

LA DÉCISION DE RECOURIR, OU NON, À LA RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT: ÉTUDE DESCRIPTIVE

Anne Marise Lavoie, Ph.D.

Monique Benoit, Ph.D.

Sean Keays, M.A.

7^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers
francophones, qui aura lieu du 3 au 6 juin 2018 au Centre des
Congrès de Bordeaux (France)

APPUI FINANCIER

La réalisation de recherche a été rendue possible grâce à une série de contributions financières provenant de Santé Canada par l'entremise du Consortium national de formation en santé de l'Université Laurentienne à Sudbury, Ontario, Canada

PROBLÉMATIQUE

- Dans une étude antérieure sur le relogement des personnes âgées, nous avons observé une différence de perception quant à la réanimation cardio-respiratoire et le niveau de soins selon le type de filiation.
- Les épouses préféraient que leurs conjoints n'aient pas de réanimation et qu'ils restent au centre d'hébergement pour mourir sans recourir aux soins hospitaliers. Elles n'avaient pas de problème à signer le formulaire de consentement au niveau de soins.
- Les filles, par contre, voulaient que leurs mères reçoivent tous les soins possibles ainsi que la réanimation cardiovasculaire. Elles obligeaient le centre d'hébergement à envoyer leurs mères à l'hôpital si la situation de santé le nécessitait. Elles étaient réticentes à signer le formulaire ou refusaient tout simplement de le signer.

PROBLÉMATIQUE

- Niveau 1 – Soins d'entretien/de confort

Le résident n'aura ordinairement pas recours aux interventions diagnostiques et de transfert à un hôpital, soulagement de douleur et de température, administration de liquides par voie orale, le changement de position, l'hygiène bucco-dentaire et l'aspiration

- Niveau 2 – Soins thérapeutiques restreints

Le résident, outre les soins précédents, il reçoit l'administration d'antibiotique. Il peut être transféré à l'hôpital pour recevoir des soins de confort ou des traitements que l'établissement n'est pas en mesure de lui offrir.

- Niveau 3 – Transfert à un hôpital de soins actifs

Le résident sera transféré à l'hôpital de soins actifs pour des traitements plus spécialisés, mais il ne sera pas admis à l'unité de soins intensifs

- Niveau 4 – Transfert à un hôpital de soins actifs avec réanimation cardio-respiratoire

Le résident sera immédiatement transféré à un hôpital de soins actifs. La réanimation cardio-respiratoire sera entreprise par des membres du personnel qualifiés ainsi que par les ambulanciers.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

- Certains rapports font état des effets de la RCR dans les centres d'hébergement aux États-Unis, ils ont démontré un pronostic pauvre pour les résidents, peu de survie anticipé; ceci peut être expliqué par le fait que les résidents sont d'âge avancé et donc très fragiles (Lannon & O'Keeffe, 2010).
- Le résultat derrière ces faits est que la réanimation est évoluée dans un sorte de traitement magique pour littéralement tous les résidents qui subissent un arrêt cardiaque ou respiratoire, et ceci même quand ce n'est pas une intervention appropriée (Lannon & O'Keeffe, 2010).
- La plupart des résidents et leur famille (80%) ont reporté avoir acquis leur information par rapport à la réanimation des médias (télévision) qui la dépeint avec un taux élevé de succès (Frank, Heyland, Chen, Farquhar, Myers & Iwaasa, 2003).

ÉTAT DES CONNAISSANCES

- Les résidents et leur famille pensent que le succès de la réanimation est au-delà de 50%, et pourtant dans la réalité, elle n'est que de 20% (Ditillo, 2002)
- La plupart des résidents (45 à 100%) ont mentionné qu'ils aimeraient être impliqués dans les discussions reliées aux décisions de réanimation, cependant les médecins ont reporté qu'ils discutaient de la réanimation avec les clients de façon régulière dans 3-29% des cas, cependant ils discutaient plus souvent lorsque le résident qui était dans la phase terminale de leur maladie (Ditillo, 2002).
- Une recherche a déterminé que les médecins ne fournissent pas de l'information consistante par rapport à la réanimation ce qui ne facilite pas le processus de décision pour le résident (Ditillo, 2002).
- Certains résidents plus âgés aimeront que la famille prenne la décision de réanimer ou non pour eux (Ditillo, 2002).

