

Fin de vie en réanimation : la loi Leonetti est-elle suffisante ?

End-of-life in the intensive care unit: is Leonetti's law sufficient?

R. Robert · L. Salomon · L. Haddad · J.-P. Graftieaux · B. Eon · D. Dreyfuss pour la commission d'éthique de la SRLF

Reçu le 3 avril 2013 ; accepté le 6 juin 2013
© SRLF et Springer-Verlag France 2013

Résumé La réflexion sur la fin de vie est menée depuis longtemps dans les services de réanimation et a abouti à la publication de recommandations réactualisées en 2009, tenant compte des dispositions apportées par la loi Leonetti en 2005. Dans le contexte de la mission confiée au Pr Didier Sicard par le président de la République sur la fin de vie, la Société de réanimation de langue française (SRLF), par l'intermédiaire de sa commission d'éthique, a voulu connaître l'avis des personnels de réanimation, médecins et paramédicaux sur un certain nombre de points concernant la fin de vie en réanimation. Un questionnaire évaluant la connaissance de la loi Leonetti ainsi que la proportion des soignants favora-

bles, dans certaines situations de fin de vie, à l'administration de substances directement létales, a été proposé par voie électronique aux membres médicaux et paramédicaux de la SRLF. À partir des 2 700 sollicitations, les réponses de 616 (23 %) questionnaires ont été analysées. La majorité des répondants affirmaient bien connaître la loi Leonetti (82,5 %) et l'appliquer le plus souvent (88 %). Un tiers des répondants avait été confronté à une demande de « faire mourir » par un patient et plus de 50 % à une telle demande de la part de proches d'un patient. Un quart des répondants avait éprouvé le souhait d'administrer des substances létales à un patient en fin de vie. En supposant des soins palliatifs bien conduits en réanimation, 25,7 % des répondants étaient favorables à une loi autorisant l'exception d'euthanasie alors que 26,5 % y étaient opposés. Les autres réponses étaient modulées par la perception d'un risque de dérive ou d'abus. Il existait des différences de réponses entre médecins et infirmières. En conclusion, la loi Leonetti semble bien connue des personnels de réanimation. Néanmoins, dans un nombre restreint de situations cliniques intégrant des soins palliatifs bien conduits, un quart des répondants pourrait être favorable à une loi autorisant l'administration de substances létales.

R. Robert (✉)
CHU de Poitiers, Poitiers, France
e-mail : r.robert@chu-poitiers.fr

L. Salomon
Département épidémiologie biostatistique,
CHU Louis Mourier, F-92701 Colombes cedex

L. Haddad
7, rue Théodore de Banville, F-75017 Paris

J.-P. Graftieaux
Département d'anesthésie-réanimation,
CHU Reims, hôpital Robert Debré, F-51100 Reims

B. Eon
Service de réanimation d'urgence et médicale, CHU de Marseille,
hôpital de la Timone, F-13385 Marseille cedex 05

D. Dreyfuss pour la commission d'éthique de la SRLF
Service de réanimation médicochirurgicale, CHU Louis Mourier,
F-92701 Colombes cedex

Pour la commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française (SRLF) : Didier Dreyfuss (secrétaire), Angélique Bertrand, Laurence Bloch, Isabelle Blondiaux, Alexandre Boyer, Ludvine Chalumeau-Lemoine, Pierre Charbonneau, Robin Cremer, Cédric Daubin, Béatrice Eon, Dominique Folscheid, Olivier Guisset, Lise Haddad, Marie-Claude Jars-Guinestre, Didier Journois, Jérôme Pillot, Bertrand Quentin, René Robert, Laurence Salomon, Marina Thirion.

Mots clés Euthanasie · Soins palliatifs · Fin de vie · Réanimation

Abstract For a long time, there have been concerns with patients' end-of-life in the intensive care unit (ICU), leading to the publication of French guidelines updated in 2009, taking into account the insights given by Leonetti's law in regarding patients' rights at end-of-life. Following the mission given to Professor Didier Sicard by the French president about end-of-life, the French society of intensive care (SRLF) wished to know the feelings of their members (physicians and nurses) about various aspects of end-of-life in the ICU. SRLF members were invited to respond to a questionnaire, directly sent by e-mail, in order to assess their knowledge about Leonetti's law and to show how many caregivers agree with the authorization of lethal drug administration in

selected situations of end-of-life. Out of 2700 requests, 616 answers were analyzed. A majority (82.5%) had a good knowledge of Leonetti's law and most of them (88%) said they have often applied the law. They reported to have received a "help dying" request from a patient (one-third of respondents) and patient's relatives (more than 50%). A quarter of the respondents agreed to give lethal drugs to end-of-life patients. Assuming that palliative cares in the ICU are well-conducted, 25.7% of the respondents would approve though a law authorizing euthanasia exception, while 26.5% did not. Answers were influenced by the fear of a possible risk of abuse. Doctors and nurses answered differently. In conclusion, Leonetti's law appears well-known by ICU caregivers. Nevertheless, in selected clinical situations with adapted palliative care, a quarter of the respondents would be in favor of a law authorizing lethal drugs administration to patients.

