

**Université de Sherbrooke**

**L'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire :  
perspectives des proches du patient et des infirmières**

**par  
Yvonne Mayne**

**Mémoire présenté à la Faculté de médecine  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences  
en sciences cliniques (sciences infirmières)**

**Avril 1999**



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-56940-3

Canada

**Les membres du jury sont :**

1. Cécile Lambert, inf., Ph.D., Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Directrice de l'étudiante et évaluateur du mémoire.
2. France Jutras, Ph.D., Professeure agrégée, Département d'éducation/pédagogie, Université de Sherbrooke, évaluateur du mémoire.
3. Denise St-Cyr Tribble, inf., Ph.D., Professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, évaluateur du mémoire.

## TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE .....	3
1.1 La pertinence de la recherche.....	4
1.2 Les objectifs de la recherche .....	5
CHAPITRE 2 : LA RECENSION DES ÉCRITS.....	7
2.1 La définition des mesures de réanimation cardiorespiratoire (RCR).....	7
2.2 L'évolution des mesures de la réanimation cardiorespiratoire (RCR).....	8
2.3 Le bien-fondé des mesures de réanimation cardiorespiratoire (RCR).....	10
2.2.1 Les considérations thérapeutiques.....	10
2.2.2 Les considérations économiques .....	13
2.2.3 Les considérations éthiques.....	14
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	18
3.1 Le type de recherche .....	18
3.2 Le recrutement des participants .....	19
3.2.1 Le recrutement des proches .....	20
3.2.2 Le recrutement des infirmières .....	21
3.3 La collecte des données .....	22
3.3.1 La préparation des guides d'entrevue .....	22
3.3.2 La préparation de la chercheure .....	22
3.3.3 Le déroulement des entrevues .....	23
3.4 Le traitement des données .....	24
3.4.1 La transcription des données .....	24
3.4.2 L'analyse des données.....	24
3.4.3 Les méthodes de vérification .....	26
3.5 Les aspects déontologiques .....	26
3.6 Retour critique sur la méthodologie de la recherche .....	27
3.6.1 Le rôle du chercheur en approche qualitative.....	28
3.6.2 La représentativité des échantillons.....	29

CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS .....	31
4.1 Les proches .....	31
4.2 L'analyse du discours des propos des proches de patients.....	31
4.2.1 La perception de l'événement.....	33
4.2.1.1 Le contexte de l'événement.....	33
4.2.1.1.1 L'état de santé et le milieu de vie.....	35
4.2.1.1.2 Les circonstances qui entourent la réanimation.....	37
4.2.1.2 L'expérience de réanimation.....	38
4.2.1.2.1 La réaction à la situation.....	38
4.2.1.2.2 La nature des préoccupations.....	41
4.2.1.3 Le bien-fondé de la réanimation.....	43
4.2.2 La perspective générale des mesures de réanimation.....	45
4.2.2.1 La connaissances des mesures de réanimation.....	45
4.2.2.2 Les balises qui entourent la décision de réanimation.....	46
4.2.2.2.1 Les balises reliées à la condition du patient.....	47
4.2.2.2.2 Les balises reliées à des valeurs.....	48
4.2.2.3 La participation à la prise de décision.....	51
4.2.2.4 Les attentes vis-à-vis du système de soins.....	53
4.2.3 Le regard sur la mort.....	54
4.2.3.1 La mort de l'être cher.....	55
4.2.3.2 La signification de la mort.....	55
4.3 Le profil des infirmières.....	57
4.4 L'analyse du discours des infirmières.....	58
4.4.1 L'expérience des infirmières en lien avec l'utilisation de mesures de RCR...58	
4.4.1.1 L'expérience professionnelle.....	58
4.4.1.2 L'expérience personnelle.....	62
4.4.2. La perspective générale des mesures de réanimation.....	63
4.4.2.1 L'évolution des pratiques de réanimation.....	63
4.4.2.2 Le processus de prise de décision.....	64
4.4.2.2.1 L'attribution de la responsabilité de la décision.....	65
4.4.2.2.2 La justification de la décision.....	66
4.4.2.3 Le fonctionnement du système de soins.....	70
4.4.2.3.1 Le rôle de l'infirmière .....	71
4.4.2.3.2 Le rôle des autres intervenants.....	73
4.4.2.3.3 Les difficultés relevées.....	75
4.4.2.3.4 La gestion du stress.....	78
4.4.3 Le regard sur la mort.....	81
4.4.3.1 La signification de la mort.....	81
4.4.3.2 Les directives préalables.....	82

CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	85
5.1 La signification de l'utilisation des mesures de réanimation pour les proches.....	85
5.1.1 La signification de la perte de l'être cher.....	85
5.1.2 Les attentes non-comblées.....	87
5.2 La signification de l'utilisation des mesures de réanimation pour les infirmières.....	90
5.2.1 Une lutte pour la survie de la personne associée à un souci pour les proches.....	90
5.2.2 L'autonomie du patient et la qualité de vie : deux valeurs qui sous-tendent le discours des infirmières.....	91
5.3 La mise en relation de la signification des mesures de réanimation pour les proches et pour les infirmières.....	94
5.4 Les implications cliniques de la recherche.....	96
5.5 Des pistes de recherches futures.....	98
CONCLUSION.....	101
REMERCIEMENTS.....	102
RÉFÉRENCES.....	103
ANNEXES.....	115

**LISTE DES TABLEAUX**

---

<b>Tableau</b>		<b>Page</b>
I	Profil des proches de patients qui n'ont pas survécu aux mesures de RCR.....	32
II	La catégorisation des propos des proches.....	34
III	Les éléments contextuels dans la situation particulière : discours des proches.....	36
IV	Les réactions et les préoccupations : perspectives des proches.....	40
V	La catégorisation des propos des infirmières.....	59
VI	Les facteurs qui influent sur la condition des patients : discours des infirmières.....	67
VII	La mise en relation de la signification des mesures de réanimation pour les proches et pour les infirmières.....	95

## RÉSUMÉ

Le progrès dans les sciences biomédicales est accompagné de développements technologiques censés améliorer le sort de l'humanité. La réanimation cardiorespiratoire en est un exemple. Bien des vies ont été sauvées grâce au perfectionnement des moyens utilisés. Toutefois, depuis que le service 911 a été étendu à l'ensemble de la population, d'aucuns se demandent si cela n'a pas pour effet d'appliquer ces mesures même lorsque la mort est imminente.

D'après les écrits recensés, plusieurs auteurs précisent que les mesures de réanimation cardiorespiratoire ont pour but d'empêcher une mort prématurée, de soutenir le processus de vie mais non de « prolonger la mort ». De même, il est affirmé que les efforts de réanimation en fin de vie sont souvent peu appropriés, voire inutiles en plus de porter atteinte à la dignité de la personne. Par rapport à la décision de réanimation, une approche fondée sur l'autonomie du patient ou de sa famille remplace une approche dite paternaliste où il était du ressort du médecin de décider pour le patient.

Cette recherche a donc pour but de documenter les perceptions de deux groupes de personnes touchés par l'échec des mesures de réanimation cardiorespiratoire, soit les proches de personnes qui n'ont pas survécu et les soignants qui font partie de l'équipe de réanimation, en l'occurrence, des infirmières qui travaillent dans une unité d'urgence dans un établissement de petite taille.

L'étude est exploratoire et descriptive. Les données sont de nature qualitatives. Elles ont été recueillies par le moyen d'entrevues semi-structurées. Les données retenues pour fins d'analyse proviennent de huit personnes dont quatre dans chacun des deux groupes cités dans le paragraphe précédent. Une analyse de contenu avec catégorisation mixte, soit pré-déterminées et non-déterminées est utilisée dans le but de cerner les perceptions des participants. Les grilles de catégorisation tout comme la totalité des unités de sens sont analysées de façon indépendante par un juge expert. Les décisions sont prises par consensus.

Les résultats de la recherche indiquent que les proches sont davantage préoccupés par la perte d'une personne qui leur est chère que par des considérations entourant les mesures de réanimation. Ils ont des attentes que le système de soins ne parvient pas à combler. Le besoin de se faire dire comment se sont déroulés les derniers instants de vie est d'une grande importance. Les proches ont très peu de remarques qui concernent les infirmières. Lorsqu'elles font la narration de leurs expériences en réanimation, les infirmières discutent

essentiellement de situations où la réanimation ne donne pas les résultats escomptés. De leur point de vue, l'acte de soins comprend des dimensions technique et relationnelle. Elles sont très sensibles au sentiment de perte qu'éprouvent les proches. Toutefois, elles ne semblent pas être en mesure de les accompagner comme elles le souhaiteraient. Tout en étant jugé stimulantes, les exigences du travail en salle de réanimation comportent des éléments de stress. Leur participation à la prise de décision concernant la prolongation des mesures est indirecte. Même si dans ce milieu particulier, l'utilisation des mesures ne semble pas se prolonger indûment lorsque l'équipe ne parvient pas à rétablir les signes vitaux, les infirmières sont d'avis que dans bien des cas, il y aurait lieu de décider plus rapidement de mettre fin aux mesures de réanimation.

Parmi les implications cliniques qui découlent de cette recherche, il faut relever la nécessité de prévoir des modes de soutien tant pour les proches que pour les membres de l'équipe médicale. La mort étant une composante qui traverse la vie des proches et des soignants, la peur et les autres sentiments qu'elle provoque sont constamment à l'arrière plan. Cela mérite d'être pris en considération.

## **INTRODUCTION**

Les progrès engendrés par la techno-science au cours du 20<sup>e</sup> siècle permettent de prolonger la vie bien au-delà de ce que pouvaient espérer les générations antérieures. Parmi les moyens développés à cet effet, la réanimation cardiorespiratoire (RCR) est très certainement l'un de ceux qui illustrent de façon plutôt spectaculaire ce que la médecine moderne peut offrir. Ainsi, chaque jour, des équipes de réanimation ou des ambulanciers sont appelés à se rendre de toute urgence auprès de personnes qui semblent « sans vie ». L'opération ne donne pas toujours les résultats escomptés. Il va sans dire que, dans ces circonstances, le recours à ce type de mesures est souvent éprouvant. Cela, tant pour ceux qui participent aux manoeuvres que pour les proches de la personne que l'on tente de réanimer.

Cette recherche s'intéresse à l'impact de l'échec des mesures de réanimation cardiorespiratoire (RCR) sur les personnes qui ont accompagné un proche à l'urgence et sur des soignants, en l'occurrence des infirmières, qui font partie d'une équipe de réanimation dans une unité d'urgence. Il eut été intéressant d'inclure dans notre étude les autres soignants qui participent aux manoeuvres de RCR; toutefois, étant donné le cadre de cette recherche (mémoire de maîtrise) et l'appartenance professionnelle de la chercheuse à l'équipe des soignants, seules les perceptions des infirmières sont prises en compte. Il importe de préciser que l'étude ne porte pas sur l'utilité des mesures; elle vise plutôt la documentation des perceptions de deux groupes de personnes touchées par l'échec des mesures de RCR.

Ce rapport de recherche comprend cinq chapitres. Le premier situe la problématique et précise les objectifs de la recherche. Le deuxième fait état des écrits sur lesquels cette recherche s'appuie, alors que le troisième présente la méthodologie utilisée pour répondre aux objectifs. Les résultats sont présentés dans le quatrième chapitre et discutés dans le cinquième chapitre.

## CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE

Les progrès de la techno-science sont médiatisés par l'acte de soin. Celui-ci, nous dit Cadore (1994), « se déploie dans le contexte du *dialogue* avec le patient et son entourage » et s'inscrit dans « la capacité de sollicitude à l'égard du semblable ». La réanimation cardiorespiratoire étant une mesure d'urgence qui s'appuie très certainement sur l'avancement de la technologie et du savoir, elle est rarement associée aux notions de dialogue et aux manifestations de sollicitude. La nature même de l'incident qui donne lieu à des mesures de réanimation fait en sorte que la décision est souvent prise sans interrogation préalable sur le bien-fondé de l'intervention, car son succès dépend, notamment, de la rapidité de la mise en oeuvre de ces mesures.

Ainsi, lorsqu'un patient qui présente des signes d'arrêt respiratoire ou d'absence de pulsation est transporté dans une salle d'urgence, l'équipe de réanimation met en place, de façon spontanée, un ensemble de mesures afin de rétablir les signes vitaux dans les plus brefs délais. Cela se comprend, puisque l'obligation de sauver des vies est inscrite dans les valeurs qui découlent du serment d'Hippocrate. Il s'ensuit que présentement, indépendamment du diagnostic ou de la condition du patient, les mesures de RCR sont appliquées de façon routinière à tous les patients dont les signes vitaux sont absents. D'ailleurs, au Québec, les ambulanciers sont tenus d'appliquer ces mesures, chaque fois qu'ils sont appelés auprès d'une personne qui donne des signes d'arrêt respiratoire. Quand ils arrivent sur les lieux de l'incident, ils ont l'obligation de commencer les massages cardiaques, de procéder à l'intubation, voire même à la défibrillation (Annexe 1). Cela s'applique tout autant à une

personne en phase terminale qu'à une personne qui fait une crise cardiaque. Il en est ainsi parce que seul le médecin est habilité à constater un décès.

Toutefois, même si l'utilisation des mesures de RCR permet de sauver des vies, il faut bien se rendre à l'évidence qu'elles ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Dans ces circonstances, il importe de se rappeler qu'avant son décès, le patient a généralement été accompagné par ses proches. Ces personnes, qui subissent la perte d'un être cher à la suite d'un événement souvent inattendu, se retrouvent avec des besoins que le milieu hospitalier n'est pas nécessairement préparé à combler. Et cela, pour la simple raison que ces personnes ne sont pas venues à l'hôpital à titre de patients. Par conséquent, il n'y a rien de prévu pour les accompagner dans leur souffrance. D'autre part, les soignants qui sont confrontés de façon régulière à l'échec des mesures de RCR éprouvent également une détresse. Là encore, ce phénomène est rarement reconnu. Cet état de fait, bien qu'observé quotidiennement, n'est pas documenté, ni pour les proches ni pour les soignants.

Le but de notre étude est donc de chercher à comprendre ce que signifie l'échec des mesures de RCR pour les uns et les autres. Comme indiqué plus tôt, le groupe des soignants auquel nous nous intéressons est composé d'infirmières qui font partie d'une équipe de réanimation dans une salle d'urgence. Le texte qui suit vise à démontrer la pertinence de la recherche ainsi que ses objectifs.

### **1.1 La pertinence de la recherche**

En 1992, le Comité des enjeux de bioéthique de la Société médicale de l'État de New York affirme que les échanges avec les patients et les familles sur l'utilité des mesures de

RCR s'avèrent exigeants tant sur le plan intellectuel que sur le plan affectif. Toutefois, comme le souligne Ventres (1993), une connaissance documentée du discours et des perceptions des personnes qui interagissent dans ces circonstances est nécessaire. Le développement d'une alliance thérapeutique entre les personnes concernées exige une meilleure connaissance du processus de communication des uns et des autres.

Il importe que les soignants saisissent le vécu des personnes qui sont engagées de près ou de loin dans le processus de soins. Si l'infirmière a une meilleure compréhension de l'expérience des proches qui perdent un être cher à la suite de l'échec des mesures de réanimation, elle pourra les accompagner de façon plus éclairée. L'accompagnement dans des moments aussi difficiles exige des compétences tant morales que relationnelles. Dans le cadre de cette étude, les proches sont perçus comme des personnes devenant bénéficiaires de l'acte de soin. De ce point de vue, ils deviennent des soignés. Nous ne saurions oublier qu'indépendamment de l'asymétrie de la relation soignant et soigné, la souffrance des soignants existe également. Cela étant dit, dans l'acte de soin, la fragilité du soigné prime sur celle du soignant (Cadoré, 1994).

## **1.2 Les objectifs de la recherche**

Les remarques de la section précédente nous amènent à formuler les objectifs suivants :

- Dégager le sens accordé à l'expérience vécue par les proches d'un patient lorsque les mesures de réanimation cardiorespiratoire n'ont pas eu les résultats escomptés.
- Dégager le sens accordé à l'expérience vécue par les infirmières ayant participé à des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire.

- **Mettre en lien le sens accordé à l'expérience vécue par les proches d'un patient pour qui les mesures de réanimation cardiorespiratoire n'ont pas eu les résultats escomptés avec celui que leur accordent les infirmières qui participent à ces manoeuvres.**

## **CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS**

Les écrits qui entourent la réanimation cardiorespiratoire sont fort nombreux. De plus, les dimensions abordées sont variées. Elles touchent, entre autres, les aspects techniques, scientifiques et éthiques de la question. D'ailleurs, la notion de « futilité » y est traitée abondamment. Toutefois, il en est tout autrement pour ce qui est des préoccupations particulières qui sont à l'origine de cette recherche. Le dépouillement des banques de données, dont Medline, ne révèle aucune documentation en lien direct avec l'objet de notre étude. Il existe, toutefois, des thèmes associés. Ce chapitre qui fait état des écrits reliés à notre sujet de recherche aborde les thèmes suivants : l'évolution des mesures de réanimation cardiorespiratoire et le bien-fondé de ces manoeuvres. Une définition de ces mesures précède la présentation.

### **2.1 La définition des mesures de réanimation cardiorespiratoire (RCR)**

Avant de discuter de l'évolution des mesures de RCR et de leur bien-fondé, il est pertinent d'en suggérer une définition. Celle que propose Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci et Kasper (1991), nous semble la plus complète : elle se compose de deux niveaux de soins, soit le « *basic life support* » ou BLS et le « *advanced cardiac life support* » ou ACLS. Le but des manoeuvres BLS est de rétablir la respiration et/ou la circulation en suivant un séquence d'actions qui visent à ouvrir les voies respiratoires par le renversement de la tête, à fournir de l'oxygène aux poumons en donnant deux insufflations au moyen des méthodes bouche-à-bouche et/ou bouche-à-nez et à simuler le fonctionnement cardiaque en appliquant des compressions thoraciques. Dans le cas des soins avancés

(ACLS), il y a des ajouts comme l'intubation avec oxygène, la défibrillation, la cardioversion, le stimulateur cardiaque (*pacemaker*) et l'ouverture d'une voie intraveineuse pour les médicaments d'urgence. Les but des mesures ACLS visent à maintenir une ventilation adéquate, contrôler les arythmies cardiaques, stabiliser le statut hémodynamique et restaurer une bonne perfusion aux organes.

## **2.2 L'évolution des mesures de réanimation cardiorespiratoire (RCR)**

Depuis le début des temps, le refoulement de la mort est une idée qui préoccupe l'humanité. (Varon et Sternback, 1991) rapportent que les premières tentatives de RCR remontent à plus de quatre mille ans. De même, l'histoire nous apprend qu'en 1885 des mesures de réanimation sont pratiquées pour sauver la vie du président Lincoln et de nouveau, à Dallas en 1963, lors de l'assassinat du président John F. Kennedy. Toutefois, les manoeuvres utilisées à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et celles utilisées à Dallas plus récemment font foi d'une évolution dans ce domaine.

Avant le 20<sup>e</sup> siècle, les mesures d'urgence consistent à soigner le ou les problèmes signalés, en arrêtant le saignement ou en enlevant un corps pénétrant, comme dans le cas de Lincoln (Varon et al., 1991). Avec l'avancement des connaissances des mesures d'urgence à la fin des années cinquante, nous voyons apparaître des méthodes un peu plus sophistiquées, comme les compressions thoraciques et la respiration artificielle. En 1960, Kouwenhoven, Jude et Knickerbocker font état d'une étude qui démontre que le recours au massage cardiaque externe s'avère efficace en cas d'arrêt cardiaque. Cette étude est

significative, parce qu'à partir de maintenant, signalent les auteurs, « *anyone, anywhere, can now initiate cardiac resuscitative procedures. All that is needed are two hands* ».

Car les manoeuvres de RCR étant des moyens utilisés en situation d'urgence, il importe que des personnes en mesure de les utiliser sciemment se trouvent au bon endroit, au bon moment. Des organismes, comme la Croix-Rouge et l'Ambulance St-Jean, ont mis en place des programmes de formation qui ont permis à un grand nombre de personnes de sauver des vies parce qu'elles ont su intervenir, par exemple en cas de noyade, d'étouffement, d'électrocution ou autres. Dans ces situations, les méthodes utilisées maintenant sont le bouche-à-bouche, le massage cardiaque et la manoeuvre de Heimlich.

À partir des années quatre-vingt, les défibrillateurs, le monitoring cardiaque et les respirateurs sont de plus en plus associés aux mesures de réanimation. La spécialisation et l'accroissement des tâches des premiers répondants, comme la défibrillation par les ambulanciers, a pour effet une intervention plus rapide au niveau des soins avancés et ce, dans le but de sauver plus de vies.

Les mesures de RCR sont d'abord conçues pour prévenir la mort dans les cas d'une pathologie cardiaque réversible (Evans et Brody, 1985). Wilson (1993) constate que l'utilisation de ces mesures est devenue très répandue depuis leur conception dans les années cinquante, même dans les cas où la mort est presque évidente. Il est bien évident que certains abus ne doivent pas nous faire oublier le bien-fondé des mesures de RCR. Par contre, leur utilisation systématique chaque fois que la mort se présente est remise en cause. À cet effet, des auteurs, comme Tresch, Neahring, Duthie, Mark, Kartes et Aufderheide (1993), s'interrogent sur les conséquences d'une utilisation routinière des mesures de réanimation.

Comme nous le verrons dans la section qui suit, ils ne sont pas les seuls. Les nombreuses questions soulevées à cet égard touchent la pertinence thérapeutique de ces mesures, de même que les aspects économique et éthique qui s'y rapportent.

### **2.3 Le bien-fondé des mesures de réanimation cardiorespiratoire (RCR)**

Le bien-fondé de l'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire est examiné à partir de trois considérations. La première, d'ordre thérapeutique, est en lien avec les résultats anticipés. La deuxième se penche sur la dimension économique, alors que la troisième aborde les aspects éthiques qui sous-tendent l'utilisation de ces mesures.

#### **2.3.1 Les considérations thérapeutiques**

Le questionnement qui porte sur l'utilité des mesures de RCR est répandu. D'ailleurs, l'expression « *CPR futility* », qui a été créée pour décrire ce phénomène, suggère que le nombre d'échecs des mesures de RCR est trop élevé. Selon Kjellstrand et Moody (1992), « *Futile therapy or treatment is that which may be described as having a very small chance of success* ». Il ajoute que le concept est souvent mal compris. Brody (1992) argumente à l'effet que deux questions entourent la question de futilité :

- *Are there medical interventions in a specific patient with a particular disease that we can label futile or useless because we are sufficiently confident that they will not be beneficial?*
- *If so, are physicians entitled, or indeed obligated, to refuse to provide those interventions to the patient in question even if the treatment is requested or demanded by the patient or appropriate surrogate?*

À cet effet, Fox et Seigler (1992) recommandent la prudence quant à l'utilisation des critères de futilité dans la prise de décision en situation d'urgence.

