

## Décision de non-admission en réanimation

F. Pochard<sup>1,2\*</sup>, E. Azoulay<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Services de psychiatrie et de réanimation médicale, centre hospitalier universitaire de Cochin-Port-Royal, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France; <sup>2</sup> laboratoire d'éthique médicale, UFR Necker Enfants Malades, Paris, France; <sup>3</sup> service de réanimation médicale, centre hospitalier universitaire Saint-Louis, Paris, France

(Reçu le 20 novembre 2000 ; accepté le 7 décembre 2000)

Les services de soins intensifs sont des lieux dans lesquels sont accueillis des patients souffrant d'instabilité physiologique potentiellement grave, et où les soins reposent sur des techniques de support artificiel. La mission du réanimateur est d'accepter l'admission d'un patient en réanimation. Néanmoins, pour des raisons variables, celui-ci peut être amené parfois à refuser l'admission d'un patient qui lui est proposé. Cette décision doit être rapide, elle est parfois uniquement basée sur les données fournies par un autre médecin, au téléphone, lorsque la proposition provient d'un autre hôpital ou du régulateur du Service d'aide médicale urgente (Samu). Il est important, quoique souvent difficile, lors d'une décision d'admission en réanimation, d'évaluer les indications de traitement et leurs conséquences [1].

Le refus d'admission peut être justifié par quatre motifs différents : la sévérité du malade (pathologies considérées comme trop graves et/ou irréversibles pour pouvoir bénéficier d'un traitement en réanimation), au contraire, le manque de gravité objective (symptomatologie pas assez sévère pour justifier un séjour en réanimation), absence de place pour accueillir le patient alors que son état le justifie et le nécessite, ou enfin refus du malade d'être admis.

Le refus d'admission d'un patient peut être considéré dans certaines situations comme une décision de limitation (ou d'abstention) de thérapeutique(s).

Plusieurs recommandations ont été faites par des sociétés savantes anglosaxonnes afin d'améliorer le « tri » des malades en amont de la réanimation, dans une logique d'efficacité et d'allocation juste de moyens. Une étude française a porté sur les décisions prises, dans l'urgence, par les réanimateurs, afin de définir si les recommandations de procédures sont respectées (et respectables) en pratique [2], mais la littérature portant sur l'évaluation des pratiques reste peu abondante [3, 4]. L'analyse des variations entre recommandations et pratiques permet de valider l'hypothèse selon laquelle, au-delà de bonnes pratiques recommandées et très séduisantes a priori, les pratiques réelles ne respectent que mal les recommandations.

### RECOMMANDATIONS ACTUELLES POUR LES PROCÉDURES D'ADMISSION

#### Motifs médicaux

Les sociétés savantes et quelques auteurs ont proposé des recommandations concernant l'admission des malades en réanimation [5-11]. Ces recommandations reposent sur des critères de décision et une classification des malades en fonction de leur(s) pathologie(s). L'objectif de ces recommandations est de permettre une gestion rigoureuse et efficace des soins. Les critères d'admission reposent sur la définition de patients potentiellement bénéficiaires des soins intensifs.

\*Correspondance et tirés à part.

Adresse e-mail : frederic.pochard@cch.ap-hop-paris.fr (F. Pochard).

Dès 1972, Griner [12] avait identifié deux situations dans lesquelles les admissions en réanimation peuvent ne pas être justifiées : des situations de gravité extrêmes, c'est-à-dire un risque relativement bas ou extrêmement haut de décès. Maurice Rapin, en 1980 [13], écrivait que « la politique d'un service en matière d'acceptation des malades est très dépendante de la politique qu'il suit en matière d'abandon des thérapeutiques, étant entendu que l'on donne leur chance aux patients et qu'au bout d'un laps de temps raisonnable, s'il s'avère que ces efforts sont vains, on adoptera une attitude d'abandon. Je crois que c'est là le moyen de donner le plus de chances possibles au plus grand nombre de malades possibles. Cette politique d'admission large suppose que l'on accepte de prendre une politique d'abandon également raisonnable et raisonnée ».

