déraisonnable
4. Épargner les autres du fardeau de soi
5. Préserver l'autodétermination dans les derniers moments de la vie
6. Mettre fin à une vie qui n'a plus de valeur
7. Ne pas avoir attendre la mort



2

# EUTHANASIE

Les autorités fédérales  
de la Confédération suisse

| Glossaire |

Deutsch | Français | Italiano |  
Rumantsch | English

Fédérales

Documentation

Services

A propos du portail

Page d'accueil > Législation > Recueil Systématique > Droit interne > Page de garde > **RS 311.0 Code pénal suisse**

recherche

[imprimer la page](#)

[Recherche avancée](#)

[Livres 2 Dispositions spéciales](#)

[Titre 1 Infraction contre la vie et l'intégrité corporelle](#)

[< Art. 114 1. Homicide. / Meurtre sur la demande de la victime](#)

[> Art. 116 1. Homicide. / Infanticide](#)

## - **Art. 114<sup>1</sup>**. Homicide / Meurtre sur la demande de la victime

### Meurtre sur la demande de la victime

Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 23 juin 1989, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1990 (RO 1989 2449; FF 1985 II 1021).

<sup>2</sup> Nouvelle expression selon le ch. II 1 al. 2 de la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 3459; FF 1999 1787). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le Livre.





# FIN DE VIE-NOTRE RÔLE

le renoncement à des mesures de maintien en vie ou l'interruption de telles mesures,  
le soulagement des symptômes avec des médicaments  
la sédation palliative en cas de symptômes réfractaires





# SEDATION PALLIATIVE

2

Diminution continue ou limitée dans le temps de l'état de conscience par l'administration volontaire de sédatifs dans le plus faible dosage efficace dans le but de limiter la perception ou de soulager des symptômes réfractaires chez un patient à un stade avancé de sa maladie .

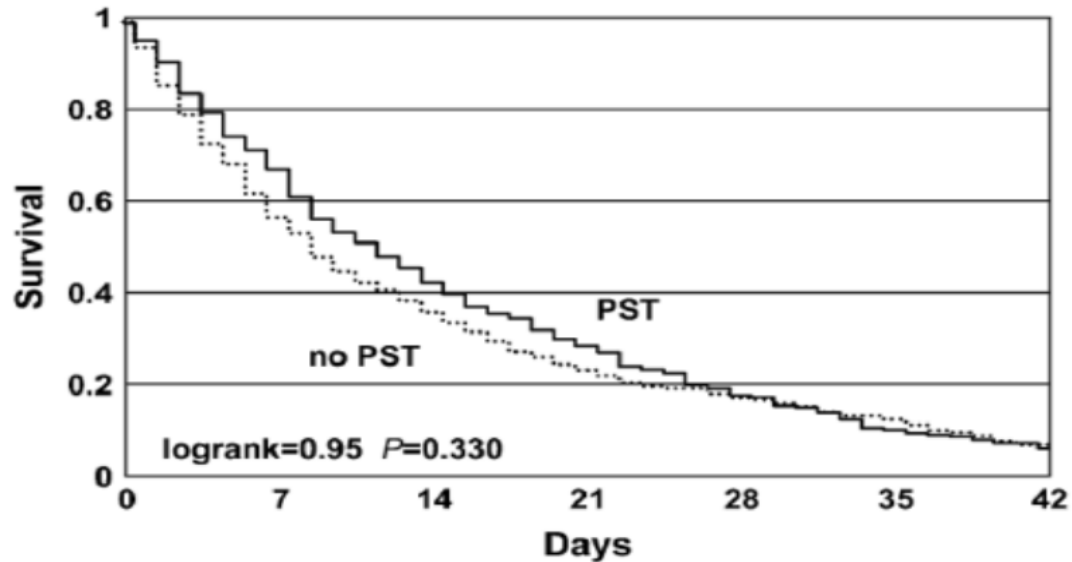
Symptôme réfractaire : Symptôme qui, malgré l'introduction de « toutes » les possibilités thérapeutiques existantes par une équipe compétente en soins palliatifs, ne parvient pas à être soulagé de manière satisfaisante. La charge imposée par le traitement doit être acceptable compte tenu de la situation individuelle et du stade de la maladie et le symptôme doit être soulagé dans un délai approprié en tenant compte de la durée de vie restante .

