

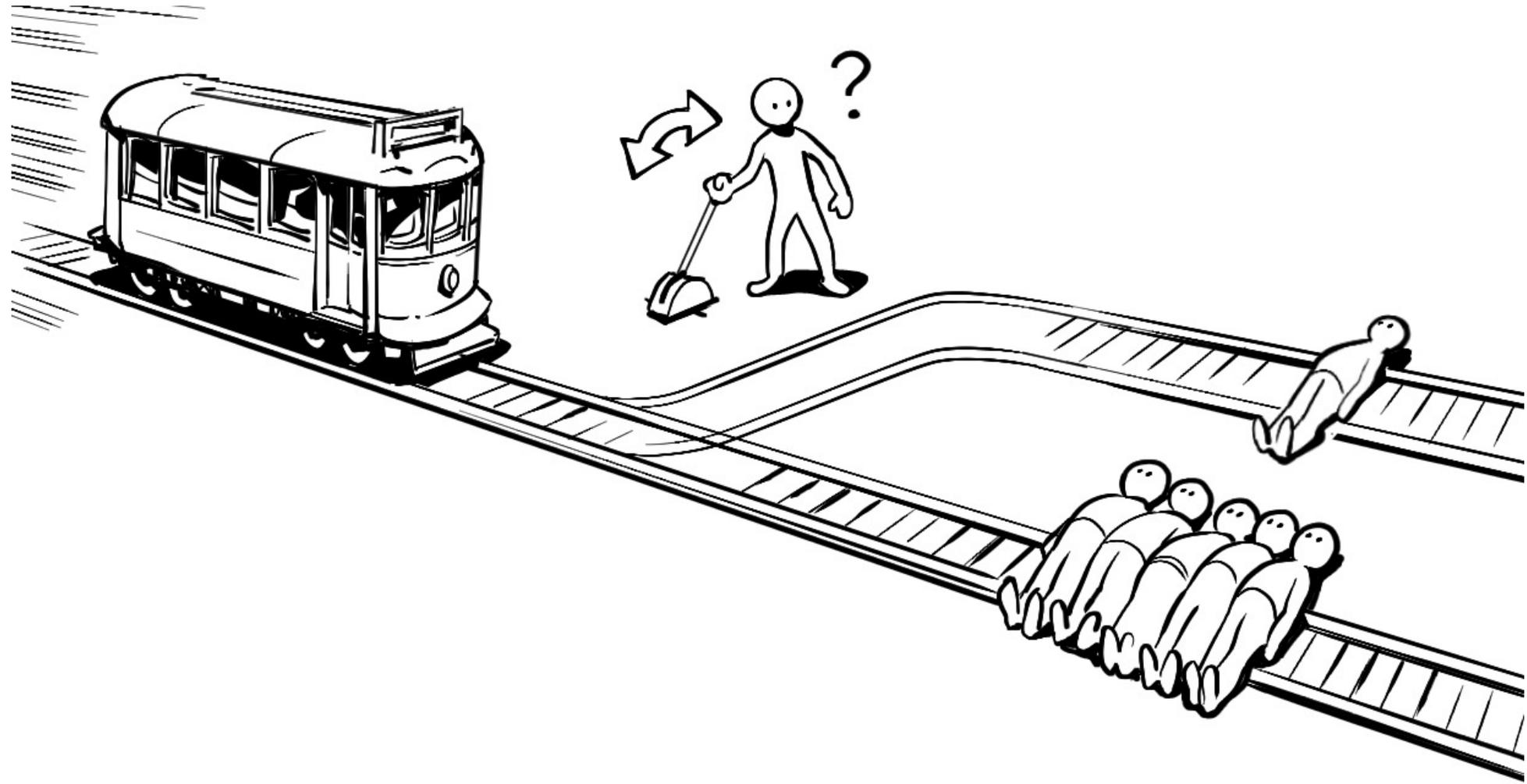


ÉTHIQUE ET BIOÉTHIQUE ÉTUDE DE CAS

PASS 2024/2025

Dr DONZ Roxane

CCA-AHU Soins palliatifs
Université Claude Bernard Lyon 1



AVANT DE DÉBUTER...

- Les soins palliatifs , qu'est-ce ?

Les soins palliatifs cherchent à **améliorer la qualité de vie des patients** et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle (maladie chronique ou problématique médicale aiguë)

- Par la prévention et la recherche d'un soulagement de la souffrance
- Par le traitement de la douleur et des autres symptômes ainsi que l'attention aux difficultés psychologiques et spirituelles.
- Par une approche globale de la personne et un soutien aux proches, avec une attention envers le psychique et le spirituel

- Prodigués à l'hôpital (équipes mobiles, lits identifiés de soins palliatifs, unités de soins palliatifs, ...) ou à domicile

Pour déterminer s'il est nécessaire de faire appel à une équipe de soins palliatifs, on peut utiliser le « Score pallia 10 »

Sollicitation possible si score > 3/10

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

AVANT DE DÉBUTER...