En 1988, la Society of Critical Care Medicine (SCCM) [11] a défini aux États-Unis trois types de patients, avec priorité d'admission décroissante :

- patients nécessitant un traitement intensif (ventilation mécanique par exemple) ;
- patients nécessitant une surveillance par monitoring ;
- patients instables avec de faibles chances de récupération, même s'ils sont admis.

Par ailleurs, cet avis recommande de ne pas admettre certains patients souffrant de pathologies particulières :

- malades ayant une évidente mort cérébrale clinique (sauf si don d'organe est possible) ;
- malades compétents refusant leur admission ;
- malades en état végétatif permanent.

En 1994, le comité d'éthique de la SCCM [7] a proposé des bases de raisonnement sur lesquels les décisions d'admission (ou de triage) devraient reposer :

- probabilité de succès du traitement ;
- espérance de vie du patient liée à la maladie aiguë ;
- qualité de vie anticipée ;
- souhaits du patient ou de son mandataire ;
- charges pour les personnes affectées, incluant les coûts financiers et psychologiques ;
- opportunités manquées de prendre en charge d'autres patients ;
- santé et autres besoins de la communauté ;
- valeurs institutionnelles et individuelles, morales et religieuses.

Pour la SCCM, les médecins demandeurs d'une admission pour un patient doivent se faire les avocats de celui-ci. Les décisions doivent être équitables, rentables, et proposer éventuellement des alternatives à l'admission en réanimation. Une politique de service sur les

admissions doit être explicite, écrite, et rendue publique. Les hôpitaux doivent déléguer le triage à certains médecins, et un comité doit analyser la performance de cette responsabilité pour permettre la meilleure et la plus équitable utilisation des soins intensifs.

En 1999 [9], des recommandations supplémentaires précisent que l'admission en réanimation est a priori réservée aux patients présentant une chance raisonnable de récupération substantielle (« *reasonable prospect of substantial recovery* »). Une politique écrite d'admission, de sortie, et de triage doit être mises en place dans chaque service. Cette politique doit tenir compte de l'autonomie du patient.

La SCCM précise que trois niveaux peuvent être définis pour classer les motifs d'admission :

- niveau 1 : motif convaincant et justifiable sur des preuves scientifiques seules ;
- niveau 2 : motif raisonnablement justifiable par des preuves scientifiques et fortement soutenu par des experts dans le domaine des soins intensifs ;
- niveau 3 : motif sans preuve scientifique adéquate, mais largement supportée par les données disponibles et l'avis d'experts dans le domaine des soins intensifs.

Une nouvelle catégorisation, reposant comme en 1988 [11] sur la priorité d'admission, a été proposée dans ces mêmes recommandations.

- priorité 1 : patients critiques, instables, nécessitant des soins intensifs ou un monitoring qui ne peuvent être fournis hors du service (ventilation mécanique, inotropes, etc.) ;
- priorité 2 : patients nécessitant un monitoring intensif, et une potentielle intervention immédiate (risque de décompensation) ;
- priorité 3 : patients instables et critiques, mais ayant de faibles chances de récupération en raison d'une maladie sous-jacente et/ou d'un processus aigu non contrôlés ;
- priorité 4 : patients n'ayant que peu de bénéfices à attendre de soins intensifs, soit en raison d'un possible contrôle hors du service de réanimation (absence de gravité ou de risque de décompensation suffisants), soit en raison d'un processus terminal imminent (patients « moribonds »).

