

LIMITATION THERAPEUTIQUE EN CAS DE COMPLICATION PERIOPERATOIRE

Conseil d'éthique clinique

Préambule

La présente analyse s'insère dans [l'avis du conseil d'éthique à propos de l'ordre NTBR](#)^{*1} de 2001[1] et dont elle est un *addendum*. Concernant les développements sur les enjeux éthiques mis en jeu par la limitation thérapeutique*, nous renvoyons le lecteur à l'avis de 2001.

La question abordée dans le présent *addendum* est de savoir s'il est ou non légitime de maintenir un ordre préexistant de limitation de soins lors de la survenue d'une affection aiguë* requérant une chirurgie.

Notre réflexion a été étendue à une notion plus large de limitation thérapeutique qui peut aller de NTBR à l'abstention d'instaurer des thérapeutiques de soutien vital* jugées déraisonnables* selon les circonstances.

Les articles scientifiques qui traitent de ce sujet convergent vers le fait que, le patient doit donner son consentement éclairé² pour l'intervention chirurgicale et qu'une discussion doit avoir lieu sur la limitation de traitement [2, 3]. Une majorité de patients souhaite que la limitation thérapeutique préexistante soit suspendue en phase per-opératoire ; beaucoup n'y ont pas réfléchi. Les patients souhaitent être consultés sur ce sujet, - ou, s'ils sont incapables de discernement, qu'un de leurs proches le soit - même si ces discussions sont source de stress[4, 5] . L'équipe chirurgicale prône une approche maximaliste durant l'intervention alors que la possibilité de retrait de soins dans la période postopératoire est envisageable[6]. Il n'y a pas de solution unique; il faut une approche spécifique à chaque cas, négociée entre tous les acteurs et sous-tendue par le respect de la personne.[2, 7, 8]

Dans la pratique actuelle, au sein des HUG, le cas d'une limitation de traitement posée alors que le patient doit subir une intervention chirurgicale soulève de nombreuses interrogations qui proviennent en général de ce que :

- la discussion concernant l'attitude en cas de complications n'a pas eu lieu avec le patient malgré la directive institutionnelle [9];
- la limitation de traitement ne figure pas dans le dossier du patient et, par défaut, l'attitude est donc maximaliste ;
- pendant l'intervention, en cas de complication, l'équipe chirurgicale* adopte une attitude maximaliste et met en œuvre toutes les thérapeutiques de soutien vital*, sans considérer de limitation de traitement ;
- les objectifs des équipes médicales en périodes pré-, péri- et post-opératoires peuvent différer ;
- il existe parfois une disproportion entre les objectifs visés et les moyens déployés dans le feu de l'action pour atteindre ces objectifs.

¹ Les termes accompagnés d'une * sont définis en page 8 du présent avis

² Le consentement éclairé est le garant du respect de l'autonomie pour tout acte médical

Contexte

Notre réflexion porte exclusivement sur des situations où une chirurgie est pratiquée dans un contexte de limitation préexistante ; elle inclut les situations de soins palliatifs.

L'indication opératoire n'est pas discutée ici. Par hypothèse, elle est considérée comme valable et n'est pas remise en question par la limitation.

Dans la phase péri-opératoire, il est impossible pour l'équipe chirurgicale* d'entreprendre une réflexion de fond lors de la survenue d'une complication grave*. De plus, elle n'a pas connaissance du patient, de sa situation et de ses attentes comme peut l'avoir son médecin traitant*. En pratique, une source de confusion peut résider dans le sens donné aux mesures de réanimation telles que le tube endotrachéal ou la ventilation mécanique qui sont déjà en cours durant une anesthésie générale, sans pour autant signifier que l'objectif thérapeutique soit une réanimation cardio-pulmonaire sans limitation.

En cas de complication cardio-respiratoire, les soignants sont tentés de mettre en place toutes les thérapeutiques de soutien vital*.

Les patients concernés sont ceux dont l'avenir en bonne santé est compromis par une maladie chronique en cours ou affectés par des comorbidités* et qui font l'objet d'une limitation thérapeutique (souhaitée par le patient ou posée par le médecin au su ou à l'insu du patient).³ Lorsque le patient est incapable de discernement, l'attitude péri-opératoire doit être déterminée en tenant compte de la volonté exprimée dans ses directives anticipées ou son représentant⁴.

