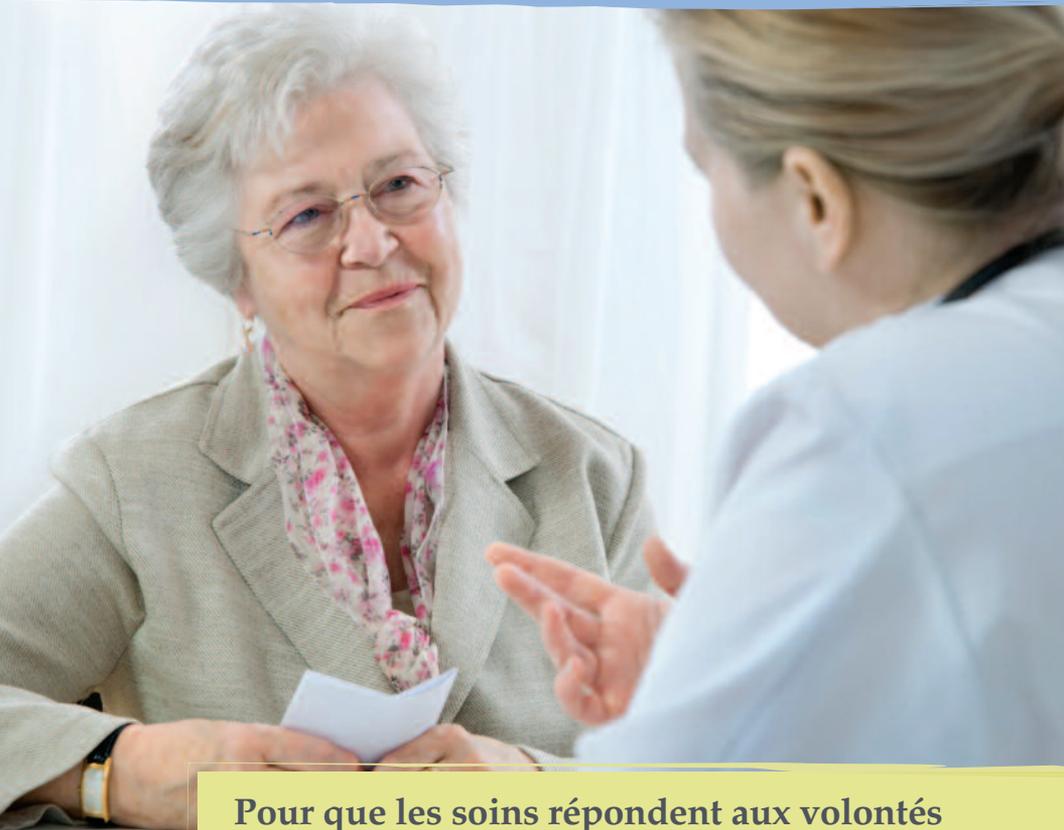


Guide de réflexion en contexte  
de maladie grave et de fin de vie

# DÉCIDER DES OBJECTIFS DES SOINS



**Pour que les soins répondent aux volontés  
de la personne**

Comité d'éthique clinique

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke



# DÉCIDER DES OBJECTIFS DES SOINS

Guide de réflexion en contexte de maladie grave  
et de fin de vie pour que les soins répondent  
aux volontés de la personne

Publié par le comité d'éthique clinique du CSSS-IUGS

## Anne-Marie Boire-Lavigne

Ph.D. Sciences biomédicales, orientation bioéthique

Médecin de famille en soins de longue durée

Professeure et directrice du Bureau de développement de l'éthique à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke; responsable de l'enseignement de l'éthique au programme de médecine de la FMSS

## Julie Lapierre

Médecin gériatre en courte durée gériatrique

Professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

## Yves Turmel

Médecin de famille en soins de longue durée

## Johanne Boivin

Psycho-éducatrice auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie

## Jean-Claude Demers

Intervenant en soins spirituels en soins de longue durée

## Marie Gratton

Théologienne

### **Élizabeth Proulx**

Travailleuse sociale en soins de longue durée et en soutien à domicile

### **Pierre-Michel Roy**

Médecin de famille à l'hôpital de jour

Professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

### **Lysanne Beaulieu**

Médecin de famille auprès de la clientèle ambulatoire et en soutien à domicile

### **Dominique Proulx**

Infirmière, conseillère clinique en soins infirmiers

### **Louise Rondeau**

Travailleuse sociale auprès de la clientèle en santé mentale

### **Joanne Baillargeon**

Infirmière auprès des enfants, des jeunes et des familles

# Table des matières

1. Pourquoi décider des objectifs des soins? .....	6
2. À quel moment est-il approprié de discuter des objectifs des soins? .....	8
3. Comment ces prises de décisions se déroulent-elles? .....	10
4. Qui représente la personne n'étant pas en mesure de consentir aux soins? .....	12
5. Quel est le rôle du représentant? .....	13

