



Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu (CII-DPC)

Titre du document :

Partenaires jusqu'à la fin :

Le passage d'objectifs de soins curatifs à ceux adaptés
à la fin de la vie en contexte de maladies chroniques

Auteurs :

Anne-Marie Boire-Lavigne et Dominique Proulx

Ce document est disponible sous licence Creative Common BY-NC-ND
Paternité, sans utilisation commerciale et sans modification



« Partenaires, jusqu'à la fin »

Le passage d'objectifs de soins curatifs à ceux adaptés à la fin de la vie en contexte de maladies chroniques

Anne-Marie Boire-Lavigne, MD, PhD, CMFC
Médecin, CSSS-IUGS

Professeure agrégée, Département de médecine de famille
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke

Avec la collaboration de Dominique Proulx, inf. M.Sc.
Conseillère clinicienne à la DSI du CSSS-IUGS

Comité scientifique

- Anne-Marie Boire-Lavigne, médecin, CSSS-IUGS
- Paule Lebel, médecin, CPASS
- Sonia Heppell, infirmière clinicienne, ICM
- Denis Burelle, médecin, ICM
- Nathalie Champoux, médecin, IUGM
- Annie Dore, médecin, ICM
- Serge Gingras, médecin, DSP, Hôpital Ste-Anne
- Yvette Lajeunesse, médecin, IUGM
- Suzanne Lebel, médecin, CSS Antoine-Labelle
- Louise-Isabelle Rivard, médecin, ICM



À l'issue de cette présentation, le participant pourra

- identifier les circonstances justifiant la discussion du niveau de soins avec le patient ou son représentant
- réaliser la prise de décision, balisée par les normes reconnues et des stratégies efficaces de communication
- Informer et soutenir les proches en contexte de fin de vie



Plan de l'atelier

- Introduction / questionnaire
- Partie 1: réaliser la nécessité d'établir un niveau de soins
- Partie 2: faire participer le patient aux décisions
- Partie 3: informer et soutenir les proches
- Conclusion

Alternance vidéo – présentation - discussion

Questions

- En vous référant à vos dernières situations de discussion de niveau de soins avec un patient ou son représentant :
à partir de quels indicateurs jugez-vous qu'il y a pertinence à faire cette discussion?
- Quelles sont les principales barrières que vous rencontrez quant à initier une discussion sur le niveau de soins avec vos patients atteints de maladies chroniques dans leurs derniers stades d'évolution?

Utilité d'une échelle de niveaux de soins

- Formulaire intégré au dossier
- Discuter du plan thérapeutique (à l'avance) et assurer la continuité des soins (rotation, garde etc.)
 - Personnes gravement malades
 - Pronostic vital et/ou fonctionnel sombre
- SLD, SCD, clinique externe et en MAD
 - démence, MPOC sévère,
 - insuffisance ♥ sévère, IRC dialyse,
 - cancer px sombre, etc.

Utilité d'une échelle de niveaux de soins

- Sortir de la dichotomie soins curatifs/soins palliatifs
 - propose des niveaux de soins intermédiaires basés sur :
 - des objectifs de soins
(Nazareli et al, Can.J.on Aging, 1998)
 - des assiettes d'interventions
(Ventres, J.Clin.Ethics 1993)
 - Échelles: 3 à 5 niveaux : votre échelle



Décider des soins en fin de vie - grave maladie : 4 étapes

1) Prendre conscience

du px vital –fonctionnel sombre;
s'entendre entre soignants...

- discuter du niveau de soins
- faire recommandation particulière

2) Faire participer le patient / ses proches

3) Inscrire les décisions au dossier

4) Mettre en application des décisions

Cadre normatif

Si situation de fin de vie est appréhendée,
promouvoir cette approche de soins:

- Éviter de prolonger le mourir par interventions disproportionnées (dis ∞)
(non-malfaisance)
- Orienter les soins vers le soulagement de la douleur et de l'inconfort
(bienfaisance)