Des critères définis par la SCCM reposant sur la pathologie des malades ont été définis comme pouvant justifier un refus d'admission (pronostique trop faible). Ces critères sont au nombre de quatre :

- pathologie leucémique rebelle, associée à une défaillance multiviscérale ;

- état de mort cérébrale ou état végétatif persistant au décours d'une lésion non traumatique (sauf s'il y a possibilité de don d'organes ou grossesse) ;
- défaillance respiratoire sévère ne répondant pas à des efforts agressifs de traitement et associés à une pathologie leucémique non contrôlable ;
- patient type insuffisance respiratoire ou cardiaque chronique avancée, cancer métastasé ne répondant pas à un traitement intensif, à pronostic très péjoratif et pour lequel il n'existe pas de thérapeutique capable d'inverser le pronostic.

Les patients souffrant de l'une de ces pathologies peuvent ne pas être admis en réanimation, l'argument justifiant le caractère « éthique » de cette décision étant l'allocation juste de moyens.

Enfin, la SCCM souligne la nécessité de revoir très fréquemment les critères de sortie des patients hospitalisés en réanimation, afin de ne pas prolonger inutilement leur séjour et d'organiser leur transfert dans les meilleurs délais. Une situation stable, ou au contraire détériorée au point de ne plus envisager de bénéfices des soins intensifs doivent mener à une sortie ou un transfert. Il est à nouveau recommandé que ces procédures soient écrites, et que, bien entendu, les considérations de sexe, race, statut social, préférence sexuelle et situation financière ne soient jamais prises en compte. Les décisions de transfert peuvent être prises sans le consentement du patient ou de ses proches, en cas de conflits persistants. La SCCM recommande une évaluation des politiques mises en place dans chaque service, et leurs comparaisons entre institutions (y compris les réadmissions).

### Motifs liés au malade

Un patient compétent a le droit de refuser son transfert en réanimation. Ce droit est particulièrement revendiqué aux États-Unis, bien qu'aucune étude publiée ne quantifie la prévalence ou les motifs de ces refus. Aux États-Unis, le droit de refuser un traitement est reconnu à [5-11] :

- un patient compétent ;
- un patient incompétent, préalablement compétent, laissant des ordres écrits ou verbaux concernant ses soins s'il devenait incompétent.

Dans le cas de patients incompétents qui n'ont laissé aucune directive mais ayant été compétents, ou de patients n'ayant jamais été compétents, ce droit n'est pas absolu, et les décisions plaidées cas par cas [14]. L'avis d'un psychiatre, face à un refus qui souvent

constitue un élément très péjoratif de survie, est recommandé par certains auteurs. Bien que le contexte de refus d'un patient pour son admission en réanimation, compte tenu de l'urgence de la décision à prendre, ne soit pas a priori idéal pour un entretien psychiatrique, ces demandes d'avis spécialisé peuvent avoir deux objectifs : d'une part définir la « validité » du refus, et d'autre part de proposer un éventuel traitement (si le refus entre dans le cadre d'une pathologie mentale). Cependant, une étude montre que seuls 6 % des psychiatres américains se considèrent compétents pour une telle mission (la question n'était pas centrée sur un patient refusant son admission en réanimation spécifiquement, mais sur un patient exprimant un désir de mort) [15]. En effet, dans les cas de maladie terminale, la distinction entre demande « normale » et « pathologique » est beaucoup plus difficile, en raison du caractère « raisonnable » ou adapté de la dépression, et du caractère beaucoup plus subtil de l'altération des capacités de décision que donne la dépression par rapport à d'autres troubles psychiatriques (confusion ou psychose, par exemple). De plus, rappelons que le diagnostic de dépression n'est ni nécessaire ni suffisant pour définir l'incapacité d'un malade à décider.

