

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



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Répétitoire: Complexité de recours aux soins

18 Mars 2026

Médecine palliative

2025 - 2026

Prof Sophie Pautex

12.3.2026





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.



Les soins palliatifs :

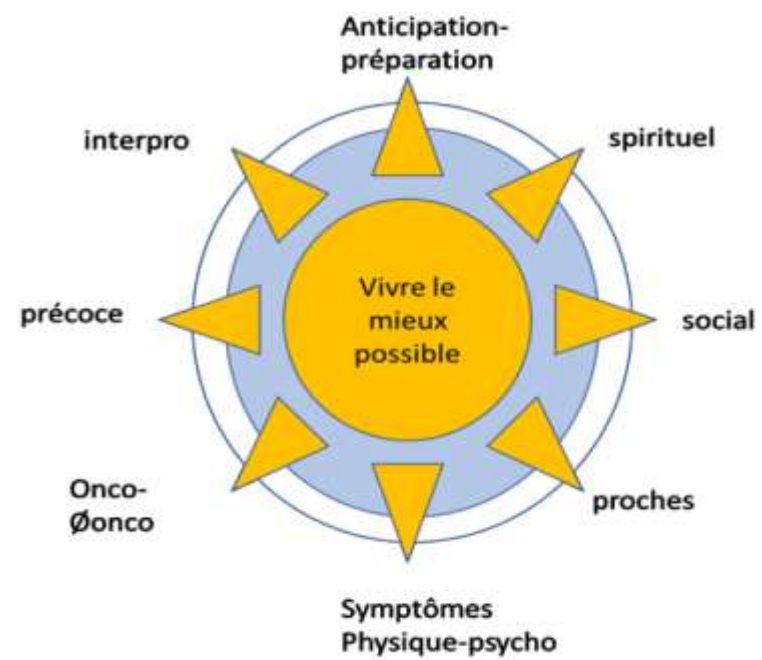
DEFINITION SOINS PALLIATIFS

- 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.

*Lukas Radbruch, JPSM 2020
Traduction française SPautex10.24*



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 ».





soins palliatifs et qualité de vie

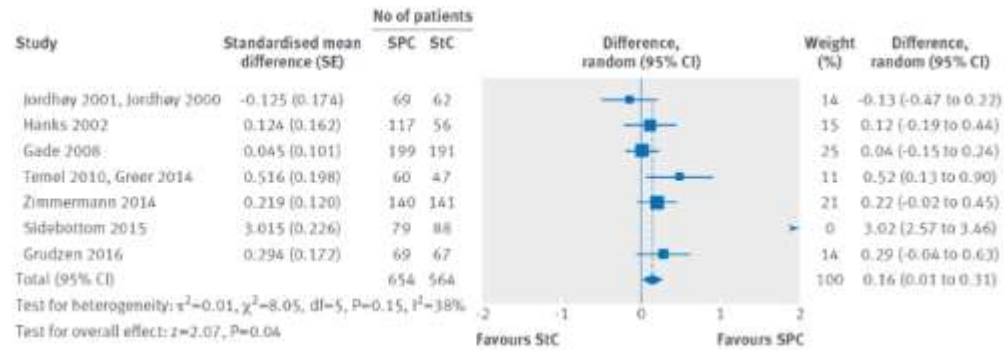
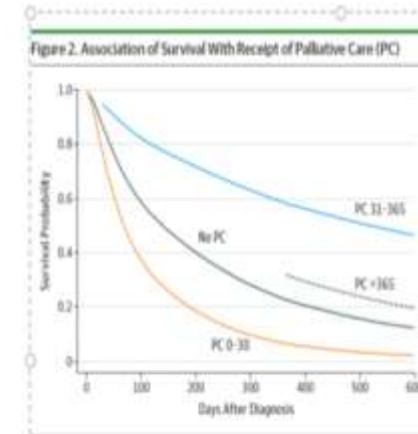


Fig 3 | Effect on total quality of life (primary outcome) in review of studies on specialist palliative care (SPC) versus standard care (StC) (study by Sidebottom et al¹⁶ was not included in meta-analysis)

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



quantité de vie???



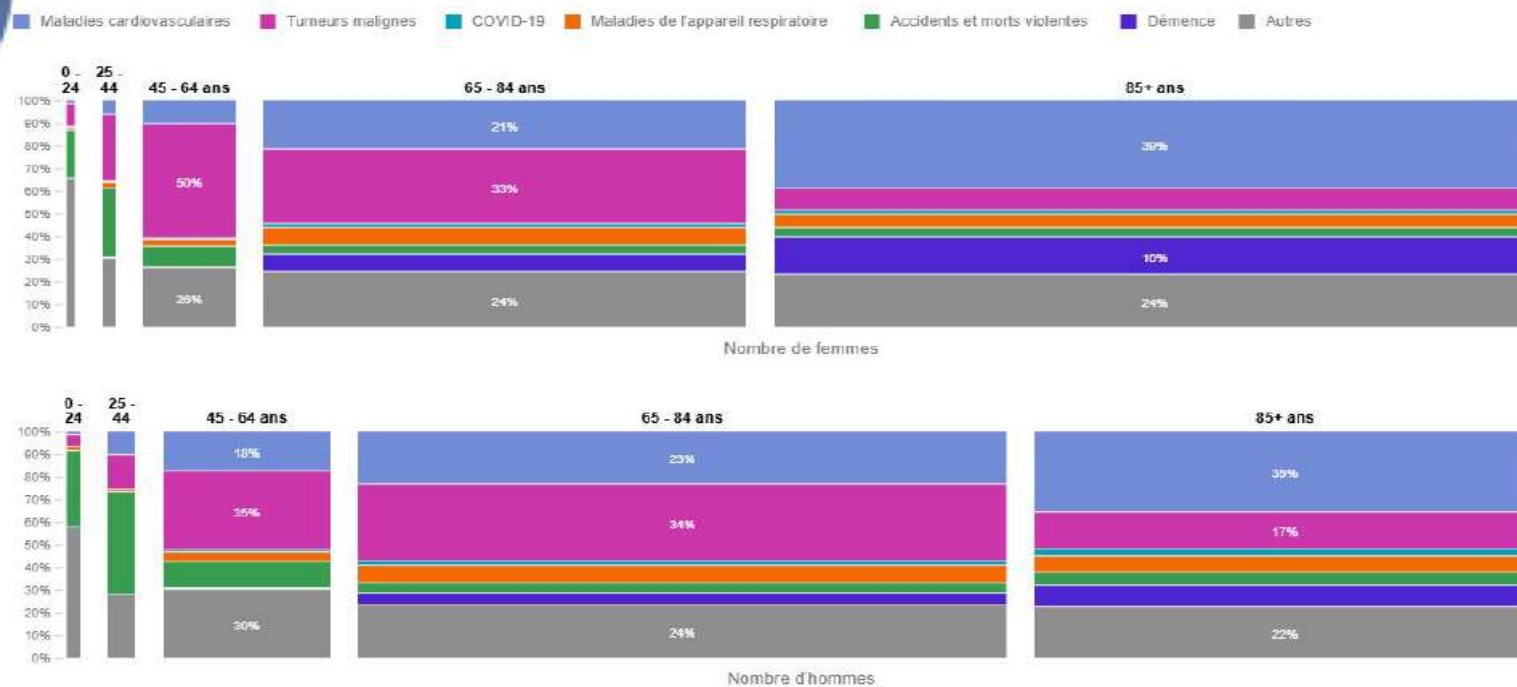
BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2017-021007





