

ÉTHIQUE MÉDICALE D'HIER À AUJOURD'HUI

Coucou à tous !! Je vous sors cette fiche uniquement pour vous aider car elle sera au programme du 1er EB, et qu'elle reprend des bases assez importantes en éthique qu'il faut essayer de bien comprendre 😊. C'est la version complète du cours que j'ai fait en présentiel, donc les parties que je n'ai pas abordées à la TTR sont *en gris et en italique* (vous pouvez les lire si ça vous intéresse, c'est que du bonus). Les infos importantes (*qui risquent de tomber à l'EB* 😊) sont **en rouge, en gras et soulignées +++**, et je vous ai également ajouté des résumés de chaque partie pour les infos incontournables (c'est les paragraphes **encadrés en bleu**). Voilààà, bon courage pour ce cours et surtout, concentrez-vous sur l'essentiel, pour pouvoir avoir des bases solides avant d'entamer les nouveaux cours qui sortiront au fur et à mesure 😊.

I) L'ÉTHIQUE : LA VOIE DU BIEN AGIR ?

Premier point important : **l'éthique n'est pas une discipline figée, elle évolue avec le temps**, car avec les avancées scientifiques arrivent de nouveaux questionnements. L'éthique est donc en **perpétuel renouvellement**.

Exemple : révision de la loi bioéthique sur la PMA (procréation médicalement assistée) : auparavant, la PMA était réservée aux couples hétérosexuels ayant une infertilité médicalement constatée, mais depuis cette loi, un couple homosexuel ou même une femme seule peuvent prétendre à ces techniques.

Cependant, elle repose sur un principe universel et intangible, celui de **respecter la dignité de la vie humaine +++**. L'éthique agit alors comme un garde-fou pour nous empêcher de tout accepter.

Albert Camus : « Un homme ça s'empêche » (*je doute que les citations soient à retenir mais jetez-y quand même un coup d'œil*).

A) Qu'est-ce qu'une réflexion éthique ?

C'est la **pesée morale d'une action à venir +++** : on va évaluer des valeurs auxquelles nous sommes attachés qui risquent d'être trahies par nos décisions, et on va effectuer une hiérarchisation de ces valeurs en vue d'opérer un choix face à un dilemme (très fréquents dans les professions médicales).

En clair, l'éthique est avant tout une **recherche du « bien agir »**.

C'est une **mise en alerte cognitive** à chaque fois qu'une situation singulière porte atteinte au respect de la personne humaine, tant dans sa dignité que dans son intégrité.

B) L'éthique, composante humaniste du soin

L'éthique est **consubstantielle ++ (= inséparable) à la fonction de soin** car c'est elle qui fait de nous des soignants et **pas seulement des techniciens de santé**.

Le prof compare l'éthique à une boussole intérieure qui nous donne le bon cap à suivre (*un vrai poète*)

En effet, le médecin / soignant est **exposé quotidiennement à de nombreux dilemmes éthiques** (d'importance variable) :



Est-ce que l'on doit toujours dire la vérité ? (Ex : faut-il annoncer à son patient qu'il ne lui reste plus que quelques semaines à vivre, sachant qu'il risque de plonger dans une profonde dépression sans pouvoir profiter des derniers moments avec sa famille ?)



Est-ce que l'on doit toujours respecter la volonté de son patient ? (Ex : s'il ne veut pas annoncer à sa famille son pronostic grave pour ne pas les peiner, faut-il l'écouter ?)



Il y a donc énormément de questionnements qui interrogent le médecin et le mettent dans des situations délicates : dans ce cas, ce ne sont ni la morale, ni le droit, ni la déontologie mais **l'éthique** qui va nous donner le bon (ou le moins mauvais) cap à suivre.

C) Morale ou éthique ?

<u>MORALE</u>	<u>ÉTHIQUE</u>
<u>Énoncé de lois et de règles</u>	<u>Réflexion individuelle, puis collective sur des valeurs qui peuvent entrer en conflit (susceptibles de provoquer des « cas de conscience »)</u>
<u>Obéissance aux normes</u>	<u>Recherche du bien agir</u>
<u>Impérative, prescriptive</u>	<u>Indicative</u>
<u>Bien / Mal ; Juste / Injuste ; Acceptable / Inacceptable</u>	<u>Relève du conseil</u>
<u>Respect du devoir</u>	<u>Visée de la vie bonne</u>
<u>Récompense ou sanctionne</u>	<u>Responsabilise</u>
<u>« Tu dois »</u>	<u>« Si tu souhaites..., alors tu devrais... »</u>

⚠ Attention à bien faire la distinction entre les deux : la morale repose sur des principes stricts, rigides et intangibles tandis que l'éthique, comme on l'a dit, évolue avec le temps et s'adapte aux spécificités de chaque situation, d'où son importance capitale dans les professions médicales.

D) Les différents points de vue en éthique (cette partie vraiment +++ elle tombe tout le temps donc attention à ne pas confondre les deux positions !!!)

Il n'y a pas qu'une éthique mais **DES éthiques**. De manière caricaturale, on relève **2 grands points de vue** :

<u>POSITION DÉONTOLOGIQUE (DE CONVICTION)</u>	<u>POSITION TÉLÉOLOGIQUE (CONSÉQUENTIALISTE)</u>
<u>L'action est morale si elle est réalisée par DEVOIR +++</u> (mnémo : DÉontologie = DEvoir)	<u>L'action est morale si son but est la réalisation du BIEN +++</u>
Respect d'un principe absolu, indérogable, intemporel, universel et sans exception : aucune prise en compte des conséquences, tant que l'intention est droite .	Prise en compte des conséquences prévisibles de la décision : évaluation au cas par cas du bien attendu ou du mal évité. Un moindre mal peut être vu comme un bien
Une fin bonne ne justifie pas tous les moyens pour y parvenir	Recherche d'un maximum d'utilitarisme

Petit point étymologie pour vous aider à faire la distinction entre les deux : (pas à apprendre c'est juste pour vous aider : si ça vous aide tant mieux mais si ça vous embrouille, passez)

- Le mot « déontologie » vient du grec « déon », qui signifie « ce qu'il faut faire, le devoir, l'obligation » : on comprend alors que la position déontologique repose sur le devoir, avec un respect de principes absolus et indérogables (comme on l'a dit pour la morale, ce sont des principes stricts et rigides).
- Le mot « téléologie » vient du grec « télos », qui signifie « le but, la fin, l'accomplissement » : on comprend alors que la position téléologique repose sur l'idée que les choses ont toutes une finalité, et on réfléchit donc aux conséquences de nos décisions, en pensant avant tout à la réalisation du bien.

