



HAL
open science

Quelle place occupe la prophétie auto-réalisatrice dans le processus décisionnel d'un arrêt ou limitation des traitements après un arrêt cardio-respiratoire ?

Juliette Pillard

► To cite this version:

Juliette Pillard. Quelle place occupe la prophétie auto-réalisatrice dans le processus décisionnel d'un arrêt ou limitation des traitements après un arrêt cardio-respiratoire ?. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03381397

HAL Id: dumas-03381397

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03381397v1>

Submitted on 16 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE



Université de Caen Normandie

Quelle place occupe la prophétie auto-réalisatrice dans le processus décisionnel d'un arrêt ou limitation des traitements après un arrêt cardio-respiratoire ?

Master 1 Ethique en santé
PILLARD Juliette
Année universitaire 2019/2020

C'est au moment du « je ne sais pas quelle est la bonne règle » que la question éthique se pose. Donc, ce qui m'occupe, c'est ce moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il me faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti. D'urgence, sans attendre ».

Jacques Derrida

Sommaire :

Introduction	4
I/ Eléments permettant aux réanimateurs d'accompagner le patient dans son devenir.....	8
a/ Les éléments décisionnels cliniques.....	9
b/ Les éléments décisionnels biologiques.....	10
c/ Les éléments décisionnels d'imagerie.....	12
d/ L'approche multimodale.....	13
e/ La fragilité de ces éléments.....	13
II/ L'ambivalence entre objectivité et subjectivité des patients concernés.....	14
a/ La responsabilité des médecins	14
b/ Les directives anticipées et la personne de confiance	16
c/ La procédure de réflexion collégiale	17
d/ Le processus décisionnel du cas clinique	18
e/ Mais que signifie vraiment l'évolution défavorable ?.....	19
f/ La limite entre médecin et prophète.....	20
g/ La procédure Maastricht 3	21
III/ Conclusion	22
IV/ Remerciements	24
V// Bibliographie	25

I/ Introduction :

Chaque année en France , plus de 40 000 personnes sont victimes d'un arrêt cardio-respiratoire (ACR) et moins de 10 % en décèdent. [1]

L'élaboration et la diffusion de la chaîne de survie vise à augmenter les chances de survie en assurant les premiers soins le plus précocement possible. La chaîne de survie inclut l'alerte immédiate, puis la réanimation cardio-pulmonaire précoce (RCP), la défibrillation le plus rapidement possible et enfin les soins spécialisés. L'intervention d'une personne pratiquant la réanimation cardio-pulmonaire et la défibrillation peut augmenter les chances de survie de 5% à plus de 50% [2]. Il existe par la suite plusieurs échelles pour évaluer le pronostic après une RCP réussie : l'échelle des catégories de performance cérébrale (CPC), bien que ne tenant compte que des fonctions cérébrales, est un moyen d'évaluation reconnu, fiable et facile à obtenir.

De ceux présentant un arrêt cardiaque, qui retrouveront une activité circulatoire et seront pris en charge en réanimation, plus de 60% décèderont. Parmi les survivants, environ 50% auront des séquelles neurologiques sévères. [3] Ce mauvais pronostic est lié essentiellement à l'encéphalopathie post anoxique.

Il appartient donc au clinicien de chercher à évaluer le pronostic neurologique de ces patients afin de décider à court ou long terme l'arrêt ou la continuité des soins. La difficulté est de ne pas condamner un patient dont l'évolution serait favorable, ni de poursuivre les soins chez un patient dont l'évolution serait péjorative vers un potentiel état végétatif ou des séquelles neurologiques très sévères.

Pour au mieux guider les médecins, des éléments décisionnels cliniques et paracliniques ont été étudiés et tiennent désormais une place importante dans l'aide à la décision du personnel médical.

La croyance en un pronostic péjoratif peut être à l'origine d'une prise en charge médicale qui aboutira à une évolution défavorable ou qui ne l'empêchera pas. Ce risque est particulièrement aigu en réanimation où les pratiques de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques conduisent fréquemment au décès du patient, c'est ce qu'on appelle la prophétie auto-réalisatrice.

Dans ce contexte, il m'a paru intéressant de chercher à analyser la place de la prophétie auto-réalisatrice dans le processus décisionnel d'un arrêt ou limitation des traitements après un arrêt cardio-respiratoire au regard de la difficulté à appréhender ce que pourrait être la volonté du patient. Deux patients avec la même prédiction neurologique pourraient ne pas avoir la même envie de continuer à vivre, l'un ne jugeant peut être pas utile de poursuivre ainsi, l'autre préférant vivre avec des séquelles neurologiques marquées. Ainsi, comment allier au mieux l'objectivité et la subjectivité dans la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire ?

Méthodes :

Il m'a paru utile de rapporter un cas clinique de coma après arrêt cardiaque afin d'illustrer le processus décisionnel d'un arrêt des traitements en réanimation, de pouvoir souligner la part d'incertitude inhérente à toute décision en la matière et mieux appréhender le processus de prophétie auto-réalisatrice.

Seront ensuite abordées les questions suivantes : I) la pertinence des facteurs prédictifs d'une évolution défavorable après arrêt cardiaque.

II) l'ambivalence entre l'objectivité des éléments décisionnels et la subjectivité des patients concernés.

Définitions :

Arrêt cardio respiratoire : L'arrêt cardiaque (AC), ou cardio-respiratoire (ACR), est défini comme l'interruption brutale de la circulation et de la ventilation.

Loi Clays Léonetti de février 2016: est une loi qui interdit de donner la mort ou de s'obstiner déraisonnablement. Elle oblige à écouter, informer, soulager, et respecter les volontés du patient.

Elle crée de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie, en plus de clarifier les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable, et instaure un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme.

Les directives anticipées deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

Prophétie auto-réalisatrice : La prophétie auto-réalisatrice (de l'anglais *self-fulfilling prophecy*) est un concept de sciences sociales et psychologiques utilisé pour traduire une situation dans laquelle quelqu'un qui prédit ou s'attend à un événement, souvent négatif, modifie ses comportements en fonction de ces croyances, ce qui a pour conséquence de faire la prophétie se réaliser.

Le concept a été introduit par les sociologues américains Robert King Merton et William Isaac Thomas. Il est utilisé dans de nombreux contextes comme l'origine des conflits, l'économie, la médecine, le sport, la pédagogie, la politique, etc.

Score des catégories de performance cérébrale (CPC) :

La catégorie CPC 1 reflète un bon pronostic englobant une conscience, une capacité de travailler et de mener une vie normale avec des déficits neurologiques ou psychiques minimes.

La catégorie CPC 2 est également de bon pronostic avec une conscience, une possibilité de travailler à temps partiel dans un environnement protégé et une autonomie pour les activités quotidiennes.

Le patient CPC 3 souffre d'un déficit neurologique de profondeur variable, de l'état de conscience minimale à un état conscient, communiquant mais avec une dépendance pour les activités quotidiennes.

Le patient CPC 4 est inconscient, en coma persistant ou en état végétatif. Enfin, la catégorie CPC 5 définit la mort cérébrale ou le décès certifié par les moyens usuels.

