QUELLE INFORMATION POUR LES FAMILLES DES PATIENTS DÉCÉDANT EN RÉANIMATION ?

Elie Azoulay, Frédéric Pochard
Service de Réanimation médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris.
E.mail : elie.azoulay@sls.ap-hop-paris.fr

INTRODUCTION

La relation Médecin-Malade oppose le plus souvent deux modèles d'interaction : le modèle paternaliste et le modèle autonomiste [1]. Dans le premier cas, le médecin est le « gardien » du patient, *celui qui sait*, il informe le patient du diagnostic, du pronostic et des traitements qu'il a choisi pour lui. Le patient de son côté consent aux soins. C'est aujourd'hui en France le mode d'interaction le plus répandu entre le médecin et son patient. Dans le second cas, le médecin est un consultant, il écoute son patient plus qu'il ne lui parle, il identifie les valeurs du patient et prend avec lui les décisions les plus adaptées à ses choix. Ce modèle décrit plus volontiers la relation Médecin-Malade dans les pays anglo-saxons où le respect de l'autonomie du patient, principe clé de l'éthique médicale, est la règle.

En Réanimation, l'application de ces deux modèles doit s'adapter aux singularités du contexte : le patient étant dans la majorité des cas non conscient et/ou non compétent [2-4], sa famille est l'interlocuteur privilégié des réanimateurs [5], les décisions sont souvent prises dans l'urgence, le sanctuaire de la relation Médecin-Malade est bousculé par la multiplicité des intervenants, et enfin, les familles sont sujettes à des symptômes d'anxiété et de dépression pouvant altérer leur capacité à comprendre les enjeux de l'hospitalisation en réanimation. Dans ce cas, trois modes d'interaction sont habituellement observés entres les soignants et les familles des patients de réanimation : le premier s'apparente au paternalisme médical, les deux autres modèles, inspirés des pratiques anglo-saxonnes, allant plus dans le sens du respect de l'autonomie du patient. Dans le premier modèle, un représentant familial reçoit l'information, mais n'interagit avec les soignants ni dans le cadre des soins ni dans le cadre des décisions médicales. Dans le second modèle, la famille témoigne des *volontés et des valeurs* du patient auprès des réanimateurs qui s'attacheront à soigner le patient *comme il l'aurait voulu*. Dans le troisième modèle, la famille exprime

ses propres volontés, participe aux décisions médicales et aux soins prodigués au patient, et fait partie intégrante des protagonistes de soin.

Nous proposons un chapitre composé de trois parties. Tout d'abord, nous souhaiterions rapporter les travaux ayant permis de mesurer la qualité de l'information apportée aux familles des patients de réanimation. Dans cette première partie nous décrirons aussi dans quelle mesure la relation soignants-familles en réanimation peut aussi respecter le principe de l'autonomie du patient. Dans un second chapitre nous rapporterons la revue de la littérature sur les particularités de l'information aux familles des patients en fin de vie. Enfin, à partir des éléments qui nous ont paru pertinents ou d'intérêt particulier, nous proposerons des lignes directrices permettant d'envisager une amélioration de la prise en charge des familles des patients en fin de vie, ainsi que notre agenda de recherche.