La position téléologique est **la plus fréquente en médecine +++**

E) L'ancrage philosophique de la posture éthique

C'est l'ancrage philosophique qui va donner sa coloration à la posture éthique :

1. Éthique de conviction : (c'est la position déontologique)

Il s'agit du devoir (on se rappelle DÉontologie = DÈvoir) qu'on applique sans se soucier des conséquences ; l'action est morale tant que l'intention est droite.

2. Éthique conséquentialiste : (c'est la position téléologique)

Elle met en avant les conséquences positives ou négatives de la décision.

Ex : Dans le cadre d'une transplantation d'organes, les ressources sont rares (peu de greffons) et on doit les attribuer aux personnes qui en ont le plus besoin : on prend alors en compte les conséquences prévisibles de la décision, qu'elles soient positives ou négatives.

3. Éthique de responsabilité : (prônée par Max Weber)

Elle procède à une **estimation raisonnée des conséquences à long terme.**

Ex : On retrouve une dualité entre les convictions du médecin, qui fait tout, à n'importe quel coût pour son patient, et le chef d'hôpital qui doit adopter une éthique de responsabilité pour pouvoir soigner tout le monde et réfléchir aux conséquences de ses décisions.

4. Éthique utilitariste +++ : (très ancrée dans la **société anglo-saxonne**)

C'est une forme de conséquentialisme (mais ce n'est pas exactement la même chose attention !!). Elle cherche à maximiser le bonheur du plus grand nombre ++, même si cela peut être au détriment du malheur d'autres personnes. On a donc une régulation des libertés individuelles par le **principe de l'utilité sociale**. L'idée utilitariste consiste toujours à intégrer l'intérêt du groupe dans la résolution de dilemmes moraux.

Ce qu'il faut retenir sur cette partie :

- L'éthique se **renouvelle continuellement** mais repose sur un principe universel et intangible : celui de **respecter la dignité de la vie humaine**
- Elle est **inséparable de la fonction** de soin car les soignants et médecins sont **constamment confrontés à des dilemmes éthiques** d'importance variable
- L'éthique est la **pesée morale d'une action à venir**, on recherche le **bien agir**, et c'est elle qui va **éclairer notre décision** lorsque l'on est confronté à des situations complexes
- Les **différences entre éthique et morale ++++** (facile en vrai...)
- Les différentes postures (**déontologique, téléologique et utilitariste**) dans les grandes lignes

II) ÉTHIQUE MÉDICALE OU BIOÉTHIQUE ?

A) L'éthique médicale

Elle est née avec la médecine il y a **25 siècles** (*au moment de la Grèce Antique*). C'est elle qui **donne une coloration humaniste à notre profession** : en effet, cette profession nous donne accès, par dérogation, à l'intimité du patient, à son corps, à ses secrets. Il nous transmet sa vie et cette transgression est ainsi permise à condition que notre intention soit pure et que la finalité soit bonne. On est dans un **colloque singulier** (*le terme « colloque » désigne une réunion organisée entre plusieurs personnes autour d'un thème en particulier pour échanger des idées et points de vue, et l'adjectif « singulier » nous montre que chaque patient est une personne unique, avec son histoire, son vécu, ses attentes, donc, un « colloque singulier » est une rencontre privilégiée entre le médecin et le patient, dans un climat de confiance mutuelle et d'intimité*). On est **dans le souci du malade**, qui est vulnérable et qui mérite encore plus notre respect et notre confiance.

Le philosophe Levinas parle d'un visage qui nous convoque et s'impose à nous. Pour Paul Ricoeur, cela nous permet de penser la relation de soin comme essentiellement « la sollicitude » (= soins attentifs, affectueux, constants et prodigues envers une personne). Enfin, selon Didier Sicard, ancien président du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) : « l'éthique médicale, c'est l'exigence d'une certaine forme de comportement de la médecine **AU SERVICE du malade** » (*encore une fois ne perdez pas trop votre temps sur les références philosophiques, lisez les au moins 1 ou 2 fois et ça suffira, reprenez juste que le médecin est AU SERVICE du malade*).

Le serment d'Hippocrate reprend les caractéristiques du médecin +++ :

- **Moralité exemplaire** (honnêteté et probité),
- **Respect de la vie, du secret médical,**
- **Égalité d'accès aux soins,**
- **Refus de la discrimination**



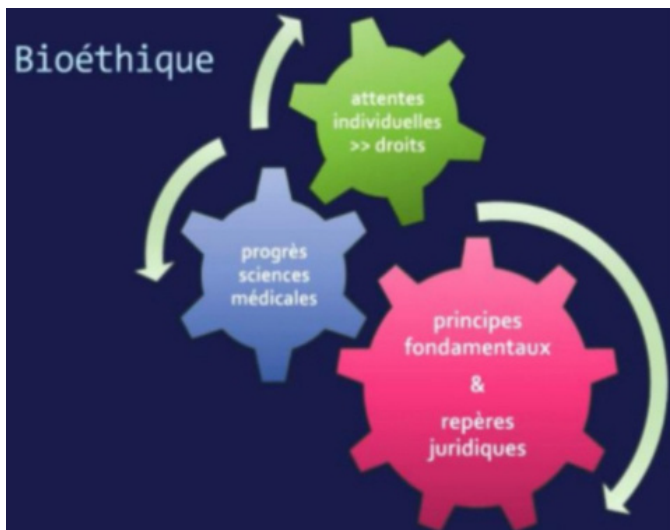
B) La bioéthique

Ce terme a été énoncé pour la première fois **en 1971 +++** par Van Rensselaer Potter dans « Bioethics : Bridge to the Future ». C'est un concept tardif : **il est venu bien après les procès de Nuremberg** qui datent des 20 et 21 août 1947 (*ce sont les procès des nazis, qui ont été condamnés à mort pour crime contre l'humanité après la 2^{de} guerre mondiale*). Ce jugement a été comme une **prise de conscience** que « l'homme pouvait être un loup pour l'homme » (*citation de Hobbes pour ceux qui ont suivi en philo l'année dernière*).

(*Explication en plus : en gros les procès de Nuremberg ont fortement influencé la naissance de la bioéthique car les nazis ont mené des expérimentations médicales inhumaines sur les déportés, et ont utilisé la science et la médecine comme des outils de domination, sans aucun respect de la dignité humaine et cela a mis en évidence qu'une science sans limites éthiques pouvait devenir destructrice, d'où la naissance de la bioéthique. C'est vraiment pas à apprendre, c'est juste pour la culture g et pour mieux comprendre comment ces procès ont influencé la naissance de la bioéthique*).

