

Désaccord sur les soins en fin de vie sortir de l'impasse!

2

Anne-Marie Boire-Lavigne

M. Kiriakis, 62 ans, se trouve aux soins intensifs depuis trois semaines à la suite d'un choc septique. Selon son médecin, son décès est imminent. L'équipe de soins souhaite cesser certains traitements, dont la réanimation cardiorespiratoire (RCR), la perfusion d'amines, l'administration d'antibiotiques et en dernier lieu le recours au respirateur. Elle voudrait également soulager l'inconfort manifeste du patient. Lors d'une première discussion, la femme et les enfants de ce dernier, atterrés, demandent de poursuivre les efforts pour le maintenir en vie.

DEPUIS PLUSIEURS DÉCENNIES, le modèle paternaliste de prise de décision médicale a évolué vers un modèle négocié et partagé avec le patient, balisé par l'obtention d'un consentement libre et éclairé aux soins^{1,2}.

Si le malade est inapte à consentir aux soins, ce sont généralement ses proches qui participent aux décisions qui sont alors balisées par l'obtention d'un consentement substitué aux soins. Au Québec, la personne pouvant donner un tel consentement est d'abord le représentant reconnu par un tribunal (mandataire, tuteur ou curateur) du malade, sinon son époux ou conjoint de fait, sinon un proche lui manifestant un intérêt (*Code civil*, article 15). Les critères décisionnels moraux guidant la prise de décision sont le respect des volontés exprimées antérieurement par le patient, la recherche de l'intérêt de ce dernier et l'élaboration par

les proches d'un jugement substitué (déterminer les soins qu'aurait voulu recevoir le patient à partir de ses attitudes connues).

Une prise de décision par plusieurs personnes entraîne de fréquentes divergences sur la compréhension du problème, les objectifs des soins ou les moyens de les atteindre. En fin de vie, les désaccords concernent particulièrement le passage des soins visant la prolongation de la vie à ceux qui sont adaptés à la fin de la vie. Ces situations sont exigeantes pour le médecin, l'équipe soignante, le représentant et les proches.

Comment prendre les meilleures décisions en cas de désaccord ?

En cas de divergences sur le but des soins en fin de vie, le médecin doit mettre en place des stratégies de conciliation avec le représentant et les proches d'un patient inapte à consentir aux soins. Un travail de conciliation, par étapes, permettra d'en arriver à un consensus ou à un compromis dans la très grande majorité des désaccords³. Les étapes de résolution d'un désaccord³⁻⁷ sont présentées dans l'encadré 1.

Les deux premières étapes vont permettre de résoudre

La D^{re} Anne-Marie Boire-Lavigne, médecin de famille, exerce à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et est professeure agrégée au Département de médecine de famille et au Bureau de développement de l'éthique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Un travail de conciliation par étapes permettra d'en arriver à un consensus ou à un compromis dans la très grande majorité des désaccords.

Repère

Encadré 1

Étapes de résolution d'un désaccord en fin de vie

Étape 1 : Établir une communication et un lien de confiance optimaux

- Soutenir les proches dans l'acceptation des soins adaptés à la fin de la vie
- Allouer un temps de réflexion et de cheminement
- Planifier des rencontres de famille², donner un temps de parole aux proches lors de ces rencontres (plus ils peuvent s'exprimer, moins il y a de désaccords⁸)

Étape 2 : Faire participer les consultants pertinents

- Collègue médecin (2^e avis pronostique ou thérapeutique)
- Travailleur social ou psychologue (soutien au processus de deuil des proches)
- Intervenant spirituel (soutien spirituel, croyances religieuses en cause dans le désaccord²)
- Comité d'éthique clinique ou conseiller en éthique (soutien à la réflexion)

Étape 3 : Faire participer une tierce partie médiatrice au besoin

- Comité d'éthique clinique ou conseiller en éthique
- Chef de service ou de département
- Directeur des services professionnels

