

Quand le réanimateur devient prophète, la décision part en biais

When Intensivist Becomes a Prophet, the Decision Goes in Bias

G. Penven · L. de Saint Blanquat · F. Bordet · S. Dray · M. Série ·
Commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française

Reçu le 15 mai 2019; accepté le 31 juillet 2019
© SRLF et Lavoisier SAS 2019

Résumé Une prophétie autoréalisatrice (PAR) [*self-fulfilling prophecy*] désigne le fait que la croyance en une situation entraîne sa réalisation, renforçant alors la croyance initiale. D'abord décrite en sociologie, la notion de PAR a également une pertinence en médecine, car la pratique clinique se fonde en grande partie sur le pronostic des patients et de leurs maladies. Ainsi, la croyance en un pronostic péjoratif peut être à l'origine d'une prise en charge médicale qui aboutira à une évolution défavorable ou ne l'empêchera pas. Ce risque est particulièrement aigu en médecine intensive-réanimation où les pratiques de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) conduisent fréquemment au décès du patient. Il est d'autant plus prégnant que les grandes séries de données à partir desquelles le pronostic d'un patient est évalué incluent

des malades ayant fait l'objet de décisions de LAT. Cela peut aboutir à un raisonnement circulaire, difficile à interrompre. Les patients de neuroréanimation, victimes d'accidents vasculaires cérébraux, d'encéphalopathies anoxo-ischémiques postarrêt cardiaque, ou de traumatismes crâniens, sont particulièrement sujets au risque de PAR, car la perspective de séquelles neurologiques sévères motive souvent une décision de LAT. Prendre le contre-pied des PAR nécessite de trouver un compromis entre le temps d'observation indispensable pour établir un pronostic le plus précis possible et la prolongation de traitements invasifs qui s'avérerait a posteriori inutile chez des patients sans espoir d'amélioration neurologique.

Mots clés Prophétie autoréalisatrice · Limitation ou arrêt des thérapeutiques · Pronostic · Décision médicale · Médecine intensive-réanimation

G. Penven (✉)
Université Paris-Est, Marne-la-Vallée, France
e-mail : gwendolyn.penven@univ-paris-est.fr

L. de Saint Blanquat
Service de réanimation pédiatrique,
USC médicochirurgicale, hôpital Necker, 149, Rue de Sèvres
F-75743 Paris Cedex 15, France

F. Bordet
Service de réanimation pédiatrique,
hôpital Femme-Mère-Enfant, 59 Boulevard Pinel
F-69500 Bron, France

S. Dray
Direction des soins, hôpital Nord, Chemin des Bourrely,
F-13915 Marseille Cedex 20, France

M. Série (✉)
Service de réanimation polyvalente,
centre hospitalier territorial Gaston-Bourret,
7, Avenue Paul Doumer, BP J5, F-98849 Nouméa Cedex, France
e-mail : mathieu.serie@cht.nc

Commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française
48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris, France

Abstract A self-fulfilling prophecy refers to the fact that belief in a situation leads to its fulfillment, reinforcing the initial belief. First described in sociology, the notion of self-fulfilling prophecy is also relevant in medicine where clinical practice is largely based on the prognosis of patients and their diseases. Therefore, the belief in a pejorative prognosis can lead to medical management that will result in an unfavourable evolution or will not prevent it. This risk is acute in intensive care medicine with practice of withholding or withdrawal of life support situations with share decision making that frequently lead to the death of the patient. It is a significant matter because the large data series from which a patient's prognosis is evaluated in current clinical practice include patients who have been the subject of withholding or withdrawal of life support decisions. This might lead to a circular reasoning that is difficult to interrupt. Neuro-resuscitation patients, with strokes, anoxo-ischemic encephalopathies after cardiac arrest, or head injuries, are particularly at risk of self-fulfilling prophecy because the perspective of severe neurological sequelae often motivates a decision of withholding or withdrawal of life support. Departing from

self-fulfilling prophecies requires a compromise between the observation time necessary to establish the most accurate prognosis possible, and the prolongation of invasive treatments that would prove to be unnecessary a posteriori in the case of patients with no hope of neurological improvement.