La bioéthique naît alors de la **prise de conscience de la menace que le développement effréné de la recherche scientifique pouvait faire peser un grand danger sur l'humanité**. On a un mélange de fascination et d'effroi par rapport au champ des possibles qui s'offrent à nous : on doit donc absolument mettre des **garde-fous** : "**je sais le faire, j'ai les moyens de le faire mais est-ce que je dois le faire ?**" ++

Selon **D. Sicard** (encore une référence 🙌), c'est la **mise en forme à partir d'une recherche pluridisciplinaire d'un questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement technoscientifique sur le domaine du vivant +++** (c'est littéralement la définition de la bioéthique donc on l'apprend, pas forcément mot pour mot mais sachez ce que c'est dans les grandes lignes)



Sur ce dessin, on voit 3 roues dentées :

2 roues qui tournent à toute allure : une qui représente les **progrès des sciences médicales** et l'autre qui représente les **attentes de la société**, qui se transforment rapidement en droits. Elles s'acharnent à essayer de tourner la 3ème roue, bien plus lente.

La 3ème roue représente les **repères juridiques** : en France, on a une **révision de lois tous les 7 ans +++**, donc les repères juridiques évoluent **bien plus lentement que les progrès scientifiques et les attentes de la société**. En 7 ans, la situation est telle que ce qui était considéré comme non acceptable peut le devenir aujourd'hui.

Les champs concernés par la bioéthique : +++

On retient avant tout que la bioéthique est un champ très vaste

- La **recherche sur l'embryon**
- La **médecine de la procréation**
- L'**intervention sur le génome**
- Les **expérimentations sur l'homme**
- L'**intervention sur le vieillir et mourir**
- Les **greffes d'organe**
- La **neuroscience** et la possibilité de **manipuler la personnalité**
- La **santé environnementale** (perturbateurs endocriniens)
- L'**intelligence artificielle** : serons-nous un jour esclaves de nos machines où en resterons-nous les maîtres ?



Pour cette liste pas besoin de l'apprendre par cœur, elle est assez logique, donc reprenez vraiment que les champs de la bioéthique sont très larges et qu'ils concernent l'éthique appliquée au domaine du vivant et ce sont des champs qui posent des problèmes éthiques quant aux conflits suscités par le développement des technosciences sur le domaine du vivant (bioéthique : préfixe « bio » = le vivant et suffixe « éthique », donc c'est l'éthique qui concerne les conséquences positives ou négatives du développement des sciences sur le domaine du vivant).

III) UN CONTEXTE ÉVOLUTIF

A) Une médecine qui devient de plus en plus technique

On peut aujourd'hui parler de **biomédecine** et nous avons un impératif absolu : celui du **respect de la dignité humaine +++** (répétition ++). Mais il existe néanmoins **deux dangers majeurs +++** :



Une **déshumanisation des soins à cause de l'émergence des IA**, notamment avec l'arrivée de l'Evidence Based Medicine (= médecine fondée sur des preuves fournies par les algorithmes). Tout cela offre la tentation de raisonnements programmés, pré-décidés qui débouchent sur des décisions obligées, des protocoles (selon le prof : « on passe du restaurant à la carte, au menu », *il aime beaucoup les métaphores*)



Les **dérives de la technoscience** : par exemple, en 2018, un scientifique chinois a modifié au stade embryonnaire le génome de 2 embryons de 2 petites filles, au vu de rendre ces enfants résistantes au VIH. Il a violé les recommandations internationales et a été condamné par les autorités de son pays. Notre mission est donc de **rester des soignants humains**, et de ne **pas devenir seulement des « techniciens de santé »**.



Pour cela, il faut faire **cas de la personne humaine**, la prendre en charge dans sa globalité (prise en charge « holistique »), avec ses opinions, ses sentiments, car bien que le malade soit fragile, il reste un **être spirituel, social à part entière**.

B) Une relation médecin/patient et médecin/public qui évolue

Rejet du paternalisme qui a dominé **jusqu'aux années 80 +++** : c'était une façon de prendre en charge le patient comme un père prend en charge affectueusement son fils. Mais de nos jours, c'est assez péjoratif car ça va **limiter la liberté du patient** qui va être réduit à sa maladie, parce que même si le médecin pense agir pour le bien du patient, il **agit de façon autoritaire**, et cela va instaurer un **rapport de dépendance +++**.

Ainsi, **depuis les années 90**, les patients revendiquent le fait de **pouvoir être informés sur leur état de santé** : **loi Kouchner du 4 mars 2002 ++++** (*pour retenir la date, pensez à 4/3/2, elle tombe souvent*), qui a transformé le devoir d'information en une **réelle obligation du médecin** pour le patient: dans le Code de Déontologie, il est inscrit que **« toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé »**. Aujourd'hui, la relation patient/médecin est moins déséquilibrée, le patient est en demande et on tend vers un **partenariat** plutôt qu'une relation paternaliste.

Cependant, en Europe, nous sommes encore **loin de la conception anglo-saxonne** qui voudrait que la relation médecin/patient soit **parfaitement symétrique**, un « contrat de soin ». Mais c'est une conception trop idéaliste, et aujourd'hui le patient n'est pas encore totalement en autonomie car quand il souffre, il va voir le médecin qui est censé détenir la clé pour résoudre son problème : il est donc encore en **hétéronomie**.

Parfois, on peut voir des **patients autonomes**, qui viennent avec un **savoir expérientiel**, càd que les patients ne viennent plus vierge d'informations, mais se revendiquent un **savoir profane** car ils ont cherché des infos sur Internet (*profane = qui n'est pas initié à la science, en l'occurrence, aux sciences médicales, donc c'est un patient qui pense connaître sa maladie et les soins requis*).

On voit même quelquefois des « **patients experts** », avec qui on va aller vers une **relation de type partenariale**. Ils peuvent être sollicités pour faire des interventions dans des congrès ou dans les facs de médecine.

Il faut donc savoir doser les informations que l'on donne à chaque patient, s'adapter à tous les profils et voir s'ils sont capables ou non de comprendre et d'encaisser les mauvaises nouvelles : l'art médical est subtil.

