



**HAL**  
open science

## Judiciarisation de la fin de vie en réanimation : quand les proches demandent la poursuite des traitements

M. Le Dorze, F. Claudot, P.F. Perrigault, F. Michel

### ► To cite this version:

M. Le Dorze, F. Claudot, P.F. Perrigault, F. Michel. Judiciarisation de la fin de vie en réanimation : quand les proches demandent la poursuite des traitements. *Éthique & Santé*, 2022, 19 (2), pp.84-89. 10.1016/j.etiqe.2022.03.001 . hal-03900051

**HAL Id: hal-03900051**

**<https://hal.science/hal-03900051v1>**

Submitted on 22 Jul 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Page de titre**

### **Titre en français**

Judiciarisation de la fin de vie en réanimation : quand les proches demandent la poursuite des traitements.

### **Titre en anglais**

Over-judicialization of the end-of-life in intensive care medicine: when relatives ask for the continuation of treatments.

### **Auteurs**

M. Le Dorze

- Département d'anesthésie-réanimation, Hôpital Lariboisière, AP-HP, 75010, Paris,  
France

- Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm, CESP, 94807, Villejuif, France

F. Claudot.

- EA 4360, APEMAC, faculté de médecine de Nancy, université de Lorraine, 54500  
Vandœuvre-lès-Nancy, France

P.F. Perrigault

- Département d'Anesthésie-Réanimation Gui de Chauliac, Centre Hospitalier  
Universitaire de Montpellier, Montpellier, France

F. Michel

- Anesthesia and Intensive Care Unit, Timone Children's Hospital, Assistance  
publique-hôpitaux de Marseille, 13005 Marseille, France

Comité éthique de la SFAR\*

\*G. Audibert, E. Brunel, F. Claudot, C. Gakuba, M. Giabicani, P.G. Guitard, C. Guibet-Lafaye, M. Guilloux, P. Kalfon, A. Le Boudec, M. Le Dorze, F. Michel, L. Muller, P.F. Perrigault, F. Plantet.

**Auteur correspondant :** Dr Matthieu Le Dorze, Réanimation chirurgicale polyvalente,  
Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Lariboisière, 2 rue Ambroise Paré, 75475  
Paris cedex 10, 01-49-95-85-15, matthieu.ledorze@aphp.fr

**Conflit d'intérêt :** aucun

## **Titre en français**

Judiciarisation de la fin de vie en réanimation : quand les proches demandent la poursuite des traitements.

## **Titre en anglais**

Over-judicialization of the end-of-life in intensive care medicine: when relatives ask for the continuation of treatments.

## **Mots clés en français**

Fin de vie. Judiciarisation. Limitation et arrêt des thérapeutiques. Obstination déraisonnable.

## **Mots clés en anglais**

End-of-life. Over-judicialization. Withholding and withdrawal of life-sustaining therapies.

Unreasonable obstinacy.

## **Résumé en français**

Les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques prises au titre du refus de l'obstination déraisonnable dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti sont de plus en plus fréquentes en réanimation. Lorsque les proches du patient sont en désaccord avec ces décisions, des conflits peuvent naître et conduire à une judiciarisation de la fin de vie. Cet article propose d'explorer ces situations à partir d'une histoire clinique singulière. Les repères juridiques utiles aux soignants sont précisés, en particulier le recours sous forme de référé-liberté. La décision judiciaire ne rencontre pas toujours la décision médicale. Au-delà des conséquences de ces conflits sur les soignants, leur dynamique est explorée pour mieux les

prévenir. Finalement, l'impact de ces expériences conflictuelles et de la jurisprudence sur la place des proches dans la caractérisation de l'obstination déraisonnable est discutée.

### **Résumé en anglais**

Decisions to withhold or withdraw life-sustaining therapies are becoming more and more frequent in intensive care medicine. When the patient's relatives disagree with these decisions, conflicts can arise and lead to the over-judicialization of the end of life. This article aims to explore these situations based on a singular clinical history. The legal points of reference useful to caregivers are clarified. The legal decision does not always meet the medical decision. Beyond the consequences of these conflicts on caregivers, their dynamics are explored in order to better prevent them. Finally, the impact of these conflictual experiences and of jurisprudence on the part played by relatives in the qualification of unreasonable obstinacy is discussed.