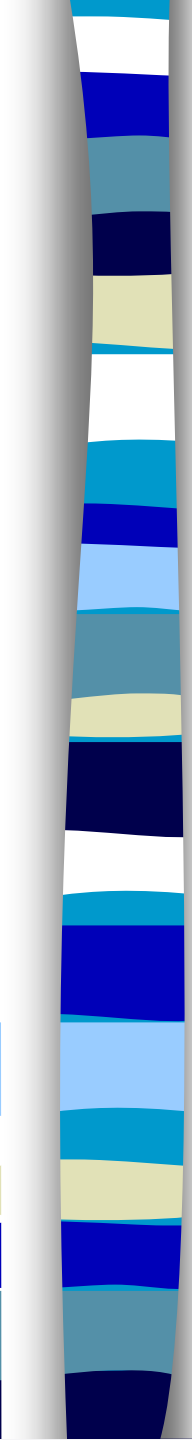
Cadre normatif

Pertinence de cesser des interventions dis ∞

- n'apportant plus les bénéfices : échec tx
- induisant des inconvénients
- en prenant en compte :
 - volontés (autonomie), état de santé (bienfaisance; non-malfaisance; respect de la vie), qualité de vie, \neq culturelles, normes de pratiques, équité (justice)

Cadre normatif

- On reconnaît au médecin une responsabilité
 - à amorcer ces décisions de soins
 - de coordonner la communication et la recherche de l'opinion de chacune des parties concernées



Prendre conscience fin de vie – soins disproportionnés

- **Problème! Cessation de traitement en CH courte durée est tardive** (SUPPORT- Hakim et al,1996; Cassel et al, 2003; Kaufman, 1998)
 - lorsque la mort est imminente et irréversible
 - SUPPORT (n=1150): 46%, 2 jrs avant décès (RCR)
- **En SLD : mieux** (Teno et al., *J.Am.Geriatr.Soc* 1997; Puopolo et al., *Image J.Nurs.Sch* 1997)
 - pronostic vital limité
 - intensité ↓ d'autonomie et de la qualité de vie
 - âge avancé

S'entendre entre soignants

- Facteurs influençant la mise en accord
 - **Incertitude – divergence** Dx et Px
(Bunch,2000; Holzapfel et al. 2002)
 - **Culture d'équipe** (Jayes et al. 1996)
 - Communic/collaboration interprof.(inf)
→ développer « ethos »
 - leadership chef de service (SI)
 - **Modèle administratif** : (Cassel et al. 2003)
 - rotation médecin traitant, co-traitance

Décider des soins en fin de vie - grave maladie : 4 étapes

1) Prendre conscience
du px vital –fonctionnel sombre;
s'entendre entre soignants...

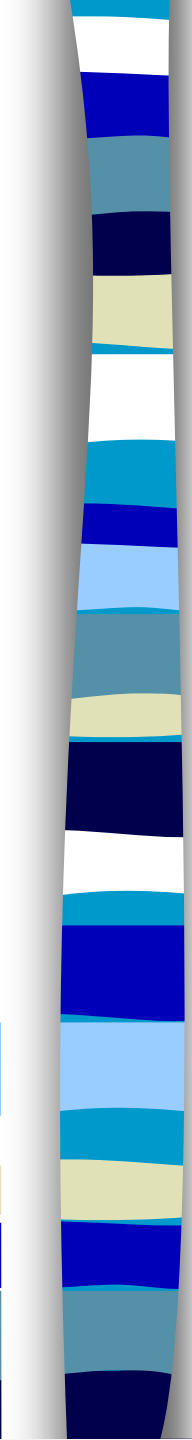
**2) Faire participer le patient /
ses proches:**

Éthique et communication



3) Inscrire les décisions au dossier

4) Mettre en application des décisions



Prise de décisions de soins partagée et négociée, centrée sur le patient et le respect de son autonomie

(White et al 2007; Curtis et al 2008)

- Consentement (refus) libre et éclairé
(article 10-11 code civil)
- Inaptitude: consentement substitué
(article 15 code civil)

Consentement substitué

- Qui représente? (article 15 Code Civil)
 1. Représentant légal : mandataire, tuteur, curateur
 2. Sinon le conjoint: marié ou de fait
 3. Sinon un proche (pas de préséance légale)
- Critères décisionnels
 - Volontés antérieures (article 15 CC)
 - Meilleur intérêt (article 15 CC)
 - Jugement substitué (éthique)

