



Refus de traitement vital : le cas de la transfusion

Laurent Beydon, Pour le Comité éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)^{1,2}

Disponible sur internet le :
1^{er} juin 2015

Pôle d'anesthésie réanimation, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 01,
France

Correspondance :

Laurent Beydon, Pôle d'anesthésie réanimation, CHU d'Angers, 4, rue Larrey,
49933 Angers cedex 01, France.
lbeydon.angers@in vivo.edu

Refusal of life supporting therapies: The case of blood transfusion

Mots clés

Éthique
Transfusion
Refus de traitement

Keywords

Ethics
Blood transfusion
Patient refusal of
treatment

■ Résumé

Un patient arrive à votre consultation d'anesthésie en vue d'une chirurgie aortique réglée (pontage aorto-bifémoral pour anévrisme). Il vous annonce ne pas vouloir être transfusé, quoi qu'il arrive. Il est accompagné de son épouse et d'un ami. Ce dernier vous parle du fait qu'il existe de nombreuses techniques d'épargne sanguine, vous propose de prendre en charge le coût d'injections d'EPO. Le chirurgien n'est pas au courant du refus transfusionnel du patient. L'intervention est fixée pour dans 9 jours. Que faites-vous ?

Vignette clinique

La problématique

Il s'agit d'un cas où le souhait du patient peut entrer en conflit avec l'état de l'art médical, voire le sens commun. Le cas mentionné ici pourrait s'appliquer typiquement à un témoin

de Jéhovah [1] pour qui la transfusion bafoue l'interdit biblique de consommer du sang (Genèse 9:4, Lévitique 17:14, Actes 15:20, notamment). Cet interdit peut l'inciter à préférer mourir que vivre dans le péché de manière irréversible. Indépendamment des conséquences de cette interprétation biblique, la transfusion n'est pas dénuée de risques ou d'effets secondaires [2,3], ce qui justifie l'utilisation en routine des techniques d'épargne sanguine [4] et un seuil transfusionnel à tendance restrictive (Hb \approx 7 g/dL), dans le cas général [5].

On peut schématiquement déterminer deux niveaux seuil pour l'hémoglobine, tout en gardant à l'esprit leurs limites du fait d'autres facteurs qui doivent être pris en compte : la cinétique

¹ Bassam Al Nasser, Arié Attias, Houtin Baghdadi, Antoine Baumann, Jean-Etienne Bazin, Laurent Beydon, Philippe Bizouarn, Frédérique Claudot, Fabienne Fieux, Christophe Frot, Caroline Guibet Lafaye, Olivier Muzard, Armelle Nicolas Robin, Virginie Orjubin, Manuel Otero Lopez, France Roussin, Emmanuel Samain, Benoit Veber.

² Les auteurs remercient le Comité vie professionnelle de la Sfar pour ses remarques et suggestions qui ont été incorporées dans le texte.

du saignement, le degré de correction de la volémie, et la tolérance clinique de l'anémie tout en gardant à l'esprit le caractère dynamique du saignement et l'effet du degré de correction de la volémie [6].

On peut schématiquement déterminer deux niveaux seuil pour l'hémoglobine :

- un « seuil transfusionnel usuel » permettant de conserver une capacité de transport en O₂ et un débit régional adaptés à la demande, mais suffisamment bas pour réduire le nombre de transfusions (et en corolaire, l'incidence de ses effets secondaires). Ce seuil est débattu, mais on le situe autour de < 7 g/dL d'Hb. Un contexte à risque particulier (angor, lésions cérébrales...) conduit à le relever (9-10 g/dL). En dessous de ce seuil s'installent graduellement des signes de gravité croissants (tachycardie, hypotension, hypocapnie, désaturation en O₂...);
- un « seuil léthal » en dessous duquel les signes cliniques de gravité deviennent critiques, liés à une faillite des mécanismes physiologiques adaptatifs du fait de la sévérité de l'anémie et aggravés par une éventuelle composante hypovolémique. Ces signes de gravité préfigurent le décès si la situation persiste ou s'aggrave. Ce seuil léthal est difficile à systématiser, car il dépend du contexte, des comorbidités, de l'intensité du saignement, etc. Il serait de l'ordre de 3-4 g/dL d'Hb chez un patient recevant de l'oxygène.