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

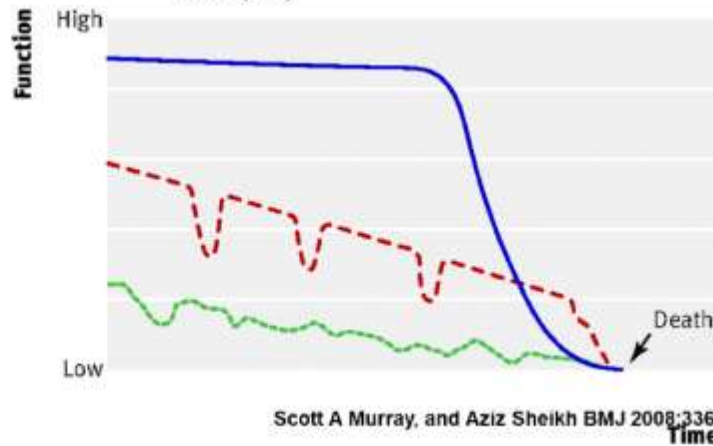


8

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)



Scott A Murray, and Aziz Sheikh BMJ 2008;336:958-959



8

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
Score partie 1		
2. Est-ce que le patient a DEUX ou plusieurs besoins en termes de soins palliatifs non soulagés ? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)		
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
Score partie 2		
Interprétation	Une consultation de soins palliatifs est recommandée	



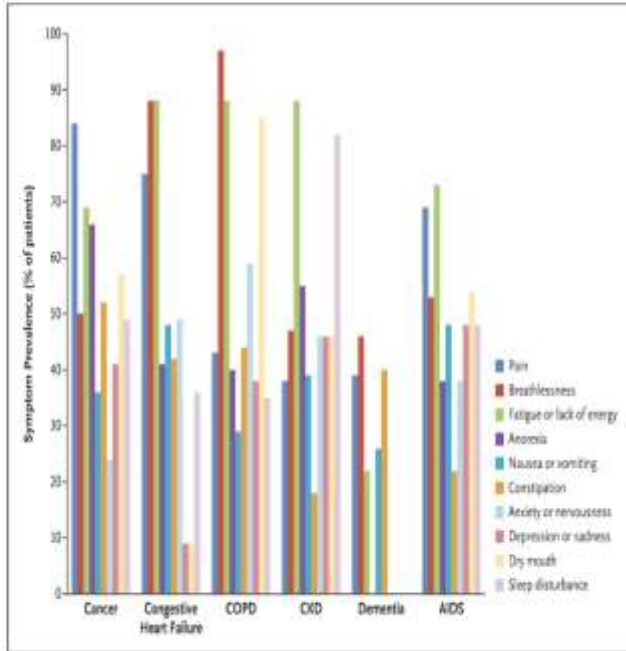


Prise en charge des symptômes

DOULEUR

DYSPNEE

NAUSEES

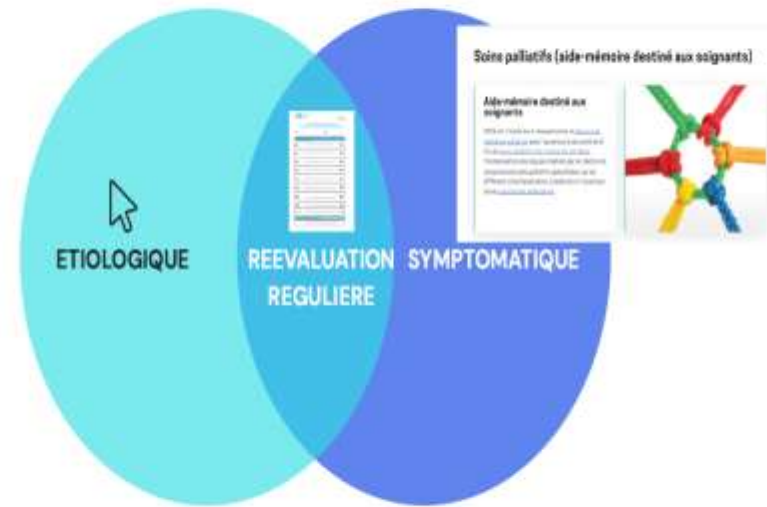


Prise en charge des symptômes

DOULEUR

DYSPNEE

NAUSEES



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



family-informal caregivers

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....



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).

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.**



ANTICIPATION

HUG

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 symptômes 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



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

¹ 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.

² 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.

³ 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

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 ?

HUG
Hôpitaux
Universitaires
Genève



Baran C. and Sanders J. Prim Care Clin Office Pract, 2019



Plan de soins anticipé

FIG 2	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:

Transfert oui / non
Critères de transfert: _____

Lieu (maison d'accueil, soins palliatifs institutionnels, hôpitaux palliatifs...): _____