### Motifs liés au contexte

L'allocation efficace des moyens est une préoccupation majeure et une nécessité en réanimation [16]. Les recommandations concernant une politique de triage ont pour ambition d'éviter qu'un patient nécessitant d'être admis en réanimation ne le soit pas par manque de place. Un refus d'admission pour ce motif peut tenir à des facteurs exceptionnels (fermeture temporaire de lits, affluence d'admission dans un contexte d'accidents ou d'épidémies par exemple), mais aussi à des facteurs structurels (et particulièrement géographiques). Le nombre de lits de réanimation optimal pour une population donnée est l'objet de débat [17]. En effet, outre la politique d'un service (admissions larges, puis évaluation et transfert ou arrêt, ou au contraire admissions régulées très strictement), la disponibilité de lits dans un autre service de réanimation du même ou d'un autre hôpital est relativement aisée dans les grandes métropoles (possibilité de transfert des urgences dans un service de réanimation extérieur, ou possibilité d'orientation d'un patient proposé par téléphone par le régulateur du Samu dans un autre service), mais beaucoup plus difficile dans des centres hospitaliers plus isolés (absence de structures disponibles à proximité).

## ÉVALUATIONS DES PRATIQUES ET DES PROCÉDURES D'ADMISSION

Dans une étude d'intentionnalité proposée en 1995 à 12 services parisiens de réanimation, la proportion estimée de refus d'admission en réanimation était de 22 % des admissions proposées [18]. Ce taux est plus élevé (34 %) au Royaume-Uni dans quatre services [4], mais proche de celui retrouvé en Israël dans un service (24 %) [3]. La correspondance avec le taux de l'étude d'évaluation des pratiques en 1999 [2] (283 patients refusés sur 1 292 propositions dans 26 services, soit 21,9 %) est surprenante, mais ne saurait justifier l'abandon d'études mesurant au profit d'études estimant les pratiques (et cela d'autant plus que les services étaient différents).

### Motifs médicaux et contextuels

L'attitude du médecin réanimateur varie en fonction de ce qu'il pense techniquement et cliniquement du malade proposé, mais aussi de l'expérience et des conditions extérieures : dans un cas clinique proposé à des réanimateurs européens présentant un malade avec une espérance de vie de quelques semaines, Vincent [19] notait que 80 médecins réanimateurs pensaient que le patient devrait être admis, mais que 164 l'auraient accepté en réanimation. En revanche, 137 réanimateurs pensaient qu'il ne devrait pas être admis, mais seulement 70 ne l'auraient pas admis. La « gestion » des admissions semble donc reposer sur un système de filtre large, les réanimateurs préférant hospitaliser le malade dans leur service afin d'évaluer plus précisément le contexte clinique, au risque de devoir prendre une décision de fin de vie une fois le malade admis.

Dans l'étude d'intentionnalité de 1995 [18], en réponse à un cas clinique proposant un patient dont la situation rendait le problème de l'admission ou non en réanimation prégnant, l'avis majoritaire des réanimateurs interrogés était de ne pas l'admettre. Cependant, ces refus étaient tempérés par la possibilité et l'hésitation de ces derniers (« pourrait l'admettre »), et par les commentaires des médecins acceptant ce malade, qui stipulaient une limite des thérapeutiques immédiate (« ne pas intuber »), ou disaient l'admettre « par défaut », n'ayant pas d'éléments suffisants pour juger de l'état clinique du malade. C'est l'espérance et la qualité de vie du patient qui apparaissent déterminantes pour les réanimateurs dans la décision. L'incertitude, liée à un cas clinique et à une étude d'intentionnalité, souligne cependant que seul le contexte dans son ensemble

permet de prendre une décision, et que les tentatives de formalisation (recommandations, cas cliniques, etc.) restent des repères plus que des éléments déterminants.

Dans l'étude française de 1999 [2], les patients dont l'admission a été refusée se répartissent en trois groupes : un tiers ne présente pas de pathologie justifiant leur admission, un tiers présente une pathologie trop sévère pour justifier leur admission, et un tiers n'est pas admis en raison d'une absence de place disponible dans le service contacté. Les décisions de refus d'admission pour manque de place n'ont que très rarement eu d'implication péjorative pour le devenir du patient (4 % des cas). Ces patients ont probablement pu être transférés dans d'autres services de réanimation.