La bonne pratique vise à transfuser à partir du « seuil transfusionnel usuel » (optimum bénéfique/risque) pour tous les patients. Cependant, un patient qui refuse la transfusion imposera de n'envisager cette dernière que quand le seuil léthal aura été atteint, tel qu'attesté par des éléments objectifs (cliniques et taux d'hémoglobine). Du point de vue de l'anesthésiste, gérer un patient opéré entre ces deux seuils est un exercice incertain et inconfortable, voire impossible, si un saignement brutal survient. Cette situation grève l'acte d'une prise de risque imposée que la culture de sécurité n'encourage pas. Plus encore, le seuil léthal étant éventuellement atteint, la transfusion s'imposera pour maintenir le patient en vie tout en administrant « le juste nécessaire » pour revenir en zone non létale, ce qui ne permet pas d'atteindre un niveau d'hémoglobine suffisant pour que la suite de l'intervention et le postopératoire soient sereins et dénués de risques récurrents, de façon certaine.

Enfin, les patients qui refuseraient la transfusion, quand bien même le seuil léthal d'hémoglobine serait atteint, décèderont si l'anémie s'accroît ou même persiste. Dans ce dernier cas, cette expression de l'autonomie du patient « usque ad finem » interroge le droit et l'éthique médicale. On comprend que nombre d'anesthésistes réanimateurs puissent ou soient tentés de refuser de prendre en charge les patients qui expriment une telle demande, si peu conforme aux fondements de l'exercice médical où la transfusion n'est pas considérée comme présentant un risque disproportionné en regard de son caractère indispensable au maintien de la vie.

Nous allons tenter de rappeler pourquoi seule une approche au cas par cas est envisageable.

Cas du patient opéré d'une chirurgie réglée et capable de consentir ou non aux soins

Que dit le droit ?

Tous les cas de figure possibles existent. Concernant des témoins de Jéhovah, aucune procédure n'a abouti à une condamnation des soignants mis en cause, qu'il y ait eu ou non transfusion. En effet, le droit de refus de soins, s'il est revendiqué en pleine connaissance de cause et après que le patient a reçu une information claire et répétée sur les risques d'une absence de transfusion in extremis (voir section Patient mineur ou sous tutelle et situation générale du refus de soins), heurte frontalement la nécessité pour tout médecin de porter assistance à personne en péril (article R4127-9 CSP, 122-7 et 223-6 CP). En outre, hors urgence, le médecin a le droit de refuser ses soins (raisons professionnelles ou personnelles) pour peu que la continuité des soins soit assurée par d'autres. Aucun de ces trois principes ne s'impose [7], ce qui explique les non-condamnations successives, y compris après l'adoption de la loi du 4 mars 2002, relative au droit des malades.

Quelle réponse éthique ?