## Texte

La réanimation est un lieu de soin particulier qui accueille des patients dont le pronostic vital est en jeu. Elle situe son objet dans un espace entre la vie et la mort. La majorité des décès qui y surviennent ont lieu au décours d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques <sup>1,2</sup>. En théorie, le cadre légal et déontologique est clair et consacre le respect des volontés du patient, le refus de l'euthanasie, le refus de l'obstination déraisonnable, et l'obligation de soins palliatifs <sup>3</sup>. En réalité, ce cadre ne peut caractériser chaque situation singulière et ces décisions se déroulent dans une situation pour le moins complexe caractérisée par une multitude d'inconnues et d'incertitudes et l'interférence de facteurs humains. La mort, cet événement si redouté, doit représenter le meilleur intérêt du patient, la bonne ou plutôt la moins mauvaise décision. A partir d'une histoire clinique singulière, ce texte propose d'explorer les situations de conflit qui émergent lorsque les proches du patient sont en désaccord avec les décisions médicales. Ces conflits peuvent conduire à une judiciarisation de la fin de vie dont les conséquences sont dramatiques pour l'ensemble des personnes impliquées. Les repères juridiques utiles aux soignants sont précisés. La dynamique de ces conflits est explorée pour mieux comprendre la place des proches dans la caractérisation de l'obstination déraisonnable.

### 1. A propos de Mme L.

Mme L., 48 ans, est morte en réanimation 6 mois après son admission pour un accident vasculaire cérébral ischémique du tronc cérébral et du cervelet secondaire à une occlusion du tronc basilaire. Les équipes de soin avaient été confrontées aux limites de leur pratique de la médecine moderne avec un échec de la revascularisation médicamenteuse et mécanique. Depuis 6 mois, elle présentait un locked-in syndrome aggravé par des troubles de la vigilance

rendant toute communication impossible, et compliqué d'une hypoventilation centrale nécessitant, pour la maintenir en vie, une ventilation mécanique contrôlée. Mme L. est morte à la suite de l'application d'une décision médicale d'arrêt des thérapeutiques de maintien artificiel de la vie prise cinq mois plus tôt au titre du refus de l'obstination déraisonnable ; cinq mois durant lesquels la décision médicale n'a pas rencontré l'adhésion de certains de ses proches aboutissant à un conflit et à une judiciarisation.

La charge émotionnelle de cette situation gravissime a transformé rapidement un désaccord en un conflit qui s'est installé rapidement et durablement. Dès les premières délibérations, son conjoint a manifesté sa volonté de saisir la justice. Les autres membres de sa famille, en particulier ses parents et son ex-mari père de ses 2 filles, ont d'emblée partagé avec nous le projet de soin d'un accompagnement de fin de vie. Deux jours après la décision médicale, nous recevions une requête en référé-liberté du tribunal administratif présentée par son conjoint. Une version saturée du conflit s'était installée. Et la patiente est morte sans qu'il ne puisse être réglé. Un parcours juridique complexe, avec lequel nous ne sommes pas familiers, a caractérisé la fin de la vie de Mme L. Nous proposons de le décrypter grâce à des repères juridiques, puis d'en tirer des perspectives éthiques.

## 2. Repères juridiques

Les recours contre les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques prises dans les centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires sont des référés-liberté auprès du Tribunal administratif. Il s'agit d'une procédure d'urgence qui permet de demander au juge administratif de mettre fin ou de suspendre provisoirement une mesure portant une atteinte à l'exercice d'une liberté fondamentale (liberté, sûreté, résistance à l'oppression, intégrité de la personne, vie privée, liberté de réunion, liberté de circulation, liberté d'expression...). Le

requérant, i.e. la personne qui fait la demande auprès du Tribunal, doit justifier d'une urgence rendant l'intervention du juge très rapide, montrer qu'une liberté fondamentale (le droit au respect de la vie du patient, son droit de consentir à un traitement médical et son droit de ne pas subir un traitement qui serait la conséquence d'une obstination déraisonnable) est en jeu et enfin montrer que l'atteinte est grave et manifestement illégale<sup>4</sup>.