Le terme réfractaire décrit la nature intraitable (pour les professionnels de santé) et intolérable (pour le patient) de la souffrance. Autrement dit, un symptôme est réfractaire s'il n'existe pas de traitement acceptable au sens ci-dessus et non pas s'il n'existe pas de traitement du tout. La consultation d'experts en soins palliatifs et/ou d'autres experts en soins de santé pour déterminer le caractère intraitable de la souffrance est fortement recommandée avant d'appliquer la sédation palliative

Directives ASSM, Attitude face à la fin de vie et à la mort, glossaire p. 32 4 Surges SM, and all , Revised EAPC recommended framework on palliative sedation 2024



# SEDATION-PRONOSTIC



## No. pts at risk

PST	267	189	120	79	50	27	18
No PST	251	154	95	60	44	32	17

Fig. 4 Kaplan-Meier survival curves for cohort A (palliative sedation treatment [PST]) and cohort B (no PST), showing no difference in survival between groups [21]

# SUICIDE ASSISTE-LOI



chaft

Les autorités fédérales  
de la Confédération suisse

| Glossaire |

Deutsch | Français | Italiano |  
Rumantsch | English

Fédérales

Documentation

Services

A propos du portail

Page d'accueil > Législation > Recueil Systématique > Droit interne > Page de garde > **RS 311.0 Code pénal suisse**

recherche

[Recherche avancée](#)

[imprimer la page](#)

[Livre 2 Dispositions spéciales](#)

[Titre 1 Infraction contre la vie et l'intégrité corporelle](#)

< [Art. 114 1. Homicide. / Meurtre sur la demande de la victime](#)

> [Art. 116 1. Homicide. / Infanticide](#)

## Art. 115

### Incitation et assistance au suicide

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Nouvelle expression selon le ch. II 1 al. 3 de la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 ([RO 2006 3459](#); [FF 1999 1787](#)). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le Livre.

Etat le 1<sup>er</sup> janvier 2013

Pour remarques et observations: [Centre des publications officielles](#)

Les autorités fédérales de la Confédération suisse

[Contact](#) | [Informations juridiques](#)



# FIN DE VIE

<https://www.rts.ch/audio-podcast/204/audio/les-echos-de-vacarme-adoucir-la-mort-28431073.html>

## AUDIO & PODCAST

[ACCUEIL](#) [EMISSIONS A-Z](#) [CHAINES ▾](#)

41.15



Documentaires et reportages

## Les Échos de Vacarme - Adoucir la mort

[▶ ECOUTER](#)

[Partager](#)

[Télécharger](#)

Mourir paisiblement chez soi à un âge avancé, si possible pendant son sommeil, voilà le «départ idéal» souhaité par la plupart d'entre nous. En réalité, 8 Suisses sur 10 décèdent dans un EMS ou à l'hôpital, des suites de maladies cardio-vasculaires (27,5%) ou de cancers (23,1%), selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique. Quand le moment approche, différentes formes d'accompagnement existent, que ce soit aux soins palliatifs ou dans des lieux spécifiques qui proposent soins, thérapies ou encore groupes de parole. Comment appréhender ce passage inévitable qu'est la mort? Comment s'y préparer pour y arriver de la façon la plus apaisée possible?

