

Le statut de réanimation chez un patient avec une maladie neurologique : Symbole de stigmatisation ?

Introduction

Les décisions autour du statut de réanimation – qu'on parle de « Limitation ou arrêt des traitements-LAT » - en anglais « Do not resuscitate order (DNR) » – posent des questions complexes, à la croisée du médical, de l'éthique et du sociétal. Dans le champ des maladies neurologiques, elles prennent une dimension encore plus difficile. Qu'il s'agisse de pathologies neurodégénératives, d'AVC majeurs, de traumatismes crânio-cérébraux (TCC) ou de maladies neuromusculaires avancées, ces situations confrontent médecins et familles à des questions redoutables : quel sera le niveau de conscience ou d'autonomie à long terme ? Quelle qualité de vie est envisageable ? Est-il encore justifié de poursuivre des soins intensifs ?

L'autonomie reste une valeur centrale pour beaucoup, en particulier dans la vieillesse. Et la perspective d'une entrée en institution, avec ce qu'elle implique de perte de contrôle et de coûts – tant humains qu'économiques – pèse souvent lourdement. Peut-on affirmer que ces considérations, y compris les coûts pour les proches ou la collectivité, ne s'invitent jamais, même de manière diffuse, dans l'évaluation du statut de réanimation ?

Mais un autre élément, moins visible, mérite d'être interrogé : la part des émotions et des représentations du soignant lui-même. Car, derrière certaines décisions de non-réanimation, il peut y avoir autre chose que la stricte analyse médicale : la difficulté à se projeter dans la dépendance, la peur du handicap, ou tout simplement une forme d'intolérance à ce que la vie peut devenir lorsqu'elle ne correspond plus aux standards d'autonomie et de performance. Dans ces moments, le statut de réanimation risque de refléter autant les limites du patient que les nôtres.

Est-ce qu'un statut de réanimation négatif est le symbole d'une futilité thérapeutique et mène à une perception modifiée de la valeur de l'existence du patient ?

I. Le statut de réanimation : définition, principes et pratiques

A. Définition et cadre réglementaire

Le statut de réanimation désigne une décision anticipée, formalisée ou non, de ne pas entreprendre de manœuvres de réanimation cardio-respiratoire (RCP) en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire. Cette décision s'inscrit le plus souvent dans une démarche globale de limitation ou d'arrêt de traitements (LAT). En Suisse, ce processus repose sur plusieurs bases légales et éthiques. Le Code civil suisse (art. 370 à 373 CCS) permet à toute personne capable de discernement de rédiger des directives anticipées dans lesquelles elle peut refuser ou accepter certains traitements, y compris la réanimation. Ces directives peuvent également désigner un représentant thérapeutique. Par ailleurs, les directives médicales de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM/SAMW), notamment celles relatives à la prise de décisions en fin de vie, constituent un cadre éthique de référence. Elles soulignent l'importance du respect de la volonté du patient, de la proportionnalité des soins et du recours à une procédure collégiale en cas d'incapacité de discernement. Enfin, les lois cantonales sur les droits des patients et les principes déontologiques de la Fédération des médecins suisses (FMH) encadrent également ces décisions en insistant sur la dignité, l'autonomie et la non-obstination thérapeutique.

B. Pratiques cliniques actuelles

Dans les services hospitaliers, la discussion sur le statut de réanimation est une étape obligatoire dans le processus d'admission. En particulier chez les patients âgés, polypathologiques ou atteints de maladies neurologiques graves, une discussion sur le sens de pratiquer une réanimation cardiopulmonaire est souvent entamée soit avec le patient soit avec son représentant thérapeutique. Le dossier médical comprend toujours, dès l'admission, une rubrique concernant le statut de réanimation. À chaque présentation du patient lors de transmissions entre médecins et soignants le statut de réanimation est évoqué. Souvent cette discussion avec le patient n'est pas forcément menée par le médecin le plus expérimenté de l'équipe mais par le jeune médecin assistant qui fait l'admission du patient. Ce raccourci décisionnel peut poser problème, notamment lorsqu'il fige une attitude thérapeutique dès les premiers instants. Si un hôpital ne dispose pas d'un neurologue de garde sur place ou d'un service de neurologie, la décision du statut de réanimation est prise par un médecin qui ne connaît pas forcément le pronostic à moyen et long terme de certaines maladies neurologiques. La plupart des hôpitaux non-universitaires en Suisse n'ont pas un neurologue de garde sur place.