- Distinction traitements / soins/ accompagnement
 - Les traitements = « thérapeutiques médicamenteuses »
 - Les soins = associées aux thérapeutiques, complètent la prise en charge globale du patient (soins de nursing...)
 - L'accompagnement = processus dynamique de relation d'aide engageant différents partenaires dans un projet cohérent, centré autour et au service du patient

PAS DE PANIQUE



Pas de nécessité de comprendre tous les termes techniques et les subtilités médicales des vignettes



Concentrez-vous sur le processus de réflexion

VIGNETTE CLINIQUE N°1

Mr C., 45 ans, était en bonne santé jusqu'à ce qu'il soit victime d'un grave accident de la route en 2021. Il était alors marié et son fils était âgé de 4 ans.

Suite à cet accident, Mr C présente de **graves lésions cérébrales** qui nécessitent des mois de réanimation, une intervention neurochirurgicale, puis près de 2 ans de rééducation en centre spécialisé. Fin 2023, Mr C est admis en foyer logement pour personnes handicapées car **n'a pas pu récupérer son état antérieur, avec présence de troubles de la marche et des troubles cognitifs.**

Son épouse a demandé le divorce ne se voyant pas s'occuper toute sa vie d'une personne dépendante; ce qui a eu une grave répercussion sur le moral de Mr C. La sœur de Mr C est donc désormais la proche à prévenir en cas de problématique. Elle n'a plus de contact avec l'ex-épouse.

Il a par ailleurs été mis sous curatelle.

L'état clinique de Mr C décline progressivement depuis début 2024. Il est de plus en plus dépendant et il est de plus en plus difficile de communiquer avec lui.

Le patient présente une épilepsie séquellaire de son accident, et malgré un traitement médical bien suivi, il est décrit par les soignants du foyer l'apparition de « tremblements » réguliers avec parfois des pertes de contact.

Le patient arrive finalement aux urgences mi-juillet 2024 pour **un état de mal épileptique** et est transféré en réanimation. Il nécessite des soins lourds et une intubation oro-trachéale transitoire.

Après 15 jours, Mr C présente une **rupture avec son état antérieur** : il est désormais en **état pauci-relationnel**, et ne peut plus déglutir (et est donc incapable de boire ou de se nourrir sans aide médicale). Il présente de plus une paraplégie complète de l'hémi-corps gauche, l'empêchant donc de se mobiliser seul.

En effet, **de nouvelles lésions cérébrales sont présentes** depuis l'accident, en lien avec l'état de mal épileptique.

Une sonde naso-gastrique est posée en réanimation, mais le patient l'arrache. Il est difficile de savoir si ce retrait était volontaire ou involontaire. Une gastrostomie est finalement posée début août afin de l'alimenter de manière plus durable et le patient est transféré en service de neurologie pour la suite de la prise en charge.

A son arrivée en neurologie, le patient paraît **inconfortable**, et les médecins, tout comme **les soignants**, se **questionnent sur la prise en charge médicale** et l'intensité des soins: ils **crainent d'être déraisonnables** et voudraient le prendre en charge au mieux. Ils sollicitent donc l'équipe mobile de soins palliatifs pour un avis.

Lors de notre rencontre, Mr C. semble effectivement inconfortable. **Il ne peut fixer du regard ni communiquer. Le visage est crispé** et il agite sa jambe droite de manière importante. Il présente également des **mouvements frénétiques du membre supérieur droit** qui donnent l'impression qu'il essaye de se gratter. L'alimentation est cependant bien tolérée.

L'une des infirmières de l'équipe s'insurge: « C'est inhumain de laisser le patient dans un tel état ! C'est de l'acharnement de continuer à le nourrir ». De plus, **elle a l'impression que le patient refuse les soins**, puisqu'il « les repousse pendant la toilette et refuse d'ouvrir la bouche pour les soins d'hygiène ».

La kinésithérapeute quant à elle, aimerait continuer ses soins et le mettre au fauteuil, pour qu'il puisse changer de position et éviter de former des escarres; ce qui paraît excessif pour quelques soignants.

A force de se gratter, le patient a provoqué des lésions importantes au niveau de son œil gauche, et risque de « le perdre » si on ne l'empêche pas d'y toucher. Les dispositifs mis en place par les ergothérapeutes ne semblent pas efficaces pour le protéger.

Malheureusement, les traitements anxiolytiques proposés semblent l'endormir plus voire le séduire, mais ne l'empêchent pas de se gratter l'œil.