L'état végétatif est la récupération de l'état d'éveil, le patient ouvre les yeux et récupère un cycle veille-sommeil sans présenter une activité motrice volontaire. Il n'a cependant aucune conscience de lui et de son environnement. Cet état peut être transitoire ou irréversible.

L'état de conscience minimale caractérisé par l'apparition de réponses motrices à la commande, d'une poursuite visuelle soutenue et d'une localisation de stimulations nociceptives peut suivre l'état végétatif. Ces comportements peuvent être fluctuants, mais doivent être reproductibles. Dès que le patient communique, verbalement ou non, ou qu'il est capable d'utiliser des objets, on dit qu'il émerge de l'état de conscience minimale.

Les stades de Maastricht dans le cadre du prélèvement d'organes :

Stade 1 : Personne faisant un arrêt cardiaque et déclarées décédées à la prise en charge.

Stade 2 : Personne faisant un arrêt cardiaque avec mise en oeuvre d'un massage cardiaque et d'une ventilation assistée mais sans récupération d'une activité circulatoire.

Stade 3 : Personne faisant l'objet d'une décision d'arrêt programmé des traitements en raison de leur pronostic.

Stade 4 : personnes décédées en mort encéphalique qui font un arrêt cardiaque irréversible au cours de la prise en charge en réanimation.

Présentation du cas clinique :

Dans le but de guider mon travail, le Dr Daubin (Praticien Hospitalier en service de réanimation médical du CHU Caen) m'a fait part d'un cas clinique dont je me suis servie afin d'appuyer mon propos sur les principales problématiques que peut soulever la prophétie auto-régulatrice post arrêt cardio-respiratoire.

Il s'agit d'une femme âgée de 55 ans, alcoolique chronique sevrée depuis 4 ans et hypertendue admise initialement pour un arrêt cardiaque extrahospitalier et réanimée par le SAMU. Après reprise d'une circulation efficace, il n'est pas noté de retour à la conscience. La patiente est dans le coma.

À J14 d'un coma après arrêt cardiaque, le pronostic neurologique reste incertain. La patiente est toujours sous assistance respiratoire artificiel et nourrit artificiellement par une sonde gastrique. Elle est éveillée et semble s'orienter aux bruits, elle ne répond pas aux ordres simples.

À J15, le staff de service réunissant l'ensemble des médecins titulaires du service, les internes, les étudiants hospitaliers, la cadre et des soignants, estime trop précoce une limitation ou un arrêt des soins. Il préconise une réévaluation à une semaine selon l'évolution clinique.

À J24, l'état clinique de la patiente est jugé stationnaire de type pauci-relationnel. La famille exprime clairement qu'elle ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique s'il n'y a pas espoir d'une évolution meilleure.

En raison de l'absence d'une évolution neurologique franche à plus de trois semaines d'un coma anoxique après arrêt cardiaque pronostiquant selon les données de la littérature et l'expérience acquise en service de réanimation, une évolution défavorable avec une forte probabilité (décès à long terme, état végétatif persistant ou séquelles neurocognitives graves et invalidantes), il est décidé après délibération collégiale en staff de service, un arrêt des traitements de suppléance vital (assistance respiratoire et nutrition artificielle). Une décision conforme aux dispositions législatives de la Loi Clayes-Leonetti. La famille en est informée en rendez-vous deux jours plus tard. Elle partage cette décision.

Seulement, celle-ci souhaite attendre encore deux jours avant l'arrêt des traitements pour laisser le temps à un proche d'Angleterre d'arriver.

Le lendemain de cet entretien, à J29 la patiente suit du regard et à J30 on observe une première réponse aux ordres simples par signe de tête.

Les traitements sont poursuivis et accompagnent l'amélioration de la patiente. Elle sortira de réanimation pour un centre de réadaptation.

Au final, à 1 an, la patiente vit chez l'un de ses frères. Elle n'a pas de dépendance physique. La patiente se douche seule, est continente, se déplace seule, s'habille et se nourrit seule, s'exprime normalement. Elle présente cependant une fonction cognitive altérée avec un trouble de l'attention, de concentration et de mémorisation. Elle a donc besoin d'une tiers personne pour la gestion de ses finances et documents administratifs, pour l'usage du téléphone et pour prendre un transport ou faire un achat seule. Elle est toujours suivie en rééducation cognitive. Elle a une vie relationnelle et affective jugée normale par ses proches. Les proches sont reconnaissants à l'équipe de réanimation. A aucun moment, les proches ou la patiente n'évoque un regret quant à la poursuite de la réanimation.

Ici se pose donc la question de la fragilité potentielle des éléments décisionnels ainsi que la place de la subjectivité des patients dans la décision médicale.

I/ Les éléments permettant aux réanimateurs d'accompagner au mieux le patient dans son devenir :

L'espoir d'une réversibilité neurologique d'un coma après arrêt cardiaque est faible pour beaucoup de patients, et l'équipe médicale fait souvent face à des questionnements sur l'utilité de la persistance des traitements et si cela en vaut la peine. Pour cela, l'approche multimodale est la plus utilisée, réunir plusieurs données permettent de réduire l'erreur pronostic.

Ainsi, il est tout d'abord important de connaître les éléments cliniques ou neurologiques qui déterminent le pronostic.

a/ Les éléments décisionnels cliniques :

Ces éléments sont indispensables à l'équipe médicale pour la prise en charge d'un patient. Ils permettent aux médecins de s'orienter, de discuter, d'éviter un potentiel acharnement thérapeutique ou à l'inverse, l'arrêt des soins chez un patient à l'évolution favorable. Ces éléments sont cliniques et paracliniques.

Cependant, les études visant à évaluer la valeur pronostique des éléments n'ont pas amené à des règles bien déterminées qui pourraient être universelles.

En premier lieu, le type d'arrêt cardiaque a une influence sur la survie du patient. La présence d'un trouble du rythme ventriculaire avec choc électrique externe délivré représente la plus grande chance de survie à la sortie de l'hôpital. Une durée prolongée de l'arrêt sans manœuvre de ressuscitation (no flow) et de la réanimation cardio-respiratoire avant le retour à une activité cardiaque spontanée (low flow) diminuent les chances de survie et augmentent le risque de lésions cérébrales irréversibles. Le seuil est variable d'une étude à l'autre, mais un no flow supérieur à dix minutes et une réanimation supérieure à 20 minutes sont de très mauvais pronostic [4]. De plus, trois facteurs qui associés, permettent de prédire un risque de décès à 99% , ont été déterminés et sont les suivants : l'absence de témoin lors de l'arrêt, un rythme autre que la fibrillation ventriculaire et l'absence de restauration d'une activité cardiaque après dix minutes de réanimation.[4]

Figurent également parmi les données décisionnelles quatre variables principales pouvant prédire le mauvais pronostic qui ont été étudiées dans plusieurs études [5] :

- l'absence de réactions à la stimulation lumineuse pupillaire et de réflexe cornéenn le troisième jour.
- l'absence de réponses motrices à la douleur le troisième jour.
- l'absence bilatérale de réponses corticales précoces au nerf médian aux potentiels évoqués somesthésiques (SSEP) dans la première semaine.
- un tracé isoélectrique ou plat ou d'état de mal électrique sur EEG dans la première semaine.

