



**HAL**  
open science

## Outboard consulting colleague for end of life decision in the intensive care

Robin Cremer, Jean-Pierre Graftieaux, Anne Renault, Guy Le Gall, Lise Haddad, Edouard Bollaert

► **To cite this version:**

Robin Cremer, Jean-Pierre Graftieaux, Anne Renault, Guy Le Gall, Lise Haddad, et al.. Outboard consulting colleague for end of life decision in the intensive care. *Réanimation*, 2012, 21 (2), pp.231-235. 10.1007/s13546-012-0447-z . inserm-01372319

**HAL Id: inserm-01372319**

**<https://inserm.hal.science/inserm-01372319v1>**

Submitted on 27 Sep 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation**

Paru dans *Réanimation* 2012 ;21 :231-235

**Titre court** : le consultant pour les LAT en réanimation

**Rédacteurs** : Robin Cremer, Jean-Pierre Graftieux, Anne Renault, Guy Le Gall, Lise Haddad, Didier Dreyfuss.

- Robin Cremer : réanimation pédiatrique, CHU de Lille, hôpital Jeanne de Flandre, avenue Eugène Avinée, 59037, Lille, France et EEHUde Lille, 1 place de Verdun, 59045, Lille, France (correspondance [robin.cremer@chru-lille.fr](mailto:robin.cremer@chru-lille.fr))

- Jean-Pierre Graftieux : service d'anesthésiologie, CHU de Reims, hôpital maison blanche, 45 Rue Cognacq-Jay, 51092 Reims, France

- Anne Renault : Service de réanimation médicale, CHU de Brest, hôpital de la Cavale Blanche, Boulevard Tanguy Prigent, 29609 Brest, France

- Guy Le Gall : Service de Réanimation Polyvalente, CH des Pays de Morlaix, 15 Rue de Kersaint Gilly, 29672 Morlaix, France

- Lise Haddad : Service d'anesthésie-réanimation, unité d'évaluation de la douleur, hôpital Saint-Louis, 19 rue Claude Vellefaut, 75010 Paris, France

- Didier Dreyfuss : Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Louis Mourier, 178, Rue des Renouillers, 92700 Colombes, France

**Pour la commission d'éthique de la SRLF** : Didier Dreyfuss (secrétaire), Marina Thirion, Pierre-Edouard Bollaert, Ludivine Chalumeau-Lemoine, Cédric Daubin, Olivier Guisset, Didier Journois, Alexandre Lautrette, Christian Richard, René Robert, Daniel Villers, Laurence Bloch, Nancy Kentish-Barnes, Dominique Folscheid, Philippe Hubert, Robin Cremer, Jean-Pierre Graftieux, Anne Renault, Guy Le Gall, Lise Haddad.



## **Résumé**

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) a donné un cadre légal aux décisions de limitation et d'arrêt de traitement (LAT) en réanimation et a instauré l'obligation d'une délibération collégiale pour les patients incapables d'exprimer leur volonté. Les modalités de cette collégialité ont été précisées en 2006 par un décret d'application qui impose notamment au médecin en charge du patient de prendre l'avis motivé d'un consultant avant toute décision de LAT. L'objet de ce texte est de préciser la vision qu'a la commission d'éthique de la Société de Réanimation de Langue Française du rôle et du positionnement de ce consultant et de proposer des éléments d'orientation pour en guider le choix en pratique.

**Mots-clés** : réanimation, fin de vie, éthique

## **Abstract**

In year 2005, the French law about patients' rights at end of life ratified that the decisions of withdrawing/withholding life-sustaining treatments must be made and borne by the physician in charge of the patient, after obtaining the advice of an external consulting colleague. The purpose of this text is to give the point of view of the SRLF's ethical committee regarding the role of this consulting physician and to propose guiding elements for choosing him (her).

