

## AVIS DE L'EXPERT·E / EXPERT OPINION

## Histoire des limitations et arrêts thérapeutiques en réanimation

### *Historical view of withholding and withdrawing life-support therapies in ICU*

René Robert<sup>1\*</sup>

Reçu le 1 février 2024 ; accepté le 4 avril 2024.

© SRLF 2024.

### Résumé

La réflexion éthique et le questionnement sur la nécessité dans certaines situations de limiter ou d'arrêter des traitements vitaux sont apparus très tôt dans le milieu de la réanimation s'intensifiant à mesure des progrès technologiques. Malgré le vide juridique initial, les réanimateurs ont appris à formaliser leur réflexion éthique, à comprendre et assumer leur intentionnalité permettant des prises de décision collégiales et argumentées. Les lois Leonetti et Claeys Leonetti ont apporté le cadre juridique résumé dans l'acceptation légale du « laisser mourir ». Les équipes de réanimation ont également appris à endosser les choix d'une médecine palliative dans l'accompagnement des patients en fin de vie.

**Mots-clés :** Fin de vie, limitation des traitements, arrêts des traitements, palliatif, proches

### Abstract

*Ethical concerns surrounding the need to withholding or withdrawing life-support therapies in some patients raised very soon within the ICU field and took more and more importance paralleling the technical advances. Despite the initial law void, intensivists learnt to formalize ethical procedure, understand and assume their intentionality allowing argumentation and collegiality in their decisions. The french Leonetti and Claeys Leonetti laws brought the legal assessment of the "let die". ICU teams also learnt to assume the choice of palliative care for the end-of-life support.*

**Keywords:** End-of-life, withholding therapies, withdrawing therapies, palliative, families

### Comment est-ce que tout cela a commencé ?

Jusqu'au début des années 2000, quand le réanimateur était face à un questionnement sur la poursuite ou l'arrêt de la réanimation, ses points de repères étaient limités. Il n'y avait pas de cadre légal. Il pouvait se référer au point de vue des sages de l'époque et en particulier celui du Pr Maurice Rapin, l'un des pionniers de la réanimation. Dès 1979, témoin des progrès considérables de la réanimation et du développement des techniques de suppléance permettant de prendre en charge des malades de plus en plus graves, il avait pointé du doigt le risque éthique de cette évolution technologique sur le patient. Ainsi, il avait proposé pour le malade de réanimation

une stratégie en quatre stades fonction du pronostic du patient, de ses co-morbidités et de l'estimation de ses perspectives de devenir :

- au stade I, le traitement est maximal, aucune limite n'est à apporter à la prise en charge ;
- au stade II, toutes les thérapeutiques sont engagées, mais la survenue d'un arrêt cardiaque n'est pas réanimé étant donné le mauvais pronostic spécifique surajouté à la gravité du patient ;
- au stade III, des thérapeutiques sont limitées où non engagées en cas d'aggravation du patient ;
- au stade IV, des thérapeutiques en cours chez le patient et en théorie toujours nécessaires sont arrêtées.

\*René Robert, MD, PhD

Professeur Emérite à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

✉ [renerobert.rr@gmail.com](mailto:renerobert.rr@gmail.com)



À cette époque le médecin est bousculé dans sa conscience par la contradiction apparente entre la volonté de ne pas faire « d'acharnement thérapeutique », l'obligation de soulager le patient et la crainte de l'interdiction de favoriser la mort. En effet l'article 37 du code de déontologie dit : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou les thérapeutiques* », mais l'article 38 précise «... *il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* » [1]. Le vide juridique laissait planer également la crainte de condamnations pour non-assistance à personne en danger ou pour avoir favorisé volontairement la mort d'un patient. En effet, le code pénal stipulait les choses suivantes : « *Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle (Article 221-1). Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité (Article 221-3)* ».

Malgré cette ambiguïté juridique, la judiciarisation de la médecine était moindre à cette époque et très peu de médecins ont été condamnés pour avoir arrêté des traitements de suppléance vitales, laissant volontairement évoluer le patient vers le décès. On peut citer toutefois l'affaire de Dieppe conduisant à l'inculpation d'un médecin dans des circonstances particulièrement complexes [2]. À l'étranger, la problématique était similaire et peu de références étaient disponibles sur le sujet [3].