## RÉFLÉCHIR AUX OBJECTIFS DES SOINS

6. Identifier les priorités parmi des objectifs des soins ....	16
7. Recourir à des repères éthiques pour guider la prise de décision .....	18
8. Une divergence d'avis : que faire? .....	22
9. À qui communiquer les décisions sur les objectifs des soins? .....	24
10. Comment sont mis en œuvre les décisions sur les objectifs des soins? .....	25
11. La réflexion est essentielle face à la maladie grave et la fin de vie .....	26

## Annexe

Information supplémentaire pour décider de tenter ou non une réanimation cardiorespiratoire .....	28
---	----

Bibliographie .....	34
---------------------	----



**Chaque personne est un jour confrontée  
à sa vulnérabilité face à la maladie  
grave ou à l'approche de sa mort  
ou de celle d'un être aimé.**

**Chacun doit travailler à intégrer  
ces réalités dans sa vie.**

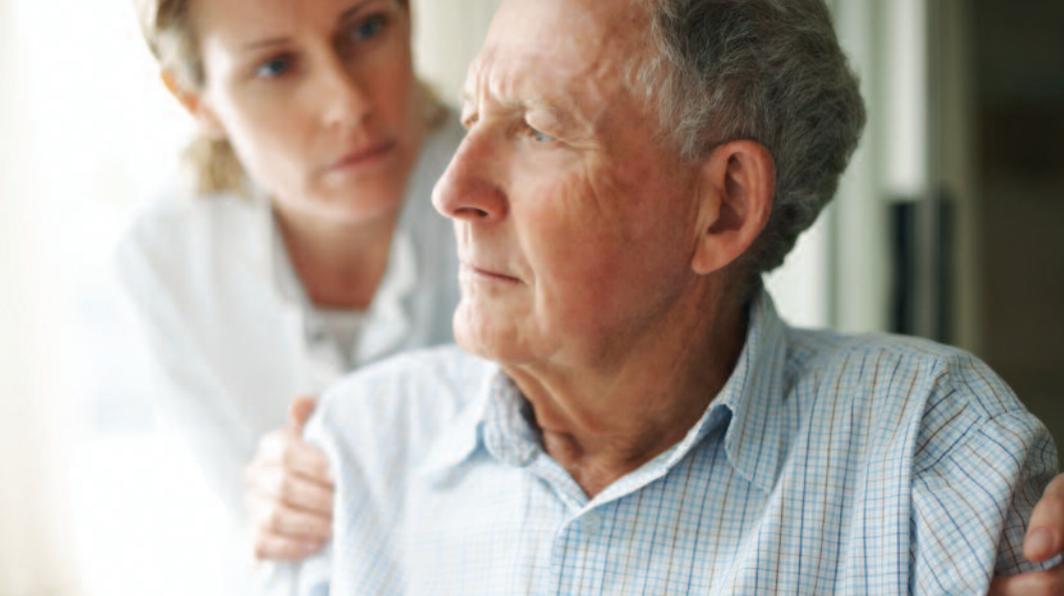
**Une telle réflexion influence  
les objectifs des soins à prodiguer  
à la personne.**

**Ce guide de réflexion a été conçu et  
formulé en fonction de la personne  
malade et de ses proches mais il peut  
également être utile pour les membres  
des équipes soignantes.**

Au quotidien, les usagers ou leurs proches sont invités à participer, avec le médecin et d'autres soignants, à l'ensemble des décisions de soins les concernant. En contexte de maladie grave, la personne est appelée à décider, avec les soignants, des objectifs des soins face à une éventuelle détérioration importante ou rapide de son état de santé.

**Ce guide de réflexion vise à transmettre de l'information utile aux usagers et à leurs proches pour qu'ils se préparent et qu'ils participent de manière éclairée et réfléchie à l'ensemble des décisions de soins.**

De nombreuses personnes souffrant de maladies graves ou étant en fin de vie ne souhaitent pas d'interventions médicales qui soient disproportionnées à leur situation. Elles donnent alors priorité à des objectifs de soins comme la préservation de leur autonomie ou de leur qualité de vie, le maintien de leur confort plutôt qu'à la prolongation de leur vie à tout prix.



**La discussion sur les objectifs des soins avec la personne vise à déterminer ce qu'elle souhaite comme orientation générale des soins advenant une détérioration plus importante de son état de santé.**

**La pertinence de recourir ou non à une tentative de réanimation advenant un arrêt cardiorespiratoire<sup>1</sup> est alors spécifiquement abordée. Le recours à certaines interventions, comme l'intubation et le respirateur artificiel, peut également être discuté.**

---

<sup>1</sup> De l'information complémentaire sur la réanimation cardiorespiratoire et l'arrêt cardiorespiratoire est présentée en annexe.

## 2 À quel moment est-il approprié de discuter des objectifs des soins?

Il est important que la personne, le médecin et les autres professionnels concernés<sup>2</sup> discutent de ce sujet suffisamment tôt pour permettre la réflexion et éviter que des décisions soient prises sous la pression de l'urgence.