Une telle demande de non-transfusion est exigeante vis-à-vis des soignants, à plus d'un titre et heurte certains principes. Elle impose de cumuler les techniques d'épargne sanguine et ainsi d'accepter de déroger aux standards habituels (ex. utiliser de l'EPO hors AMM, préparer un *cell saver* en vue d'un accident chirurgical alors qu'on n'aurait pas envisagé de principe d'y recourir...) et ainsi allouer des ressources « superlatives » à une demande particulière. Elle impose une prise de risque car « tutoyer » le seuil léthal n'est pas une situation confortable pour une équipe médicochirurgicale. Enfin, elle suggère que les soignants vont peut-être devoir assister à un décès évitable, quelle qu'en soit pour eux la difficulté morale. Or, cette éventualité ne s'intègre que difficilement dans le socle des valeurs des soignants qui seront obligatoirement déchirés entre accepter une demande extrême, la respecter et refuser leurs soins. D'autant que dans un centre spécialisé et de recours, il est illusoire de penser pouvoir réaliser ces actes ailleurs, sauf à priver le patient de l'opération nécessaire. Tout va se jouer entre le patient et l'équipe médicochirurgicale. Les étapes qui suivent sont incontournables. Elles doivent permettre de poser les termes de la chirurgie à venir, de la stratégie d'épargne sanguine et un consentement éclairé. La solidité de la démarche est seule à même de convaincre les acteurs de tout faire pour éviter le pire, tout en se résolvant éventuellement à l'accepter (ou non), certains qu'ils seront alors d'être inattaquables.

Une démarche codifiée, au cas par cas : le point clé

Les étapes de la démarche sont classiques, mais constituent pourtant le cœur de la question. On insistera sur le fait qu'une telle démarche impose de suivre chaque étape, et d'y consacrer

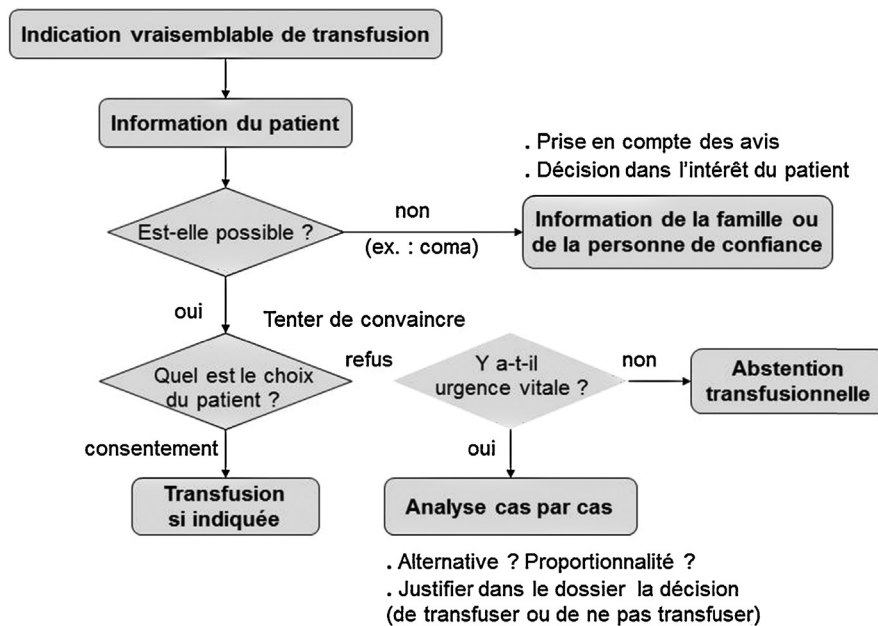


FIGURE 1
Transfusion de globules rouges : l'information et le consentement du patient.

le temps nécessaire. Elle implique l'équipe soignante et au premier chef les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens. Elles ont été formalisées par la Sfar [8] ; elles méritent d'être explicitées (figure 1).

Envisageons-les chronologiquement :

- faire dire au patient ce qu'il attend exactement de la chirurgie et quels sont les risques qu'il accepte ou pas. On évaluera s'il a conscience du rapport bénéfice/risque attendu (hors problématique de la transfusion) pour l'intervention envisagée ;
- se faire relater par le patient ce que lui et le chirurgien se sont dit et ont éventuellement conclu ensemble, sur le risque transfusionnel lié à la chirurgie, sur les alternatives techniques à l'acte envisagé, sur sa pertinence/urgence. Ce témoignage sera confronté par la suite avec celui du chirurgien qui ne peut demeurer hors du débat ;
- expliquer les techniques d'épargne sanguine en général et celles qu'on serait en mesure de mettre en œuvre dans le cas particulier (dépend de la chirurgie, du contexte patient et éventuellement de facteurs liés à la structure). Faire préciser par le patient lesquelles, parmi celles qui sont envisageables, il accepterait ou pas (le *cell saver* n'est pas universellement accepté, l'EPO hors AMM expose à des risques, au-delà de son coût...);
- expliquer quel est le risque de devoir transfuser (évalué au mieux), tout en insistant sur le fait qu'un élément inattendu (complication peropératoire) peut précipiter le besoin transfusionnel vital ;