L'étude des pratiques montre qu'en France, le refus d'admission de malades en raison de l'absence de moyens disponibles concerne communément 64 % des réanimateurs, et parfois ou jamais 36 % d'entre eux [19]. En revanche, les Américains ne semblent que peu concernés par cet item [20], 4 % seulement des réanimateurs le considérant comme très important, 29 % comme important et 67 % comme non important dans leur pratiques [21]. Cependant, « l'importance » d'un item dans une décision ne rend pas compte de sa fréquence.

L'étude d'évaluation des pratiques de Metcalfe montre que les patients pouvant bénéficier de soins intensifs, mais refusés pour une admission (après ajustement sur l'âge le sexe, la sévérité, le caractère approprié de la demande d'admission, les caractéristiques chirurgicales et d'urgence, et la disponibilité de lits) ont une mortalité plus élevée (46 %) que les patients admis (37 %) [4]. Le risque relatif de décès est de 1,6.

Sprung [3] a montré que les patients refusés avaient des scores de gravité plus élevés, que le manque de disponibilité de lits était un facteur important, ainsi que l'âge, le statut chirurgical, et le diagnostic. La mortalité était moins élevée chez les patients admis (14 %) que chez les patients refusés (46 %).

Les patients refusés en réanimation en France [2] pour une pathologie trop sévère entrent dans le cadre des critères définis par la SCCM, et sont porteurs de maladies chroniques évolutives. Les patients refusés pour une insuffisance de gravité correspondent probablement aux critères de priorité faible définis par la SCCM. La décision a été dans plus d'un cas sur deux prise par un médecin seul. Ces résultats posent la question de la régulation des admissions. Une décision médicale ne reposant que sur un seul médecin, et sans que le patient ait été examiné, contrevient aux recom-

mandations. Il est cependant nécessaire de souligner que tous ces patients avaient été examinés par le médecin proposant l'admission. Les définitions de la SCCM paraissent trop floues pour ne reposer que sur un diagnostic [22], et il n'y a pas de critère formel absolu concernant un refus éventuel [23]. Le contexte de la décision est souvent chaotique, et la prise en compte de l'ensemble des recommandations paraît difficile à mettre en pratique. Les recommandations sont donc globalement respectées, mais semblent trop rigides pour être complètement respectées. Leurs principales qualités sont de proposer des repères, et de préconiser que le problème des admissions soit l'objet d'une politique claire et écrite.

### Motifs liés au malade

L'avis du malade pour son admission en réanimation n'est, en France, pratiquement jamais demandé [2].

Deux études aux États-Unis ont évalué les souhaits des patients concernant leur admission en réanimation, en fonction de la qualité de vie attendue. La première concernait les souhaits de 160 patients de plus de 55 ans déjà hospitalisés en unité de soins intensifs : 74 % des patients étaient prêts à être réhospitalisés en réanimation y compris pour une survie de un mois au décours de leur séjour, et 4 % n'y étaient pas prêts y compris pour une survie de dix ans. Quarante pour cent des familles refuseraient l'admission en unité de soins intensifs si leur proche ne présentait aucun espoir de récupérer, ou pourrait seulement être maintenu par une machine en état végétatif [24]. La seconde étude analysait les avis de 200 patients et montrait que 90 % d'entre eux accepteraient un transfert en unité de soins intensifs avec retour à leur état actuel à la sortie, 30 % avec retour à un état fonctionnel dépendant, 16 % si il n'y avait aucun espoir de retour, 6 % si leur état devait rester végétatif [25].

Un refus d'admission revendiqué par un malade dans des conditions d'urgence et de crise est souvent rapporté à un signe d'incapacité ou de défaillance psychologique lié à une dépression [26]. L'isolement, la colère, la peur de l'abandon sont des facteurs présents dans les pathologies chroniques terminales susceptibles de générer un désir de mort [27], mais ces patients donnent rarement lieu à une proposition d'admission en réanimation.