PROBLÉMATIQUES

Responsabilité médicale de l'état actuel ? Une meilleure prise en charge de son épilepsie aurait-elle pu éviter la situation actuelle ? **Peut-on espérer une amélioration ?**

Poursuite de l'alimentation et de l'hydratation = **obstination déraisonnable ?**

Le patient **est-il confortable ?** Comment analyser l'éventuelle douleur ou souffrance d'un patient non communiquant ?

Les mouvements présents sont-ils volontaires ou involontaires ? **Doit-on forcer les soins ?**
Mettre des contentions ? Accentuer la sédation ?

Prévenir son ex-épouse et son fils désormais âgé de 7 ans = rupture du secret médical ?

TRIPLE QUESTIONNEMENT

Quelles conceptions de la personne humaine ?

- Qui est-il ? Qui suis-je ? Qu'est-ce que l'homme ?

« *La situation blesse la représentation de soi de tout homme* » B Cadoré

Quelles responsabilités pour le soignant ?

- Que « *dois* »-je faire ?
- Qu'est-il « *juste* » de faire ?

Quels repères collectifs et responsabilités pour la société ?

ORGANISATION DE L' HOSPITALITÉ ET DES SOINS

Données quantitatives/ patients en état pauci relationnels ou végétatifs

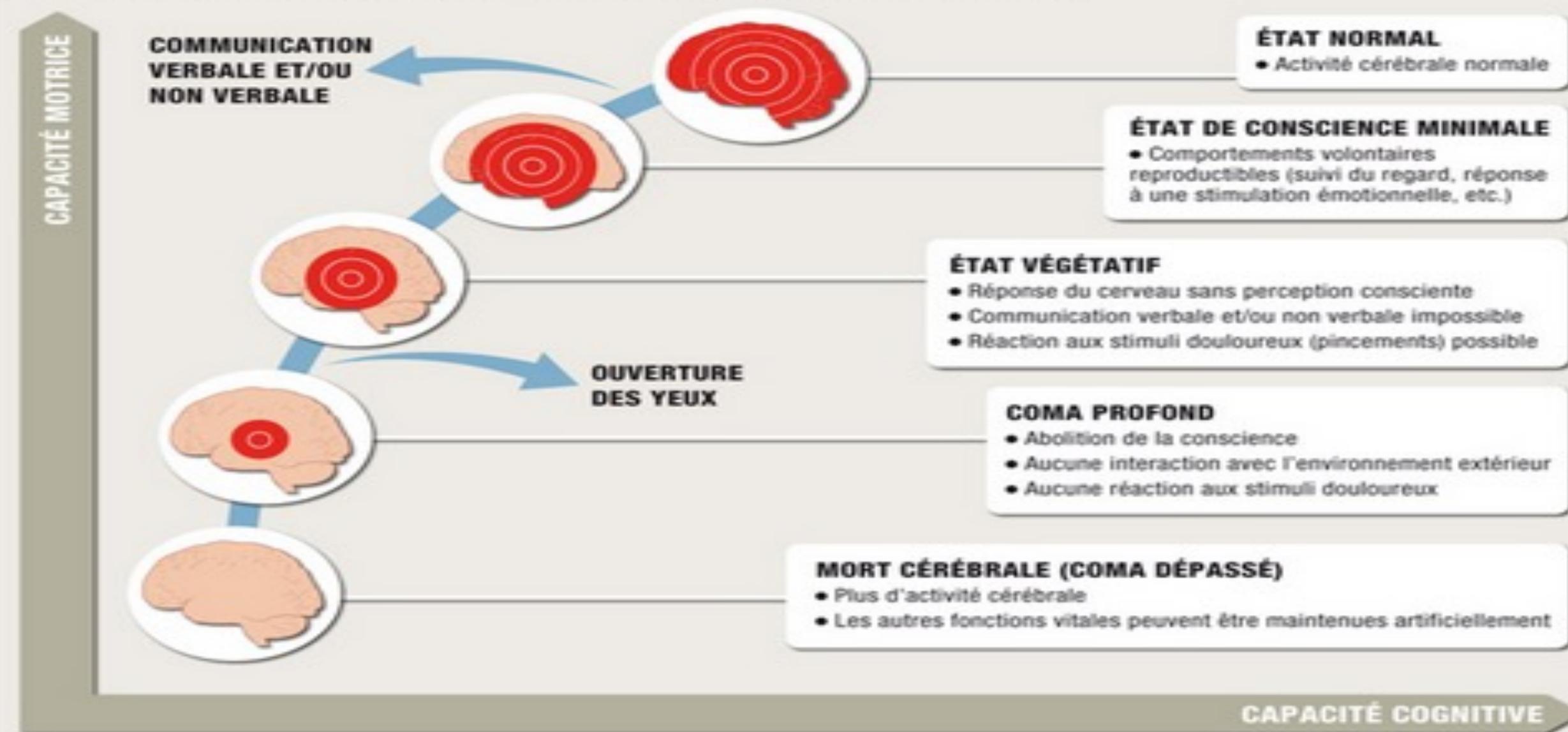
- 1 500 cas en France (DHOS, 2002)
- 500 nouveaux cas par an
- 30 à 50 % de mortalité à un an
- Durée de vie de 2 à 5 ans, mais parfois très longue
- Temps de soin quotidien estimé entre 4 h 30 et 7 h par malade
- Cout financier : 665 millions d'euros/an en France pour 1 000 patients