Production : Raphaële Bouchet

Réalisation : Jean-Daniel Mottet



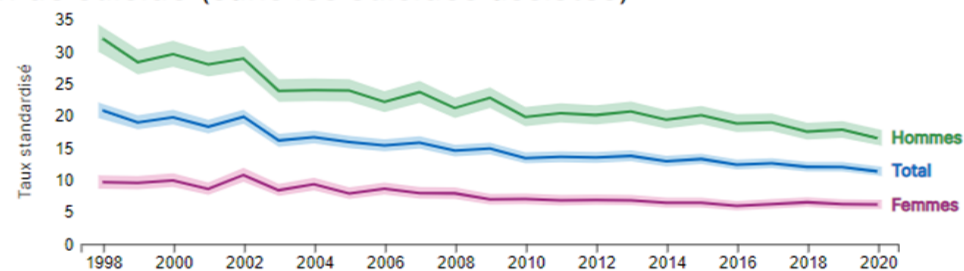
# SUICIDE

Nombre de cas par 100 000 habitants, taux standardisé

**Le suicide assisté n'est qu'un % des décès en CH**

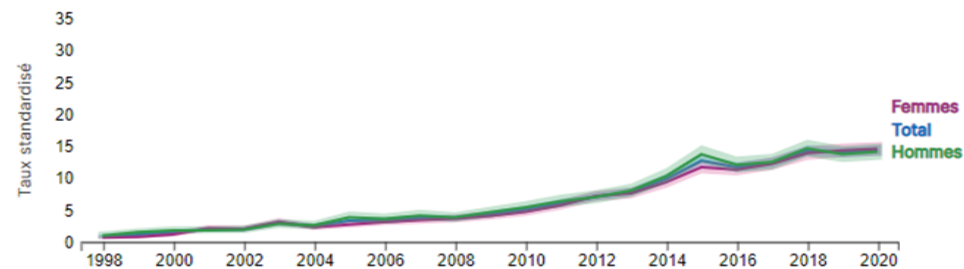
n:76195  
1.6% des décès

Taux de suicide (sans les suicides assistés)



© Obsan 2023

Taux de suicide assisté



© Obsan 2023

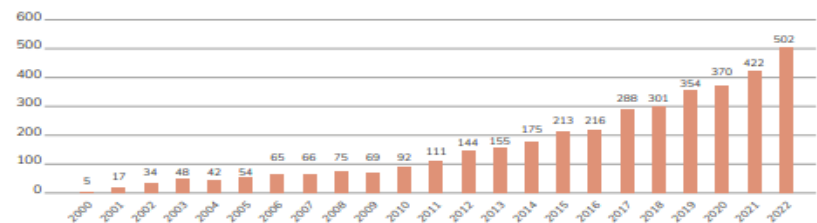


# SUICIDE-EXIT CH ROMANDE

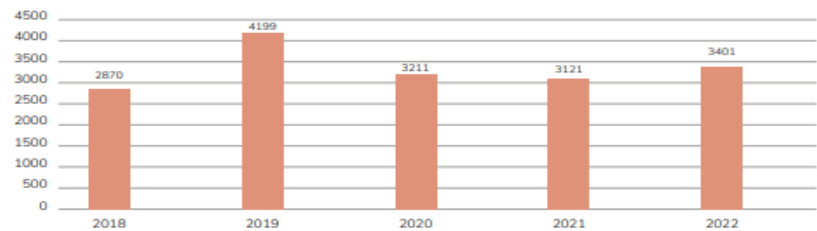
Nombre d'accompagnements par canton et lieu de vie

	VD	GE	VS	NE	FR	BE	JU	TOTAL GÉNÉRAL
DOMICILE	147	103	57	48	29	19	8	411
EMS	19	17	6	11	7	4	1	65
FOYER		4	2				1	7
HÔPITAL	5	5	1	1			1	13
IEPA		1						1
POMPES FUNÈBRES				2				2
UATHM ONEX		3						3
TOTAL GÉNÉRAL	171	133	66	62	36	23	11	502

Évolution des accompagnements de 2000 à 2022



Nombre de nouvelles adhésions de 2018 à 2022





# SUICIDE-ASSM 2021

DIRECTIVES  
MEDICO-ETHIQUES  
Attitude face à la  
fin de vie et à la mort

SAMW ASSM

Si, après une information et une évaluation minutieuses, le patient persiste dans son désir, le médecin peut, sur la base d'une décision dont il endosse personnellement la responsabilité, apporter une aide au suicide, sous réserve que les quatre conditions préalables suivantes soient réunies et satisfaites.