Analyse

En premier lieu, il convient de souligner que les objectifs de l'intervention chirurgicale ne peuvent être dissociés de ceux du projet global concernant le patient. Lorsque ces objectifs globaux ne peuvent plus être atteints, la poursuite de l'intervention au regard des seuls objectifs de l'intervention en cours est contestable et l'opérateur doit accepter d'interrompre l'intervention prévue ou même un retrait thérapeutique à tout moment péri-opératoire [10, 11]. Cette décision et son application sont difficiles pour les soignants car elles peuvent sembler incohérentes par rapport à l'indication chirurgicale, mais sont nécessaires pour ne pas infliger au patient des souffrances déraisonnables parce qu'inutiles.

Le traitement d'une complication doit être le fruit d'une décision collective des médecins de l'équipe en charge de l'intervention (médecins anesthésistes, chirurgiens), y compris en situation d'urgence. La confrontation d'avis divergents enrichit la réflexion. Une bonne communication inter-équipe est essentielle pour trouver une attitude consensuelle. C'est la connaissance de la situation qui doit définir l'attitude sans considération de la nature du métier des interlocuteurs.

Il importe qu'une attitude quant à une éventuelle complication soit clairement définie. Une attitude qui n'a pas été définie ne justifie pas en elle-même une attitude maximaliste.

Chaque membre de l'équipe en charge du patient durant cette phase péri-opératoire (médecins anesthésistes, chirurgiens, instrumentistes, infirmières anesthésistes, garçons de salle, aides-soignants, etc...) doit être informé de l'attitude définie. C'est pourquoi, celle-ci doit être énoncée à voix haute par le chirurgien opérateur au début de l'intervention chirurgicale.

A ce propos, l'attitude définie doit être inscrite systématiquement dans le dossier médical et éventuellement sur la feuille accompagnant le patient en salle (*sign in*) en indiquant la raison qui justifie l'attitude choisie. Ces mesures prennent tout leur sens lors

³ cf. avis NTBR 2001 où la seule exception acceptable de non divulgation de la limitation thérapeutique au patient pourrait être le cas où cette information ne peut apporter de bénéfice mais serait plutôt nuisible au patient

⁴ Tout patient a un représentant selon l'art 378 du Code civil suisse _Protection des adultes, droit des personnes et droit de la filiation. Modification du 19 décembre 2008, en vigueur depuis janvier 2013.

d'interventions chirurgicales complexes, où l'investissement technique et humain sont importants et où il est difficile pour les équipes médicales successives de respecter les décisions d'amont.

Les réflexions éthiques sous-tendant les décisions péri-opératoires ne sont pas différentes dans le cas d'une complication iatrogène*. La perception de la « faute à réparer » ne peut autoriser des actes déraisonnables dépassant le respect du principe de bienfaisance ou de non malfeasance. Plutôt que les causes de la complication, ce sont ses conséquences qui doivent guider la réflexion.

Dans le présent *addendum*, trois situations particulières de limitation des traitements seront traitées:

- la limitation énoncée par le **patient** ou dans les directives anticipées du patient
- la limitation décidée par les **médecins** en charge du patient avant l'intervention
- la limitation en situation d'**urgence**.

I : Limitation des traitements en cas de complications énoncée par le patient ou dans les directives anticipées du patient

Le souhait de ne pas être réanimé en cas de complication implique que le patient renonce au bénéfice de la chirurgie et qu'il refuse de prendre le risque de souffrir de séquelles et de subir une prise en charge prolongée et douloureuse en post-opératoire. En conséquence, il prend le risque de mourir. Pour certains patients, l'intervention représente une opportunité de mourir sans souffrance sous anesthésie générale.

Dans le cas où l'ordre de limitation est maintenu, le principe d'autonomie⁵ est respecté. Il en va de même du principe de non malfeasance⁶, puisque l'anesthésiste et le chirurgien n'engagent pas des manœuvres pouvant induire un surplus de souffrance à court et à long terme, allant à l'encontre du souhait du patient. En revanche, en renonçant à la réanimation, ils prennent le risque de ne pas respecter le principe de bienfaisance⁷, puisque qu'ils renoncent à la poursuite de l'intervention chirurgicale et à ses effets bénéfiques potentiels.