C) La pression de nouveaux référentiels métiers

On observe :

- Un **vieillessement** et une **paupérisation** de la population
- Un **fossé entre le secteur public et la médecine privée** qui a tendance à se creuser
- De **fortes contraintes financières qui pèsent sur les hôpitaux** et qui obligent parfois à prendre des choix douloureux de **priorisation**
- Une **propension à la juridiciarisation** ; càd une revendication de plus en plus importante « d'obligation de résultat » de la part des patients ou de la famille
- Le **développement de la télémédecine** : moins de rdv cliniques et plus plus de rdv virtuels
- Un **appel de plus en plus important à l'IA et au Big Data** avec une « **médecine 4.0.** », bien loin de celle d'Hippocrate

Le danger est que la vocation médicale risque au fil des années de **se transformer en un simple métier** et malheureusement, parfois, dans sa forme dégradée, deviendra tout **simplement un travail rémunéré** qui est l'apanage du **technicien de santé**. Il faut éviter de glisser vers ce travers, sinon, vous ne serez plus le médecin que vous vouliez être, mais seulement quelqu'un qui reçoit des patients pour gagner son argent : cela aboutit à la **perte de noblesse de cette fonction**.

Ce qu'il faut retenir :

- Pour l'éthique médicale : elle donne une **coloration humaniste à notre profession**, le médecin est **au service du malade** (logique) et elle est balisée par le **serment d'Hippocrate**
- La partie sur la **bioéthique ++++** (la nouvelle prof va beaucoup en reparler), en particulier les parties indiquées en rouge soulignées
- **Rejet du paternalisme** car limite les libertés du patient
- **Loi Kouchner du 4 mars 2002 +++** (4/3/2, facile à retenir) qui porte sur **l'information du patient : toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé**
- Malgré tout, la patient n'est **pas encore en totale autonomie** (hétéronomie), la relation médecin / patient n'est donc toujours **pas totalement symétrique**
- Il faut savoir **doser l'info** que l'on donne au patient (on rappelle information **claire, loyale et APPROPRIÉE +++**)

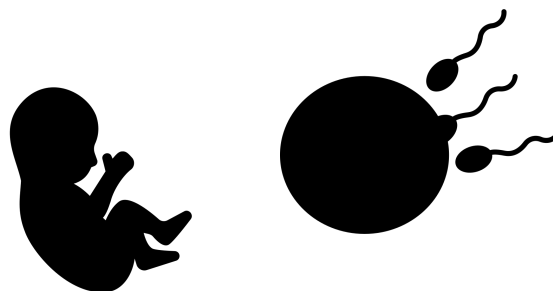
IV) LES CHAMPS D'APPLICATION DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE ET DE LA BIOÉTHIQUE

A) Le début de la vie

1- La PMA :

C'est un large domaine qui comprend :

- Dons de gamètes (anonyme et gratuit)
- Fécondation in vitro
- Anonymat des donneurs
- Statut des parents
- Gestation pour autrui (GPA, interdit en France)



Depuis **2020**, lors de la **dernière révision de loi de la bioéthique**, la PMA est **accessible à toutes les femmes, qu'elles soient seules ou en couple ++**.

Ainsi, cela a soulevé de nombreux questionnements éthiques : (un peu liste de courses désolé... mais pas vraiment besoin d'apprendre par cœur)

- Quelle est la finalité de la médecine ? Répondre à une pathologie (l'infertilité) ou répondre à un désir de vie (dans le cas des couples homosexuels) ?
- Ouverture = fin d'une discrimination de la communauté homosexuelle ? Égalité des droits ?
- L'assurance maladie peut-elle financer ce qui n'est pas une maladie ?
- L'absence de père (biologique ou sociale) est-elle préjudiciable pour le dvpt de l'enfant ?
- Doit-on prendre en compte de manière prioritaire l'enfant (d'avoir un père et une mère et de pouvoir conserver des repères anthropologiques, un schéma familial classique) ?
- Doit-on ainsi repenser un nouveau mode de filiation (lien entre l'enfant et ses parents) pour les enfants nés par PMA d'un couple de femmes ?
- Dans un contexte élargi, doit-on maintenir l'interdiction de la PMA post-mortem (par exemple un homme qui donne son sperme, décède, et sa femme veut récupérer son sperme pour pouvoir avoir un enfant : ce sperme peut-il être donné à une femme seule ? La loi française l'interdit) ?
- Faut-il rémunérer le don de sperme (pour permettre d'augmenter le nombre de donneurs : actuellement, il n'y en a que 300) ? Va-t-on entraîner la fragilisation du modèle solidaire ?

Dilemme éthique en PMA :

La situation : Demande de PMA par un couple hétérosexuel. Le conjoint est malade, il a une leucémie avec un mauvais pronostic à court / moyen terme (en gros il va sûrement mourir RIP 🪦). Doit-on accéder à cette demande (pressante) ?



Les questionnements :

- *Qui est légitime pour décider que ce couple peut concevoir un enfant ? Est-ce que cette décision reste sous la responsabilité du couple uniquement ou celle de l'équipe médicale de PMA ?*
- *Peut-on concevoir un enfant qui sera très probablement orphelin de père, du seul fait que la technique le permet ? (« Je sais le faire, j'ai les moyens de le faire, mais est-ce que je dois le faire ? ça retenez le bien, surtout pour vos futures études »)*
- *Comment concilier l'intérêt de l'enfant et la réponse à la souffrance des parents ? Cet enfant est-il désiré comme étant une fin en soi, ou est-il un moyen de susciter une lueur de vie et d'espoir dans le contexte de ce sombre pronostic ?*

➔ *Ce type de situation est bien réel et se rencontre au moins une fois dans chaque équipe de PMA. La réponse peut différer d'une équipe à l'autre, une équipe peut se laisser attendrir par une situation singulière...*

2- Diagnostic préimplantatoire (DPI) ou prénatal (DPN) :

C'est l'expertise de la normalité du fœtus au cours de la grossesse : (un peu liste de courses encore une fois mais pas besoin de tout savoir par cœur)

- *Echographies aux 3e, 5e et 7e mois*
- *Test sanguin de dépistage à la trisomie 21 à la 12e semaine*
- *Si un risque élevé : amniocentèse (risque d'entraîner une interruption de grossesse de 1 à 2%)*
- *Caryotype fœtal sur sang maternel (moins de risque mais plus coûteux)*
- *Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) si on détecte une maladie grave et incurable*

Enjeux éthiques :

- *Le regard de la société va-t-il jouer dans la décision des parents d'accepter ou non cet enfant différent ?*
- *Notre société est-elle assez inclusive et accepte-t-elle la différence, le handicap ?*
- *Comment la famille va-t-elle être aidée pour accueillir cet enfant ?*
- *Finalement, l'ITG est-elle une dérive eugéniste larvée ?*



Selon D. Sicard (encore une citation ça faisait longtemps) : « moins la société est accueillante, plus l'exigence d'une normalité sera revendiquée »

Dilemme éthique en prénatal:

La situation : DPN d'une malformation grave et incurable. Quelle est la démarche réflexive concernant une éventuelle ITG ?