Le juge des référés, magistrat jugeant seul, se prononce dans les 48 heures. Si une des conditions du référé-liberté n'est pas remplie, il peut la rejeter directement par une ordonnance rendue sans audience<sup>5</sup>. Dans les autres cas, le juge des référés statue au terme d'une procédure contradictoire écrite ou orale<sup>6</sup>. Il adresse la requête à l'autorité administrative qui a pris la décision (par exemple à l'hôpital) ainsi qu'à toutes les personnes concernées pour qu'elles puissent se défendre. Pendant l'instruction, les différentes parties (l'hôpital, les proches du patient qui ont intenté l'action) présentent au Tribunal et échangent entre elles leurs arguments dans des documents portant le nom de mémoires devant la juridiction administrative. Cet échange permet de respecter le principe du contradictoire : chacune des parties au procès expose ainsi ses arguments de droit et de fait. Il permet également de prendre connaissance des preuves présentées par son contradicteur et à partir desquelles les parties seront jugées. Le juge fixe également la date et l'heure de l'audience dans un délai qui peut aller de 48 heures à 1 mois voire plus selon le degré d'urgence. Le Tribunal peut convoquer les parties par tout moyen, y compris par téléphone ou télécopie. Devant les juridictions administratives, la procédure est écrite. En référé il se peut que les délais soient courts et que les explications soient fournies par oral à l'audience (il est conseillé néanmoins de toujours prévoir des écrits). La présence des parties à l'audience est très importante car le juge peut poser des questions.

Après l'audience et une délibération, le juge rend ensuite une ordonnance (décision du juge de référé). En matière de décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques de maintien



artificiel de la vie, le juge prend généralement une mesure de suspension de la décision médicale afin d'examiner si elle entre dans le champ de la loi Claeys-Leonetti (si elle correspond aux circonstances qui y sont décrites). L'ordonnance est notifiée aux parties, c'est-à-dire que le juge fait connaître sa décision et indique les voies ainsi que le délai de recours. Pour les référés-liberté, le juge d'appel (juge devant lequel il est possible de contester l'ordonnance de référé du tribunal) est le Conseil d'État<sup>7</sup>. Le délai pour former un recours est de 15 jours. Le Conseil d'État suit la même procédure que celle sus-décrite.

En ce qui concerne la situation de Mme L., le requérant, son conjoint, caractérisait la condition d'urgence par la nécessité de suspendre une décision dont les conséquences pourraient porter de manière irréversible atteinte à la vie de la patiente. Il faisait prévaloir que la décision d'arrêt des thérapeutiques portait atteinte au droit à la vie. Sa requête demandait la suspension de la décision, le transfert dans un autre hôpital et une expertise médicale. Une semaine plus tard, au vu de l'instruction contradictoire, après la présentation des deux mémoires par chacune des parties et une audience publique, la qualification de l'obstination déraisonnable était retenue et la requête rejetée. Le parcours judiciaire ne faisait pourtant que commencer et allait mobiliser notre équipe.

Une semaine plus tard, nous recevions une nouvelle requête en référé-liberté du Conseil d'Etat présenté par le conjoint : le conseil d'Etat ordonna deux semaines plus tard une expertise auprès d'un expert lui-même nommé deux semaines plus tard ; l'expertise confirmant un mois plus tard l'évaluation clinique de notre équipe. Le Conseil d'État ordonna le rejet de la requête encore un mois plus tard. Après plus de trois mois entre le tribunal administratif et le Conseil d'État, accompagnés par la direction des affaires juridiques de notre hôpital, nous pensions que la décision judiciaire, en confortant la décision médicale, rendait son application possible.

Quelques jours après, nous recevons une nouvelle requête en référé liberté du tribunal administratif. Le conjoint remettait en cause l'observation faite par l'expert qu'aucun code de communication n'avait pu être établi. Il versait aux débats de nouveaux éléments, en l'occurrence deux vidéos de la patiente filmées à l'insu de l'équipe de soin associées à un constat d'huissier d'une réaction de la patiente aux demandes de son conjoint. Il faisait valoir que la patiente n'était pas en fin de vie mais une personne handicapée en grande situation de dépendance. Pour justifier d'une atteinte à une liberté fondamentale, il invoquait plus spécifiquement le droit à la vie d'une personne handicapée. Le juge fixait l'audience 24 heures plus tard. Nous repartions devant le tribunal administratif puis le conseil d'État qui ont rejeté successivement cette requête en une dizaine de jours. Le conjoint a alors déposé une requête auprès de la Cour européenne des droits de l'homme en invoquant de nouveau le droit à la vie et en formulant une demande de mesures provisoires. La Cour européenne l'a jugé non recevable quelques jours plus tard. Et finalement, après le rejet de cet ultime recours, nous mettons en application la décision médicale d'arrêt des thérapeutiques contre l'avis de son conjoint. Près de 5 mois après la décision médicale initiale.