C. Succès de la RCP : le poids de l'âge et de la pathologie initiale

Les taux de succès de la réanimation cardio-pulmonaire varient considérablement selon l'âge, la comorbidité et la cause de l'arrêt. Chez les patients jeunes et en bonne santé préalable, les chances de survie avec bon rétablissement neurologique peuvent dépasser 30 % (Fuchs, 2021). En revanche, chez les patients âgés, ces taux sont très faibles (< 5 %) (Van den Glind, 2013). Ces données doivent guider, mais non dicter, la décision : l'approche doit rester individualisée.

Mais c'est clair qu'on veut épargner à un patient un mauvais pronostic et le traumatisme d'une réanimation cardiopulmonaire.

II. Les spécificités des maladies neurologiques

A. Diversité des tableaux cliniques

Le champ neurologique est vaste et hétérogène : un patient peut être victime d'un AVC massif, d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC), d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA), d'une encéphalite, ou vivre avec une sclérose en plaques progressive. Certains tableaux sont réversibles, d'autres inéluctablement évolutifs. Certaines maladies arrivent soudainement et ne laissent pas au patient la possibilité de se prononcer sur sa volonté : le patient développe une aphasie après un AVC ou la patiente a un état confusionnel post-traumatique prolongé. Le pronostic neurologique est souvent difficile à établir avec certitude, surtout en phase aiguë.

B. Difficultés de la pronostication dans les lésions cérébrales aiguës

Chez les patients victimes d'une lésion cérébrale aiguë (traumatisme crânien, hémorragie intracrânienne, anoxo-ischémie après un arrêt cardiaque), la prédiction du devenir neurologique demeure particulièrement délicate. Des outils comme le Glasgow Coma Scale (GCS) ou le Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) sont couramment utilisés, mais présentent des limites importantes : subjectivité, mauvaise fiabilité interobservateur et portée pronostique limitée, surtout dans les scores intermédiaires (Amujuela, 2019). Malgré cela, une confiance excessive dans des pronostics précoces peut inciter au retrait anticipé des soins (Minhas, 2021). Ce phénomène, connu sous le nom de « prophétie autoréalisante », est largement documenté : dans l'hémorragie intracérébrale, le retrait précoce du soutien vital fausse les modèles prédictifs et amplifie les mauvais pronostics (Becker 2001, Hemphill, 2010 ; Brizzi, 2012, Graham 2020). Une méta-analyse de la Société Européenne de Réanimation et de la Société Européenne d'Anesthésie Réanimation souligne que seul un faible nombre d'études ajustent leur évaluation face au biais de prophétie autoréalisante, car les décisions de limitation des soins sont souvent prises avant que la certitude pronostique soit établie (Sandroni, 2014). Des recommandations récentes insistent ainsi sur la nécessité d'une approche multimodale, en repoussant la décision finale à au moins 72 h ou plus, et en combinant plusieurs outils (échelles cliniques, biomarqueurs, EEG, potentiels évoqués, imageries avancées) afin de réduire la probabilité de décisions précipitées et injustement pessimistes (Hwang 2024).

C. Vivre avec un handicap

Bien qu'un handicap neurologique semble pour beaucoup de personnes insupportables. Il y a pourtant des études qui ont montré qu'on peut s'habituer au handicap et que malgré un handicap les patients sont contents qu'on ait continué à les traiter (Jüttler, 2011 ; Bruno, 2011).

D. Le diagnostic de troubles cognitifs comme facteur déterminant

Le repérage d'un syndrome démentiel, de troubles cognitifs légers (MCI) ou de séquelles neuropsychologiques suite à une lésion cérébrale peut influencer de manière importante la décision de non-réanimation. En effet, la présence de déficits cognitifs est souvent perçue par les soignants comme un marqueur de vulnérabilité accrue et de pronostic fonctionnel défavorable, orientant parfois vers une