Structures de soins

- Création de 131 unités de 6 à 8 lits d'accueil au long cours
- Objectif : élaborer un soin spécifique en évitant deux analogies
 - La rééducation en phase d'éveil de coma
 - Les soins palliatifs

LES DIFFÉRENTS STADES DU COMA

Grâce à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), on a pu constater que le coma était caractérisé par différents stades qui dépendent à la fois des capacités motrices et cognitives de la personne concernée. Plus l'activité cérébrale augmente, plus la personne récupère ses fonctions et s'approche de la normalité.



- **Rupture avec ce qui était** → recherche d'une autre relation qui intègre ce qui est et, plus ou moins, ce qui était auparavant
 - « *Il ne reviendra plus* », « *Il n'y a plus rien* », « *C'est plus lui* »
 - « *Il me fait comprendre qu'il ne faut pas le laisser comme cela* »
- Une personne totalement remise en nos mains engendrant un vécu de toute-puissance
 - Savoir pour l'autre, vouloir pour l'autre, faire pour l'autre
- Ambiguïté de la responsabilité et tourment du doute, voire de la culpabilité (Cadoré, 1993)
 - On souffre d'être « *en partie responsable de son état* » et de sa persévérance
 - On se culpabilise de « *souhaiter que tout cela s'arrête* »
 - On s'en veut de se poser la question du sens, comme de ne pas se la poser assez
 - « *De toute façon, il n'y a pas de bonnes solutions* »

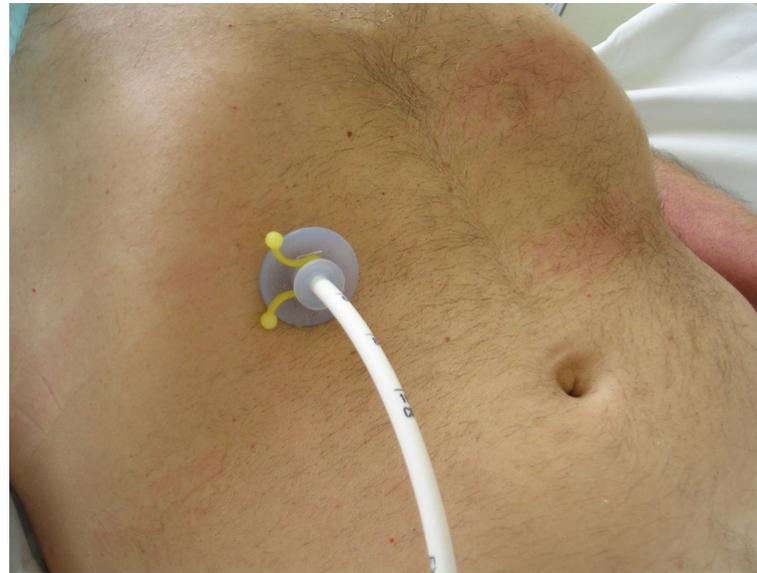
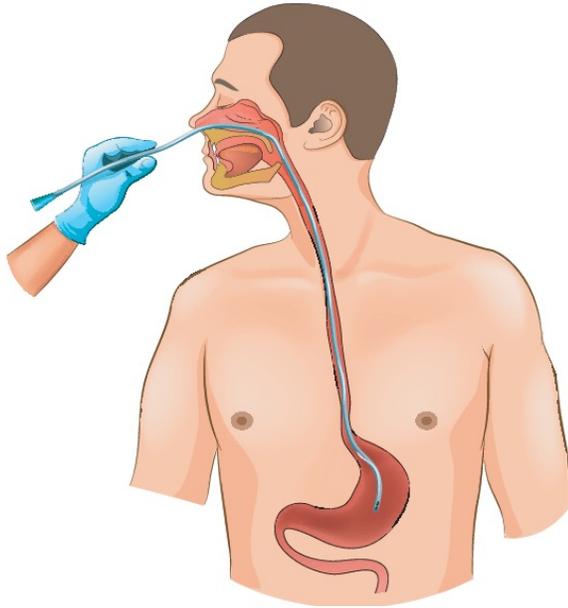
« Nous pouvons éprouver des difficultés à qualifier ces patients de « personnes » parce qu'ils ne peuvent plus exercer leur raison et qu'ils n'ont plus de conscience d'eux-mêmes. Mais nous pouvons aussi continuer à les considérer comme des « personnes » parce que nous les traitons comme telles par les soins que nous leur prodiguons, par l'attention que nous prêtons à ce qu'ils nous communiquent, même non verbalement, par la mémoire que nous maintenons vivante de ce qu'ils ont été avant la maladie ou l'accident. » M. Gaille, 2010