Keywords Self-fulfilling prophecy · Withholding or withdrawal of life support · Prognosis · Medical decision · Intensive care

Introduction

En réanimation, l'ensemble des techniques mises en œuvre visent à corriger les défaillances d'organes et à permettre aux patients, non seulement de survivre, mais également de recouvrer une qualité de vie en adéquation avec leurs valeurs. Pour y parvenir, les médecins réanimateurs et leurs équipes doivent faire face à de nombreuses difficultés. D'une part, les stratégies de soins ou de prise en charge reposent sur la mobilisation de multiples données (cliniques, paracliniques, mais aussi afférentes aux divers indices pronostiques validés au niveau international). D'autre part, il s'agit de s'attacher à la singularité de chaque malade, présentant à un instant t une pathologie, un potentiel évolutif et un pronostic qui lui sont propres, et s'inscrivant dans une trajectoire de vie qui n'est pas similaire à une autre. Comment alors décider, le plus souvent dans l'urgence et face à un patient dans l'incapacité de s'exprimer, ce qui lui sera le plus adapté ? Comment s'assurer que les croyances en une issue favorable ou défavorable ne modifient pas la prise en charge des patients et n'influencent pas leur pronostic, constituant ainsi une prophétie autoréalisatrice (PAR) ?

L'objectif de cet article est de mettre en lumière la notion de PAR, adaptée à la médecine intensive-réanimation. Ce sujet restant peu connu et discuté dans cette spécialité médicale, il nous semble important de poser les jalons d'une réflexion qui sera — selon notre hypothèse — à même de rendre les professionnels de santé plus vigilants et in fine d'améliorer leurs pratiques.

Cas de Mme F.

Mme F. est âgée de 76 ans. Elle ne présente pas de trouble cognitif et est uniquement traitée par anticoagulant oral pour une fibrillation atriale. En mars dernier, elle effectue un séjour dans un territoire outre-mer avec trois de ses proches.

Le 15 mars au soir, Mme F. chute et se cogne la tête contre un mur en rentrant à son hôtel. Elle ne s'en soucie pas et part se coucher. Le lendemain, à partir de 15 heures, Mme F. présente des signes d'hypertension intracrânienne (HTIC) [troubles de la conscience, céphalées, vomissements]. Ses

proches la conduisent à l'hôpital local le plus proche. À son arrivée, l'examen clinique réalisé met en évidence un score de Glasgow à 5 avec une mydriase unilatérale gauche pour laquelle un traitement par mannitol est instauré immédiatement. Mme F. est intubée et ventilée. Elle ne présente pas de défaillance hémodynamique ou respiratoire. Elle est ensuite évacuée par voie aérienne vers le centre hospitalier de recours de l'île. À son arrivée à cinq heures du matin, une tomodensitométrie (TDM) cérébrale est réalisée. Celle-ci révèle un hématome sous-dural (HSD) gauche de 20 mm d'épaisseur, avec un engagement sous-falcoriel vers le côté droit de 17 mm et un œdème hémisphérique gauche.

Stratégie de soins au centre hospitalier de l'île

Le 16 mars, le Dr H., orthopédiste, est l'un des deux seuls chirurgiens de garde. Après concertation avec le réanimateur de garde, Mme F. est immédiatement transférée au bloc opératoire pour évacuer l'HSD, avec réalisation d'un volet crânien et pose d'un capteur de pression intracrânienne (PIC). Les suites postopératoires immédiates sont marquées sur le plan clinique par l'absence d'HTIC (PIC entre 5 et 10 mmHg) et la présence de réflexes photomoteurs et cornéens. Sur le plan paraclinique, la TDM réalisée à 24 heures et à 72 heures de la chirurgie montre une persistance de l'engagement sous-falcoriel à droite de 5 mm, une pneumocéphalie, la disparition de l'HSD en regard du volet crânien et la persistance d'un HSD avec une épaisseur maximale à 13 mm en regard de la jonction temporo-occipitale gauche. Devant cette évolution clinique et radiologique, et dans le but d'optimiser la prise en charge de Mme F., un contact est rapidement pris auprès d'un centre expert continental.