L'absence de discussion sur les objectifs des soins conduit à des situations souvent qualifiées d'*acharnement thérapeutique*. Par exemple, lorsque ces décisions sont prises tardivement, soit quelques jours avant le décès, il est fréquent que le contrôle de la douleur soit insuffisant. Conscient de cette réalité et pour éviter ces situations, le médecin initie la discussion sur les objectifs des soins de plus en plus tôt dans l'évolution de la maladie.



En général, c'est le médecin qui prend l'initiative de cette discussion. Toutefois, si la personne malade ou ses proches trouvent pertinent d'aborder ce sujet avec le médecin, ils peuvent eux-mêmes initier la discussion.

---

<sup>2</sup> Infirmière, travailleur social, psychologue, intervenant en soins spirituels, etc.

## **La discussion sur les objectifs des soins peut avoir lieu dans les contextes suivants :**

- **Lors d'une hospitalisation**

Il est fréquent que les objectifs des soins soient discutés lors de l'hospitalisation d'une personne gravement malade. Par exemple, une personne hospitalisée à plusieurs reprises pour une insuffisance cardiaque ou pulmonaire sévère pourrait avoir cette discussion avec le médecin.

- **Au bureau du médecin ou en visite à domicile**

Que ce soit lors d'un suivi en clinique ou lors d'une visite à domicile, le médecin de famille ou le médecin spécialiste qui suit régulièrement une personne peut également trouver pertinent d'aborder ce sujet.

- **À la suite d'une admission dans un milieu d'hébergement et de soins de longue durée**

Dans les jours ou les semaines qui suivent l'admission d'une personne en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, le médecin abordera ce sujet, en raison de la gravité des problèmes de santé qui conduisent à l'hébergement.

**La discussion sur les objectifs des soins doit avoir lieu suffisamment tôt pour permettre la réflexion et éviter que des décisions soient prises sous la pression de l'urgence.**

### 3 **Comment** ces prises de décisions se déroulent-elles?



Le dialogue entre les soignants et la personne doit se faire dans un climat de confiance et de respect. Elle sera invitée à discuter avec le médecin. Elle pourra alors être accompagnée par un proche, si elle le souhaite. Le médecin doit s'ajuster

au rythme du malade, à ses réactions, à son niveau de compréhension et à ses attentes.

Le rôle de la personne est de participer pleinement aux décisions à propos des soins la concernant. Pour cela, il lui faut bien comprendre sa situation. Elle doit être informée adéquatement par le médecin sur :

- son état de santé : ses maladies et leur évolution attendue, les possibilités de récupération et les séquelles physiques ou mentales prévisibles;
- les interventions possibles avec leurs avantages et leurs inconvénients.

**Le rôle de la personne est de participer pleinement aux décisions à propos des soins la concernant.**

La personne doit pouvoir poser toutes les questions qu'elle juge nécessaires. Souvent, le médecin émettra une opinion sur ce qu'il pense être préférable dans les circonstances et pourquoi.

La personne sera invitée à exprimer librement son avis et ce qui la motive. Si elle a besoin de réfléchir à ses décisions ou d'impliquer ses proches, la discussion se poursuivra sur quelques rencontres. Des membres de l'équipe de soins, autres que le médecin, peuvent soutenir le malade ou ses proches dans ses décisions : une infirmière, un travailleur social ou un intervenant avec qui elle se sent à l'aise.

**La personne peut modifier en tout temps ses décisions quant aux objectifs des soins la concernant.**

Il est possible que l'avis de la personne change au cours de l'évolution de son état de santé et des événements. Elle peut modifier ses décisions en tout temps et l'exprimer aux soignants. De plus, le médecin validera avec elle, au fil des événements de santé, les objectifs de soins préalablement déterminés, en modifiant ces derniers au besoin.

## 4 Qui représente la personne n'étant pas en mesure de consentir aux soins?

Lorsque la personne est inapte, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est plus en mesure de prendre les décisions à propos des soins la concernant, son répondant, souvent accompagné par d'autres proches, la représentera auprès des soignants.

Au Québec, la loi (le Code civil) précise qui peut agir comme répondant de la personne inapte à consentir aux soins. Cette personne, aussi nommée *représentant* de la personne malade est, par ordre de priorité :

- le représentant reconnu légalement soit le mandataire, le curateur ou le tuteur;
- en l'absence d'un tel représentant reconnu légalement, ce sera le conjoint de la personne, par mariage religieux ou par union civile, ou encore le conjoint de fait;
- en l'absence de conjoint, le représentant sera un proche parent (père, mère, enfant, frère ou sœur) ou une personne témoignant d'un intérêt pour la personne malade.

**Au Québec, le Code civil précise qui peut agir comme répondant de la personne inapte à consentir aux soins.**

## 5 Quel est le rôle du représentant?



Le rôle du représentant est de parler avec les soignants, au nom de la personne inapte, et de donner le consentement aux soins requis par l'état de santé de cette dernière. Les décisions de soins sont prises dans le respect des volontés et dans

l'intérêt premier de la personne malade. Toutefois, d'autres préoccupations peuvent aussi émerger lors de la discussion. Il faut alors veiller à ce que le souci envers la personne malade prime sur les autres considérations lors de la prise de décisions concernant ses soins.