Étape 4 : Tenter un transfert de prise en charge

- Faire un transfert intra-établissement (vers un autre médecin traitant ou une autre équipe de soins)
- Faire un transfert interétablissement en cas d'échec du transfert intra-établissement
- Se donner un laps de temps raisonnable pour y parvenir³

Étape 5 : Recourir aux tribunaux

- Mesure exceptionnelle
- Autre solution tout aussi exceptionnelle : arrêt unilatéral d'un traitement jugé inutile

la très grande majorité des désaccords portant sur l'orientation des soins en contexte de fin de vie. Par contre, en l'absence de consensus ou de compromis raisonnable, la médiation est alors une solution à envisager. Elle devient nécessaire si la situation est conflictuelle, c'est-à-dire qu'elle se caractérise par au moins un des éléments suivants : présence de divergences profondes et inconciliables, incapa-

cité de communiquer de manière efficace, bris du lien de confiance ou situation nuisant à la qualité des soins auprès du patient et de ses proches.

Ces trois premières étapes ont donc pour but de parvenir à une décision partagée et négociée satisfaisante pour chacune des parties. Il y aura consensus si tous s'entendent pour dire que les décisions prises sont les meilleures dans les circonstances. Toutefois, le consensus n'est pas toujours possible. Si le processus de soutien à la prise de décision s'est fait dans un souci réel du patient et du représentant, un compromis est le plus souvent réalisable et doit respecter les valeurs fondamentales pour chaque partie.

Un tel processus de résolution des divergences et des conflits n'est vraiment efficace que dans une culture hospitalière où les professionnels peuvent développer leurs habiletés de communication et de collaboration⁹. Les établissements de santé devraient en outre offrir des ressources de soutien, dont des tierces parties médiatrices permettant à chacun d'être entendu et d'obtenir un avis.

Si la situation demeure conflictuelle à la suite de la médiation, l'équipe peut envisager un transfert de prise en charge. Le recours au tribunal comme mode de résolution des désaccords relève de l'exception. Une autre solution consiste à entamer le processus d'arrêt d'un traitement inutile sans l'accord du représentant. Cette décision, qui est aussi une exception, est abordée dans la dernière section du présent article.

Comment soutenir le représentant ?

La participation des proches du patient aux décisions de soins en fin de vie constitue une très lourde responsabilité^{10,11}. Plusieurs études exposent le processus par lequel les représentants de patients inaptes mourants acceptent la recommandation médicale de cesser certains traitements vitaux et de soulager la personne¹⁰⁻¹³.

Le représentant du patient doit comprendre que l'être aimé est en train de mourir. Ce travail, à la fois de nature cognitive, émotive et morale, permet la transformation de l'espoir de guérison en celui d'une mort digne et sans souffrance. Comme soignant, nous ne pouvons cheminer à la place du représentant, mais nous pouvons le soutenir activement. Les interventions de soutien et d'accompagnement sont toutefois exigeantes pour le médecin, car elles l'obligent à s'ouvrir à la douleur et au deuil des proches ainsi qu'à sa propre souffrance de soignant face à la mort (échec, impuissance, etc.). La fin de

Encadré 2**Le travail cognitif****Interventions soutenant le travail cognitif**

- Donner accès à des informations suffisantes, dont le pronostic^{2,14,16}, tout au long des soins (rencontres de famille dans un lieu approprié²; communications téléphoniques)
- Construire un bon lien de confiance avec les médecins et l'équipe de soins^{12,13}
- Collaborer avec les infirmières pour assurer une position et un travail d'équipe cohérents et du soutien au représentant^{2,13,17}
- Évaluer la nécessité de répéter les informations (interférences émotives au travail cognitif)^{10,13}
- Permettre aux proches de constater eux-mêmes l'état du patient^{11,13}
- Permettre aux proches de constater l'échec d'un essai thérapeutique afin qu'ils acquièrent la conviction que « tout a été fait »^{11,12,15}

Facteurs nuisant au travail cognitif

- Communication au représentant de points de vue divergents sur le diagnostic ou le pronostic^{12,13}
- Utilisation d'un jargon médical, transmission insuffisante d'information aux proches, refus de répondre clairement et honnêtement aux questions^{11,12,18}
- Bris du lien de confiance avec l'équipe de soins¹²
- Malade « ayant déjà frôlé » la mort, mais qui s'en est toujours sorti¹¹ !

vie éveille donc chez tous les participants aux décisions l'angoisse de la mort et le besoin de l'appivoiser.