Les patients présentant plus d'un mauvais résultat ont une plus grande probabilité de mauvais pronostic comparé aux patients ne présentant qu'un seul mauvais résultat.

Parmi ces éléments, les potentiels évoqués somato-sensoriels (SSEP) représentent un prédicteur important de mauvais résultat. En effet, le cortex cérébral est l'une des structures cérébrales la plus sévèrement endommagée. Le SSEP permet d'enregistrer les

réponses corticales précoces du cortex somato-sensoriel après stimulation du nerf médian et mesure ainsi la gravité de l'endommagement cérébrale afin d'identifier les patients avec un mauvais pronostic. Nous mesurons d'abord la première réponse corticale, notamment l'onde N20 qui correspond à la réponse du cortex somesthésique primaire controlatéral. L'absence bilatérale de cette onde est un signe d'une très faible probabilité de récupération (entre 0,1 et 3,7 % dans l'intervalle de confiance à 95%). En revanche, des ondes N20 positives, ne sont pas associées à une évolution favorable. L'absence des réflexes du tronc cérébral à J3 est associé à de graves lésions corticales.

L'électroencéphalogramme est d'une aide également importante dans les éléments décisionnels et permet d'explorer l'activité électrique spontanée du cerveau en plaçant des électrodes sur le cuir chevelu des patients. Plusieurs ondes sont enregistrées en fonction des fréquences permettant ainsi de caractériser le tracé de l'EEG. Dans le coma post arrêt cardio-respiratoire, le tracé est souvent ralenti sans être forcément de mauvais pronostic.

En revanche, lorsque celui-ci est plat, avec suppression généralisée des ondes, ou isoélectrique avec persistance de « bouffées d'activité », il représente un facteur de mauvais pronostic.

Enfin, les myoclonies généralisées multifocales durant les 24 premières heures suivants un arrêt cardio-respiratoire est pareillement de mauvais signe.

b/ Les éléments décisionnels biologiques :

L'approche multimodale prend également en compte des données biologiques.

Parmi celles-ci, l'énolase neurospécifique (NSE) est un biomarqueur pronostic reconnu de l'arrêt cardiaque dans les lignes directrices de l'American Heart Association [5]. Il faut cependant être prudent car des niveaux augmentés peuvent se retrouver dans d'autres troubles comme l'hémolyse.

L'introduction de l'hypothermie thérapeutique a également modifié l'interprétation des valeurs de la NSE en les abaissant. Par conséquent, un seuil de 78,9 ug/l à 72h prédit un pronostic très défavorable comparé à un seuil de 33 ug/l à 72h en l'absence d'hypothermie thérapeutique.

Il y a également la protéine S100 Bêta, d'origine gliale, qui régule la disponibilité cytosolique du calcium. Elle représente un moyen intéressant de prédire l'importance des lésions cérébrales à un stade très précoce après l'arrêt cardiaque mais il existe un manque de spécificité important.

Nous pouvons de plus retrouver des taux sériques de la protéine TAU élevés, révélant un dysfonctionnement axonal, après l'arrêt cardiaque prédisant un mauvais pronostic. Cependant, peu de données soutiennent son utilité comme marqueur de gravité des lésions cérébrales aiguës après l'arrêt cardiaque.

Des études ont également mis en évidence un nouveau biomarqueur potentiel qui est la chaîne légère de neurofilament (NFL) pour laquelle une augmentation dans le LCR ou le sang révèle une lésion axonale. Le niveau de NFL sérique s'est, en effet, montré plus sensible aux mauvais résultats que les tests évoqués ci-dessus. Le dosage du taux de NFL sérique, moins sensible à l'hémolyse que la NSE, pourrait ainsi être supérieur à la NSE et représente donc un indicateur précoce et très spécifique des résultats neurologique de l'arrêt cardiaque. Seulement, pour le moment, seules des études de petites cohortes ont été réalisées, il semblerait intéressant de développer nos connaissances à ce sujet.

Enfin, les ARN non codants pourraient avoir un rôle significatif dans le coma post anoxique pour la prédiction du devenir .

Il existe notamment des micro-ARN qui ont été largement étudiés dans les maladies cardiaques mais très peu dans l'arrêt cardiaque. Des petites études ont été réalisées et il s'est avéré que miR-122-5p, miR-124-3p et miR-21 étaient élevés chez les patients avec de mauvais résultats neurologiques.

De longs ARN (ARNnc) pourraient aussi être utiles. Ces derniers sont exprimés dans le cerveau et sont impliqués dans le développement de maladies neurologiques. Ils se retrouvent également augmentés après un infarctus du myocarde, qui représente l'une des principales causes de l'arrêt cardiaque.

Enfin, des ARN circulaires , sous classe des ARNnc, seraient capables de représenter un biomarqueur potentiel car ils ont une stabilité plus élevée dans les fluides corporels de part leur forme circulaire. Seulement, leur capacité à franchir la barrière hémato-encéphalique reste à déterminer et leur présence dans le sang n'a été démontrée que dans les cellules sanguines. Il n'y a pas d'étude montrant une association directe entre les ARN circulaires et le pronostic après un arrêt cardiaque.

Ainsi, les ARN non codants représentent un potentiel biomarqueur qu'il semblerait bon d'approfondir afin d'apporter une aide à la prédiction des résultats.

c/ Les éléments décisionnels d'imagerie :

L'essor des connaissances en imagerie depuis plusieurs années et la place importante qu'elle occupe désormais en médecine amène à considérer celle-ci également dans les comas post-anoxiques.

Parmi les différentes techniques d'imagerie, la TDM cérébrale et l'IRM cérébrale sont celles qui sont les plus utilisées dans ce contexte.

La TDM cérébrale est souvent réalisée pour exclure d'autres causes de coma. La principale découverte en tomodensitométrie d'atteinte cérébrale anoxique post arrêt cardiaque est la survenue d'un oedème cérébrale, apparaissant comme une diminution de la profondeur des sillons cérébraux, une atténuation du rapport substance grise/substance blanche (entre 1,12 et 1,22 selon l'étude) ainsi qu'une diminution de la profondeur des sillons cérébraux. Tous ces signes permettent de prédire un mauvais pronostic avec une sensibilité de 81%.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a une meilleure sensibilité pour identifier les lésions cérébrales ischémiques ainsi qu'une meilleure définition spatiale mais représente une limite lorsque le patient est instable cliniquement. Un des premiers signes est l'hyper-intensité dans les zones corticales ou les noyaux gris centraux, et il semblerait que la présence de grandes variations multi-lobaires dans les cinq premiers jours serait associée à la mort ou à l'état végétatif contrairement aux lésions focales ou les petits changements qui ne le seraient pas. De plus, lorsqu'un patient dans le coma présente une mauvaise évolution malgré des prédictors vu précédemment (SSEP, réflexes oculaires, réflexes cornéens) normaux, l'IRM peut mettre en évidence des changements considérables pouvant aider à la décision thérapeutique.