Dans une étude réalisée en 1990, Thomas, Waites, Hubbard et Wicks constatent que les nombreuses tentatives de RCR sont loin de donner les résultats attendus. Ces auteurs rapportent que seulement 16 % des patients réanimés quitteront l'hôpital. Von Gunten (1991) rapporte un taux de 13 % et il ajoute que par la suite, plusieurs de ces personnes présenteront des séquelles fonctionnelles majeures. Dautzenberg, Broekman, Hooyer, Schonwetter et Duursma (1993), entre autres, constatent que peu de tentatives de réanimation cardiorespiratoire donnent les résultats attendus. Ces auteurs disent que seulement 28 % des patients ayant été réanimés quitteront l'hôpital et ils concluent qu'un grand nombre d'entre eux auront également des séquelles fonctionnelles majeures. Il en résulte que de plus en plus de personnes s'interrogent sur le bien-fondé d'un traitement dont les séquelles peuvent entraîner un état végétatif. Ajoutons que les résultats de l'étude de Miller, Gorbien, Simbartl et Jahnigen (1993) démontrent que 95 % des médecins interrogés sont d'accord avec le fait que, dans certains cas, les mesures de RCR ne sont pas bénéfiques. Toutefois, dans cette même étude, les auteurs notent que les 451 médecins ayant participé à l'étude ont tendance à surestimer le nombre de personnes qui quitteront l'hôpital après une intervention de réanimation. Pour l'ensemble des populations étudiées, l'estimation est de 30 %, tandis que d'après cette étude, le taux de survie est de 14 %.

En se basant sur les résultats de leur étude, Schonwetter, Walker, Kramer et Robinson (1993) suggèrent que l'information quantitative sur les conséquences des mesures de RCR pourrait avoir plus d'influence que l'information qualitative lorsque vient le temps de

renseigner les gens concernés. Cette conclusion concorde avec les résultats de l'étude de Murphy, Burrows, Santilli, Kemp, Tenner, Kerling et Teno (1994) qui démontrent que la plupart des patients âgés refusent d'avoir recours aux mesures de réanimation une fois que le médecin leur révèle les probabilités de survivre à une telle intervention.

Byrne (1992) évoque la notion « *d'entrapment* », ce qui veut dire « être piégé », pour indiquer qu'une fois admis aux soins intensifs, le patient est soumis à des traitements très sophistiqués de façon routinière, ce à quoi il lui est difficile d'échapper. Brody (1992) soutient, en outre, que même s'ils savent que les conséquences des mesures de réanimation n'auront pas les résultats escomptés, les médecins qui sont de garde à l'urgence se voient dans l'obligation de poursuivre les mesures le plus longtemps possible. Pour sa part, l'Ambulance St-Jean, qui offre une formation en réanimation cardiorespiratoire, affirme qu'une personne certifiée en RCR se doit d'initier et de poursuivre la procédure jusqu'à ce qu'elle soit épuisée ou remplacée par un autre secouriste ou encore, par un membre de l'équipe médicale (St John Ambulance, 1994).

Les résultats de l'étude conduite par Swig, Cooke, Osmond, Luce, Brody, Bird et Luce (1996) indiquent que les médecins sont portés à utiliser les mesures de réanimation, en dépit d'un protocole qui leur permet de ne pas y recourir pour les personnes qui n'en bénéficieraient pas. Ces auteurs suggèrent que les médecins n'adhèrent pas à un tel protocole parce que, très souvent, ils craignent d'être critiqués par la famille ou encore, d'être poursuivis en justice. Dans leur étude sur l'attitude du personnel médical face à la réanimation, Varon, Sternbach, Rudd et Combs (1991) indiquent que le personnel des hôpitaux universitaires est plus favorable aux mesures de RCR que le personnel de tout autre

centre de santé. Cette étude révèle que les expériences propres à chacun influent sur la nature de leurs décisions. De plus, il semble que, plus les médecins acquièrent de l'expérience, moins ils sont portés à souhaiter l'utilisation des mesures de réanimation pour eux-mêmes. Cette même étude nous apprend que par rapport aux autres intervenants, les infirmières sont plus nombreuses à s'opposer à la réanimation.

Dans une étude sur les préférences d'un groupe de patients à l'externe, Ebell, Smith, Seifert et Polsinelli (1990) concluent que les discussions au sujet de l'ordonnance de « ne pas réanimer »<sup>1</sup> devraient être encouragées; d'une part, parce que le patient est fortement intéressé à aborder cette question et d'autre part, parce que si le médecin connaît les valeurs et le point de vue du patient, il peut prévenir une réanimation non désirée dans une situation d'urgence. Dans une étude auprès d'hommes âgés, Schonwette, Teasdale, Taffet, Robinson et Luchi (1991) constatent que ceux-ci sont disposés à échanger avec leur médecin sur leur position face à la réanimation, toutefois, ils souhaitent préciser les conditions devant orienter la décision de réanimation.

Les considérations d'ordre thérapeutique soulèvent donc de très nombreuses questions, d'où l'intérêt de partager avec l'équipe des soignants et la famille les enjeux propres à chaque situation.

### **2.3.2 Les considérations économiques**

Il ne faudrait pas s'étonner si les coûts entraînés par une utilisation systématique des mesures de RCR soulèvent également des questions. Cela est d'autant plus vrai dans un

---

<sup>1</sup> DNR (*do not resuscitate*) : ordonnance de ne pas réanimer

contexte où la société souhaite rationaliser les dépenses reliées aux soins de santé. Torian, Davidson, Fillet, Fulop et Sell (1992) rapportent qu'il en coûte 18 000,00 \$ pour utiliser des mesures qui prolongent la vie. Selon cette même étude, les coûts s'élèvent à 28 000,00 \$ lorsque la personne décède. Ces estimations couvrent les dépenses encourues pour le matériel utilisé et les ressources humaines.

Selon Brody (1992), même si un médecin a demandé une ordonnance de « ne pas réanimer » un patient, il est fréquent de faire des interventions qui prolongent la vie, et ce, bien au-delà des limites acceptables. Il explique que des patients sont quelquefois admis à l'unité de soins intensifs où des traitements des plus coûteux sont utilisés dans un contexte d'acharnement thérapeutique. Dans une étude réalisée auprès d'enfants victimes d'un arrêt cardiorespiratoire, Ronco, King, Donley et Tilden (1995) font état des séquelles neurologiques sévères et des coûts entraînés lorsque les mesures de réanimation ne donnent pas les résultats escomptés.

Considérant la transformation actuelle du système de santé dans un contexte de rationalisation des coûts, il est certes important que chaque dollar alloué aux traitements de santé soit bien utilisé. Par contre, ces considérations ne peuvent être examinées de façon isolée. Le poids qui leur est accordé dépend des valeurs du groupe, ce qui nous amène sur le terrain des considérations éthiques.

### **2.3.3 Les considérations éthiques**

Le questionnement sur l'utilité des mesures de réanimation entraîne avant tout des considérations éthiques. Les principes souvent mis en cause sont l'autodétermination, la

justice et la bienveillance. Le respect de la vie et la qualité de la vie font également partie des considérations éthiques.

Ainsi, l'application des mesures de RCR nous oblige à nous demander qui va décider de ce qui est bien pour le patient et comment va-t-on le décider? Pour certaines personnes, il y a lieu de se questionner à savoir si l'utilisation de ces mesures n'est pas de l'acharnement thérapeutique. La réponse à ces questions n'est jamais facile, car souvent, elle entraîne des conflits de valeurs, tant pour les proches que pour le personnel soignant. On pourrait conclure qu'une tentative de RCR dans une situation critique ne sert qu'à prolonger une vie intolérable. Mais qui peut décider si la vie d'une personne est devenue intolérable : les soignants ou les soignés? S'il est vrai que certaines personnes ne souhaitent pas vivre avec un handicap majeur, d'autres qui ont également un handicap sévère demeurent attachées à la vie et souhaitent vivre le plus longtemps possible. Le respect de la vie et la qualité de la vie sont donc des valeurs qui ont un poids relatif.

Comme le souligne Jean Bernard (1990), le respect de l'autre implique le respect de sa liberté. Dans une salle d'urgence où tout se déroule rapidement, il y a lieu de se demander dans quelle mesure la liberté de l'autre est respectée. Brody (1992) soutient que des tentatives de RCR pour des patients en phase terminale sont souvent effectuées inutilement pour la simple raison que le médecin ne s'est pas préoccupé auparavant de demander au patient ce qu'il souhaitait comme intervention en fin de vie. Les résultats d'une étude réalisée par Hofmann, Wegner, Davis, Teno, Connors, Desbiens et Phillips (1997) sur les préférences des patients indiquent que les échanges sur la question de la réanimation entre les médecins et les patients en phase terminale n'est pas pratique courante. Les auteurs concluent que ce

manque de communication, que les patients souhaitent ou non discuter du sujet, peut conduire à des interventions non désirées.

O'Brien, Grisso, Maislin, Lapann, Krotki, Greco, Siegert et Evans (1995) ont mené une recherche auprès des résidents d'un centre d'accueil pour personnes âgées dans le but de connaître leurs préférences face aux traitements de réanimation. Dans une première enquête qui précède une séance d'information sur la réanimation cardiorespiratoire, plus de 50 % des résidents autonomes disent vouloir être réanimés en fin de vie. Toutefois, ce pourcentage chute à 14 % après la séance d'information. Dans une autre étude portant sur les échanges entre les patients et les médecins concernant la réanimation, Schade et Muslin (1989) considèrent qu'il appartient au médecin de décider si oui ou non, il doit aborder le sujet de la réanimation avec son patient. Car, notent-ils, des troubles psychologiques peuvent affecter certains patients quand des médecins bien intentionnés estiment qu'il est de leur devoir de toujours informer le patient des conséquences de la réanimation. D'autre part, selon deux études traitant de la connaissance qu'ont les professionnels de la santé des préférences de leurs patients, il appert que la corrélation est très faible entre la perception du médecin concernant le désir du patient d'être réanimé et les préférences réelles de ce dernier (Bedell et Delbanco, 1984 ; Puopolo, Kennard et al., 1997). Partant des résultats de leur étude, Owen, Tennant et Jones (1994) estiment qu'il est possible d'entamer la discussion avec des patients sérieusement atteints et qu'il est urgent de promouvoir les échanges sur ce sujet entre les patients et le personnel médical, étant donné que leurs points de vue sont souvent divergents.

Ebell, Doukas et Smith (1991) soulignent les différences significatives entre les médecins et les patients dans leur façon d'envisager une ordonnance de « ne pas réanimé ». Ils

proposent donc que les médecins et leurs patients prennent le temps d'échanger à propos de différentes questions - pronostic, valeurs et qualité de vie -, dans le but de prendre une décision éclairée à ce sujet. Dans une étude réalisée auprès de personnes âgées, Walker, Schonwette, Kramer et Robinson (1995) tirent des conclusions semblables. Toute demande de réanimation doit donc faire l'objet d'un échange avec le médecin.

Les résultats d'une étude faite par Nightingale, Yarnold et Greenberg (1991) démontrent que les expressions de sympathie et d'empathie chez le médecin ont une influence déterminante sur leur pratique. L'étude de Levinson et Roter (1995) sur l'impact des opinions du médecin quant à ses habiletés de communication, indiquent que les médecins ayant une attitude plus ouverte ont davantage d'échanges d'ordre psychosocial avec leurs patients. Les auteurs de cette étude constatent également que les praticiens qui ont une attitude plus positive semblent davantage concernés par les intérêts de leurs patients.

Une alliance entre les soignées et les soignants semble être la meilleure façon pour en venir à déterminer ce qui est bien pour le patient. Il s'ensuit que cette démarche doit se faire à l'intérieur d'une approche dialogique, et cela, en vue de respecter les principes d'autonomie et de bienveillance.