Keywords Euthanasia · Palliative care · End-of-life · Intensive care unit

Introduction

Les premières recommandations de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les limitations et arrêts thérapeutiques datent de 2002 [1]. Elles étaient l'aboutissement d'une réflexion éthique formalisée pour des malades de réanimation chez lesquels certains traitements apparaissaient disproportionnés face au bénéfice escompté en termes non seulement de survie mais aussi de qualité de vie [2]. Elles ont été confortées en 2005 non seulement par la publication de la loi Leonetti mais aussi par ses décrets d'application reconnaissant le refus de « l'obstination déraisonnable » [3–5], contraire au code de déontologie et à l'éthique médicale [6]. Les recommandations de la SRLF ont été réactualisées en 2009 pour intégrer, entre autres, les éléments spécifiques à la loi [7]. À l'occasion de débats médiatiques autour de la tentation « euthanasique » en 2008, et plus récemment lors de la proposition de loi relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs déposée au Sénat le 8 juin 2012, 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 [8,9]. Ainsi, la SRLF estime que le problème de l'euthanasie se pose peu en réanimation, souligne les dangers d'un débat passionnel sur le sujet et appelle à un travail de réflexion nationale [9]. Dans le contexte de la mission sur la fin de vie confiée au Pr Didier Sicard par le président de la République, la SRLF, à travers sa commission d'éthique, a

voulu approfondir le sujet et souhaité ne pas limiter sa prise de position à certaines personnalités particulièrement impliquées dans cette réflexion, mais connaître l'avis des personnels de réanimation, médecins et paramédicaux, sur un certain nombre de points concernant la fin de vie en réanimation.

Matériel et méthodes

Un questionnaire comportant cinq items démographiques et 23 questions a été élaboré par les membres de la commission d'éthique de la SRLF. Les questions concernaient la connaissance de la loi et de son application et cherchaient à évaluer la proportion des soignants, ainsi que leurs motivations, qui seraient favorables ou pas, dans certaines situations de fin de vie, à l'administration de substances directement létales. La finalité du questionnaire était double :

- confronter la réflexion éthique à des chiffres, fussent-ils le fruit d'opinions exprimées en dehors de situations réelles (questionnaires versus cas réels) ;
- proposer une approche pédagogique de cette réflexion éthique aux personnes travaillant dans les unités de réanimation et donc concernées par la problématique de la fin de vie.

Une attention particulière a été portée pour respecter la neutralité dans le libellé des questions.

Le questionnaire a été distribué aux membres de la SRLF par voie électronique, soit 2 700 contacts. La réponse aux questions s'est faite par voie électronique. La fenêtre permettant les réponses a été de trois semaines avec trois rappels envoyés par voie électronique pendant cette période.

Analyse statistique

La très grande majorité des données épidémiologiques obtenues sont des données qualitatives. Les résultats sont exprimés en nombre total de réponses et en pourcentage. Il n'y a pas eu de calcul d'effectif minimum avant l'analyse des réponses. Des comparaisons ont été faites entre deux populations de répondants : médecins et paramédicaux par un test de χ^2 . Un p inférieur à 0,05 a été jugé significatif.

Résultats

Parmi les 2 700 sollicitations, 707 (26 %) personnes ont répondu au questionnaire et 616 (23 %) de ces réponses étaient exploitables, constituant la base de données. Il s'agissait de 454 (74 %) médecins dont 48 internes et de 162 (26 %) paramédicaux dont 131 infirmiers, 24 cadres de

santé, deux aides-soignantes, un kinésithérapeute et quatre psychologues. Les données démographiques de la population des répondants sont données dans le Tableau 1.

Une grande majorité des répondants (82,5 %) affirmait bien connaître la loi Leonetti, même si cette connaissance était moins fréquente chez les paramédicaux que chez les médecins (Tableau 2). De façon surprenante, alors qu’interrogés individuellement, une majorité de paramédicaux pensaient connaître la loi (72 %), seuls 39 % estimaient que celle-ci était bien connue par leur profession, un sentiment partagé par les médecins qui pensaient que la loi était assez mal connue par les paramédicaux (Tableau 2).