limitation des soins (Luth, 2021). Cependant, la relation entre altération cognitive et qualité de vie est loin d'être linéaire. Plusieurs études montrent que de nombreux patients atteints de démence modérée ou de troubles cognitifs légers maintiennent un niveau de bien-être subjectif satisfaisant et une existence significative, notamment grâce à un bon soutien social et des adaptations environnementales (Logsdon, 2002 ; Clare, 2019). De plus, les séquelles neuropsychologiques, telles que les troubles de l'attention, de la mémoire ou du jugement, ne traduisent pas systématiquement une incapacité à éprouver du plaisir, à interagir socialement ou à participer à des projets personnels (Gitlin, 2020). Le risque majeur est que le diagnostic de trouble cognitif devienne un critère implicite de non-pertinence thérapeutique, conduisant à des décisions de non-réanimation basées sur des préjugés plutôt que sur une évaluation individualisée de la qualité de vie et des préférences du patient. Cette problématique souligne l'importance d'une approche nuancée et éthique où la décision médicale doit intégrer non seulement le statut cognitif, mais aussi le vécu du patient et ses valeurs personnelles (Chong, 2021).

E. La difficulté d'évaluer la capacité de discernement du patient

L'évaluation de la capacité de discernement du patient au moment de l'admission est une étape cruciale mais souvent complexe dans le processus décisionnel médical, en particulier pour les décisions relatives au statut de réanimation. Plusieurs études soulignent que cette évaluation est fréquemment sous-estimée ou réalisée de manière non systématique, ce qui peut entraîner des décisions prises sans véritable consentement éclairé (Young, 2018 ; Dunn, 2020). La capacité de discernement, définie comme l'aptitude à comprendre, à évaluer les informations médicales et à prendre des décisions cohérentes avec ses valeurs, peut être altérée temporairement par la maladie, la douleur, les traitements médicamenteux ou le stress de l'hospitalisation. Par ailleurs, l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation cognitive et décisionnelle reste insuffisamment généralisée dans les services hospitaliers, malgré leur utilité démontrée pour objectiver cette capacité et guider les cliniciens. Cette lacune expose les patients à un risque accru de décisions anticipées inappropriées, notamment en matière de limitation des traitements (Silveira et al., 2021). L'amélioration de la formation des soignants à l'évaluation de la capacité de discernement et la systématisation de son dépistage sont donc des axes essentiels pour garantir un respect effectif de l'autonomie du patient.

En réalité, on constate souvent que la neurologue et les neuropsychologues sont consultés quand le patient veut être « réanimé » bien que les soignants soient dubitatifs concernant son pronostic (p.ex. à cause d'un âge avancé). Ils se posent la question de savoir si cette décision est « raisonnable ». En revanche, on demande rarement un consilium de neurologie si le patient déclare de ne pas vouloir être réanimé et si cette décision est conforme à l'appréciation de l'équipe médico-soignante.

III. Stigmatisation implicite et explicite : mécanismes et effets

A. Le statut DNR comme marqueur de stigmata

Inscrire une mention de « Pas de réanimation » dans un dossier médical ne se limite pas à la simple non-indication de manœuvres de réanimation cardio-respiratoire (RCP). Plusieurs études montrent que cette décision influence globalement la prise en charge du patient, se traduisant souvent par une réduction des examens diagnostiques, une limitation des interventions thérapeutiques et une orientation plus précoce vers les soins palliatifs (Dingham, 2021). Cette dynamique a été qualifiée de

« spirale du désengagement » : la décision initiale de non-réanimation devient un facteur déclencheur d'une diminution progressive de l'intensité des soins, qui conduit à un glissement insidieux du patient vers un statut de moindre priorité médicale. Ce phénomène pose un risque éthique majeur, en particulier lorsque la décision de limitation thérapeutique est prise de manière prématurée ou sans concertation approfondie, car il peut compromettre la qualité et la continuité des soins, indépendamment des souhaits réels du patient. La reconnaissance de cette spirale impose donc une vigilance renforcée et la mise en place de protocoles garantissant que la décision de non-réanimation n'entraîne pas automatiquement une diminution injustifiée des autres soins (De Georgia, 2022).

Dans la plupart des hôpitaux en Suisse on définit encore les catégories, le patient peut être admis en cas de péjoration aux soins intensifs, le patient reçoit les soins maximaux à l'étage ou « soins de confort ».