Ayant fait un survol des écrits qui entourent l'utilisation des mesures de réanimation, nous entreprenons la description de la méthodologie dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE III : LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre a pour but de décrire la méthodologie utilisée pour atteindre l'objectif principal de cette étude, à savoir de dégager les perceptions des deux groupes suivantes : les proches qui ont perdu une personne chère à la suite d'une intervention de réanimation et les infirmières qui participent aux manoeuvres de réanimation dans une salle d'urgence. La présentation du type de recherche est suivie de la description des deux échantillons et du milieu où les données ont été recueillies. Vient ensuite le déroulement de la collecte des données et le traitement de ces données. Finalement, nous abordons l'aspect déontologique et nous terminons par un retour critique sur la méthodologie de recherche.

### 3.1 Le type de recherche

Cette recherche, basée sur des entrevues avec des personnes touchées par l'échec des mesures de réanimation, est exploratoire et descriptive. Étant donné que nous cherchons à comprendre le sens de « *l'expérience vécue* » par ces personnes, nous avons choisi une approche qui s'inspire de la phénoménologie. Ce type de recherche, qui utilise des données et un mode d'analyse de nature qualitative, s'appuie sur les écrits des philosophes Heidegger et Husserl. Les approches qui s'inspirent de la phénoménologie abordent un phénomène donné dans son contexte. « *This approach seeks to disclose and elucidate the phenomena of behaviors as they manifest themselves in their immediacy* » (Van Kaam, 1966, dans Moustakas 1994). Ce type de recherche, qui vise la compréhension du phénomène étudié plutôt que la généralisation, s'avère pertinent pour l'étude des aspects relationnel et éthique de l'agir humain.

### **3.2 Le recrutement des participants**

Le lieu de recrutement des participants est le Centre hospitalier de Sherbrooke. Notons que la cueillette des données a eu lieu avant que ce centre hospitalier fasse partie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS). La Direction générale du centre hospitalier a autorisé la recherche (Annexe 2). L'étude se limite aux manoeuvres de réanimation initiées avant ou lors de l'arrivée des patients à la salle d'urgence de l'hôpital. Pour ce qui est des proches, les situations retenues sont celles où la chercheuse, qui était alors coordonnatrice, est présente à la salle d'urgence au moment où un patient est décédé à la suite des efforts de réanimation cardiorespiratoire. Comme indiqué plus tôt, deux catégories de participants sont recrutées. La première catégorie regroupe les proches de patients pour qui les manoeuvres de réanimation n'ont pas eu les résultats escomptés et la seconde, des infirmières dont les fonctions les amènent à participer aux manoeuvres de réanimation. Les caractéristiques retenues sont les suivantes.

Les proches doivent :

- être un membre de la famille ou une personne importante sur le plan affectif;
- avoir accompagné le patient à la salle d'urgence;
- avoir plus de 18 ans;
- avoir accepté de participer à la recherche.

Les infirmières doivent :

- avoir travaillé à la salle d'urgence du Centre Hospitalier de Sherbrooke;
- avoir participé à des manoeuvres de RCR au cours des derniers six mois;
- avoir accepté de participer à la recherche;
- être en mesure de s'exprimer en français.

### **3.2.1 Le recrutement des proches**

Le recrutement des proches s'étend sur une période d'environ six mois, soit du 17 avril au 29 septembre 1995. Dans cet intervalle, dix personnes sont réanimées alors que la chercheuse est de service. Ce nombre est inférieur à ce qui avait été anticipé parce que la vocation de l'hôpital s'est transformée de soins aigus en soins prolongés durant l'été 1995. Ainsi, chaque fois qu'un patient admis à l'urgence ne survit pas aux efforts de réanimation, la possibilité de recrutement est évaluée. Des dix cas de réanimation qui ont lieu pendant que la chercheuse est de service, trois sont éliminés. Le suicide étant en cause dans ces situations, les proches de ces victimes ne sont pas sollicités pour des raisons de compassion.

Après avoir apporté du soutien aux membres de la famille, la chercheuse demande à l'un d'entre eux, généralement celui qui semble le plus en contrôle de la situation, la permission de le contacter pour une rencontre ultérieure dans le cadre d'un projet de recherche. S'il accepte de lui donner son numéro de téléphone, une lettre lui est transmise pour lui fournir une explication sommaire du projet (Annexe 3). Les sept personnes sollicitées ont accepté de donner leur numéro de téléphone. Deux semaines après le décès des patients, la chercheuse communique avec les personnes concernées pour s'enquérir de leur volonté de participer au projet. Six des sept personnes sollicitées à la salle d'urgence conviennent avec la chercheuse du lieu et du moment de la rencontre, mais seulement cinq ont été interviewées, car l'une d'entre elles a été hospitalisée par la suite. Quant à la septième personne, dans un premier temps, elle dit vouloir y réfléchir mais par après, elle se

désiste. Il y a donc eu cinq entrevues avec les proches, mais une des cassettes étant défectueuses, seuls les propos de quatre participants<sup>1</sup> ont pu être utilisés pour les fins de cette recherche.

### **3.2.2 Le recrutement des infirmières**

Avant de débiter la recherche, un sondage est effectué auprès des infirmières oeuvrant à la salle d'urgence en vue de vérifier leur intérêt. Les résultats indiquent qu'ils sont nombreux à vouloir participer. La fusion des unités de soins d'urgence et de soins intensifs a influé sur le recrutement des infirmières. Par conséquent, seules les personnes qui travaillent à l'unité d'urgence sont sollicitées. Des 46 infirmiers et infirmières affectés à la nouvelle unité, seulement 20 sont admissibles à l'étude. De ces 20 personnes, 16 sont de sexe féminin et 4 de sexe masculin. Une pige au hasard a déterminé l'ordre de priorité des appels. Une première liste de neuf personnes est ainsi établie. Les participants, choisis au hasard, sont tous de sexe féminin. Une lettre d'invitation est envoyée à ces neuf personnes, dont sept infirmières acceptent de participer à la recherche. Les sept infirmières sont interviewées.

Comme le matériel recueilli durant ces entrevues est très abondant, nous en avons retenues quatre pour les fins de cette étude afin de créer un équilibre entre les propos des proches et ceux des infirmières. Le choix des bandes pour fins de transcription est également déterminé au hasard.

---

<sup>1</sup> Dans ce texte, le masculin est utilisé pour désigner les participants du groupe des proches et le féminin pour désigner les infirmières.

### **3.3 La collecte des données**

La collecte des données comprend la préparation des guides d'entrevue, la préparation de la chercheuse et le déroulement des entrevues.

Les entrevues avec les proches se sont déroulées avant celles des infirmières. Elles sont effectuées entre le 17 avril et le 29 septembre 1995. Les entrevues avec les infirmières se sont déroulées entre le 2 octobre et le 27 novembre 1995.

#### **3.3.1 La préparation des guides d'entrevue**

Nous avons construit deux guides d'entrevue (Annexes 4 et 5), un pour chaque groupe. Chacun contient des éléments socio-démographiques et des questions ouvertes pour une entrevue semi-structurée. Ces questions découlent des objectifs de la recherche. Au préalable, ces guides d'entrevue sont prétestés auprès de deux personnes (une infirmière et un client) pour en vérifier la pertinence et la clarté. Les remarques de ces deux personnes ont permis d'améliorer les questionnaires. Les personnes interrogées ont vécu une situation en rapport avec la mort d'un proche, mais dans un contexte différent de celui qui fait l'objet de cette étude. Comme prévu, nous constatons que parler de la mort d'un proche peut soulever des émotions pénibles; néanmoins, les deux personnes qui participent au prétest trouvent l'expérience aidante.

#### **3.3.2 La préparation de la chercheuse**

La préparation de la chercheuse est un aspect très important dans ce type de recherche, car d'une certaine façon elle devient un instrument propre à la recherche (Rose, Beeby et

Parker, 1995). Également, elle doit être capable de laisser à l'autre personne l'espace nécessaire pour la narration de son expérience (Lambert, Audet, Mayne et St. Cyr, 1997).

L'enregistrement des prétests des entrevues réalisées avec un proche et une infirmière permet à la chercheuse de s'entraîner quant à la façon de mener ce type d'entrevue. Il y a donc un retour sur les entrevues du prétest avec un expert. Ainsi, tout les aspects qui doivent être améliorés sont signalés.

### **3.3.3 Le déroulement des entrevues**

Les entrevues sont enregistrées sur des bandes audio. Leur durée varie entre 40 minutes et 2 heures pour les deux groupes. Avant le commencement de l'entrevue, les participants (proches du patient et population infirmière) signent le formulaire de consentement et remplissent le questionnaire de données socio-démographiques (Annexe 6). La confidentialité ainsi que le droit de se retirer en tout temps, sans préjudice, sont soulignés.

Les entrevues des infirmières et de l'un des proches ont lieu à l'hôpital, dans un bureau où les risques d'interruption sont minimales. Un deuxième proche souhaite être interviewé dans son milieu de travail, tandis que les deux autres demandent à la chercheuse de se rendre à leur domicile. Après l'entrevue, l'un des proches demande de poursuivre la discussion sans enregistreuse. Ce qui fut fait. Cette personne s'est dit heureuse de pouvoir exprimer des sentiments qu'il ne souhaitait pas partager dans le cadre de la recherche.

### **3.4 Le traitement des données**

Les aspects nous permettant de faire état du traitement des données sont la transcription des données, l'analyse des données et les méthodes de vérification.

#### **3.4.1 La transcription des données**

Chaque entrevue ayant été enregistrée sur bande audio, le contenu est transcrit en vue d'en obtenir le verbatim. Celui-ci devient le matériel soumis à l'analyse en vue de dégager le sens de l'expérience qui fait l'objet de cette étude.

#### **3.4.2 L'analyse des données**

L'analyse de contenu est la méthode choisie en vue de faire valoir ce que signifie l'échec des mesures de réanimation cardiorespiratoire tant pour les proches que pour les infirmières. L'Écuyer (1990) définit l'analyse de contenu comme étant une méthode scientifique, systématisée et objectivée, de traitement exhaustif de matériel varié. Il ajoute que cette méthode se base sur l'application d'un système de codification conduisant à la mise au point d'un ensemble de catégories où les divers éléments du matériel analysé sont systématiquement classifiés au cours d'une série d'étapes rigoureuses. Ceci, dans le but de faire ressortir les caractéristiques spécifiques de ce matériel, soit une description scientifique détaillée. Selon l'auteur, cette description détaillée nous amène à comprendre la signification exacte du point de vue de l'auteur du matériel analysé : « (...) *la signification exacte du message étudié (la transcription des entrevues) non pas par rapport à l'interprétation subjective du chercheur, mais bien par rapport au point de vue de l'auteur même du message* » (L'Écuyer, 1990).

Une fois le matériel recueilli, une première tâche consiste à le lire à plusieurs reprises.

Cette étape poursuit les objectifs suivants :

1. Acquérir une vue d'ensemble du matériel recueilli, se familiariser avec ses différentes particularités et essayer d'anticiper les difficultés.
2. Prévoir le type d'unités informationnelles à retenir pour la classification ultérieure et la méthode de découpage en énoncés spécifiques.
3. Saisir les grandes particularités qui constitueront éventuellement les catégories significatives du matériel.

Subséquent aux premières lectures, il s'agit, dans un premier temps, de découper le matériel en énoncés délimités, en vue de faire ressortir des unités de sens permettant la classification et la codification du discours. Le recours aux unités de sens est approprié lorsque le chercheur souhaite mettre l'accent sur une analyse qualitative du matériel recueilli. L'unité de sens peut être un mot, une phrase, une portion de phrase ou encore, une expression grammaticale. (Voir annexes 7 et 8 pour des exemples d'attribution de sens et de codification).