Une première étude française épidémiologique sur la pratique de limitation (LT) ou arrêt thérapeutiques (AT) a été conduite en 1995 incluant 800 patients de la région centre-ouest [4] puis reproduite à l'échelon national dans l'étude LATAREA en 1997 [5].

Les données de 7 309 patients admis dans l'un des 102 centres de réanimation français participants pendant deux mois consécutifs ont été analysées. Les décisions de limitation (LT), d'arrêt thérapeutiques (AT) ont été relevées permettant de donner la fréquence de telles décisions, les caractéristiques des patients chez lesquels ces décisions étaient prises et les modalités de prise de décision. Les principaux résultats de cette étude sont les suivants : une décision de LT était prise chez 336 patients (4,6 %), d'AT chez 113 patients (1,5 %) et de LT suivie d'AT chez 358 patients (4,9 %). Ainsi 11 % des patients admis ont une décision de LT ou d'AT. Les caractéristiques des patients à l'admission en réanimation sont résumées dans le **Tableau 1**.

Par ailleurs, 53 % des décès observés pendant le séjour en réanimation survenaient après une décision de limitation ou arrêt thérapeutique (LAT). Les principales affections sous-jacentes associées à une décision de LAT étaient cirrhose, cancer, insuffisance cardiaque sévère, maladie neurologique chronique ou atteinte neurologique motrice sévère. Les motifs invoqués pour les décisions de LAT sont résumés dans le **Tableau 2**.

D'autres résultats majeurs étaient relevés : un quart des patients pourtant conscients et « compétents » ne recevaient pas d'information sur la décision de limiter ou d'arrêter leurs thérapeutiques. De façon parallèle, presque 30 % des familles n'étaient pas informées des décisions de LAT. Celles-ci n'étaient mentionnées dans le dossier médical que dans 42 % des cas. Enfin la décision était prise par un seul médecin dans 12 % des cas et pendant la nuit dans 11 % des cas.

Au total, ces deux études ont d'abord montré la réalité de la pratique de LAT malgré une législation absente. Elles ont été le premier pas vers l'apprentissage d'une

**TABLEAU 1 - Caractéristiques des 7 309 patients en fonction de la décision ou non de limiter ou d'arrêter les thérapeutiques**

	<b>PAS DE LAT 6 502</b>	<b>LT 336</b>	<b>AT 113</b>	<b>LT ET AT 358</b>
Âge nb (IQ)	59 (41-72)	73 (65-82)	72 (62-78)	72 (62-78)
Sex ratio	1,46	1,47	1,41	1,43
SAPS 2 nb (IQ)	29 (19-41)	50 (37-63)	62 (44-78)	54 (43-69)
Durée de séjour (nb, IQ)	4 (2-8)	5 (2-13)	5 (2-18)	8 (3-19)
Décès en réanimation (nb, %)	546 (8)	197 (59)	107 (95)	324 (91)

réflexion éthique formalisée aboutissant à la rédaction de recommandation de la SRLF pour la pratique des limitations et arrêts thérapeutiques en 2002 [6] réactualisées en 2009 [7]. Ainsi le processus décisionnel comprend-il neuf points clés résumés au **Tableau 3**.

### La loi Leonetti avril 2005

Ces études et en particulier l'étude LATAREA ont contribué à l'élaboration du texte de loi proposé par le

député Jean Leonetti et voté à l'unanimité à l'assemblée nationale en 2005 [8]. Cette loi non limitée au champ de la réanimation renforce les droits du malade en refusant l'obstination déraisonnable : elle donne la possibilité de suspendre ou de ne pas entreprendre des actes apparaissant « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Le malade doit être prévenu si un traitement destiné à soulager une souffrance en situation de fin de vie peut avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie. Chez

**TABLEAU 2 - Raisons invoquées pour limiter ou arrêter les thérapeutiques**

	LT (N = 336)	AT (N = 113)	LT ET AT (N = 358)
Inutilité thérapeutique	196 (58)	82 (73)	248 (69)
Mauvaise qualité de vie antérieure	93 (28)	21 (19)	96 (27)
Âge	139 (41)	35 (31)	121 (34)
Mauvaise qualité de vie estimée à l'issue du séjour en réa	188 (56)	50 (44)	201 (56)
Douleurs psychologique	33 (10)	15 (13)	51 (14)
Douleurs physiques	43 (13)	16 (14)	58 (16)
Coût	13 (4)	3 (2)	29 (8)
Demande de la famille	10 (3)	16 (14)	44 (12)