Éventuellement contact pris: _____

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

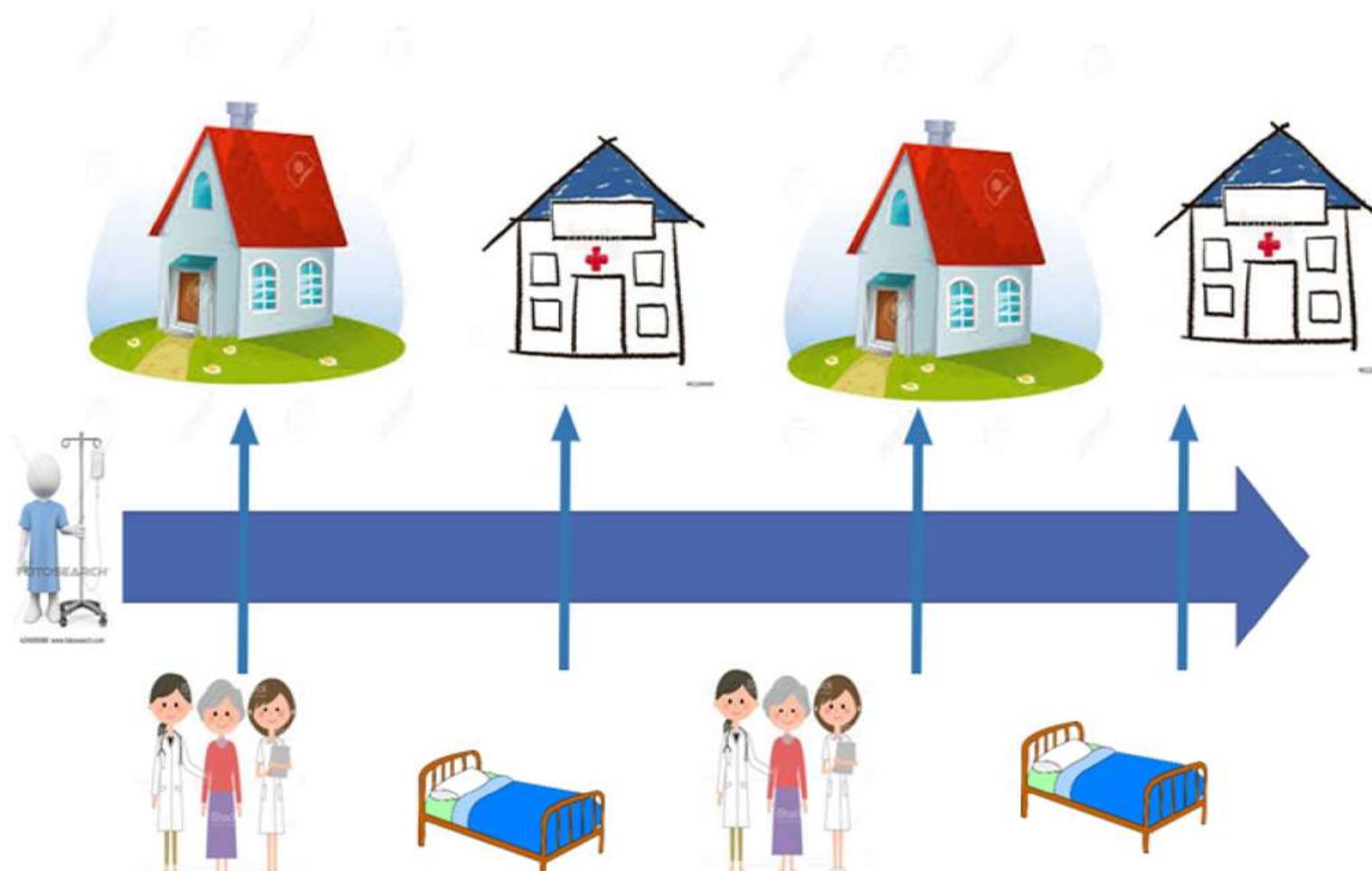
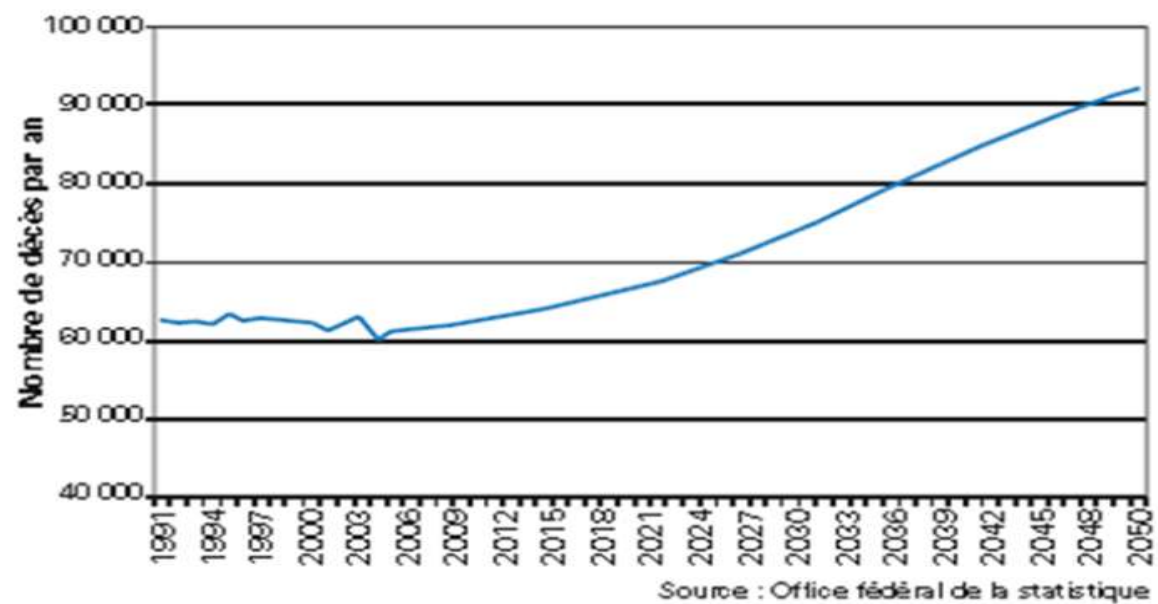