### 3. Perspectives éthiques

Aujourd'hui, les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques, prises dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti <sup>3</sup>, sont de plus en plus fréquentes en réanimation <sup>1,2</sup>. La vocation initiale des lois sur la fin de vie était de protéger les patients et leurs proches de l'obstination déraisonnable des soignants. Nous avons pourtant le sentiment de devoir répondre de plus en plus fréquemment à des demandes judiciairisées de poursuite des thérapeutiques de maintien artificiel de la vie, que nous interprétons comme des demandes d'obstination déraisonnable.

### 3.1. Conséquences des conflits pour les soignants

Ces demandes ne sont pas sans conséquence pour les soignants. Durant les 5 mois de judiciarisation de la fin de vie de Mme L., nous nous sommes sentis obligés de maintenir, d'instaurer ou d'intensifier des thérapeutiques dont nous estimions qu'elles n'avaient pas de sens et qu'elles pouvaient être malfaisantes. Certains soins ont dès lors été prodigués avec une incompréhension totale de la finalité des gestes : les soignants savaient bien qu'il n'y avait aucune issue raisonnable possible et constataient chaque jour l'absence d'évolution neurologique. Cette situation est source d'une grande souffrance des équipes médicales et paramédicales liée à la perte de sens et au sentiment de malfaisance. Le conflit avec les proches, le conjoint en l'occurrence, devient saturé rendant toute communication difficile voire impossible avec des stratégies d'évitement de part et d'autre. Sur les semaines qu'ont duré le conflit, nous avons ainsi dû mettre en place un roulement des équipes pour éviter l'épuisement des uns et des autres. Par ailleurs, ce parcours judiciaire exige énormément de temps de la part des acteurs impliqués avec des impacts importants sur les organisations de travail, sans reconnaissance ni valorisation. Ces situations sont ainsi à l'origine d'une grande souffrance psychologique pour les soignants déjà confrontés de plus en plus souvent à une mort programmée et participent à l'épuisement professionnel. Ces situations conflictuelles sont à l'origine de craintes médico-légales qui impactent les cultures de service, et particulièrement les pratiques de fin de vie. Enfin, au-delà du cas particulier de Mme L., du point de vue de la collectivité, cette judiciarisation et les délais qui en découlent, posent la question de l'allocation de ressources rares, matérielles et humaines. Si ces situations se multiplient, elles compromettront le principe d'attribuer les moyens aux patients qui ont le plus de probabilité de pouvoir en bénéficier, que ce soit en terme de quantité ou de qualité de vie.

### 3.2. Dynamique des conflits

Au-delà de leurs conséquences, il est absolument essentiel de comprendre la dynamique de ces conflits pour mieux les prévenir à l'avenir. La remise en question revient probablement d'abord aux soignants plutôt qu'aux proches en souffrance : comment comprendre que nous en soyons arrivés là ?

Le non-respect du processus décisionnel, c'est-à-dire l'irrégularité de la procédure collégiale définie par voie réglementaire<sup>8</sup> peut être une source de conflit conduisant à une judiciarisation. La loi Claeys-Léonetti, si elle ne dit pas quoi faire, dit comment faire. Aujourd'hui nous connaissons bien la procédure collégiale (*tableau 1*). Avec le temps, nous nous la sommes appropriée. Certes, quelques éléments procéduraux comme la question de la notification des décisions, ou de l'exécution immédiate des ordonnances de référé posent encore aujourd'hui des problèmes d'application. Mais la question centrale de ces conflits conduisant à la judiciarisation est la qualification de l'obstination déraisonnable<sup>9</sup>.

Depuis la promulgation de la loi Claeys-Leonetti, forts de nos expériences et attentifs à la jurisprudence, nous essayons chaque jour de préciser les contours de ce concept, « des actes devenus inutiles, disproportionnés, n'ayant d'autres effets que le maintien artificiel de la vie », à l'aune de la volonté du patient. Quel est le seuil à partir duquel un acte ou une thérapeutique bascule dans l'obstination déraisonnable ? Ce qui est déraisonnable pour l'un, l'est-il forcément pour l'autre ?

