ETHIQUE EN ANESTHESIE PEDIATRIQUE

Fabrice MICHEL

Anesthésie Réanimation Pédiatrique

Marseille – CHU Timone 2

Aix-Marseille-Université

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

ADES | UMR 7268

Aix*Marseille université

RESPECT DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Autonomie

Devoir de valoriser la capacité du patient de décider par lui-même et pour lui-même
Impose une information claire et adaptée.

Non-malfaisance

Devoir de ne pas exposer le malade au risque de subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement de sa santé (problématique de l'obstination déraisonnable)

Bienfaisance

Il enjoint d'accomplir en faveur du patient un bien sur le plan thérapeutique, ce qui implique de réfléchir sur les bénéfices possibles que la médecine est susceptible de lui apporter. Il encourage à la mise en œuvre de traitements qui soutiennent la qualité de vie.

Justice

Au plan individuel, toute personne dispose des mêmes droits d'accès aux soins.
A un échelon collectif, toute offre de soin doit être pensée dans une visée d'égalité d'accès aux soins et l'équité de l'offre de soins

L'ÉTHIQUE N'EST PAS LE DROIT OU LA DÉONTOLOGIE

Le Droit

Ensemble des règles écrites et jurisprudentielles

- s'imposent à tous
- définissent les droits, responsabilités et devoirs

La déontologie

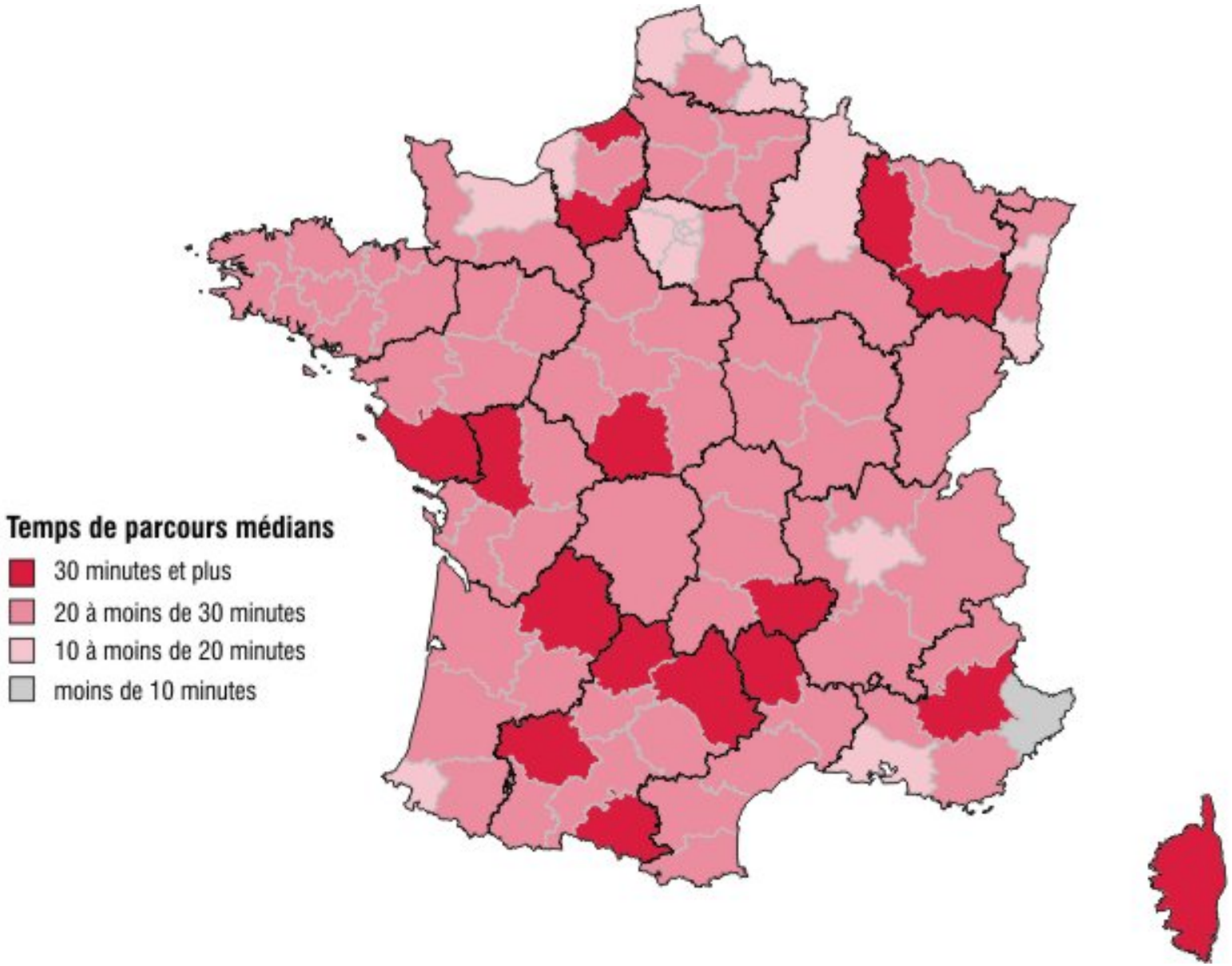
Ensemble des règles de conduite d'une profession