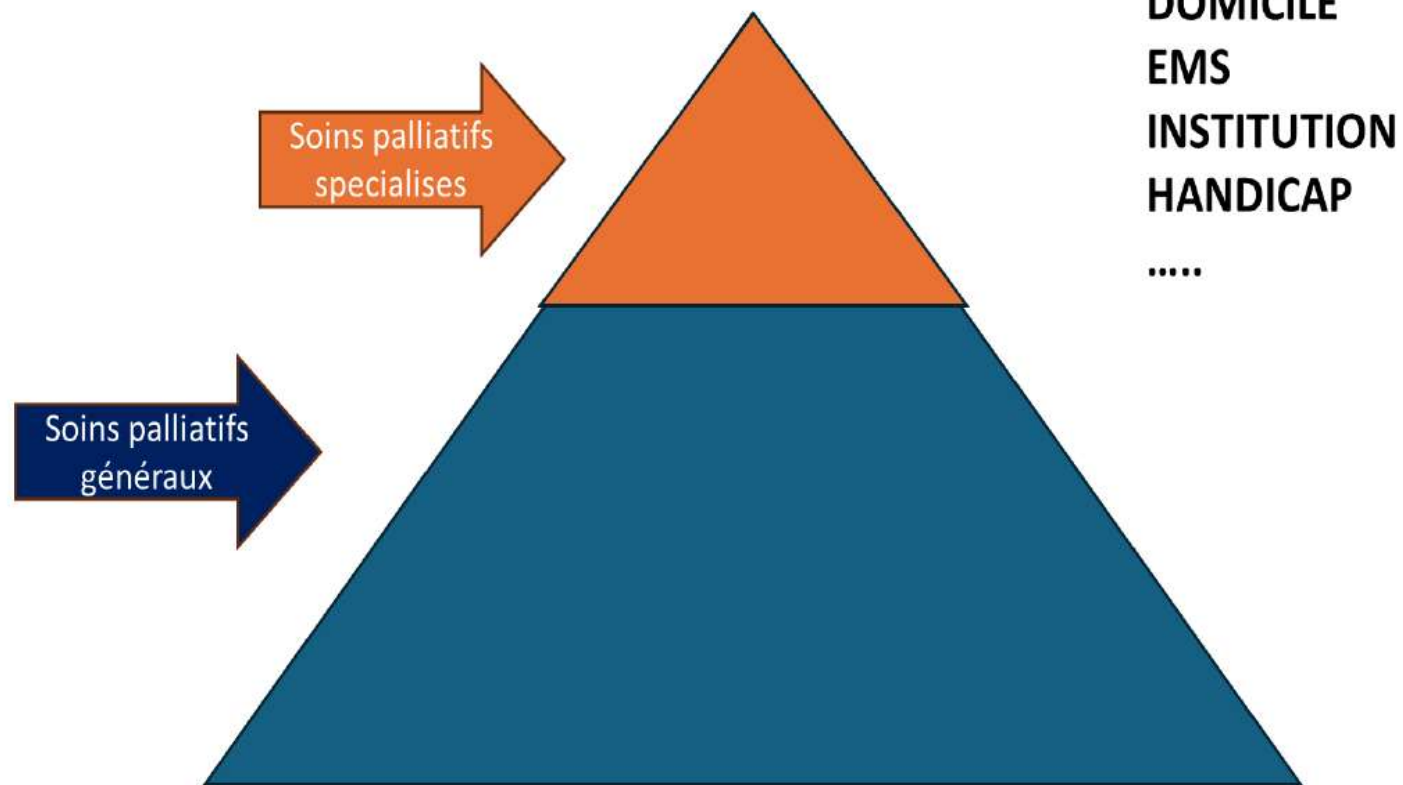


Fig. 2 : Evolution du nombre de décès en Suisse jusqu'en 2050





Soins palliatifs





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



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 ¹ 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'inaptitude;
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.

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

³ 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.



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

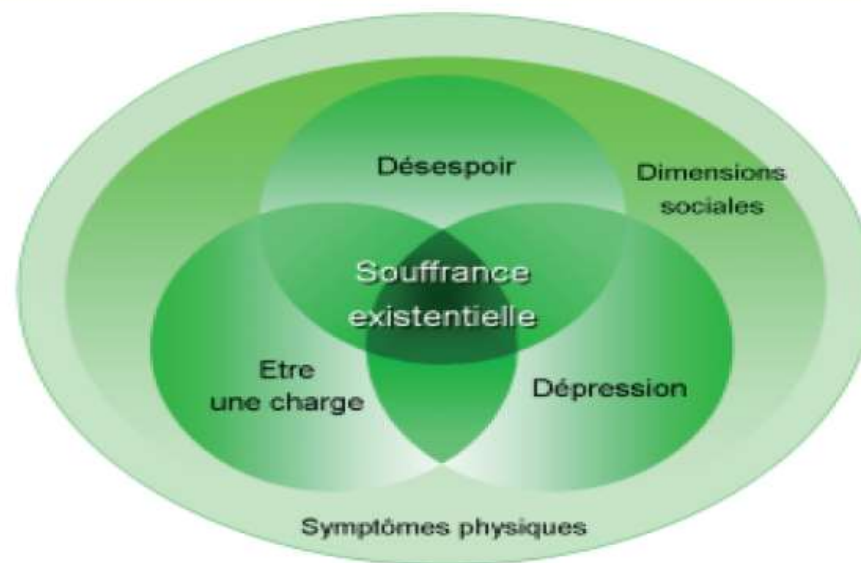


Figure 1. Facteurs contributifs au désir de mort



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

EUTHANASIE



2

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

[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. 114¹ 1. 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 pécuniaire².

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

² Nouvelle expression selon le ch. II 1 al. 2 de la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} 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



SUICIDE ASSISTE-LOI

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**

[imprimer la page](#)

recherche

[Recherche avancée](#)

[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 pécuniaire¹.

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

Etat le 1^{er} janvier 2013

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

Les autorités fédérales de la Confédération suisse

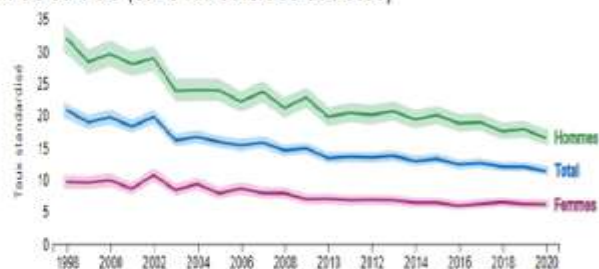
[Contact](#) | [Informations juridiques](#)



SUICIDE

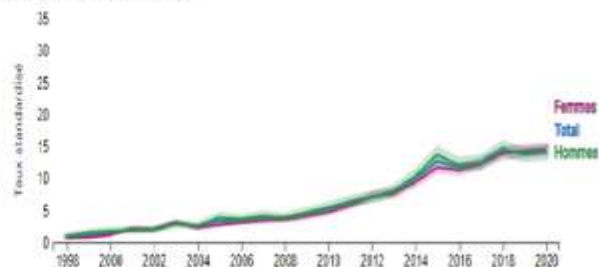
Nombre de cas par 100 000 habitants, taux standardisé

Taux de suicide (sans les suicides assistés)



© Obsan 2023

Taux de suicide assisté



© Obsan 2023

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

n:76195
1.6% des décès

SUICIDE-EXIT CH ROMANDE

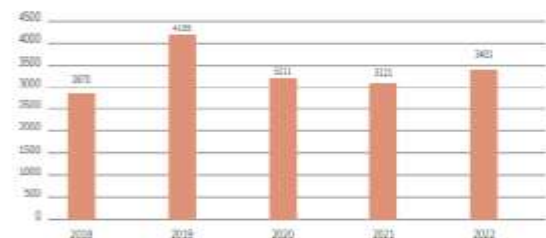
Nombre d'accompagnements par canton et lieu de vie

	VD	GE	VS	NE	FR	GR	JU	TOTAL GÉNÉRAL
DOMICILE	147	103	57	48	29	19	8	411
EMER	19	17	6	11	7	4	1	65
HORS		4	2				1	7
HÔPITAL	5	5	1	1			1	13
EPN			1					1
POURVOIR FONDATION				3				3
LIATM LINES			3					3
TOTAL GÉNÉRAL	171	123	68	62	36	23	11	502

Évolution des accompagnements de 2000 à 2022



Nombre de nouvelles adhésions de 2018 à 2022





SUICIDE-ASSM 2021



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.





Critères	Sédation Palliative	Euthanasie	Suicide Assisté
Définition	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.
Intention	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.
Agent de l'acte	Médecin, équipe soignante.	Médecin ou autre professionnel de santé.	Patient lui-même.
Létalité directe	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.
Cadre légal en Suisse	Autorisée sous conditions strictes en soins palliatifs.	Illégale.	légal sous certaines conditions (article 115 du Code pénal suisse : absence de mobile égoïste).
Consentement du patient	Requis si possible, mais peut être décidé en cas d'incapacité dans le cadre d'une souffrance réfractaire.	Requis et explicite.	Requis et explicite.
Proportionnalité et réversibilité	Ajustée en fonction des symptômes et réversible si nécessaire.	Irreversible.	Irreversible.
Exemple de mise en œuvre	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.