L'avancée de l'IRM a permis d'autres techniques plus précises telles que l'anisotropie fractionnelle et la diffusivité axiale par tenseur de diffusion. Elle consiste à calculer en chaque point de l'image les différentes directions de diffusion des molécules d'eau pour permettre de définir la position, l'orientation et l'anisotropie (la diffusion est privilégiée dans certaines directions due à des barrières et se retrouve modifiée lorsqu'il y a destruction ou une désorganisation de ces barrières) des structures fibreuses. Ainsi, elle peut mesurer la désorganisation de la substance blanche ainsi que les atteintes axonales après une agression cérébrale comme l'anoxie et permettre le diagnostic précoce de l'atteinte neurologique.

Ces techniques d'imagerie doivent être utilisées uniquement en combinaison avec d'autres éléments prédictifs car il existe des lacunes en connaissance et les données sont limitées par la petite taille des échantillons des différentes études.

d/ L'approche multimodale :

N'existant pas d'examen isolé permettant d'évaluer le pronostic de façon satisfaisante, il est donc nécessaire pour le praticien d'avoir une approche multimodale en réunissant le plus d'éléments décisionnels possibles.

L'évaluation clinique, biologique et imagerie est aujourd'hui la meilleure des solutions pour la prise de décision thérapeutique.

Il ne faut cependant pas oublier de prendre en considération l'évolution favorable du patient. Certaines études mettent en évidence le fait que nous nous focalisons davantage sur les signes défavorables alors qu'il serait intéressant de maximiser les chances de réussite pour les patients ayant une forte probabilité de récupération neurologique avec une thérapeutique maximale pour éviter un arrêt ou une limitation de soins inappropriés.

e/ La fragilité des éléments décisionnels :

Malgré les différentes lignes directrices évoquées ci-dessus, afin de déterminer au mieux l'évolution du patient, il est très difficile de prédire avec certitude le devenir de ce dernier, laissant ainsi toujours au clinicien un éventuel doute.

En effet, même si l'assimilation de plusieurs éléments décisionnels présents chez un même patient prédit une mauvaise évolution et incite le clinicien à l'arrêt ou à la limitation des soins menant au décès de la personne, il existe rarement une certitude à 100%.

Prenons l'exemple du cas clinique pour lequel un arrêt des soins a été conseillé en raison des différents éléments prédisant une mauvaise évolution. Les cliniciens pensaient être justes lorsqu'ils ont pris cette décision. Pourtant, le fait d'avoir eu un élément perturbateur dans le processus, qui était l'attente d'un proche venant d'Angleterre, a remis en question tout le processus décisionnel. Effectivement, le lendemain de la prise de décision d'un arrêt des traitements de réanimation, cette patiente s'est améliorée et les traitements ont été poursuivis. Aujourd'hui, elle présente une altération de certaines fonctions cognitives mais conserve des liens avec ses proches et une importante part

d'autonomie. Ses proches et elle même ne regrettent en rien la continuité des traitements et sa situation actuelle de handicap.

Dans un contexte comme celui-ci, où il est impossible de recueillir l'avis de la patiente, il est extrêmement difficile pour le clinicien d'appréhender au mieux le niveau d'handicap qu'elle est prête à accepter car cela est patient-dépendant.

Ici, nous pouvons constater que les éléments décisionnels ne sont pas des éléments de certitude et se retrouvent donc au coeur de la complexité de la prophétie auto-réalisatrice. En effet, comme les éléments objectifs ne sont pas toujours suffisants pour conforter le médecin dans ses prises de décision, celui-ci peut modifier son comportement selon sa sensibilité, son histoire personnelle et professionnelle, et également ses convictions, laissant ainsi une part importante de subjectivité dans la décision du devenir du patient.

De plus, le réanimateur se doit de décider au mieux pour le patient comateux alors que deux patients dans une même situation clinique peuvent avoir un avis divergent concernant une évolution prévisible. C'est donc une tâche compliquée que de devoir se mettre à la place du patient, de devoir décider de son avenir sans pouvoir obtenir son approbation.

Ainsi, il existe une grande ambivalence entre l'objectivité des éléments décisionnels et la subjectivité liée au patient et au personnel médical.

II/ L'ambivalence entre l'objectivité des éléments décisionnels et la subjectivité des patients concernés.

Les éléments décisionnels précédemment cités sont des données objectives et ne prennent pas en considération les souhaits et la volonté du patient. Comment le réanimateur- décideur peut-il allier cette objectivité à la subjectivité de chaque patient ?

a/ La responsabilité des médecins :

Nous avons vu précédemment que, malgré la présence d'éléments décisionnels de type médecine factuelle représentant une aide indispensable à l'équipe médicale, il demeurerait une certaine part d'incertitude et de subjectivité. C'est essentiellement sur ces deux sujets que repose l'entière complexité de la responsabilité du médecin décideur de poursuivre ou non les traitements.

Il s'agit pour le réanimateur de développer des compétences qui ne relèvent ni d'une médecine factuelle ni de connaissances professionnelles. Ces compétences reflètent une vertu propre à chaque médecin devant réunir l'aspect rationnel de la situation et une raison pratique que l'on peut appeler la « sagesse pratique ». Cette dernière consiste à allier les données du patient, son éventuelle évolution, ses conditions de vie, à une décision qui serait supposée être la meilleure pour le patient.

Cette prise de décision n'affecte pas uniquement le patient. Elle concerne les proches pour lesquels la mort représente une étape de vie difficile émotionnellement mais également une équipe médicale qui peut être fragilisée par le décès. Le réanimateur n'a donc pas l'unique responsabilité du patient, mais doit aussi prendre en considération le vécu de la famille, des proches ainsi que de sa propre équipe soignante.

Et pourtant, selon une étude [6], un tiers des médecins ne se sentirait pas compétent pour décider du moment adapté à l'arrêt des soins de réanimation d'un patient. Il serait intéressant d'insister sur la connaissance des lignes directrices de l'arrêt de la réanimation auprès des équipes médicales afin de minimiser ce sentiment d'incompétence. Afin d'aider l'équipe médicale à respecter le souhait du patient dans ces circonstances, plusieurs lois ont été appliquées.

Tout d'abord la loi Kouchner de 2002, qui proclame « le droit fondamental à la protection de la santé », a mis en avant le droit à l'information claire et précise sur son état de santé ainsi que le droit de participer à la décision médicale. En effet, désormais, le patient peut participer activement à son parcours médical en prenant des décisions le concernant.

Ensuite, la loi Clays-léonetti du 2 février 2016 a créé de nouvelles dispositions relatives à la fin de vie en instaurant le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital était engagé à court terme afin de mieux répondre à la volonté de mourir dans la dignité sans souffrance. Il peut également désigner une personne de confiance ou encore rédiger des directives anticipées dans le but de faire respecter ses choix même lorsqu'il n'est plus en état de les exprimer.