La très large majorité des répondants au questionnaire pensaient que la loi Leonetti était souvent appliquée dans

les situations de fin de vie et permettait la prise de décision de limitation et arrêt des traitements (LAT). Ce sentiment était significativement plus exprimé chez les médecins que chez les paramédicaux (Tableau 3). La difficulté la plus souvent identifiée dans la mise en œuvre de la loi concernait le recours au consultant externe, particulièrement pour les médecins. Il était intéressant de noter que, dans un tiers des cas, la collégialité dans la prise de décision semblait faire défaut pour les paramédicaux et que dans 20 % des cas ils estimaient ne même pas avoir été informés de la décision prise (Tableau 3).

Le témoignage d’une demande insistante ou répétée d’aide à mourir de la part d’un malade était noté dans 33 % des cas avec une fréquence significativement plus élevée des répondants paramédicaux (Tableau 4). De telles demandes par les proches étaient rapportées dans plus de 50 % des cas (Tableau 4). Inversement, il arrivait fréquemment (74 % des répondants) que des proches puissent s’opposer de façon nette et persistante à la possibilité de LAT proposée par l’équipe. Ces oppositions étaient exprimées de façon identique aux médecins et aux paramédicaux.

Administration de substance létale, « faire mourir »

Parmi les répondants au questionnaire, un quart affirmait avoir éprouvé le souhait d’administrer des substances létales à un patient. Ils étaient 25,7 % à être favorables à une loi autorisant l’exception d’euthanasie en réanimation en dépit de soins palliatifs bien conduits, contre 26,5 % qui y étaient opposés. Pour les autres, les réponses exprimaient la crainte d’un risque de potentielles dérives ou abus d’une telle loi. Quant à la question d’une éventuelle loi autorisant l’administration de substances directement létales en fin de vie, les avis étaient partagés aussi bien dans le cas de malades conscients (48,5 % contre vs 51,5 % favorables) que dans celui de malades non conscients (47,4 % contre vs 52,6 % favorables). Enfin, 43 % des répondants (37 % des médecins) pensaient que la rédaction d’une loi sur l’exception d’euthanasie serait techniquement possible pour des malades conscients,

Tableau 1 Données démographiques des répondants au questionnaire

	Total <i>n</i> = 616	Médecins <i>n</i> = 454	Paramédicaux <i>n</i> = 162
Âge (%)			
< 30 ans	14,3	1,5	28
30–40 ans	44,6	47,3	44
40–50 ans	24,7	29,3	20
50–60 ans	12,2	15,8	7
> 60 ans	4,2	6,9	1
Ratio homme/ femme	59/41	72/28	20/80
Ancienneté réa (%)			
< 1 année	4,7	3,4	3
1–5 année(s)	30,8	24,6	33
5–10 années	23,7	22,9	32
10–20 années	24,4	28,3	22
> 20 années	16,4	31,4	10
CHU/CH (%)	61/28	60/30	58/27
Autres structures (%)	11	10	15

CHU : centre hospitalo-universitaire ; CH : centre hospitalier.

Tableau 2 Connaissance de la loi Leonetti (LL)

	Total (<i>n</i> = 616)	Médecins (<i>n</i> = 454)	Paramédicaux (<i>n</i> = 162)	<i>p</i>
Bonne connaissance de LL, <i>n</i> (%)	508 (82,5)	315 (87)	152 (71,7)	0,001
Très bien/bien, <i>n</i> (%)	110 (17,9)/398 (64,6)	92 (23)/264 (65)	18 (9,9)/134 (61,7)	
Mauvaise connaissance de LL				
Assez mal/très mal, <i>n</i> (%)	105 (17)/3 (0,5)	49 (12)/2 (0,5)	56 (27,8)/1 (0,2)	0,001
Bonne connaissance de la LL par les médecins de l’unité, <i>n</i> (%)	507 (82,3)	331 (83,4)	138 (85)	NS
Bonne connaissance de la LL par les paramédicaux de l’unité, <i>n</i> (%)	215 (34,9)	138 (34)	63 (39)	0,05

	Total (n = 616)	Médecins (n = 454)	Paramédicaux (n = 132)	p
Application de LL, n (%)				
Souvent	543 (88)	422 (93)	101 (77,2)	0,001
Toujours et complètement	168 (27,3)	26 (28)	31 (24,1)	NS
Difficultés rencontrées (%)				
Collégialité difficile à obtenir	18	13	31,7	0,001
Absence de discussion avec équipe	7,3	3	19,5	0,001
Consultant extérieur non appelé ou non disponible	73	84	46,3	0,01
LL permet de répondre à toutes les situations de fin de vie en réanimation (%) [toujours ou le plus souvent]	79,5	86,5	67,9	0,001
Permet de prendre les décisions de LAT dans la majorité des cas dans votre unité (%)	81	87	68,5	0,001

LAT : limitation et arrêt des traitements.