**TABLEAU 3 - Les éléments de la prise de décision d'une limitation ou arrêt de traitement**

<b>Le patient</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volonté exprimée (directives anticipées, personne de confiance)</li> <li>• Mauvais pronostic maladie aiguë</li> <li>• Mauvais pronostic maladie sous-jacente (co-morbidités)</li> <li>• Mauvaise qualité de vie avant (ou estimée après la réa)</li> </ul>
<b>Les proches</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information</li> <li>• Témoins de volonté du patient</li> </ul>
<b>La collégialité de la décision</b>
<b>L'avis extérieur</b>
<b>La traçabilité</b>

le malade inconscient en phase terminale 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 ». Elle autorise donc le laisser mourir des patients au pronostic désespéré. Une telle décision doit impérativement être collégiale. Les directives anticipées indiquant les souhaits concernant arrêt ou limitation de traitement, doivent être consultées. Celles-ci sont révocables à tout moment et ont une validité de trois ans. Une personne de confiance peut être mandatée par le patient pour transmettre aux équipes médicales sa volonté. Son avis prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées.

La loi souligne aussi le droit du patient à recevoir des soins palliatifs. De façon cohérente les réanimateurs ont effectivement appris à assumer l'exercice d'une médecine palliative où les objectifs principaux sont le confort du patient et l'accompagnement des proches pour aboutir à la notion de qualité de fin de vie [9].

Il est intéressant de noter que l'étude EPILAT réalisée quinze ans après l'étude LATAREA et après la publication de la loi Leonetti montre des résultats très similaires avec une fréquence des décisions de 14 % vs 11 %, des décès après décision de LAT de 52 vs 53 % et des proportions de LT vs AT similaires [10]. Ainsi, si la loi a certainement apporté un apaisement moral dans la prise de décision, elle a globalement peu modifié les stratégies décisionnelles des réanimateurs pour les limitations ou arrêts thérapeutiques. Il faut également souligner l'hétérogénéité des pratiques de limitations ou arrêts thérapeutiques en Europe [11].

Par la reconnaissance légale des pratiques de LAT, cette loi a été un progrès indiscutable. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une liste de cases à cocher, mais d'un guide formalisé aidant à la prise de décisions éthiques en réanimation. Toutefois, les situations sont souvent complexes et il faut comprendre et assumer des facteurs subjectifs et émotionnels qui peuvent moduler notre réflexion. En effet, dans l'évaluation de qualité de vie est subjective et les comportements médicaux peuvent varier selon le nombre de places disponibles, la fatigue physique ou psychologique des équipes et à la gestion individuelle du dilemme éthique [12, 13].

### Existe-t-il une différence entre limitation et arrêt thérapeutique ?

Il était classique de dire qu'il n'y avait pas de différence entre limitation et arrêt thérapeutique [14]. D'ailleurs l'acronyme souvent consacré pour ces deux situations est unique : LAT pour Limitation-Arrêt Thérapeutique. Effectivement, si on considère le processus global de décision, on accepte aisément une totale similitude des éléments qui conduisent à cette prise de décision

comme cela est très clairement explicité dans les recommandations de la SRLF pour guider la prise de décision [7]. La Loi Leonetti non plus ne fait pas de *distinguo* entre limitation et arrêt thérapeutique [8]. En revanche une différence majeure existe dans l'application de la décision de non-obstination déraisonnable. Dans une situation de LT, l'intention primaire est l'espoir qu'avec des traitements limités, souvent non invasifs le patient puisse franchir le cap, quitter la réanimation et dans un nombre non négligeable de cas regagner son domicile avec une qualité de vie identique à celle qui précédait son admission en réanimation. Ainsi en quelque sorte si les moyens thérapeutiques limités ne permettent pas l'amélioration du patient « *tant pis s'il meurt* », et bien entendu, tant mieux s'il survit. Alors qu'en cas d'arrêt thérapeutique, l'effet attendu est la mort du patient puisque la situation est sans espoir de retour à une vie de qualité. L'intentionnalité devient alors en quelque sorte, exprimée de façon brutale et caricaturale « *tant mieux si le patient meurt* ». À condition que le patient puisse bénéficier d'un accompagnement de fin de vie de qualité et sans souffrance. De façon logique les mortalités sont différentes dans les deux situations avec des chiffres de plus de 90 % pour les arrêts thérapeutiques contre 56 % pour les limitations thérapeutiques dans l'étude LATAREA [6]. Ceci montre bien qu'il faut désormais bannir l'acronyme LAT et bien faire le *distinguo* entre LT et AT.