Le médecin est alors guidé par le seul souci de ne pas laisser un symptôme ou une souffrance jugé(e) insupportable envahir le champ de la conscience du patient en toute fin de vie.

b/ Les directives anticipées et la personne de confiance :

L'équipe médicale a le devoir de rechercher les directives anticipées du patient qui constituent un moyen essentiel pour préserver l'expression de l'autonomie et le respect des choix de celui-ci. Cette démarche ne s'applique que pour les personnes majeures. Celles-ci peuvent à tout moment être modifiées ou révoquées sans formalité.

Aujourd'hui, seuls 10% environ de la population écrit des directives anticipées car la possibilité de les rédiger est insuffisamment connue. Même rédigées, celles-ci ne correspondent pas toujours à l'état critique dans lequel se trouve le patient et il pourrait être envisageable de penser que le patient, face au fait, changerait d'avis, ne souhaitant plus l'arrêt de soins qu'il avait évoqué dans ses directives anticipées. Le médecin décideur doit tenir compte de ces dernières, il s'agit d'une disposition légale.

Par ailleurs, il n'est pas rare de constater une modification des souhaits du patient à son réveil, dans un sens comme dans l'autre. Effectivement, il peut tout aussi bien regretter d'avoir accepté auparavant un niveau de handicap qu'il juge en définitive difficile voir impossible à assumer, à l'inverse, il peut également accepter une déficience qu'il n'aurait pas pensé pouvoir assumer un jour. Ces changements illustrent la difficulté de s'imaginer dans une situation qui, sur le moment, paraît irréaliste. Cela est encore plus renforcé lorsqu'il s'agit d'une évolution brutale contrairement à maladie progressive dont l'évolution lente permet au sujet de s'intégrer davantage dans son avenir.

Dans ce cas clinique, l'absence de directives anticipées a conduit le médecin réanimateur à se renseigner auprès de ses proches et de la personne de confiance, lesquels ne souhaitaient pas d'acharnement thérapeutique. En effet, depuis la loi Clays-Léonetti du 4 Mars 2002, il est possible pour le patient de désigner une personne de confiance qui prendra part dans la décision médicale si le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté. Son avis prévaut sur tout autre avis non médical dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. Cependant, l'avis de la personne de confiance ne peut être en aucun cas le seul critère retenu.

Dans le contexte de limitation ou d'arrêt des soins, la participation de la personne de confiance se présente plutôt sous la forme d'un témoignage des souhaits du patient. Cette personne joue un rôle majeur dans les discussions des soins de fin de vie en transmettant la volonté du patient mais n'a pour autant aucun rôle décisionnel dans la poursuite ou l'arrêt des traitements.

Dans les cas où le patient n'a ni écrit de directives anticipées, ni désigné une personne de confiance, vers qui l'équipe médicale doit-elle se retourner pour chercher d'éventuels éléments concernant le souhait de celui-ci ? Dans cette situation, l'équipe médicale doit consulter au minimum une personne référente, laquelle sera désignée par les proches, ou l'équipe médicale elle-même. Celle-ci peut faire part d'un témoignage indirect du patient ou participer aux réunions collégiales.

Malgré toutes ces dispositions mises en place, des conflits entre les proches, ou entre les proches et l'équipe médicale peuvent compliquer le processus décisionnel. De plus, parfois, un manque d'intérêt des proches, un défaut de compréhension, ou encore un déni ou une anxiété de la famille peuvent parasiter la décision collective de la suite de la prise en charge du patient.

c/ La procédure de réflexion collégiale :

Lorsqu'un patient est inapte à émettre ses souhaits, le médecin en charge a le devoir de procéder à une réflexion collégiale afin d'évoquer une éventuelle limitation ou arrêt des soins dans le cadre d'une décision de fin de vie.

Cependant, toute personne ayant une implication dans la prise en charge du patient peut avoir une réflexion menant à cette procédure collégiale, que ce soit un proche, la personne de confiance ou encore un membre de l'équipe médicale. La consultation de l'infirmière, de l'aide-soignante et du médecin en formation en charge du patient est indispensable. Il y a ainsi une concertation avec l'équipe de soin et au moins un médecin externe sans aucun lien notable avec le médecin en charge du patient que l'on appelle le « consultant ».

Le consultant est obligatoirement requis en cas de discussion de limitation ou d'arrêt des traitements et doit donner un avis motivé, en ayant pris connaissance du patient et du dossier. S'il y a désaccord entre les deux médecins, la possibilité de faire appel à un deuxième médecin consultant doit être envisagée.

Néanmoins, il existe un manque de formation spécifique de la part du médecin externe, et une limitation des connaissances des nouvelles règles concernant les lois de 2002 et de 2005.

La décision finale est prise par le médecin responsable du malade après discussion et selon l'avis motivé du médecin consultant et prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés par des directives anticipées, l'avis d'une personne

de confiance qu'il aurait désigné, ou celui d'un proche. Lorsque le patient est un mineur ou un majeur protégé, le médecin se doit de recueillir l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur excepté en cas de situation urgente.

d/ Le processus décisionnel du cas clinique :

Concernant la patiente du cas clinique, des procédures bien précises ont été mises en place afin de respecter au mieux la conformité de la prise de décision.

Plusieurs réunions de service ont eu lieu afin de d'échanger avec l'équipe de soin et la famille. Cependant, on observe une absence de recours à un consultant externe nécessaire dans cette situation de limitation ou d'arrêt des soins.

Il est vrai, que dans un service, certaines habitudes en fonction de certaines circonstances s'installent et peuvent tout à fait prendre part inconsciemment à un « formalisme » incitant davantage à une prise de décision qui pourrait ne pas être la plus judicieuse. Le rôle du consultant extérieure est de limiter le risque de prophétie auto-réalisatrice en émettant des arguments qui peuvent différer de celui du service et ainsi conduire à prolonger la discussion.

La famille a activement participé à la prise de décision, ne souhaitant aucun acharnement thérapeutique. Ainsi, l'équipe médicale a respecté ce choix.

Écouter les proches quant aux souhaits de la patiente est primordial. En cas de mauvaise évolution, cela permet à la famille de faire son deuil plus sereinement, afin d'éviter tout sentiment d'amertume. Effectivement, pour la famille de ceux qui ont refusé l'acharnement thérapeutique, savoir que la volonté de son proche est respectée, que celui-ci décédé dans des conditions honorables, sans souffrance, et dans le respect de sa dignité aide au processus du deuil.

Dans ce cas atypique, avoir prolongé les soins jusqu'à l'arrivée du proche d'Angleterre a permis à la patiente de récupérer et de sortir du coma. Son statut d'évolution suffisamment défavorable pour obtenir l'arrêt des soins est devenu en deux jours un statut qui permettait la reprise de ces derniers. Aujourd'hui, ni elle ni son entourage regrettent cette décision malgré le handicap présent et cela montre la complexité, et surtout la fragilité que représente la notion de « prédiction défavorable ».

e/ Ainsi, que signifie réellement la prédiction défavorable ?

Selon les définitions vues précédemment, il existe une classification de performances cérébrales permettant d'évaluer la future qualité de vie du patient.