B. Projections des angoisses du soignant

Face à une pathologie neurologique grave, le soignant peut être marqué par des angoisses profondes qui influencent, consciemment ou non, sa position sur le statut de réanimation. L'évolution de pathologies comme les AVC massifs, les encéphalopathies anoxiques ou les maladies neurodégénératives est souvent imprévisible, plongeant les équipes dans une incertitude pronostique mal supportée (Silvennoinen et al., 2014). À cette incertitude se mêle la crainte du retour à une « vie sans conscience », un état de verrouillage clinique ou une dépendance extrême jugés comme incompatibles avec une qualité de vie digne (Holloway 2013). Dans ce contexte, réanimer peut apparaître non comme un acte de salut, mais comme le risque de condamner le patient à une existence insoutenable. Ces projections sont souvent exacerbées par des expériences antérieures perçues comme déshumanisantes ou par un manque de formation spécifique (Amacher, 2024) en soins palliatifs neurologiques, augmentant le risque que la décision repose davantage sur l'émotion du soignant que sur une évaluation rigoureuse et collaborative. Ainsi, la charge symbolique et l'imprévisibilité des maladies neurologiques agissent parfois comme un prisme déformant, conduisant à engager ou refuser la réanimation trop tôt ou trop tard, au détriment des intérêts réels du patient (Sasposnik, 2016).

C. La crainte de la perte d'autonomie

En Suisse, l'autonomie individuelle et l'indépendance sont des piliers profonds de la culture politique et sociale. Le droit de refuser un traitement ou une réanimation, tel qu'exprimé via les directives anticipées ou les statuts DNR, reflète une valeur collective de maîtrise de son destin médical. Des enquêtes montrent que plus de 80 % des adultes suisses soutiennent la légalité de l'assistance au suicide, ce qui traduit un climat de confiance envers les institutions et une valorisation de l'autodétermination en fin de vie (Vilpert, 2020 a) et b). Par ailleurs, une étude sur les décisions médicales en fin de vie révèle que certaines régions linguistiques suisses, malgré des nuances, montrent globalement une tendance plus marquée à discuter des choix avec les patients, ainsi dans les régions germanophones comparativement au contexte italien ou français (Hurst et al., 2018). Enfin, si le maintien de l'autonomie est central, la société suisse attache aussi de l'importance à l'indépendance économique et au contrôle individuel, même à un âge avancé : un sondage montre que 91 % des Suisses estiment essentielle cette capacité d'agir librement et d'être connecté à leur communauté, un idéal intégré à leur bien-être (Swiss Life Group, 2024).

D. Est-ce que l'adhésion à EXIT a une influence sur le statut de réanimation ?

L'adhésion à une organisation comme EXIT, qui milite pour le droit à l'assistance au suicide, semble influencer la probabilité qu'un patient adopte un statut de non-réanimation (DNR). Plusieurs études suisses montrent que les membres de telles associations sont nettement plus susceptibles d'avoir rédigé des directives anticipées, de soutenir des mesures de limitation thérapeutique, et de manifester une volonté explicite d'éviter des traitements prolongés perçus comme disproportionnés. Cette inclination à anticiper la fin de vie repose sur une valorisation forte de l'autonomie, le refus de la dépendance et la recherche d'un contrôle sur les modalités de la mort. L'adhésion à EXIT ne présuppose pas automatiquement un recours à l'assistance au suicide, mais elle traduit une posture éthique et existentielle où la réanimation peut être perçue comme une intrusion inacceptable si elle prolonge un état de souffrance ou d'indignité. Dans ce contexte, le statut DNR devient une expression cohérente de cette vision de la dignité, du respect de soi et de la liberté individuelle (Blanc, 2025).