### La loi Claey's Leonetti en 2016

En 2012, à la suite de prises de positions politiques et notamment celle de François Hollande dans sa campagne pour l'élection présidentielle, le débat sur la possibilité de légaliser l'euthanasie dans certaines conditions a été relancé. Une proposition de loi relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs a été déposée au Sénat le 8 juin 2012 et un rapport sur la fin de vie a été confié au Pr Didier Sicard par le président de la République [15]. Dans ce rapport, deux points sont soulignés : d'une part la méconnaissance de la Loi Leonetti sur la fin de vie et l'insuffisance des stratégies d'information et de formation et, d'autre part, l'accent est mis sur l'importance que pourraient revêtir les directives anticipées.

Dans le milieu de la réanimation à plusieurs reprises, la SRLF, à travers des communiqués de presse, a insisté sur son engagement dans une démarche de soins palliatifs bien conduite et a souligné la nécessité de faire connaître et mieux appliquer la loi Leonetti qui offre un cadre juridique permettant de répondre à la grande majorité des situations de fin de vie en réanimation [16, 17]. Ainsi la SRLF estimait que le problème de l'euthanasie se posait peu en réanimation, soulignait les dangers d'un

débat passionnel sur le sujet et appelait à un travail de réflexion nationale [17].

Par son environnement technique, sa maîtrise de l'analgésie et de la sédation, mais aussi par la présence médicale constante, la réanimation dispose certainement, plus que tout autre spécialité des moyens nécessaires pour assurer une fin de vie « de qualité » aux patients. Ainsi, le courant de pensée prédominant était de dire, en accord avec la Loi Leonetti que tout devait être mis en place pour une fin de vie confortable pour le patient. Ainsi, au final, peu importe quand la mort vient, du moment que le patient soit confortable. Le médecin n'est pas là pour décider du moment de la mort. Cependant, lorsque la mort attendue ne vient pas, cette attente prolongée peut être perçue comme une source de souffrance pour un patient qui ne l'aurait pas souhaité, pour les proches pour lesquels cette attente sans autre issue que la mort peut être insupportable, pour les soignants également. Dans ces situations, au moins en réanimation, on ne peut plus se réfugier derrière l'argument d'une Loi Léonetti encore méconnue ou insuffisamment connue. Le débat oppose alors deux options celle d'une attente dont la durée importe peu du moment que le patient est apparemment confortable et celle qui pourrait accepter une exception d'euthanasie dans certaines situations de réanimation [18].

Dans ce contexte une nouvelle loi est votée en 2016 la loi dite Claeys Leonetti du nom des deux députés qui l'ont portée [19]. Cette loi avait pour intentionnalités d'accroître encore le respect de l'autonomie du patient et d'aider les équipes médicales à mieux appliquer la loi Leonetti. Elle signifiait également la volonté de ne pas faire le choix d'une loi autorisant l'aide active à mourir.

Ainsi les principaux points nouveaux de cette loi sont les suivants :

- Les directives anticipées deviennent opposables. Ainsi le médecin n'a plus comme seule obligation de les consulter (quand elles existent) mais il doit les appliquer sauf quand la situation considérée est dans le cadre de l'urgence ou s'il les trouve disproportionnées par rapport à la situation clinique à laquelle il est confronté. Dans ce dernier cas la non application des directives anticipées doit être collégiale et argumentée dans le dossier du patient.
- La collégialité doit s'appliquer non seulement pour le processus de décision de LT ou AT mais aussi pour la nature des thérapeutiques arrêtées et des traitements d'accompagnement de fin de vie mis en place (sédation).
- Le droit du patient à demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès à condition que les trois circonstances suivantes soient réunies : maladie incurable ; souffrance réfractaire physique ou psychologique et pronostic vital engagé à court

terme. Si le patient n'est pas en capacité de faire cette demande, l'obligation pour les médecins de la mettre en place.