- expliquer la nécessité absolue de transfusion qui sera confirmée quand l'anémie se traduira par des signes de gravité (tachycardie, hypotension, baisse du CO₂ expiré, désaturation en O₂...). La transfusion vitale qui s'imposerait alors serait celle qui permettrait de revenir à une situation physiologique sans correction de l'anémie au-delà. Une telle transfusion de survie peut devoir être renouvelée si le saignement persiste ou se reproduit ;
- expliquer que gérer un patient autour de ces limites constitue un stress majeur pour les soignants et une demande dérogatoire par rapport à l'éthique médicale courante d'assistance et de maintien de la vie. C'est l'occasion de rappeler qu'à ce jour, aucun principe de droit ne prévaut entre autonomie ultime et le devoir de préserver la vie par des moyens proportionnés ;
- en cas de demande impérative de non-transfusion, il est licite de conditionner la réponse à un consensus d'équipe.

À ce stade, si la demande de non-transfusion demeure, le patient doit impérativement être revu lors d'une seconde consultation, après un temps de réflexion.

Que peut-on faire en attendant ?

- rediscuter le dossier de façon collégiale, avec le/les chirurgien (s) et l'équipe d'anesthésie réanimation (dont ceux étant amenés à endormir le patient et le prendre en charge en périopératoire). On répondra ensemble et à nouveau aux questions suivantes, qui revêtent alors une acuité toute particulière :
 - l'intervention est-elle nécessaire et pourquoi ?
 - peut-elle être remplacée par un geste moins risqué (avec quel rapport bénéfice/risque ?) ;

- quels critères retient-on pour déterminer que le patient sera en situation d'anémie létale ? La disparition de ces signes (cliniques et de monitoring) qu'il faudra colliger de façon fiable en peropératoire, signera la compensation de l'anémie et l'arrêt de la transfusion, si elle a été réalisée ;
- quel est le consensus d'équipe : ne pas transfuser, quoi qu'il arrive et s'y engager solidairement ; transfuser en situation létale ; ou encore adresser le patient qui le refuserait vers un centre de son choix. Le patient doit être envisagé dans sa singularité : quel est son âge, son entourage familial, son pronostic, ses arguments, son vécu... Il est probable que ces éléments seront déterminants dans le positionnement de l'équipe ;
- ces points étant clarifiés, le patient sera donc revu en consultation :
 - il est logique que l'anesthésiste et le chirurgien le voient ensemble,
 - on recommande de le voir seul à un moment de la consultation, en faisant sortir ses proches, afin de recueillir la volonté du patient, hors de toute éventuelle pression de tiers. On le consignera dans le dossier médical,
 - les éléments de la totalité de la démarche seront retranscrits dans le dossier, incluant le nom des personnes ayant participé aux différentes étapes.

À l'issue de cette démarche, l'éthique médicale aura été respectée et la décision qui aura été prise ne peut être (sauf à voir le droit évoluer) opposable, quelle qu'elle soit. Cela à une condition, que le dossier soit bien documenté et que l'argumentaire et les décisions de transfuser ou non soient consensuels parmi ceux qui prendront en charge le patient.

Chirurgie en urgence

La volonté du patient, « libre et éclairée » n'est pas aisée à recueillir en urgence. L'article L1111-4, 4^o paragraphe, s'applique de plein droit dans les situations d'urgence. Le Conseil d'État s'est exprimé sur ce point.