Dans le cas où l'ordre de limitation est suspendu, l'anesthésiste et l'opérateur ne respectent pas l'autonomie du patient. Ils appliquent le principe de bienfaisance en poursuivant l'intervention chirurgicale et en offrant au patient la perspective de guérir ou du moins d'aller mieux ou encore de moins souffrir. Il existe un risque que le principe de non malfeasance ne soit pas respecté, en particulier dans les situations où des mesures intensives et prolongées sont entreprises alors que les chances d'amélioration sont faibles. Enfin, il faut se demander s'il est conforme au principe de justice⁸ d'investir autant de ressources auprès d'un seul patient dont le souhait initial est de ne pas survivre ou de ne pas vivre dans des conditions qu'il juge inacceptables.

⁵ L'autonomie désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. Les médecins doivent aider le patient à en arriver à sa propre décision en lui fournissant tous les renseignements pertinents.

⁶ La *non-malfeasance* : Éviter de causer un préjudice. La plupart des traitements entraînent un certain degré de risque ou certains effets secondaires, surtout quand on ne peut pas guérir le patient.

⁷ La *bienfaisance* : C'est la promotion de ce qui est le plus avantageux pour le patient. La définition de ce qui est « le plus avantageux » peut reposer sur le jugement du professionnel de la santé ou sur ce que désire le patient (voir *autonomie*); généralement, ces deux opinions concordent, mais parfois il y a divergence. La bienfaisance suppose que l'on tient compte de sa souffrance physique et mentale, du risque d'incapacité et de décès et de la qualité de sa vie. Parfois, la bienfaisance exige que l'on n'intervienne pas, si les avantages de la thérapie semblent minimaux.

⁸ La *justice* : Les ressources sont limitées; il faut établir des priorités. Le principe de la justice stipule que des patients dans des situations semblables devraient avoir accès aux mêmes soins, et que, quand nous affectons des ressources à un groupe, nous devrions évaluer l'impact de ce choix sur d'autres. En d'autres mots, ce que le patient demande, est-ce juste? Entraînerait-il un fardeau pour d'autres (comme les aidants naturels)?

II. La limitation de traitement est décidée par les médecins en charge du patient avant l'intervention

Trois acteurs interviennent ici:

- le patient (ou son représentant) qui n'est pas au courant de la décision de limitation thérapeutique;
- les médecins en charge du patient avant l'intervention (« équipe 1 ») qui ont pris la décision de limitation compte tenu du cours de la maladie de base mais qui sont demandeurs de l'intervention. Le bien-fondé de la limitation posée par l'équipe 1 n'est pas discuté ici. Nous faisons l'hypothèse qu'elle a été prise pour le bien objectif du patient, compte tenu des principes de bienfaisance et de non malfaisance.
- l'équipe péri-opératoire (anesthésistes et chirurgiens) (« équipe 2 ») qui décide du maintien ou non de la limitation.

Deux cas de figure se présentent :

Cas de figure n°1

L'équipe 2 respecte la limitation thérapeutique et accepte d'intervenir chirurgicalement avec des limites péri-opératoires. Son point de vue sur les limites du raisonnable et sur la futilité⁹ en cas de complication per-opératoire converge avec celui de l'équipe 1.

La convergence de point de vue (comme la divergence – voir plus bas) doit être identifiée avant l'intervention chirurgicale. Il importe que les équipes 1 et 2 se réunissent et en discutent au préalable afin d'en informer le patient de façon appropriée¹⁰.

Il n'est cependant pas pour autant souhaitable de décrire au patient la totalité des options thérapeutiques théoriquement envisageables dans sa situation, y compris celles qui sont probablement ou certainement futiles[12]

Cas de figure n°2

L'équipe 1 juge que l'intervention chirurgicale est justifiée mais que la prise en charge de complications autour de cette intervention serait futile car elle apporterait plus de mal que de bien au patient. L'équipe 2, quant à elle, n'est pas d'accord avec la limitation thérapeutique péri-opératoire décidée par l'équipe 1.

Les deux équipes ont un point de vue divergeant sur la notion de futilité. En règle générale, cette divergence s'explique par le fait que chaque équipe a sa propre perspective de l'intervention chirurgicale et de ce qu'elle doit apporter au patient. Le point de vue de l'équipe 1 se fonde sur une perspective globale de l'état du patient et prend en compte son projet de vie; celui de l'équipe 2 est généralement centré sur l'intervention chirurgicale.