1. LA QUALITÉ DE L'INFORMATION APPORTÉE AUX FAMILLES DES PATIENTS DE RÉANIMATION

Trois marqueurs de la qualité de l'information ont été proposés : la compréhension de l'information apportée par les soignants aux familles des patients, les attentes des familles ou leur satisfaction, et l'importance des symptômes d'anxiété et de dépression. La compréhension des informations est indispensable si l'on veut que (le patient) ou la famille puisse(nt) interagir avec l'équipe et témoigner des volontés du patient [6]. La famille doit aussi comprendre les enjeux de l'hospitalisation en réanimation afin de pouvoir si nécessaire réorganiser la cellule familiale au regard de la situation aiguë. La satisfaction des familles des patients de réanimation est le reflet indirect de la réponse à leurs attentes. Ces attentes peuvent être mesurées en utilisant les critères de Molter [7], proposés en 1979 et retenus par la *Society of Critical Care Medicine* en 1994 [8]. Les 14 items inclus dans cet outil d'évaluation ont été modifiés par Johnson et al [9] et sont répartis en 4 groupes : la qualité de l'accueil à l'arrivée des familles en réanimation, la qualité de la communication entre les soignants et les familles, l'empathie exprimée par les soignants envers les familles et le sentiment d'isolement lors des visites et dans la salle d'attente. Ces critères ont été évalués en France et au Canada [9, 10]. L'hospitalisation d'un patient en réanimation constitue le plus souvent pour les membres de sa famille un contexte de stress aigu. Plusieurs travaux rapportent la prévalence majeure de symptômes anxieux et dépressifs chez les proches de patients de réanimation [11]. Il est probable que de hauts niveaux de symptômes anxio-dépressifs puissent altérer les capacités de compréhension, d'élaboration de raisonnement, et de communication.

Des études européennes et nord-américaines ont permis de mesurer la compréhension, la satisfaction et les symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que leurs déterminants chez les familles de patients de réanimation. Elles ont permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles d'être améliorés, afin de proposer aux familles une information de meilleure qualité [6, 9-16]. C'est à partir des études d'évaluation françaises (groupe FAMIREA) mais aussi Nord-Américaines que la *Société de Réanimation de Langue Française* a proposé des recommandations pour l'information apportée aux familles des patients de réanimation [5] (Tableau I).

Tableau I

Dix recommandations aux réanimateurs (d'après la référence 5)

Une information globale orale associée à un complément écrit sous trois formes
Une traçabilité de l'information dans l'observation médicale Une traçabilité de l'information dans le cahier IDE Le livret d'accueil
Une information apportée à la famille des patients hospitalisés
Une information apportée par une équipe structurée et visible
La connaissance par les familles du rôle des soignants L'information apportée par un binôme médecin-IDE Réunions régulières médecin-IDE au moins hebdomadaires Salle d'attente et salle réservée à l'information au service
La distribution du livret d'accueil
Proposition d'un livret standardisé SRLF
Pédagogie de la communication avec les familles
Aller vers la famille Accorder du temps Salle réservée à l'information Contenu de l'information Contextualité et temporalité de l'information
L'information apportée aux familles d'origine non française
Accessibilité du service de réanimation
Horaires des visites Médecin traitant Tiers
Consultation avec le patient avant sa sortie de réanimation
Recherche clinique et formation
Information et accréditation

L'application aux situations de fin de vie des travaux effectués à l'arrivée des patients et de leur famille est pertinente pour plusieurs raisons : 1) les attentes des familles étaient les mêmes pour les patients qui survivaient par rapport à ceux qui décédaient ; 2) l'information étant un processus continu, la qualité de celle-ci devait être idéalement optimale dès l'arrivée du patient et de sa famille, d'autant plus qu'il n'est pas facile de discerner les patients qui vont mourir de ceux qui vont vivre dès l'arrivée du patient dans le service ; 3) les études FAMIREA effectuées en 2001 (après les recommandations) ont mesuré la qualité de l'information au moment de la sortie du patient de réanimation et ont clairement montré que la compréhension, la satisfaction et les symptômes d'anxiété et de dépression restaient très altérés au cours du temps ; 4) enfin, ces dernières études ont aussi mis en évidence l'absence de différence en matière d'attentes des familles des patients qui décédaient.

2. DE LA SIMPLE INFORMATION À UNE LOGIQUE CONTRACTUELLE : VERS L'IMPLICATION DES FAMILLES DANS LES DÉCISIONS MÉDICALES ET LES SOINS