Le processus qui suit, la phase de réorganisation du matériel, consiste à regrouper en catégories ou en thèmes plus larges, sous un titre générique, tous les énoncés dont le sens se ressemble pour en arriver à mettre en évidence les caractéristiques et le sens du phénomène analysé. Les catégories doivent être exhaustives et en nombre limité, pertinentes, objectives, clairement définies et productives. Dans cette étude, la plupart des catégories principales sont tirées des questions ouvertes de l'entrevue; d'autres émergent en cours d'analyse. Le premier niveau de catégorisation peut s'avérer très détaillé, tandis que les niveaux subséquents sont plus succincts. Par exemple, en comparaison avec ce qui est relevé

à l'annexe 6, le niveau de catégorisation précité dans le chapitre suivant est plus englobant, mais les explications fournies dépendent du découpage antérieur.

À la phase suivante, les données accumulées dans chacune des catégories peuvent être quantifiées en fonction de la fréquence, du pourcentage ou d'autres indices. Dans cette étude, la description scientifique est basée sur l'émergence des modèles répétitifs (*patterns*) qui émergent de la catégorisation.

### **3.4.3 Les méthodes de vérification**

Pour chacune des étapes, une personne qui agit à titre d'expert reprend le processus d'analyse de contenu, tant pour l'identification des catégories que pour la classification subséquente des unités minimales. Tout au long du processus, la chercheuse et l'expert procèdent à l'analyse de façon indépendante; ils se rencontrent par la suite pour comparer leur analyse respective. Les décisions se prennent par consensus. L'interaction entre les deux personnes qui codifient le matériel est un facteur d'enrichissement de l'interprétation du matériel. Il y a donc eu un co-codage à 100 %.

### **3.5 Les aspects déontologiques**

Quand nous traitons d'un sujet aussi délicat que la mort et l'utilisation des mesures de réanimation, il importe d'être des plus sensibles aux questions éthiques. À cet effet, nous avons tenu compte des principes de bienveillance et de bienfaisance. Tout en étant convaincu du bien-fondé des objectifs de cette recherche, nous avons été particulièrement attentive à la détresse éprouvée par le groupe des personnes qui viennent de perdre un être

cher. Notre souci a donc été de trouver une façon de les solliciter tout en étant respectueuse de leur liberté.

Aucune pression n'a été exercée. Chaque personne est assurée, tant dans le formulaire de consentement que dans les explications qui lui sont données, qu'elle est libre de mettre fin à l'entrevue au moment qui lui convient. Par contre, si au terme de l'entrevue, la personne exprime le souhait de poursuivre l'échange pour ses propres besoins, la chercheuse est disponible pour une autre rencontre. Comme le constate Morse (1987), ce type d'entrevue exige un soutien affectif aussi bien avant, durant, qu'après.

La confidentialité des propos des participants est assurée. Premièrement, les bandes audio et les transcriptions sont conservées dans un local fermé à clef. Deuxièmement, ces documents sont identifiés par un code numérique. Troisièmement, les données sont utilisées uniquement à des fins de recherche et de communications scientifiques.

La chercheuse s'assure que la lettre explicative ainsi que le formulaire de consentement signé par les proches et les infirmières contiennent l'information suffisante pour permettre une décision éclairée de leur part. Le projet a été approuvé par le Comité de déontologie de la recherche sur l'humain de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke (Annexe 9).

### **3.6 Le retour critique sur la méthodologie de la recherche**

Le but de toute recherche en sciences humaines est de faire une lecture la plus fidèle possible de la réalité étudiée (Rose et al.,1995). La méthodologie de recherche est donc

l'ensemble des stratégies et des méthodes utilisées par le chercheur pour recueillir une information valable de la réalité étudiée dans le but d'en faire une analyse la plus objective possible. Malgré tous ces efforts, l'explication du phénomène que présente un chercheur n'est jamais complètement fidèle à la réalité. À ce jour, il n'existe aucune méthodologie pouvant réduire la marge d'erreur à zéro, d'où l'intérêt de tenir compte des sources d'invalidité et des limites de l'étude. Les deux aspects les plus susceptibles d'être des sources d'invalidité sont le rôle du chercheur dans une étude qualitative et les méthodes d'échantillonnage.

### **3.6.1 Le rôle du chercheur dans l'approche qualitative**

Des auteurs, comme Poisson (1991) et McCracken (1988) entre autres, affirment que le principal instrument d'une recherche qualitative est le chercheur lui-même. Celui-ci amène avec lui sa propre expérience par rapport au sujet étudié. Dans cette étude, la chercheuse a une longue expérience en lien avec l'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire dans une salle d'urgence. C'est d'ailleurs cette expérience qui nous a amenée à nous interroger sur l'expérience que vivent les personnes qui sont confrontées à l'utilisation de ces mesures. Cette expérience nous a donc sensibilisée à la souffrance des familles en crise et également à celle des soignants dans ce type de situation.

D'un autre côté, l'expérience peut parfois nuire à la recherche si le chercheur ne prend pas conscience de ses réactions et de ses propres émotions par rapport au phénomène étudié. Dans ce cas, l'expérience peut être une source d'interférence au moment de procéder à l'analyse. Toutefois, selon Bachelor et Joshi (1986), un chercheur qui prend le temps de se familiariser avec ses propres biais ou préjugés face au phénomène étudié peut éviter ainsi

de les imposer au sujet. Au début de l'étude, la chercheuse principale a pris le temps de parler longtemps avec l'une de ses amies, elle aussi infirmière. Elle a aussi parlé de son vécu avec sa directrice de recherche.

Une autre source de biais possible est le manque d'expérience de la chercheuse en ce qui concerne l'utilisation de l'entrevue semi-structurée comme outil de recherche. Même si, au fil des ans, nous avons acquis une certaine expérience dans la façon de mener des entrevues auprès du personnel, nous avons eu à nous familiariser avec les particularités de l'entrevue semi-structurée dans la cadre d'une telle recherche. La chercheuse doit diriger la discussion vers un certain nombre de thèmes bien précis, sans suggérer de réponses, soit dans un sens, soit dans l'autre. Pour contrôler le mieux possible cette source de biais, nous avons utilisé les entrevues du prétest à des fins de formation.

### **3.6.2 La représentativité des échantillons**

Regardons maintenant les limites reliées à l'échantillonnage. Celui des proches en est un de convenance non probabiliste. Avec un échantillonnage non probabiliste de ce type, il est impossible de généraliser les résultats de la recherche à une population semblable (Burns et Groves, 1993). Il s'agit là d'une des limites de la recherche. Toutefois, dans le contexte d'une recherche exploratoire, cela peut être considéré acceptable. Le nombre restreint de participants, soit quatre dans chaque groupe, fait en sorte que la réserve exprimée s'applique à l'ensemble des résultats.

Dans son guide pratique sur la recherche qualitative, Jean-Pierre Deslauriers (1991) dit que le but de l'échantillonnage en recherche qualitative est de produire un maximum

d'informations, qu'il soit petit ou grand importe peu, pourvu qu'il produise de nouveaux faits. Il conclut que la taille de l'échantillon est rarement déterminée à l'avance, car tout dépend de l'évolution de la recherche et des informations nécessaires. Nous ne saurions affirmer que cette étude « produit le maximum d'informations ». Toutefois, il nous semble que les données recueillies dans le cadre d'un mémoire de maîtrise dont la nature est exploratoire, suggèrent tout au moins une amélioration de la compréhension de l'impact des mesures de réanimation cardiorespiratoire sur les personnes concernées comme les proches d'un patient et les infirmières.

## **Chapitre 4 : LES RÉSULTATS**

Ce chapitre sur la présentation des résultats se divise en quatre parties. La première fait état du profil des proches des patients qui n'ont pas survécu à l'utilisation des mesures de RCR. La deuxième présente les résultats de l'analyse des données recueillies auprès de ces participants. La troisième partie trace le profil des infirmières qui ont participé à la recherche et la quatrième porte sur l'analyse du discours des infirmières.

### **4.1 Le profil des proches**

Le tableau 1 résume les données qui nous renseignent sur le profil des proches. Le groupe des proches comprend deux hommes et deux femmes. Ils ont entre 22 et 59 ans et trois participants sur quatre ont plus de 40 ans. Leur niveau de scolarité est plus élevé que la moyenne de la population. Trois d'entre eux ont un diplôme universitaire de premier cycle et l'autre a une formation de niveau secondaire V. Tous se disent en bonne santé.

En ce qui concerne le lien avec la personne décédée, deux participants ont perdu leur père, un autre, sa grand-mère et le dernier, sa belle-mère. Trois des quatre participants ont déjà été dans une situation où des mesures de réanimation ont dû être utilisées. Parmi ceux-ci, une personne qui est infirmière à la retraite depuis plusieurs années a une bonne connaissance des conditions qui entourent l'utilisation des mesures de RCR.

### **4.2 L'analyse du discours des proches**

L'analyse de contenu d'un discours a pour but la reconstruction du sens du phénomène étudié à travers l'émergence d'une catégorisation. La grille proposée pour l'analyse du discours des proches comporte quatre catégories majeures. Les passages reliés au statut

**Tableau I Profil des proches de patients qui n'ont pas survécu aux mesures de RCR**

Proche	1	2	3	4
Âge	22	41	55	59
Sexe	M	M	F	F
État de santé	bon	bon	bon	bon
Scolarité	secondaire V	universitaire	universitaire	universitaire
Lien avec la personne décédée	petit-fils	fil	belle-fille	fil
Autre expérience ayant trait aux mesures de RCR	2	aucune	1	plusieurs*

\* infirmière retraitée

professionnel de la participante qui est infirmière retraitée sont discutés séparément à la fin de cette partie. Une vue d'ensemble de cette grille d'analyse est présentée dans le tableau II. Les deux premières catégories, soit la perception de l'événement et la perspective générale des mesures de réanimation, découlent du guide d'entrevue. Elles sont donc prédéterminées. Chacune de ces catégories comporte un ensemble d'indicateurs et de sous-indicateurs qui précise leur portée. La troisième est une catégorie émergente. Elle tient compte des propos ayant trait à la mort soulevés durant l'entrevue.

#### **4.2.1 La perception de l'événement**

Une partie importante des données recueillies durant les entrevues avec les proches est en lien avec l'expérience de la perte d'un être cher dans une situation d'urgence. Les trois indicateurs qui permettent de saisir l'événement comprennent la description du contexte de l'expérience de réanimation et le bien-fondé de la réanimation dans les situations rapportées.

##### **4.2.1.1 Le contexte de l'événement**

La perte d'un être cher est toujours pénible mais, elle revêt un caractère particulier lorsque les événements qui entourent la mort surviennent de façon inattendue. Ainsi, l'état de santé du patient et les circonstances qui entourent la réanimation sont des éléments qui nous renseignent sur le contexte de l'événement.

**Tableau II La catégorisation des propos des proches**

<b>Catégories</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Sous-indicateurs</b>
1. La perception de l'événement	1.1 Le contexte	1.1.1 L'état de santé et le milieu de vie 1.1.2 Les circonstances qui entourent la réanimation
	1.2 L'expérience de réanimation	1.2.1 La réaction à la situation 1.2.2 La nature des préoccupations
	1.3 Le bien-fondé de la réanimation	
2. La perspective générale des mesures de réanimation	2.1 Les connaissances des mesures de réanimation	
	2.2 Les balises qui entourent la prise de décision	2.2.1 Les balises reliées à la condition du patient 2.2.2 Les balises reliées à des valeurs
	2.3 La participation à la prise de décision	
	2.4 Les attentes vis-à-vis du système de soins	
3. Le regard sur la mort	3.1 La mort de l'être cher	
	3.2 La signification de la mort	

#### 4.2.1.1.1 L'état de santé et le milieu de vie

Les quatre patients dont il est question dans cette étude avaient entre 71 et 77 ans. Il est à noter que ces patients avaient de nombreux problèmes de santé. Tous étaient cardiaques, trois avaient des problèmes de circulation, deux souffraient de cancer et un autre était atteint du diabète. Il semble donc que l'état de ces personnes pour qui des mesures de réanimation ont été utilisées était plutôt précaire.