Avis du centre expert continental

À la lecture du dossier de Mme F., les médecins du centre expert estiment que la chirurgie d'évacuation de l'HSD n'aurait pas dû être effectuée, en raison du pronostic neurologique très péjoratif. Ils précisent également que la prise en charge aurait dû s'orienter vers la réalisation de soins de confort jusqu'au décès de la patiente. À ce stade, ils proposent au médecin réanimateur en charge de Mme F. de réaliser, d'une part, une évaluation neurologique sans sédation et, d'autre part, une imagerie par résonance magnétique (IRM) afin d'effectuer un bilan lésionnel et de faire le point sur l'état de son cerveau antérieurement à son accident en évaluant la leucoaraïose. Sont en outre envisagées des lésions associées, à savoir des hypersignaux dans les thalami et les pédoncules cérébraux, ainsi que des lésions de l'hémisphère gauche. L'avis final est que *l'évolution de cette patiente ne pourra pas être favorable.*

Poursuite de la prise en charge au centre hospitalier de l'île

Après information des proches de Mme F., les sédations sont arrêtées le 31 mars pour réaliser l'évaluation neurologique. Rapidement, Mme F. présente des signes de réveil avec, à j2 de l'arrêt des sédations, une réponse aux ordres simples permettant une extubation à j4, puis un transfert dans le service de chirurgie pour la suite de la prise en charge à j15 de son hospitalisation en réanimation.

Évolution de Mme F.

À trois mois, Mme F. marche avec une aide, parle et écrit. Elle présente comme séquelles cognitives un ralentissement idéomoteur et des troubles de la mémorisation. Son score de Rankin modifié [1] est évalué à 2.

Une question de perspectives ?

Le cas de Mme F. s'apparente à un exercice d'uchronie médicale : que se serait-il passé si Mme F. s'était cogné la tête à son domicile sur le continent et avait été prise en charge au sein du centre expert susmentionné ? Que se serait-il passé si le chirurgien de garde avait été neurochirurgien ?

En filigrane, un problème important se pose : dans quelle mesure les représentations et les croyances des individus participent-elles à la construction du réel ? Les points de vue, perspectives ainsi que les différentes situations auxquelles sont confrontés les professionnels de santé influencent-ils le devenir des malades (pour le meilleur, mais aussi pour le pire) ?

Dans un article de 1948 [2], le sociologue américain R.K. Merton introduit l'expression PAR pour désigner « une définition d'abord *fausse* de la situation, suscitant un nouveau comportement qui la rend *vraie* ». Bien que cette formulation mérite d'être affinée — puisqu'elle convoque les notions de vrai et de faux alors que la prophétie finit par se réaliser —, elle met judicieusement en exergue le fait suivant : déterminer qu'une situation va se produire (ou revêtir telles caractéristiques) crée des comportements à même de rendre cette situation effective. Le psychologue américain Watzlawick [3] l'illustre par cet exemple :

« En mars 1979, les journaux californiens commencèrent à faire beaucoup de bruit autour d'une importante et imminente pénurie d'essence ; les automobilistes californiens se ruèrent alors sur les pompes à essence pour remplir les réservoirs de leurs véhicules, et les maintenir aussi pleins que possible. Le remplissage de 12 millions de réservoirs (qui jusqu'alors restaient au trois quarts vides) épuisa les énormes réserves d'essence disponibles et entraîna quasiment du jour au lendemain la pénurie annoncée. »

On constate qu'un événement B hypothétique (la pénurie d'essence) influe sur un événement A (les automobilistes changent leur comportement) et devient effectif. Ce que l'on supposait être l'effet de la pénurie s'avère en fait sa cause. Mais comment une simple prédiction peut-elle se transformer en prophétie accomplie ? Le point central est la croyance en la prédiction, et plus précisément en sa véracité. Ainsi, les automobilistes ont cru que l'information était vraie, c'est-à-dire que la pénurie de carburant allait se produire. Sans cela, ils n'auraient pas changé leur comportement, et la prophétie ne se serait pas réalisée. Comme le résume Watzlawick [4], « *une idée pour peu qu'on s'y accroche avec une conviction suffisante, qu'on la caresse et la berce avec soin, finira par produire sa propre réalité* ». La réalisation de la prédiction confirme de surcroît la croyance en sa véracité, ce qui renforcera par exemple la crédibilité des journaux ayant relayé l'information relative à la pénurie d'essence et incitera les lecteurs à considérer ces sources comme fiables. La PAR forme ainsi un raisonnement circulaire, ou « *cercle vicieux* », qu'il est difficile d'interrompre.

Par-delà la LAT, la vigilance s'impose !

La principale caractéristique d'une PAR est que la croyance en une situation entraîne sa réalisation, renforçant alors la croyance initiale. Ainsi, la prédiction finit par se réaliser, non pas parce que la situation était inéluctable, mais parce que — rétrospectivement — tout a été mis en œuvre pour que cela aboutisse. En raison des implications immédiates en termes de mortalité, les PAR dans le domaine de la médecine, et notamment de la réanimation, nous semblent nécessiter une vigilance accrue.