⁹ Les définitions de la « futilité » sont multiples. La plus limitative est celle du traitement physiologiquement futile où l'intervention ne produit pas l'effet escompté. A l'autre bout du spectre, on trouve la définition suivante : « est futile l'utilisation de ressources considérables sans espoir raisonnable que le patient puisse retrouver à nouveau une relative indépendance ou une interaction avec son environnement ». Cette définition intègre la notion de qualité de vie (Ray S, Hurst S, Perrier A. Que faire en cas de désaccord entre le médecin et le patient: quelques balises juridiques et éthiques. Rev Med Suisse 2008;4(180):2538-41). En pratique, il convient de déterminer où se trouve la limite du raisonnable. On peut considérer comme raisonnable, une intervention qui a de grandes chances de succès tout en comportant un minimum de risques ou de désagréments. De la même façon, on juge déraisonnable une intervention lourde et invasive qui a peu de chances de succès (Ray S, Hurst S, Perrier A., op. cit.).

Pour cerner la notion de ce qui serait déraisonnable un auteur propose à titre d'exemple trois questions: « 1). le geste diagnostique et/ou thérapeutique proposé a-t-il un sens dans l'histoire de vie du patient ? 2). entraîne-t-il des effets négatifs ? 3). Une fois pesés le pour et le contre, contribue-t-il à «l'épanouissement global du patient dans son environnement de vie» ? » (Brazeau-Lamontagne L. [Ethics of medical decisions]. Rev Med Interne 2005).

¹⁰ Selon Alex Mauron, « le refus d'administrer un traitement futile – *ndlr* : ici, le traitement des complications péri-opératoires – va dans le sens d'une prévention de l'acharnement thérapeutique ». L'auteur précise cependant que « l'argument de la futilité ne doit pas être un prétexte à l'absence de communication franche avec le patient » et que « le refus de fournir une prestation futile ne devrait pas lui être dissimulé » (Enseignement UNIGE, Futilité, 1996, 2004 12. Mauron A: **Petit glossaire de bioéthique**, Université de Genève ed: Institut éthique histoire humanités, 2004.).

Les deux équipes doivent discuter et se mettre d'accord sur les objectifs thérapeutiques de l'intervention. Il convient de placer l'objectif opératoire dans l'objectif global, ce qui n'est pas aisé. Chaque complication éventuelle doit être identifiée afin de déterminer si sa prise en charge apporte plus de bien ou de mal au patient, à court terme et également à long terme. Les équipes peuvent convenir de « contrats limités ».

Le résultat des discussions entre les deux équipes et avec le patient doit être documenté de façon claire afin d'éviter une mésinterprétation par les membres de l'équipe 2 qui pratiqueront l'intervention et qui pourraient ne pas être ceux qui ont participé aux discussions en amont.

III. Urgences

Il existe, aux HUG, 3 typologies d'urgences : Les urgences 0,1 et 2. Les urgences 1 et 2 impliquent une intervention chirurgicale dans les heures, voire un jour suivant la décision d'intervenir. Ce délai permet une approche similaire aux chapitres I et II ci-dessus.

L'urgence 0 requiert une intervention chirurgicale immédiate à cause du pronostic vital engagé et ne laisse pas de place à la réflexion.

Que le patient soit pris en charge immédiatement n'exclut cependant pas que l'on cherche à déterminer sa volonté en matière de limitations, respectivement les limitations posées par d'autres médecins. Ces informations peuvent être collectées en parallèle à la prise en charge, par une personne (trieur, anesthésiste,...) désignée à cet effet. Dans de telles situations d'urgence, espérer obtenir un avis éclairé de la part d'un patient dont le jugement est altéré par le stress de la situation est illusoire[13, 14]. L'impossibilité de déterminer ces éléments dans le temps disponible ne justifie pas, en elle, une attitude jusqu'au-boutiste.

L'urgence ne saurait être un prétexte au non-respect de l'autonomie du patient. Les enjeux des principes de bienfaisance et de non-malfaisance doivent être examinés à l'aune du meilleur intérêt du patient : les bienfaits de la chirurgie envisagée (principe de bienfaisance) doivent être comparés aux conséquences possibles d'éventuelles complications (principe de non-malfaisance) telles que l'admission en soins intermédiaires voire en soins intensifs et l'agressivité de la prise en charge qui s'impose (dialyse, CPAP, VNI, intubation, physiothérapie....). Il ne faut pas par ailleurs ignorer les conséquences à plus long terme pour le patient (dépendance, retour à domicile, etc.).