**Parfois, les proches vivent un lourd sentiment de responsabilité en participant à une prise de décision de soins pour une personne gravement malade ou en fin de vie.**

**Le médecin peut les aider en leur donnant de l'information et en partageant avec eux ses réflexions et ses recommandations pour qu'ensemble ils parviennent aux meilleures décisions.**

# Quel est le rôle du représentant?

## Trois repères devant guider la prise de décision

- **Respecter les volontés de la personne malade**

Les participants aux décisions doivent chercher à connaître si la personne a exprimé antérieurement des volontés, sous la forme de souhaits verbaux ou écrits ou d'autres indications permettant d'orienter les soins.

- **Rechercher le meilleur intérêt de la personne malade**

Les participants aux décisions recherchent le meilleur intérêt de la personne. Ils prennent en compte l'ensemble de sa condition médicale et l'évolution attendue à court et à moyen termes.

**Les décisions de soins sont prises dans le respect des volontés et dans l'intérêt premier de la personne malade.**

- **Exercer un jugement substitué**

Si la recherche visant à connaître les volontés exprimées antérieurement par la personne est infructueuse, le représentant de cette dernière peut tenter d'interpréter ce qu'elle aurait voulu dans les circonstances, à la lumière de ses attitudes, de ses valeurs et de ce qu'elle exprime actuellement même si elle est inapte. Le représentant exerce alors un jugement substitué.

Souvent les personnes ayant des atteintes cognitives modérées à sévères peuvent encore

s'exprimer. Il suffit d'être à l'écoute ou d'explorer le sujet avec elles, en des termes simples. Elles peuvent exprimer leur bonheur ou inversement des malaises de vivre importants, ou même le souhait de mourir. Ces expressions devront être considérées dans la prise de décision.



Parfois, les proches vivent un lourd sentiment de responsabilité en participant à une prise de décision de soins pour une personne gravement malade ou en fin de vie. Ce sentiment peut être accentué si la personne malade n'a donné aucune indication claire sur ses volontés. L'angoisse de ne pas prendre la bonne décision ou de se sentir responsable de la vie et de la mort de l'être aimé peut surgir.

Si tel est le cas, le représentant doit éviter de rester seul avec ces vécus. Il serait souhaitable qu'il en parle avec le médecin ou avec un autre professionnel de l'équipe de soins. Le médecin est également responsable de cette décision. Le représentant n'est donc pas seul à porter cette responsabilité. Pour l'aider, le médecin l'informerait et partagerait avec lui ses réflexions et ses recommandations, pour qu'ensemble ils parviennent aux meilleures décisions. Dans un tel contexte, il n'existe pas de « bonne réponse » déterminée à l'avance.

## 6 Identifier les priorités parmi des objectifs des soins

Aucune vérité préétablie n'existe quant aux objectifs des soins à promouvoir en contexte de maladie grave ou de fin de vie. Chaque situation est particulière. Ultimement, c'est le bien de la personne malade qui est recherché. Ainsi, le médecin et la personne elle-même, ou son représentant en cas d'inaptitude, cherchent ensemble les meilleures décisions à prendre dans les circonstances.

**Soutenue par ses proches et l'équipe soignante, la personne malade doit réfléchir à certains objectifs des soins.**

**Dans ma situation, je souhaite donner la priorité à quels objectifs des soins?**

**Objectif : PROLONGER MA VIE PAR TOUS MOYENS**

Mettre en œuvre tous les moyens techniques médicaux nécessaires pour prolonger ma vie.

Par exemple, en tentant une réanimation si un arrêt cardiorespiratoire se produit ou en recourant au respirateur (machine pour respirer artificiellement) en cas de défaillance respiratoire sévère.

## **Objectif : PROLONGER MA VIE PAR DES MOYENS ADAPTÉS À MA SITUATION**

Mettre en œuvre des interventions visant à prolonger ma vie, s'il y a des possibilités raisonnables que je préserve ma qualité de vie.

J'aurai alors à préciser mes choix avec l'aide du médecin concernant les interventions médicales que je considère disproportionnées par rapport à ma situation.

## **Objectif : ASSURER MON CONFORT**

**M'assurer un confort optimal en tout temps.**

Lors d'une détérioration de mon état de santé, si un choix doit être fait entre maintenir mon confort ou prolonger ma vie, je souhaite donner la priorité à mon confort.

**Si le maintien du confort est prioritaire, il est possible que je ne veuille plus d'intervention visant à prolonger ma vie et que je souhaite que la mort puisse survenir en laissant la nature suivre son cours. Est-ce le cas?**

Si oui, il est souhaitable d'en discuter ouvertement avec le médecin.

## 7 Recourir à des repères éthiques pour guider la prise de décisions

Voici des repères éthiques qui peuvent guider la réflexion de la personne, soutenue par ses proches et l'équipe soignante.

