

Compte-rendu

Mieux décider ensemble : l'impact du dialogue sur le code de réanimation

Mots-clés

réanimation, réa, code, DNR, projet de soins

A Randomized Trial of Shared Decision- Making in Code Status Discussions

C. Becker et al., NEJM, 22 avril 2025

[DOI: 10.1056/EVIDoa24.004.22](https://doi.org/10.1056/EVIDoa24.004.22)

Introduction

Les décisions concernant le code de réanimation demeurent complexes, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Dans un contexte hospitalier où ces discussions sont souvent reportées ou abordées dans la précipitation d'une hospitalisation, une approche structurée comme aide à la décision partagée pourrait améliorer la clarté et la qualité de ces échanges. Cette étude suisse explore l'impact d'une telle intervention sur la fréquence des décisions de non-réanimation et sur l'expérience des médecins, mais aussi des patients.

Méthode

Un essai contrôlé randomisé en cluster a été mené dans six hôpitaux suisses entre 2019 et 2023. Au total, 206 médecins assistant·es ont été réparti·es en deux groupes. Le **groupe intervention** a reçu une formation structurée à la décision partagée concernant la non-réanimation cardio-respiratoire, incluant un atelier didactique, une observation clinique, un retour individualisé, une checklist et un outil d'aide visuelle. Le **groupe contrôle** a suivi un atelier de même durée portant sur l'importance des discussions autour du code de réanimation et sur les compétences générales de communication, sans outils spécifiques. Les médecins devaient ensuite mener une discussion systématique sur le statut de réanimation chez 10 à 15 patient·es nouvellement admis·es en médecine interne pendant trois semaines. Les patient·es présentant un trouble cognitif, une barrière linguistique ou un pronostic très défavorable ($GO-FAR \geq 14$ ou $Clinical\ Frailty\ Scale \geq 7$) étaient exclues. Le critère principal était la fréquence des statuts DNR (do-not-resuscitate) documentés le jour-même dans le dossier médical, incluant aussi le refus de ventilation mécanique ou de soins intensifs en cas de détérioration clinique hors arrêt cardio-respiratoire.

Résultats

Un total de 2'663 dossiers a été analysé (âge moyen 68 ans, 45% de femmes). Les motifs d'admission principaux étaient le cancer, les infections et l'insuffisance cardiaque, répartis équitablement entre les deux groupes. **Les patients du groupe intervention** avaient plus souvent un code DNR (50% contre 37%, RR ajusté 1.37), et refusaient davantage la ventilation mécanique et un transfert aux soins intensifs. Ils exprimaient une moindre incertitude décisionnelle, une meilleure compréhension de la réanimation, une implication plus forte dans la décision et une satisfaction accrue vis-à-vis de l'information reçue. Toutefois, ils rapportaient légèrement plus souvent s'être sentis sous pression lors de ces discussions, bien que le niveau de peur face à la réanimation restait comparable entre groupes. À 30 jours, la préférence DNR était maintenue (48% vs 37%). **Du côté des médecins**, l'intervention n'a pas amélioré la satisfaction globale, la confiance ou l'adhésion aux choix des patients, mais les médecins du groupe intervention se disaient légèrement moins satisfaits de la gestion de leur temps pour ces discussions.

Discussion

La hausse des décisions DNR, le moindre recours aux mesures invasives en cas de dégradation clinique, ainsi que les effets positifs chez les patients suggèrent **qu'un outil structuré de décision partagée améliore la qualité des discussions sur la réanimation**, du moins du côté des patients. Il favorise des choix plus éclairés, potentiellement mieux alignés avec la réalité clinique. L'étude a été menée uniquement dans six hôpitaux universitaires suisses auprès de patients hospitalisés en médecine interne, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes. Les faibles taux d'arrêts cardiaques (<1%) ne permettent pas d'observer un effet clinique à l'intervention et l'absence de données détaillées sur le contenu des discussions limitent l'analyse des mécanismes impliqués dans ces décisions.

Conclusion

Une approche structurée de **décision partagée** permet de clarifier les préférences de réanimation, améliore la qualité perçue des soins et peut être intégrée efficacement dans la pratique hospitalière.

Date de publication	Auteurs
01.07.2025	Roxane De La Harpe