Lorsque les enjeux sont en tension, la décision doit privilégier ce qui apporte plus de bien que de mal au patient. Les membres de l'équipe anesthésique-chirurgicale doivent par ailleurs garder à l'esprit que le traitement peut être suspendu ou arrêté à tout moment.

Toutes ces réflexions doivent être, dans l'idéal, menées en amont de la chirurgie. Cela ne veut pas dire que l'on doit cesser de se poser ces questions en per et en postopératoire, en fonction de la survenance des complications et de la facilité ou de la difficulté à les juguler.

De même, un « contrat limité »ⁱ peut être établi, dépendant du contexte. En effet, le patient qui subit une intervention d'urgence, simple de prime abord mais qui se complique lors du geste et qui devient beaucoup plus lourde que prévu, mérite qu'on lui laisse un minimum de temps pour récupérer. En effet, si l'équipe en charge n'a pas su/peut s'arrêter en per-opératoire, elle se doit d'être bienfaisante en offrant un contrat limité* en post-opératoire.

IV. Recommandations

La question abordée ici est de savoir s'il est ou non légitime de maintenir un ordre préexistant de limitation de soins lors de la survenue d'une affection aiguë* requérant une chirurgie.

Une fois l'indication opératoire posée, l'équipe chirurgicale doit se positionner par rapport à la limitation préexistante.

Cela implique que

- les équipes médico-soignantes se parlent (médecins en charge du patient avant l'intervention et équipe péri-opératoire (anesthésistes et chirurgiens)
- il y a recherche d'une limitation préexistante même en urgence

Pour toute intervention, la décision de limitation doit être rediscutée avec le patient capable de discernement ou avec son représentant, même dans un cas d'urgence vitale. Le patient doit pouvoir préciser et expliquer ses objectifs et ses attentes par rapport à l'intervention et il doit pouvoir exprimer le niveau de soins qu'il accepte pour les réaliser.

Les objectifs de l'intervention chirurgicale doivent être intégrés dans les objectifs généraux pour le patient.

Les risques de complications liés à l'intervention et à sa situation clinique doivent lui être clairement expliqués, ainsi que le risque de décès même en salle d'opération.

L'attitude définie quant à une éventuelle complication doit être inscrite dans le dossier médical et éventuellement dans la feuille accompagnant le patient en salle d'opération (*sign in*).

Chaque membre de l'équipe en charge du patient durant cette phase péri-opératoire (médecins anesthésistes, chirurgiens, instrumentistes, infirmières anesthésistes, garçons de salle, aides-soignants, etc...) doit être informé de l'attitude définie. Ceci implique qu'avant le début de l'intervention, l'attitude est communiquée à haute voix par le chirurgien opérateur.

Une attitude qui n'a pas été définie ne justifie pas automatiquement une attitude maximaliste.

En cas d'urgence, l'impossibilité de mener une réflexion préalable à l'intervention ne justifie pas une attitude jusqu'au-boutiste.

Une complication iatrogène n'autorise pas des actes déraisonnables. Les manœuvres de réanimation doivent être adaptées aux objectifs fixés avec le patient.

L'équipe péri-opératoire, anesthésiste et chirurgien, doit accepter une abstention ou un retrait thérapeutique si les complications et leur traitement sont d'évolution incertaine et que les objectifs du patient ne peuvent plus être atteints, même durant l'intervention.

Explications des termes utilisés dans cet avis:

- Affection aiguë : toute maladie survenant de façon subite et imprévue.
- Comorbidité : ensemble de maladies affectant un patient dont la somme des effets vont préjudicier sa santé globale.
- Complication : événement survenant durant l'intervention ou suite à celle-ci, en lien avec l'opération, indépendamment de sa cause.
- Complication grave : complication pouvant impacter sur la vie ou la qualité de vie du patient.
- Contrat limité : décision de poursuivre les thérapeutiques commencées mais en fixant une limite dans le temps ou aux moyens à entreprendre pour atteindre un objectif fixé.
- Déraisonnable : se dit d'un acte jugé trop agressif dont le coût humain et/ou financier semble disproportionné par rapport au bénéfice escompté
- Equipe chirurgicale : soignants médico-infirmiers en charge du patient durant la période péri-opératoire : médecins et infirmières anesthésistes, chirurgiens et instrumentistes.
- Iatrogène : se dit d'un trouble, d'une maladie provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin.
- Limitation thérapeutique : ensemble des limitations de traitement possible, allant du massage cardiaque (équivalent de NTBR), de la perfusion de médicaments capables de soutenir la fonction cardiaque (ex : vasopresseurs, cardiotoniques), d'appareillage pour le soutien de fonction vitale telle que la respiration (ventilateur ou dialyse), jusqu'à l'alimentation ou hydratation artificielle. Elle peut également être élargie à une limitation de traitement comme ne pas entreprendre de chirurgie ou l'admission aux soins intensifs.