### **Primauté de la vie**

Dans notre société nord-américaine, toute personne a le devoir moral et légal de porter secours à quiconque est en danger. C'est pourquoi, si une urgence vitale se produit, comme un arrêt cardiorespiratoire, des interventions visant à prolonger la vie seront entreprises immédiatement à moins que la personne (ou son représentant) ait exprimé un choix différent.

Idéalement, les décisions de soins concernant les urgences vitales seront discutées à l'avance pour éviter que soient entreprises certaines interventions disproportionnées par rapport à la condition de santé de la personne. En effet, si le choix de cette dernière (ou de son représentant) est inconnu, les intervenants mettront tout en œuvre pour prolonger sa vie.

**Si la personne n'a pas exprimé son choix et qu'une urgence vitale survient, les intervenants mettront tout en œuvre pour prolonger sa vie.**

## **Respecter les choix de la personne malade**

Toute personne peut participer pleinement aux décisions de soins la concernant. Elle a droit à une information adéquate et suffisante ainsi qu'au soutien du médecin pour prendre la meilleure décision dans les circonstances.

Le respect de l'autonomie de la personne exige que les décisions de soins prises par cette dernière soient respectées, dont celle de tenter ou non une réanimation advenant un arrêt cardiorespiratoire, si des possibilités de réussite sont connues.

## **Déterminer, pour soi-même, ce qu'est une vie de qualité**

L'appréciation qu'une personne fait de sa qualité de vie est personnelle et unique. La détermination des objectifs des soins est grandement influencée par la perception qu'a la personne de sa qualité de vie. Par ailleurs, cette perception peut évoluer au fil du temps.

Respecter la qualité de vie peut être de plusieurs ordres, dont :

- intervenir pour corriger une détérioration de l'état de santé d'une personne s'il y a des chances raisonnables qu'elle retrouve sa qualité de vie antérieure;
- éviter certaines interventions qui affectent négativement la qualité de vie de la personne et qui sont alors considérées comme disproportionnées.

**Qu'est-ce que je considère comme étant des conditions de vie inacceptables?**

# Recourir à des repères éthiques pour guider la prise de décisions

## Éviter des interventions disproportionnées

Une intervention est jugée disproportionnée si, après avoir évalué ses avantages et inconvénients, la personne juge que les inconvénients surpassant les bénéfices escomptés. Lors de cette évaluation, la personne prend en compte l'ensemble de son état de santé et sa qualité de vie.

**L'appréciation qu'une personne fait de sa qualité de vie est personnelle et unique.**

## Promouvoir une fin de vie digne et sans souffrance

Lorsque la mort est proche, les soignants ont la responsabilité de promouvoir une fin de vie digne et sans souffrance. Cette philosophie de soins est adaptée à la fin de vie.

Le plus souvent, la recherche du confort deviendra prioritaire pour tous. Dans de telles circonstances, on voudra éviter les techniques médicales qui causent de la souffrance ou détériorent la qualité de vie. Prolonger la vie par tous les moyens techniques existants, dont une tentative de réanimation cardiorespiratoire, n'est plus approprié.

De plus, l'arrêt de certains traitements visant la prolongation de la vie ne doit pas être interprété comme un abandon de soins. La personne continuera à recevoir tous les soins requis par sa situation.

Pour des motifs de confort, le transfert à l'urgence de l'hôpital est évité. Les soignants tentent d'améliorer la situation avec les moyens techniques qui sont disponibles dans le milieu de vie de la personne et qu'elle tolère bien. Si la personne éprouve de l'inconfort, elle est soulagée.

Le transfert à l'hôpital est envisagé si c'est le meilleur moyen d'éviter que la personne éprouve de l'inconfort. C'est le cas pour une fracture de hanche qui nécessite une chirurgie afin d'éviter de grandes douleurs au moindre déplacement.

**L'arrêt de certains traitements visant la prolongation de la vie ne doit pas être interprété comme un abandon de soins.**

**La personne continuera à recevoir tous les soins appropriés à sa situation.**

Si le décès est imminent, les soignants s'assurent que la personne reçoive tous les soins et les services nécessaires pour lui assurer de mourir dans la dignité, en offrant aussi du soutien à ses proches.

## 8 Une divergence d'avis que faire?

En cas de divergence d'avis entre le médecin et la personne malade, ou son représentant, sur l'orientation des soins à privilégier, il est essentiel de permettre un temps de réflexion et de discussion échelonné sur une période appropriée aux circonstances. Si la divergence concerne spécifiquement le recours à la réanimation cardiorespiratoire, et que la personne veut être réanimée, la réanimation sera tentée pendant cette période.

**Si la divergence concerne spécifiquement le recours à la réanimation cardiorespiratoire, et que la personne malade veut être réanimée, la réanimation sera tentée pendant la période de réflexion et de discussion.**



## **Le soutien de l'équipe de soins, d'un autre médecin ou du comité d'éthique clinique**



L'avis de l'équipe de soins et d'un autre médecin pourra nourrir cette réflexion. Le comité d'éthique clinique de l'établissement est une autre ressource utile pour l'aide à la décision. Cette aide vise à approfondir la réflexion éthique ou à offrir un avis face à une divergence persistante posant problème pour les personnes concernées.