Indépendamment de leur état de santé, ces personnes étaient relativement autonomes puisque trois d'entre elles vivaient dans leur maison, soit seules ou avec un conjoint. Une de ces personnes était seule depuis moins de deux semaines : sa femme, atteinte de la maladie d'Alzheimer, a dû être placée dans un foyer d'accueil. Son fils est d'avis que cet événement est sans doute relié au décès de son père.

*« Ça, je pense que cela a affecté beaucoup mon père, le fait qu'il se sépare de ma mère.(...) peut-être que le fait de ne plus être avec elle, c'était plus difficile. Je me demande jusqu'à quel point il ne s'était pas laisser emporter. »*

La quatrième personne vivait dans un foyer et nécessitait de l'assistance pour les activités de la vie quotidienne. Sauf pour son petit-fils, elle n'avait plus de parenté dans la région.

Le tableau III résume les données qui nous renseignent sur le contexte de l'événement qui a donné lieu à des mesures de réanimation. Au-delà de ces données, un élément mérite d'être signalé. Lorsque la vie d'un être cher est en danger, les personnes présentes font immédiatement appel aux services d'urgence et celles qui sont familières avec les pratiques de réanimation interviennent immédiatement sans se demander s'il est opportun de les initier.

**Tableau III Les éléments contextuels dans la situation particulière : discours des proches**

Patient	1	2	3	4
Âge de la personne	71	77	76	77
Problèmes antérieurs ou malaises	angine et circulation	angine, diabète et cancer	infarctus du myocarde et circulation	angine, circulation et cancer
Circonstances qui entourent le malaise	au lever	au moment de faire ses courses	après le dîner	au moment d'une promenade
Lieu du malaise	centre d'accueil	stationnement	domicile	domicile de sa fille
Initiation des manœuvres	l'ambulancier	un passant	l'ambulancier	sa fille
Diagnostic à la salle d'urgence	arrêt cardiaque asystolie	arrêt cardiaque fibrillation	arrêt cardiaque asystolie	arrêt cardiaque asystolie
Durée des mesures de RCR à la salle d'urgence	20 minutes	18 minutes	50 minutes	25 minutes

#### **4.2.1.1.2 Les circonstances qui entourent la réanimation**

Comme on peut s'y attendre, chaque patient a eu un malaise qui a précipité l'utilisation des mesures de RCR. Toutefois, les circonstances précédant la réanimation sont variées. Une première personne qui habite dans un centre d'accueil est tombée au moment de se lever. Elle était accompagnée d'une préposée. Une autre est tombée en entrant dans son automobile dans un parc de stationnement alors qu'elle venait de faire ses courses avec son aide-ménagère. Pour la troisième personne, l'événement est survenu à son domicile quelque temps après le repas de midi. Elle était avec son mari. La quatrième personne se préparait à faire une promenade dans le jardin de la maison de sa fille chez qui elle était en visite.

L'événement commun à ces quatre situations est l'appel au service d'urgence (les données de cette étude ont été recueillies durant l'instauration du système 911 dans la région). Dans deux des situations, les mesures sont initiées avant l'arrivée des ambulanciers, pour l'un, c'est un passant, pour l'autre, c'est sa fille. Selon le cas, les ambulanciers initient ou poursuivent les mesures de RCR. et, par après, transportent ces patients à la salle d'urgence de l'établissement le plus près, soit au Centre hospitalier de Sherbrooke où le personnel médical prend la relève.

Les diagnostics établis à la salle d'urgence sont tous reliés aux problèmes cardiaques de ces personnes. Trois sont en asystolie et la quatrième en fibrillation. Pour trois d'entre elles, les mesures de réanimation durent respectivement 18, 20 et 25 minutes, après quoi, elles sont déclarées mortes. Quant à l'autre, étant donné qu'il y a un espoir de rétablissement des signes vitaux, la réanimation dure 50 minutes. Par la suite, elle est branchée sur un respirateur. Toutefois, après que le médecin eut discuté de l'état de santé de la patiente avec

son mari et sa belle-fille, et compte tenu des antécédents médicaux, le respirateur est débranché et un code de non-réanimation est inscrit au dossier. La patiente décède dans l'heure qui suit.

#### **4.2.1.2 L'expérience de réanimation**

L'expérience de réanimation à partir de la perspective des proches est centrale par rapport à l'objet de la recherche. Les sous-indicateurs qui nous permettent de décrire cette expérience sont leurs réactions à la situation, leurs besoins particuliers et leurs perceptions du système de soins.

##### **4.2.1.2.1 La réaction à la situation**

Des quatre personnes qui participent à la recherche, une seule est présente au moment où la personne décédée perd conscience. Celle-ci arrive à l'hôpital en même temps que le patient. Elle est donc sur place dès le début. Une deuxième arrive pendant que les mesures sont encore en cours, et les deux autres, après qu'on eut mis fin aux mesures de réanimation.

Pour chacun des participants, l'expérience de réanimation cardiorespiratoire est associée à la perte d'un être cher. Toutefois, chacun réagit d'une façon qui lui est propre. Le premier participant fait face à la perte de sa grand-mère. La mort de celle-ci le bouleverse. D'ailleurs, lors qu'invité à voir celle-ci après le décès, il refuse.

*« Il (le médecin) nous a demandé si on voulait la voir, mais moi je ne voulais pas. (...) Pourquoi ma grand-mère? Pourquoi? C'est ça. Je n'étais pas capable d'accepter ça. »*

Il s'avère que presque un mois plus tard, il refuse toujours d'accepter que sa grand-mère soit morte et c'est avec beaucoup de colère qu'il rapporte sa perception des événements.

Le deuxième participant, dont le père vient de décéder, est également arrivé après qu'on eut mis fin aux manœuvres de réanimation. Ses deux sœurs l'informent du décès de leur père. Il dit être bouleversé, car il avait cru comprendre que son père avait seulement eu une faiblesse.

*« C'est sûr que quand mes sœurs me l'ont dit, je ne le croyais pas. Et même quand elles m'ont rejoint pour me dire que notre père avait eu une faiblesse cardiaque, un malaise, je me disais, me semble... »*

Il ne peut en dire davantage. Ainsi, deux mois plus tard, au moment de l'entrevue, le souvenir évoqué fait ressurgir la douleur éprouvée.

Quant à la troisième participante, vu l'état de santé de sa belle-mère, qui avait déjà subi une première crise cardiaque trois mois plus tôt, la mort de cette dernière est un événement qui met fin à ses souffrances. Selon elle, étant donné les restrictions imposées par la maladie cardiaque, la qualité de vie de sa belle-mère se trouvait déjà fort réduite.

*« ... je t'assure qu'elle était plus heureuse décédée que revenue. (...) elle était à la maison et elle n'était même pas capable de marcher quatre ou cinq pas. Elle avait de la difficulté à respirer. »*

En ce qui a trait à la quatrième participante, face au nombreux problèmes de santé de son père qui, en plus de sa maladie cardiaque, avait également un cancer, elle dit accepter la mort de cette personne qui lui est chère, car nous dit-elle, de toute façon, sa mort était « inévitable ».

Tout comme chacun a des expériences de vie qui influent sur ses réactions à la perte d'un proche, de même, comme indiqué dans la section suivante, chacun réagit différemment aux soins prodigués à l'être cher et au soutien reçu dans la situation rapportée. Le tableau IV résume ces aspects de l'expérience des proches

**Tableau IV Les réactions et les préoccupations : perspectives des proches**

Proche	1	2	3	4
Présence à la salle d'urgence	après la réanimation	après la réanimation	durant la réanimation	durant la réanimation
Réaction à la mort	colère	choc	soulagement relié au séquelle de la maladie	acceptation de l'inévitable
Préoccupations relevées	durée des mesures	formalités administratives	contraintes du système	contraintes du système
Soutien du système de soins	insatisfaisant	satisfaisant mais avec réserve	satisfaisant mais avec réserve	satisfaisant

#### 4.2.1.2.2 La nature des préoccupations

Les préoccupations exprimées touchent plus particulièrement la durée des mesures de réanimation et les contraintes administratives du système de soins. Trois des quatre participants sont d'accord avec le fait qu'on ait mis fin aux mesures de réanimation. Toutefois, ce n'est pas ce que pense le plus jeune d'entre eux qui considère que l'équipe médicale devait donner toutes les chances possibles à sa grand-mère. De son point de vue, il fallait poursuivre les manoeuvres de réanimation jusqu'à ce que la famille soit consultée. Ce qui ne fut pas le cas, puisque la personne fut déclarée décédée avant l'arrivée d'un membre de la famille. Ayant failli à la tâche, il juge inutile tout effort de la part du personnel de lui venir en aide.

Deux autres participants disent avoir été ennuyés par des « tracasseries administratives ». Pour un d'entre eux, le fait d'avoir à payer vingt dollars pour un certificat de décès suscite beaucoup d'agacement. En fait, il n'arrive pas à comprendre cette exigence administrative dans un contexte comme celui de la mort d'un proche.

*« Je trouve que les médecins, de charger vingt dollars pour marquer en bas de papier qu'il est décédé, et que ça pris deux minutes... Un moment donné, ça devient une question de principe plus qu'une question d'argent. »*

Après quoi il ajoute :

*« Donc, les interventions à l'hôpital ont été seulement de constater son décès. (...) Ils m'ont demandé deux choses : si je voulais récupérer ses effets personnels, son linge, et qui appeler pour prendre les arrangements pour les funérailles. »*

Si ce reproche n'est pas directement lié aux événements entourant la réanimation, il n'en demeure pas moins que pour cette personne, ce qu'il considère une faille du système de soins influe sur sa perception de son expérience.

Bien que la troisième participante estime que les services offerts se sont avérés relativement satisfaisants dans les circonstances, elle émet toutefois de sérieuses réserves quant aux contraintes particulières du système de soins. Cette personne étant arrivée à la salle d'urgence un peu après sa belle-mère, elle aurait souhaité l'accompagner dans la salle de réanimation. Cela n'était pas possible puisque le personnel lui demande de se rendre immédiatement à l'admission pour remplir le dossier. D'après elle, à ce moment là, sa place devait être là où les décisions se prenaient.

*« Pour moi, le point important était que quand t'arrives à l'hôpital et que c'est une urgence comme ça, que tu sois là dans la salle. Ça, ça m'a manqué. (...) Je me disais, il me semble que je saurais plus ce qui se passe et que je pourrais leur dire plus aussi mes idées... »*

Dans un moment comme cela, au dire de cette participante, il importe d'être sur place afin d'être informé de ce qui se passe. Plus loin, elle nuance ses propos quant à la nécessité d'être dans la salle de réanimation.