Cette réponse juridique n'épuise pas le débat éthique, mais s'impose à ce jour. Par ailleurs la juridiction anglo-saxonne, par exemple, donnerait plus de poids aux décisions du patient prises par anticipation.

Dans les situations d'urgence (par opposition à la chirurgie réglée), la transfusion, après avoir épuisé les alternatives (limitées en urgence), est licite dès lors que des signes de gravité anémique apparaissent ou que l'anémie devient critique pour le pronostic (lésions cérébrales, syndrome coronaire aigu...). Dans ce contexte vital, le délai pour une réitération d'un refus de traitement ne peut être attendu, d'autant plus que le délai pour cette réitération est flou et que la situation d'urgence vitale peut altérer les capacités de décision, et ceci de façon difficilement objectivable.

Chez un patient incapable de s'exprimer, mais pour qui on disposerait de directives anticipées conformes et contextuellement adaptées, la situation sera similaire au cas du patient

pouvant s'exprimer. Elle impose à l'équipe une décision collégiale, compliquée, voire rendue impossible par le manque de temps lié à l'urgence. Un médecin seul, devant un patient en situation létale transfusera probablement. Un contact avec le substitut du parquet local est conseillé pour avaliser la démarche, si le temps le permet, en précisant utilement à ce dernier que le patient est en danger vital, attesté par des éléments objectifs qui sont et/ou seront colligés, mais aussi que la transfusion sera minimaliste (pour maintenir la vie et éviter les complications graves liées à l'anémie extrême).

Chirurgie chez un patient mineur

La transfusion est absolument licite (article L1111-4 du CSP), après avoir épuisé les alternatives, et cela quel que soit le contexte (urgent/non urgent). Étant donné qu'il s'agit d'un mineur devant être protégé, il est sans doute souhaitable de ne pas atteindre une zone d'anémie extrême pour transfuser et ainsi limiter le risque létal, sans pour autant accepter une transfusion « trop large et généreuse ». Le juge doit en être averti.

Le message

À ce jour et au vu de la jurisprudence, on ne trouve pas de condamnation de médecins pour avoir ou ne pas avoir transfusé en situation d'urgence vitale (létale) dûment étayée par des éléments objectifs. Ceci à condition que le patient l'ait demandé de façon répétée et après une information elle-même renouvelée, des risques, potentiels d'une chirurgie sans transfusion. La décision de transfuser ou non constitue l'aboutissement d'un contrat qui découle du débat entre le patient et les soignants, préalablement à l'intervention. S'il y a transfusion, la quantité de sang qu'on serait éventuellement amené à transfuser sera celle jugée nécessaire pour maintenir le patient en vie et éviter les complications graves liées à l'anémie extrême, sans plus.

La démarche collégiale, hors situation d'urgence, comme pour les décisions de limitations thérapeutiques, prend tout son sens et est incontournable.

En conclusion, lorsque la survie immédiate du patient qui refuse absolument la transfusion est en cause du fait d'une anémie grave, ce n'est pas la décision ultime de transfuser ou non qui peut être standardisée mais bien les étapes de la décision. Plus qu'ailleurs, ce contexte nous impose une démarche sans complaisance. Le droit ne nous apporte aucune solution toute faite. La décision, aussi difficile soit-elle, ne dépend que du débat éthique entre le patient et l'équipe soignante (*tableau I*).

Les références légales

Respect de l'autonomie et des choix du patient

Article L1111-4 du CSP

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

TABLEAU I

Mesures pouvant permettre de réduire la nécessité de transfusion

Préopératoires

Érythropoïétine

Fer

Vitamines B, folates

Transfusion autologue différée

Arrêt des antiagrégants (après analyse du bénéfice/risque)

Peropératoires

Hémodilution normovolémique (au fil de l'eau)

Cell saver

Techniques d'hémostase/dissection chirurgicale

Techniques laparoscopiques, robot (à condition que l'équipe les maîtrise)

Alternatives chirurgicales (endoprothèses, etc.)