Lorsque la personne est inapte à participer aux décisions et n'a pas fait connaître ses volontés au préalable, des divergences, au sein de la famille et entre les proches, peuvent survenir. Si le répondant est un mandataire, un curateur, un tuteur ou un conjoint, ce dernier représentera la personne auprès de l'équipe de soins. Si plusieurs proches jouent le rôle de répondant, l'équipe de soins apportera le soutien nécessaire à ces derniers pour parvenir aux meilleures décisions, dans un délai raisonnable, avec comme souci premier l'intérêt du malade. Au besoin, les proches devront choisir un unique répondant.

## 9 À qui communiquer les décisions sur les objectifs des soins?

Déterminer à l'avance les objectifs des soins quant à une éventuelle détérioration de l'état de santé n'est utile que si ces décisions sont accessibles et consultées par les professionnels de la santé. Cette information doit donc être communiquée à la famille, aux médecins appelés à intervenir auprès de la personne ainsi qu'à tous les autres professionnels concernés.

**Les décisions quant aux objectifs des soins doivent être communiquées à la famille, aux médecins appelés à intervenir auprès de la personne ainsi qu'à tous les autres professionnels concernés.**

### **Un formulaire comme outil de communication**

Au Québec, la plupart des établissements de santé utilisent des « échelles de niveaux de soins » comme outil de communication de ces décisions. Ce formulaire, rempli par le médecin est déposé au dossier du patient, accompagné d'une note résumant la discussion avec la personne malade ou son représentant. En contexte de clinique externe ou de soutien à domicile, la personne devra donner son accord pour que ce formulaire soit transmis au centre hospitalier qu'elle fréquente. Elle en gardera aussi une copie, en vue de la transmettre au besoin, et en informera ses proches.

## 10 Comment sont mises en œuvre les décisions sur les objectifs des soins?

Lors d'une détérioration de l'état de santé, les objectifs des soins déterminés à l'avance aideront le médecin à décider avec la personne malade, ou avec son représentant, des interventions appropriées à mettre en œuvre. Les objectifs des soins sont alors validés ou, au besoin, révisés. La détermination des objectifs des soins a donc un caractère dynamique et évolutif au fil du temps. Ces objectifs peuvent être modifiés en tout temps.

Toutefois, s'il y a urgence et que la personne ne peut participer activement aux décisions et que son représentant ne peut être joint, les objectifs des soins préalablement déterminés avec elle ou son représentant guideront les interventions des professionnels de la santé.

**La détermination d'objectifs des soins a un caractère dynamique et évolutif au fil du temps. Ces objectifs peuvent être modifiés en tout temps.**

**En urgence, si la personne ou son représentant ne peuvent participer aux décisions, les objectifs des soins préalablement déterminés guideront les interventions des professionnels de la santé.**

## 11 La réflexion est essentielle face à la maladie grave et la fin de vie



### **La réflexion sur les objectifs des soins est essentielle**

La maladie grave et la fin de la vie nous invitent tous à une certaine réflexion sur les meilleures décisions à prendre face à la puissance technique de la médecine. En effet, il est maintenant possible de repousser le moment de la mort, mais parfois au prix de souffrances et d'atteintes à la qualité de vie de la personne.

**Les décisions sur les objectifs des soins interpellent toutes les personnes concernées : la personne malade, ses proches, le médecin et les autres soignants. Il est important que tous discutent de ce sujet suffisamment tôt pour permettre la réflexion.**

Les décisions sur les objectifs des soins interpellent toutes les personnes concernées : la personne malade, ses proches, le médecin et les autres soignants. La personne et ses proches y participent au mieux de leurs capacités. Il n'est pas rare que ce soit leur première expérience face à la maladie grave et à l'évocation de la mort. Chacun doit y apprivoiser des expériences de vie, parfois difficiles, mais qui sont aussi des occasions de croissance d'un point de vue personnel et interpersonnel.

Il est important que la personne, le médecin et les autres professionnels de la santé concernés discutent de ce sujet suffisamment tôt pour permettre la réflexion. À cet égard, les soignants vont informer, conseiller et accompagner la personne et ses proches pour que cette démarche se réalise avec un souci de toutes les personnes concernées, tout en plaçant en priorité l'intérêt de la personne malade.



## Information supplémentaire pour décider de tenter ou non une réanimation cardiorespiratoire

### Qu'est-ce qu'un arrêt cardiorespiratoire?

L'arrêt cardiorespiratoire se produit quand une personne devient inconsciente parce que son cœur a cessé de battre et qu'elle a arrêté de respirer. Le décès s'ensuit. Ceci se produit lors du décès de toute personne.



Dans la grande majorité des cas, l'arrêt cardiorespiratoire se produit dans un contexte où le décès est prévisible, attendu et imminent, à la suite d'une maladie grave, mortelle et jugée incurable.

Un arrêt cardiorespiratoire peut aussi se produire de manière inattendue ou imprévisible. En général, cela est dû à un problème cardiaque.