*« Ce qui est important, c'est qu'on soit informé de ce qui se passe de l'autre bord, parce qu'on n'est pas obligé d'être l'autre côté. (...) Et la communication. Qu'on sache c'est quoi qui arrive ? Parce qu'on n'a pas besoin d'être dans la salle même. Mais que quelqu'un vienne nous dire, bon, c'est ça qui se passe. Même si tu n'es pas à côté de la personne, tu sais ce qui se passe, comment ça va. »*

L'autre élément qui a ennuyé cette participante est relié au fait qu'à aucun moment il n'a été question de dons d'organes. Au moment de l'entrevue, elle admet ne pas y avoir pensé elle-même, mais elle considère que le personnel aurait dû en faire la demande, car elle est

convaincue que c'est ce qu'aurait voulu sa belle-mère. Ce point est relevé parce que la participante y revient fréquemment durant l'entrevue.

Étant infirmière à la retraite, la quatrième participante, a des connaissances du système de soins et, de ce fait, dit comprendre ce qui se passe derrière les portes de la salle de réanimation.

*« Tout ce temps-là, j'ai été toute seule. (...) Je comprenais se qui ce passait. J'ai l'expérience, je suis infirmière. Ils ne voulaient pas que j'entre. Ils m'ont dit : on s'en occupe, on s'en occupe. Mais moi, je sais ce que ça veut dire. »*

Il s'ensuit que cette participante n'a pas réagi de la même façon aux contraintes du système de soins. Les autres se sentent davantage comme des étrangers à l'intérieur du système et leur degré de satisfaction est mitigé. Devant le récit de leur expérience, il y a lieu de se demander si le système de soins tient compte des besoins de ces personnes qui vivent une expérience aussi éprouvante.

#### **4.2.1.3 Le bien-fondé de la réanimation**

Lorsqu'il est question du bien-fondé des mesures de RCR, il faut distinguer entre l'initiation des manoeuvres de réanimation et la poursuite de ces manoeuvres. Sur ce point, trois des proches jugent qu'il était opportun d'initier les manoeuvres au moment de l'accident. Toutefois, l'un d'entre eux considère que celles-ci auraient dû être cessées dès l'arrivée des ambulanciers. Parmi les proches, un seul affirme qu'il ne fallait pas initier les mesures de réanimation. Pour ce qui est de la poursuite des mesures, une fois qu'elles ont été initiées, les réponses sont beaucoup plus partagées.

Si nous y regardons de plus près, un seul des proches pense que l'équipe médicale a mis fin prématurément aux manoeuvres de réanimation. D'ailleurs, comme indiqué plus tôt, cela

est une préoccupation majeure pour ce participant. Dans le cas de sa grand-mère, nous dit-il, la poursuite des mesures était indiquée. Il mentionne qu'il comprend que rien de plus ne peut être fait, mais malgré cela, il insiste pour dire que la réanimation aurait dû continuer. Lorsqu'interrogé sur l'aide fournie à sa grand-mère, il répond : « *Mais j'aimerais ça que quand un patient a besoin d'aide ou de se faire réanimer, que ça dure plus longtemps* ». Il se dit persuadé que si les mesures avaient été maintenues, pour sa grand-mère, les résultats auraient été différents.

Deux autres personnes ont des avis tout à fait contraires. À cet effet, une d'entre elles est catégorique.

*« Si j'avais été à la maison, peut-être cela aurait été différent. J'aurais dit : laissez-la comme ça parce que je t'assure qu'elle était plus heureuse que revenue. Je suis certaine qu'elle n'en voulait pas. Parce que je la connaissais bien quand même. »*

Cette personne déplore le fait que la famille n'ait pas été consultée plus tôt. D'ailleurs, elle ne l'a été qu'après que la patiente eut été branchée sur le respirateur. Une fois consultée, la famille demande qu'on mette fin à toutes mesures pouvant prolonger la vie de cette patiente. L'autre personne qui remet en cause le bien-fondé de la poursuite des mesures de réanimation se trouve être celle qui les a initiées. Toutefois, elle se demande s'il y avait lieu de le faire.

*« Je n'étais pas sûr que c'était nécessaire. J'avais l'impression que ça ne donnerait rien. Ils ont essayé de le réanimer quand même, mais son heure est arrivée. D'après moi, il était mort. J'étais sûr qu'il était mort. Je n'étais pas convaincue que c'était nécessaire. Moi, je trouvais que c'était inutile. »*

Vingt minutes après l'arrivée du patient, elle est consultée quant à l'opportunité de poursuivre les manoeuvres. Elle dit qu'elle aurait souhaité qu'on lui demande plus tôt.

Quant à l'autre participant, il ne se prononce pas directement sur le bien-fondé des manoeuvres pour son père.

*« C'est bien difficile à dire. On dit que tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir. (...) Alors il faut définir c'est quoi la vie. »*

Après que le décès eut été constaté, tous les participants sont invités à se rendre dans la salle de réanimation. Trois d'entre eux acceptent, mais le plus jeune refuse. Cela évoque, nous dit-il, le souvenir de la mort de son père qui a également été réanimé sans succès.

Après avoir présenté la perception de l'expérience particulière vécue par chacun des participants, nous abordons maintenant leur perception des enjeux plus généraux de l'utilisation des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire.

#### **4.2.2 La perspective générale des mesures de réanimation**

L'expérience de la perte d'un proche dans un contexte qui fait suite à l'échec des mesures de RCR influe sur la façon de percevoir ce type de manoeuvres ultérieurement. C'est pourquoi les participants sont invités à aborder des aspects d'ordre plus général, dont la perception des mesures de réanimation, les balises qui entourent la décision de réanimation, la participation à la prise de décision et le fonctionnement du système de soins.

##### **4.2.2.1 La connaissance des mesures de réanimation**

Quelles connaissances les proches ont-ils des mesures de réanimation cardiorespiratoire? Cette question nous semble d'autant plus pertinente que celles-ci sont susceptibles d'influer sur leurs attentes dans une situation particulière.

L'analyse du discours des participants démontre une grande variation dans le degré de compréhension de ce qu'est la réanimation. Par exemple, les connaissances d'un des proches ne sont pas très étendues. Lorsqu'on lui demande ce qu'il entend par « *réanimation cardiorespiratoire* » il répond par une interrogation « *On donne de l'oxygène ... par un masque?* ». Plus loin, il décrit la réanimation comme suit :

*« T'essaies de réanimer, première des choses. Si ça ne marche pas, tu donnes un genre de choc, pour réanimer. (...) dans l'ambulance ils vont te "taper" plus ou moins. Puis rendu à l'hôpital, ils vont te "taper" comme il faut. »*

Un deuxième proche associe les mesures de réanimation au massage cardiaque et à la respiration bouche-à-bouche. Il précise que la victime doit d'abord être étendue. La description donnée par une autre participante est semblable. Toutefois, celle-ci ayant déjà été infirmière, elle ajoute que des médicaments sont également utilisés. Une dernière participante décrit plutôt l'expérience qu'elle a vécue lorsqu'elle a réussi à réanimer son mari à la suite d'un anévrisme. Trois des quatre participants ont donc une compréhension assez juste des mesures de RCR.

#### **4.2.2.2 Les balises qui entourent la décision de réanimation**

Quand vient le temps de discuter de la décision de réanimation, les quatre proches sont d'accord pour dire que chaque situation doit faire l'objet d'une évaluation individuelle, ce qui les amène généralement à discuter des balises dont il faut alors tenir compte. Une partie des éléments devant influencer sur la décision de réanimation est reliée à la condition du patient. Les proches relèvent également des aspects qui appartiennent au domaine des valeurs. Ces éléments sont discutés dans les deux sous-sections qui suivent.

#### 4.2.2.2.1 Les balises reliées à la condition du patient

Les balises reliées à la condition du patient comprennent l'état de santé, la souffrance, l'âge, et l'aptitude mentale de la personne. Ainsi, tous considèrent que l'état de santé est un facteur très important dans la prise de décision. Ils associent l'état de santé à la souffrance et à d'autres facteurs comme la maladie ou un handicap. À cet effet, un des participants fait une distinction entre la « personne normale » et la personne handicapée : « (...) *il souffre depuis qu'il est né. Ça ne lui tente peut-être plus de souffrir encore pendant des années* ». Pour ce participant, le fait d'avoir un handicap est une souffrance terrible et de son point de vue, la mort est alors une délivrance.

Les différentes balises reliées à la condition du patient sont souvent en lien les unes avec les autres. Il en est ainsi pour l'âge du patient qui est parfois associé à l'état de santé.

*« Je vous dirais qu'à 76 ans, quand on a parcouru un bon bout de chemin, qu'on se retrouve dans un lit et que le médecin nous dit qu'il y a 99 % des chances que cette personne-là ne revienne pas, moi je tirerais sur la "plug" ! »*

Par rapport à l'âge, les participants sont généralement enclins à penser que les mesures de réanimation doivent être utilisées avec circonspection lorsque la personne s'approche du terme de sa vie, mais il en est tout autrement lorsque celle-ci est plus jeune.

*« Donc, je suis pour réanimer un enfant, oui parce que je me dis que c'est le début de sa vie, qu'il n'a pas eu de chance, Il faut que tu lui laisses une chance. »*

Mais là encore, le facteur d'âge n'est pas considéré de façon isolée. La condition du patient après la réanimation demeure une préoccupation qui doit orienter la décision.

*« L'âge joue un rôle important d'après moi, mais ça dépend de la situation. C'est comme dans un accident : si le cerveau te sort de la tête, qu'est-ce que tu penses que tu va faire dans la vie après ? »*

Le degré d'aptitude mentale d'une personne est pris en considération par trois des quatre participants. Une des proches insiste pour dire que l'aspect mental prime sur la condition physique. Avant de prendre la décision de réanimer, il faut, nous dit-elle, se poser quelques questions :

*« Comment il était avant de faire son arrêt, sa condition? Est-ce qu'il souffrait de la maladie d'Alzheimer? Est-ce qu'il est paralysé? aphasique? Est-ce qu'il avait toute son idée? Sur le plan mental, comment il était? »*

La perte des facultés mentales, le fait qu'une personne ait perdu la mémoire et qu'elle ne soit plus en mesure de reconnaître les siens sont donc perçus comme des facteurs pouvant freiner l'utilisation des mesures de réanimation.

#### **4.2.2.2.2 Les balises reliées à des valeurs**

Comme indiqué plus tôt, une partie des balises qui influent sur la décision de réanimation est reliée à des valeurs humaines, dont la qualité de vie, la dignité, le souci du bien-être et le respect de la volonté d'autrui.

La qualité de vie est très certainement la valeur qui semble revenir le plus fréquemment dans le discours des proches. Tous y font allusion lorsque vient le moment de discuter des balises qui entourent la prise de décision concernant l'utilisation des mesures de RCR. Toutefois, comme on peut s'y attendre, la notion de qualité de vie n'a pas le même sens pour

tous. Pour un des proches, la qualité de vie, c'est surtout l'absence de souffrance, tandis que pour les trois autres, la qualité de vie renvoie à la possibilité de s'épanouir et de jouir de la vie.

*« Moi, je suis contre les moyens surnaturels. Je suis beaucoup pour la qualité de vie et pas pour la longévité. Je suis pour les gens qui vivent bien et qui en profitent. »*

Comme le suggère cette citation, « *les moyens surnaturels* » correspondent à de l'acharnement thérapeutique. Pour cette personne, les moyens surnaturels sont ceux « *qui forcent la nature à redonner la vie* ». Ici, la crainte de l'acharnement thérapeutique est associée à la qualité de vie. Les conséquences possibles de la réanimation mettent également en cause la qualité de vie.

*« S'il se réveille, se réveillera-t-il dans de bonnes conditions, et tout ce qu'il est peut-il supporter ça, un arrêt cardiaque et un réveil ? »*

La crainte d'être un fardeau pour autrui est aussi perçue comme pouvant entraver la qualité de vie. L'un des participants évoque même la qualité de vie des personnes qui doivent prendre soin de celui qui aura survécu à des mesures de réanimation.