Deux modèles de relations entre les soignants et les familles des patients de réanimation semblent aller dans le sens de l'autonomie du patient. *D'une part*, les familles des patients de réanimation pourraient témoigner des volontés de leur proche : elles en seraient le représentant ou le *mandataire* (personne de confiance définie à l'article L. 1111-6, LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 rela-

tive aux droits des malades et à la qualité du système de santé J.O. Numéro 54 du 5 Mars 2002). Deux études françaises tendent à démontrer qu'attendre l'admission aux urgences ou en réanimation ne permet pas à tous les patients de désigner un mandataire, une partie des malades étant déjà inconscients ou incompétents [4, 17]. Par ailleurs, les familles ne savent pas toujours les préférences de leur proche, et pourraient prendre des décisions inadéquates [18, 19]. La question se pose alors de la faisabilité de désigner un mandataire en amont de l'hospitalisation, et de la compatibilité d'une telle mesure avec le projet de loi voté en France (LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). *D'autre part*, les familles pourraient être impliquées dans les décisions médicales et les soins. Cet option, inspirée des pratiques anglo-saxonnes semble prévaloir dans certains pays mais pas en France. Plusieurs raisons pourraient justifier cette logique contractuelle : 1) les familles partageant les soins et les décisions sont plus satisfaites et demandent à être impliquées activement dans les décisions [20] ; 2) le partage des décisions permettrait de réduire la futilité des soins (des soins intensifs ne s'inscrivant pas dans un objectif de guérison, ou encore prodigués à des patients pour lesquels les risques de décès sont certains avec ou sans le traitement considéré comme futile) et certains conflits [21] ; 3) le paternalisme pourrait être perçu comme une stratégie favorisant la passivité et la dépendance, allant donc contre les principes de base de l'éthique médicale [22] ; enfin, 4) dans la dernière étude FAMIREA plus de 90 % des soignants de réanimation étaient prêts à impliquer les familles dans les décisions médicales et les soins. En contrepartie, 1) la haute prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression pourrait être perçue comme un obstacle à cette démarche [11] ; 2) l'application du concept Nord-Américain ne tient pas compte du fait qu'en France, les patients et leurs familles ne payent pas les soins (leur participation aux décisions ne les engage pas financièrement) [23, 24] ; 3) la grande majorité des familles interrogées dans la dernière étude FAMIREA ne souhaitait pas participer aux soins, et plus de la moitié ne souhaitait pas participer aux décisions ; 4) enfin, l'implication des familles dans les soins et les décisions pose parfois le problème de la légitimité des familles du point de vue des soignants : ces derniers sont en effet parfois réticents à reconnaître les familles comme les représentants privilégiés en mesure de décider [25, 26].

3. FAMILLES DES PATIENTS DE RÉANIMATION EN FIN DE VIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Trois études s'intéressant aux familles des patients décédés en réanimation mettent en avant la nécessité de stratégies améliorant la qualité de l'information et de la communication [27-29]. Ces études soulignent les besoins particuliers des familles des patients en fin de vie (information particulière, besoin de temps supplémentaire, d'intimité, de présence religieuse). Elles mettent aussi en avant les difficultés psychologiques des familles et l'inadéquation entre la logique protection qu'elles veulent apporter au patient et les limites de ce qu'elles peuvent endurer [30]. A partir de ces études d'évaluation, la Société Américaine de Réanimation (SCCM) a formulé des recommandations particulières pour la prise en charge des familles des patients en fin de vie [31].

Si ces études tendent à démontrer que les familles demandent à être impliquées dans les décisions de fin de vie, cela est en pratique peu réalisé en

France. En effet, dans les études LATAREA et PROTOCETIC évaluant l'incidence et les procédures des décisions de fin de vie dans les services de réanimation français, l'implication des familles n'est réalisée que dans seulement 44 % et 17 % respectivement [32, 33]. Une enquête d'intention européenne retrouvait des chiffres similaires [34]. Ces résultats s'opposent nettement aux hauts pourcentages d'implication des familles dans les décisions de fin de vie dans les réanimations Nord-Américaines [35-38].