DROIT — LOIS DE BIOÉTHIQUE

- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le **droit à l'accès aux soins palliatifs**
 - *« toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. »*
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
 - 2 principes: **le droit à l'information et le droit au consentement (et au refus de soin)**
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;
 - **l'obstination déraisonnable** (auparavant désignée par les termes d' « acharnement thérapeutique ») **est interdite** par l'obligation de ne pas empêcher la mort d'advenir lorsque les traitements apparaissent « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »
 - Procédure collégiale
 - Personne de confiance
 - Directives anticipées

La pose d'une gastrostomie relève du consentement ou du droit au refus de traitement

- C'est une technique invasive qui requiert l'autorisation du patient.
- Sa pose, comme son retrait, ont à être appréciés au regard des droits du malade et non pas au regard d'un principe absolu tel que le caractère sacré de la vie.



DROIT — LOIS DE BIOÉTHIQUE

- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 dite loi Claeys-Leonetti droit aux soins palliatifs
 - **rôle de la personne de confiance**
 - autorité des directives anticipées
 - **l'hydratation et la nutrition sont désormais considéré comme des traitements , qui peuvent être arrêtés si inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie**
 - possibilité de **sédation profonde et continue jusqu'au décès** aux personnes souffrant d'une affection grave et incurable, dont le **pronostic vital est engagé à court terme** et subissant une souffrance réfractaire aux traitements
 - nécessité d'une « procédure collégiale » c'est-à-dire d'une discussion entre professionnels de santé, prenant appui sur les directives anticipées si elles existent, ou prenant en compte l'avis de la personne de confiance, ou à défaut celui de la famille des proches, pour fonder et argumenter toute décision d'arrêt de traitement.

DROIT – LOIS DE BIOÉTHIQUE

Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)

- Art. 2. Droit à la vie.

Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

2 libertés en tension

1. Droit à la vie = Droit fondamental, en lien avec le droit à la dignité
2. Droit à ne pas subir d'obstination déraisonnable = droit individuel (code de santé publique CSP 1110-5-2)



PROPOSITION DU CCNE - RELATIF À LA PROPORTIONNALITÉ DES TRAITEMENTS CHEZ LES PATIENTS AVEC UNE CONSCIENCE ALTÉRÉE

Pas une décision collégiale entre experts mais « un processus de décision collective impliquant à part entière les soignants, la famille et les proches, et prenant en compte du mieux possible la singularité de la personne et de sa situation, et l'idée que l'on peut se faire de son état de souffrance et de ce qu'elle aurait souhaité pour elle-même » (CCNE, 2014)

- Éclairage médical
- Avis des soignants
- Avis de la famille et des proches
 - Pas d'accord sur la prédominance de l'avis du conjoint(e) ou du compagnon(ne) de vie (CCNE, 2014)
 - Possibilité de dissensions familiales

Juridiquement, le dissensus familial ne fait pas obstacle à une décision (Conseil d'État, 2014)

PROCÉDURE/ PROCESSUS DE DÉCISION MÉDICALE

Volontés du patient ? pas de directives anticipées, pas de personne de confiance officielle = nécessité de faire appel à la famille; de contacter le foyer de vie. Le patient a-t-il exprimé des choses par le passé ? Les proches sont-ils en accord avec la prise en charge ?

Quel est le pronostic actuel sur le plan neurologique et l'espoir de rééducation ? = nécessité d'avis spécialisés

Peut-on rompre le secret médical pour permettre à l'ex-épouse de décider d'une visite du fils de 7 ans en cas de poursuite de l'aggravation avec risque de décès = appel aux juristes

Que pense le reste de l'équipe soignante ? Comment vivent-ils les soins au quotidien ?

Organisation d'une discussion collégiale pluridisciplinaire avec le comité d'éthique local, qui nous encouragent à organiser une procédure collégiale et discuter d'une limitation de soins + avis favorable pour maximiser le confort du patient, malgré altération de la vigilance.