Le risque de PAR et de raisonnement circulaire tient en premier lieu au fait que le pronostic d'un patient est un élément central de sa prise en charge. Celui-ci détermine le niveau d'engagement des thérapeutiques afin de ne pas mettre en œuvre de traitements déraisonnables eu égard à l'évolution *probable* de la maladie ou aux volontés du patient. Lorsque l'équipe de réanimation juge que la poursuite de ces traitements est disproportionnée, une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (LAT) peut être envisagée dans les conditions définies par la loi Claeys-Leonetti, conduisant dans la majorité des cas au décès intrahospitalier du patient. Or, il est fondamental de considérer, tout d'abord, que les différents scores utilisés pour établir un pronostic n'ont pas été pensés à l'échelle individuelle, mais à l'échelle globale pour comparer des cohortes de patients et établir une stratification ; ensuite, que le pronostic — en termes de mortalité mais aussi de morbidité — est lié en grande partie à l'intensité de l'engagement thérapeutique ; et enfin, qu'il est élaboré à partir de modèles prédictifs issus de grandes cohortes de personnes présentant les mêmes caractéristiques

cliniques et paracliniques que le patient pris en charge — en sachant que, dans ces cohortes, certains malades ont fait l'objet d'une décision de LAT.

Comme le met en exergue l'étude menée par Lesieur et al. [5] dans 43 unités de réanimation françaises, 50 % des décès en réanimation étaient secondaires à une procédure de LAT, et celles-ci aboutissaient dans la grande majorité des cas à la mort du patient : 95 % des patients ayant eu un arrêt d'au moins un traitement décédaient lors de leur séjour hospitalier. Ces résultats peuvent être interprétés de la façon suivante : le fait de croire qu'un patient est à haut risque de mourir entraîne de façon fréquente la réalisation d'une LAT — et in fine le décès du patient. Cela est particulièrement prégnant dans le domaine de la neuroréanimation, où une limitation précoce des thérapeutiques chez les patients hospitalisés pour une hémorragie intracérébrale non traumatique est un facteur indépendant de mauvais pronostic [6–7]. De plus, les scores pronostiques des hémorragies intracérébrales sont conçus à partir de cohortes de patients dans lesquelles certains ont eu un arrêt des thérapeutiques. Ainsi, le risque de PAR est important chez ces malades quand l'arrêt des traitements se fonde sur ces scores [8]. Dans une étude prospective récente, Morgenstern et al. [9] ont comparé le devenir des patients avec une hémorragie intracérébrale grave (Glasgow Coma Score médian à 7) n'ayant pas eu de limitation de traitement les cinq premiers jours de leur prise en charge au pronostic prédit d'après le score ICH (Intra Cerebral Hemorrhage) communément utilisé. Les patients de cette étude avaient une survie supérieure à celle prédite (20,2 % de mortalité observée versus 50 % de mortalité prédite à j30) et, à j90, un pronostic fonctionnel correspondant pour 29,9 % des cas à un score de Rankin modifié compris entre 0 et 3.

Si le risque de PAR est lié au pronostic et à l'utilisation de scores, il dépend également du praticien. En effet, chaque professionnel de santé, en fonction de son expérience et de ses connaissances, peut avoir une vision plus ou moins optimiste du pronostic d'un même patient — alors que de très lourdes séquelles peuvent finalement être associées à une qualité de vie acceptable (il s'agit du *disability paradox* qui fait référence à l'absence de corrélation entre l'importance du handicap et la qualité de vie ressentie) [10–11]. Son interprétation d'une situation donnée engendrera une prise en charge thérapeutique spécifique (poursuite ou arrêt des traitements) et influencera directement le pronostic du patient, confirmant alors ce que le praticien pensait initialement. Ainsi, Zahuranec et al. [12] montrent l'extrême variabilité d'engagement thérapeutique entre 746 praticiens neurologues ou neurochirurgiens à qui l'on présente deux scénarios d'hémorragie intracérébrale (à noter que lorsqu'un score pronostique leur est fourni en plus de l'histoire clinique et paraclinique du patient, cette variabilité diminue mais persiste tout de même).