Normothermie

Catécholamines

Antifibrinolytiques, desmopressine

Médicaments dérivés du sang, dont les facteurs de la coagulation (pas toujours acceptés par les témoins de Jéhovah)

FiO₂ élevée

Postopératoires

Supplémentation en O₂

Fer

Vitamines B, folates

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Article R4127-36 du CSP

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

Nécessité d'assistance à personne en danger

Article R4127-9 du CSP

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Article 122-7 du Code pénal

« N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

Article 223-6 du Code pénal

« Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Patient mineur ou sous tutelle et situation générale du refus de soins

Article L1111-4 du code de la santé publique

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la

famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

Avis du Conseil d'État n°249552 du 16 août 2002

« Considérant que le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; que toutefois les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, tel qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du Code civil et par celles de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ; que le recours, dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et notamment de son article 9 ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que Mme F. et Mme F., épouse G. ne sont pas fondées à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Lyon, à qui il appartenait, contrairement à ce que soutiennent les requérantes, de déterminer les limites de l'injonction qu'il formulait, a décidé que l'injonction qu'il adressait au centre

hospitalier universitaire de Saint-Étienne de s'abstenir de procéder à des transfusions sanguines sur la personne de Mme F. cesserait de s'appliquer si l'intéressée venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital ; qu'il y a lieu toutefois d'ajouter à la réserve mentionnée par le juge des référés qu'il incombe au préalable aux médecins du centre hospitalier d'une part de tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part de s'assurer que le recours à une transfusion soit un acte indispensable à la survie de l'intéressée et proportionné à son état ;

Ordonne :
Article 1^{er} : Avant de recourir, le cas échéant, à une transfusion dans les conditions indiquées à l'article 2 de l'ordonnance du juge des référés du tribunal administratif de Lyon en date du 9 août 2002, il incombe aux médecins du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne d'une part d'avoir tout mis en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part de s'assurer qu'un tel acte soit proportionné et indispensable à la survie de l'intéressée. »

Droit du médecin à refuser des soins pour cause personnelle

Article R4127-47 du CSP

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Barbey P. Les Témoins de Jéhovah: un essai de définition sociologique. <http://barbeyphilippe.jimdo.com/les-t%C3%A9moins-de-j%C3%A9hovah-une-d%C3%A9finition-sociologique/> (mise à jour sur Internet mai 2015).
- [2] Bolton-Maggs PH, Cohen H. Serious hazards of transfusion (SHOT) haemovigilance and progress is improving transfusion safety. *Br J Haematol* 2013;163:303-14.
- [3] Refaai MA, Blumberg N. The transfusion dilemma—weighing the known and newly proposed risks of blood transfusions against the uncertain benefits. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2013;27:17-35.
- [4] Spahn DR, Goodnough LT. Alternatives to blood transfusion. *Lancet* 2013;381:1855-65.
- [5] Salpeter SR, Buckley JS, Chatterjee S. Impact of more restrictive blood transfusion strategies on clinical outcomes: a meta-analysis and systematic review. *Am J Med* 2014;127:124-31.
- [6] Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives. Recommandation 2014; 2014 [http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/67bca30279b4b95b00cf19ae44c3a8ce.pdf].
- [7] Société française d'anesthésie et de réanimation. Transfusion sans consentement en cas d'urgence vitale : données récentes; 2010 [<http://www.sfar.org/article/235/transfusion-sans-consentement-en-cas-d-urgence-vitale-donnees-recentes>].
- [8] Société française d'anesthésie et de réanimation. Information, consentement ou refus en matière de transfusion : algorithme décisionnel (mis en ligne le 22 octobre 2009, modifié le 6 octobre 2011). <http://www.sfar.org/article/115/information-consentement-ou-refus-en-matiere-de-transfusion-algorithme-decisionnel> (octobre 2011).