Une tierce personne indépendante, qui ne doit pas nécessairement être médecin, doit par ailleurs examiner si les deux premières conditions listées ci-dessous sont remplies

- 1. Capacité de discernement:** le patient est capable de discernement par rapport au suicide assisté
- 2. Volonté indépendante:** le désir de mourir est murement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Afin de le clarifier, le médecin doit discuter en détail avec le patient lors d'au moins deux entretiens espacés d'au moins deux semaines, sauf exceptions justifiées.
- 3. Souffrance extrême:** les symptômes et/ou les limitations fonctionnelles du patient ont atteint un degré extrême et ce ressenti doit être objectivé par un diagnostic ou un pronostic en ce sens., celui-ci doit documenter qu'il a fait preuve de toute la diligence nécessaire pour se familiariser avec la situation personnelle concrète du patient, ce qui l'a amené à comprendre le caractère insupportable de la souffrance. Une justification abstraite reposant sur un diagnostic ne suffit pas à elle seule, mais peut venir étayer le jugement du médecin, notamment
- 4. Examen d'autres alternatives:** des options thérapeutiques indiquées ainsi que d'autres offres d'aide et de soutien ont été recherchées, puis expliquées et proposées au patient, mais ont échoué ou ont été refusées par le patient capable de discernement à cet égard.





# SUICIDE-LES PROCHES



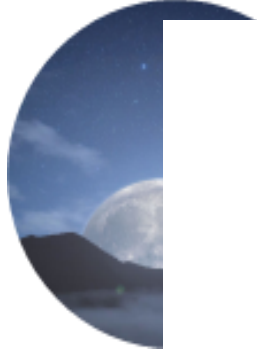
## **Exit, la douleur des proches**

En Suisse, le nombre de suicides assistés a plus que triplé en dix ans. Ainsi, en 2023, et rien qu'en Suisse romande, l'association Exit a accompagné...

[rts.ch](https://www.rts.ch)