- Organise sa pratique (normes)
- Bénéfice des usagers et de la profession

L'éthique s'articule avec le Droit et la déontologie

ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE

- ✓ 1 000 000 d'intervention par an
- ✓ Chiffre stable depuis 2000
- ✓ Prédominance de l'anesthésie ORL et urologique
- ✓ 32 CHU
- ✓ Nécessité de prendre en charge les enfants sur tout le territoire


Temps de parcours médians
30 minutes et plus
20 à moins de 30 minutes
10 à moins de 20 minutes
moins de 10 minutes

ELSEVIER MASSON

Article spécial

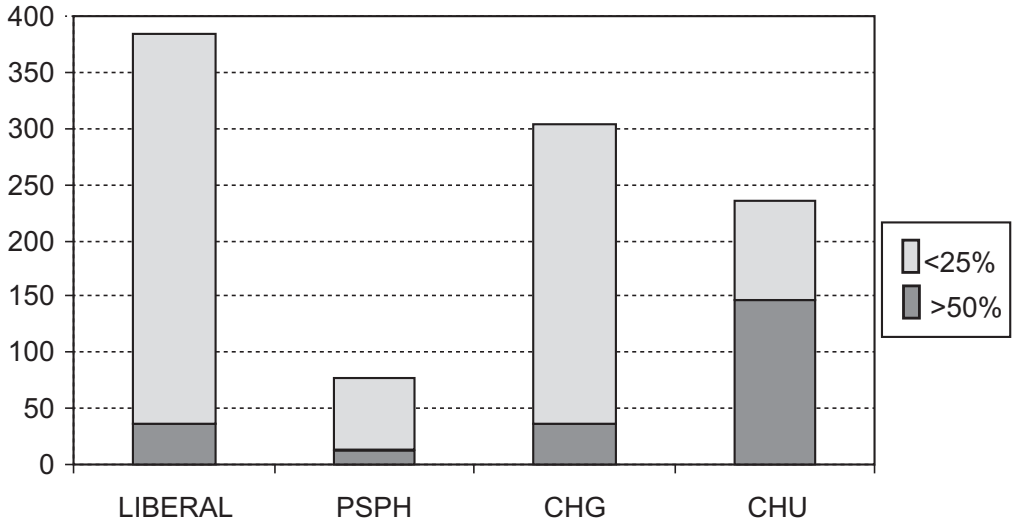
Anesthésie générale chez l'enfant : quid des pratiques en 2010 ?