Trois obstacles importants semblent identifiés pour l'implication des familles dans les décisions de fin de vie. *Tout d'abord*, les réanimateurs semblent vouloir protéger les familles des patients en fin de vie. En effet, la présence fréquente de symptômes d'anxiété et de dépression chez les familles renforce le caractère paternaliste des réanimateurs, qui sont prêts à prendre seuls ces décisions. La littérature apporte aussi des arguments allant dans ce sens, puisque dans une étude récente américaine, les familles souhaitent plus d'implication des médecins dans ces décisions médicales [39]. *Deuxièmement*, il est difficile pour les soignants d'apprécier le moment optimal pour la transition entre soins curatifs et soins palliatifs [31]. Des efforts à faire dans ce sens devront prendre en compte le fait que l'appréciation optimale de cette phase de transition demande une réévaluation quotidienne du projet thérapeutique pour les patients les plus à risque, mais aussi une intervention multidisciplinaire disponible pour aider les soignants à accompagner le patient et sa famille [40]. *Enfin*, les soignants de réanimation ne considèrent pas forcément que la famille a une légitimité pour représenter le patient, ou pour discuter à sa place. Cette constatation a été faite dans des pays culturellement très différents : en Espagne [25], en Amérique du Nord [26, 41], mais aussi en France. En effet, dans la dernière étude FAMIREA la moitié des soignants réticents à impliquer les familles des patients dans les décisions médicales le justifiait par le fait que la famille témoignait plus volontiers de ses propres volontés que des volontés du patient.

4. PROPOSITIONS

Dans le même sens que les recommandations Nord-Américaines sur la prise en charge des fins de vie en réanimation [31], nous souhaiterions souligner la nécessité de renforcer la communication au sein du trio Patient-Famille-Soignants. Il s'agit ici de revenir à un concept de prise en charge centré sur la famille (*family centered care*). Cette prise en charge doit sans aucun doute être évaluée, modifiée, actualisée et revalorisée : à l'exemple du temps apporté pour l'information des familles en fin de vie qui est comptabilisé dans l'indice Oméga Américain.

Cette prise en charge centrée sur la famille pourrait répondre aux principes suivants. Il faut avant cela rappeler que l'esprit des travaux rapportés est avant tout orienté vers la prévention des conflits avec les familles [31]. Dans l'avenir, en France et ailleurs, de nouveaux travaux d'évaluation devront être réalisés afin de valider l'efficacité de ces mesures intuitivement pertinentes. Les principes sont les suivants :

- Anticiper les besoins et les attentes des familles. Pour cela, une réévaluation et un questionnement permanent de l'intensité du projet thérapeutique chez les patients à risque est primordial.
- Intervention d'équipes multidisciplinaires (médecins, infirmier(ères), psychologues, spécialistes anti-douleurs, assistants sociaux) permettant d'accompagner

le patient et sa famille, d'aider les soignants, de gérer la douleur physique et psychique, mais aussi d'aider à organiser la cellule familiale face à la situation de crise.

- Améliorer la communication et l'information des familles en insistant sur la formalisation des informations (annoncer clairement les choses, ne pas exprimer de doutes sur les décisions prises, négocier avec les familles les décisions difficiles, les rassurer, avoir de la compassion, déculpabiliser, rassurer).
- Introduire les soins palliatifs en réanimation.

Par ailleurs, la gestion de ces situations de crise doit faire appel au respect de principes fondamentaux, inspirés de travaux anthropologiques. Ces principes inspirés des travaux de René Girard, avaient été proposés par Frédéric Pochard et Marc Grassin dans ce contexte de fin de vie [33]. De façon intéressante, des arguments de la littérature ont mis en évidence la pertinence de ces principes. Ainsi, la nécessité de devoir remettre en question l'intensité du projet thérapeutique pour mieux appréhender la limite entre traitement curatif et traitement palliatif implique qu'à la visite des médecins seniors, celui qui a le plus de recul et d'ancienneté puisse disposer de *l'autorité* nécessaire pour faire discuter si cela est nécessaire de l'intensité du traitement. C'est cette notion de tempo dans la décision qui fait que certains auteurs parlent *d'orchestrer la mort* [42]. La circulation de l'information auprès des soignants, puis des intervenants extérieurs, puis aux familles des patients implique une technique d'information particulière, empreinte du principe de *circularité* [43, 44]. Ce principe a récemment montré son efficacité pour l'implication d'équipes multidisciplinaires pour les familles des patients en fin de vie en réanimation [40]. Enfin, loin d'être ubiquitaires, ces principes doivent s'adapter à chaque famille et chaque situation, apportant dans les procédures utilisées une notion de *contextualité* [45].