Il semble que les réanimateurs considèrent que dans le cadre de leur pratique, le droit d'un malade à refuser

un traitement ne saurait être confondu avec un droit d'être tué à sa demande [28].

La demande au patient (et à ses proches) ne semble pas faire partie de la pratique médicale commune en France, notamment dans les contextes d'urgence [2]. Dans plus de neuf cas sur dix, l'avis du patient n'a pas été évalué pour argumenter la décision de refus d'admission. Le réanimateur décide d'abord pour le bien du patient, dans une logique de bienfaisance première. Notons que si le refus de patients a été peu étudié, y compris aux États-Unis, aucune étude anglosaxonne ne permet de disposer d'éléments épidémiologiques sur ces décisions, alors que le droit du patient y est si souvent revendiqué (et constitue même l'une des fondations du système de relation médecin-malade américain).

Les patients dont l'admission est refusée sont plus âgés et sont plus souvent porteurs d'une pathologie chronique grave [2-4]. En revanche, la présence d'une pathologie aiguë (insuffisance rénale ou respiratoire, état de choc) diminue les risques d'un refus d'admission. Il semble donc que ce soit la réversibilité d'une part, et le caractère aigu de la pathologie d'autre part qui soient les principaux arguments d'une décision d'admission ou de refus, et non les éléments subjectifs (qualité de vie espérée, ou coût par exemple). Ces modalités de « triage » respectent les recommandations, et semblent garantir le « bon sens » des décisions d'admission : les patients éligibles pour une admission dans un service de soins intensifs sont effectivement les patients souffrant de pathologies aiguës, dont les techniques invasives et les traitements supportifs et curatifs sont susceptibles d'inverser le pronostic.

### CONFLITS ENTRE RECOMMANDATIONS ET PRATIQUES

L'étude française d'évaluation des pratiques [2] a montré que la gravité de la pathologie, et surtout sa réversibilité, sont les éléments principaux de décision. Ces critères « techniques » sont d'autant mieux évalués que le patient a pu être examiné. En revanche, les items « contextuels », plus subjectifs (qualité de vie, coût, avis du patient et des proches), ne sont que rarement évalués pour argumenter la décision. L'attitude des réanimateurs pourrait être résumée en un impératif d'objectivation de la décision, et un évitement de la prise en compte de valeurs subjectives. Cette recherche d'objectivité peut être considérée comme un gage de qualité de la décision. Ainsi, si seulement moins du quart des éléments proposés a été évalué par le réanimateur, plu-

sieurs hypothèses liées au contexte peuvent expliquer ce résultat a priori faible. Des éléments comme la circularité (contacts avec la famille, le patient lorsqu'il est proposé par téléphone), la contextualité (iatrogénie, coût potentiel) ne sont pas évaluables dans de nombreuses situations. Le contexte d'urgence limite les possibilités d'un examen systématique de nombreux items recommandés. Par ailleurs, certains éléments contrevennent à notre culture (par exemple l'avis du patient) et, recommandés par des institutions anglosaxonnes, s'appliquent mal dans le contexte français. Les recommandations anglosaxonnes ne constituent, pour nous, en aucune façon une éthique idéale. Enfin, tous les patients proposés l'ont été par un médecin correspondant, et certains des éléments proposés ont pu être évalués en amont (et justifier la proposition). Le réanimateur n'a donc pas, dans un certain nombre de situations, évalué une seconde fois certains items.