LE MÉDECIN
EST-IL
UN DIEU?

Pr Alexandre Wenger
PSS 18 mars 2026 - Medical Humanities
14h15 – 16h



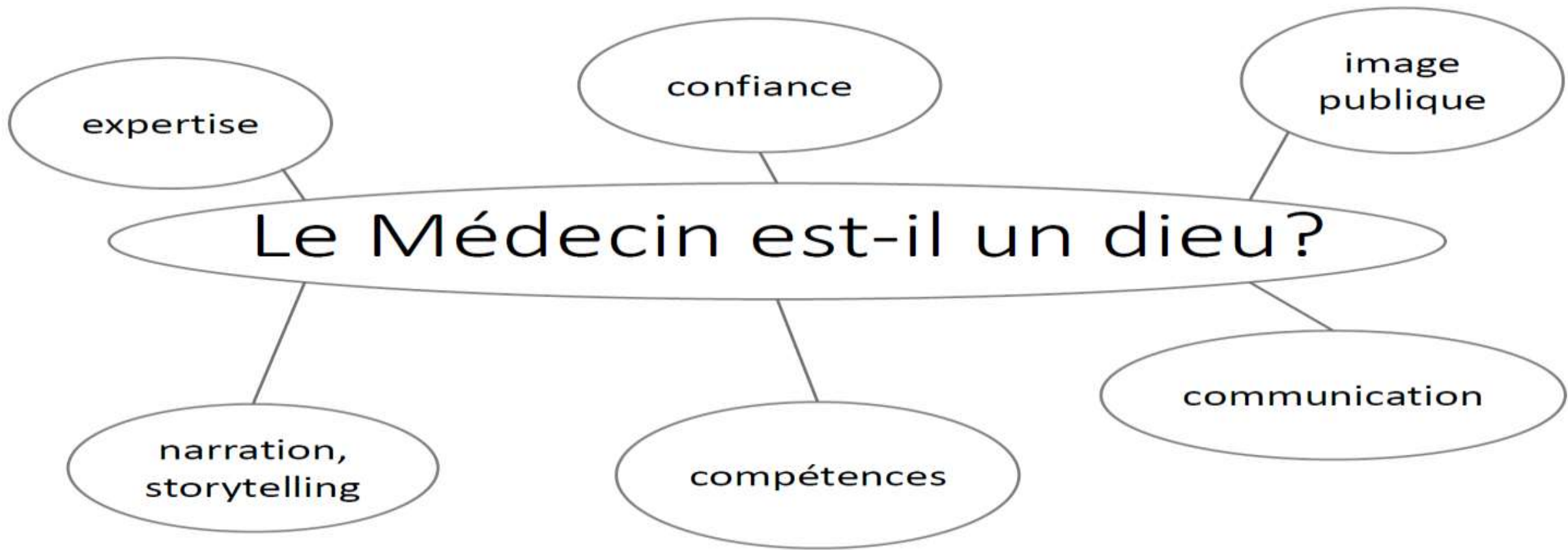
**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
iEH2 – Institut Ethique
Histoire Humanités

autorité épistémique et autorité déontique

« L'**autorité épistémique** est celle d'un homme qui en sait plus, qui sait mieux que le sujet. Ainsi l'autorité d'un maître sur son élève est une **autorité épistémique**. C'est l'autorité de l'expert. En revanche, l'autorité déontique n'est pas celle de celui qui sait mieux : c'est celle du préposé, du chef, du commandant, du "leader", etc. [...] »

BOCHEŃSKI, Joseph Maria, *Qu'est-ce que l'autorité ? Introduction à la logique de l'autorité*, présenté et traduit de l'allemand par Philibert Secretan, Fribourg, Éditions universitaires, Paris, Editions du Cerf, 1979, p. 62.



expertise

confiance

image
publique

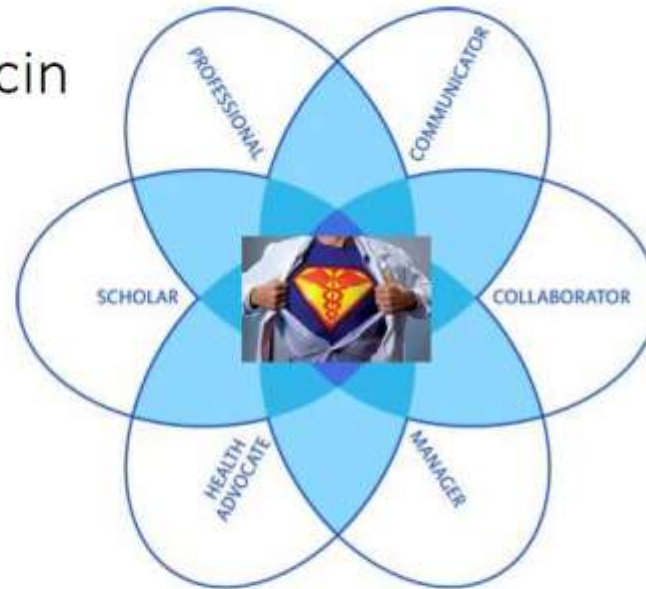
Le Médecin est-il un dieu?