	Total (n = 616)	Médecins (n = 454)	Paramédicaux (n = 132)	p
Avez-vous été confronté à une demande d'un patient de le « faire mourir » (%)	33	30	40,1	0,01
Plus d'une fois (%)	15,1	14	17,3	0,05
Avez-vous été confronté à une demande de proches de « faire mourir » un patient (%)	56,2	59,5	49,2	NS
Plus d'une fois (%)	36,4	40	22,9	0,05
Avez-vous éprouvé le souhait d'administrer des substances létales à un patient ? (%)	25,2	23	27,8	NS

mais seulement 23 % (23 % des médecins) le pensaient possible pour des malades non conscients.

Dans une situation clinique proposée d'un patient de réanimation pour lequel une décision de LAT était prise, mais dont le décès ne survenait pas au bout d'un certain temps, 50,3 % exprimaient leur souhait de voir le décès arriver au plus vite, mais seuls 9,6 % étaient favorables à l'administration de substances directement létales si une loi l'autorisait. Aucun des répondants n'a affirmé utiliser de telles substances actuellement et 49,7 % acceptaient le délai de survenue du décès, quel qu'il soit, du moment que le patient paraissait en situation confortable.

Discussion

Les résultats de cette enquête suggèrent qu'une grande majorité des répondants pensent bien connaître la loi Leonetti, mais que cette loi n'est pas forcément parfaitement appliquée.

La plupart des répondants (80 %), et notamment les médecins (85 %), pensent que la loi Leonetti permet de répondre à toutes les situations de fin de vie en réanimation. Malgré cela, un quart des répondants pourrait être favorable à une loi autorisant l'exception d'euthanasie, tout en reconnaissant les difficultés de la rédaction d'une telle loi, en particulier chez les malades inconscients.

Connaissance et application de la loi

La proposition de loi relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs déposée au Sénat le 8 juin 2012 a relancé le débat sur le problème de la fin de vie. À deux reprises, en 2008 et en 2012, les réanimateurs français, par l'intermédiaire de la commission d'éthique de la SRLF, soulignaient les dangers d'un débat passionnel sur le thème de l'euthanasie et appelaient à un travail de réflexion national [8,9]. La SRLF insistait sur la nécessité de bien connaître la loi Leonetti permettant le soulagement des douleurs

physiques et morales de la fin de vie, tout en respectant la dignité des patients. La nécessité d'une formation appropriée de tous les soignants à la démarche éthique et aux soins de fin de vie était également soulignée dans ces avis. Cependant, les éléments de ces communiqués ne s'appuyaient pas sur des données objectives. Depuis la promulgation de la loi Leonetti en 2005 et de ses décrets d'application en 2006, de nombreux efforts de formation ont été faits en réanimation [10]. En particulier, la SRLF a réactualisé ses recommandations de pratiques cliniques appliquées à la fin de vie intégrant les données apportées par la loi Leonetti [7]. Le premier résultat intéressant de l'étude présentée est de souligner le sentiment de bonne connaissance de la loi Leonetti, en particulier chez les médecins. Il faut noter que les paramédicaux, alors qu'ils semblent à titre individuel plutôt bien connaître cette loi, l'estiment en général plutôt mal connue dans leur profession. Cela pourrait être lié au fait que les mécanismes conduisant aux LAT lors des réunions collégiales ne sont pas explicites, contrastant avec une connaissance individuelle assez bonne. Il est également rassurant de penser que la loi Leonetti est non seulement connue, mais aussi appliquée dans la très grande majorité des cas. Cela n'est pas surprenant car la sensibilité des réanimateurs au problème de la fin de vie est ancienne [2]. En France, les premières recommandations pour une réflexion éthique formalisée dans les situations de fin de vie ont plus de dix ans [1]. Toutefois, la conformité totale avec la loi semble difficile à obtenir. Bien que le questionnaire ne soit pas assez précis pour analyser les points de discordance, la difficulté la plus fréquemment signalée par les médecins répondants était en rapport avec l'appel du consultant extérieur. Cela n'est pas surprenant car la loi ne fait pas de distinction entre les décisions de LAT. On peut donc imaginer les difficultés organisationnelles pour obtenir un avis extérieur pour chaque décision de limitation thérapeutique. Ce modèle intégrant un avis extérieur « obligatoire » est une particularité française qui n'existe pas dans les autres pays [11].