LA SÉDATION - DÉFINITION

« La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, **d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience.** Son but est de diminuer ou de **faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable** par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté »

- **Les sédations proportionnées**, c'est-à-dire de profondeur et de durée proportionnelles au soulagement du symptôme ; certaines situations de détresse vitale nécessitent un soulagement urgent (syndrome d'asphyxie, hémorragie grave par exemple) ; les sédations proportionnées peuvent être légères ou profondes selon l'intensité du symptôme à soulager ; les sédations proportionnées transitoires peuvent être courtes (dose initiale unique) ou prolongées (dose initiale + dose d'entretien) ; les sédations proportionnées continues peuvent être poursuivies jusqu'au décès, mais elles ne sont donc pas forcément profondes et restent réversibles si elles ne sont plus nécessaires au soulagement (contrairement à la SPCMD) ;
- **Les sédations profondes et continues provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès (SPCMD)**. Dans ce contexte, les traitements de maintien artificiel en vie, dont la nutrition et l'hydratation, doivent être arrêtés. Les indications, le processus de décision, l'organisation, l'évaluation et la surveillance d'une SPCMD ont été développés dans le guide du parcours de soins de la HAS, et notamment **l'obligation de la procédure collégiale** prévue par la loi.

VIGNETTE CLINIQUE N°2

Mme T. , âgée de 63 ans, se plaint d'une fatigue inhabituelle et intense depuis 1 mois et demi.

Elle n'a pas de problème de santé particulier, mais dit présenter une anxiété ancienne, non invalidante dans son quotidien, et pour laquelle elle n'a jamais reçu de traitements. Mme T. est en couple avec une femme, avec qui elle vit en concubinage depuis 20 ans.

Son médecin traitant lui prescrit, devant la persistance de cette asthénie (fatigue), une biologie qui révèle la présence de blastes (cellules immatures) dans le sang.

Elle est adressée aux hématologues qui, suite à la réalisation d'un myélogramme, **diagnostiquent une Leucémie aigüe myéloïde (LAM).**

Peu avant sa consultation d'annonce, la patiente présente une hémorragie de moyenne abondance, qui l'amène aux urgences.

Elle est hospitalisée dans un service de médecine polyvalente, et **bénéficie de transfusions quasi quotidiennes** de CGR (globules rouges) et de plaquettes, devant une anémie sévère et une thrombopénie, avec saignements actifs.

Après avoir été stabilisée sur le plan médical, elle est adressée en consultation à son hématologue référent : La présence d'une leucémie aigue est alors annoncée à Mme T., en présence de sa compagne, et un traitement **curatif** lui est proposé. **La patiente le refuse.**

Cela surprend le médecin, un deuxième avis est donc demandé et la patiente persiste dans son refus, invoquant des raisons personnelles.

L'équipe mobile de soins palliatif est donc sollicitée pour rencontrer la patiente et l'accompagner à travers la maladie. Nous la rencontrons alors et **la patiente réitère son refus de soins « actifs » , mais souhaite continuer les transfusions.** Elle souhaite être admise en unité de soins palliatifs (USP) et y finir ses jours. Elle refuse catégoriquement de rentrer à domicile, alors que son pronostic à court terme est incertain.

Elle a de **nombreuses plaintes**, notamment la douleur, mais refuse la morphine. Les soignants de médecine polyvalente sont mal à l'aise avec la prise en charge et certains développent même de la colère, considérant que la patiente est « difficile à prendre en charge ».

Mme T. évoque même une **volonté d'être « euthanasiée »** le moment venu.

PROBLÉMATIQUES

Comment continuer à prendre en charge correctement quelqu'un qui a exprimé un refus de traitement et qui refuse la majorité des traitements médicamenteux malgré de nombreuses plaintes ?

Jusqu'à quand doit on poursuivre les transfusions ?

La patiente relève-t-elle vraiment d'une unité de soins palliatif ? Peut-elle exiger de rester hospitaliser même si son état clinique ne le nécessite pas ?

Comment faire face à sa souffrance ?

Comment faire face à une demande d'euthanasie ?

DROIT — LOIS DE BIOÉTHIQUE

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
 - 2 principes: **le droit à l'information et le droit au consentement (et au refus de soin)**

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement **le médecin assure le suivi du patient et son accompagnement palliatif**

- **Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne** après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité
- Si mise en danger de la vie : le patient doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable



REFUS DE SOIN ≠ DEMANDE DE MORT/ D'EUTHANASIE

SITUATION SANITAIRE

- Stocks de sang limités car dépendent des dons. A ce jour, les stocks de produits sanguins sont en baisse constante, mais permettent de répondre aux besoins transfusionnels des hôpitaux.
- En France, les unités de soins palliatifs existantes ne représentent qu'1/4 des lits consacrés aux patients en fin de vie. Pour combler les manques, lits dédiés sont proposés au sein d'autres services hospitaliers (LISP)
- 26 départements ne disposent encore d'aucune (USP) et 3 départements enregistrent une sous-dotatation significative par rapport à l'objectif d'1 lit d'unité pour 100 000 habitants (2022)
- Or, 53% des décès surviennent à l'hôpital, 24% au domicile et 13% en EHPAD/maison de retraite. Tous les patients en fin de vie ne bénéficient pas de soins palliatifs

