

À propos  
de l'auteure...



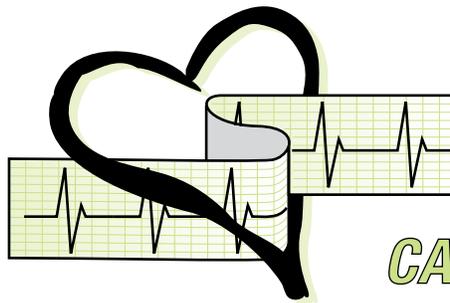
**Marie-Josée Saine,  
M.D.**

Diplômée de l'Université  
de Montréal en 1971

Pratique en CHSLD  
depuis 1997

Actuellement à  
Vigi Mont-Royal

Médecin examinateur  
pour les centres de  
Vigi Santé depuis 2006.



## NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

### **Des questions importantes pour vous et pour nous**

On parle souvent du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) comme étant le lieu de la «*dernière demeure*». Quelques semaines après une nouvelle admission en centre d'hébergement, le résident, le répondant ou un membre de sa famille aura à aborder avec le médecin la question des niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire pour la personne hébergée.

Ce fascicule *Entre Vous et Moi* vous explique les niveaux de soins et la nature de la réanimation cardiorespiratoire, les conditions de son application et surtout permet de réfléchir sur des décisions que vous devrez prendre. Nous désirons que vos choix se fassent dans la quiétude.

Lors d'une rencontre planifiée avec le médecin, vous recevrez



des informations sur votre état de santé et son évolution probable. Des explications vous seront données concernant les options de soins qui sont médicalement appro-

priées et leurs conséquences. Cette discussion permettra de prendre une décision partagée quant à l'orientation des soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques, soit établir le niveau de soins.

Le niveau de soins peut être modifié en tout temps à la demande du résident ou, en cas d'inaptitude, de son répondant. Une directive verbale du résident, ou de son répondant, a préséance sur une directive écrite sur un formulaire de

Niveaux de soins/RCCR, même si elles sont différentes. En collaboration avec le résident, ou son répondant, le médecin assure la révision annuelle du niveau de soins ou lors de tout changement significatif de l'état de santé du résident.

Finalement, il faut retenir qu'un niveau de soins ne se substitue pas à un consentement aux soins. Un consentement aux soins doit être obtenu pour tout plan d'intervention ou de traitement proposé au résident.

Les niveaux de soins sont au nombre de quatre et sont exprimés en termes d'objectifs de soins.

## NIVEAUX DE SOINS

Le niveau de soins est établi suite à une discussion avec le résident ou, en cas d'inaptitude, son répondant. Le niveau de soins doit être considéré comme un outil d'aide à la décision qui permettra au médecin d'élaborer un plan de soins qui sera à la fois cohérent avec l'évolution de l'état de santé et décidé dans le meilleur intérêt du résident.

Le niveau de soins prévoit des interventions à la fois pertinentes et médicalement appropriées qui respectent les désirs et préférences exprimés par le résident.

### Objectif A : PROLONGER LA VIE PAR TOUS LES SOINS NÉCESSAIRES

Toutes interventions médicalement appropriées incluant le transfert à l'hôpital et les soins intensifs.

### Objectif B : PROLONGER LA VIE PAR DES SOINS LIMITÉS

Correction de toute détérioration jugée réversible par des moyens proportionnés avec restriction pour certains traitements. Transfert hospitalier peut être envisagé.

### Objectif C : ASSURER LE CONFORT PRIORITAIREMENT À PROLONGER LA VIE

Correction de maladies réversibles et contrôle des symptômes par des moyens diagnostiques et thérapeutiques ne causant pas d'inconfort.

Pas de transfert à l'hôpital à moins d'être incapable d'assurer le confort avec les moyens disponibles au CHSLD.

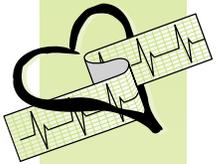
### Objectif D : ASSURER LE CONFORT UNIQUEMENT SANS VISER À PROLONGER LA VIE

Interventions visant uniquement le confort par la gestion des symptômes.

La maladie est laissée à son cours naturel. Aucune investigation ou traitement à visée curative.

## RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Décider d'être ou de ne pas être réanimé peut être un sujet facile à aborder pour certains qui ont déjà fait la démarche, mais peut paraître plus difficile pour d'autres parce qu'elle présuppose qu'on pense à la mort d'une personne que l'on aime. Sujet quelquefois douloureux par les émotions qu'il engendre. Sujet pas toujours évident par manque d'information.



La réanimation cardiorespiratoire est l'ensemble des moyens qui visent à ressusciter un résident dont le cœur et la respiration ont arrêté de fonctionner, donc qui est cliniquement décédé.

## Il y a deux types de réanimation

### 1 Réanimation de base

Utilisée dans les centres d'hébergement. Elle comprend le massage cardiaque et la respiration artificielle.

Elle est pratiquée par le personnel du centre en attendant les ambulanciers.

### 2 Réanimation avancée

Utilisée par les ambulanciers ou à l'hôpital.

Dans ce cas, on a recours à un appareillage plus complexe pour le monitoring, l'intubation, et la défibrillation.