L'utilisation d'une sédation profonde n'était pas interdite dans la loi précédente, mais laissée à l'appréciation des médecins dans leur vision des traitements de confort chez les patients en fin de vie. L'objectif de cette précision dans la loi nouvelle était double : intensifier encore l'autonomie du patient à travers ses décisions et aider les médecins dans la formalisation des traitements d'accompagnement de la fin de vie. Cette nouvelle loi a certainement donné satisfaction à un certain nombre de personnes soignants ou non, mais elle a surtout fait deux populations de mécontents : ceux qui ont trouvé que cette loi était un pas vers une euthanasie déguisée dont le bras armé était cette sédation profonde et continue jusqu'au décès et ceux qui trouvaient que cette loi n'allait pas assez loin et qui revendiquaient une loi d'aide active à mourir.

### Autres développements d'accompagnement de la fin de vie

Très restrictives jusque dans les années 2000, les horaires de visite pour les proches se sont progressivement étendus. En particulier de nombreux services de réanimation ont autorisé une présence à toute heure pour les proches de patients en fin de vie. Ce fut une étape pour l'extension généralisée des horaires de visites dans une proportion croissante des services de réanimation. De façon parallèle, la réflexion sur les conditions d'accueil des proches dans des salles d'entretien dédiées s'est également développée. La souffrance des familles a été étudiée et notamment les nombreux travaux de Nancy Kentish-Barnes ont contribué à une meilleure compréhension et une meilleure approche intégrées des proches dans la gestion de la fin de vie [20, 21]. Ainsi les services de réanimation ont intégré la nécessité de permettre une fin de vie accompagnée de qualité.

Les directives anticipées et l'incitation à les écrire se sont développées. Le sujet est lui aussi complexe et le pourcentage de directives anticipées rédigées est passé de 2 à 15 % en dix ans, mais progresse assez peu depuis. La SRLF a apporté sa contribution en éditant un document d'aide à leur rédaction [22].

### La loi Claeys Leonetti: que nous a-t-elle permis de comprendre ou d'apprendre ?

Finalement cette loi a mis en lumière les difficultés morales et éthiques de l'accompagnement de la fin de vie sans doute plus marquées à l'extérieur des services de réanimation avec un dilemme éthique ancré autour de la crainte du faire mourir.

### Un pronostic vital engagé à court terme

Pour certains, le court terme signifie quelques heures à quelques jours alors que pour d'autres il s'agit plutôt de quelques jours à quelques semaines. Utiliser la SPCJD chez un patient dont le décès est attendu en quelques heures est sans doute le témoin d'une prescription trop tardive. Quoiqu'il en soit prédire avec suffisamment de précision le délai de survenue du décès d'un patient est illusoire comme cela a bien été montré [23, 24]. De plus cette notion de pronostic engagé à court terme a mis en lumière des situations cliniques échappant à ce cadre juridique comme la sclérose latérale amyotrophique ou certains états pauci-relationnels. Il est donc cohérent de constater que dans l'avis 139 du Comité Consultatif National d'Éthique apparaisse la notion de pronostic vital engagé à court ou moyen terme [25].

### Comprendre la sédation profonde et continue jusqu'au décès

Pour bien appliquer et prescrire la SPCJD, il est indispensable de bien comprendre et assumer son intentionnalité celle de soulager un malade qui souffre et non pas celle de mettre fin à sa vie. Mais il faut également accepter et assumer que dans certaines situations, les produits utilisés aux doses nécessaires pour soulager (benzodiazépines et morphiniques) puissent accélérer le processus de décès [26]. Cette démarche est complexe et on constate que des progrès sont encore à faire dans la prescription de la sédation en fin de vie [26, 27]. Ces difficultés rencontrées dans la prescription de la sédation à l'extérieur mais également dans les services de

réanimation sont possiblement plus liés à la prégnance du dilemme éthique qu'à une méconnaissance du maniement des produits utilisés. Des études utilisant les méthodologies des sciences humaines sur ce point seraient utiles pour aller plus loin dans la compréhension de ces difficultés. L'intentionnalité du législateur n'était certainement pas celle d'un laisser-passer vers le *faire mourir*, mais plutôt une volonté de favoriser le *aider à « bien » mourir* (Figure 1).