E. Est-ce que le coût d'une institutionnalisation joue un rôle dans le DNR ?

Le coût de l'institutionnalisation semble jouer un rôle indirect mais réel dans les décisions relatives au statut de non-réanimation (DNR). En Suisse, comme dans d'autres pays occidentaux, les frais associés à une prise en charge en institution médicalisée (EMS) sont élevés et souvent partagés entre les assurances, les patients et leurs familles. Cette réalité économique influence parfois les préférences des patients âgés, qui redoutent de devenir un fardeau financier pour leurs proches. Une étude suisse menée par Vilpert (2020) a mis en évidence que la crainte de la dépendance et de la perte de dignité est fréquemment liée à des préoccupations d'ordre économique. Du côté des soignants, des études éthiques indiquent que le contexte socio-économique du patient – isolement, précarité, coût anticipé de la prise en charge – peut inconsciemment influencer l'inclination à proposer ou non un statut DNR (Bernat, 2005). Ce phénomène, bien que rarement explicité, peut entraîner un glissement vers des biais décisionnels, notamment chez les patients âgés ou chroniquement dépendants. D'où l'importance de maintenir des critères cliniques, éthiques et partagés comme fondement unique des décisions de limitation thérapeutique, indépendamment du statut économique du patient.

F. Quel est l'influence du proche-aidant sur la DNR ?

Le rôle du proche-aidant dans la décision de non-réanimation (DNR) est souvent déterminant, surtout lorsque le patient est en situation de vulnérabilité cognitive ou de perte d'autonomie. En pratique, les proches jouent fréquemment un rôle de médiateur entre le patient et l'équipe soignante, parfois même de porte-parole lorsque le discernement du patient est altéré. Leur interprétation des volontés du patient, influencée par leur propre rapport à la dépendance, à la souffrance ou à la mort, peut peser fortement sur l'orientation des décisions médicales (Hickman et al., 2011). Dans certaines situations, notamment en neurologie, le proche-aidant devient de facto une figure centrale dans le processus décisionnel, ce qui peut être source de tensions éthiques si ses intérêts ou émotions prennent le pas sur ceux du patient. Plusieurs études ont montré que les soignants peuvent être influencés, parfois inconsciemment, par le niveau d'implication, de détresse émotionnelle ou de pression du proche-aidant, conduisant à des décisions de limitation de traitement anticipées (Holloway et al., 2016). En Suisse, où la valorisation de l'autonomie individuelle est forte, les directives anticipées sont censées encadrer ce processus, mais dans leur absence ou leur ambiguïté, la parole du proche-aidant devient un élément décisif, soulignant la nécessité de mieux l'intégrer dans les dispositifs de décision partagée et de l'accompagner dans son rôle. Ainsi, le proche-aidant est à la fois ressource, relais, et parfois vecteur d'influence dans les décisions de DNR, justifiant une attention éthique et communicationnelle renforcée.

IV. Pistes pour éviter la stigmatisation

A. Promouvoir une culture médicale nuancée du handicap

Il est indispensable de former les soignants à la diversité des trajectoires neurologiques et à la philosophie du handicap. Comprendre que la vie avec un handicap n'est pas nécessairement une vie sans qualité est un préalable à toute évaluation éthique.

B. Valoriser le vécu subjectif du patient

Lorsque cela est possible, la parole du patient doit guider les soins. En son absence, les proches doivent être consultés avec discernement, dans une logique de volonté présumée.

C. Rendre le statut DNR dynamique et réévalué

Abandonner le caractère figé du statut DNR pour en faire un processus réfléchi, évolutif et documenté.

D. Éviter les prophéties auto-réalisantes

Attendre un temps raisonnable avant de prendre des décisions de non-réanimation en phase aiguë, en particulier pour les lésions cérébrales graves.

E. Prendre en compte la vie émotionnelle du soignant

Intégrer des espaces de réflexion éthique et psychologique pour aider les médecins à identifier leurs propres projections.

F. Inclure le neurologue dans la discussion du statut de réanimation

La discussion sur l'attitude de réanimation ne devrait pas être faite par le médecin assistant de première année mais par la personne avec les plus grandes connaissances du pronostic.

Conclusion

Le statut de réanimation chez le patient atteint de pathologie neurologique ne doit en aucun cas devenir un raccourci vers l'abandon thérapeutique. Il doit résulter d'une démarche éthique, collégiale, rigoureuse et empreinte de lucidité émotionnelle. La stigmatisation constitue un risque réel, ce qui rend indispensable un dialogue ouvert et sans tabou, tant avec le patient qu'avec l'équipe soignante.

Une connaissance approfondie des pathologies neurologiques et de leurs pronostics relatifs est essentielle à une décision éclairée.

Par ailleurs, une réflexion collective sur la place accordée à l'autonomie — et sur ses limites — dans notre société mériterait d'être engagée.