Le travail cognitif¹¹⁻¹³

Admettre que l'être aimé est en train de mourir nécessite un travail cognitif de la part du représentant qui doit s'efforcer de comprendre l'état du malade, ses problèmes de santé, ses diagnostics ainsi que ses pronostics vital et fonctionnel (même s'ils demeurent incertains)^{2,14}. Différents facteurs influent positivement ou négativement sur ce travail (*encadré 2*).

Encadré 3**Le travail émotif****Interventions soutenant le travail émotif**

- Respecter les stratégies d'annonce d'une mauvaise nouvelle¹⁶
- Faire des reflets empathiques¹⁹
- Offrir au représentant une occasion de discuter avec ses proches et ses pairs (salle pour les proches aux soins intensifs, groupe de soutien)^{11,15}
- Faire participer un psychologue ou un intervenant psychosocial⁷

Facteurs nuisant au travail émotif

- Conflits préexistants ou points non réglés entre le représentant et le patient¹¹
- Conflits au sein de la famille¹¹

Le travail émotif¹⁰⁻¹²

Le travail émotif porte sur le processus de deuil des proches. Il est difficile pour ces derniers d'accepter la mort annoncée par le médecin, ce qui provoque de nombreuses réactions et émotions : choc, déni, colère (« Ils n'ont pas tout fait ! »), marchandage (« Ne peut-on pas tenter d'autres interventions ? ») et profonde tristesse. Si les divergences d'opinions reposent en grande partie sur la difficulté du deuil, il est alors important de nommer cette difficulté avec empathie et d'offrir un soutien professionnel, comme l'aide d'un psychologue. Différents facteurs agissent positivement ou négativement sur le travail émotif (*encadré 3*).

Le travail moral¹⁰⁻¹³

Pour entreprendre le travail moral conduisant à l'acceptation des soins adaptés à la fin de la vie, le représentant du patient doit avoir suffisamment intégré, d'un point de vue cognitif et émotif, le fait que l'être aimé est en train de mourir. Il doit prendre une distance par rapport à son propre processus de deuil afin de se centrer sur la personne malade. Le travail moral comprend la

Le représentant du patient doit comprendre que l'être aimé est en train de mourir. Ce travail est à la fois de nature cognitive, émotive et morale.

Repère

Encadré 4

Interventions soutenant le travail moral

- Offrir au représentant de le rencontrer avec d'autres membres de la famille. Faire participer activement ces derniers si le représentant le souhaite (partage de la responsabilité décisionnelle)
- Expliquer au représentant son rôle décisionnel et les critères moraux du consentement substitué :
 - ☞ Respecter les volontés du patient
 - ☞ Prendre les décisions dans l'intérêt du malade
 - ☞ Inviter les proches à exercer un jugement substitué (ex. : « À votre avis, comme vous connaissez bien le malade et ses attitudes, qu'aurait-il souhaité dans les circonstances ? »)
- Rechercher les volontés exprimées antérieurement par le patient et en discuter avec le représentant²⁰
- Discuter du but des soins et de leur mise en œuvre (et non uniquement des traitements à poursuivre ou à cesser)
- Renvoyer des reflets empathiques aux proches sur les exigences du travail moral¹⁹
- Exposer, au besoin, le fait que la responsabilité décisionnelle est aussi partagée avec le médecin : « Nous cherchons ensemble ce qui est le mieux pour votre parent dans les circonstances »
- Énoncer clairement, dans un contexte de mort attendue, une recommandation médicale de soins adaptés à la fin de la vie²⁰. S'ajuster au rythme du représentant du patient, l'inviter à exprimer ses questions et ses divergences d'opinion, être franc, honnête et respectueux et transmettre son souci du patient et des proches
- Exposer au représentant le fait que la cessation des traitements visant à prolonger la vie ne constitue pas « un abandon de soins », mais une adaptation des soins à la fin de la vie pour permettre à la personne de mourir dans la dignité²¹
- Rassurer les proches sur le fait que tout sera mis en œuvre pour soulager le malade²⁰
- Explorer les besoins spirituels²⁰, faire participer un intervenant spirituel ou un représentant de la communauté religieuse du patient au besoin ou en cas de divergences fondées sur des croyances religieuses^{2,15,20,22}
- Offrir au représentant de prendre la responsabilité décisionnelle comme médecin, s'il le demande ou en cas de forte ambivalence^{2,10}