Ces différences de prises en charge documentées dans la littérature concernent également les traumatismes crâniens graves et les lésions cérébrales postarrêt cardiaque. Il est en effet établi que, dans le cas des patients présentant un traumatisme crânien grave, les pratiques de LAT sont très hétérogènes entre les pays, au sein d'un même pays, voire d'une même unité de réanimation [13]. Il existe une différence importante de devenir des patients en fonction de ces pratiques [14]. Dans le cas des patients présentant des lésions cérébrales anoxohypoxiques postarrêt cardiaque, un arrêt trop précoce des thérapeutiques peut être la conséquence d'une PAR. Plus de la moitié des patients admis en réanimation pour un arrêt cardiaque vont décéder, la plupart dans les suites d'une procédure de LAT. Ces décisions de LAT reposent notamment sur des examens cliniques répétés, des examens complémentaires électrophysiologiques (électroencéphalogramme, potentiels évoqués somesthésiques), des examens biologiques (dosage de l'énolase neurospécifique) et de l'IRM. Des recommandations récentes permettent de définir le moment de réalisation de ces différents examens et les différentes combinaisons d'examen permettant de prédire de la façon la plus robuste possible une évolution neurologique défavorable [15–16]. Cependant, si la valeur prédictive positive de ces examens s'approche de 100 %, leur évaluation sur des échantillons modérés de patients conduit à un intervalle de confiance élevé [17], et la combinaison optimale entre ces examens n'a pour le moment pas été testée. Ici encore, l'évaluation des outils de neuropronostication est établie sur des séries dans lesquelles une limitation des thérapeutiques était réalisée, entraînant un biais d'évaluation et le risque de PAR. Des études récentes montrent ainsi qu'il peut exister un réveil tardif chez des patients alors même qu'un score de Glasgow moteur était inférieur à 2 à la prise en charge et qu'il était noté une absence des réflexes pupillaires à 48 heures de l'arrêt des sédations [18]. De plus, les recommandations édictées à un moment donné ne peuvent pas prendre en compte les plus récents progrès thérapeutiques et les nouvelles techniques d'évaluation neurologique. Ainsi, l'IRM par tenseur de diffusion a récemment montré que parmi les patients non réveillés à j7 d'un arrêt cardiaque, 20 % d'entre eux vont présenter une évolution neurologique favorable (Cerebral Performance Category 1 ou 2). Cette étude étant postérieure aux recommandations, elle n'est pas réalisée par l'ensemble des centres — laissant penser qu'une partie des patients vont faire l'objet d'une LAT alors qu'un réveil favorable pourrait être espéré [19].

Se départir des PAR ?

S'il est indispensable de prendre conscience du risque de PAR, il ne faut toutefois ni s'abstenir d'agir ni remettre systématiquement en cause toutes les décisions de LAT. Cela conduirait en effet à un défaut de prise en charge des patients

ou a contrario à la poursuite de traitements invasifs et prolongés sans bénéfice pour les patients eux-mêmes. Comment alors surmonter ces difficultés ?

La procédure collégiale pourrait apparaître de prime abord comme un garde-fou contre les PAR. En effet, comme le réaffirme le décret du 5 août 2016 (*JORF* n° 0181), une procédure collégiale doit être menée pour toute décision de LAT concernant un patient incapable d'exprimer sa volonté ou un mineur. Il s'agit, pour les membres présents de l'équipe pluriprofessionnelle et au moins un médecin appelé en qualité de consultant, de réaliser une concertation afin d'étayer le plus précisément possible la situation du patient et de déterminer si la poursuite des thérapeutiques constituerait une obstination déraisonnable. Théoriquement donc, cette procédure permet de confronter différents avis et de prendre une décision de manière plus circonstanciée. Cependant, en pratique, plusieurs problèmes se posent. En premier lieu, chacune des personnes présentes doit avoir la possibilité de s'exprimer, quel que soit son statut. Or, une enquête en réanimation pédiatrique a mis en évidence que seulement 40 % des paramédicaux pensaient que leur avis était souvent ou toujours pris en compte [20]. Vinatier et al. [21] ont en outre souligné les différents biais d'un véritable débat au niveau de l'interaction entre les intervenants et la mise en place de mécanismes individuels de défense. Dans ces conditions, un accord unanime pourrait finalement témoigner d'une absence de dialogue et de réflexion approfondie. En second lieu, cette procédure peut laisser la place aux croyances de chacun et par conséquent aux PAR. La concertation doit donc être organisée de façon à ce qu'une discussion étayée et argumentée ait lieu. En aucun cas, elle ne peut constituer un prétexte, l'issue de la prise en charge du patient étant déjà connue par avance. Il est important de rappeler que le terme de collégialité mentionné par le législateur ne signifie pas que le consensus doit être recherché absolument — in fine, le médecin en charge du patient assume seul la décision prise. Néanmoins, il est fondamental de délibérer, c'est-à-dire de mettre en balance les différents éléments et points de vue afin de choisir la solution la plus adaptée à *chaque* patient. La temporalité est également cruciale : il faut déterminer un *kairos*, un moment opportun pour réaliser cette concertation (puis, pour mettre en œuvre la LAT, si elle est décidée).

