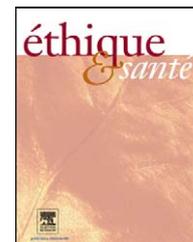




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



EXPÉRIENCES PARTAGÉES

Aspects éthiques de la prise de décision de transfert (ou non-transfert) en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes

Ethical aspects of the decision of admission (or non-admission) of patients with hematologic malignancies to intensive care units

F. Lachenal

Service de médecine interne et cancérologie, centre hospitalier Pierre-Oudot, 30, avenue du médipôle, 38300 Bourgoin Jallieu, France

Disponible sur Internet le 23 juillet 2011

MOTS CLÉS

Onco-hématologie ;
Réanimation ;
Décision ;
Éthique

Résumé D'importants progrès thérapeutiques ont été réalisés ces vingt dernières années dans la prise en charge des patients atteints d'hémopathies malignes, permettant de prendre en charge des patients de plus en plus nombreux et de plus en plus âgés et de leur offrir des chances croissantes de rémission voire de guérison. En retour cependant, l'agressivité de ces traitements est responsable d'une multiplicité des situations de détresse clinique pouvant conduire à un transfert en réanimation des patients. La question du transfert ou du non-transfert en réanimation est ainsi une question quotidienne, et difficile, dans les services d'onco-hématologie. Nous avons souhaité réfléchir, à la lumière d'une observation clinique, aux aspects éthiques de la prise de décision de transfert ou de non-transfert en réanimation des patients atteints d'hémopathie maligne et en particulier aux facteurs à prendre en compte dans la décision.
© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Hematologic malignancies;
Intensive care;
Decision;
Ethics

Summary Since 20 years, important medical progresses have been done in the treatment of hematologic malignancies. They enabled physicians to treat more aged and more numerous patients, offering them growing chances of remission. Nevertheless aggressiveness of these treatments is responsible for the multiplication of critical medical problems that could lead to admission to intensive care. The question of transferring patients to intensive care unit is thus a daily and difficult question in onco-hematology departments. We aimed to think, in the light

Adresse e-mail : flo.lachenal@free.fr

of a clinical vignette, about the ethical aspects of the decision of admission or non-admission to intensive care units of patients with hematologic malignancies, especially to the factors that should be considered in the decision.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les traitements des malades porteurs d'hémopathies malignes ont fait l'objet de progrès considérables au cours de ces 20 dernières années. Il est possible aujourd'hui d'envisager, toutes hémopathies malignes confondues, une guérison dans près de la moitié des cas et une survie prolongée, avec une qualité de vie satisfaisante, dans de nombreux autres. Certaines hémopathies, comme le myélome, sont susceptibles de répondre à un traitement, même après l'échec de plusieurs lignes antérieures ; une efficacité prolongée de certaines chimiothérapies dites « *palliatives* » peut être espérée. Malgré cela, près de la moitié des patients décèdent, de leur maladie en général, ou de complications intercurrentes, souvent secondaires au traitement. L'agressivité des thérapeutiques à l'origine des progrès énoncés est, en retour, responsable d'états de détresse clinique fréquents, souvent aigus et rapidement évolutifs, et d'une multiplication des situations susceptibles de justifier un transfert en réanimation. Près de la moitié de ces situations sont réversibles avec une prise en charge intensive ; en l'absence de prise en charge en réanimation, la mort est l'évolution prévisible et attendue à court terme. La question de la décision de transfert ou non-transfert en réanimation est ainsi une question difficile et quotidienne pour les équipes d'hématologie et de réanimation.

Devant la nécessité d'une réflexion éthique autour de cette question du transfert en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes, des travaux collaboratifs entre la Société française d'hématologie et la Société de réanimation de langue française sont menés depuis 2006 [1,2].

Trois types de situations peuvent être distingués en clinique [2] : les malades en cours de traitement de première ligne (l'objectif du traitement est a priori curatif) pour lesquels le transfert en réanimation est la règle sauf refus du patient, les malades atteints d'une hémopathie au stade palliatif (le pronostic péjoratif de la maladie est le plus souvent connu du malade et de ses proches ; la chimiothérapie a été interrompue ou allégée et les soins de confort sont privilégiés) pour lesquels le non-transfert en réanimation est la règle, et les malades en situation intermédiaire. Ces situations intermédiaires rassemblent des malades en réponse partielle, en rechute ou réfractaires à certains traitements, mais pour lesquels il existe un espoir raisonnable d'efficacité d'autres traitements. Il n'y a plus d'objectif curatif, mais des rémissions ou une stabilisation de la maladie peuvent être envisagées.