Cette patiente était CPC 3, ce qui traduit un mauvais pronostic, en raison des séquelles neurologiques conduisant à une dépendance dans la vie quotidienne.

Néanmoins, il me semble important d'évoquer la limite que représente l'objectivité de la classification. Effectivement, en rien elle n'évoque la capacité d'adaptation et d'acceptation du patient à la situation d'handicap qui est pourtant primordiale pour la qualité de vie du malade. En tant que CPC 3, nous nous attendions objectivement à un mauvais pronostic. Mais, il se trouve qu'aujourd'hui, la patiente et ses proches n'évoquent en rien le regret d'avoir poursuivi cette réanimation et ce, malgré les séquelles neurologiques.

Dans cette situation, des questions légitimes peuvent émerger dont une est tout particulièrement traitée par le philosophe Bertrand Quentin [7] : La médecine de réanimation doit elle fixer les critères de la qualité de vie pour en amont décider des critères acceptables de ceux qui ne le seraient pas ? Il est vrai qu'il existe une tendance chrétienne à valoriser toute vie, même la plus démunie, même celle d'un handicapé, et à définir cette vie comme un trésor issu de Dieu. De plus, des faits historiques comme la Déclaration des droits de l'Homme de 1789, puis les horreurs nazies ont amené à récuser toute hiérarchisation des êtres. Ainsi, toute vie vaudrait la peine d'être vécue.

Cependant, le pouvoir de la réanimation a connu une certaine désillusion face aux conditions de vie après accident de certains patients. Il s'avère qu'aujourd'hui, nous sommes amenés à accepter la vie que si celle-ci est de qualité. Le critère de qualité fait partie intégrale de la prise de décision d'un réanimateur. A été développée la notion de qualité de vie en la faisant reposer sur des bases physiologiques comme le Quality Adjusted Life Years (QALY). Mais il n'existe pas de score pertinent à l'échelle individuelle prenant en compte la santé physique, mentale et sociale, alors que l'équipe médicale a pourtant la responsabilité de décider à partir de quel degré de handicap, la vie ne vaudrait plus la peine d'être vécue en ignorant deux choses primordiales : la volonté du patient à l'instant présent et son devenir.

La médecine a aujourd'hui le pouvoir de définir les buts d'une existence humaine et la qualité de vie. Mais, devant un patient hors d'état de s'exprimer, le point de vue de la famille peut être discutable, et celui du médecin peut être biaisé. Il faut donc insister sur

l'importance des discussions collégiales et l'accumulation d'expériences vécues pouvant être enrichissantes pour le médecin. La définition de qualité de vie obtenue à partir d'une science objectiviste, qui ne peut que refléter une image incomplète de l'homme, doit être traitée avec une grande prudence au bénéfice de l'aspect multidisciplinaire du concept qui doit être davantage privilégié. En effet, une personne en paix avec elle-même qui a un handicap ou une maladie chronique peut ressentir une qualité d'existence bien supérieure à celle d'une personne en bonne santé mais en conflit avec elle-même. Cependant, tous les individus n'ont pas les mêmes ressentis pour la même situation, ces critères de qualité de vie sont donc variables.

f/ La limite entre médecin et prophète :

L'avis du médecin, ne peut-il pas être biaisé par sa propre représentation d'une vie digne d'être vécue ?

Il est de la volonté du médecin de faire abstraction de ses propres peurs, de ses appréhensions, de son histoire personnelle et de ne pas se laisser submerger par sa subjectivité. En cela réside toute la complexité d'un travail sur soi-même.

Nos croyances influencent nos actions, ainsi le fait de croire en quelque chose augmenterait les chances de succès de cette dernière. A l'inverse, être pessimiste au sujet d'une situation augmenterait la probabilité d'échec. Nous appelons cela la « prophétie auto-réalisatrice » ou « l'effet Pygmalion ».

Lorsque le médecin devient prophète, la prise en charge du patient se retrouve biaisée, les actions du réanimateur résultant de convictions se basant parfois sur une évolution injustement défavorable. Le médecin réanimateur se retrouve avec l'entière responsabilité de prendre une décision basée sur des éléments d'incertitude malgré son expérience personnelle et l'avis de la collégialité. Devant des cas complexes, le soignant pourrait vouloir se retrancher derrière une situation sécurisante, celle de réduire la médecine en faisant appel à des compétences techniques et non à des qualités humaines niant ainsi la dimension éthique. Cette dernière deviendrait ainsi une discipline alors qu'elle devrait exister au sein de chaque pratique médicale. Selon Corine Pelluchon, former les professionnels de santé en leur donnant les moyens de se former en situation pratique à prendre des décisions difficiles, et en développant leur esprit critique est le véritable remède pour inscrire l'éthique dans la médecine.

Ainsi, même si les procédures mises en place et vues précédemment permettent de limiter cette perte de rationalité, il semble illusoire de supprimer ces limites car le

réanimateur aura toujours cette responsabilité d'arrêt ou de poursuite des traitements, cela faisant partie intégrale du processus décisionnel.

De plus, nous possédons peu de connaissance concernant l'évolution à long terme (supérieure à un an) de ces malades, ce qui complique pour le réanimateur la projection du patient dans un avenir lointain. Effectivement, une étude a mis en évidence une meilleure survie à un an et un meilleur état de santé physique pour les patients ayant été en réanimation en raison d'un arrêt cardio-respiratoire par rapport à ceux admis pour toute autre cause. L'état de santé mentale s'est, en revanche, avéré similaire entre les deux groupes. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude publiée concernant la mortalité à long terme supérieure à un an, des patients post arrêt cardio-respiratoire mais des progrès sembleraient possibles au delà de ce délai. C'est le cas de notre patiente qui est actuellement toujours en rééducation cognitive. Dans ce cas, l'avis et le regard d'un médecin rééducateur semblent alors nécessaires pour participer à la prise de décision.

g/ La procédure Maastricht 3 :

La procédure Maastricht 3 est réalisée en France depuis 2014. Elle concerne les patients faisant l'objet d'une limitation ou d'un arrêt de traitement et pour lesquels l'arrêt cardiaque est provoqué par l'arrêt des traitements. Cette procédure est devenue possible à la fois par la Loi Leonetti de 2005, qui légalise la limitation et l'arrêt des traitements des personnes atteintes d'une affection grave ou incurable en fin de vie, et par la Loi Claeys-Leonetti de 2016 qui instaure le droit à la sédation profonde et continue dans ce contexte.

Cette catégorie III de Maastricht a soulevé une question éthique majeure. Rappelons que le stade 3 de Maastricht concerne les personnes faisant l'objet d'une décision d'arrêt programmé des traitements en raison de leur pronostic et qui deviennent par la suite potentiellement des donneurs d'organes. Il paraît ainsi important de cerner la difficulté éthique lorsque l'on passe des stades 1 et 2 au stade 3. En effet, la patiente du cas clinique était éligible au Maastricht 3 s'il était décidé d'arrêter les traitements. Dans ce cas, comment être certain que la décision d'arrêt des soins de réanimation n'est pas prise en fonction de ce qu'elle permettra car le patient devient dès cet instant un donneur et permet donc le prélèvements de ses organes. L'intention de pouvoir greffer un patient sur liste d'attente, ne peut-elle pas conduire les médecins à accélérer le processus d'arrêt des traitements chez un patient avec un pronostic défavorable ?