prise de responsabilité de ces graves décisions de soins par le représentant. Il concerne aussi la réalisation d'un travail de sens quant à la mort annoncée afin que ces événements s'intègrent aux histoires de vie du patient

et de ses proches. Ensuite, le représentant, le plus souvent aidé des membres de la famille¹⁵, tente d'établir la meilleure orientation des soins dans les circonstances. Il s'interroge sur ce que le malade aurait voulu. Il se remémore ses discussions avec la personne ou vérifie si d'autres proches du malade ont eu de telles discussions. Il consulte les directives écrites existantes. Le représentant se sent souvent déchiré entre « sa tête et son cœur ». Sur le plan cognitif, il sait ce qui convient le mieux à l'être aimé gravement malade. Toutefois, le processus du deuil et l'intensité de la responsabilité demeurent très difficiles. Se centrer en priorité sur le mieux-être du malade et sur ses volontés (verbales ou écrites) exprimées antérieurement l'aide à réaliser ce partage¹⁵. D'un point de vue moral, le représentant a également besoin d'acquiescer la conviction intime qu'il agit pour le mieux dans les circonstances et que les décisions prises sont les bonnes. Il deviendra alors en paix avec lui-même. Cette conviction peut être vacillante et aura besoin d'être réaffirmée au fil du temps : avant le décès, au moment du décès et même après. Différentes interventions permettent de soutenir le représentant du patient mourant dans ce travail complexe (encadré 4).

Le processus d'acceptation par le représentant de soins axés sur le confort en contexte de fin de vie est donc complexe et multidimensionnel (cognitif, émotif et moral). Il s'agit d'un travail qui nécessite temps et énergie de la part du représentant. Lorsque ce processus est assez avancé, survient un moment décisif¹⁰ dans les soins. Le représentant en arrive alors à une nouvelle croyance¹³. La réalité acquiert pour lui un nouveau sens¹⁰⁻¹³. Ce qui était auparavant inconcevable et inacceptable est maintenant admissible : la mort est proche. Grâce à cette nouvelle perception, l'espoir se transforme également. La priorité n'est plus de prolonger la vie dans l'espoir d'une guérison, mais plutôt d'assurer à l'être aimé la mort la plus digne possible, sans souffrance¹⁰⁻¹³. Ce processus peut se compliquer de disparités quant au travail cognitif, émotif et moral entre les membres de la famille¹².

Le médecin peut-il cesser unilatéralement une intervention qu'il juge inutile ?

Dans les années 1990, cette question a fait l'objet d'un vaste débat au sein de la communauté médicale nord-américaine. Des médecins ont proposé des critères pronostiques pour justifier la cessation unilatérale (sans l'accord du patient ou de son représentant) des traite-

ments en contexte de fin de vie²³. Au terme de près de sept ans de débat, ces propositions ont été rejetées sur la base des deux arguments suivants :

- ④ Déterminer l'inutilité d'un traitement implique toujours un jugement de valeur sur le but de l'intervention dans une situation particulière. Or, ce but doit être établi avec le patient ou ses proches et, dès lors, peut faire l'objet de désaccords entre les deux parties^{3-5,24}.
- ④ Décider de l'inutilité thérapeutique implique un jugement médical quant au pronostic et dès lors une irréductible marge d'incertitude³. L'adhésion ou non des proches à l'énoncé pronostique du médecin peut aussi être source de divergences²⁵.