**Key words**: intensive care, ethics, decision-making, withholding treatment, withdrawing treatment

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) a donné un cadre légal aux décisions de limitation et d'arrêt de traitement (LAT) en réanimation et a encadré leur pratique en instaurant l'obligation d'une délibération collégiale avant les décisions pour les patients incapables d'exprimer leur volonté [1]. Les modalités de cette collégialité ont été précisées par le décret du 6 février 2006 [2] qui impose au médecin en charge du patient concerné de prendre l'avis motivé d'un consultant avant toute décision de LAT. L'objet de ce texte est de préciser la vision qu'a la commission d'éthique de la Société de Réanimation de Langue Française du rôle et du positionnement de ce consultant et de proposer des éléments d'orientation pour en guider le choix en pratique.

## **1 Définitions législative et réglementaire du consultant pour les LAT**

Pour décider de limiter ou d'arrêter les traitements chez un patient incapable d'exprimer sa volonté, la loi du 22 avril 2005 [1] a imposé une procédure collégiale dans les termes suivants :

*« Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, **après avoir respecté la procédure collégiale** définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. ( Article L1111-13 du code de la santé publique)*

Les modalités de cette collégialité ont été précisées par le décret du 6 février 2006 [2] dans les termes suivants :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins, sur **l'avis motivé d'au moins un autre médecin, appelé en qualité de consultant**. Il ne doit exister aucun lien hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant peut être demandé par l'un des deux médecins s'il l'estime utile. » (Article R.4127-37 du code de la santé publique)

Ces deux textes sont venus modifier par deux fois le code de santé publique et l'article 37 du code de déontologie médicale. En complément du texte du code de déontologie, deux sources principales, sans valeur juridique opposable, sont disponibles pour mieux cerner les qualités et le rôle du consultant lors une décision de LAT : les commentaires du code de déontologie rédigés par les membres de la sous-section éthique du conseil de l'Ordre des médecins [3] et le rapport de la mission d'évaluation de cette loi [4]. Le contenu des auditions qui ont été menées lors de cette évaluation [5] est également une source complémentaire, utile pour cerner les limites de ce rôle.

La notion de consultant et l'obligation déontologique d'y recourir existaient déjà dans le code de déontologie médicale, avant la loi Leonetti. Ainsi, l'article 60 de ce code (Article R.4127-60 du code de la santé publique) stipulait déjà que « *le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent [...]* », en référence à l'article 70 qui indique qu'« *il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins [...] dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* » (Article R.4127-70 du code de la santé publique). Le décret d'application de 2006 [2] qui a modifié l'article 37 du code de déontologie médicale a donc ajouté une circonstance supplémentaire exigeant le recours à un consultant.

## **2 Rôle et positionnement du consultant pour les LAT**

Pour comprendre le positionnement du consultant, il est éclairant de constater à quel point la situation décrite à l'article 37 du code de déontologie correspond très exactement aux définitions aristotéliennes de la délibération et de la décision. Ainsi, la délibération précède et définit la décision ; elle porte sur des actions possibles (on ne délibère pas d'actions impossibles) lesquelles actions ne sont pas des fins en soi mais des moyens. La décision est définie comme l'exercice de liberté qui a fait juger une action préférable à l'issue de la délibération, pour atteindre une fin [6]. C'est au stade de la délibération qu'intervient la collégialité instituée par l'article 37 du code de déontologie : il est donc prévu une délibération collégiale suivie d'une décision individuelle. Contrairement à la situation antérieurement définie dans l'article 70, le consultant ne décide pas à la place du médecin qui fait appel à lui, mais participe à la délibération qui précède la décision, laquelle décision reste de la responsabilité du médecin en charge du patient. Il n'est donc ni un expert scientifique qui viendrait donner un avis définitif entraînant une décision mécanique, ni un contrôleur qui détiendrait la vérité sur les bonnes pratiques, ni un homme de paille dont la consultation ne constituerait qu'une formalité vide de sens. C'est un pair qui est recherché pour délibérer avant une décision de LAT.