De la théorie anglosaxonne à la pratique en France, les variations sont majeures. Ces résultats ne sont cependant pas péjoratifs si la notion d'incertitude est restituée au cœur de la prise de décision. En effet, au-delà du caractère souvent très séduisant des avis ou recommandations, le réanimateur confronté à une situation singulière dispose rarement de tous les éléments permettant une décision sereine. Plusieurs travaux ont relevé le caractère subjectif des décisions en réanimation. Par exemple, une étude a montré que les patients en overdose étaient admis dans 70 % des cas en soins intensifs, bien qu'une autre étude ait démontré que (sauf haut risque clinique défini) ces patients ne bénéficiaient pas des soins intensifs lors de leur séjour en réanimation [29]. Une autre étude, incluant 600 réanimateurs américains, a montré que la qualité de vie (appréciée par le patient), la probabilité de survie, la réversibilité de la pathologie aiguë, et la nature de la pathologie chronique, étaient les facteurs considérés comme les plus importants pour décider de l'admission d'un patient [30]. En revanche, le niveau social, les antécédents psychiatriques, le coût étaient considérés comme peu importants. Les praticiens n'étaient pas enclins à décider sur l'estimation du meilleur bénéfice et de la meilleure rentabilité. En effet, à partir de vignettes cliniques, les auteurs ont montré que la majorité des réanimateurs accepteraient d'admettre des patients extrêmement graves, porteurs de pathologies chroniques et aiguës irréversibles, malgré les recommandations de leur société savante. Par ailleurs, des études ont montré que lorsque les lits de réanimation sont rares, les ressources de soins intensifs sont refusées à des patients

moins malades plutôt qu'à des patients avec peu de chances de survie [31, 32]. Les pratiques que nous avons évaluées en France ne sont donc probablement pas très éloignées de celles appliquées par les réanimateurs américains, auxquels s'adressent les recommandations.

## CONCLUSION

L'une des limitations des recommandations sur la politique d'admission est qu'elles reposent sur des études ayant inclus des patients déjà admis en réanimation, et non sur un triage en amont. La nécessité de continuer à évaluer et étudier les refus d'admission est prégnante (notamment en termes de transfert et de mortalité hospitalière). Certes, les facteurs à considérer « idéalement » lors du triage des patients pour leur admission en réanimation doivent faire appel à la possibilité d'une issue favorable, à l'espérance de vie du malade, à la qualité de vie espérée, aux souhaits du patient ou de son tuteur, aux inconvénients pour les personnes affectées (notamment financiers et psychologiques, les opportunités perdues de soigner d'autres patients), à la santé et autres besoins de la communauté, et aux valeurs morales et religieuses des individus et institutions [33]. Néanmoins, l'application de ces recommandations doit tenir compte du caractère contextuel, c'est-à-dire culturel, singulier et incertain, dans lequel le réanimateur décide. L'éthique, plus qu'une théorie, est d'abord une pratique médicale.

## RÉFÉRENCES

- 1 Wanzer SH, Adelstein SJ, Cranford RE, Federman DD, Hook ED, Moertel GG, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. *N Engl J Med* 1984 ; 310 : 955-99.
- 2 Pochard F. Actes de fin de vie médicalisés en réanimation : l'éthique médicale entre théorie et pratique [Thèse]. Paris : université Paris V ; 1999.
- 3 Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, Baras M, Pizov R, Nimrod A, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med* 1999 ; 27 : 1073-9.
- 4 Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive care units. *Lancet* 1997 ; 350 : 7-11.
- 5 American Thoracic Society Bioethics Task Force. Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources. *Am J Respir Crit Care Med* 1997 ; 156 : 1282-301.
- 6 Council on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Decisions near the end of life. *Jama* 1992 ; 267 : 2229-33.
- 7 Society of Critical Care Medicine Ethics Committee Consensus statement on the triage of critically ill patients. *Jama* 1994 ; 271 : 1200-3.