### Faire connaître la loi aux soignants et au public

Si la loi Leonetti de 2005 a été très mal enseignée aux soignants et très mal diffusée au grand public, on ne peut pas dire la même chose de la loi Claeys Leonetti car jamais le nombre de sessions d'enseignement aux étudiants, aux internes et aux soignants n'a été aussi grand. La réanimation est sans doute en première ligne pour cette transmission, mais le mouvement est maintenant diffus sous l'égide des sociétés savantes, des facultés et des établissements de santé eux-mêmes. L'information du public est plus complexe, essentiellement relayée au rythme de l'actualité et d'affaires médiatiques. Cependant la recherche Google affiche 70 000 occurrences pour « loi Claeys Leonetti » et plus de 300 000 pour « loi Leonetti ».

### Perspectives

Les réanimateurs, sensibilisés très tôt à la réflexion éthique entourant la fin de vie, ont appris à formaliser

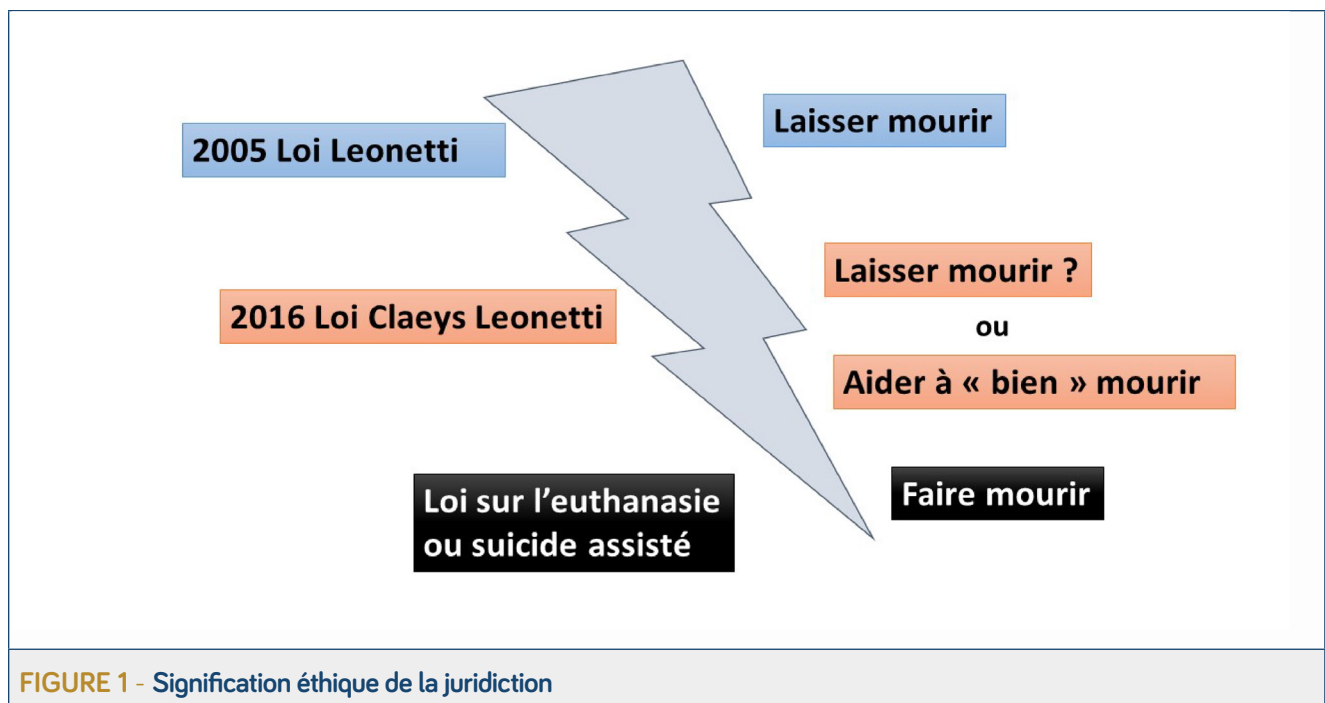


FIGURE 1 - Signification éthique de la juridiction

leur réflexion et à la faire évoluer au cours du temps. Les dispositifs légaux entourant la fin de vie ont conforté leur réflexion et apaisé leurs pratiques. Assurer une fin de vie aussi confortable que possible en intégrant les proches dans cette démarche fait maintenant partie des « standards » de la réanimation [28]. Cependant il reste encore des progrès à faire notamment dans la réduction des inconforts en fin de vie. Des difficultés liées aux interactions entre proches et soignants peuvent persister dans certains cas soulignant la nécessité d'une communication transparente et rémanente.