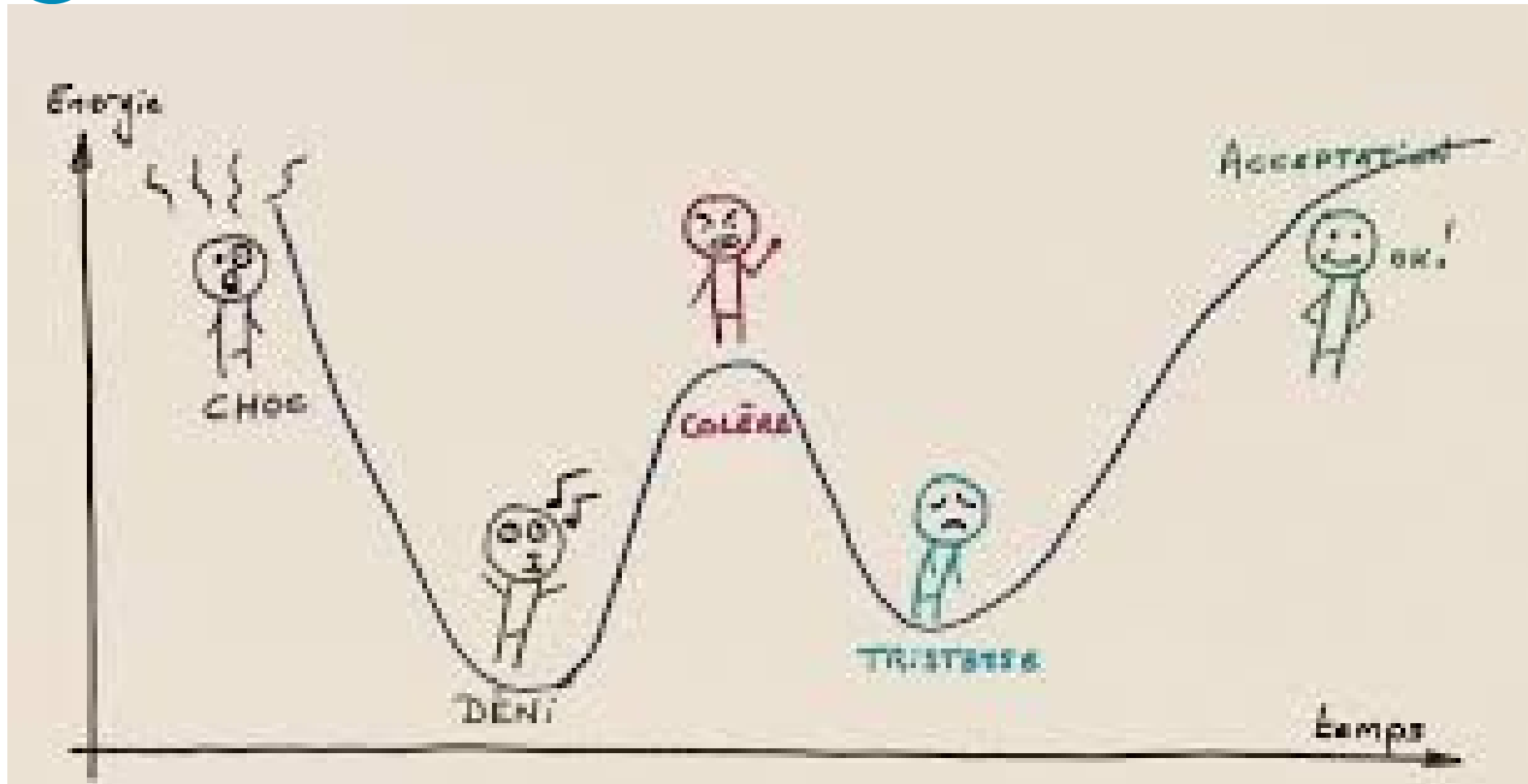


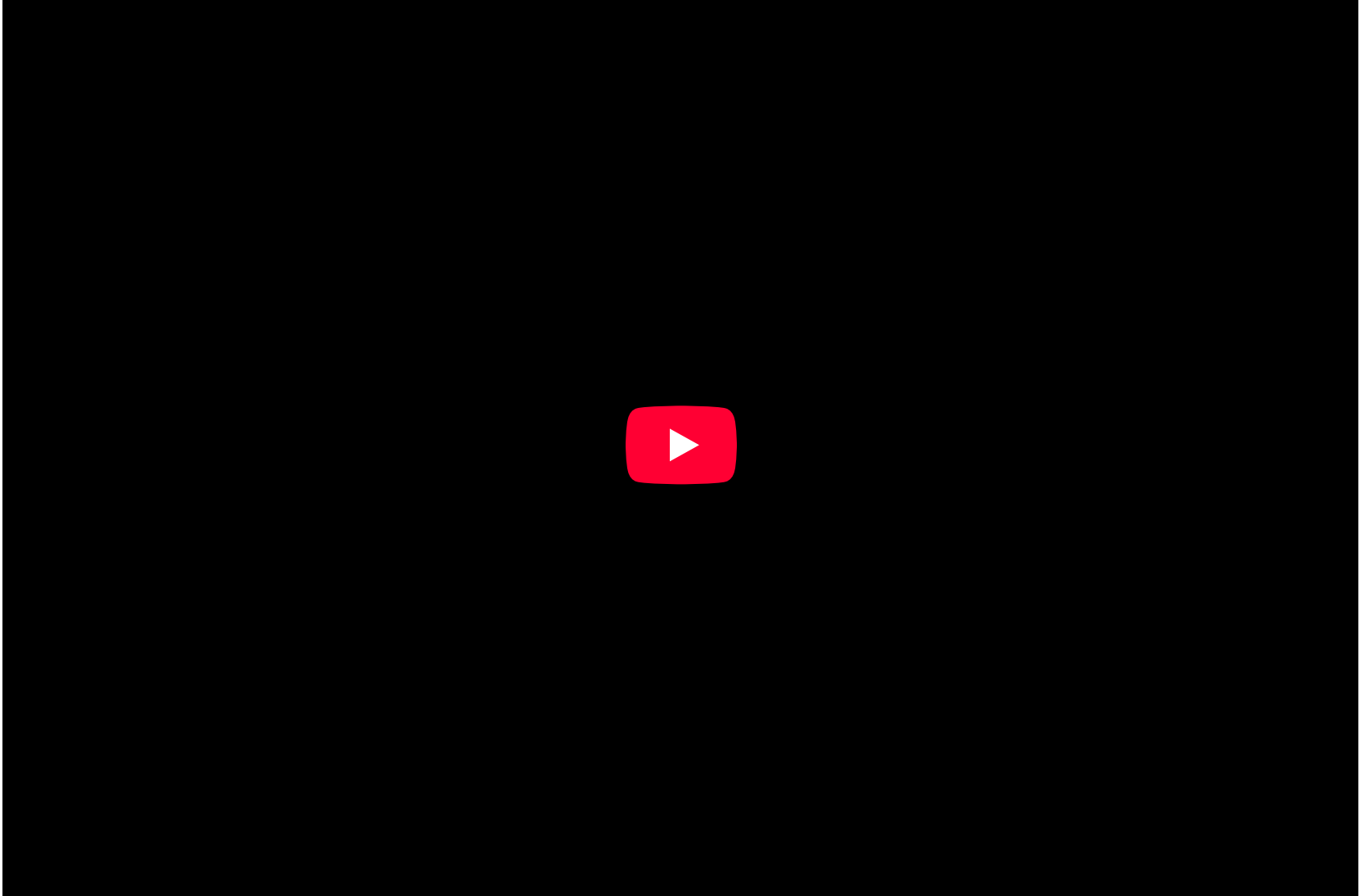
<b>Critères</b>	<b>Sédation Palliative</b>	<b>Euthanasie</b>	<b>Suicide Assisté</b>
<b>Définition</b>	Administration contrôlée de médicaments pour réduire ou supprimer la conscience afin de soulager des souffrances réfractaires en fin de vie.	Acte délibéré d'un tiers (généralement un médecin) qui administre une substance létale à la demande du patient pour provoquer sa mort.	Fourniture par un tiers (souvent un médecin) d'une substance létale que le patient administre lui-même pour mettre fin à sa vie.
<b>Intention</b>	Soulagement de la souffrance, sans intention de hâter la mort.	Provoquer délibérément la mort du patient.	Permettre au patient de mettre fin à sa vie.
<b>Agent de l'acte</b>	Médecin, équipe soignante.	Médecin ou autre professionnel de santé.	Patient lui-même.
<b>Létalité directe</b>	Non, la sédation palliative ne provoque pas directement la mort.	Oui, l'administration de la substance entraîne directement la mort.	Oui, mais c'est le patient qui prend l'initiative finale.
<b>Cadre légal en Suisse</b>	Autorisée sous conditions strictes en soins palliatifs.	Illégale.	Légal sous certaines conditions (article 115 du Code pénal suisse : absence de mobile égoïste).
<b>Consentement du patient</b>	Requis si possible, mais peut être décidé en cas d'incapacité dans le cadre d'une souffrance réfractaire.	Requis et explicite.	Requis et explicite.
<b>Proportionnalité et réversibilité</b>	Ajustée en fonction des symptômes et réversible si nécessaire.	Irréversible.	Irréversible.
<b>Exemple de mise en œuvre</b>	Un patient en phase terminale avec des douleurs réfractaires reçoit une sédation continue jusqu'à son décès naturel.	Un médecin administre une injection létale à un patient qui en a fait la demande explicite.	Un patient atteint d'une maladie incurable prend un médicament létal prescrit par un médecin.