communication

compétences

narration,
storytelling

(1) rôles du médecin



<http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>

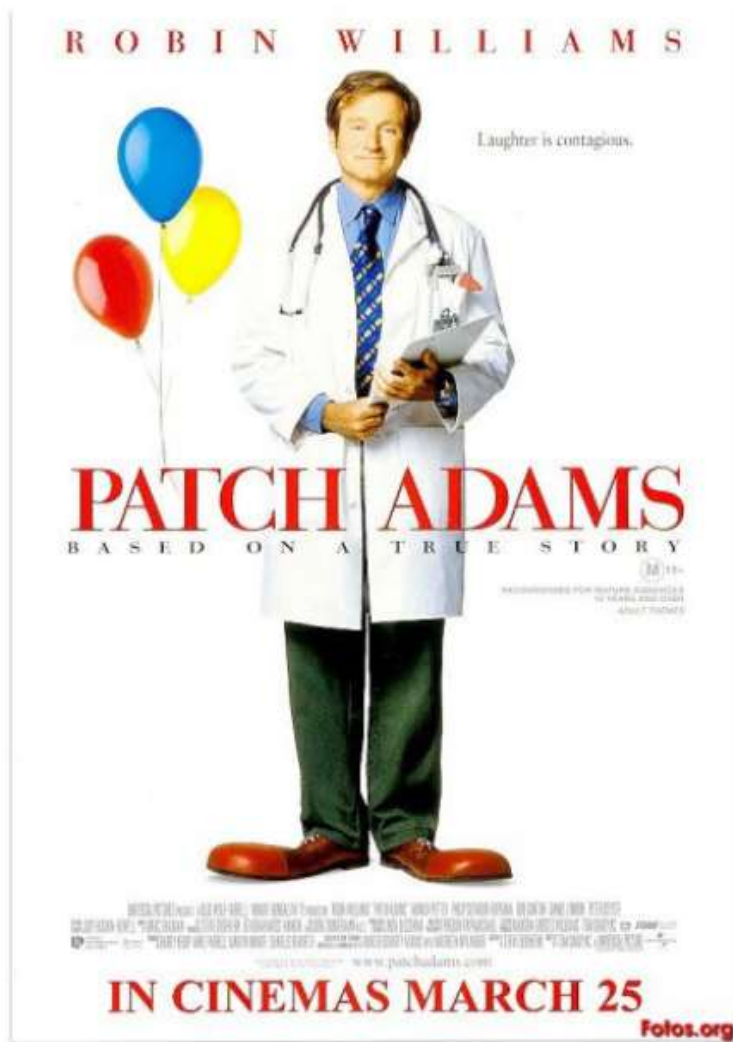
THE
CANMEDS
ROLES FRAMEWORK

(2) attentes des patients

- La visibilité sociale de la profession médicale a une influence sur la communication médecin-malade
- Conditionne les attentes des patients
- Importance pour vous de prendre conscience de cette influence



Qu'est-ce qu'un bon médecin?



Dr Hunter «Patch» Adams (1945-) <http://www.patchadams.org/>



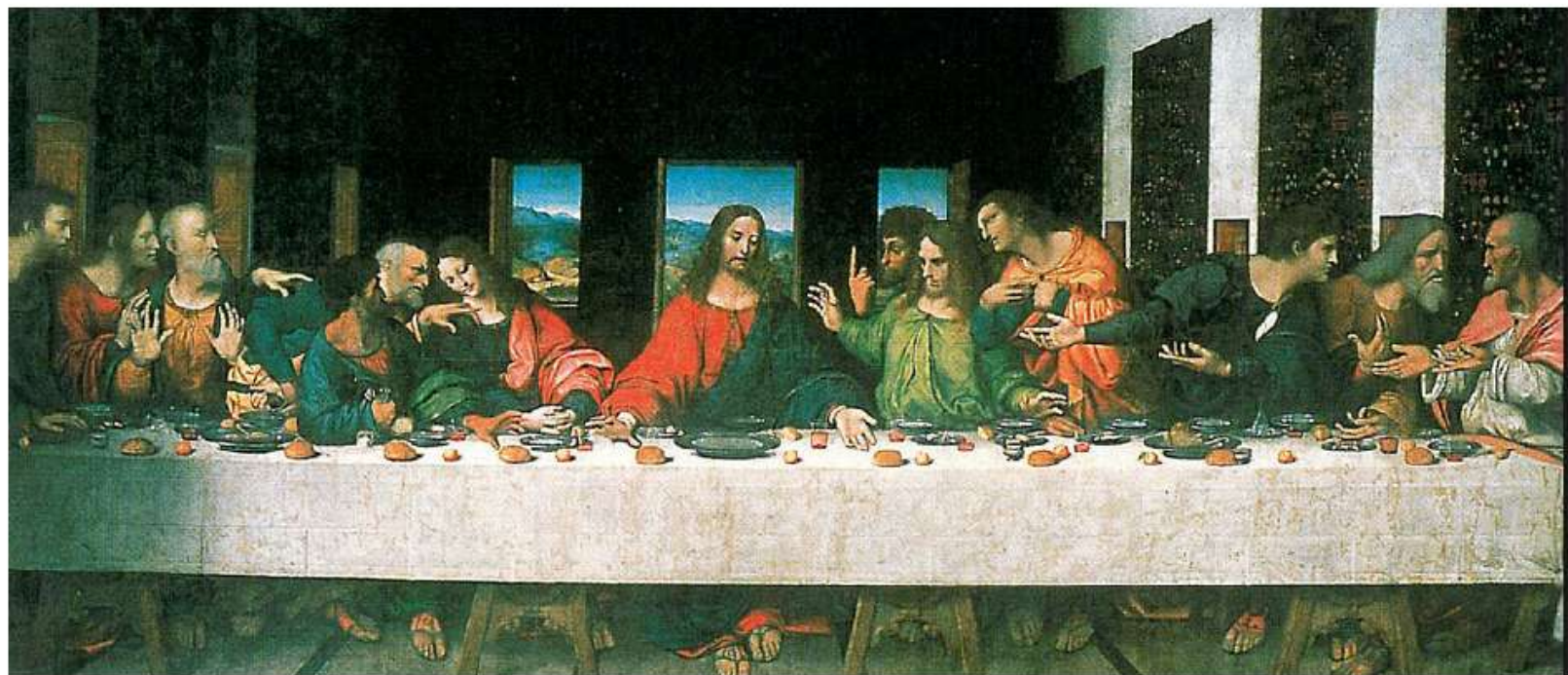
Patch Adams (réal. Tom Shadyac), 1998

archétype

Robert Altman,
M.A.S.H., 1970



Léonard de Vinci,
L'Ultima Cena, v. 1495.