General anaesthesia in children: A French survey of practices

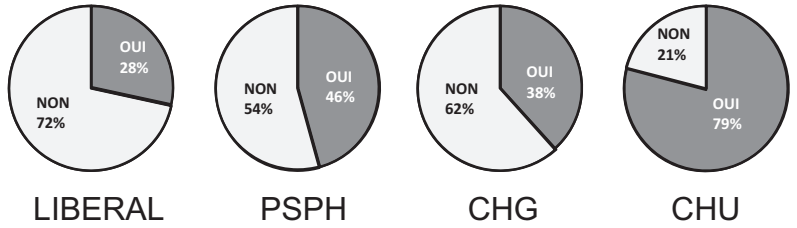
I. Constant *, N. Louvet, M.-L. Guye, N. Sabourdin

2012

Questionnaires distribué aux anesthésistes par laboratoire
1025/1150 réponses



Activité pédiatrique



Enfant < 1 an

PRINCIPE DE JUSTICE

- ✓ Equité d'accès aux soins
- ✓ Equité sur la qualité des soins?
  - Compétences chirurgicales?
  - Compétences anesthésiques?

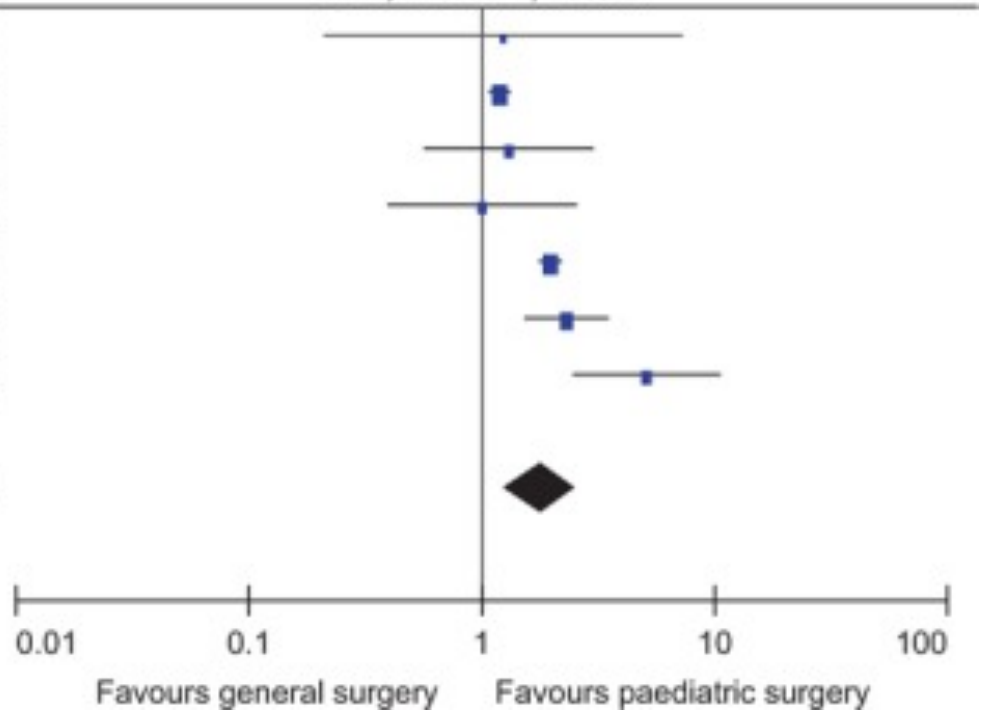
APPENDICITE : CHIRURGIEN PÉDIATRE OU GÉNÉRALISTE ?