La question sur la nécessité d'aller plus loin et de disposer d'une loi autorisant sous conditions une aide à mourir devrait être débattue au parlement dans l'année 2024. Il faut remarquer que le terme initialement attendu d'aide « active » à mourir a été remplacé dans le projet très prochainement attendu par « aide à mourir ». Dans une étude récente faite par sondage sur un collectif de plus de 1 000 soignants de réanimation, une large majorité a exprimé son soutien à une évolution de la loi [29], rejoignant l'opinion générale de la population, celle issue de la conférence citoyenne et celle d'associations militantes type Association du Droit à Mourir dans la Dignité (ADMD). D'autres sont très opposés au projet de loi, notamment Société Française de Soins Palliatifs (SFAP), le conseil de l'ordre des médecins, la plupart des religions monothéistes, et des associations comme l'association Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie (JAL-MAV).

### Conflits d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

### Affiliations

<sup>1</sup>Professeur Emérite

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Poitiers

### Références

- Décret n°95-1000 Code de déontologie médicale, 6 septembre 1995. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-19-fevrier-1997-responsabilite-penale-lien-de-causalite/>
- Smedira NG, Evans BH, Grais LS, et al (1990). Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med*. 322:309-15. DOI : 10.1056/nejm199002013220506
- Robert R, Ferrand E, et l'Association des Réanimateurs de Centre-Ouest (1996). Limitations et arrêts des thérapeutiques actives en réanimation: expériences de dix centres. *Réan Urg* 5: 611-16.
- Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F (2001) Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 357:9-14. DOI : 10.1016/s0140-6736(00)03564-9
- Ferrand E. (2002) Recommandations des experts de la Société de Réanimation en Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. *Réanimation*. 11:442-9.
- Baud F, Begon E, Blettery B, Bollaert PE, et al. (2010) Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte : Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. *Réanimation* 19:679-698.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie. *Journal Officiel de la République Française* du 23 avril 2005: 7089. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Long AC, Curtis JR (2014) Quality of dying in the ICU: understanding ways to make it better. *Intensive Care Med*. 40:1793. DOI : 10.1007/s00134-014-3512-4. Epub 2014 Oct 7. PMID: 25288214
- Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF; EPILAT study group (2015) Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care*. 5:56. DOI : 10.1186/s13613-015-0056-x
- Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, et al. (2019) Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA*. 322:1692-704. DOI : 10.1186/s13613-015-0056-x
- Robert R, Reignier J, Tournoux-Falcon C et al. (2012) Refusal of ICU Admission Due to a Full-Unit: Impact on Mortality. *Am J Respir Crit Care Med*. 185: 1081-1087. DOI : 10.1164/rccm.201104-0729oc
- Stelfox HT, Hemmelgarn BR, Bagshaw SM, et al. (2012) Intensive care unit bed availability and outcomes for hospitalized patients with sudden clinical deterioration. *Arch Intern Med*. 172:467-474. DOI : 10.1001/archinternmed.2011.2315
- American Thoracic Society Bioethics Task Force (1991) Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Am Rev Respir Dis* 144: 726-31. DOI : 10.1164/ajrccm/144.3\_pt\_1.726
- Sicard D. Rapport Fin de vie. [www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiqués,23212/fin-de-vie-remise-du-rapport,15474.html](http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiqués/23212/fin-de-vie-remise-du-rapport,15474.html)
- Prise de position de la SRLF 2008 : [http://www.srlf.org/rc/org/srlf/nws/News/2011/20110908-131654-457/src/nws\\_fullText/fr/2008-SRLF-Communique%CC%81EUTHANASIE.pdf](http://www.srlf.org/rc/org/srlf/nws/News/2011/20110908-131654-457/src/nws_fullText/fr/2008-SRLF-Communique%CC%81EUTHANASIE.pdf)
- Prise de position de la SRLF 2012 : <http://www.srlf.org/lasrlf/communiqués-editoriaux/communiqués/contribution-de-la-srlf-au-debat-sur-la-fin-de-vie-et-l-euthanasie.r.html>
- Robert R, Salomon L, Haddad L, Graftieux JP, et al., Ethics commission of the French Society of Critical Care (SRLF) (2014) End of life in the intensive care unit: should French law be adapted? *Ann Intensive Care*. Feb 25;4:6. DOI : 10.1186/2110-5820-4-6
- LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. *Journal Officiel de la République Française* 0028 du 3 février 2016. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Kentish-Barnes N, Lemiale V, et al. ( 2009) Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med*. 10 (Suppl):S448-56. DOI : 10.1097/ccm.0b013e3181b6e145
- Kentish-Barnes N, Azoulay E. (2012) The vulnerable family. *Crit Care Med*. 40:1667-8. DOI : 10.1097/ccm.0b013e3182474c0d
- <https://www.srlf.org/article/directives-anticipees>
- Lynn J, Harrell F Jr, Cohn F, et al (1997) Prognoses of seriously ill hospitalized patients on the days before death: implications for patient care and public policy. *New Horiz*. 5:56-61