stéréotypes

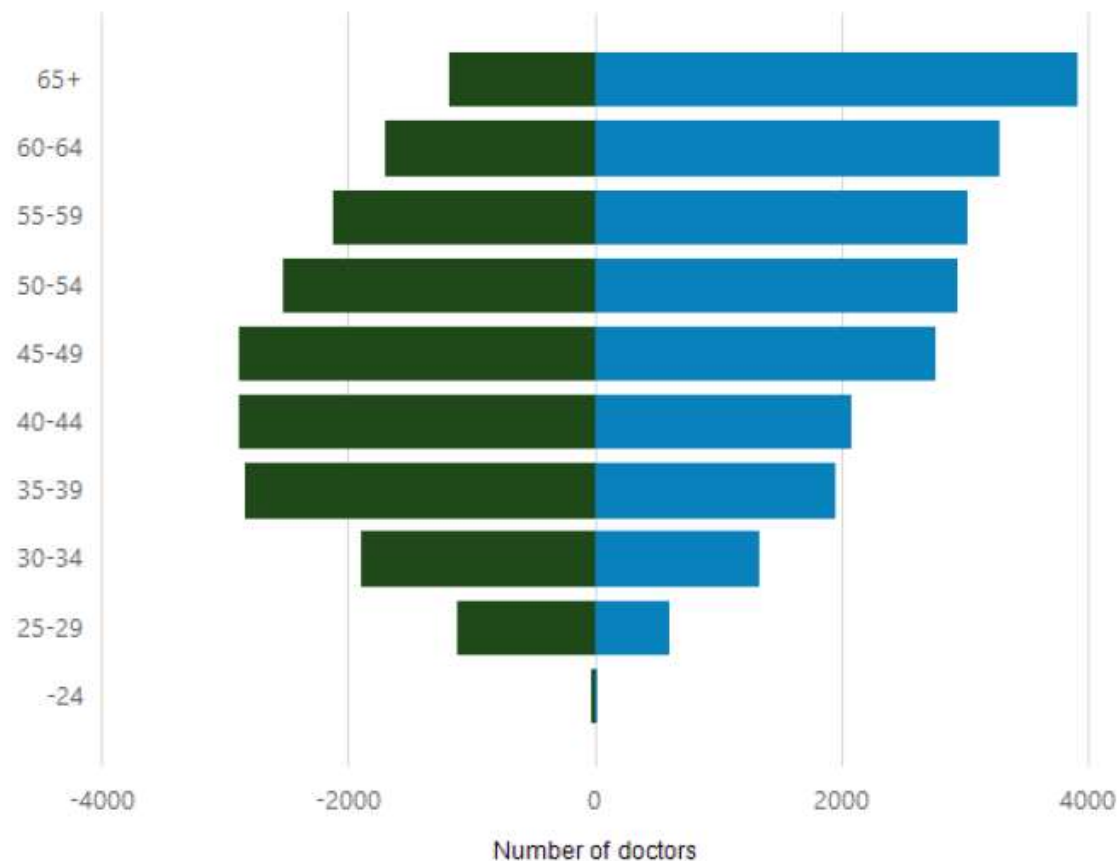


Année 2023

Discipline principale Tous
Grande région Tous
Canton Tous
Secteur Tous

gender

Femmes Hommes



41 100

médecins au chevet de leurs patientes et patients

Âge moyen :

50 ans

Femmes : Hommes :

47 % 53 %

Les hommes restent majoritaires en 2023, même si la part des femmes augmente continuellement depuis plusieurs années.

L'âge moyen des médecins en Suisse est de 50 ans (femmes : 47 ans, hommes : 53 ans). Les médecins du secteur ambulatoire ont en moyenne 10 ans de plus (55 ans) que leurs collègues du secteur hospitalier (44 ans).

La Suisse compte 40 % de médecins étrangers.

Pour lutter contre la dépendance à l'égard de l'étranger et la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, il faut augmenter le nombre de places de formation pré- et postgraduée en Suisse.

représentations du médecin

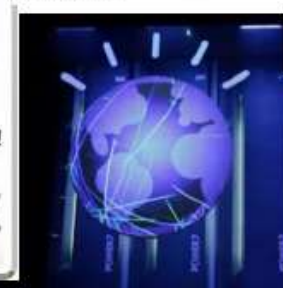
Together we can make the world a healthier place.



71 Ärzteorganisationen unter einem Dach



Sprechstunde am PC: Die Telemedizin ermöglicht die Übermittlung von Bildern und Videos. Doch wie verbindet sie die Teilnehmer?



futur

On trouve d'ores et déjà des zones conflictuelles, de toutes sortes et à des degrés divers, qui se manifestent de manière de plus en plus prononcée sur les intersections suivantes:

- médecins spécialistes >< médecins de premier recours
- médecins >< infirmiers >< autres professions de la santé
- médecins, infirmiers indépendants >< hôpitaux, foyers, organisations Spitex
- médecine >< économie
- prestataires de soins >< prestataires financiers



Projet «La médecine en Suisse demain – phase III»

Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers

Rapport et commentaire

futur

Parmi les points saillants:

a) le patient « expert de soi-même »

→ question de l'expertise dans nos sociétés

→ la participation active passe-t-elle par les technologies IT ?

b) une médecine durable

→ problème majeur dans la conception occidentale du progrès, selon laquelle, dans le contexte de la médecine, aucune limite n'est fixée à l'amélioration de la santé tant qu'elle sous-entend une diminution de la mortalité et le soulagement de tous les troubles de santé



2013

2012

le futur imaginé

Hypothèse: l'effacement du médecin dans les décennies à venir

→ soulève la question du rapport du médecin à la technologie



Elysium (réal. Neill Bloomkamp), 2013

le futur imaginé

Présumposés:

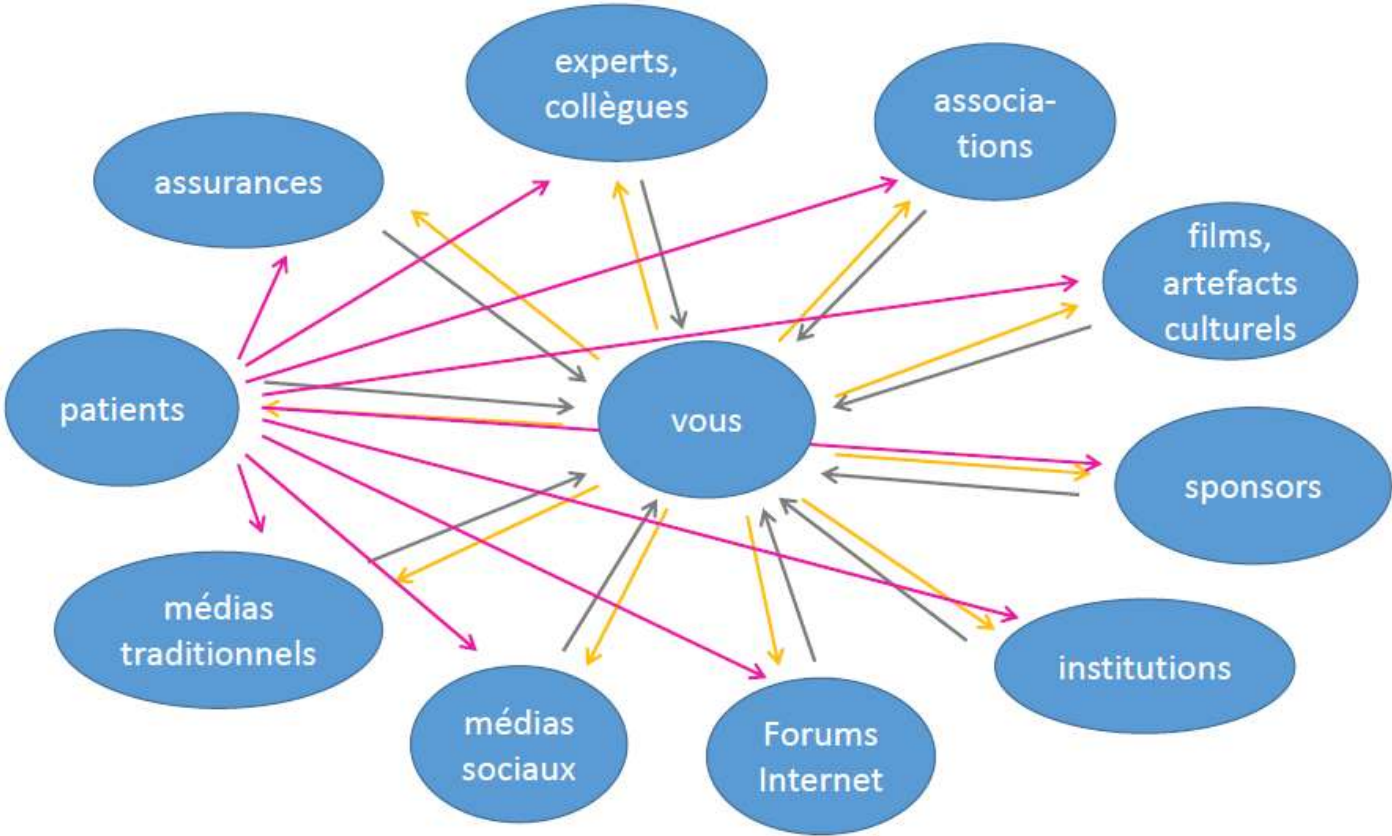
- plus la médecine se divisera en spécialisations, plus les gestes sont remplaçables par la technologie
- plus la technologie permettra de contrôler les variables corporelles, d'anticiper les maladies, et d'améliorer l'humain, moins il y aura besoin de médecins

... est-ce correct?