### ***Le consultant doit prendre connaissance du dossier médical***

Pour remplir sa mission il est indispensable que le consultant ait une vue aussi complète que possible de la situation du patient concerné ; il doit donc prendre connaissance de son dossier médical. La question de la nécessité d'un examen clinique effectif est souvent posée en raison de la phrase suivante des commentaires du code de déontologie : « *Par sa présence auprès du malade, il conforte les proches dans l'assurance qui leur est due que la décision sera, en tout état de cause, prise de manière raisonnée et raisonnable.* Il semble évident que cet examen clinique doit être possible si la nécessité s'en fait sentir, mais il n'existe pas d'argument pour en faire une condition absolue de

recevabilité de l'avis du consultant. En revanche, pour répondre à l'objectif de réassurance des proches il est nécessaire que le recours au consultant soit annoncé à la famille.

***Le consultant doit être étranger à l'équipe en charge du patient***

Cet impératif ne figure pas dans la loi, mais il figure en tête des commentaires du conseil de l'Ordre des médecins concernant l'article 37 du code de déontologie [3]. Il est logique puisque c'est précisément le questionnement des équipes de réanimation quant à la pertinence des traitements qui est à l'origine de la plupart des procédures de LAT. Dans les cas plus rares où, conformément au décret du 29 janvier 2010 [7], la procédure collégiale est initiée à la demande des proches ou de la famille c'est encore l'équipe en charge du patient qui se questionne sur la manière de répondre à cette demande. Le rapport d'évaluation de la loi présente d'ailleurs l'intervention du consultant comme de nature à diminuer le risque d'erreur collective [4]. Ce rôle de tiers garant de la transparence a été souligné, par le président du conseil de l'Ordre des médecins, lors de son audition par la mission d'évaluation de la loi [5].

La question pratique immédiatement afférente à cet impératif est celle de la définition de l'équipe. A l'évidence il ne s'agit pas d'une définition administrative, mais d'une définition fonctionnelle ; le but étant de choisir un consultant suffisamment éloigné de la décision à prendre pour en rester extérieur et en même temps suffisamment averti pour en saisir rapidement les enjeux théoriques et pratiques. Dans le cas d'un arrêt d'un traitement de suppléance en réanimation, il est assez simple d'identifier un consultant pertinent ; le médecin ayant adressé le patient en réanimation, le spécialiste qui le suit pour une affection chronique, le médecin traitant, ou l'expert spécialiste de l'affection en cause sont authentiquement extérieurs à l'action envisagée et n'en porteront pas la responsabilité. La seule exigence du conseil de l'Ordre des médecins étant que le consultant soit « en situation régulière d'exercice », le recours à un médecin retraité n'est pas impossible. Il existe néanmoins des situations plus complexes quand plusieurs équipes sont amenées



à collaborer dans la prise en charge du même patient. Peut-on considérer qu'il y a bien intervention d'un consultant étranger à l'équipe quand les réanimateurs décident d'arrêter les traitements en collaboration avec le chirurgien qui a opéré le patient peu de temps avant et l'anesthésiste qui l'a endormi ? Dans cet exemple, a fortiori s'il y a risque de conflit, la prudence veut qu'on fasse appel à un consultant qui n'a pas été impliqué dans la prise en charge du patient de manière à lever tout soupçon de collusion. C'est également dans ce but que le décret d'application organisant la collégialité stipule qu'il ne doit y avoir aucune relation hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant [2], bien qu'au vu de l'article 5 du code de déontologie il ne puisse jamais exister réellement de dépendance professionnelle entre deux médecins. Sans pour autant être exclu de la collégialité, un chef de service, un responsable de pôle ou de département ne peut donc être un consultant recevable dans le cadre de la délibération qui précède une décision de LAT prise par un membre de l'équipe dont il a la responsabilité organisationnelle. De même, si le médecin en charge du patient est responsable de pôle, il pourrait sembler logique de faire appel à un consultant issu d'un autre pôle. Il convient cependant souligner qu'une interprétation trop rigide du code de déontologie pourrait rendre impossible l'application de la loi en raison du regroupement des services en pôles de plus en plus vastes. A l'exception des situations de conflit avéré, la participation d'un chef de pôle à la délibération collégiale n'est probablement pas un obstacle à ce qu'un médecin d'une autre unité du même pôle soit le consultant pour une décision prise par un réanimateur.