APPRÉHENDER LA SOUFFRANCE

La souffrance est innommable

- Elle n'est pas immédiatement de l'ordre du langage parlé

Et pourtant, la souffrance génère le silence, le cri, la plainte, la parole

- Signe de la permanence d'un sujet qui se cherche dans la déchirure de son corps
- Reconstruction d'un rapport à soi, à l'autre, au temps

Importance de l'écoute, de s'adapter, de ne pas être dans l'action, de laisser du temps, de ne pas brusquer

Ne pas combler le manque par des réassurances, des explications, du savoir, mais habiter de manière dynamique le creux inhérent à l'humain

DEMANDE DE MORT

La question de l'aide médicale à mourir suscite de nombreux questionnements éthiques, philosophiques, sociologiques, ...

Euthanasie et suicide assistés autorisés dans de nombreux pays européens et en Amérique du Nord

INTERDIT en France → Art. 2. (CEDH) Droit à la vie : Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

A ce jour mais nombreux débats réalisés avec proposition récente de loi, pour l'instant à l'arrêt

DEMANDE DE MORT

Nécessité de rappeler aux patients cet interdit si exprimé clairement et de manière répétée mais ne pas s'en contenter ... !

Déjà, s'assurer de l'objet de la demande : **NE PAS INTERPRETER**. Réelle demande d'euthanasie ou expression d'un ras le bol / d'une souffrance ? Distinction « j'en ai marre »/ « je voudrai mourir » et « faites moi une piqûre »

Rechercher l'origine de la demande (Symptômes d'inconfort ? Dépression ? Apparition d'une dépendance? Isolement social ? Souffrance existentielle ?)

Explorer et accueillir la souffrance = écouter, reconnaître les difficultés de l'autre → processus d'accompagnement

Ne pas enfermer le patient dans cette demande

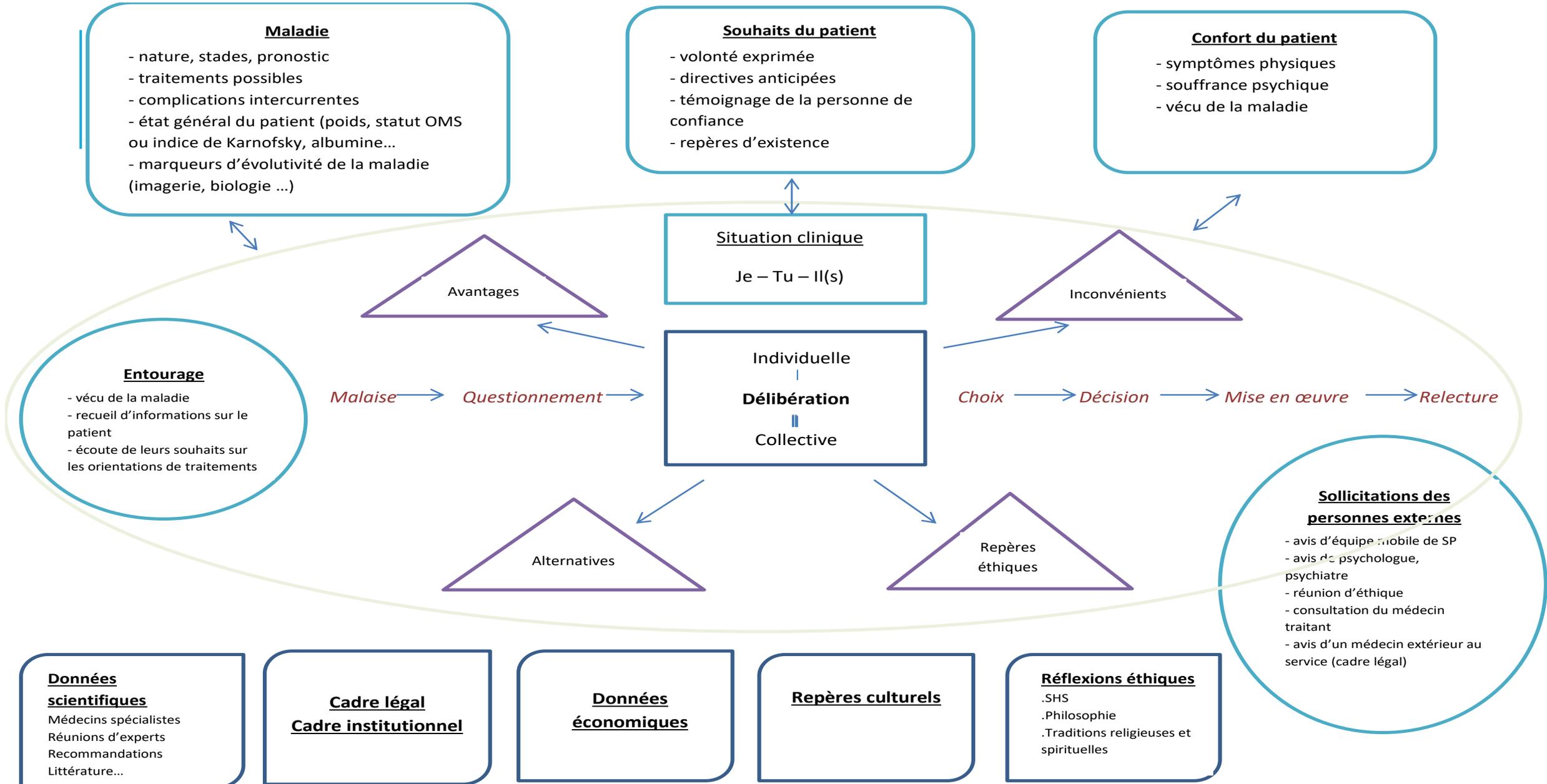
POUR MAINTENIR LE MALADE EN VIE!