# LES PHASES DU DEUIL







## TRUST (BARSS, 2008) extraits

**T -Traditions:** Y a-t-il des aspects de vos traditions/pratique/expériences spirituelles, religieuses, culturelles et ou guérison dont vous aimeriez que l'équipe soignante soit informée?  
Comment cela pourrait-il influencer notre façon de travailler ensemble?  
Que disent votre/vos traditions sur la nature de la souffrance? Que ressentez-vous à ce sujet

**R-Réconciliation:** Y a-t-il des situations, choix, ou actions d'autres personnes dans votre vie avec lesquelles vous ne vous sentez pas en paix actuellement?  
Que signifie pour vous réconciliation? A quoi cela ressemblerait?

**C-Compréhension:** Y a-t-il des croyances ou pratiques personnelles qui vous soutiennent ou vous réconfortent en ce moment?  
•Qu'est-ce qui donne un sens à votre vie ? Y a-t-il un sens que vous donnez à vos difficultés actuelles ?

**Q-Quête:** Y a-t-il des questions d'ordre spirituel concernant vos difficultés actuelles que vous aimeriez avoir l'occasion d'explorer ?



**E-Enseignements:** Qui considérez-vous comme vos enseignants/mentors/chefs/compagnons spirituels



1

# Comment aborder la mort dans les études de médecine?

La mort. Omniprésente, observatrice, accompagnatrice. C'est une entité que nous connaissons tous. Selon les cultures, elle peut prendre la forme de Thanatos, de la Faucheuse, de Hel. À un moment ou l'autre, tout le monde devra y faire face, surtout ceux qui se lancent dans une vie de médecin. Il ne s'agit plus seulement de notre mort ou de celle de nos proches mais de nos futurs patients. Existe-t-il donc un bon moyen, un moyen correct de l'appréhender quand il ne s'agit pas de nous? Comment une personne peut-elle faire face à cette entité, vivre avec elle, normaliser et accepter sa présence?

Ce sont des questions que plusieurs jeunes se posent dès les débuts du cursus de médecine. Dans le discours médical dominant, la mort, c'est celle qui effraie; il « faut » l'éviter; il faut la réduire au silence jusqu'au moment où elle devient le choix le plus clément. Là, elle doit être évoquée, expliquée, argumentée. Le parcours jusqu'à la mort dans les derniers moments est important. Un bon accompagnement, tant pour les patients que pour les étudiants, moins expérimentés, est nécessaire. Nous avons le sentiment qu'avec l'acquisition d'expérience, la mort n'a plus le même effet, que les médecins, habitués, la banalisent. À notre niveau, surtout sans préparation préalable, que faire si nous nous sentons bouleversés? Nous avons envie d'en parler – mais qui écoutera? Vers qui nous tourner?

Dans les études de médecine, la mort se glisse dans l'esprit des étudiant-e-s dès la première année. À Lausanne, cela se produit souvent au deuxième semestre, où les travaux pratiques d'anatomie tant attendus arrivent enfin. À une époque, il n'y avait pas d'*introductions à la mort*. Nous – le collectif d'étudiant-e-s – entrions dans la salle dans le silence pour la séance sur le membre supérieur. Les bras, avant-bras et mains coupés occupaient les différentes tables. Une pensée prenait vie dans la tête des étudiant-e-s; toutes ces parties de corps provenaient de quelqu'un qui n'est plus. Beaucoup se demandaient l'âge des

membres et des défunts; quelles sont les conditions à remplir pour donner son corps à la science; comment les assistant-e-s d'anatomie ont pu enlever la peau et préserver les muscles, tendons et ligaments sans les sectionner?

Heureusement, les choses ont grandement évolué depuis dans certaines universités. Avant les travaux pratiques d'anatomie en première année sont organisées les *introductions à la mort*, proprement intégrées dans le cursus de médecine avec des plages horaires dédiées. Le professeur prend le temps de parler d'elle. S'ouvre un espace de discussion sûr et le partage est encouragé. Les différentes réactions possibles sont décrites et normalisées. Le respect règne.