### ***Rôle pratique du consultant***

Le rôle exact du consultant n'est pas défini par la loi, mais l'analyse des commentaires du code de déontologie [3] peut aider à le préciser. Si on se réfère aux deux pôles de l'activité médicale définis par Mallet comme l'objectivation d'une part (le fait de replacer les symptômes dans un référentiel préexistant) et l'attention à la subjectivité d'autre part (le fait de considérer la maladie comme un évènement biographique et social) [8], il apparaît que le consultant a un rôle de médecin à part entière. Ainsi les termes « *objectivité* », « *recul* », « *compétence* », « *règles de bonne pratique* » qui apparaissent dans ces commentaires sont à classer dans le premier pôle, et les termes « *capacités humaines* », « *conforte les proches* » sont à classer dans le second. Il s'ensuit qu'il ne saurait y avoir de différence fondamentale, au lit du patient, entre le rôle du consultant et celui du médecin qui fait appel à lui. Cependant, dans ce cadre déontologique précis, le consultant est investi d'un rôle de facilitation de la délibération qui n'existe pas dans les autres situations relevant de l'article 60 du code de déontologie. Ainsi, les commentaires du code de déontologie indiquent que le consultant doit « *aider, par un échange confraternel, le praticien qui le consulte à mener à terme sa réflexion dans l'intérêt du malade* ». Cela nécessite de passer d'une logique d'expertise, laquelle se situe dans le champ de la connaissance scientifique et vise à diminuer l'incertitude, à une logique de délibération, laquelle prend en compte la singularité de la situation envisagée. La présence du tiers imposée par la procédure et le caractère consultatif de la discussion collégiale sont de nature à favoriser la naissance d'une vraie discussion sur les enjeux éthiques, distinguée pour un temps des impératifs performatifs de la décision à prendre [9].

### **3 Quand le consultant est-il nécessaire?**

La loi a été écrite pour donner un cadre légal aux arrêts des traitements de suppléance en réanimation notamment quand le fait de laisser survenir la mort est la seule façon d'éviter l'obstination déraisonnable. Dans ces situations typiques d'impasse thérapeutique ou d'absence de

projet curatif, dans lesquelles la mort du patient est raisonnablement prévisible à court terme au retrait des traitements de suppléance, la nécessité légale, déontologique et éthique du recours à un consultant aussi irréprochable que possible est une évidence qui n'échappera à personne, au regard de l'irréversibilité des conséquences de la décision.

Cependant, le décès est loin d'être systématique notamment dans les autres formes de LAT puisque plus de 20% des patients survivent après une décision de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque ou de ne pas augmenter les traitements [10, 11]. L'anticipation étant la condition de tout projet de soins raisonnable, l'amélioration des pratiques des réanimateurs devrait logiquement conduire à une augmentation de ces décisions prises avant la dernière extrémité. Conformément à l'article 8 du code de déontologie médicale qui stipule que toute prescription doit être « appropriée en la circonstance », toute décision de prescription doit intrinsèquement être précédée d'une délibération sur l'utilité du traitement, laquelle est de même nature que le questionnaire sur les LAT. Dès lors se pose la question de la limite en deçà de laquelle on se situe dans l'acte de prescription routinier qui s'exerce après une délibération solitaire et au-delà de laquelle la délibération collégiale s'impose. La question est exactement similaire quand il s'agit de ne pas prescrire : le renoncement à instaurer un traitement peut découler soit d'une non indication scientifique, soit de son caractère « inapproprié en la circonstance ». Etant donné le continuum entre les deux, il est heureux que la loi ne se soit pas prononcée dans ce domaine, lequel appartient à l'état de l'art.