	<u>POSITION DÉONTOLOGIQUE</u>	<u>POSITION TÉLÉOLOGIQUE</u>	
ITG -	Valeur sacrée de la vie	Évaluation de la souffrance de l'enfant à naître	ITG +
	Interdit fondateur du meurtre d'un innocent	Quel avenir pour l'enfant ?	
	Égales valeurs et dignité de toute vie	Conséquences familiales	
	Chaque être humain est un absolu, une évaluation comparative et irrecevable	Coût social et économique du handicap	
		Danger moral et social de la discrimination	ITG -
		Valeur morale d'acceptation de la différence	
		Conséquences de l'avortement pour le couple	

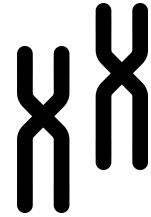
Quelques questionnements soulevés par es techniques de médecine procréatrice : (liste de courses chiante mais osef un peu, reprenez surtout le tableau d'en haut dans l'ensemble)

- Diagnostic prénatal, avortement: statut de l'embryon, commencement de la vie, droit de vivre, discrimination, eugénisme, sexisme, statut de la personne, de l'enfant, de la femme, de la sexualité, statut du corps et de sa disponibilité, démographie, problème politico-social de la prise en charge, finalité de la médecine
- PMA, FIVETE, DPI, conservation/ don d'embryons, maternité de substitution, réduction embryonnaire, expérimentations sur l'embryon: Statut de l'embryon, eugénisme, sexisme, brouillage de la filiation, statut du donneur/ receveur/ mère porteuse, droit de l'enfant et « à l'enfant »

B) La génétique

1- Le DPI-A (Diagnostic Pré-Implantatoire des Aneuploïdes) :

- Étude chromosomique à J3 d'un embryon obtenu par FIV (fécondation in vitro)
 - Recherche d'aneuploïdie (anomalie par défaut du nombre de chromosome)
- Par défaut (monosomie) : syndrome de Turner (XO)
- Par excès (trisomie) : viable (trisomie 21) ou non viables (trisomie 13 et 18 : responsables de fausses couches spontanées et de mauvais résultats après FIVETE, échec d'implantation, fausse couche ultérieure)

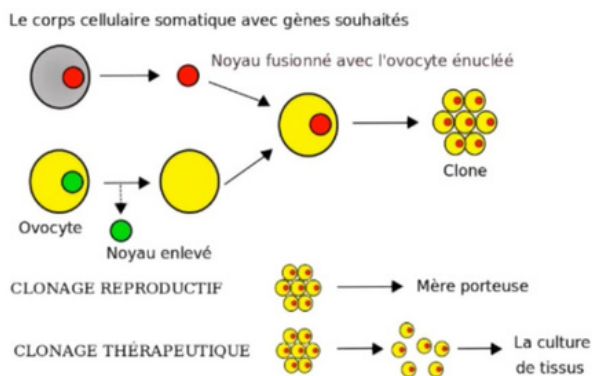


En France, le DPI-A est autorisé **uniquement pour des couples ayant un risque identifié de transmettre une maladie génétique d'une particulière gravité, ou bien qui ont eu un premier enfant à problème**. Ce n'est pas autorisé hormis cette dérogation exceptionnelle. (Loi bioéthique 2020)

Il existe donc une forte opposition entre :

- Les **opposants** au DPI-A au prétexte d'une **dérive eugéniste** visant à empêcher la venue au monde d'enfants porteurs d'une trisomie 21.
- Les **défenseurs** de la technique au prétexte d'**améliorer les chances de naissance** au terme d'un parcours de PMA déjà très difficile.

2- Le clonage thérapeutique et reproductif :



Le clonage est **interdit par la loi +++**.

Au plan théorique, il y a un intérêt potentiel des **cellules souches embryonnaires totipotentes** du clone (proximité immunologique avec le donneur: voie conduisant à une possibilité de réparation tissulaire cf: biocell). **Ce clone est une structure à potentialité de personne, détourné vers un usage purement thérapeutique.**

C'est donc un **interdit éthique** car une personne est **une fin en soi et non un moyen !**

➔ Finalement, créer un clone de réparation serait ni plus ni moins un **utilitarisme débridé** au mépris de la potentialité de développement de l'embryon qui est une « **personne humaine potentielle** ». Comme le dit D. Sicard ce serait : « Le début de la vie au secours de sa fin »

C) Le consentement

C'est une notion extrêmement importante car **il ne peut pas y avoir de soin, de traitement sans obtention du consentement du patient !!**

1- Définition et sens : (*vous savez tous ce que c'est j'espère...*)

C'est un terme vague qui recouvre beaucoup de nuances:

- Autoriser, permettre à,
- Acquiescer, approuver,
- S'engager à,
- Céder à, se résigner, capituler...



On glisse d'une **volonté affirmée jusqu'à la résignation**, la **soumission à la volonté d'autrui** (on le sent dans certaines expressions "extorquer/arracher/aller chercher un consentement"). Idéalement, on devrait toujours avoir une idée de **symétrie**, et non pas un rapport de force. Cela devrait **toujours être l'expression d'une volonté**, une rencontre de 2 volontés dans un échange symétrique. Parfois, malheureusement, il s'agit plutôt d'un consentement de type "soumission" à la volonté d'autrui. Pour **Paul Ricoeur**, le consentement est "un acte de la volonté qui acquiesce la nécessité. Consentir, n'est-ce pas céder, capituler ?". Ainsi, le consentement peut être vu comme **une sorte de capitulation**, on ne peut pas faire autrement, "qui suis-je, moi, le patient, pour refuser ?".

2- Couplage volonté/consentement :

Il doit y avoir un **couplage fort entre volonté et consentement** car si ce couplage n'existe pas, le consentement apparaît comme **désincarné, pur, mécanique, sans réelle intentionalité**.

Code de Déontologie, version de 1995 : **"Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment." +++**

Il apparaît donc la **nécessité de rechercher dans tous les cas le consentement du patient +++**. Le patient **ne peut pas être réduit à un objet de soin** entre les mains d'un médecin qui décide pour lui; c'est un sujet avec une histoire, des valeurs, des convictions... et **il doit participer aux décisions**.

Le consentement est la réponse pour **mettre fin à un casse-tête juridique** : d'un côté, on sait que le corps est inviolable mais que les soins sont une agression. Le juriste a ainsi aménagé un statut d'exception pour permettre au soignant d'**accéder à l'intimité du patient et de porter atteinte** (si nécessaire, et pour son bien), **à son intégrité physique** (*cf: cours sur les principes de protection du corps humain*).