5. AGENDA DE RECHERCHE DU GROUPE FAMIREA

Dans la suite des travaux ayant permis d'évaluer la qualité de l'information apportée aux familles des patients [5, 6, 10, 11, 14, 15, 40], nous souhaiterions effectuer deux études permettant d'apporter des données objectives. Les résultats de ces études pourraient permettre secondairement l'élaboration de recommandations spécifiques sur l'information et l'implication des familles dans les décisions de fin de vie.

Une première étude est basée sur l'impact de la formation des jeunes médecins à l'information et la communication avec les familles des patients en fin de vie. Le critère de jugement sera la qualité de l'information perçue par les familles, mais aussi sur la valorisation personnelle et le sentiment de bien être professionnel ressentis par les médecins. Ces études sont basées sur des résultats très positifs publiés récemment dans la littérature Anglaise et Américaine [46, 47].

Une seconde étude est une étude de faisabilité relative à l'implication des familles des malades dans les décisions de fin de vie. Cette étude comparera le stress post-traumatique (le traumatisme étant la réanimation) chez deux groupes de familles randomisées : un groupe de famille étant simplement informée des décisions de fin de vie, et un groupe de familles étant effectivement impliqué dans les décisions de fin de vie. Les critères d'inclusion des familles seront basés sur les résultats des dernières études FAMIREA (implication dans les décisions

médicales et le soin). Ces études pourraient permettre de démontrer l'innocuité sur le plan psychologique d'une implication des familles, voire une amélioration de la qualité de vie des familles des malades décédant en réanimation [48]. Dans le cas contraire, ces études tendront à ne pas inciter les soignants à impliquer les familles dans les décisions de fin de vie.

EN CONCLUSION

L'information en réanimation est un processus continu. Celui-ci débute dès l'arrivée du patient et de sa famille, et s'achève avec sa sortie de réanimation. Au cours du séjour du patient en réanimation, les familles des malades qui vont décéder ont globalement les mêmes attentes que les autres familles. Néanmoins les besoins semblent être accrus en quantité et en qualité lors de la période de fin de vie. Dans la mouvance des travaux effectués chez les familles des patients qui ont permis d'améliorer la qualité de l'information, et d'élaborer des recommandations, des études sont nécessaires dans le contexte particulier de la fin de vie en réanimation. Des études ultérieures devront permettre de mieux définir les besoins des familles dans ce moment particulièrement difficile, mais aussi d'apporter des éléments objectifs afin de définir les limites de l'implication des familles dans les décisions de fin de vie, si limites il doit y avoir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. Jama 1992; 267:2221-6

[2] Cohen LM, McCue JD, Green GM. Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? Arch Intern Med 1993; 153:2481-5

[3] Appelbaum PS, Grisso T. Capacities of hospitalized, medically ill patients to consent to treatment. Psychosomatics 1997;38:119-25

[4] Ferrand E, Bachoud-Levi AC, Rodrigues M, Maggiore S, Brun-Buisson C, Lemaire F. Decision-making capacity and surrogate designation in French ICU patients. Intensive Care Med 2001;27:1360-4

[5] Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F. L'Information au patient de Réanimation et à ses proches: le point de vue de la SRLF. Réanimation 2001;10:571-81

[6] Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med 2000;28:3044-9

[7] Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung 1979;8:332-9

[8] Harvey MA, Ninos NP, Adler DC, Goodnough-Hanneman SK, Kaye WE, Nikas DL. Results of the consensus conference on fostering more humane critical care: creating a healing environment. Society of Critical Care Medicine. AACN Clin Issues Crit Care Nurs 1993;4:484-549

[9] Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. Crit Care Med 1998;26:266-71

[10] Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:135-9

[11] Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med 2001;29:1893-7

[12] Medland JJ, Ferrans CE. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. Am J Crit Care 1998;7:24-9

[13] McGaughey J, Harrison S. Developing an information booklet to meet the needs of intensive care patients and relatives. Intensive Crit Care Nurs 1994;10:271-7

[14] Azoulay E, Pochard F. Information provided to family members of ICU patients: beyond satisfaction. Crit Care Medicine 2002;In Press