ÉTAT DES CONNAISSANCES

- Implication dans la décision de la réanimation par le personnel soignant, le résident doit décider 4.5/5, le docteur à 3.9/5 et de 1.5 à 2.5/5 pour le personnel infirmier, la famille n'est pas citée (Godwin & Toth, 1994)
- Lorsque les familles sont interrogées, elles signalent une plus grande implication du résident dans la décision de la réanimation et ensuite, du personnel infirmier de 1.0 à 3.0/5 (Godwin & Toth, 1994)
- Si le résident est incompetent, le personnel soignant a mentionné l'implication des docteurs, des infirmières et des membres de famille dans la décision de la réanimation. Les docteurs suivis par la famille ont été identifiés comme les personnes qui devraient avoir la décision finale. (Godwin & Toth, 1994)

ÉTAT DES CONNAISSANCES

- La compréhension des résidents par rapport au RCR est que si la demande de non réanimation est déjà signé et que s'ils subissent un infarctus, ils ne seront pas réanimés et ils trouvent ceci acceptable dans ces conditions. Ils leur permettent d'avoir une mort naturelle. (Eliott & Olver, 2008)
- Plusieurs résidents ont mentionné qu'ils préféreraient avoir une non réanimation, car ils ne veulent pas demeurer une condition « végétale » et/ou critique à la suite d'une réanimation (Eliott & Olver, 2008)
- Certains résidents ont mentionné qu'il a d'autres interventions médicales qui préviennent la mort que les résidents n'acceptaient pas comme la ventilation mécanique à l'hôpital (Eliott & Olver, 2008)

ÉTAT DES CONNAISSANCES

- Le personnel médical a mentionné que la décision de réanimer pour certains résidents était une forme de bienfaisance à cause de leur condition de santé (Costello, 2002)
- Il y a un accord tacite entre les infirmières et les médecins par rapport à la réanimation pour les résidents qui sont dans une condition terminale, cependant plusieurs infirmières ont mentionné qu'elles n'avaient pas d'implication dans la décision de réanimer pour la plupart des résidents (Costello, 2002)
- Les infirmières et le personnel médical ont mentionné que les résidents reçoivent la bénédiction du médecin lorsqu'ils n'ont pas de qualité de vie et qu'ils ont subi un arrêt cardiaque. Plusieurs infirmières ont des préoccupations éthiques par rapport aux interventions qui maintiennent la vie lorsque la qualité de vie des clients est affectée (Costello, 2002).

ÉTAT DES CONNAISSANCES

- Tous les membres de famille tiennent la croyance qu'ils ont une responsabilité par rapport aux décisions de fin de vie, pour le résident est malade et incompetent (Larsen, 1993)
- Tous les membres de famille ont mentionné que la décision par rapport au RCR a été prise par seulement la famille
- La qualité de vie des résidents était un thème qui influençait la famille lors de la décision de mettre en place une mesure de réanimation (Larsen, 1993) .
- -La condition physique et cognitive affaiblie du résident était transmise par une perte d'espoir pour les membres de la famille ce qui influençait la décision des soins de fin de vie, donc de RCR (Larsen, 1993) .
- Pour les membres de famille qui a relogé leur personne âgées malade, cette décision de reloger était la plus difficile qu'ils avaient à faire, pas la décision du RCR (Larsen, 1993)
- Les membres de famille ont mentionné qu'ils ne croyaient pas garder leur personne âgée vivant sur une machine après une réanimation, car ils ont signalé que la vie artificielle est inacceptable (Larsen, 1993)

QUESTIONS DE RECHERCHE

- À l'admission en centre d'hébergement, vous avez signé un formulaire qui parle d'un niveau de soins.
- Quel est le niveau de soins en tant que personne significative vous avez choisi pour votre personne âgée ?
- Quels sont les caractéristiques des personnes âgées en centre d'hébergement au plan de l'âge et du diagnostic ?

MÉTHODE

- La présente étude est réalisée selon un devis quantitatif de type descriptive . Ce type d'étude permet de décrire les niveaux de soins des personnes significatives et les caractéristiques des personnes âgées.
- Les données ont été recueillies dans les dossiers des personnes âgées du centre d'hébergement avec l'accord de la direction.
- Le type de filiation de la personne significative de la personne âgée, l'âge, le niveau de soins et le diagnostic de la résidente

MÉTHODE-ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des niveaux de soins, des types de filiation et du diagnostic a été fait à l'aide des pourcentages parce que nous avons des données catégoriques.

L'analyse de l'âge a été effectué selon la moyenne, l'écart-type et l'étendue puisque nous avons des données continues.

- L'analyse des types de filiation et des niveaux de soins ainsi que des diagnostics et des niveaux de soins est une comparaison en pourcentage.

CARACTÉRISTIQUES

- Ce qu'il y a de remarquable dans cette étude, c'est qu'il n'y a pas de personnes âgées qui aient décidé le niveau de soins. Les formulaires ont été signés par les proches aidants ou personnes significatives de la personne âgée.
- Les personnes âgées ne sont pas toutes sous l'effet d'un mandat d'inaptitude, c'est-à-dire un régime de protection privée ou publique. En principe si elles ne sont pas assujetties par le régime, elles auraient pu signer le formulaire et elles ne l'ont pas fait.
- La moyenne d'âge des personnes âgées est de 81,3 ans pour un écart-type est de 8,72. L'étendue des âges se situe de 53 à 93 ans.