Dans le présent avis, le terme limitation porte sur l'ensemble des possibilités que le clinicien peut envisager d'entreprendre pour traiter les complications dans le cas particulier.

- Médecin traitant : le médecin qui a traité le patient jusqu'à la survenue de l'affection aiguë ; médecin de ville ou médecin de l'étage.
- NTBR : « not to be resuscitated », exprime qu'il ne faut pas entreprendre de massage cardiaque.
- Période péri-opératoire : pré, per et post-opératoire ; s'étend du moment où l'indication opératoire est posée jusqu'au moment où le patient retrouve une condition clinique stabilisée comparable à celle avant l'intervention.
- Thérapeutiques de soutien vital : mesures visant à restaurer ou maintenir les paramètres vitaux telles que l'intubation, la ventilation mécanique, les médicaments cardiotoniques ou vasopresseurs, les chocs électriques, une assistance cardiaque ou une hémofiltration, etc...).

Références bibliographiques :

1. Conseil d'éthique clinique: L'ORDRE « NOT TO BE RESUSCITATED » (NTBR) CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT. 2001 (Avis du Conseil d'Ethique clinique des HUG (Deuxième version – 2001)).
2. McGraw KS: Should do-not-resuscitate orders be suspended during surgical procedures? Aorn J 1998; 67(4): 794-6, 799.
3. Burkle CM, Pasternak JJ, Armstrong MH, Keegan MT: Patient perspectives on informed consent for anaesthesia and surgery: American attitudes. Acta Anaesthesiol Scand 2013; 57(3): 342-9.
4. Gorton AJ, Jayanthi NV, Lepping P, Scriven MW: Patients' attitudes towards "do not attempt resuscitation" status. J Med Ethics 2008; 34(8): 624-6.
5. Jones JW, McCullough LB: Defining, aligning, or declining do not resuscitate during surgery. J Vasc Surg 2014; 59(4): 1152-3.
6. McBrien ME, Kavanagh A, Heyburn G, Elliott JR: 'Do Not Attempt Resuscitation' (DNAR) decisions in patients with femoral fractures: modification, clinical management and outcome. Age Ageing 2013; 42(2): 246-9.
7. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH: Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. J Crit Care 2013; 28(1): 14-21.
8. Scott TH, Gavrin JR: Palliative surgery in the do-not-resuscitate patient: ethics and practical suggestions for management. Anesthesiol Clin 2012; 30(1): 1-12.
9. Hurst SA, Becerra M, Perrier A, Perron NJ, Cochet S, Elger B: Including patients in resuscitation decisions in Switzerland: from doing more to doing better. J Med Ethics 2012; 39(3): 158-65.
10. Truog RD, Waisel DB, Burns JP: DNR in the OR: a goal-directed approach. Anesthesiology 1999; 90(1): 289-95.
11. B.Waisel D: WHAT'S NEW IN ... Perioperative DNR Orders. American Society of Anesthesiologists Article 2002; Volume 66, Number 10(October 2002).
12. Mauron A: Petit glossaire de bioéthique, Université de Genève ed: Institut éthique hisoire humanités, 2004.
13. Ferrand E, Bachoud-Levi AC, Rodrigues M, Maggiore S, Brun-Buisson C, Lemaire F: Decision-making capacity and surrogate designation in French ICU patients. Intensive Care Med 2001; 27(8): 1360-4.
14. Williams BF, French JK, White HD: Informed consent during the clinical emergency of acute myocardial infarction (HERO-2 consent substudy): a prospective observational study. Lancet 2003; 361(9361): 918-22.

Membres du groupe de travail :

Marie-Claire Jacques
 Monique Lamuela
 Alban Langlois
 Myriam Nicolazzi
 Bara Ricou

Approuvé par le Conseil d'éthique clinique le 17 décembre 2015.



Bara Ricou
 Présidente du Conseil d'éthique
 clinique