Autres soignants

Rôles et responsabilités

- Transmettre info (INF, PAB, TS, etc.)
- Initier révision (INF)
- Participer au consensus
- Éduquer et soutenir le patient et ses proches
- Mieux comprendre le vécu du patient et des proches en situation de divergence et conflits (TS; psy; interv.spirituel)

Rôles et responsabilité de l'infirmière

- Documenter (dossier) les info pertinentes transmises par le patient ou ses proches et les communiquer au médecin traitant
- Valider avec le médecin traitant le niveau de soins lors de situations de santé instables
- Informer le médecin traitant de toute information pertinente pouvant remettre en question le niveau de soins ou le souhait de tenter ou non une RCR



Rôles et responsabilité de l'infirmière

- Communiquer le niveau de soins et les volontés de RCR au médecin de garde
- Faire suivre la copie du formulaire « Niveau de soins » et ordonnance de réanimation » lors d'un transfert inter établissement

Stratégies préalables à la détermination d'un niveau de soins

1. Expliquer le **but** de la rencontre / s'entendre
2. S'assurer de la **compréhension** de la **maladie et du pronostic** (cognitif)
 - Revoir au besoin les grandes étapes de la maladie dans l'histoire de vie du patient
3. Explorer le **sens / le vécu suscité** par la maladie, son évolution attendue, la qualité de vie (**dont préoccupations et attentes**) (émotif/moral)



4. Déterminer le **niveau de soins**

Discussion

- Quelles conditions propices se sont donnés Dr Aubert et Mme Annie Desjardins pour réaliser la discussion du niveau de soin avec M. Lebon?
- Par quelles questions ouvertes Dr Aubert a-t-il exploré la compréhension et le vécu du patient face à sa maladie et son évolution?
- Quels sont les impacts de cette imploration sur la détermination du niveau de soins?

Rencontre :

5. Déterminer le niveau de soins

- a) Signaler
- b) Tenter par des ? ouvertes de faire formuler une orientation des soins
- c) Expliquer au représentant son rôle et les critères décisionnels
- d) Explorer des situations prévisibles de détérioration de l'état de santé
- e) Résumer les décisions – valider – conclure



5. Déterminer le niveau de soins

Tenter par des ? ouvertes de faire formuler une orientation des soins

- Discussion antérieure
- Si patient inapte: volontés antérieures (verbales ou écrites)
- Évoquer que des choix d'objectifs de soins sont possibles
 - Si patient inapte : basés sur la recherche du meilleur intérêt ou jugement substitué



5. Déterminer le niveau de soins

Expliquer au représentant son rôle
et les critères décisionnels

- Même si difficile pour soi, on doit se **centrer sur la personne** malade, sur ce qui est le mieux pour elle.
 - On recherche ensemble **ce qui est le mieux** pour votre parent
- On peut se baser sur les **volontés** qu'il a déjà exprimées
- Sinon, on va chercher à interpréter ce qu'il aurait voulu dans les circonstances (**jugement substitué**)



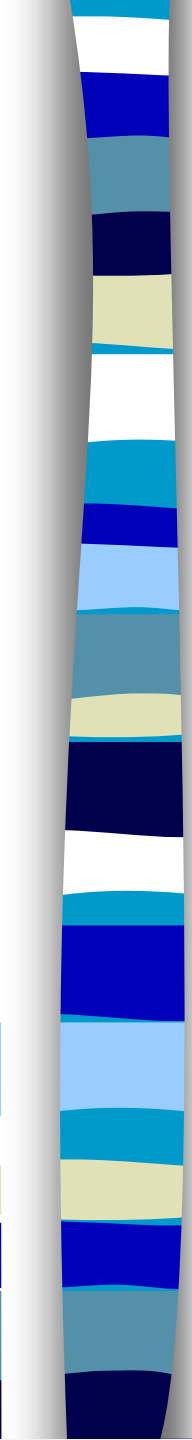
Éviter de faire porter la responsabilité décisionnelle sur le représentant