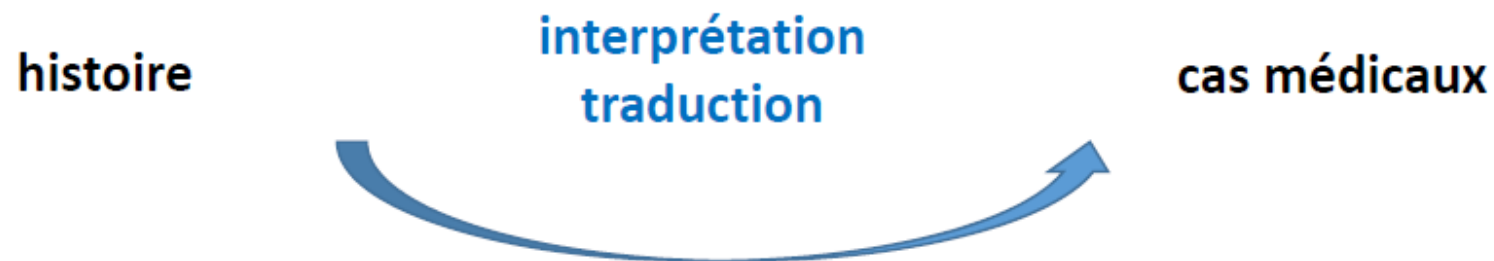
Elyseum (réal. Neill Bloomkamp, ZA, 2013)

le rôle du communicateur



communicateur et relation médecin-patient

- comprendre des *histoires*
- compétences interprétatives
- compétences narratives
- *se mettre à la place de* (pas de jargon)



Objectifs généraux

- Offrir un regard complémentaire au regard biomédical.
- Affiner l'interprétation / jugement critique.
- Conserver le *sens* (!!) de l'engagement médical.
- rester ouvert à la nouveauté / étrangeté



Quelques exemples de questions QCM

1 Type A

Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement, il doit prioritairement :

- a) S'informer si celui-ci a rédigé des directives anticipées
- b) Respecter les directives anticipées dans toutes les situations
- c) Rechercher les directives anticipées en cas de situation d'urgence vitale uniquement.
- d) Confirmée auprès d'un collègue psychiatre l'incapacité de discernement du patient

1 Type A

Lorsqu'un médecin traite un patient incapable de discernement, il doit prioritairement :

- a) S'informer si celui-ci a rédigé des directives anticipées
- b) Respecter les directives anticipées dans toutes les situations
- c) Rechercher les directives anticipées en cas de situation d'urgence vitale uniquement
- d) Confirmée auprès d'un collègue psychiatre l'incapacité de discernement du patient

Réponse = a

2 Type A

Mr P, 69 ans, est atteint d'une insuffisance respiratoire sévère. Il été hospitalisé à plusieurs reprises pour des surinfections pulmonaires au cours cette dernière année. Vous décidez avec lui d'adopter une attitude palliative. Pratiquement, quelle proposition de prise en charge est fausse ?

- a. Les soins peuvent inclure des antibiotiques
- b. Les soins peuvent inclure des mesures pouvant prolonger sa vie
- c. Les soins ne doivent plus se dérouler à l'hôpital
- d. Les soins peuvent inclure toutes les mesures améliorant sa qualité de vie
- e. Les soins peuvent inclure une équipe spécialisée de soins palliatifs

2 Type A

Mr P, 69 ans, est atteint d'une insuffisance respiratoire sévère. Il été hospitalisé à plusieurs reprises pour des surinfections pulmonaires au cours cette dernière année. Vous décidez avec lui d'adopter une attitude palliative. Pratiquement, quelle proposition de prise en charge est fausse ?

- a. Les soins peuvent inclure des antibiotiques
- b. Les soins peuvent inclure des mesures pouvant prolonger sa vie
- c. Les soins ne doivent plus se dérouler à l'hôpital
- d. Les soins peuvent inclure toutes les mesures améliorant sa qualité de vie
- e. Les soins peuvent inclure une équipe spécialisée de soins palliatifs

Réponse = c)

3 Type K'

Parmi les objectifs suivants, lesquels font partie de la mission des soins palliatifs ? (Plusieurs réponses peuvent être correctes):

- a) Offrir un traitement symptomatique pour soulager la douleur et l'inconfort
- b) Retarder la mort.
- c) Accompagner le patient et sa famille dans le processus de deuil
- d) Promouvoir l'autonomie du patient en facilitant la prise de décisions concernant son traitement
- e) Réaliser des interventions expérimentales pour prolonger la vie

3 Type K'

Parmi les objectifs suivants, lesquels font partie de la mission des soins palliatifs ? (Plusieurs réponses peuvent être correctes):

- a) Offrir un traitement symptomatique pour soulager la douleur et l'inconfort.
- b) Retarder la mort.
- c) Accompagner le patient et sa famille dans le processus de deuil
- d) Promouvoir l'autonomie du patient en facilitant la prise de décisions concernant son traitement
- e) Réaliser des interventions expérimentales pour prolonger la vie

Réponse: a,c et d

4 Type A

Laquelle de ces affirmations est juste:

- a) En Suisse, l'euthanasie active, c'est-à-dire l'administration directe d'une substance létale par un médecin, est autorisée
- b) La sédation palliative est autorisée sans conditions
- c) En Suisse, l'aide au suicide, c'est-à-dire l'assistance d'une personne pour se donner la mort, est légale sous certaines conditions
- d) En Suisse, l'aide au suicide est légale uniquement si la personne est âgée de plus de 65 ans.

4 Type A

Laquelle de ces affirmations est juste:

- a) En Suisse, l'euthanasie active, c'est-à-dire l'administration directe d'une substance létale par un médecin, est autorisée
- b) La sédation palliative est autorisée sans conditions
- c) En Suisse, l'aide au suicide, c'est-à-dire l'assistance d'une personne pour se donner la mort, est légale sous certaines conditions
- d) En Suisse, l'aide au suicide est légale uniquement si la personne est âgée de plus de 65 ans.

Réponse: C

Bon travail !