## **Qu'est-ce qu'une tentative de réanimation cardiorespiratoire?**

La tentative de réanimation cardiorespiratoire (RCR), cherche à rétablir la fonction du cœur et des poumons lors d'un arrêt cardiorespiratoire en :

- pratiquant un massage cardiaque, soit en pressant à répétition sur le thorax avec les mains;
- pratiquant la respiration artificielle par le bouche à bouche jusqu'à l'intubation, soit l'insertion d'un tube dans la gorge et les voies respiratoires pour faire entrer l'air dans les poumons;
- réalisant des défibrillations, par l'administration de décharges électriques sur le thorax pour rétablir le rythme cardiaque;
- donnant des médicaments par la voie intraveineuse ou par les voies respiratoires.

Si la réanimation réussit, la personne doit séjourner aux soins intensifs pour un certain temps, probablement intubée, avec le soutien d'un appareil, appelé ventilateur, pour respirer artificiellement. Cette période aux soins intensifs peut être prolongée s'il n'y a pas de reprise des fonctions respiratoires et circulatoires.

## Quels sont les taux de succès d'une tentative de réanimation cardiorespiratoire?

Un arrêt cardiorespiratoire peut se produire de manière inattendue et imprévisible, alors que la personne n'est pas à un stade avancé d'une maladie. Si une tentative de RCR est alors réalisée, ses chances de survie sont raisonnables, à la condition que le délai entre l'arrêt cardiorespiratoire et le début de l'exécution de la RCR soit court.

Lorsque l'arrêt cardiorespiratoire se produit à l'hôpital, le taux de survie avec la capacité de quitter l'hôpital est d'environ 15 % à 20 %.<sup>1</sup>

Si l'arrêt cardiorespiratoire se produit dans la rue ou à la maison, le taux de survie est toutefois plus bas, se situant entre 4 % et 9 %.<sup>2</sup>

Cette différence de taux de réussite entre le milieu hospitalier et le milieu extrahospitalier est due, en grande partie, à l'intervalle de temps entre l'arrêt cardiorespiratoire et le début de l'exécution de la RCR ainsi qu'à l'accès à un défibrillateur (appareil pour administrer un choc électrique au cœur). Plus ces délais sont grands, plus les chances de réussite d'une tentative de RCR diminuent.

Si la personne a un état de santé précaire affectant ses organes vitaux (cœur, poumons, reins, foie, cerveau, etc.), les chances de réussite d'une tentative de réanimation se réduisent d'autant, même si l'arrêt cardiorespiratoire est subit.



Dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, le taux de succès est estimé entre 0 et 5 % de chance de réussite.<sup>3</sup> Cela est dû à la combinaison de trois facteurs : l'état de santé précaire de la plupart des personnes qui y vivent; le délai fréquent entre l'arrêt cardiaque et l'exécution d'une tentative de RCR; l'accès limité à un défibrillateur. Limiter la tentative de réanimation aux situations où l'arrêt cardiorespiratoire se produit devant un témoin améliore nettement le taux de réussite de la RCR, car le témoin informe les professionnels de la santé et la RCR peut être commencée rapidement.

## **Quelles sont les complications possibles chez les survivants à une réanimation cardiorespiratoire?**

Le manque d'oxygène pendant l'arrêt cardiorespiratoire peut produire diverses séquelles permanentes, notamment au cerveau. Les séquelles neurologiques peuvent être de légères à sévères. Des études rapportent que 16 % à 50 % des survivants présenteront des atteintes cognitives, comme des pertes de mémoire ou une aggravation de celles-ci.<sup>4</sup>

Si les personnes étaient autonomes avant l'arrêt cardiorespiratoire, une majorité de survivants retrouveront ce niveau de fonctionnement ou un fonctionnement modérément détérioré n'entravant pas un retour à domicile.<sup>5</sup> Toutefois, l'âge avancé augmente le risque de perte d'autonomie.<sup>6</sup> Une majorité des personnes ayant survécu à un arrêt cardiorespiratoire présenteront une détérioration légère de leur qualité de vie.<sup>7</sup>

Les manœuvres de réanimation peuvent aussi provoquer des fractures de côtes ou du sternum qui sont fréquentes<sup>8</sup> ainsi que d'autres blessures plus rares comme une brûlure thoracique, un pneumothorax ou une lacération du foie.



Les avantages et les inconvénients d'une tentative de réanimation cardiorespiratoire devront donc être soupesés. Si la réanimation est tentée et qu'elle réussit, les interventions médicales qui suivront, pour prolonger la vie, impliqueront de l'inconfort. On doit donc se questionner sur le but des soins pour la personne malade, si elle est dans la dernière étape de sa vie : souhaite-t-on favoriser la prolongation de la vie ou le maintien de la qualité de vie et du confort? Généralement, dans des circonstances de maladies graves et irréversibles, comme une démence sévère, le médecin explore avec la personne malade, ou son représentant, la possibilité de ne pas tenter de RCR en cas d'arrêt cardiorespiratoire, pour promouvoir une fin de vie respectueuse de la qualité de vie et du confort.