INFORMATION GÉNÉRALE

Type de filiation	Nombre de cas	Pourcentage
Époux	2	3,28%
Épouse	2	3,28%
Fils	14	22.95%
Fille	37	60.66%
Frère	1	1,64%
Sœur	3	4,92%
Neveu	1	1,64%
Nièce	1	1,64
Total	61	

DISTRIBUTION NIVEAU DE SOINS

Niveau de soins		
Soins d'entretien	5	8,20%
Soins thérapeutiques	19	31,15%
Soins hospitaliers actifs	20	32,79%
Soins hospitaliers et Réanimation	17	27,87%
	61	100%

DISTRIBUTION DIAGNOSTIC

Niveau de soins		
Déficit cognitif	26	42,62%
Déficit physique	25	40,98%
Trouble mentale	10	16,39%
	61	100%

COMPARAISON ENTRE LES LIENS DE FILIATION ET LES NIVEAUX DE SOINS

Filiation\Niveau	1	2	3	4	Total
Époux	50%	0	50%	0	100%
Épouse	0	100%	0	0	100%
Fils	14,29%	50%	28,57%	7,14%	100%
Fille	6%	21%	36%	37%	100%
Frère	0	100%	0	0	100%
Sœur	0	67%	33%	0	100%
Neveu	0	0	0	100%	100%
Nièce	0	100%	0	0	100%

COMPARAISON ENTRE DIAGNOSTIC ET NIVEAU DE SOINS

Diagnostic\Niveau de soins	1	2	3	4	Total
Déficit cognitif	7,69%	46,15%	30,77%	15,38%	100%
Déficit physique	8%	28%	32%	32%	100%
Trouble mentale	10%	0	40%	50%	100%

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Comme dans la littérature, les filles sont les proches aidants les plus nombreuses (Ducharme et coll., 1998). Elles apportent l'aide à titre d'agent principal de prise en charge et de soutien affectif. Elles sont surreprésentées.
- Le niveau de soins choisi par les proches aidants oscillent entre les soins thérapeutiques en centre d'hébergement et les soins hospitaliers actifs qui représentent presque 64% des répondants. La réanimation recueille environ 28%.
- Il semble que les déficits cognitifs chez les personnes âgées représentent presque 43%. Ce qui est surprenant puisque les statistiques sur les centres d'hébergement parlent plutôt de près de 80% des résidents sont atteints de démence (Hébert et coll., 2001). Les troubles mentaux sont environ de 17%, peut-être que certains résidents ont été mal diagnostiqués.

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Ce qui se dégage du tableau de la comparaison entre le type de filiation et le niveau de soins, ce sont les filles. À 37%, elles décident que leur parent doit être réanimé. Les fils sont à 7%. Par contre, les époux et les épouses prennent la décision que leur être cher ne doit pas être réanimé en aucune manière.
- Curieusement, le niveau de soins selon le diagnostic donne des résultats étonnants. Les proches aidants ont décidé que les résidents souffrant de démence devraient être réanimés à 17%, ceux atteints de déficits physiques à 32% et ceux ayant des troubles mentaux à 50%. Le pourcentage est très élevé chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, la réponse est l'âge. En regardant l'âge et le diagnostic, nous observons que ces personnes sont plus jeunes, donc les proches aidants ne les voient pas une fin de vie puisqu'elles ont vécu avec ces troubles toute leur vie.
- Les époux, les épouses ont une vision différente de la réanimation des fils et des filles, cela confirme mon hypothèse de départ.

RÉFÉRENCES

- Costello, J. (2002) Do not resuscitate orders and older patients: findings from an ethnographic study of hospital wards for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 5, 491–499.
- Ditillo, B.A. (2002) Should there be a choice for cardiopulmonary resuscitation when death is expected? Revisiting an old idea whose time is yet to come. *Journal of palliative medicine*, 5, 1, 110-123.
- Ducharme, F., Gendron, M., Lévesque, L., & Soucy, O. (1998). Sources de stress et besoins des conjointes et des filles aidantes d'un proche âgé hébergé atteint de démence. Dans *Actes du colloque : La gériatrie : une jeune tradition* (p. 35). Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Elliott, J. & Olver, I. (2008) Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient. *Bioethics*, 22, 3, 179–189.
- Frank, C. Heyland, D.K., Chen, B., Farquhar, D., Myers, K. & Iwaasa, K. (2003) Determining resuscitation preferences of elderly inpatient: a review of the literature. *Canadian Medical Association Journal*, 169, 8, 795-799.

RÉFÉRENCES (SUITE)

- Godkin, M.D. & Toth, E. L (1994). Cardiopulmonary resuscitation decision making in the long-term care: a role for the nurse? *Journal of Advanced Nursmg, 19*, 97-104.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C., & Roy, C. (2001). Ressources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging, 20*(1), 1-22.
- Lannon, R. & O’Keeffe, S.T. (2010) Cardiopulmonary resuscitation in older people - a review. *Reviews in Clinical Gerontology, 20*, 20–29.
- Larsen, G.A. (1993) Family members’ experience with do-not-resuscitate (DNR). Dissertation for the degree of Doctorate of Philosophy. *Graduate College of the University of Nebraska*.
- Tucker, D.A. (1996) Family members of Do-Not-Resuscitate patients: perceptions of the meaning of Do-Not-Resuscitate. Dissertation for de degree of Doctor of Science in Nursing. *University of Alabama at Birmingham*