C'est dans ces situations intermédiaires que la prise de décision est la plus difficile. Nous allons l'illustrer à partir d'un cas clinique ; nous réfléchissons en particulier aux différents facteurs qui peuvent être pris en compte dans la décision.

Observation clinique

M. B. est un patient de 60 ans. Il est divorcé et a deux enfants. Il est suivi depuis cinq ans pour un myélome multiple qui a déjà nécessité quatre lignes de traitement dont deux autogreffes de moelle osseuse. La dernière avait été suivie de complications graves qui avaient justifié un séjour en réanimation de deux semaines. Il est bien connu de toute l'équipe médicale et paramédicale d'hématologie avec laquelle il a établi des liens forts.

Son état clinique se dégrade à partir de septembre 2009. La maladie progresse et est responsable de fractures osseuses multiples et douloureuses, d'infections à répétitions et d'hospitalisations itératives. Le vécu de la dégradation physique, de la prise de poids et de la perte d'autonomie est particulièrement douloureux. Le patient bénéficie d'une radiothérapie antalgique, puis, avec son accord, de la reprise d'un traitement par bortézomib qui avait été efficace deux ans avant.

Après deux mois de traitement, le patient va un peu mieux. Il est toujours en maison de repos mais envisage de retourner chez lui ; il a refait sa garde-robe et a des projets de vacances à la neige. Même si la situation clinique reste précaire, les examens biologiques montrent que le traitement semble efficace.

Le patient est réhospitalisé en février 2010 pour une infection pulmonaire. Il présente 48 heures après son admission une insuffisance rénale aiguë multifactorielle (infection grave, toxicité rénale des antibiotiques et myélome). Malgré une prise en charge médicale maximale, son état se dégrade. Il devient anurique ; son état respiratoire s'aggrave avec une dyspnée majeure liée à un œdème pulmonaire ; l'angoisse est marquée. La question d'un éventuel transfert du patient en réanimation pour dialyse est soulevée.

La prise de décision est particulièrement difficile.

L'hémopathie du patient est à un stade particulièrement avancé ; il s'agit de la cinquième ligne de traitement et les perspectives de rémission prolongée sont minimes. Cependant, il semble exister un début de réponse au bortézomib, et il est possible d'espérer une stabilisation de la maladie, voire une amélioration de la situation du malade pour quelques mois, même si la prise en charge est à l'évidence palliative.

L'insuffisance rénale est une complication aiguë potentiellement réversible. Il est possible d'espérer, si la cause est infectieuse ou toxique, une récupération de la fonction rénale en trois semaines.

Tout cela est abordé avec le patient qui a compris les enjeux d'un éventuel transfert et les risques de décès à court terme en l'absence de dialyse. Malgré un vécu très négatif de la première hospitalisation en réanimation, le patient est demandeur d'un nouveau transfert. Il est

volontaire et exprime un espoir important de rémission de son myélome.

Après discussion avec le malade, la famille et le médecin réanimateur, il est décidé un transfert raisonné en réanimation. Le patient sera dialysé, et une ventilation non invasive sera mise en place si besoin. Il n'y aura pas d'intubation si celle-ci devenait nécessaire.

La situation s'améliore en trois jours et le patient regagne notre service. Le vécu psychologique du séjour en réanimation a été particulièrement difficile : le patient s'est senti agressé et déshumanisé. La tolérance des soins techniques a été mauvaise. Il est très anxieux à la perspective d'y retourner et a des propos d'autodépréciation marqués. Nous convenons avec lui de poursuivre les dialyses trois semaines, le temps d'une éventuelle récupération rénale et de refaire alors le point, en adoptant une prise en charge purement palliative si l'évolution était défavorable. Le patient l'accepte. Il bénéficie de la dialyse trois semaines, accompagné par les soignants du service. Il passe du temps avec sa famille et commence un travail avec la psychologue. Il accepte peu à peu la perspective d'un décès.