Par contre, l'exercice par le médecin d'un jugement de valeur sur les objectifs des soins, voire la promotion le cas échéant d'une philosophie de soins adaptée à la fin de vie^{4,5}, a été reconnu comme légitime.

Devant l'impossibilité de s'entendre sur des critères pronostiques pour définir l'inutilité d'un traitement, plusieurs associations médicales ont plutôt décidé d'adopter une méthode de résolution des divergences et des conflits comme celle que nous décrivons dans le présent article³⁻⁶. Ainsi, à la suite d'un processus décisionnel partagé et négocié comportant différentes étapes, la cessation unilatérale d'un traitement peut être envisagée. Il s'agit toutefois d'une mesure exceptionnelle³, donc de dernier recours, à la suite de l'échec du processus de communication, de soutien et de négociation avec le représentant. La décision doit avoir fait l'objet d'une délibération éthique rigoureuse, soutenue par le comité d'éthique clinique et la Direction des services professionnels de l'établissement. Par contre, la mise en œuvre d'une telle décision ne peut exclure une action judiciaire du représentant du patient contre le médecin et l'établissement de soins³. Ces situations extrêmes concernent habituellement des patients aux soins intensifs recevant un traitement maximal, sans espoir d'amélioration et qui cheminent vers leur décès. En pareilles circonstances, au lieu de demander aux tribunaux de trancher le conflit, le médecin soutenu par son établissement (comité d'éthique clinique, Direction des services professionnels, etc.) dé-

cidera de mettre fin au traitement jugé inutile, l'annoncera au représentant, puis cessera le traitement jugé inutile après un laps de temps raisonnable en donnant au représentant la possibilité d'un recours juridique.

LA GESTION DES DÉSACCORDS entre le représentant et le médecin sur l'orientation des soins en fin de vie repose sur un modèle décisionnel partagé et négocié, une communication efficace, un bon lien de confiance, des stratégies de conciliation et un soutien offert au représentant pour l'aider à faire un travail cognitif, émotif et moral face à la mort annoncée de l'être aimé. Au besoin, la médiation ou un éventuel transfert de prise en charge peuvent être explorés. Les tribunaux ou la cessation unilatérale d'un traitement demeure une solution de dernier recours pour des situations conflictuelles exceptionnelles représentant des échecs au processus de communication, de soutien et de négociation avec le représentant. La cessation unilatérale d'un traitement doit faire l'objet d'une délibération éthique rigoureuse, soutenue par le comité d'éthique clinique de l'établissement et la Direction des services professionnels. Toutefois, une telle procédure n'exclut pas une possible action en justice de la part du représentant.

Lors de la rencontre avec l'épouse et les enfants de M. Kiriakis, l'équipe explore les motifs de divergence entre vous et eux. Très croyante, cette famille grecque chrétienne orthodoxe espère un miracle, malgré une bonne compréhension de vos explications pronostiques. Elle croit aussi que le fait de cesser un traitement va écourter la vie du patient, qui est un don de Dieu. Une telle conduite est donc « profondément mal » à leurs yeux, même si le décès est imminent. Cette position s'ancre dans leurs croyances culturelles et religieuses. Un représentant de leur communauté religieuse est consulté et confirme à l'équipe la pertinence des croyances de la famille. Un compromis raisonnable est donc recherché. Le médecin propose alors de ne pas entreprendre de nouvelles interventions visant à prolonger la vie de leur proche, dont la RCR. Par contre, les traitements en cours seront poursuivis, et le patient sera soulagé. Après réflexion, la famille accepte

La cessation unilatérale d'un traitement constitue une mesure exceptionnelle, donc de dernier recours, soutenue par le comité d'éthique clinique et la Direction des services professionnels de l'établissement.