Comme on peut le constater, la demande de réanimation pour un résident en CHSLD exige que le personnel infirmier débute les manœuvres en attendant Urgences-Santé ou les services ambulanciers; ces derniers entreprendront la réanimation avancée et la continueront durant le transport à l'hôpital.

Entreprendre une réanimation ne garantit pas son succès. Le taux de réussite pour les résidents en CHSLD varie entre 0 à 5%<sup>1</sup>. Plusieurs facteurs expliquent ce taux peu élevé dont les plus importants sont :

- 1 l'état de santé globale du résident et particulièrement de son cœur et de ses reins,
- 2 le temps écoulé entre l'arrêt cardiorespiratoire et le début des manœuvres,
- 3 le temps écoulé avant l'arrivée des ambulanciers.



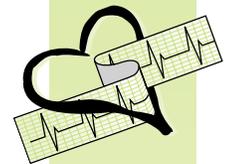
De plus, les survivants risquent des souffrances et des complications qui diminuent leur qualité de vie :

- 1 passage obligé aux soins intensifs avec intubation et respirateur,
- 2 douleurs importantes liées aux fractures de côtes et du sternum,
- 3 pneumonie, œdème pulmonaire,
- 4 dommages neurologiques permanents,
- 5 dommages cognitifs (mémoire, jugement) permanents.

## DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La décision de réanimer ou non une personne qui nous est proche est difficile et déchirante à prendre. Peu de gens peuvent prendre cette décision pour une personne inapte sans ressentir de la culpabilité. Souvent, se sentant déjà coupable d'avoir confié la personne à un centre d'hébergement, on craint de laisser l'impression de vouloir s'en débarrasser en refusant la réanimation.

Aussi, pour le résident ou les membres de la famille, le fait de décider de ne pas réanimer peut signifier un abandon pur et simple des soins. Il faut toutefois rappeler que la décision doit être basée sur les volontés antérieurement exprimées et être prise dans le meilleur intérêt du résident.



<sup>1</sup> Collège des médecins du Québec : « Guide de pratique en soins de longue durée » 2015, p. 53.

## DISTINCTION ENTRE NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION

Il est bien important de comprendre que les niveaux de soins s'appliquent du **vivant** du résident, alors que l'ordonnance de réanimation ou de non-réanimation intervient lors de **l'arrêt cardiaque et respiratoire**. Ainsi, l'ordonnance de non-réanimation n'a rien à voir avec les soins ou les traitements que le résident reçoit s'il est malade.

## OPINION MÉDICALE



Pour donner son opinion quant à la réanimation et les niveaux de soins, le médecin tiendra compte de plusieurs facteurs dont les pathologies de base du résident, son état fonctionnel, sa qualité de vie, les désirs du résident ou de sa famille (quand celui-ci est jugé inapte) et les données de la science médicale actuelle.

En CHSLD, la réanimation est un traitement qui devrait se donner qu'**exceptionnellement** aux résidents qui pourraient en **bénéficier**.

Pour bénéficier d'une réanimation, certains critères sont essentiels dont l'absence d'Alzheimer, l'absence d'atteinte d'organes vitaux comme le cœur, les poumons, les

reins, le cerveau et l'absence de maladie chronique. Dans nos centres, la majorité des résidents ne répondent pas à ces critères de bon pronostic pour que le médecin suggère d'emblée la réanimation.

De fait, une étude américaine ayant porté sur les arrêts cardiaques d'une population vivant en centre d'hébergement conclut aussi que la réanimation cardiorespiratoire est une manœuvre *non appropriée*, car tous les résidents qui avaient survécu à la réanimation initiale au centre, étaient par la suite décédés après leur transfert à l'hôpital. Pour ces gens, la réanimation les a non seulement empêchés de vivre leurs derniers moments dans leur milieu de vie (CHSLD), mais a aussi entraîné de l'inconfort et prolongé l'agonie.

*Une ordonnance de non-réanimation va dans le sens du respect de la fin de vie.*

### ••• ENFIN •••

Au-delà de toutes ces considérations médicales et scientifiques, ce qui nous importe le plus, c'est d'en parler avec vous, de réfléchir ensemble, de connaître les significations personnelles de votre hésitation ou de votre choix et ce, pour en arriver à un commun accord.

La série des fascicules « *Entre Vous et Moi* » est réalisée par un groupe de comités de résidents de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Vigi Santé. Les fascicules réalisés à ce jour sont disponibles au [www.vigisante.com](http://www.vigisante.com).

Information : Claudia Simonetta, directrice de la qualité



Vigi Santé Ltée  
197, Thornhill, Dollard-des-Ormeaux (Québec) H9B 3H8  
téléphone : 514 684-0930 • télécopieur : 514 684-0179 • courriel : [csimonetta2@vigisante.com](mailto:csimonetta2@vigisante.com)



Ce fascicule est publié par le **Comité de résidents du CHSLD Vigi Brossard** (Établissement privé conventionné, une division de Vigi Santé). Une version anglaise est également disponible.

© Tous droits réservés

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1481-2924 (version imprimée) • ISSN 1918-6851 (version PDF en ligne)

*Le générique masculin est utilisé dans ce fascicule sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.*