Il n'y a probablement pas de désaccord entre l'équipe de soin et les proches, en l'occurrence le conjoint, sans raison. Peut-être n'avons-nous pas réussi à construire entre nous et lui la confiance essentielle à l'acceptabilité des décisions de fin de vie ? Parce que cette confiance se construit progressivement, peut-être n'avons-nous pas réussi à ajuster nos temporalités, l'équipe soignante ayant toujours une longueur d'avance sur lui ? Peut-être n'avons-nous pas

réussi à identifier l'architecture de cette famille et à comprendre les enjeux interpersonnels qui se jouaient bien au-delà de la situation de Mme L. ? Peut-être n'avons-nous pas réussi à partager le constat d'une obstination déraisonnable ?

### 3.3. La place de proches dans la caractérisation de l'obstination déraisonnable

Habituellement, en caricaturant, les processus décisionnels de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques suivent le chemin suivant : 1- diagnostic médical d'une situation grave et irréversible compromettant la quantité et/ou la qualité de vie ; 2- recueil de la volonté du patient (directives anticipées, témoignage de la personne de confiance et des proches), information des proches de la tenue d'une procédure collégiale ; 3- avis d'un médecin appelé en qualité de consultant extérieur et concertation de l'équipe de soin conduisant à une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques sous la responsabilité d'un médecin ; 4- information des proches de la conclusion de la procédure collégiale et des modalités de son application. Dans la loi, les proches ont principalement une valeur instrumentale, avec comme rôle de rapporter les volontés du patient. La responsabilité de la décision est médicale mais elle n'est pas irréfragable. Ne devrions-nous pas plutôt envisager le constat d'obstination déraisonnable comme l'aboutissement d'une co-construction avec les proches ? Ne devrions-nous savoir nous adapter au degré d'implication qu'ils souhaitent ? Une fois la décision prise, ne devrions-nous pas la présenter comme une proposition de projet de soin plutôt que comme un point d'arrivée ? Sans rendre les proches acteurs de la construction du constat d'obstination déraisonnable, ne risquons-nous pas justement l'incompréhension et le conflit ?

Pour que cette co-construction soit possible, ne devrions-nous pas sortir de l'opposition caricaturale entre rationalité médicale et irrationalité des proches ? Car en réalité nous assistons le plus souvent, dans ces situations conflictuelles, à un choc des subjectivités. Le

discours médical porte une part de subjectivité et présente des failles dans sa rationalité : nous interprétons des données cliniques et paracliniques, nous basons notre discours sur des données probabilistes avec inéluctablement un degré d'incertitude, et selon des cultures de services. La part de subjectivité des proches doit être valorisée plutôt que reléguée : au-delà de leur valeur instrumentale de témoignage des volontés du patient, les proches témoignent d'une histoire commune, de lieux partagés, d'une culture et d'une identité particulière. Ils permettent d'inclure dans la qualification de l'obstination déraisonnable une dimension plus large, familiale, sociale, culturelle, spirituelle voire religieuse.

La loi Claeys-Léonetti nous dit que la qualification de l'obstination déraisonnable doit se faire à l'aune des volontés du patient quand bien même celui-ci n'est pas en état d'exprimer ses volontés, tentant ainsi de préserver son autonomie. Ce que ne dit pas explicitement la loi et que nous apprenons de nos expériences et de la jurisprudence, c'est que la qualification de l'obstination déraisonnable inclut la vision des proches. C'est bien là le plus difficile. Car dans la très grande majorité de ces situations conflictuelles, le choc des subjectivités entre les soignants et les proches tient aux représentations de l'existence qu'elles soient religieuses ou spirituelles. Par ailleurs, en consentant pleinement à ce choc, ne risquons-nous pas de faire passer les volontés des proches devant celles du patient ?

#### 4. Conclusion

Les situations de fin de vie en réanimation sont complexes. Lorsque la confiance entre les proches et les soignants ne s'est pas établie ou s'est rompue, les désaccords peuvent se transformer en conflits judiciarisés dont les conséquences sont dramatiques pour le patient, ses proches et les soignants. La judiciarisation est toujours un échec et peut conduire à une obstination juridictionnelle déraisonnable. La temporalité de la justice ne s'accorde souvent

pas avec celle du soin. Les critères d'utilité, de proportionnalité ou de maintien artificiel de la vie ne devraient-ils pas d'ailleurs s'appliquer aussi aux recours juridiques ?