Bibliographie

- Almojuela, A., Hasen, M., & Zeiler, F. A. (2019). *The Full Outline Of UnResponsiveness (FOUR) Score and its use in outcome prediction: A scoping systematic review of the adult literature*. *Neurocritical Care*, 31(1), 162–175.
- Amacher, S. A., et al. (2024). *Misconceptions and donotresuscitate preferences of healthcare professionals commonly involved in cardiopulmonary resuscitations: A national survey*. *Resusc Plus*, 13, 17.
- Becker, K. J., et al. (2001). *Withdrawal of support in intracerebral hemorrhage may lead to selffulfilling prophecies*. *Neurology*, 56(6), 766–772.
- Bernat, J. L. (2005). *Medical futility: Definition, determination, and disputes in critical care*. *Neurocritical Care*, 2(2), 198–205.
- Bernat, J. L. (2019). *Ethical considerations in end-of-life decision making for patients with dementia*. *Neurology Clinics*, 37(3), 477–488.
- Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C., Maurer, J., & Jox, R. J. (2025). *Preparing for the endoflife: Public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland*. *BMC Palliative Care*, 24(1), 118.
- Brizzi, M., AbulKasim, K., Jalakas, M., Selariu, E., PessahRasmussen, H., & Zia, E. (2012). *Early donotresuscitate orders in intracerebral haemorrhage: Frequency and predictive value for death and functional outcome*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20:36.
- Bruno, M.-A., Bernheim, J.-L., Ledoux, D., Pellas, F., Demertzi, A., Laureys, S., et al. (2011). *A survey on selfassessed wellbeing in a cohort of chronic lockedin syndrome patients: Happy majority, miserable minority*. *BMJ Open*, 1(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000039>
- Chiong, W., Tsou, A. Y., Simmons, Z., Bonnie, R. J., & Russell, J. A. (2021). *Ethical considerations in dementia diagnosis and care*. *Neurology*, 97(2), 80–89.
- Clare, L., Wu, Y. T., Quinn, C., Jones, I. R., Victor, C. R., Nelis, S. M., et al. (2019). *A comprehensive model of factors associated with capability to “live well” for family caregivers of people living with mildtomoderate dementia: Findings from the IDEAL Study*. *The Gerontologist*, 33(1), 29–35.
- De Georgia, M. A. (2022). *The intersection of prognostication and code status in patients with severe brain injury*. *Journal of Critical Care*, 69, 153997.

- Dignam, C., Brown, M., & Thompson, C. H. (2021). *Moving from “Do Not Resuscitate” orders to standardized resuscitation plans and shared decision making in hospital inpatients*. *Gerontology and Geriatrics*.
- Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., et al. (2020). *Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments*. *The American Journal of Psychiatry*, 177(6), 543–554.
- Fuchs, A., Käser, D., Theiler, L., Greif, R., Knapp, J., & Estilita, J. B. (2021). *Survival and longterm outcomes following inhospital cardiac arrest in a Swiss university hospital: A prospective observational study*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29, 115.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2020). *Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia*. *JAMA*, 320(12), 1303–1312.
- Graham, M. (2020). *Burying our mistakes: Dealing with prognostic uncertainty after severe brain injury*. *Bioethics*, 34(6), 612–619.
- Hemphill, J. C. III, White, D. B., et al. (2010). *Do not resuscitate orders and predictive models after intracerebral hemorrhage*. *Neurology*, 75(7), 626–633.
- Hickman, S. E., et al. (2011). *A comparison of methods to communicate treatment preferences in nursing facilities*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 433–439.
- Holloway, R. G., et al. (2013). *Estimating and communicating prognosis in advanced neurologic disease*. *Neurology*, 80(8), 764–772.
- Holloway, R. G., Arnold, R. M., Creutzfeldt, C. J., et al. (2016). *Palliative and endoflife care in stroke: A statement from the American Heart Association*. *Stroke*, 45(6), 1887–1916.
- Hurst, S. A., et al. (2018). *Medical endoflife practices in Swiss cultural regions: A death certificate study*. *BMC Medicine*, 16, 54.
- Hwang, D. (2024). *Guidelines for neuroprognostication in critically ill adults with intracerebral hemorrhage*. *Neurocritical Care*, 40, 395–414.
- Jüttler, E., Bösel, J., Amiri, H., Schiller, P., Limprecht, R., Hacke, W., Unterberg, A.; DESTINY II Study Group. (2011). *DESTINY II: DEcompressive Surgery for the Treatment of malignant INfarction of the middle cerebral artery II*. *International Journal of Stroke*, 6(1), 79–86.
- Logsdon, R. G., et al. (2002). *Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment*. *Psychology and Aging*, 17(4), 562–572.
- Luth, E. A., Pan, C. X., & Prigerson, H. G. (2022). *Dementia and early donotresuscitate orders associated with less intensive endoflife care: A retrospective cohort study*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(12).
- Minhas, J. S., SammutPowell, C., Birleson, E., Patel, H. C., & ParryJones, A. R. (2021). *Are donotresuscitate orders associated with limitations of care beyond their intended purpose in patients with acute intracerebral haemorrhage?* *BMJ Open Quality*, 10(1), e001113.
- Sanderson, A., et al. (2013). *Clinician perspectives regarding the donotresuscitate order*. *JAMA Pediatrics*.
- Sandroni, C., Cronberg, T., Cavallaro, F., et al. (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(12), 1779–1789.
- Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C., & Tobler, P. N. (2016). *Cognitive biases associated with medical decisions: A systematic review*. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 138.
- Silvennoinen, K., et al. (2014). *Donotresuscitate (DNR) orders in patients with intracerebral hemorrhage*. *International Journal of Stroke*, 9(1), 53–58.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y. H., & Langa, K. M. (2021). *Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death*. *The New England Journal of Medicine*, 362(13), 1211–1218.
- Swiss Life Group. (2024). *Blog: Perspectives on a longer selfdetermined life*. Consulté sur <https://www.swisslife.com/en/home/blog/barometer2024.html>