Une nouvelle aggravation survient après trois semaines, il semble exister une progression du myélome et l'état rénal se dégrade à nouveau. Après discussion avec le patient, il est décidé d'interrompre les dialyses, de ne pas le retransférer en réanimation et de majorer la prise en charge symptomatique. L'angoisse est majeure et difficile à soulager. Le patient décède, entouré de sa famille, trois jours plus tard.

Discussion

La décision de transférer M. B. en réanimation pour dialyse a été particulièrement difficile à prendre ; de nombreuses questions ont été soulevées au cours de la discussion.

Le transfert en réanimation de M. B. est-il utile ?

Un transfert en réanimation est estimé inutile s'il n'apporte rien en son ordre propre, s'il ne permet pas d'améliorer l'état de santé du patient, ou s'il ne laisse pas entrevoir des perspectives de survie pour le patient [1–3]. Le médecin doit envisager de renoncer à un transfert en réanimation si celui-ci apparaît inutile sur le plan médical. Par exemple, si l'hémopathie est à un stade très avancé sans perspective de traitement spécifique, si la prise en charge de celle-ci est clairement palliative, le transfert en réanimation n'est pas, sauf exception, raisonnable. Comment cependant et sur quels facteurs évaluer l'utilité (ou l'inutilité) médicale d'un éventuel transfert en réanimation d'un patient et de notre patient en particulier ?

Quelle est la gravité de l'hémopathie de M. B. ?

Il est difficile en hématologie de donner des critères de stade avancé de la maladie ou d'entrée dans la phase palliative [1]. Certaines maladies hématologiques sont susceptibles de répondre à un traitement même après l'échec de plusieurs lignes de chimiothérapie, et certaines améliorations ou aggravations ont un caractère surprenant. Malgré cette incertitude, il est souvent possible au médecin d'estimer

le pronostic et la gravité de l'hémopathie. Son expérience joue un rôle important, sa connaissance des hémopathies, de leur profil évolutif, des possibilités de traitement et son appréciation de la situation clinique singulière du patient également.

M. B. est atteint d'un myélome multiple, maladie incurable à ce jour ; il est en cinquième rechute après de nombreuses lignes de traitement. La prise en charge est palliative. Cependant, une nouvelle rémission ou un contrôle de son myélome peuvent être espérés avec la reprise du bortézomib puisque les examens biologiques montrent que ce traitement semble efficace.

Quelles sont les perspectives de traitement de l'hémopathie après le retour de réanimation si l'évolution y est favorable ?

Avant de proposer un transfert à un patient, le médecin doit se poser la question de savoir si la chimiothérapie pourra être poursuivie au retour de réanimation ? Cela sera-t-il raisonnable de la poursuivre ? Si l'hémopathie est progressive, d'autres lignes de chimiothérapie sont-elles envisageables ? Une réponse négative à une de ces questions est un argument fort en faveur d'une décision de non-transfert en réanimation. Cependant, dans certains cas, une fois la situation critique passée, un patient avec une hémopathie peut vivre encore plusieurs mois, avec une qualité de vie satisfaisante, sans chimiothérapie, en bénéficiant de soins de support même si la prise en charge est clairement palliative, un transfert en réanimation peut se justifier dans ces situations, loin d'être exceptionnelles.

Dans notre situation, le bortézomib n'est pas contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale et pourrait être poursuivi. En cas d'inefficacité de ce traitement, il n'y aurait pas d'autre possibilité de chimiothérapie et la prise en charge ne serait alors que symptomatique.

Quel est le type de défaillance clinique à l'origine du transfert en réanimation et quelles sont les perspectives de réversibilité de cette défaillance ? Y a-t-il un risque de situation critique secondaire à la prise en charge en réanimation ?

Les conditions de la vie maintenue par la prise en charge en réanimation peuvent être source de souffrances importantes pour le malade ou pour ses proches. Dans notre observation, il est possible que la complication aiguë responsable de l'aggravation clinique soit réversible : une récupération de la fonction rénale peut être espérée en trois semaines. Cependant, le patient deviendrait dépendant d'une dialyse si l'évolution n'était pas favorable. Cela lui a été expliqué, et le patient demande que les dialyses ne soient pas poursuivies après trois semaines de réanimation.