Il faut savoir que trois grands principes guident le protocole de Maastricht :

- la décision de limitation ou arrêt des soins ne doit pas être prise au regard de la possibilité de dons d'organes.
- le processus de prélèvement n'intervient qu'après le décès et ne doit pas précipiter le décès.
- respecter la volonté du patient concernant le don d'organes.

Ces principes veillent à ce que les médecins réanimateurs se détachent de cette possibilité afin de s'assurer que leur choix soit en fonction de l'individu seul et non d'une population. Une nouvelle fois ici, la décision collégiale, la discussion entre différentes spécialités du corps médical, le rassemblement des volontés du patient et l'échange avec les proches du patient permettent au réanimateur de ne pas prendre une décision hâtive et de contrôler au mieux les paramètres personnels.

III/ Conclusion :

En réanimation, et plus particulièrement après un arrêt cardio-respiratoire brutal, les médecins font face à une difficulté majeure dans la prise de décision qui est celle de ne pas pouvoir recueillir les dernières volontés du patient. La responsabilité de devoir choisir la vie ou la mort à la place du patient avec des éléments rassemblés sur une base d'incertitude amplifie cette complexité et fait partie intégrale de la formation d'un réanimateur.

Même si les progrès de la médecine au fil du temps permettent l'amélioration de la prise en charge de ces patients et la survie ou du moins le maintien en vie artificielle de ces derniers, il ne faut pas ignorer la singularité de chaque malade. En effet, les patients ont chacun des souhaits, des volontés, et des attentes différent(e)s. La limite entre « la vie vaut la peine d'être vécue » et l'inverse diverge selon chaque individu, et le devoir du réanimateur est de se rapprocher au mieux des vœux du patient concerné. Il est fréquent que les patients présentent un handicap plus ou moins sévère après le réveil, il semble alors primordial d'évaluer le degré du handicap définissant la future qualité de vie du patient. Aujourd'hui, il n'existe pas de façon d'évaluer la qualité de vie en intégrant à la fois la santé physique, mentale, et sociale. Il faut alors être très prudent quant aux scores basés sur une science objectiviste, pouvant ignorer le potentiel et la volonté d'acceptation du handicap par le patient dans son environnement social et familial.

Le médecin est lui même un individu, avec sa fragilité, ses appréhensions, son vécu et son expérience. Ceci représente une variable très importante dans la prise en charge du patient. En effet, selon sa crainte d'un pronostic souvent défavorable, le réanimateur peut inconsciemment modifier la prise en charge du patient en accordant un arrêt ou limitation des soins trop précoce ou inversement, un acharnement thérapeutique non souhaité par le malade. C'est à partir de cet instant que le médecin devient prophète et que toutes ses actions concernant le devenir de l'individu deviennent biaisées. Cette prophétie auto-réalisatrice doit alors être limitée par plusieurs paramètres contrôlables.

Pour cela, des éléments cliniques, biologiques, et d'imagerie peuvent aider à déterminer le pronostic du patient, par la présence de facteurs de « bon pronostic » ou de « mauvais pronostic ». Réunir ces données dans une approche multimodale est ce qui est le plus utilisé et permet à l'équipe médicale de réduire le risque d'erreur thérapeutique. Il y a également l'obligation de la part des soignants à récupérer les dernières directives anticipées rédigées si ces dernières existent, ou encore rechercher la personne de confiance désignée par le patient. Cela permet au réanimateur de mieux connaître le patient pour lequel il doit décider le maintien ou l'arrêt des traitements, son environnement, ses attentes, et l'acceptation de l'éventuel handicap après le réveil. La place des réunions pluridisciplinaires et des réflexions collégiales occupent une place importante dans le processus décisionnel. Les « lumières » propres à chaque individu prenant part à la décision, dont certaines extérieures, peuvent amener à des discussions bénéfiques, des remises en question, rompant avec certaines habitudes du service. Ceci minimise le risque qu'une équipe médicale de part ses habitudes, ou que le réanimateur de part ses propres expériences, ne perdent l'entière clairvoyance nécessaire à leur prise de décision, dans le but de limiter le biais que représente la prophétie auto-réalisatrice.

Dans ce cas précis d'arrêt cardio respiratoire, la prophétie auto-réalisatrice peut être amenée à occuper une place importante dans la prise de décision. Effectivement, le soignant est avant tout un individu avec ses normes et ses fragilités, qui a le pouvoir de la vie et de la mort d'un autre individu qui présente probablement des normes et des fragilités différentes. Il est alors important pour l'équipe médicale de mettre en oeuvre les différentes aides présentées ci-dessus afin de s'assurer d'être au plus proche des souhaits du patient à l'instant donné, pour son devenir.

IV/ Remerciements :

Je tiens à remercier le Dr DAUBIN Cédric d'avoir accepté de me guider dans la réflexion et réalisation de ce mémoire, d'avoir été disponible et de m'avoir fait partager son expérience. Ces remerciements sont d'autant plus sincères que je n'ai malheureusement pas pu réaliser mon stage de master compte tenu des circonstances sanitaires exceptionnelles.

Je tiens également à remercier le Pr Grandazzi et le Pr Moutel pour m'avoir apporté leurs enseignements dans le cadre de ce master.

Bibliographie :

1. Sudden Cardiac Arrest : For A Better Public Education
Académie Nationale de Médecine
ALIOT Etienne , AMMIRATI Christine , CARLI Pierre, CASSAN Pascal , DESNOS Michel (rapporteur), JULIEN Henri, KOMAJDA Michel, LOISANCE Daniel, MARIJON Eloi , PLOUIN Pierre-François
2. Cardiac Science : arrêt cardiaque soudain ; « qu'est ce que l'arrêt cardiaque soudain ? »
3. Pronostic neurologique des arrêts cardiorespiratoires en réanimation.
G. Tachon, C.E Luyt
La Lettre du Neurologue • Vol. XIX - no 5 - mai 2015 ; Edimark
4. Cardiac arrest - Management and prognosis of postanoxic coma
F. Schortgen · I. Hauchard
© SRLF et Springer-Verlag France 2011
5. Predictors of poor neurological outcome in adult comatose survivors of cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. Part 2: Patients treated with therapeutic hypothermia
Claudio Sandroni , Fabio Cavallaro , Clifton W. Callaway, Sonia D'Arrigo, Tommaso Sanna, Michael A. Kuiper, Matteo Biancone, Giacomo Della Marca, Alessio Farcomeni, Jerry P. Nolan.
2013 Elsevier Ireland
6. Decision-making in cardiac arrest: physicians' and nurses' knowledge and views on terminating resuscitation.
Hansen C, Lauridsen KG, Schmidt AS, Løfgren B.
Open Access Emerg Med. 2018 Dec 20;11:1-8. doi: 10.2147/OAEM.S183248. eCollection 2019.
7. « Les invalidés », Bertrand Quentin
Edition Erès 2019
8. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française
Société de réanimation de langue française
Réanimation (2010) 19, 679—698 ; Elsevier Masson
9. Réanimation intra-hospitalière : organisation et efficacité du «team arrêt cardiaque»
V. Frochaux A.-A. Labrecque B. Yersin D. Fishman
Rev Med Suisse 2001; volume -3. 21646
10. Comment prédire l'évolution du Coma post-anoxique ?
M. Kirsch, P. Boveroux, P. Massion, B. sadzot, M. Boly, B. laMBerMont M. laMy , P. daMas , F. daMas, G. Moonen , s. laureys , d. ledoux
Rev Med Liege 2008; 63 : 5-6 : 263-268