«Je cherche votre avis. »

« Il n'y a pas de « vérité »; on cherche ensemble ce qui serait le mieux pour votre parent. »

« Qu'est-ce que souhaiterait votre mère dans les circonstances? »

Éviter les choix impossibles en situation aiguë (vécu d'abandon)



5. Déterminer le niveau de soins Évoquer une recommandation (avec motifs) et rechercher l'avis

(White et coll. 2009)

- Pour conforter les décisions prises
- Indécisions ++: proposer d'émettre avis ; offrir PRN de prendre la responsabilité : « c'est votre rôle »
- quand **objectifs connus** ne peuvent plus être atteints (fin de vie): diminue la responsabilité du REP
- faire évoluer en situation de divergence



Rencontre :

5. Déterminer le niveau de soins

- a) Signaler
- b) Expliquer au représentant son rôle et les critères décisionnels
- c) Tenter par des ? ouvertes de faire formuler une orientation des soins
- d) **Explorer des situations prévisibles de détérioration de l'état de santé**
- e) Résumer les décisions – valider – conclure

5. Déterminer le niveau de soins

Explorer situations prévisibles de détérioration de l'état de santé

En fonction de l'objectif émergent

(≠ objectifs selon situations cliniques)

Situation clinique

Défibrillateur

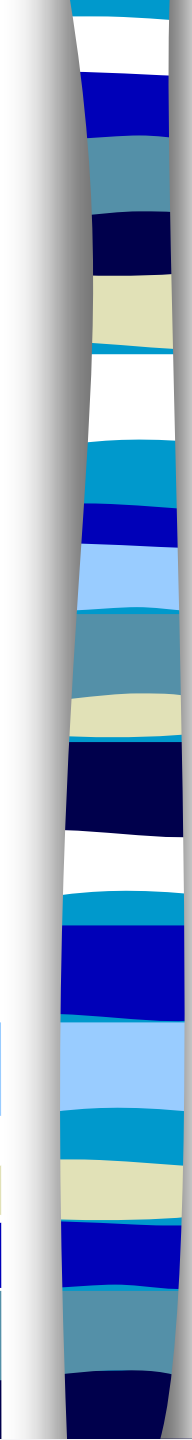
Pneumonie

Arrêt ♥ resp.

Interventions

spécifiques

Éviter la liste de techniques : Oui / Non



5. Déterminer le niveau de soins

Reformuler – valider les décisions – conclure

- Reprendre les mots et les expressions du patient et/ou ses proches
- Reformuler en fonction de l'échelle de niveau de soins
- Demander de valider
- Conclure



5. Déterminer le niveau de soins

Conclusion

- Informer que l'orientation des soins discutée sera transmise aux autres soignants via dossier
- Informer du caractère dynamique et évolutif de ces décisions
 - Sera discuté si problème aigu
 - Si patient inapte; proches ne pouvant être joints: guidera les décisions si urgence
- Autres questions?
- Éviter de faire signer les proches (nuance) ³⁵

Divergences et désaccords

- Normaux: plusieurs personnes impliquées
- Fréquents (Holzapfel et coll., 2002) sur le POM
 - Problème (Dx et Px)
 - Objectifs des soins: passage du curatif → palliatif
 - Moyens
- **Travail de conciliation** par étapes (dont temps de réflexion et cheminement) permettra d'en arriver à un consensus ou à un compromis raisonnable dans la très grande majorité des désaccords (Luce 2010)

Étapes / stratégies de résolution d'un désaccord en fin de vie

(SCCM 1997; AMA 1999; ACSS; AMA, AIIC, ACCS 1999, Choong et al. 2010, Luce 2010)

1. Établir une communication et un lien de confiance optimaux
2. Faire participer les consultants pertinents
3. Faire participer une tierce partie médiatrice au besoin



TRAVAIL DE CONCILIATION : décision partagée et négociée satisfaisante pour chaque partie