Ce consentement peut être retiré à tout moment +++. (*on retient bien ça*)

3- Critères de validité du consentement :

3 critères de validité du consentement +++ :

- Éclairé = précédé d'une information claire, loyale et appropriée
- Libre = libre de toute pression
- Conscient = en capacité de comprendre les tenants et les aboutissants de ce qu'on lui propose (pose problème dans le cas des mineurs, des incapables majeurs ou des patients en psychiatrie qui ont un déficit cognitif comme Alzheimer...)

mnémo : pour retenir, on se dit juste **CLÉ** (Conscient, Libre, Éclairé), merci à la P1 qui me l'a dit

4- Piège de la "fausse capacité à consentir" :

Il existe une fragilité de la notion de compétences cognitives. En effet, une majorité des patients conscients sont incompetents au plan cognitif. Les cliniciens surestiment la capacité cognitive du patient (dans plus de 50% des cas).

Ex : En réanimation, on peut retrouver des patients éveillés, avec les yeux ouverts, mais qui ne vont pas être capables d'intégrer ce que l'on va leur dire. On peut également avoir un patient qui accepte de participer à une recherche biomédicale alors qu'en réalité il signe de manière automatique quelque chose qu'il n'a pas compris

5- Origine de cette obligation de consentement :

Cette obligation du consentement nous vient des travaux horribles des nazis sur des cobayes humains dans les camps de concentration, qui ont ému la communauté internationale. (*qui sont d'ailleurs également à l'origine de la bioéthique, j'espère que tu suis 😊*)

Le **code de Nuremberg** (extrait du jugement de ses nazis en 1948) est une liste de 10 critères qui permettent d'apprécier le caractère licite ou non licite des expérimentations humaines.

La **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme** et la **Déclaration d'Helsinki** (1964), viennent consacrer ce **principe indérogable : toute personne qui se prête à une recherche biomédicale, doit au préalable avoir donné son consentement éclairé +++.**

Ce qu'il faut retenir sur le consentement :

- Il ne peut y avoir **AUCUNE prestation médicale sans obtention du consentement du patient** (logique)
- Il doit toujours être **l'expression d'une volonté affirmée jusqu'à la résignation** = couplage fort entre volonté et consentement
- Il peut être **retiré à tout moment** par le patient
- 3 critères de validité = **Conscient, Libre, Éclairé (CLÉ)**
- Une **majorité des patients n'est pas compétente sur le plan cognitif**, ce qui pose problème car le consentement ne peut pas être valide
- Ainsi, les cliniciens ont tendance à **surestimer la capacité cognitive des patients** (ils pensent qu'ils sont capables de comprendre alors que non)

D) Le secret médical il y aura un cours entier à ce sujet (fait par moi, oui je sais vous êtes ravis)

C'est un **devoir absolu** pour la construction d'une **relation de confiance entre le médecin et son patient +++.**

Il s'impose au médecin (Code de déontologie). Il est devenu **un droit pour le patient (loi Kouchner du 4 mars 2002) ++. Il persiste après le décès du patient +++.**

La fragilisation du secret par la **multiplicité des intervenants** dans le parcours de soins est un **réel problème** (le secret médical tient un petit peu lieu de « secret de Polichinelle » = secret connu par tous). En outre, il faut considérer que parfois les médecins sont soumis à des **pressions extérieures** visant à rompre le secret (assurance, justice, police).

Dilemme éthique quant au secret médical :



La situation : Un patient dont on vient de découvrir la séropositivité refuse catégoriquement que son épouse soit mise au courant de son statut. Doit-on taire l'information comme demandé par le patient ou bien passer outre et avertir sa femme ? (NB: c'est une situation très fréquente, un dilemme éthique par essence)

Les questionnements :

- Comment concilier le devoir de secret et l'intérêt de l'épouse ?
- Balance entre le **respect de l'autonomie du patient** (respect de ses volontés) et **devoir de non-malfaisance vis-à-vis de l'épouse** (concept juridique de **non-assistance à personne en danger** voire même de mise en danger de la vie d'autrui).
- L'engagement de la responsabilité juridique du médecin entre-t-elle en opposition avec l'application du code de l'éthique professionnelle ? La **déontologie médicale n'autorise pas le médecin à mettre au courant le partenaire sexuel en cas de séropositivité**. Il doit simplement s'acharner à convaincre le patient d'effectuer cette démarche d'information.

E) Vulnérabilité en gériatrie: la contention physique

La **contention physique**, c'est quand on est amené à attacher un patient à son lit, parce qu'on a peur qu'il tombe, qu'il est violent vis-à-vis de l'équipe... Cela entraîne des questions éthiques et déontologiques d'**atteintes graves aux libertés individuelles** (liberté de ne pas être entravé, de pouvoir déambuler comme on le souhaite...). Ici, la ligne de crête est étroite entre le **devoir de protection** et la **maltraitance** : c'est souvent une intention de bien traitance, mais qui confine à une maltraitance.

On doit faire un compromis entre 2 impératifs :

- **Le respect de la liberté individuelle**
- **La nécessité dans certaines circonstances d'imposer des soins**

Ces mesures de contention sont **très fréquentes en gériatrie** (entre **20 et 85%**), services où les patients ont des troubles cognitifs. Malheureusement, il y a **peu de textes législatifs encadrant ces procédures, peu d'information et de formation des personnels ++**. De plus, les **conséquences physiques et psychologiques importantes** pour les patients. Cette contention est une décision médicale nécessitant une **prescription circonstanciée +++**.

Si on en arrive à attacher les patients de cette façon, le **principe de précaution est souvent évoqué comme prétexte**. En réalité, ce n'est pas éthique car c'est plutôt :

- Un **"cachemière"** pour ne pas prendre de décision
- Une réponse à **crainte/plainte judiciaire ou un accident**
- Une réponse à un **manque de personnel soignant** (le plus souvent).

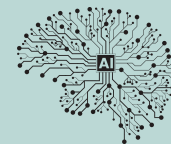
Finalement, il faut à l'inverse **mettre en œuvre des stratégies de prévention individualisée et justifiées**. (Ex : en EHPAD on a voulu confiner les patients entre 4 murs en les enfermant dans leur chambre pendant la pandémie COVID, mais d'autres structures ont trouvé de **meilleures solutions plus humaines** et ont permis de respecter la déambulation tout en respectant les mesures barrières).

E) IA et algorithmes

Quel devenir pour la relation médecin-patient dans la médecine 4.0 ? La relation entre le médecin et le patient s'est équilibrée, le patient était **devenu plus autonome**, en capacité de participer à son chemin clinique (on est loin du paternalisme d'antan). Mais avec l'arrivée de cette médecine 4.0, on risque d'avoir un **pouvoir médical considérablement renforcé par cette médecine algorithmique**. La relation pourrait devenir **très asymétrique** : que va pouvoir dire le patient au médecin face aux « décisions » des machines ?