- 8 Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997 ; 25 : 887-91.
- 9 Society of Critical Care Medicine Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines on Intensive Care Unit admission, discharge and triage. *Crit Care Med* 1999 ; 27 : 633-8.
- 10 Society of Critical Care Medicine. Advance directives, policies for terminating life support and utilization ethics committees in intensive care units of the United States. *Crit Care Med* 1993 ; 21 (Suppl) : 219.
- 11 Society of Critical Care Medicine Task Force on Guidelines. Recommendations for Intensive Care Unit admission and discharge criteria. *Crit Care Med* 1988 ; 16 : 807-8.
- 12 Griner PF. Treatment of acute pulmonary oedema : conventional or intensive care ? *Ann Intern Med* 1972 ; 77 : 501-6.
- 13 Rapin M. Discussion des critères d'arrêt de la thérapeutique à visée curative en réanimation. *Ann Anesth Fr* 1980 ; 3 : 281-4.
- 14 Emanuel EJ. A review of the ethical and legal aspects of terminating medical care. *Am J Med* 1988 ; 84 : 291-301.
- 15 Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 1824-6.
- 16 Poses RM, Bekes C, Copare FJ, Scott WE. The answer to « what are my chances, doctor ? » depends on whom is asked : prognostic disagreement and inaccuracy for critically ill patients. *Crit Care Med* 1989 ; 17 : 827-33.
- 17 Lyons RA, Wareham K, Hutchings HA, Major E, Ferguson B. Population requirement for adult critical-care beds : a prospective quantitative and qualitative study. *Lancet* 2000 ; 355 : 595-8.
- 18 Pochard F, Zittoun R, Hervé C, Dhainaut JF. Controverses éthiques concernant les décisions d'abstention et d'arrêt des thérapeutiques en réanimation. *Réanim Urgences* 1999 ; 8 : 79-84.
- 19 Vincent JL. European attitude towards ethical problems in intensive care medicine : results of an ethical questionnaire. *Int Care Med* 1990 ; 16 : 256-64.
- 20 Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cook M, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med* 1990 ; 322 : 309-15.
- 21 Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia and termination of life sustaining treatment. *Crit Care Med* 1992 ; 20 : 683-90.
- 22 Kollef MH, Canfield DA, Zuckerman GR. Triage considerations for patients with acute gastrointestinal hemorrhage admitted to a medical intensive care unit. *Crit Care Med* 1995 ; 23 : 1048-54.
- 23 Larcen A. Réanimation d'adultes, propos introductifs. *Annales médicales de Nancy et de l'est* 1992 ; 31 : 311-4.
- 24 Danis M, Southerland LI, Garrett JM, Smith JL, Hielema F, Pickard CG, et al. A prospective study of advance directives for life sustaining care. *N Engl J Med* 1991 ; 324 : 882-8.
- 25 Frankl D, Oye RK, Bellamy PE. Attitudes of hospitalized patients toward life support : a survey of 200 medical inpatients. *Am J Med* 1989 ; 86 : 645-8.
- 26 Sullivan MD, Younger SJ. Depression, competence, and the right to refuse life-saving treatment. *Am J Psychiatry* 1994 ; 151 : 971-8.
- 27 Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 1824-6.
- 28 Lowe SL. The right to refuse treatment is not a right to be killed. *J Med Ethics* 1997 ; 23 : 154-8.
- 29 Brett AS, Rothschild N, Gray-Rerry M. Predicting the clinical course in intentional drug overdose : implication for the use of intensive care unit. *Arch Intern Med* 1987 ; 147 : 133-7.
- 30 Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Crit Care Med* 1994 ; 22 : 358-62.
- 31 Strauss MJ, LoGerfo JP, Yeltatzie JA, Temkin N, Hudson LD. Rationing of intensive care unit services : a every day occurrence. *Jama* 1986 ; 255 : 1143-6.
- 32 Singer DE, Carr PL, Mulley AG, Thibault GE. Rationing intensive care-physician responses to a resources shortage. *N Engl J Med* 1983 ; 309 : 1155-60.
- 33 Bone RC. End of life issues : the physician's role. *Crit Care Med* 1997 ; 25 : 1083-4.