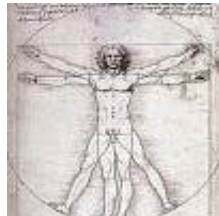


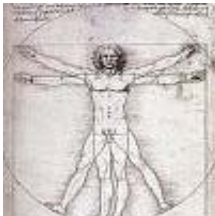
La démarche éthique à l'AURA

Le point, 2 ans après la création du CCE



A l'échelle de l'établissement (1)

- ❑ L'AURA est une association à but **non lucratif**
- ❑ Son activité, de 1967 à ce jour, a été dévolue à l'amélioration de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques en poursuivant 2 objectifs :
 - Développer des modalités de dialyse alternatives à la dialyse en centre afin de :
 - Favoriser autonomie et réhabilitation
 - Améliorer la qualité de vie (patients et famille)
 - Etablir un partenariat avec le patient : choix de la méthode, participation, voire gestion intégrale du traitement sous la responsabilité des équipes.



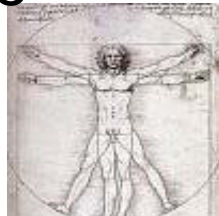
A l'échelle de l'établissement (2)

- Une charte est distribuée au personnel engageant leur comportement professionnel
- Médecins et soignants respectent des règles éthiques communes, bien qu'implicites :
 - Promotion des techniques autonomes mais choix non contraint du patient
 - ⇒ à preuve: substitution progressive de l'autodialyse et de la dialyse péritonéale à l'hémodialyse à domicile ; replis en centre ; transferts hors AURA dès que justifiés
 - Changement de stratégie à la demande
 - Encouragement à la transplantation



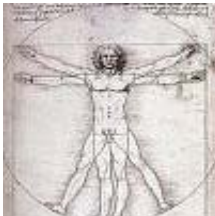
A l'échelle de l'établissement (3)

- La dimension éthique est prise en compte lors de la mise en œuvre de tout projet :
 - Les **attentes des patients dialysés** sont prises en compte au cours de l'élaboration des plans et de l'aménagement de nouveaux locaux.
 - L'organisation de la prise en charge médicale et soignante tient compte des **aspects relationnels** dans un souci de la cohérence humaine, et non pas seulement de sécurité (continuité des soins) ni d'efficacité technique (qualité de dialyse).



A l'échelle de l'établissement (4)

- L'AURA s'est dotée d'un comité consultatif d'éthique créé en 2009-2010 (réunion inaugurale avril 2010)
 - Suite à la visite de certification d'octobre 2009 sur suggestion des experts-visiteurs
 - Mais cette occasion n'a fait que concrétiser un projet pré-existant...
 - En réponse à un besoin réel et général



Aun niveau des équipes : Une sensibilité éthique commune

□ Toutes les catégories socio-professionnelles s'interrogent :

cf discussions spontanées et réunions dans les unités, bien avant la création d'un comité d'éthique !

□ Toutes les unités sont concernées :

Les spécificités correspondent à une priorisation des demandes dictée par le type d'activité et le profil des patients :

- Dans certaines unités de dialyse : gestion de l'agressivité des patients et crainte d'en arriver à des conduites maltraitantes
- En centre lourd : interrogations sur la pertinence des indications
- En hospitalisation : questionnement autour de la fin de vie



A l'échelle des individus : Problèmes éthiques soulevés par les personnels

- Exclusion/Arrêt/Refus de dialyse
- Choix technique et stratégique adéquat ?
- Accès aux # techniques de dialyse (HDQ)
- Incompliance, absentéisme : limites de l'autonomie ?
- Gestion du patient dément ou psychiatrique
- Excès d'empathie, perte de la neutralité
- Réponse à l'agressivité du patient
- Mise en danger (de soi ou des autres patients)
- Respect de la confidentialité
- Problèmes posés par la précarité
- Indications de transplantation et délai d'attente
- Allocation des ressources si raréfaction
- Place de la famille et des aidants
- Fin de vie et soins «palliatifs»



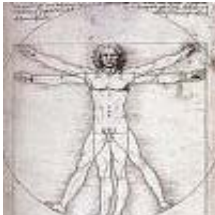
Exemples de conflits éthiques formalisés

□ Autonomie versus bienfaisance/non-malfaisance

- Refus de débiter la dialyse
- Demande infondée de dialyse par patient âgé ou famille
- Rejet par la famille d'une suggestion d'arrêt
- Autonome et heureux...mais mal dialysé ou en danger
- Refus ou demande inappropriée de transplantation

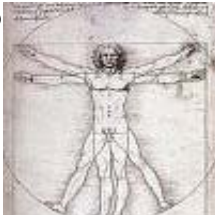
□ Respect du principe de justice ?

- Disparités régionales (délai d'attente greffe, accès à la DP...)
- Ostracisme et ghettoïsation (services hospitaliers, EHPAD)
- Refus technique autonome et greffe (moins coûteuses)
- Ressources engagées eu égard survie/qualité de vie



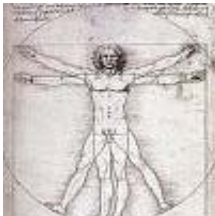
L'agressivité des patients : problème récurrent, point sensible

- Toujours évoqué, souvent en 1^{er} lieu...
- Dououreusement vécu par les soignants :
 - Mise en cause individuelle
 - Induit la crainte de devenir maltaitant
- Source de tension/conflit dans l'équipe
- Réflexion éthique complexe, par exemple :
 - Limites de l'autonomie du patient-sujet ?
 - Pour rester bientraitant, que doit-on supporter ?
 - Est-on maltraitant en l'excluant de la structure ?
 - Est-on juste en gaspillant des ressources ?



Axes de travail futurs pour le CCE

- En cours jusqu'en 2013 : traitement des critères de la certification relatifs aux *droits des patients*.
- Choix d'un autre thème de réflexion, à poursuivre sur plusieurs mois à partir du dernier trimestre 2012 ☞ proposition : *réflexion sur les conduites agressives ?*



Qu'en pensez-vous ?