Repère

cette proposition qui respecte leurs croyances et leurs pré-occupations. Le patient meurt cinq jours plus tard. ☞

Date de réception : le 28 octobre 2010

Date d'acceptation : le 22 décembre 2010

La D^{re} Anne-Marie Boire-Lavigne n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. White DB, Braddock III CH, Berekenyi S et coll. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: opportunities for improvement. *Arch Intern Med* 2007; 167 : 461-7.
2. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008; 134 (4) : 835-43.
3. Luce JM. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States. *Crit Care Med* 2010; 38 (8) : 1623-9.
4. Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997; 25 (5) : 887-91.
5. American Medical Association. Council on ethical and judicial affairs. medical futility in end-of-life care: Report of the Council on ethical and judicial affairs. *JAMA* 1999; 281 (10) : 937-41.
6. Association canadienne des soins de santé, Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association catholique canadienne de la santé. Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits éthiques entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant les soins. *CMAJ* 1999; 160 (12) : 1761-4.
7. Choong K, Cupido C, Nelson E et coll. A framework for resolving disagreement during end of life care in the critical care unit. *Clin Invest Med* 2010; 33 (4) : E240-E253.
8. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA et coll. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med* 2004; 32 (7) : 1484-8.
9. Fins JJ, Solomon MZ. Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001; 29 (2 suppl.) : N10-N15.
10. Hiltunen EF, Medich C, Chase S et coll. Family decision making for end-of-life treatment: the SUPPORT nurse narratives. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Clin Ethics* 1999; 10 (2) : 126-34.
11. Chambers-Evans J, Carnevale FA. Dawning of awareness: the experience of surrogate decision making at the end of life. *J Clin Ethics* 2005; 16 (1) : 28-45.
12. Swigart V, Lidz C, Butterworth V et coll. Letting go: family willingness to forgo life support. *Heart Lung* 1996; 25 (6) : 483-94.
13. Limerick MH. The process used by surrogate decision makers to withhold and withdraw life – Sustaining measures in an intensive care environment. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34 (2) : 331-9.
14. Evans LR, Boyd EA, Malvar G et coll. Surrogate decision-makers' perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179 : 48-53.
15. Abbott KH, Sago JG, Breen CM et coll. Families looking back: one year

Summary

Disagreement about end-of-life care: finding a solution!

Finding a way out of a disagreement between the patient's representative and the physician about the goals of end-of-life care depends on:

- a shared and negotiated decisional model;
- efficient communication;
- a good trust bond;
- conciliation strategies and support towards the representative for the cognitive, emotional and moral realization process when faced with the announced death of a loved one.

If needed, a mediation or transfer of care responsibility to another doctor may be considered. Recourse before a court of law or unilateral treatment cessation is the last resort in exceptional conflictual cases when communication, support and negotiation processes have failed. Unilaterally ceasing treatment should be the object of a rigorous ethical deliberation. Therefore, it must be supported by the establishment's clinical ethics committee and direction of professional services. However, this does not exclude the possibility of a legal action by the patient's representative.

after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001; 29 (1) : 197-201.

16. Finlay E, Casarett D. Making difficult discussions easier: using prognosis to facilitate transitions to hospice. *CA Cancer J Clin* 2009; 59 : 250-63.
17. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med* 2006; 34 (11 suppl.) : S332-S340.
18. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD et coll. Missed Opportunities during Family Conferences about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171 : 844-9.
19. Selph RB, Shiang J, Engelberg R et coll. Empathy and life support decisions in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (9) : 1311-7.
20. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ et coll. Family member satisfaction with end-of-life decision-making in the intensive care unit. *Chest* 2008; 133 (3) : 704-12.
21. Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD et coll. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34 (6) : 1679-85.
22. Bülow HH, Sprung CL, Reinhart K et coll. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008; 34 (3) : 423-30.
23. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112 (12) : 949-54.
24. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992; 326 (23) : 1560-4.
25. Zier LS, Burack JH, Micco G et coll. Doubt and belief in physicians' ability to prognosticate during critical illness: The perspective of surrogate decision makers. *Crit Care Med* 2008; 36 (8) : 2341-7.