[15] Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients. A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. Am J Respir Crit Care Med 2002;165:438-442
[16] Perez-San Gregorio MA, Blanco-Picabia A, Murillo-Cabezas F, Dominguez-Roldan JM, Sanchez B, Nunez-Roldan A. Psychological problems in the family members of gravely traumatised patients admitted into an intensive care unit. Intensive Care Med 1992;18:278-81
[17] Roupie E, Santin A, Boulme R, et al. Patients' preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in a French emergency department. Intensive Care Med 2000;26:52-6
[18] Hines SC, Glover JJ, Babrow AS, Holley JL, Badzek LA, Moss AH. Improving advance care planning by accommodating family preferences. J Palliat Med 2001;4:481-9
[19] Coppolino M, Ackerson L. Do surrogate decision makers provide accurate consent for intensive care research? Chest 2001;119:603-12
[20] Sjokvist P, Nilstun T, Svantesson M, Berggren L. Withdrawal of life support--who should decide? Differences in attitudes among the general public, nurses and physicians. Intensive Care Med 1999;25:949-54
[21] Rivera S, Kim D, Garone S, Morgenstern L, Mohsenifar Z. Motivating factors in futile clinical interventions. Chest 2001;119:1944-7
[22] Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. Bmj 2002;324:648-51.
[23] Rosenbaum S, Frankford DM, Moore B, Borzi P. Who should determine when health care is medically necessary? N Engl J Med 1999;340:229-32
[24] Glick SM. Unlimited human autonomy - a cultural bias? N Engl J Med 1997;336:954-6
[25] Abizanda R, Almendros Corral L, Balerdi Perez B. [Ethical aspects of intensive medicine. Results of an opinion survey]. Med Clin (Barc) 1994;102:521-6
[26] Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151:288-92
[27] Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, et al. Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. Crit Care Med 1998;26:1187-93
[28] Cuthbertson SJ, Margetts MA, Streat SJ. Bereavement follow-up after critical illness. Crit Care Med 2000;28:1196-201
[29] Abbott KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tulsky JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. Crit Care Med 2001;29:197-201
[30] Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Receiving bad news: experiences of family members. J Palliat Care 2001;17:241-7
[31] Truog RD, Cist AF, Brackett SE, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29:2332-48.
[32] Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet 2001;357:9-14
[33] Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy. Crit Care Med 2001;29:1887-92
[34] Vincent JL. Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. Intensive Care Med 1998;24:1251-6
[35] Zimmerman JE, Knaus WA, Judson JA, et al. Patient selection for intensive care: a comparison of New Zealand and United States hospitals. Crit Care Med 1988;16:318-26
[36] Smedira NG, Evans BH, Grais LS, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. N Engl J Med 1990;322:309-15
[37] Keenan SP, Mawdsley C, Plotkin D, Webster GK, Priestap F. Withdrawal of life support: how the family feels, and why. J Palliat Care 2000;16:S40-4
[38] Hall RI, Rocker GM. End-of-life care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn. Chest 2000;118:1424-30
[39] Johnston SC, Pfeifer MP. Patient and physician roles in end-of-life decision making. End-of-Life Study Group. J Gen Intern Med 1998;13:43-5
[40] Dowdy MD, Robertson C, Bander JA. A study of proactive ethics consultation for critically and terminally ill patients with extended lengths of stay. Crit Care Med 1998;26:252-9

[41] A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. Jama 1995;274:1591-8
[42] Cook DJ, Giacomini M, Johnson N, Willms D. Life support in the intensive care unit: a qualitative investigation of technological purposes. Canadian Critical Care Trials Group. Cmaj 1999;161:1109-13
[43] Pochard F, Grassin M, Le Roux N, Herve C. Medical secrecy or disclosure in HIV transmission: a physician's ethical conflict. Arch Intern Med 1998;158:1716-1719
[44] Pochard F, Grassin M, Azoulay E. Ethical principles for everyone. Ann Intern Med 2001;134:1152;discussion 1152-3
[45] Pochard F, Grassin M, Herve C. Palliative options at the end of life. Jama 1998; 279:1065-6;discussion 1066-7.
[46] Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. Crit Care Med 2002;30:290-6
[47] Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. Lancet 2002;359:650-6
[48] Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet 1998;352:614-7