24. Cooke CR, Hotchkin DL, Engelberg RA et al. (2010) Predictors of time to death after terminal withdrawal of mechanical ventilation in the icu. *Chest* 138:289-297. DOI : 10.1378/chest.10-0289
25. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et>
26. Robert R (2018) Comprendre le sens de la sédation profonde et continue jusqu'au décès. *Revue Bioethique Nouvelle Aquitaine* 2,57-59.
27. Robert R, Le Gouge A, Kentish-Barnes N, et al. (2020) group SEDARREVE. Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: a post-hoc analysis of a multicenter study. *Intensive Care Med.* 46:1194-1203. DOI : 10.1007/s00134-020-05930-w
28. Curtis JR, Vincent JL. (2010) Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet.* 376:1347-53. DOI : 10.1016/S0140-6736(10)60143-2
29. Acquier M, Boyer A, Guidet B, et al (2023) ICU health care workers opinion on physician-assisted-suicide and euthanasia: a French survey. *Ann Intensive Care.* 13:19. DOI : 0.1186/s13613-023-01114-z. PMID: 36933060; PMCID: PMC10024783



# Sécurisons toute la ligne de perfusion

Soigner, votre vocation  
Sécuriser la perfusion, notre mission

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



Médicaments  
injectables



Nutrition  
parentérale



Dispositifs médicaux  
perfusion et ALR\*



ALR\* : anesthésie loco-régionale

Perfusion Automatisée  
Intelligente



Venez rencontrer nos équipes sur le stand N°14

Document réservé aux professionnels de santé. Le présent document, son contenu, et notamment les données institutionnelles, les informations, les marques et les logos qui y sont mentionnés sont la propriété exclusive de B. Braun. Toute représentation et/ou reproduction, partielle ou totale, de ce document et de son contenu, sans l'accord exprès et préalable de B. Braun, est strictement interdite et constitue une infraction aux droits de propriété intellectuelle de B. Braun. Dispositifs médicaux. Consultez les notices spécifiques à chacun pour plus d'information.

B. Braun Medical s'engage à respecter la Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments (octobre 2014) et son référentiel (mars 2017). Les collaborateurs en charge de l'information promotionnelle sont à la disposition des professionnels de santé pour présenter les règles de déontologie formalisées et pour répondre aux questions.

Votre avis sur la qualité de nos activités de Visite Médicale nous intéresse : vous pouvez nous contacter via le site internet [www.bbraun.fr](http://www.bbraun.fr) / rubrique contact ou directement par courriel [visite-medicale@bbraun.com](mailto:visite-medicale@bbraun.com).

Dans le cas où vos données personnelles seraient collectées par B. Braun Medical, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant. Vous disposez également, dans les conditions prévues par la réglementation, du droit de demander leur rectification ou leur effacement, d'un droit d'opposition pour motifs légitimes ou de limitation de leur traitement, d'en demander la portabilité et de définir des directives relatives à leur sort après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en adressant votre demande accompagnée d'un justificatif d'identité à : Direction Juridique - B. Braun Medical, 26 Rue Armengaud 92210 Saint-Cloud ou à [donneespersonnelles.fr@bbraun.com](mailto:donneespersonnelles.fr@bbraun.com). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL en ligne ou par voie postale.

B. Braun Medical | 26 rue Armengaud | 92210 Saint-Cloud - FRANCE

Tél. 01 41 10 53 00 | Fax : 01 70 83 45 00 | [www.bbraun.fr](http://www.bbraun.fr)

Société par actions simplifiée au capital de 31 000 000 € | RCS Nanterre 562050856.

Impression Mai 2024

Imprimeur : Soffi (Croissy-sur-Seine, France)