HEALY ET AL. MEDICINE. 2015

	General surgeons		Paediatric surgeons			Risk Ratio
Study or Subgroup	Events	Total	Events	Total	Weight	M-H, Random, 95% CI
Alexander 2001	3	96	2	79	3.4%	1.23 [0.21, 7.21]
Cheong 2014	1841	30008	476	9255	23.7%	1.19 [1.08, 1.32]
Emil 2007	9	161	13	304	10.2%	1.31 [0.57, 2.99]
Mizrahi 2013	11	246	7	157	8.9%	1.00 [0.40, 2.53]
Somme 2007	2634	16869	358	4516	23.6%	1.97 [1.77, 2.19]
Tiboni 2014	110	461	25	242	18.2%	2.31 [1.54, 3.46]
Whisker 2009	52	264	8	207	11.9%	5.10 [2.48, 10.49]
Total (95% CI)		48105		14760	100.0%	1.79 [1.26, 2.54]
Total events	4660		889			

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.13$; $Chi^2 = 62.80$, $df = 6$ ($P < 0.00001$); $I^2 = 90\%$

Test for overall effect: $Z = 3.27$ ($P = 0.001$)



ANESTHÉSISTE PEDIATRIQUE?

- ✓31127 anesthésies dans 231 hopitaux européens
- ✓Incidence et FDR des incidents sévères
- ✓L'expérience du senior le plus agé est associé à une moindre incidence (FDR indépendant
- ✓Une différence significative dans la survenue des incidents était observée pour les enfants ASA>2 selon la pratique habituelle de l'anesthésiste (pédiatrie > 80% ; Pédiatrie 50 à 80%; Pédiatrie > 50%)

Habre et al. Lancet Respir Med. 2017

SROS 3EME GÉNÉRATION

Structure	Chirurgien	Anesthésiste
Proximité		
	Formation initiale > 6 mois pratique	Enfants > 3ans FMC régulière
	+ pédiatre référent lié par convention à la structure	Anesthésiste « référent »
Spécialisé		
	Spécialisé et spécifique pratique exclusive orientation viscérale ou orthopédique 24h/24 FMC	expérience pédiatrique (enfants < 3 ans)
Spécialisé +		
	Au moins 2 filières Orthopédie/viscéral ORL pédiatre exclusif	Équipe spécifique Réanimation pédiatrique

CAS CLINIQUE

- ✓Centre de proximité
- ✓Enfant de 34 mois
- ✓ Demande chirurgicale:
  - Réduction sanglante luxation congénitale de hanche
- ✓ Activité inhabituelle
- ✓ Pression de la direction
- ✓ Appel de l'anesthésiste

- ✓ Pas « d'interdiction » mais
- ✓ Chirurgie à risque
- ✓ Age limite
- ✓ Acte inhabituel
- ✓ Structure d'accueil inadaptée

- ✓ Nouvelle pratique nécessite un organisation dédiée

RESPECT DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Autonomie

Devoir de valoriser la capacité du patient de décider par lui-même et pour lui-même
Impose une information claire et adaptée.

Non-malfaisance

Devoir de ne pas exposer le malade au risque de subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement de sa santé (problématique de l'obstination déraisonnable)

Bienfaisance

Il enjoint d'accomplir en faveur du patient un bien sur le plan thérapeutique, ce qui implique de réfléchir sur les bénéfices possibles que la médecine est susceptible de lui apporter. Il encourage à la mise en œuvre de traitements qui soutiennent la qualité de vie.

Justice

Au plan individuel, toute personne dispose des mêmes droits d'accès aux soins.
A un échelon collectif, toute offre de soin doit être pensée dans une visée d'égalité d'accès aux soins et l'équité de l'offre de soins

INFORMATION ET CONSENTEMENT

- ✓ Des parents?
- ✓ De l’enfant?
- ✓ Autonomie?