Dans les services de réanimation, cela signifie tout d'abord envisager l'ensemble des options de prise en charge (même si elles semblent d'emblée déraisonnables ou inappropriées) en réexaminant le dossier médical, différer les décisions de LAT qui paraissent prématurées eu égard aux données cliniques et paracliniques disponibles, consulter les directives anticipées lorsqu'elles existent, la personne de confiance, les proches, la famille de façon répétée ainsi que les professionnels de santé en charge antérieurement du malade afin d'obtenir des informations plus complètes. Cela signifie également prendre le temps nécessaire à l'établisse-

ment d'un pronostic plus précis. Cela signifie enfin considérer que le doute, loin de constituer une impasse, ouvre au questionnement et rappelle que chaque cas est par essence singulier.

Il est en outre capital d'avoir à l'esprit que chaque décision de LAT se prend dans un contexte d'incertitude, que l'on tente de limiter par la connaissance des données cliniques, paracliniques et les préférences du patient, mais dont il s'agit cependant d'assumer les conséquences. Finalement, peut-être faut-il accepter que, dans un contexte d'incertitude difficilement soutenable puisqu'il est question de vie et de mort, il n'est possible d'agir véritablement dans l'intérêt des patients qu'en ayant conscience de ses limites et en continuant sans cesse à s'interroger sur ses pratiques. Comme l'affirmait Hippocrate dans ses célèbres *Aphorismes* [22] : « *La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.* »

Conclusion

Cet article a permis de mettre en exergue le risque de PAR en réanimation et, nous l'espérons, de poser les jalons d'une réflexion qui sera sans doute à même de rendre les professionnels de santé plus vigilants dans leurs pratiques. S'il s'agit par-dessus tout de prendre en charge de la meilleure façon possible les patients, il ne faut toutefois pas oublier que les réanimateurs et leurs équipes ne sont pas exempts de croyances qui peuvent influencer le devenir des malades. De plus, les multiples données mobilisées pour établir un pronostic et déterminer les stratégies de soins ou de prise en charge reposent elles-mêmes sur d'autres données qui peuvent comporter des biais. Il s'agit donc de faire preuve de prudence et surtout de s'autoriser à douter. Enfin, la temporalité joue un rôle crucial, il est donc indispensable au quotidien de prendre le recul nécessaire pour reconsidérer les actions menées — ou envisagées — et avoir un angle de vue plus large.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Broderick JP, Adeoye O, Elm J, (2017) The evolution of the Modified Rankin Scale and its use in future stroke trials. *Stroke* 48: 2007–2012
2. Merton RK, (1948) The self-fulfilling prophecy. *Antioch Rev* 8: 195 (nous traduisons le passage cité). À noter que Merton fait directement référence au théorème d'Isaac William Thomas, sociologue américain, énoncé en 1928 : « Quand les hommes considèrent certaines situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences », cf. pour la version française, Merton RK, (1949) *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris, Plon, 1965, 2^e ed., p 140