En pratique, il appartient aux équipes de réanimation d'identifier les situations cliniques pour lesquelles la collégialité naturellement présente dans un service qui fonctionne bien, où les médecins décident en collaboration avec l'équipe soignante après avoir pris les avis pronostiques et thérapeutiques usuels, peut être suffisante pour décider de ne pas augmenter les traitements et celles pour lesquelles la loi doit être respectée à la lettre. De même, les réunions de concertation multidisciplinaire auxquelles participent des spécialistes de disciplines différentes pour établir le

projet de soins des malades complexes sont aussi des lieux de collégialité. Il peut être tenu compte de cette collégialité, dans les décisions anticipées de non-admission en réanimation par exemple. Pour exercer ce jugement, quatre éléments objectivables sont à prendre en compte simultanément : le degré de certitude scientifique concernant les chances de succès du traitement, le degré d'urgence à décider, le degré d'irréversibilité des conséquences de la décision et leur temporalité prévisible. Il n'est pas possible de modéliser toutes les situations cliniques possibles puisque c'est précisément la singularité de chaque situation qui définit à un instant donné le poids de chacun de ces facteurs. Ainsi, l'urgence à décider qui peut justifier des écarts avec une procédure chronophage est-elle en permanence pondérée par l'irréversibilité habituelle des décisions prises dans ce contexte et la proximité temporelle de leurs conséquences. Dans ces situations d'urgence, en dehors des heures ouvrables, une décision provisoire de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque, ou de ne pas entreprendre (ou augmenter) un traitement prise collégalement avec l'équipe présente pourrait être plus défendable qu'une obstination déraisonnable, dans l'attente de l'arrivée d'un consultant. A l'inverse, l'anticipation est mécaniquement obérée par une plus grande incertitude scientifique. Dans ce cas, c'est la capacité des équipes et des filières de soins à reconsidérer une décision antérieurement prise qui viendra pondérer l'incertitude dans laquelle la décision a été prise auparavant.

Dans tous les cas la décision doit être notée et motivée dans le dossier médical et tous les éléments de nature à établir la réalité d'une collégialité doivent y être consignés. Même s'il n'est qu'une contingence sur le plan de l'éthique, le risque de conflit avec la famille du patient ou entre les proches ne doit pas être négligé. Quand ce risque est perceptible, il doit systématiquement conduire à se rapprocher autant que possible d'une procédure inattaquable. Le 22 avril 2011 le ministère de la justice et des libertés a adressé un circulaire à tous les procureurs et présidents des tribunaux pour leur expliquer la loi du 22 avril 2005 et pour leur indiquer comment vérifier la réalité de la collégialité en cas d'enquête judiciaire [12].

#### **4 Organisation de la collégialité et logiques de choix du consultant**

En pratique, les données sur l'effectivité du recours au consultant lors des décisions de LAT sont encore très fragmentaires. Si certains services font état d'une quasi exhaustivité, il est très probable que d'autres n'ont pas encore formellement intégré cette obligation. Deux modèles procéduraux semblent être utilisés par les services de réanimation selon qu'une réunion des protagonistes de la collégialité est organisée ou non.

Quand une réunion est organisée et qu'elle est menée conformément à l'éthique de la discussion, les interlocuteurs vont chercher à s'entendre et à se comprendre entre eux, mais aussi à se comprendre eux-mêmes [9]. Dans cette configuration, deux logiques de choix du consultant peuvent être identifiées, selon que l'on cherche à adapter la procédure au patient lui-même ou à sa situation clinique du moment. Dans le premier cas, le médecin généraliste du patient ou le spécialiste qui le suit pour une affection chronique sont des consultants pertinents. Etant donné leur implication dans la prise en charge antérieure il leur incombera d'effectuer un travail de distanciation suffisant pour que la décision finalement prise ne soit pas une simple justification des actions précédemment menées. Dans le second cas, un médecin d'une équipe de soins palliatifs ou un spécialiste de la discipline qui pourrait être amené à prendre en charge le patient s'il survivait semblent des choix judicieux. Dans cette seconde configuration, le consultant devra éviter de se comporter uniquement en expert scientifique et prêter une attention particulière à la subjectivité du patient, au sens littéral du terme. Ces deux logiques ne sont pas forcément contradictoires puisqu'il peut arriver qu'elles conduisent toutes deux à la sollicitation du même médecin ou qu'on juge pertinent de faire appel à deux consultants en même temps.