4. Tenter un transfert de prise en charge
5. Recourir aux tribunaux



1. Établir une communication et un lien de confiance optimaux

Habiletés de communication

- Soutenir les proches dans l'acceptation de soins adaptés à la fin de vie (Hiltunen et coll. 1999; Chambers-Evans et Carnevale 2005; Swigart et coll. 1996; Limerick)
- Allouer un temps de réflexion et de cheminement
- Planifier des rencontres de famille (Curtis et coll. 2008)
- Donner un temps de parole aux proches: ↓ désaccords (McDonagh et al 2004)



2. Faire participer les consultants pertinents

habiletés de collaboration

- Divergence sur le pronostic ou la conduite thérapeutique: 2^e avis collègue médecin
- Divergence lié à un deuil difficile: travailleur social ou un psychologue
- Besoins spirituels ou croyances religieuses en cause : intervenant spirituel (Curtis et coll. 2008)
- Problème éthique ou problème complexe avec besoin d'aide à la réflexion : comité d'éthique clinique ou conseiller en éthique



3. Faire participer une tierce partie médiatrice PRN

habiletés de collaboration

- Si absence de consensus ou de compromis raisonnable
- Si situation conflictuelle
 - Divergences profondes et inconciliables
 - Incapacité de communiquer de manière efficace
 - Bris du lien de confiance
 - Situation nuisant à la qualité des soins
- Ressources institutionnelles
 - Comité d'éthique clinique ou conseiller en éthique
 - Chef de service ou de département
 - DSP



4. Tenter un transfert de prise en charge

habiletés de collaboration

- Conflit persistant malgré médiation
- Transfert peut être envisagé
- Intra établissement ou inter établissement
- Se donner un laps de temps raisonnable pour y parvenir (Luce 2010)



5. Recourir aux tribunaux

- Mesures exceptionnelles
- Tout aussi exceptionnel:
 - arrêt unilatéral d'un traitement jugé inutile



Décider des soins en fin de vie / grave maladie

Étape 1) Prise de conscience px vital ou fonct. sombre – s'entendre entre soignants

Étape 2) Participation du patient / proches

Étape 3) Inscription au dossier des décisions

Étape 4) Mise en application des décisions



3) Inscription des décisions au dossier : formulaire / notes d'évolution

- *Décrire le processus décisionnel*
 - Évaluation aptitude du patient
 - Qui a participé; info transmises
 - Décisions prises et leurs motifs:
 - Mots du patient /écrire pour md de garde
 - Évoquer les ≠ niveaux vs ≠ situations



3) Inscription des décisions au dossier: formulaire – notes d'évolution

- *Aviser – discuter le personnel infirmier / équipe*
 - Construction d'une « ethos » d'équipe
- En contexte externe : confidentialité, copies et signatures



Informier et soutenir les proches

- Bénéfices d'une approche interdisciplinaire
- Besoin de comprendre le dx, le px : besoin d'info! (rencontrer le médecin)
 - Les émotions peuvent limiter la réceptivité : besoin de répéter
- Soutien face au processus de deuil; offrir au besoin un soutien professionnel: TS, psychologue
- Besoins spirituels: intervenant spirituel
- Besoins particuliers face au mourir



Informier et soutenir les proches

- Reflets empathiques
- Confirmer que les décisions prises sont les bonnes (même au décès)
- Exposer que cesser des traitements visant la prolongation de la vie n'est pas un abandon de soins, mais une adaptation des soins à la fin de vie pour permettre un mourir dans la dignité (Stapleton et coll. 2006)
- Rassurer que le patient ne souffrira pas (Gries et coll. 2008)

Messages-clés

- Prendre conscience du pronostic sombre...
- Préparation progressive du patient, de ses proches
- Partir de la perspective, de la compréhension, des attentes, des préoccupations du patient
- Utiliser les stratégies appropriées de communication
- Avantage de la collaboration interprofessionnelle