11. L'arrêt cardiaque en Réanimation : inattendu ou prévisible ?
Etude épidémiologique en Réanimation adulte à Cholet, 2017-2018
MOZZICONACCI Marie-Sophie
Sous la direction de M. AUSSEUR Antoine
12. L'arrêt cardiaque — Pronostic et gestion du coma postanoxique
Cardiac arrest — Management and prognosis of F. Schortgen · I. Hauchard
© SRLF et Springer-Verlag France 2011
13. Intérêt de la protéine S100β dans la prise en charge du traumatisme crânien mineur aux urgences.
Flore Tuyumbu MD , Andréa Penaloza MD, PhD, Said Hachimi-Idrissi MD, PhD
Louvain Med 2018; 137 (6): 346-352
14. Serum Neurofilament Light Chain for Prognosis of Outcome After Cardiac Arrest
Marion Moseby-Knappe, MD; Niklas Mattsson, PhD; Niklas Nielsen, PhD; Henrik Zetterberg, PhD;
Kaj Blennow, PhD; Josef Dankiewicz, PhD; Irina Dragancea, PhD; Hans Friberg, PhD; Gisela Lilja, PhD; Philip S. Insel, MS; Christian Rylander, PhD; Erik Westhall, PhD; Jesper Kjaergaard, PhD; Matt P. Wise, PhD; Christian Hassager, PhD; Michael A. Kuiper, PhD; Pascal Stammet, PhD; Michael C. Jaeger Wanscher, PhD; Jørn Wetterslev, PhD; David Erlinge, PhD; Janneke Horn, PhD; Tommaso Pellis, MD; Tobias Cronberg, PhD
JAMA Neurology ; Published online October 29, 2018
15. Évaluation pronostique du devenir neurologique après arrêt cardiaque ressuscité par IRM en tenseur de diffusion. Étude prospective multicentrique.
N.Adam, L.Velly, C.-E.Luyt, R.Chabanne, G.Citerio, O.Verdonck, S.Laureys, B.Veber, D.Galanaud, V.Perlbarg, L.Puybasset
2014 Published by Elsevier Masson SAS ; ScienceDirect
16. Brain biomarkers and management of uncertainty in predicting outcome of cardiopulmonary resuscitation: A nomogram paints a thousand words.
Sharon Einav, Nechama Kaufman, Nurit Algur, Nurith Strauss-Liviatan, Jeremy D.Kark
2013 Elsevier Ireland Ltd ; ScienceDirect
17. Droits des usagers : Information et orientation.
HAS ; Mis en ligne le 23 janvier 2014
18. Decision Aids and Shared Decision-Making in Neurocritical Care: An Unmet Need in Our NeuroICUs.
Muehlschlegel S, Shutter L, Col N, Goldberg R.
Neurocrit Care. 2015 Aug;23(1):127-30.
19. Protocole des conditions à respecter pour réaliser des prélèvements d'organes sur des donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht dans un établissement de santé.
Agence de Biomédecine, Mis à jour le 03.07.2020

20. Don d'organes après limitation des thérapeutiques Maastricht 3.
Dr Didier Dorez, SFAR - Le Congrès, Conférence IADE
Réanimation et Coordination des Dons d'Organes et de Tissus, Centre Hospitalier Annecy
Genevois © 2018 - SFAR ; SofiaMedicaliste

21. Performance of a guideline-recommended algorithm for prognostication of poor neurological outcome after cardiac arrest

Marion Moseby-Knappe , Erik Westhall, So a Backman, Niklas Mattsson-Carlgrén, Irina Dragancea, Anna Lybeck, Hans Friberg, Pascal Stammet, Gisela Lilja, Janneke Horn, Jesper Kjaergaard, Christian Rylander, Christian Hassager, Susann Ullén, Niklas Nielsen and Tobias Cronberg.

Published by Intensive Care Med , 2020

22. Neurophysiology for predicting good and poor neurological outcome at 12 and 72 h after cardiac arrest: The ProNeCA multicentre prospective study.

Maenia Scarpino, Riccardo Carraia, Francesco Lollic, Giovanni Lanzo, Maddalena Spalletti, Franco Valzania, Maria Lombardi, Daniela Audenino, Sara Contardi, Maria Grazia Celani, Alfonso Marrelli, Oriano Mecarelli , Chiara Minardi, Fabio Minicucci, Lucia Politini, Eugenio Vitelli, Adriano Peris, Aldo Amantini, Claudio Sandroni, Antonello Grippo for the ProNeCA study group 2

Published by Elsevier, 2019

23. One-year outcome of patients admitted after cardiac arrest compared to other causes of ICU admission. An ancillary analysis of the observational prospective and multicentric FROG-ICU study

Antoine Kimmoun, Alain Cariou, Etienne Gayat, Elodie Feliot, Koji Takagi, Bruno Megarbane, Alexandre Mebazaa, Nicolas Deye, FROG-ICU Study investigators

Published by Elsevier , 2019

24. Standardized EEG analysis to reduce the uncertainty of outcome prognostication after cardiac arrest.

Filippo Bongiovanni, Federico Romagnosi, Giuseppina Barbella, Arianna Di Rocco, Andrea O. Rossetti, Fabio Silvio Taccone, Claudio Sandroni and Mauro Oddo

Published by Intensive Care Med (2020) 46:963–972

25. Systematic review of early prediction of poor outcome in anoxic- ischaemic coma
Eveline G J Zandbergen, Rob J de Haan, Christiaan P Stoutenbeek, Johannes H T M Koelman, Albert Hijdra

THE LANCET • Vol 352 • December 5, 1998

Abstract :

In intensive care, the self-fulfilling prophecy represents an important bias in the care of the patient. The medical team is faced with the responsibility of having the patient's future in their hands. Despite the establishment of advance directives, a person of trust, multi-disciplinary interaction or even decision-making elements helping the decision-making process, all the complexity lies in the persistence of uncertainty concerning the patient's future. The resuscitator must take into consideration the individual in his environment, and judge for himself whether the foreseen handicap is worth living for this individual precisely. To do this, he must use his professional experience, without his own feelings invading him, without becoming the prophet of an unfavorable situation, whether it be stopping treatment too early, or therapeutic obstinacy. This is where all the complexity of self-fulfilling prophecy remains.

Five key words :

self-fulfilling prophecy

decision elements

fragility

uncertainty

individual