# Bibliographie

<sup>1</sup> Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: Incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive care medicine*. 2007 Feb;33(2):237-245.

Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR, Kreuter W, Koepsell TD, Deyo RA, Stapleton RD. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *New England journal of medicine*. 2009 July 2;61(1):22-31.

Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: a report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2010 Mar;81(3):302-311.

<sup>2</sup> Rea TD, Eisenberg MS, Sinibaldi G, White RD. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Resuscitation*. 2004 Oct;63(1):17-24.

Stiell IG, Wells GA, DeMaio VJ, Spaite DW, Field BJ 3rd, Munkley DP, Lyver MB, Luinstra LG, Ward R. Modifiable factors associated with improved cardiac arrest survival in a multicenter basic life support/defibrillation system: OPALS Study Phase I results. *Ontario Prehospital Advanced Life Support. Annals of emergency medicine*. 1999 Jan;33(1):44-50.

Stiell IG, Wells GA, Field BJ, Spaite DW, De Maio VJ, Ward R, Munkley DP, Lyver MB, Luinstra LG, Campeau T, Maloney J, Dagnone E. Improved out-of-hospital cardiac arrest survival through the inexpensive optimization of an existing defibrillation program: OPALS study phase II. *Ontario Prehospital Advanced Life Support. Journal of the American Medical Association*. 1999 Apr 7;281(13):1175-81.

Vaillancourt C, Stiell IG. Canadian cardiovascular outcomes research team. Cardiac arrest care and emergency medical services in Canada. *The Canadian journal of cardiology*. 2004 Sep;20(11):1081-90.

<sup>3</sup> Applebaum GE, King JE, Finucane TE. The outcome of CPR initiated in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1990 Mar;38(3):197-200.

Awoke S, Mouton CP, Parrott M. Outcomes of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term-care facility: futile therapy? *Journal of the American Geriatrics Society*. 1992 Mar;40(6):593-5.

Benkendorf R, Swor RA, Jackson R, Rivera-Rivera EJ, Demrick A. Outcomes of cardiac arrest in the nursing home: destiny or futility? *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*. 1997 Apr-Jun;1(2):68-72.

- Ghush HF, Teasdale TA, Pepe PE, Ginger VF. Older nursing home residents have a cardiac arrest survival rate similar to that of older persons living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1995 May;43(5):520-7.
- Gordon M, Cheung M. Poor outcome of on-site CPR in a multi-level geriatric facility: three and a half years experience at the Baycrest Centre for Geriatric Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993 Feb;41(2):163-6.
- Longstreth WT Jr, Cobb LA, Fahrenbruch CE, Copass MK. Does age affect outcomes of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation? *Journal of the American Medical Association*. 1990 Oct 24-31;264(16):2109-10.
- Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Campion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *Annals of internal medicine*. 1989 Aug 1;111(3):199-205.
- Shah MN, Fairbanks RJ, Lerner EB. Cardiac arrests in skilled nursing facilities: continuing room for improvement? *Journal of the American Medical Directors Association*. 2007 Mar;8(3 suppl 2):e27-31.
- Tresch DD, Neahrng JM, Duthie EH, Mark DH, Kartes SK, Aufderheide TP. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in nursing homes: can we predict who will benefit? *The American journal of medicine*. 1993 Aug;95(2):123-30.
- Wuerz RC, Holliman CJ, Meador SA, Swope GE, Balogh R. Effect of age on prehospital cardiac resuscitation outcome. *The American journal of emergency medicine*. 1995 Jul;13(4):389-91.
- <sup>4</sup> Moulart VR, Verbunt JA, van Heugten CM, Wade DT. Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review. *Resuscitation*. 2009 Mar;80(3):297-305.
- <sup>5</sup> Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: a report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2010 Mar;81(3):302-311.
- <sup>6-7</sup> van Alem AP, Waalewijn RA, Koster RW, de Vos R. Assessment of quality of life and cognitive function after out-of-hospital cardiac arrest with successful resuscitation. *The American journal of cardiology*. 2004 Jan;93(2):131-135.
- <sup>8</sup> Kim MJ, Park YS, Kim SW, Yoon YS, Lee KR, Lim TH, Lim H, Park HY, Park JM, Chung SP. Chest injury following cardiopulmonary resuscitation: a prospective computed tomography evaluation. *Resuscitation*. 2013 Mar;84(3):361-4.
- Kim EY, Yang HJ, Sung YM, Cho SH, Kim JH, Kim HS, Choi HY. Multidetector CT findings of skeletal chest injuries secondary to cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2011 Oct;82(10):1285-8.



Distribué par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

**Le contenu de ce document est disponible au :**

[www.csss-iugs.ca](http://www.csss-iugs.ca)

**Pour plus d'information ou pour commander le document imprimée :**

819 821-5122 – [www.cess-boutique.com](http://www.cess-boutique.com) – [info@expertise-sante.com](mailto:info@expertise-sante.com)

© CSSS-IUGS, 2013 – Tous droits réservés

ISBN : 978-2-923738-68-0 (imprimé)

ISBN : 978-2-923738-69-7 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2012