Est-il acceptable de tenir compte d'une éventuelle utilité « non médicale » dans la prise de décision lorsque le transfert apparaît inutile sur un plan médical ?

Même en phase terminale de leur maladie, les malades sont souvent habités d'une volonté de vivre et d'un espoir tenace et ont, pour la plupart, du mal à renoncer à toute perspective de prolongation de leur vie [4]. Notre patient a ainsi des

projets de vacances. Est-il acceptable d'envisager un transfert en réanimation pour « *maintenir l'espoir* », « *donner du temps au malade* » ? Est-il raisonnable d'invoquer une utilité d'ordre « *psychologique* » pour envisager un éventuel transfert en réanimation alors que le pronostic hématologique est très réservé ?

La première question qu'il convient de se poser est la suivante : est-ce le patient qui n'est pas prêt à entendre la décision de non-transfert ou est-ce le médecin qui n'est pas prêt à prendre, qui plus est à annoncer au patient, la décision de non-transfert ? Qui bénéficierait à proprement parler d'un éventuel transfert, à qui serait-il « *utile* » sur le plan psychologique : au malade lui-même, à son entourage, au médecin ?

Nous pensons que l'hématologue devrait pouvoir répondre à la demande d'espoir autrement que par un transfert en réanimation.

Sauf exception, le transfert en réanimation ne devrait pas être proposé à un malade en phase terminale de sa maladie au seul motif de « *maintenir l'espoir* ». Le principe de respect de l'autonomie et de la volonté du patient doit ainsi être tempéré.

Le transfert en réanimation de M. B. est-il proportionné ?

Un transfert en réanimation ne devrait pas être proposé à un patient si les « *charges* » attendues (en termes d'effets indésirables, de contraintes, ou de privations) sont supérieures aux bénéfices escomptés, s'il semble disproportionné ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie [5,6].

Le séjour en réanimation est souvent perçu de façon négative par le patient (et ses proches) qui le ressent de façon agressive, du fait de soins potentiellement douloureux et inconfortables et de la solitude qui lui est imposée. Quel(s) bénéfice(s), suffisamment important(s) pour être estimé(s) proportionnel(s) à ces charges imposées par un éventuel transfert, peut-on en attendre ? Quels sont par ailleurs les bénéfices qui peuvent être attendus d'une décision de non-transfert en réanimation ? En termes de qualité de vie, de qualité de la phase terminale et du mourir par exemple. En effet, même si la préservation d'une certaine humanité de mourir en soins intensifs est possible, un des risques potentiels d'un éventuel transfert est de déposséder la personne de sa mort et de ne pas lui permettre, si cela est encore possible, de prendre en charge ses derniers moments et d'avoir le temps de dire adieu [3].

Même s'il est extrêmement difficile en hématologie de poser le diagnostic de fin de vie ou de prévoir le temps qui reste à vivre à un patient, il semble important que l'espérance de vie soit prise en compte dans la décision de transfert en réanimation.

Cependant, ne considérer dans la décision que la durée de vie et ne pas voir de quoi est faite la vie du patient serait réducteur.

La qualité de la vie maintenue semble ainsi tout aussi, voire plus importante que la durée de la vie dans la prise de décision de transfert en réanimation. Comment cependant définir la qualité de vie d'un patient ? Qui peut juger de la qualité de vie d'un malade ? (lui-même, les proches, les soignants ?). Cette dernière question est difficile. La seule réponse légitime sur le plan de l'éthique semble être : le patient lui-même. Mais cette autoévaluation est-elle vraiment indépendante du regard que les proches, les soignants, la société portent sur son état ? [4] Comme M. B., le patient peut être atteint dans son estime de lui-même par la situation de maladie grave, par la perte de l'intégrité corporelle, la perte d'autonomie ou le regard qu'autrui porte sur lui. Cela peut influencer l'appréciation que le malade a de sa qualité de vie actuelle ou à venir.

Le respect de l'autonomie de M. B. doit-il être considéré comme le principe éthique central de la prise de décision de transfert ou non-transfert en réanimation ?