DEVOIR D'INFORMATION

- ✓Loi du 29 juillet 1994 : loi bioéthique
  - Obligation morale, éthique, déontologique et légale d'information du patient –opposition au paternalisme
- ✓Cour de Cassation
  - Arrêt du 25 février 1997 : arrêt Hédreul

    Renversement de la charge de la preuve
- ✓Loi du 4 mars 2002 : droits des malades
  - Art L.1111-2 « Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements…En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a bien été délivrée. Cette preuve peut être apportée par tous les moyens »

INFORMATION AUX MINEURS

« Information loyale, claire et appropriée sur son état »
Dans le cas d'un mineur, elle est, a priori, donnée aux titulaires de l'autorité parentale
Toutefois « les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité »

LE BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS
médecins
N°4 Avril 2005

Children's Desire for Perioperative Information

Michelle A. Fortier, PhD*†

Jill MacLaren Chorney, PhD*

Rachel Yaffa Zisk Rony, PhD, RN, MPH‡

Danielle Perret-Karimi, MD*

Joseph B. Rinehart, MD*

Felizardo S. Camilon, MD§‖

Zeev N. Kain, MD, MBA*†¶

BACKGROUND: The purpose of this investigation was to identify what perioperative information children want to receive from the medical staff.

METHODS: As a first step, we developed an instrument based on a qualitative study conducted with children in Great Britain, input from a focus group, and input from school children. On the day of surgery, 143 children aged 7–17 yr completed a 40-item assessment of desired surgical information and a measure of anxiety (State-Trait Anxiety Inventory for Children). Parents completed a measure assessing their child's temperament (Emotionality, Activity, Sociability, and Impulsivity Survey) and a measure of their own anxiety (State-Trait Anxiety Inventory).

RESULTS: Results indicated that the vast majority of children had a desire for comprehensive information about their surgery, including information about pain and anesthesia, and procedural information and information about potential complications. The most highly endorsed items by children involved information about pain. Children who were more anxious endorsed a stronger desire for pain information and lesser tendency to avoid information. Younger children wanted to know what the perioperative environment would look like more than adolescent children.

CONCLUSIONS: We conclude that the majority of children aged 7–17 yr who undergo surgery want to be given comprehensive perioperative information and health care providers should ensure adequate information regarding postoperative pain is provided.

(Anesth Analg 2009;109:1085-90)

Table 3. Five Most Highly Endorsed Items by Children in Information Desired and Information Avoidance Category

Percentage endorsed	
I really have to know + I might want to know	
91.5	How long will I be in pain after the operation?
89.3	Will I feel any pain?
88.4	Will there be pain? If so, how bad will it be?
87.7	Will the operation hurt?
86.2	Will I be alright?
I don't want to know	
19.1	Will I get a needle?
13.1	What are they going to do?
12.6	Will I have to come back?
12.5	What will they do to me?
12.3	What will the cut be like?

QUI CONSENT?

⇨ **Actes usuels.**

Il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).
Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre ***à l'égard du tiers de bonne foi*** : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

⇨ **Actes non usuels.**

Il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale).
Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

QUI CONSENT?

✓Code civil

- Art 371-2 *« L'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité »*
- Art 372-2 *« A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant »*

✓Code de déontologie médicale (CDM)

- Art 42 « *Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir **ses** parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires* »
- Le médecin doit une information loyale et précise aux parents et leur consentement lui est nécessaire pour agir car ils ont l'autorité parentale
- Art 43 « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* »

CONSENTEMENT DE L'ENFANT

« Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché
s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

Mais
L'enfant ne peut refuser l'intervention même s'il doit être informé et son accord recherché

AUTONOMIE DE L'ENFANT

- ✓ Aujourd'hui en France un enfant mineur de parents séparés ne peut pas choisir le parent chez le quel il souhaite habiter

- ✓ Il peut demander, mais un adulte (juge, parent, médecin) prendra la décision

- ✓ L'enfant est globalement considéré « non autonome » et dépendant, des parents, des tuteurs, de l'état

AUTONOMIE DE L'ENFANT

Idées reçues sur le développement de l'enfant et les capacités évolutives de l'enfant

Cinq présomptions majeures :

- Le développement de l'enfant est un processus universel.
- L'âge adulte a un statut normatif.
- Les objectifs de développement sont universels.
- Un écart par rapport à la norme signale un risque pour l'enfant.
- L'enfance est une longue période de dépendance durant laquelle les enfants bénéficient passivement de la protection, de l'éducation, de la sagesse et des conseils des adultes, plutôt qu'ils ne contribuent à leur environnement social.