CONTRE!!

HÉ! AU FINAL, C'EST À MOI D'AVOIR LE DERNIER MOT!!



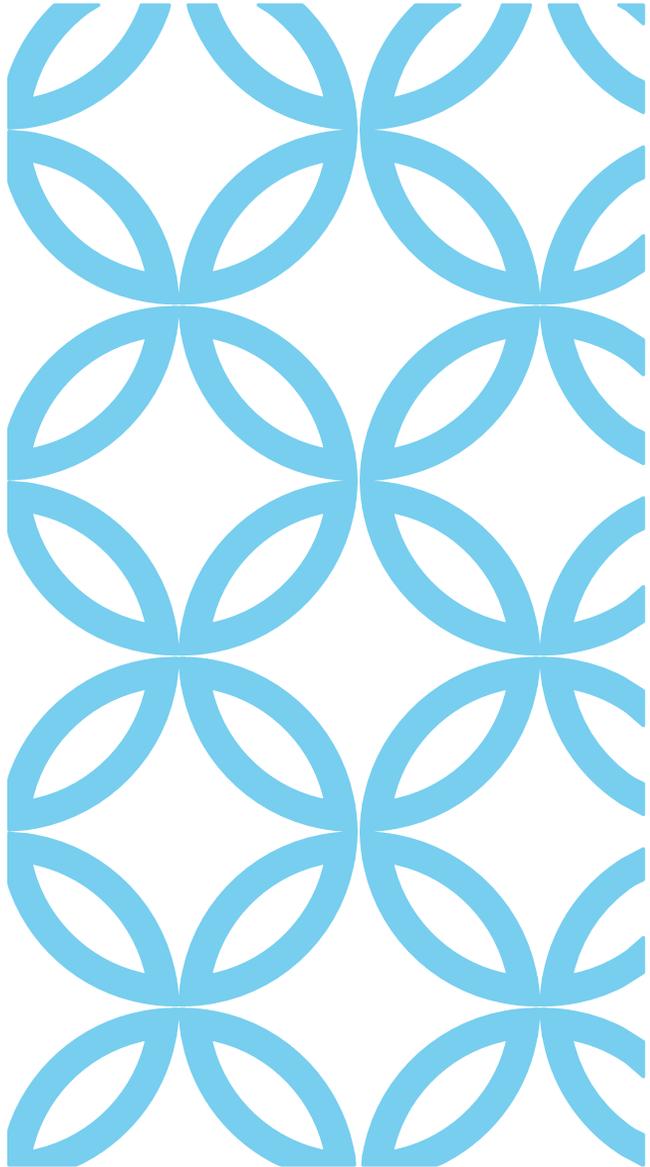
CARTOGRAPHIE DÉCISIONNELLE



TAKE HOME MESSAGES



- Cas complexes = Pas de bonne réponse, **pas de solution simple**
- Problématiser ce qui fait question = indispensable
- Écouter ce que les émotions nous révèlent sur une situation: les émotions sont une source d'information sur nous-mêmes et notre rapport au monde. Il faut cependant leur laisser une juste place, et ne pas les laisser diriger les discussions éthiques.
- **L'éthique est rationnelle:** décisions justifiées par des connaissances, un travail de recherche des volontés exprimées du patient et de réflexions collectives
- Jamais d'urgence à une prise de décision « éthique »: prendre le temps du dialogue et de l'analyse ! **l'éthique est un cheminement**



MERCI DE VOTRE ATTENTION