La plupart des textes législatifs et déontologiques placent le respect de l'autonomie du patient et l'obligation de solliciter son consentement au centre de la prise de décision de soin ou d'abstention de soin et donc, en ce qui nous concerne, de transfert ou non-transfert en réanimation en cas d'aggravation [7–9]. Il est reconnu au malade l'aptitude de prendre, avec le professionnel de santé, une décision de nature médicale. Dans notre observation, le patient informé est demandeur d'un transfert en réanimation. Le médecin doit-il s'incliner devant sa volonté ou bien le principe de respect de l'autonomie doit-il être nuancé par certaines spécificités liées à la situation de maladie grave ?

La maladie grave est une blessure ; la personne malade est vulnérable et son autonomie peut avoir été mise à mal par la maladie [10]. Au moment où est posée la question du transfert en réanimation, le malade est de plus confronté de façon aiguë, comme au moment de l'annonce de son cancer, à sa propre mort et à sa finitude. Par ailleurs, l'exigence individuelle de soin et les exigences sociales peuvent être en conflit : comme nous l'avons vu, le droit au transfert, revendiqué par le patient, est discutable si celui-ci est présumé inefficace ou futile, disproportionné ou si cela prive d'autres malades d'un traitement dont ils pourraient tirer un plus grand bénéfice. Enfin, chaque patient est un être singulier avec une histoire de vie singulière pris dans un réseau de contextes (personnel, social, culturel) [11] ; ces liens et l'histoire de vie du patient sont à l'origine d'un certain degré de déterminisme des comportements qui rend improbable une totale autonomie.

L'ensemble de ces éléments, de même que le fait que les choix du malade sont influencés par les préférences du médecin, représente des limites au principe de respect de l'autonomie.

Seul un effort de compréhension du patient par le médecin peut permettre à ce dernier de savoir quel rôle son patient souhaite et peut jouer dans les choix à faire.

Dans la mesure où notre patient était en état de participer à la décision, son avis a été écouté ; son médecin lui a proposé l'attitude qui lui paraissait médicalement la plus adaptée en fonction de cet avis, le transfert en réanimation sans intubation ; et le patient a consenti à cette proposition.

Le transfert de M. B. en réanimation serait-il juste et équitable ?

Le souci d'équité permet d'éviter que le respect inconditionnel de la valeur d'une personne ne se traduise par un investissement des ressources collectives à son profit sans tenir compte des conséquences sur la qualité de vie des autres membres de la société. Notre patient a une hémopathie en phase palliative. Est-il raisonnable de lui proposer une place en réanimation quand on sait que celle-ci ne sera peut-être plus disponible pour un autre patient avec une affection potentiellement curable ? Est-il juste de lui proposer des soins coûteux voire très coûteux quand on sait que le système de santé est en crise et menacé ?

Jusqu'où un médecin peut-il être généreux et empreint de compassion quand les soins de santé, de plus en plus coûteux, relèvent d'une responsabilité collective ? Le CCNE s'est prononcé sur cette question dans son avis du 14 avril 2005 [12] : « *Le médecin reste un acteur de santé publique et doit être capable, à ce titre, de refuser une demande qu'il juge inutile ou inutilement coûteuse. La question éthique n'est pas de refuser un traitement utile en fonction de son coût, mais plutôt de ne pas être désinvolte face à la dimension économique lorsque le choix et la finalité d'un traitement sont en question.* ».

Comment, cependant, préserver la singularité du sujet face aux exigences de la collectivité ?

Comment faire coexister trois temporalités : le temps de la maladie, le temps subjectif du malade et le temps économique de l'institution ? Il n'est plus rare aujourd'hui que le médecin se sente partagé, voire déchiré, entre son attachement légitime au patient et son souci de le soigner au mieux, et les exigences de la justice sociale et de l'équité. Le dialogue entre le médecin en charge du patient et le réanimateur s'avère d'un grand secours pour la prise de décisions bien pesées du point de vue à la fois du respect du patient et de la prise en compte des réalités économiques.

Le fait que l'aggravation puisse être d'origine iatrogène doit-il influencer la prise de décision de transfert en réanimation ?