3. Watzlawick P, (1981) Les prédictions qui se vérifient d'elles-mêmes. In: Watzlawick P (dir.) 1988. *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme. Points Essais*, Paris, 1999, pp 109–110
4. Watzlawick P, (1983) *Faites vous-même votre malheur. Points Essais*, Paris, 2014, pp 53–54
5. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF; EPILAT study group, (2015) Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care* 5: 56
6. Hemphill JC 3rd, Newman J, Zhao S, Claiborne Johnston S, (2004) Hospital usage of early do-not-resuscitate orders and outcome after intracerebral hemorrhage. *Stroke* 35: 1130–1134
7. Zahuranec DB, Brown DL, Lisabeth LD, Gonzales NR, Longwell PJ, Smith MA, Garcia NM, Morgenstern LB, (2007) Early care limitations independently predict mortality after intracerebral hemorrhage. *Neurology* 68: 1651–1657
8. Becker KJ, Baxter AB, Cohen WA, Bybee HM, Tirschwell DL, Newell DW, Winn HR, Longstreth WT Jr, (2001) Withdrawal of support in intracerebral hemorrhage may lead to self-fulfilling prophecies. *Neurology* 56: 766–772
9. Morgenstern LB, Zahuranec DB, Sánchez BN, Becker KJ, Geraghty M, Hughes R, Norris G, Hemphill JC 3rd, (2015) Full medical support for intracerebral hemorrhage. *Neurology* 84: 1739–1744
10. Albrecht GL, Devlieger PJ, (1999) The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 48: 977–988
11. Quentin B, Grim O, Moine H, Buis NH, Eon B, Noizet O, Pillot J, Boyer A, Daubin C, Robert R; Commission d'éthique de la Société de réanimation de langue française (SRLF), (2017) Amputations multiples après purpura fulminans : jusqu'où peut-on accepter le handicap ? Aspects anthropologiques et philosophiques. *Med Intensive Rea* 26: 261–267
12. Zahuranec DB, Fagerlin A, Sánchez BN, Roney ME, Thompson BB, Fuhrel-Forbis A, Morgenstern LB, (2016) Variability in physician prognosis and recommendations after intracerebral hemorrhage. *Neurology* 86: 1864–1871
13. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR, (2015) Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med* 41: 1572–1585
14. Turgeon AF, Lauzier F, Simard JF, Scales DC, Burns KE, Moore L, Zygun DA, Bernard F, Meade MO, Dung TC, Ratnapalan M, Todd S, Harlock J, Fergusson DA; Canadian Critical Care Trials Group, (2011) Mortality associated with withdrawal of life-sustaining therapy for patients with severe traumatic brain injury: a Canadian multicentre cohort study. *CMAJ* 183: 1581–1588
15. Nolan JP, Cariou A, (2015) Post-resuscitation care: ERC–ESICM guidelines 2015. *Intensive Care Med* 41: 2204–2206
16. Sandroni C, Cariou A, Cavallaro F, Cronberg T, Friberg H, Hoedemaekers C, Horn J, Nolan JP, Rossetti AO, Soar J, (2014) Prognostication in comatose survivors of cardiac arrest: an advisory statement from the European Resuscitation Council and the European Society of Intensive Care Medicine. *Resuscitation* 85: 1779–1789
17. Kamps MJ, Horn J, Oddo M, Fugate JE, Storm C, Cronberg T, Wijman CA, Wu O, Binnekade JM, Hoedemaekers CW, (2013) Prognostication of neurologic outcome in cardiac arrest patients after mild therapeutic hypothermia: a meta-analysis of the current literature. *Intensive Care Med* 39: 1671–1682
18. Paul M, Bougouin W, Geri G, Dumas F, Champigneulle B, Legriel S, Charpentier J, Mira JP, Sandroni C, Cariou A, (2016) Delayed awakening after cardiac arrest: prevalence and risk factors in the Parisian registry. *Intensive Care Med* 42: 1128–1136
19. Velly L, Perlberg V, Boulier T, Adam N, Delphine S, Luyt CE, Battisti V, Torkomian G, Arbelot C, Chabanne R, Jean B, Di Perri C, Laureys S, Citerio G, Vargiolu A, Rohaut B, Bruder N, Girard N, Silva S, Cottenceau V, Tourdias T, Coulon O, Riou B, Naccache L, Gupta R, Benali H, Galanaud D, Puybasset L; MRI-COMA Investigators, (2018) Use of brain diffusion tensor imaging for the prediction of long-term neurological outcomes in patients after cardiac arrest: a multicentre, international, prospective, observational, cohort study. *Lancet Neurol* 17: 317–326
20. de Saint Blanquat L, Cremer R, Elie C, Lesage F, Dupic L, Hubert P; Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP), (2014) French law related to patient's rights and end of life: pediatric intensive care unit's health professionals' opinions. *Arch Pediatr* 21: 34–43
21. Vinatier I, Fiancette M, Lebert C, Henry-Lagarrigue M, Martin-Lefèvre L, (2014) Collegiality for end-of-life decision making in the intensive care unit. *Reanimation* 23: 503–510
22. Hippocrate, (1999) *Aphorismes*. In: *L'art de la médecine*. GF Flammarion, Paris, p 210