AUTONOMIE DE L'ENFANT

Autonomie « à la demande » ou le semblant d'autonomie

- ✓ On ne demande pas si la réponse risque de pas nous plaire
- ✓ On respecte la réponse quand elle convient à l'adulte
  - Tu viens dans mes bras?
- ✓ On omet certaines informations
- ✓ Le mensonge ou la contre-vérité
  - L'odeur du masque

AUTONOMIE DE L'ENFANT

- ✓ Faut-il être capable de discernement pour avoir une autonomie, exprimer ses besoins et les satisfaire?
- ✓ Capacité des enfants, dès la naissance a exprimer leurs sentiments et leurs ressentis (faim, soif, douleur….)
- ✓ Le regard, les mimiques, le comportement qui nous parlent, qui nous émeuvent, nous torturent parfois
- ✓ Le comportements de petits enfants
- ✓ Le regard…

AUTONOMIE DE L'ENFANT

- ✓ Les jeunes enfants peuvent être avisés et courageux
- ✓ Les enfants qui ont l'expérience de la maladie et du handicap peuvent apporter des connaissances uniques et essentielles quand il faut prendre une décision
- ✓ Les enfants et les adultes peuvent collaborer pour prendre les décisions les meilleures ou les moins préjudiciables

RESPECT DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Autonomie

Devoir de valoriser la capacité du patient de décider par lui-même et pour lui-même
Impose une information claire et adaptée.

Non-malfaisance

Devoir de ne pas exposer le malade au risque de subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement de sa santé.

Bienfaisance

Il enjoint d'accomplir en faveur du patient un bien sur le plan thérapeutique, ce qui implique de réfléchir sur les bénéfices possibles que la médecine est susceptible de lui apporter. Il encourage à la mise en œuvre de traitements qui soutiennent la qualité de vie.

Justice

Au plan individuel, toute personne dispose des mêmes droits d'accès aux soins.
A un échelon collectif, toute offre de soin doit être pensée dans une visée d'égalité d'accès aux soins et l'équité de l'offre de soins

DOULEUR POSTOPERATOIRE

✓ Code de santé publique, Art. L1110-5

« Toute personne à le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

L'enfant est une personne

ATTENTION LES IMAGES QUI VONT SUIVRE
PEUVENT HEURTER LA SENSIBILITÉ DE CHACUN...

2
13h15
le dimanche

DOULEUR

- ✓ Evènement constant
  - 44% des enfants hospitalisés en chirurgie pédiatrique ont des douleurs modérées à fortes
- ✓ Sous évaluée et sous-estimée (intubation des nouveau-nés…)
- ✓ Pouvant se prolonger dans le temps
- ✓ Impact physique, psychologique important

How to Apply EMLA Anesthetic Cream for Laser Tattoo Removal

57 302 vues

90 12 PARTAGER

TattooMedics Skin Solutions
Ajoutée le 6 juin 2015

S'ABONNER 126

Eur J Pediatr (2013) 172:265–268
DOI 10.1007/s00431-012-1866-6

SHORT COMMUNICATION

Does EMLA cream application interfere with the success of venipuncture or venous cannulation? A prospective multicenter observational study

S. Schreiber · L. Ronfani · G. P. Chiaffoni · L. Matarazzo · M. Minute · E. Panontin · F. Poropat · C. Germani · E. Barbi

of venipuncture or venous cannulation. The study enrolled 388 children; 255 of them received EMLA and 133 did not. Eighty-six percent of procedures were successful at the first attempt in the EMLA group and 76.7 % in the no EMLA group. *Conclusion*: In this study, EMLA use did not interfere with the success of venipuncture or venous cannulation in children.