2 risques éthiques : ++

- **Délégation de la décision médicale** : intelligence artificielle "décide" / devenir des métiers de santé ? (les machines interprètent bien mieux les pixels que l'œil humain)
- **Délégation du consentement**



L'intelligence humaine permet d'agir comme un "garde-fou" en **cultivant le doute** et en apportant une **supervision humaine finale ++**.

Il apparaît alors une nécessité de **formation des médecins, et d'éducation des patients sur cette médecine 4.0. +++**

V) LA RÉFLEXION ÉTHIQUE EN PRATIQUE

A) Les règles du débat contradictoire

Le débat contradictoire est ce qui est le plus utilisé pour résoudre un dilemme éthique :

- Aujourd'hui, **on fait appel aux vertus du groupe** (l'éthique des vertus était l'apanage d'un sage qui était capable de prendre les bonnes décisions).
- L'**éthique des vertus** a été remplacée par une **intelligence collective** : la délibération permet de **mutualiser les compétences**, d'appréhender une situation complexe dans toutes ses dimensions et de tempérer les émotions.

Ce débat contradictoire est basé sur une **approche pluraliste et pluridisciplinaire +++** (il y a des psys, des médecins, des infirmiers, des kinés ...). Il utilise la **complémentarité des disciplines** comme une force : on peut ainsi faire émerger **différents points de vue**.

Règles du débat éthique selon l'éthique de discussion de J. Habermas : +++

- **Distribution équitable du temps de parole**
- Principe d'**égalité en compétences éthiques** (le médecin n'a pas plus de compétences que l'infirmière)
- Respecter la **liberté de parole des autres** et l'expression de leur **désaccord**
- **Argumenter rationnellement**
- Être disposé à **changer de point de vue**



La discussion au cours de ce débat :

- Repose sur une **argumentation philosophique** (éthique **déontologique** ou **conséquentialiste** *j'espère que vous avez pas oublié*)
- Balisée par les **principes de l'éthique biomédicale de Childress et Beauchamp +++** (**bienfaisance, non malfaisance, justice, autonomie ++**).
- Pour organiser le cheminement de la réflexion et éviter de l'abandonner à l'improvisation
- **Outils régulateurs** à visée pédagogiques utilisés pour **clarifier les problèmes** et **non les résoudre**
- Prise en compte du **rôle des émotions** qui nous renseignent sur les principes qui risquent d'être malmenés dans une situation donnée.

Les émotions nous rappellent les **valeurs morales auxquelles nous sommes attachés : ++**

- La **compassion** révèle notre attachement au **principe de bienfaisance**
- La **crainte** nous alerte sur le **principe de non-malfaisance**
- Le **respect** révèle notre attachement au **principe d'autonomie**
- Un sentiment de **malaise** voire d'**angoisse** (*ex* : devant un patient en fin de vie) nous alerte sur un **cas de conscience majeur**, le vrai **dilemme éthique** (*ex* : devons-nous lui donner des opiacés, même si cela risque de lui abrégé la vie ?). C'est une **angoisse « bénéfique »** qui nous fait argumenter.



B) Exemple: “décision éthique en fin de vie” (cette partie et celle d’après vraiment +++)

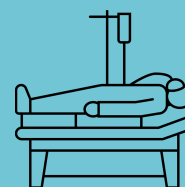
LATA = Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives +++ (chez les patients en réanimation : dans le cours, le prof parle seulement des patients en réanimation, cependant, en annales, il compte faux l’item “la LATA ne concerne que les patients en réanimation”, donc considérez pour l’instant que la LATA ne concerne pas seulement les patients en réanimation)

Quand on s'acharne à donner des traitements inutiles à un malade, qu'on ne progresse plus c'est de l'obstination déraisonnable (OD). C'est lorsque l'équipe refuse de voir l'inéluctable et continue les thérapeutiques devenues inutiles ++. On a donc recours à des LATA.

Quelques chiffres:

Selon LATAREA 2000:

- **10% des patients en réanimation seront concernés par une LATA +++**
- **50% des décès en réanimation surviennent suite à une LATA +++**



Selon ETHICUS 2003 (31 000 patients):

- Europe du Nord: 47% des décès font suite à une ATA (Arrêt des Thérapeutiques Actives)
- Europe du Sud: 18% des décès font suite à une ATA

(Ces deux derniers chiffres sont moins importants, retenir surtout les deux premiers ++. Aussi, ne retenir pas le nom des études on s’en fout).

1- La proscription de l'acharnement thérapeutique: une disposition législative déjà ancienne :

Article 37 du Code de la Santé Publique : « **En toutes circonstances, le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie** » ++

La **loi Clayes-Leonetti du 2 février 2016 +++** reprend cette formulation, donnant de **nouveaux droits au patient** : +++

- Droit au **refus de l'obstination déraisonnable**
- Droit au **refus de soins exprimé par le patient**
- Droit à l'**apaisement de la souffrance**
- **Caractère contraignant des directives anticipées** (rédigées par **15% des français +++**) : dispositions écrites par le patient, en **pleine conscience**, pour la situation où il ne serait **plus en capacité de décider par lui-même**, si sa situation s'aggravait (expression de la **volonté** du patient)
- Renforcement du rôle de la **personne de confiance** : **porte-parole** du patient lorsqu'il ne serait **plus en capacité de décider par lui-même**
- **Droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès (pour laisser mourir le patient naturellement et non le faire mourir !!)** Attention vraiment à bien faire la nuance: la LATA n'est absolument pas un suicide assisté ni une euthanasie car cela est interdit en France, seulement un arrêt des thérapeutiques actives et déraisonnables jusqu'au décès !!!). **Hydratation et nutrition artificielle deviennent des traitements +++**



La poursuite de traitements devenus inutiles va à l'encontre des principes de l'éthique médicale

Aucune bienfaisance	...à vouloir sauver la vie à TOUT PRIX
Probablement une forme de maltraitance	...en ne tenant pas compte des formes de survie obtenues
Une atteinte au respect et à la dignité (respect de son autonomie)	...en s'acharnant sur la maladie au détriment du malade
Une atteinte au principe de justice distributive	...en mobilisant sans finalité des ressources limitées

En novembre 1957, un collège de médecine réanimateurs, émus de l'arrivée de techniques de réanimation se demandaient si prolonger la vie par ces techniques était réellement moral. Ils sont allés poser la question au Saint Siège et il a eu la réponse que : « **Nul médecin n'est tenu de dispenser des soins extraordinaires et nul malade de les accepter** » (Pie XII c'était le pape de l'époque)

2- Arrêt des traitements et sédation profonde et continue jusqu'au décès :

En cas de situation d'**obstination déraisonnable** (OD), le législateur a permis au corps médical de mettre en place une sédation profonde et continue jusqu'au décès, **dans 3 cas : +++**

Chez un patient compétent sur le plan cognitif, qui en exprime la volonté : (faites bien attention: les LATA ne sont pas réservées exclusivement à des patients inconscients ou incompetents sur le plan cognitif; un patient conscient qui sent que ses traitements sont inutiles et vains peut totalement exprimer la volonté d'avoir recours à une LATA !!)