van de Glind, E. M. M., van Munster, B. C., van de Wetering, F. T., van Delden, J. J. M., Scholten, R. J. P. M., & Hooft, L. (2013). *Prearrest predictors of survival after resuscitation from outofhospital cardiac arrest in the elderly: A systematic review*. BMC Geriatrics, 13, 68.

Vilpert, S., et al. (2020a). *Associations of endoflife preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide: Evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland*. PLoS One 2020 Apr 23;15(4): e0232109.

Vilpert, S., et al. (2020b). *Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland*. Swiss Medical Weekly, 150, w20349.

Young, G., Douglass, A., & Davison, L. (2018). *What do doctors know about assessing decisionmaking capacity?* New Zealand Medical Journal, 131(1471).

Médecine de la Personne
75^{ème} Rencontre Internationale
20 au 23 août 2025
CH - MONTMIRAIL

Conférence 4 - Petits groupes
(CH)

Dr Susanne RENAUD

22/08/2025

Vignettes cliniques – Atelier sur le statut de réanimation

(Les images sont des images génériques à titre illustratif)

- 1) Il s'agit d'une patiente de 80 ans, ancienne ouvrière, aujourd'hui retraitée, jusque-là en très bonne santé et sans traitement médicamenteux. Depuis environ un an, des troubles cognitifs légers sont rapportés, principalement des difficultés mnésiques selon sa fille, nécessitant un certain soutien pour la gestion des finances. Aucun bilan diagnostique n'a encore été entrepris. La patiente reste néanmoins autonome à domicile.

Elle est veuve et vit seule. Sa fille, son unique proche, habite à une heure de route et travaille à temps plein. Celle-ci retrouve sa mère à domicile, 24 heures après le dernier contact connu, dans un état confusionnel accompagné d'un héli-syndrome gauche.

Un scanner cérébral avec angio-CT révèle un hématorne lobaire pariétal droit, en lien avec une probable angiopathie amyloïde cérébrale — hypothèse qui permet également de rétrospectivement expliquer les troubles cognitifs antérieurs.

La patiente n'a jamais rédigé de directives anticipées ni discuté de manière explicite de ses souhaits en cas de situation critique. Elle a simplement évoqué à plusieurs reprises, sans précision, qu'elle ne souhaitait « pas d'acharnement ».

➤ **Question pour l'atelier :**

Quelle approche adoptez-vous pour déterminer le statut de réanimation dans cette situation ?