Tentation euthanasique

Il existe dans le monde peu de pays qui autorisent l'injection de produits létaux dans le but de soulager les patients en fin de vie. En Suisse, les patients ont la possibilité de recourir au suicide assisté. Aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg, l'euthanasie est possible, lorsqu'elle est demandée par le patient [12]. Dans tous ces cas, les procédures suivies sont très rigoureusement encadrées par les autorités. Dans de nombreux autres pays, le débat intégrant soins palliatifs et recours à l'administration de substances létales est ouvert. Les recommandations de la Société américaine de réanimation (SCCM) sont similaires aux recommandations françaises assumant le « laisser mourir », mais refusant le « faire mourir » [13].

Malgré une déclaration de bonne connaissance de la loi Leonetti et de son application routinière, un quart des répondants au questionnaire semble tenté par l'administration de substances létales dans certaines situations de fin de vie. Cela correspond à une demande clairement et régulièrement exprimée par des patients. Une telle demande du « faire mourir » est également fréquemment formulée par les proches. L'interprétation de ces demandes n'est pas univoque, et l'interprétation de la volonté réelle de mort doit être modulée. Le niveau de « compétence » d'un patient de réanimation et de ses capacités à consentir est variable, y compris chez des patients ne présentant pas en apparence d'altération de la conscience [14]. De même, le niveau de compréhension des explications données aux familles de patients de réanimation n'est pas toujours optimal, souvent altéré par des intensités d'anxiété et de dépression élevées dans ces situations [15]. De plus, le positionnement des répondants vis-à-vis d'une loi sur l'exception d'euthanasie est manifestement complexe. En effet, la réponse positive à cette même question, posée plusieurs fois dans le questionnaire de façon un peu différente varie de 47 % quand la question est posée de façon générale à 10 % quand elle est posée de façon plus concrète, faisant référence à une situation clinique donnée intégrant des choix alternatifs. Ce résultat est particulièrement intéressant car il témoigne de la fragilité d'une opinion exprimée de façon générale et de la nécessité d'avoir une analyse éthique élaborée avant de se prononcer. De nombreux facteurs peuvent influencer le souhait d'accélérer le processus de décès chez un patient afin de mettre un terme au plus tôt à son agonie. Parmi ces facteurs, la frontière entre l'administration de substances directement létales et l'utilisation de la sédation terminale telle que proposée dans les conclusions de la « mission Sicard » est certainement un point crucial [16]. La doctrine philosophique du double effet est souvent évoquée pour distinguer les situations où l'administration de produits sédatifs et/ou analgésiques, dont l'objectif premier est le confort du patient, peut dans certaines situations accélérer de façon assumée le processus de décès [17]. Cela est bien distinct de l'injection volontaire de produits directement létaux. Il existe un large consensus pour recommander l'administration de sédatifs et d'analgésiques lors de la fin de vie à chaque fois que cela paraît nécessaire, car la priorité est le confort du patient [18]. Dans cette situation, l'intentionnalité formalisée est le soulagement du patient et son confort apparent, la mort n'étant pas l'intentionnalité primaire. L'intentionnalité de la sédation terminale a été largement discutée dans la littérature [17,19]. Pour certains, l'intentionnalité est malgré tout d'accélérer le processus de mort [17]. La justification de cette attitude repose sur les éléments suivants : l'absence de certitude absolue du confort du patient [20], l'épreuve imposée aux proches, voire aux soignants lorsque le décès tarde à venir. Dans

ces situations, la frontière entre la volonté d'assurer le confort du patient et la tentation euthanasique est floue. La pureté de l'intentionnalité peut apparaître irréaliste et il est impossible de prouver une « bonne » intentionnalité.

Enfin, cette tentation euthanasique pourrait être confortée par l'opinion du public favorable en majorité à l'euthanasie [21]. Là encore, l'interprétation d'une opinion non étayée par une compréhension réelle de la problématique est discutable, ce d'autant que les risques potentiels d'une légalisation de l'euthanasie pouvant impliquer des patients vulnérables sont rarement explicités. Dans une des rares études factuelles, réalisée dans une structure hospitalière française à partir de l'analyse des dossiers de 761 patients décédés, la demande explicite d'euthanasie de la part de patients conscients était de 0,9 % [22].