	Success at the first attempt Bivariate OR[a] (95 % CI)	Multivariate OR[a,b] (95 % CI)
EMLA vs. no EMLA use	1.91 (1.08–3.38)	1.70 (0.81–3.59)

SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE

VIDEOS IN CLINICAL MEDICINE FREE PREVIEW

Managing Procedural Anxiety in Children

Baruch S. Krauss, M.D., Benjamin A. Krauss, and Steven M. Green, M.D.

April 21, 2016
N Engl J Med 2016; 374:e19
DOI: 10.1056/NEJMvcm1411127

Purchase this article
Print Subscriber? Activate your online access.

When children need medical care, the situation can be stressful for both the parents and the child. This video describes the signs of acute anxiety in children and demonstrates approaches to interacting with children that minimize anxiety and maximize cooperation.

Figure 1. Assessing the Child's Emotional State.

Figure 3. Engaging the Child in the Performance of a Developmental Task.

Figure 2. Arousing Curiosity.

Figure 4. Desensitizing the Child to Instruments Used in the Physical Examination.

- ✓Professional skills & attitudes for an **EMPATHIC, FOCUSED, QUIET, NORMAL** and **PATIENT** communication with Children (and their Parents) intented to alleviate FEAR and establish mutual TRUST

Pediatric Anesthesia

Pediatric Anesthesia ISSN 1155-5645

ORIGINAL ARTICLE

Preanesthetic nurse communication with children and parents—an observational study

Chris Perry[1], Carolina Samuelsson[2] & Allan M. Cyna[1,3]

1 Department of Paediatric Anaesthesia, Women's and Children's Hospital, Adelaide, SA, Australia
2 Department of Intensive and Perioperative Care, Skane University Hospital, Malmo and Lund, Sweden
3 Discipline of Acute Care Medicine, University of Adelaide, Adelaide, SA, Australia

What is already known

- In adult settings, negative suggestions can alter patient experience by increasing anxiety and/or pain. The use of inadvertent negative suggestions by nurses prior to pediatric anesthesia has not been investigated.

What this article adds

- A qualitative assessment of communication, between nurses and parents/patients on the day of a child's anesthesia, finds that negative suggestions are used frequently during the preanesthetic consultation.

- ✓ N’aie pas peur
- ✓ Ne soit pas effrayé
- ✓ Ca ne fait pas mal
- ✓ Tu auras peut-être des nausées
- ✓ Tu n’as pas envie de vomir?
- ✓ Il pourra être irritable au réveil…

- ✓ Il remangera rapidement
- ✓ Est-ce que tu te sens bien?
- ✓Peut-on faire quelque chose de plus?
- ✓Les choses se passent normalement, il est en sécurité
- ✓ Les médicaments pour aller bien sont donnés pendant l’intervention

L'EFFET NOCEBO

- ✓ « This will sting »
- ✓ « Beaware, I'm about to start »

TABLE 1. Comparative Proband Characteristics and Results

	"Sting" Group (n = 50)	"Beware" Group (n = 48)	*P*
Age (years)	26.5 ± 3.4	25.9 ± 3.1	0.461*
Females (n,%)	25 (50.0%)	24 (50.0%)	1.000†
Males (n,%)	25 (50.0%)	24 (50.0%)	
Numeric rating scale scores > 1.0 (n,%)	29/50 (58.0%)	2/48 (4.2%)	<0.001†
NRS	2.7 ± 1.2	1.6 ± 1.1	0.001*

*Tested by use of unpaired *t*-tests.
†Tested by use of χ^2/Fisher exact test.
NRS indicates numeric rating scale.

Ott et al. Clin J Pain 2012

SI L'ON RÉSUME

- ✓ L'équité dans les soins doit être une priorité à l'échelon national. Challenge…
- ✓ L'autonomie de l'enfant est probablement insuffisante
- ✓ En la respectant mieux, il est probable que l'on respecterait mieux les principes de bienfaisance et de non malfaisance
- ✓La création d'un lien de confiance est un élément clé

TRUST

TRUST