2) Il s'agit d'un patient de 18 ans, apprenti polymécanicien, victime d'un accident de la route ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral (TCC) sévère, avec hématorne sous-dural et signes d'engagement. Il est transféré en urgence au centre universitaire, où une décompression crânienne est réalisée.

Après plusieurs jours, il est extubé et respire spontanément. Toutefois, aucun contact significatif n'est possible : le patient reste non communicant, alimenté par sonde nasogastrique. Il présente un héli-syndrome moteur droit, possiblement associé à une aphasie.

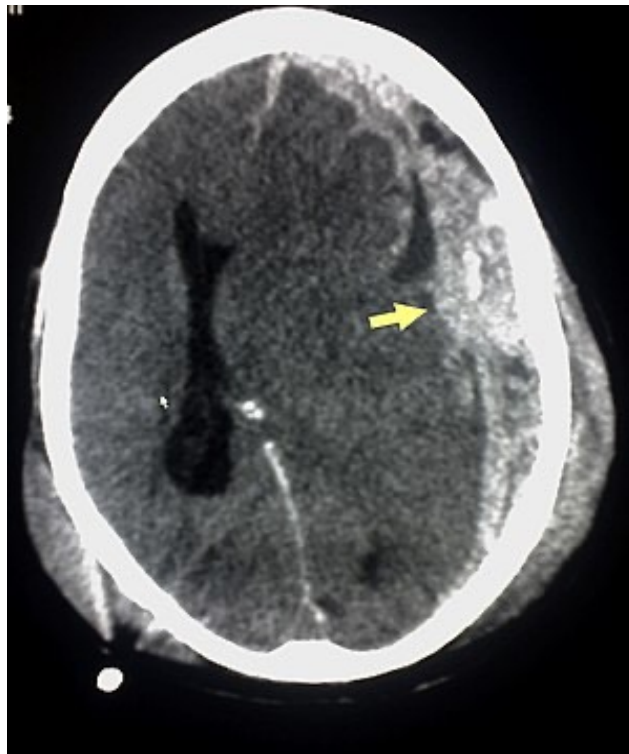
Avant l'accident, lors d'une visite dans un EMS pour voir sa grand-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer, le patient aurait confié à ses sœurs qu'il ne souhaiterait jamais vivre dans un état de dépendance sévère, disant qu'il préférerait « mourir plutôt que d'être un légume ». Aucune directive anticipée n'a été rédigée.

Six semaines après les événements, sans changement significatif de son état neurologique, le patient est transféré dans votre service, dans son canton d'origine. Vous devez à présent réévaluer le **statut de réanimation**, mais également la question de la pose d'une **gastrostomie percutanée (PEG)**.

La situation familiale est complexe : les parents sont divorcés. Le père exprime le souhait que « tout soit fait », tandis que la mère s'appuie sur les propos rapportés par les sœurs pour s'interroger sur le bien-fondé d'une prise en charge intensive.

➤ **Question pour l'atelier :**

Quelle approche adoptez-vous pour déterminer le statut de réanimation dans cette situation ?
Et comment abordez-vous la décision concernant la pose d'une sonde PEG ?



3) Il s'agit d'un homme de 85 ans, professeur de littérature française, encore très actif sur le plan intellectuel. Il travaille actuellement à la rédaction d'un ouvrage consacré aux écrits de Jean-Jacques Rousseau.

Ses antécédents médicaux comprennent une hypertension artérielle et un diabète de type 2. Il est hospitalisé à la suite d'une hémorragie cérébrale touchant la capsule interne, responsable d'un héli-syndrome à droite. Lors de l'entretien avec l'équipe médicale, le patient exprime avec clarté et conviction son souhait de **tout faire** pour préserver sa santé, insistant sur le fait qu'il veut « absolument terminer son livre ». Lorsque la question du statut de réanimation est abordée, il répond sans hésitation : « Bien sûr, la médecine a fait beaucoup de progrès ! »

Cependant, certains membres de l'équipe soignante se montrent critiques face à cette position, estimant qu'elle n'est pas réaliste au vu du pronostic fonctionnel et de l'âge du patient.

➤ **Question pour l'atelier :**

Comment gérez-vous cette situation ?

Comment concilier l'autonomie du patient avec les interrogations de l'équipe soignante ?