Certains services n'organisent pas de réunion en raison de la difficulté à réunir tous les protagonistes et de la consommation de temps qu'elles induisent. Dans cette configuration qui n'a rien d'illégal, les interventions des différents protagonistes de la collégialité ont lieu successivement

et c'est le dossier médical qui devient le lieu de la discussion. Si la certitude d'être lu par un tiers chargé de vérifier pertinence du raisonnement et sa cohérence constitue très probablement un gage de rigueur, la suppression des confrontations directes entre des approches différentes complique la perception de la délibération qui précède la décision. Dans cette configuration, la nécessité que le consultant ait une bonne connaissance de la législation et des procédures réglementaires devient alors un critère de choix majeur.

Dans tous les cas c'est la qualité de la réflexion et le soin qui sera apporté à l'examen de toutes les possibilités d'action qui sont les véritables garants d'une décision de qualité.

### **Conclusion**

Le consultant auquel on doit recourir pour prendre une décision de LAT pour un patient hors d'état d'exprimer sa volonté a le triple rôle d'améliorer la qualité scientifique de la décision, d'assurer un regard extérieur à l'équipe en charge du malade et de faciliter l'émergence d'une vraie discussion éthique. Si son intervention s'impose à l'évidence quand la mort du patient est raisonnablement prévisible à court terme à l'arrêt des traitements de suppléance, le point à partir de laquelle l'intervention du consultant s'impose dans les autres formes de LAT n'est pas universel. C'est au médecin en charge du patient qu'il incombe de discerner ce point, au cas par cas ; en fonction de la singularité du patient en cause et des contingences extérieures, sans trahir l'esprit de la loi ni faire preuve d'un légalisme paralysant.

## Références

1. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française du 23 avril. 2005:7089.
2. Décret no 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française N° 32;. 2006 du 7 février 2006:1974.
3. Conseil de l'Ordre des médecins. Commentaires sur l'article 37 du code de déontologie médicale. Disponible en ligne sur <http://wwwconseil-nationalmedecinfr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261.consulté> en mars 2011.
4. Leonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi N° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (tome 1 : rapport). Disponible en ligne sur <http://wwwassemblee-nationalefr/13/rap-info/i1287-t1asp>. 2008.
5. Leonetti J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi N° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (tome 2 : auditions). Disponible en ligne sur <http://wwwassemblee-nationalefr/13/rap-info/i1287-t2asp>. 2008.
6. Aristote. Livre III. Le consentement, la décision, la responsabilité. Ethique à Nicomaque: G.F. Flammarion; 1994. p. 144 - 50.
7. Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement Journal Officiel de la République Française N° 25;. 2010 30 janvier 2010;30 janvier 2010:1869.
8. Mallet D. La médecine entre deux conceptions de la maladie. In: La médecine entre science et existence. Paris: Vuibert; 2007. p. 59-63.
9. Haddad L. Fonctionnement de la collégialité. In: Puybasset L, editor. Enjeux éthiques en réanimation. Paris: Springer - Verlag; 2010. p. 275-86.

10. Cremer R, Hubert P, Grandbastien B, Moutel G, Leclerc F. Prevalence of questioning regarding life-sustaining treatment and time utilisation by forgoing treatment in francophone PICUs. *Intensive Care Medicine*. 2011;37:1648-55.
11. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001 Jan 6;357:9-14.
12. Circulaire du 20 octobre 2011 concernant la mise en oeuvre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et de traitement judiciaire des affaires dites de « fin de vie » (NOR : JUSD1128836C). *Bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés* du 31 octobre 2011. 2011.