Ces conflits doivent à tout prix être évités. Nous devons d'abord respecter les volontés du patient et pour cela favoriser le développement des directives anticipées et de la désignation de la personne de confiance. Nous devons toujours préserver le lien avec les proches pour qu'ils se sentent entendus et respectés en ajustant notre temporalité à la leur, sans se précipiter et sans tergiverser. Nous devons renoncer au pouvoir et à l'autorité décisionnels et nous rapprocher des représentations de l'existence du patient et de ses proches. Nous devons mieux nous former à la communication, à l'écoute active et à l'accueil des émotions pour permettre aux proches de s'impliquer, s'ils le souhaitent, dans le processus décisionnel. Enfin, nos institutions doivent pouvoir reconnaître nos difficultés, nous apporter une reconnaissance et un soutien. A l'avenir, en multipliant les analyses rétrospectives de ces situations conflictuelles par le prisme du droit et de l'éthique, nous saurons mieux prévenir ces situations et accompagner ainsi les patients à la fin de leur vie, leurs proches, et les équipes de soin.

## **Tableau 1. Check-list de la procédure collégiale**

---

### **Situations nécessitant une procédure collégiale**

- ✓ Décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques de maintien artificiel en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté <sup>10,11</sup>.
- ✓ Vérification des conditions d'application de la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue, que ce soit à la demande du patient ou à l'issue d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques <sup>12,13</sup>.
- ✓ Vérification des conditions de non-application des directives anticipées lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation <sup>14,15</sup>.

---

### **Éléments de la procédure collégiale définie par voie réglementaire<sup>11</sup>.**

- Recueil de la volonté du patient : recherche des directives anticipées et, en leur absence, témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches
  - Information de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches et tenue d'une procédure collégiale et de ses motivations.
  - Avis d'un médecin appelé en qualité de consultant sans lien de nature hiérarchique avec le médecin en charge du patient. Le consultant renvoie à un médecin qui dispose des connaissances, de l'expérience, et, puisqu'il ne participe pas directement aux soins, du recul et de l'impartialité nécessaires pour apprécier la situation dans sa globalité. Il n'est pas nécessairement un spécialiste ou un expert de la question (les avis techniques d'experts interviennent en amont de la décision). Il n'est pas non plus nécessaire que ce soit un spécialiste en éthique. En possession de toutes les données concernant la situation de la personne malade, il doit, non seulement apporter un avis éclairé, mais aussi aider, par un échange confraternel, le praticien qui le consulte à mener à terme la réflexion dans l'intérêt du patient (commentaire de l'article R 4127-37-2 du Conseil National de l'ordre des médecins)<sup>16</sup>.
  - Concertation avec les membres de l'équipe de soin présents.
  - Décision motivée prise par le médecin en charge du patient.
  - Inscription des motifs de la décision dans le dossier médical
  - Information de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches de la nature et des motifs de la décision
  - Notification de la décision aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient
-



## Références

1. Lesieur O, Herbland A, Cabasson S, Hoppe MA, Guillaume F, Leloup M. Changes in limitations of life-sustaining treatments over time in a French intensive care unit: A prospective observational study. *J Crit Care*. 2018;47:21-29. doi:10.1016/j.jcrc.2018.05.018
2. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, et al. Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA*. Published online October 2, 2019:1-12. doi:10.1001/jama.2019.14608
3. Le Dorze M, Kandelman S, Veber B, SFAR's Ethics Committee. End-of-life care in the French ICU: Impact of Claeys-Leonetti law on decision to withhold or withdraw life-supportive therapy. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2019;38(6):569-570. doi:10.1016/j.accpm.2019.10.013
4. Article L521-2 - Code de justice administrative - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006449327/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006449327/)
5. Article L522-3 - Code de justice administrative - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006449333](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006449333)
6. Article L522-1 - Code de justice administrative - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020102470/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020102470/)
7. Article R523-1 - Code des procédures civiles d'exécution - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025939462](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025939462)
8. Article R4127-37-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed August 5, 2021. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043588182](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588182)
9. Article L1110-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed August 5, 2021. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031971164](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031971164)
10. Article L1110-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031971164/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031971164/)
11. Article R4127-37-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043588182](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588182)
12. Article L1110-5-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031971172/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031971172/)
13. Article R4127-37-3 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034397284](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034397284)
14. Article L1111-11 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721077](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721077)

15. Article R4127-37-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Accessed February 23, 2022. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032970238](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032970238)
16. Article 37-2 - Limitation ou arrêt de traitement. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Published March 14, 2019. Accessed February 23, 2022. <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-2-limitation-arret-traitement>