- Cas n°1 : le patient se rend compte qu'il est dans une **impasse thérapeutique** et **exprime donc la volonté** d'avoir recours à une LATA
- Cas n°2 : le patient **demande l'arrêt des traitements** (souvent dans une situation de souffrance)

Chez un patient non compétent sur le plan cognitif :

- Cas n°3 : **réunion collégiale pour tenter de mettre en évidence ou non une situation d'OD +++**

« Puisque l'on a décidé de ne plus s'opposer vainement à la mort, il faut **apaiser toutes les souffrances** et permettre au malade de **dormir pour ne pas se voir ni se sentir mourir** »

Intentionnalité : **laisser mourir et NON faire mourir +++** : on est dans la compassion éthique extrême et pas dans l'euthanasie ! (répétition +++ super important à comprendre)

C) Le déroulement du processus LATA au sein d'une équipe

(Pour un patient cognitivement incompétent !!!!)

La situation : Une histoire clinique complexe qui crée un malaise au sein de l'équipe. Un lanceur d'alerte faisant partie de l'équipe met en garde sur la situation et le responsable doit alors lancer une délibération pour réfléchir au problème.

On a alors une mise en évidence d'un **échec thérapeutique**, et/ou d'une **évolution défavorable de la qualité de vie**.

On veut donc **objectiver une situation d'OD** (phase 1): pour cela, on doit mettre en place une **réflexion collégiale** et la **recherche d'un consensus**:

PHASE 1 : Objectiver une situation d'OD

Validation de la stratégie médicale :

- **Anamnèse** (antécédents du patient, on relit son dossier médical)
- **Qualité de la prise en charge** (a-t-il été traité dans les règles de l'art)
- **Proportionnalité de l'engagement** (a-t-on mis tous les moyens nécessaires ?)
- **Qualité de vie prévisible**
- **Projet de vie ultérieur ?** / quelle logistique à mettre en place ultérieurement pour que le patient continue à mener une vie digne ?

Les intervenants dans la réflexion : ++

- **Équipe médicale et soignante**
- Un **consultant extérieur**
- Le **patient** via **directives anticipées** (que seulement **15% des français ont rédigé** on le rappelle) ou via la **personne de confiance** (porte-parole) : il faut être sûr qu'elle exprime les propres souhaits du patient
- Consultation de la **famille** et des **proches**

La décision finale :

- Est **uniquement médicale**
- Le **médecin en porte la responsabilité +++**
- La collégialité sert à **éclairer la conscience du médecin**
- Le **consensus est souhaitable sans être une garantie éthique +++**
- S'assurer de l'**absence d'opposition nette des intervenants**
- Si doute **renouveler la réunion**, ne jamais imposer la décision



PHASE 2 : Mettre en œuvre la décision d'ATA

- **Poursuite des soins** (pas pareil que les traitements, on garde des soins de confort)
- **Arrêt des traitements et techniques de suppléance**
- **Arrêt de l'hydratation et de la nutrition** (*on dit ça parce que souvent ça va être un patient dans le coma qui ne peut plus s'alimenter par ses propres moyens.... Mais dans le cas où le patient peut encore manger, on ne lui enlève pas sa nourriture hein !!!*)
- **Sédation profonde maintenue jusqu'au décès**
- **Arrêt du support ventilatoire** (au tout dernier moment)

Ces deux dernières parties sur la LATA (B et C), vous me les apprenez bien sinon gare à vous 😡. Le prof adore les faire tomber donc aucune excuse, ON APPREND !!!!

Je le mets ici car j'avais pas la place ailleurs :

Petit point important non dit dans le cours (*mais qui tombe en annales...*) : **la LATA repose sur le principe de NON MALFAISANCE ++++** !! (On se rappelle, on ne veut pas nuire au patient, donc on s'empêche d'entreprendre des traitements pour ne pas le faire souffrir, c'est le principe "primum non nocere" de Hippocrate !!)

Ce qu'il faut retenir concernant le débat éthique et la fin de vie :

- On fait appel aux **vertus de groupe** pour résoudre un dilemme éthique = une intelligence collective reposant sur une approche **pluraliste et pluridisciplinaire**
- Tout les intervenants ont les **mêmes compétences éthiques**, on répartit le **temps de parole équitablement**, on doit **écouter les autres** et **argumenter rationnellement** (c'est du bon sens)
- 4 principes de l'éthique médicale de Childress et Beauchamp = **AUTONOMIE, BIENFAISANCE, NON MALFAISANCE ET JUSTICE +++++**
- **Obstination déraisonnable (OD)** = quand on s'acharne à donner des **traitements inutiles, disproportionnés** à un patient (*acharnement thérapeutique*), qui n'ont d'autre effet que le maintien artificiel de la vie
- Dans les situations d'OD, on peut mettre en place des **LATA = Limitation ou Arrêt des thérapeutiques Actives**
- C'est le principe de **NON MALFAISANCE** qui nous pousse à mettre en place une LATA (logique)
- **Loi Clayes-Léonetti du 2 février 2016** = met principalement en avant un **droit au refus de l'OD**, un droit à une **sédation profonde et continue jusqu'au décès** pour **LAISSER mourir le patient** (*pas le faire mourir attention !!!*) = pas une euthanasie, ni un suicide assisté
- On peut mettre en place une LATA dans 3 cas = 1) patient **compétent sur le plan cognitif** qui se rend compte qu'il est dans une **impasse thérapeutique** / 2) patient **compétent** en situation de **souffrance** : dans ces 2 cas, on peut mettre en place une LATA directement **sans réunion préalable** / 3) patient **incompétent sur le plan cognitif** : dans ce cas-là, une **réunion collégiale est nécessaire**
- Décision finale = le **médecin en porte la responsabilité**, le consensus est souhaitable mais n'est **PAS une garantie éthique**, s'assurer de l'**absence d'opposition des intervenants**
- Mise en place d'un processus d'ATA = **arrêt des thérapeutiques mais NON des soins de confort**