Merci aux partenaires scientifiques



Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



Merci à nos partenaires financiers



Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



Références

- Abbott KH, Sago JG, Breen CM et coll. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001 ; 29 (1) : 197-201.
- American Medical Association. Council on ethical and judicial affairs. medical futility in end-of-life care: Report of the Council on ethical and judicial affairs. *JAMA* 1999 ; 281 (10) : 937-41.
- Applebaum GE, King JE, Finucane TE. The outcome of CPR initiated in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1990;38(3):197-200.
- Association canadienne des soins de santé, Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association catholique canadienne de la santé. Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits éthiques entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant les soins. *CMAJ* 1999 ; 160 (12) : 1761-4.
- Association médicale canadienne, Association canadienne des soins de santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada, & Association catholique canadienne de la santé). Déclaration conjointe sur la réanimation (mise à jour 1995); sommaire de politique de l'AMC. *Can Med Assoc J* 1995; 153, 1652D-1652F.
- Awoke S, Mouton CP, Parrott M. Outcomes of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term-care facility: futile therapy? *J Am Geriatr Soc* 1992;40(6):593-5.

Références

- Benkendorf R, Swor RA, Jackson R et coll. Outcomes of cardiac arrest in the nursing home: destiny or futility? *Prehosp Emerg Care* 1997;1(2):68-72.
- Boire-Lavigne AM. Désaccord sur les soins en fin de vie: sortir de l'impasse! *Le médecin du Québec* 2011; 46 (4): 37-42.
- Bülow HH, Sprung CL, Reinhart K et coll. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008 ; 34 (3) : 423-30.
- Cassell,J., Buchman,T.G., Streat,S., & Stewart,R.M. Surgeons, intensivists, and the covenant of care: administrative models and values affecting care at the end of life--Updated. *Crit Care Med* 2003: 31: 1551-1559.
- Chambers-Evans J, Carnevale FA. Dawning of awareness: the experience of surrogate decision making at the end of life. *J Clin Ethics* 2005 ; 16 (1) : 28-45.
- Choong K, Cupido C, Nelson E et coll. A framework for resolving disagreement during end of life care in the critical care unit. *Clin Invest Med* 2010 ; 33 (4) : E240-E253.
- Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008 ; 134 (4) : 835-43.
- Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD et coll. Missed Opportunities during Family Conferences about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2005 ; 171 : 844-9.

Références

- Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR et coll. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *N Engl J Med* 2009;361(1):22-31.
- Evans LR, Boyd EA, Malvar G et coll. Surrogate decision-makers' perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. *Am J Respir Crit Care Med* 2009 ; 179 : 48-53.
- Finlay E, Casarett D. Making difficult discussions easier: using prognosis to facilitate transitions to hospice. *CA Cancer J Clin* 2009 ; 59 : 250-63.
- Ghush HF, Teasdale TA, Pepe PE, Ginger VF. Older nursing home residents have a cardiac arrest survival rate similar to that of older persons living in the community. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(5):520-7.
- Gordon M, Cheung M. Poor outcome of on-site CPR in a multi-level geriatric facility: three and a half years experience at the Baycrest Centre for Geriatric Care. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(2):163-6.
- Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ et coll. Family member satisfaction with end-of-life decision-making in the intensive care unit. *Chest* 2008 ; 133 (3) : 704-12.
- Hakim,R.B., Teno,J.M., Harrel,F.E.j., & et al for the SUPPORT investigators. Factors associated with do-not-resuscitate orders: patients preferences, prognoses, and physicians' judgement. *Ann.Intern.Med.*, 1996 ;125: 284-293.
- Halevy,A. & Brody,B.A. A multi-institution collaborative policy on medical futility. *JAMA* 1996; 276(7), 571-574.

Références

- Hiltunen EF, Medich C, Chase S et coll. Family decision making for end of life treatment: the SUPPORT nurse narratives. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Clin Ethics* 1999 ; 10 (2) : 126-34.
- Holzapfel,L., Demingeon,G., Piralla,B., Biot,L., & Nallet,B. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Med.*, 2002 ; 28(9): 1309-1315.
- Kaiser TF; Kayson EP; Campbell RG. Survival after Cardiopulmonary resuscitation in a long term care institution. *J Am Geriatr Soc* 1986;34(12):909.
- Kaufman,S.R. Intensive care, old age, and the problem of death in America. *Gerontologist* 1998 ; 38(6): 715-725.
- Kim C, Becker L, Eisenberg MS. Out-of-hospital cardiac arrest in octogenarians and nonagenarians. *Arch Intern Med* 2000;160(22):3439-43.
- Limerick MH. The process used by surrogate decision makers to withhold and withdraw life – Sustaining measures in an intensive care environment. *Oncol Nurs Forum* 2007 ; 34 (2) : 331-9.
- Longstreth WT Jr, Cobb LA, Fahrenbruch CE, Copass MK. Does age affect outcomes of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation? *JAMA* 1990;264(16):2109-10.
- Luce JM. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive⁵⁶ care units in the United States. *Crit Care Med* 2010 ; 38 (8) :1623-9.