La curiosité prend le dessus. Les étudiant-e-s désirent voir de leurs propres yeux ce qui leur est réservé.

Une fois montés à l'étage dans la fameuse salle, les chaussons bleus entrent lentement les uns après les autres. Les yeux se rivent sur les deux draps blancs à

quelques mètres l'un de l'autre, au milieu de la salle. Deux groupes se forment autour d'eux. Les corps sont lentement découverts. Diverses réactions se lisent sur les visages des étudiant-e-s: respect, choc, appréhension. Certain-e-s quittent la salle avant le dévoilement du corps entier. Afin d'accompagner les premières, un groupe d'étudiant-e-s d'années plus avancées sont présents. Ils prennent chacun-e un nombre d'étudiant-e-s sous leur aile le temps de l'introduction. Ils surveillent les néophytes et sont à disposition pour parler, pour soutenir. Parler d'elle, la fameuse, ou de n'importe quel thème susceptible d'aider lors de cette première expérience. Tout cela permet d'aborder la mort et briser les tabous l'entourant. Pour piloter cette démarche et sensibiliser à cette thématique, une association d'étudiant-e-s lausannoise a été créée: Doctors and Death. D'année en année, des volontaires portent son projet, reconnaissant le besoin de procurer un espace débarrassé de tout jugement.

La mort nous est aussi introduite en cours en première année. Nous sommes

poussé-e-s à y réfléchir, aux souhaits des patients et à la réalité qui ne s'aligne pas toujours à ces derniers. Nous songeons à ces questions pour nous-mêmes. Mais il n'y a pas qu'une seule réponse. La conversation s'ouvre.

Ce qu'il s'agit de comprendre, c'est qu'il n'y a pas de bonne manière d'appréhender la mort. Cependant, il est primordial de limiter les chocs en guidant les étudiant-e-s. Traiter de la mort tôt dans le cursus et offrir des espaces de discussion permet qu'elle ne soit pas cachée mais comprise comme intervenante active dans les études. Ceci afin d'« armer » les étudiant-e-s avec des connaissances et d'améliorer le vécu des premières confrontations durant les stages. Les *introductions* telles que décrites plus haut ne sont qu'une manière de faire, il en existe beaucoup d'autres. Et avant tout, il y a l'importance de parler, parler, parler de cette thématique et surtout écouter, écouter, écouter.

*Pensées sur la mort*

DANAI-GEORGIA BUCHER

Étudiante en 4<sup>e</sup> année de médecine  
Faculté de médecine  
Université de Lausanne  
1015 Lausanne  
dani-georgia.bucher@unil.ch





*Palliative and Supportive Care* (2015), 13, 405–408.  
© Cambridge University Press, 2014 1475-2875/15/14  
doi:10.1017/S1478951513001284

---

ESSAY/PERSONAL REFLECTIONS

**A medical student's reflection on palliative care:  
Managing emotional connection with patients**

---

ANNA HEBBLEWHITE  
School of Medicine, University of Tasmania, Hobart, Tasmania, Australia

My involvement with palliative care and an interaction with a palliative physician, Dr. M, encouraged me to consider the ways in which I become emotionally connected to the patients I see. I identified that already in my experience as a medical student I have had encounters with patients that have moved me deeply, and I was grateful to be pursuing a profession that allowed me to be so engaged. With the conclusion of my studies fast approaching, soon I would be a practicing doctor and would be having these interactions with patients daily. As a female, junior doctor, with all the responsibilities that involves, I have the potential to become emotionally involved with my patients, and I understand that now is when I need to develop the strategies to prevent compassion fatigue, burnout, and, ultimately, poor provision of care. While it may not be an often-discussed topic, it is normal for doctors to develop attachment and emotional connections to their patients, and it is important that I be able to find colleagues with whom I can share these experiences.