Dans cette observation, l'insuffisance rénale aiguë est potentiellement secondaire à la prescription d'antibiotiques néphrotoxiques pour une infection grave elle-même favorisée par le myélome et son traitement. Est-il raisonnable de tenir compte de la iatrogénicité éventuelle des antibiotiques et plus largement du traitement du myélome dans la prise de décision ? Nous pensons que non. Sans les antibiotiques, l'évolution de l'infection aurait été défavorable et le décès du patient serait survenu. Sans le bortézomib et les corticoïdes, prescrits dans une intention de soin et de mise en

rémission ou de stabilisation d'une maladie qui engageait le pronostic vital du patient, l'évolution de l'hémopathie aurait de même été défavorable. La défaillance clinique actuelle est la conséquence, plus que du traitement lui-même, de la maladie grave qui a imposé la prescription du traitement [5].

Le sentiment de responsabilité du médecin hématologue qui a prescrit ces traitements peut compliquer la prise de décision de transfert ou non-transfert en réanimation mais il ne doit pas influencer la décision finale.

Les liens établis entre M. B. et les soignants influencent-ils la prise de décision ?

Le médecin est en charge de M. B. depuis plusieurs années et une relation intersubjective s'est établie. Pour lui, se poser la question du transfert en réanimation c'est être confronté au fait que son patient va peut-être mourir.

L'acceptation par le médecin de l'échec des traitements curatifs peut être difficile. Les processus décisionnels dépassent largement la sphère strictement cognitive et rationnelle et impliquent les émotions, l'expérience, le vécu. Le médecin responsable de la décision doit avoir conscience de tout cela et tenter de dépasser ses intuitions immédiates marquées par la subjectivité et l'émotivité [4].

Le positionnement du médecin réanimateur dans la décision est a priori moins marqué par l'intersubjectivité médecin/malade et il peut apporter à la discussion une neutralité et une certaine objectivité qui peuvent être importantes. C'est une des raisons pour lesquelles il a été associé à la prise de décision pour M. B.

Conclusion

Cette observation souligne les particularités de la question du transfert en réanimation des patients suivis en onco-hématologie (fréquence des situations critiques, difficultés de définition des stades avancés des hémopathies, possibilité de réponse à des traitements de nième ligne mais caractère incertain de ces réponses, relation intersubjective médecin/patient établie dans la durée, coût des thérapeutiques...). Elle illustre les difficultés rencontrées au cours de la prise de décision de transfert ou de non-transfert en réanimation des patients avec une hémopathie maligne, la multiplicité des facteurs à prendre en compte et la nécessité d'associer, de façon précoce et dans un climat de confiance, le malade à la prise de décision.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Soutiens financiers : aucun.

Références

- [1] Société française d'hématologie. Les limitations thérapeutiques en hématologie : réflexions et propositions éthiques de la SFH. *Hématologie* 2005;11:71–9.
- [2] Société française d'hématologie, Société de réanimation de langue française, Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. Aspects cliniques et éthiques du transfert en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes. *Hématologie* 2009;15(1):91–7.
- [3] Verspieren P. L'interruption de traitements. Réflexion éthique. *Laennec* 2003;4:30–5.
- [4] Zittoun R. La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique. Paris: Éditions Dunod; 2007.
- [5] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n° 63. Avis sur fin de vie, arrêt de vie et euthanasie. 27 janvier 2000; 1–20.
- [6] Code de santé publique, article L1110-5 (modifié par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005—art.1 JORF 23 avril 2005, modifié par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005—art.2 JORF 23 avril 2005).
- [7] Code de déontologie médicale, article R-4127-36 du code de la santé publique 2006.
- [8] Code de santé publique, articles L1111-10 (créé par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005—art.10 JORF 23 avril 2005, crée par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005—art.6 JORF 23 avril 2005) et L1111-4 (modifié par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005—art.3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005).
- [9] Charte de la personne hospitalisée. Annexe à la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées. Article 4.
- [10] Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. *Etudes* 2005;4021:27–38.
- [11] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. In: *L'ordre philosophique*. Paris: le Seuil; 1990.
- [12] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°87. Refus de traitement et autonomie de la personne. 14 avril 2005; 1–39.