Références

- McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA et coll. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med* 2004 ; 32 (7) : 1484-8.
- Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Campion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *Ann Intern Med* 1989;111(3):199-205.
- Narang AT, Sikka R. Resuscitation of the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(2):261-72.
- Nazerali, N., Ska, B., & Lajeunesse, Y. A new health care directive for long-term care elderly based on personal values of life. *Can. J. on Aging* 1998 ; 17(1): 24-39.
- Paniagua D, Lopez-Jimenez F, Londoño JC et coll. Outcome and cost-effectiveness of cardiopulmonary resuscitation after in-hospital cardiac arrest in octogenarians. *Cardiology* 2002;97(1):6-11.
- Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med* 2006 ; 34 (11 suppl.) : S332–S340.
- Puopolo, A.L., Kennard, M.J., Mallatratt, L., Follen, M.A., Desbiens, N.A., Conners, A.F., Jr., Califf, R., Walzer, J., Soukup, J., Davis, R.B., & Phillips, R.S. Preferences for cardiopulmonary resuscitation. *Image J. Nurs. Sch* 1997; 29(3): 229-235.

Références

- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990 ; 112 (12) : 949-54.
- Selph RB, Shiang J, Engelberg R et coll. Empathy and life support decisions in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2008 ; 23 (9) : 1311-7.
- Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD et coll. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006 ; 34 (6) : 1679-85.
- Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997 ; 25 (5) : 887-91.
- Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1990; 18(12), 1435-1439.
- Swigart V, Lidz C, Butterworth V et coll. Letting go: family willingness to forgo life support. *Heart Lung* 1996 ; 25 (6) : 483-94.
- Swor RA, Jackson RE, Tintinalli JE, Pirrallo RG. Does advanced age matter in outcomes after out-of-hospital cardiac arrest in community-dwelling adults? *Acad Emerg Med* 2000;7(7):762-8.
- Teno, J.M., Branco, K.J., Mor, V., Phillips, C.D., Hawes, C., Morris, J., & Fries, B.E. Changes in advance care planning in nursing home before and after the Patient Self-Determination Act: Report of a 10-state survey. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997 ; 45: 939-944.

Références

- Tresch DD, Neahring JM, Duthie EH, Mark DH, Kartes SK, Aufderheide TP. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in nursing homes: can we predict who will benefit? *Am J Med* 1993;95(2):123-30.
- Tresch D, Heudebert G, Kutty K, Ohlert J, VanBeek K, Masi A. Cardiopulmonary resuscitation in elderly patients hospitalized in the 1990s: a favorable outcome. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(2):137-41.
- Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992 ; 326 (23) : 1560-4.
- Ventres,W., Nichter,M., Reed,R., & Frankel,R. Limitation of medical care: an ethnographic analysis. *J.Clin.Ethics*, 1993; 4(2): 134-145.
- White DB, Evans LR, Bautista CA, Luce JM, Lo B; Are physicians' recommendations to limit life support beneficial or burdensome? Bringing empirical data to the debate. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180(4): 320-5.
- White DB, Braddock III CH, Bereknyei S et coll. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 2007 ; 167 : 461-7.
- Wuerz RC, Holliman CJ, Meador SA, Swope GE, Balogh R. Effect of age on prehospital cardiac resuscitation outcome. *Am J Emerg Med* 1995;13(4):389-91
- Zier LS, Burack JH, Micco G et coll. Doubt and belief in physicians' ability to prognosticate during critical illness: The perspective of surrogate decision makers. *Crit Care Med* 2008 ; 36 (8) : 2341-7.