Différences médecins-paramédicaux

Dans l'étude présente, de façon globale, les réponses des paramédicaux sont assez proches de celles des médecins. Cependant, certaines différences sont à souligner. En particulier, parmi les difficultés rapportées dans l'application de la loi Leonetti, plus de 30 % des paramédicaux estiment que la collégialité est difficile à obtenir contre 13 % des médecins, et près de 20 % des paramédicaux ressentent une absence de discussion d'équipe alors que seuls 3 % des médecins ont cette perception. De telles différences entre médecins et paramédicaux ont déjà été soulignées [23].

À l'évidence, cette étude a les limites d'une étude par questionnaire évaluant des intentions, pouvant ne pas refléter les faits. De plus, les questionnaires peuvent générer des réponses intuitives et l'intensité de la réflexion sous-jacente ne peut pas être mesurée. Ainsi, on ne peut pas conclure de cette étude que la moitié des réanimateurs et paramédicaux exerçant en réanimation sont favorables à l'euthanasie. Même si une attention particulière avait été portée à la neutralité des libellés des questions, on ne peut exclure une influence de leur formulation. Enfin, une seule question faisait référence à une situation clinique concrète. Les réponses à cette question nuancent l'impression d'une volonté affirmée d'une loi autorisant l'administration de substances létales dans certains cas.

Conclusion

Cette étude par questionnaire adressé aux personnels de réanimation, médecins et paramédicaux, suggère que la loi Leonetti sur la fin de vie est très largement connue et appliquée dans les services de réanimation, même si des progrès restent à faire dans sa mise en œuvre, en particulier dans l'implication des paramédicaux dans la discussion collégiale précé-

dant la prise de décision médicale d'une LAT. De même, une large majorité des répondants estime que la loi Leonetti, en l'état, permet de répondre à la plupart des situations de fin de vie rencontrée en réanimation. Malgré tout, un quart des personnes ayant répondu au questionnaire serait favorable à l'autorisation d'administrer des substances létales dans de rares situations de réanimation intégrant des soins palliatifs bien conduits. Ainsi, 60 % des médecins et 50 % des paramédicaux ayant répondu au questionnaire rapportent une telle demande de la part de proches de patients.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- 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
- 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
- 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*, 23 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi du 22 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Décret n° 2012-694 Code de déontologie médicale actualisation 2012
- Société de réanimation de langue française (2010) Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte : actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation* 19:679-98
- 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
- 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.phtml>
- Chastrusse M, Fulgencio JP, Julien F, et al (2012) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : amélioration du processus de décision de limitation et d'arrêt des traitements au moyen d'un programme pédagogique. Étude monocentrique prospective et rétrospective pilote. *Presse Med* 41:e539-e46
- Cremer R, Graftieaux JP, Renault A, et al (2012) Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation. *Réanimation* 2:231-5
- Damas F, Damas P, Lamy M (2001) Euthanasia: a law in Belgium. *Intensive Care Med* 27:1683
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 36:953-63

14. Silverman H (2011) Protecting Vulnerable Research Subjects in Critical Care Trials: Enhancing the Informed Consent Process and Recommendations for Safeguards. *Ann Intensive Care* 1:8
15. Azoulay E, Sprung C (2004) Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 32:2323–8
16. Sicard D (2012) Fin de vie. Rapport Sicard. <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/fin-de-vie-remise-du-rapport,15474.html>
17. Billings JA (2012) Humane terminal extubation reconsidered: the role for preemptive analgesia and sedation. *Crit Care Med* 40:625–30
18. Kompanje EJ, van der Hoven B, Bakker J (2008) Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Med* 34:1593–99
19. Truog ED, Dan W, Brock DW, White DB (2012) Should patients receive general anesthesia prior to extubation at the end of life? *Crit Care Med* 40:631–3
20. Owen A, Coleman M (2008) Using neuroimaging to detect awareness in disorders of consciousness. *Funct Neurol* 23:189–94
21. Aubry R (2011) Observatoire national de la fin de vie : rapport 2011
22. Ferrand E, Rondeau E, Lemaire F, Fischler M (2011) Requests for euthanasia and palliative care in France. *Lancet* 377:467–8
23. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al (2003) Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of ICU end-of-life decisions. French RESENTI Group. *Am J Respir Crit Care Med* 167:1310–5