*« À quel prix pour les personnes qui restent? (...) oui, mais à quel prix? Je ne parle pas d'argent, là. Je parle juste de la qualité de vie. (...) tu ne pense pas que ce serait bien mieux que de mourir à petit feu de ton cancer? »*

De façon générale, les propos évoquant la notion de qualité de vie sont ceux qui soulèvent des questions au sujet de l'utilité de ces mesures.

La notion de dignité est également soulevée par deux des participants. Pour l'une de ces personnes, « *réanimer à tout prix* », va à l'encontre de la dignité humaine. C'est par rapport à la mort que cette notion est évoquée. La crainte de l'acharnement thérapeutique est encore

en cause. Il faut savoir laisser les personnes mourir en paix, nous dit-on. Le message transmis par ces deux participants s'accorde au fait que la réanimation cardiorespiratoire se prête difficilement à une mort dans la dignité.

La compassion et le souci de bien-être suivent de près les préoccupations de qualité de vie et de dignité. Sur ce point, les quatre proches s'entendent pour dire qu'il faut à tout prix éviter les soins ou traitements qui prolongent la souffrance du patient. Tout comme pour la qualité de vie, le souci de bien-être est associé aux conséquences négatives de la réanimation. La crainte d'un état de coma prolongé inspire des réticences.

Trois des proches sont très explicites par rapport au respect de la volonté d'autrui. D'ailleurs, sur ce point, une personne a beaucoup insisté sur l'importance d'un testament de vie. Il faudrait, dit-elle, qu'en tout temps, chaque personne porte sur elle-même les indications souhaitées en regard des traitements de fin de vie, car comment savoir ce que serait la décision de l'autre en pareilles circonstances : *« Parce que je ne saurais pas sa décision à elle. C'est difficile de décider pour quelqu'un d'autre »*.

Pour les proches, les balises entourant l'utilisation des mesures de RCR relèvent tout autant de l'état de santé du patient que d'un ensemble de valeurs qui semblent découler de l'histoire de vie de chacun. C'est généralement en regard de leurs propres expériences que les proches identifient les balises qui entourent la décision de réanimation. Ainsi, quand vient le temps d'exprimer leurs propres volontés, ils s'approprient les balises identifiées pour autrui. Par exemple, la personne pour qui un handicap est un obstacle majeur à la qualité de vie affirme de façon des plus catégoriques :

*« Moi, si j'étais handicapé et qu'on me disait qu'il faut qu'on me réanime, je ne voudrais rien savoir. »*

Par contre, cette personne ajoute que si elle était auparavant en bonne santé, elle souhaiterait qu'on utilise tout ce que la médecine peut offrir pour la maintenir en vie. De même, une autre personne pour qui un état de santé chancelant est un sort peu enviable affirme qu'elle souhaiterait être en mesure de pouvoir dire : *« Débranchez-moi et réglez-moi cela »*. Cette personne ajoute :

*« J'ai dit à ma femme : si ça m'arrivait, je te donne l'autorisation de débrancher la machine. »*

Il est intéressant de noter que même si pour chacun des proches, l'être cher qui est décédé souffrait d'un problème cardiaque, aucun d'entre eux ne fait référence à ce type de problème de santé lorsqu'il se met en situation de dire ce qu'il souhaiterait pour lui-même. Les situations identifiées sont davantage reliées à des néoplasies ou à des problèmes de chronicité, à savoir des états où le patient est davantage en mesure d'émettre son avis que dans une situation d'urgence.

#### **4.2.2.3 La participation à la prise de décision**

Au départ, tous les proches reconnaissent l'expertise du médecin dans la prise de décision en matière de réanimation. Toutefois, celui-ci devrait tenir compte des balises qui, d'après l'opinion de chacun, devraient encadrer la prise de décision. Il s'ensuit que ces balises ne sont pas les mêmes pour tous et qu'elles correspondent à ce qui est jugé prioritaire par chacun des proches. Pour ceux qui ont participé à cette étude, le rôle du médecin est d'éclairer la famille, car en bout de piste, c'est à elle que revient la décision finale quand la

personne concernée n'est pas en mesure de prendre la décision. Pour l'un de ces proches, le rôle du médecin est de donner un aperçu du pronostic.

*« Le médecin, lui, il est déjà formé. Il va nous dire si elle va rester normale ou si elle va devenir déficiente. »*

Un deuxième proche a une opinion semblable. Ainsi, lorsqu'on lui demande si quelqu'un d'autre que la famille doit prendre la décision, il répond « non », après quoi, il ajoute :

*« Moi, j'ai toujours le respect de l'expertise. (...) Je veux dire, le médecin est celui qui a le plus de connaissances. Je ne voudrais pas qu'il décide pour moi, mais je voudrais qu'il me situe les enjeux, les conséquences, les répercussions, l'historique. (...) combien de gens s'en sortent, combien ne s'en sortent pas, etc. À la lumière de tous les conseils et de toute l'information qu'il nous donnerait, nous serions, la famille, en mesure [de prendre la décision]. »*

Un troisième proche souhaite même qu'un membre de la famille soit admis dans la salle de réanimation pour prendre part à la décision. Toutefois, tout comme la quatrième personne qui a une formation d'infirmière, elle se dit consciente du fait que l'émotivité de la famille peut influencer sur leur capacité de décision. Cette personne insiste de façon particulière sur la nécessité de faire connaître ses volontés avant que ne survienne un état d'urgence. C'est, à ses yeux, la meilleure façon de s'assurer que la personne concernée participe à une décision aussi cruciale.

Pour trois des proches, il existe donc des situations où il ne faudrait pas initier les mesures de RCR. Le quatrième est plutôt d'avis qu'il faut toujours les initier et cela, jusqu'au moment où la famille est en mesure de donner son avis.

#### **4.2.2.4 Les attentes vis-à-vis du système de soins**

Les attentes vis-à-vis du système de soins sont colorées par l'expérience qu'ont vécue les proches au moment où ils ont accompagné la personne décédée. Comme indiqué dans la section précédente, tous s'attendent, de toute évidence, à ce que le médecin leur fournisse les informations leur permettant de prendre une décision éclairée. Mais plus que tout, ces personnes veulent savoir ce qui se passe. Il leur est très difficile d'être refoulées au bureau de l'admission alors qu'une personne avec qui ils ont des liens affectifs significatifs est sur le point de mourir. Leur besoin de réconfort est donc très grand. Nous remarquons que l'information est généralement donnée à la personne qui est sur place au moment où le patient se présente. Il arrive que des membres de la famille arrivent à l'hôpital alors que tout est fini. C'était le cas d'un des proches qui a participé à cette étude. L'information ayant déjà été donnée, ces personnes doivent donc se satisfaire de ce que rapportent le ou les membres de la famille pour savoir ce qui s'est passé dans les derniers moments de vie du patient. Il semblerait qu'il est important de se faire raconter les événements par des personnes qui ont participé aux manoeuvres. Ce serait même une première étape dans l'acceptation de la mort d'une personne chère. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'accident précédant l'utilisation des mesures de RCR survient de façon inattendue.

Les attitudes vis-à-vis des ambulanciers sont partagées. Pour l'un des participants, les services qu'ils offrent doivent être encore plus accessibles et leur formation encore plus poussée. Par contre, un autre juge qu'il serait préférable de limiter leur champ de responsabilité :

*« Peut-être que les ambulanciers seraient mieux de les amener à l'hôpital et que là on fasse les diagnostics, et qu'on décide, oui ou non, si on les garde en vie ou pas. (...) C'est sûr que les ambulanciers sont pas des médecins. C'est pas aux ambulanciers à décider ça. »*

Il faut dire que la personne qui considère que les ambulanciers ont une trop grande responsabilité croient que ceux-ci n'auraient pas dû entreprendre de ventiler son père parce que trop de temps s'était écoulé entre le moment de l'accident et celui de leur arrivée.

À part le médecin et les ambulanciers, les autres catégories d'intervenants ne sont pas expressément nommés. Tous sont généralement englobés à l'intérieur du pronom « ils ». C'est un point sur lequel nous reviendrons lors de la discussion des résultats.

En résumé, les proches de la personne décédée ont besoin d'assistance, d'une part, parce qu'ils ont besoin d'être guidés par rapport aux décisions qui leur incombent et, d'autre part, parce qu'ils ont besoin de soutien pour faire face à la perte d'une personne chère. La plupart s'attendent à ce que le système de soins, et plus particulièrement le médecin, soient attentifs à leurs besoins.

### **4.2.3 Le regard sur la mort**

La perte d'un être cher est un événement susceptible de susciter des réflexions sur la mort. Ainsi, au cours des entrevues, tous les participants ont eu des propos à cet effet. Les premiers concernent la réaction du proche au décès de la personne qu'il a accompagnée à la salle d'urgence, les seconds portent sur la signification de la mort comme tel et à ce qui est souhaité pour soi en fin de vie.

#### **4.2.3.1 La mort de l'être cher**

Pour tous les participants, la mort de l'être cher représente une perte affective importante. Toutefois, trois d'entre eux semblent accepter la mort de la personne décédée. Vu les circonstances qui précèdent le décès et plus particulièrement, la précarité de l'état de santé, la mort de la personne s'inscrit dans le cours de ce qui attend chacun d'entre nous. Une de ces personnes, grandement bouleversée par la mort de son père admet : « (...) *c'est arrivé comme on le voulait* », signifiant que celui-ci est mort rapidement et, de ce fait, n'a pas eu le temps de souffrir. Seul le plus jeune des participants refuse d'accepter ce que les autres qualifient « *d'inévitable* ». Au moment de l'entrevue, quelques semaines plus tard, il éprouve encore beaucoup de colère. Il y a lieu de s'interroger sur la présence d'un lien entre le fait qu'il est également le seul des quatre participants à penser que les mesures de réanimation auraient dû se poursuivre, du moins jusqu'au moment où la famille soit en mesure de donner son avis.

#### **4.2.3.2 La signification de la mort**

La réaction de chacun des proches à la mort de la personne décédée n'est pas étrangère au sens que chacun accorde à la mort. Alors que le plus jeune d'entre eux dit que la mort est un sujet auquel il pense « *plus ou moins* », car la mort lui semble une expérience qui appartient aux autres, les trois autres la voient comme faisant partie du processus de vie, celle-ci ayant un commencement et une fin. En d'autres termes, chacun a son heure. Accepter la mort pour ces trois personnes, c'est savoir lâcher prise. Sur ce point, deux

d'entre eux ont des propos qui suggèrent que la science et la technologie rendent difficile l'acceptation de la mort.

*« On n'est pas le bon Dieu pour faire des miracles(...). Si la science et la technologie ne s'étaient pas tant améliorées, les gens mourraient de leur belle mort... »*

*« Je trouve qu'ils poussent trop... »*

Laisser partir l'autre « *quand son heure est venue* » témoigne du fait que la mort est un phénomène naturel mais, il n'en demeure pas moins que ce passage est difficile pour tous.

*« Je connais des gens qui sont malheureux aujourd'hui parce qu'ils n'ont pas voulu laisser partir leur parent. Mais, je les comprends... ça, je le comprends. Mais la personne malade en question n'est pas heureuse, et la famille non plus ».*

Il est un point sur lequel tous les proches sont d'accord, soit celui d'une mort sans souffrance. D'ailleurs, toute intervention qui serait une source de souffrance est rejetée d'emblée. Une participante rappelle que la souffrance de la famille fait également partie des enjeux. « *Ça fait souffrir tout le monde alentour. (...) et puis, pourquoi faire souffrir quelqu'un trois semaines de plus* ».

L'accompagnement d'un proche dans les derniers moments de sa vie incitent les participants à discuter de ce qu'ils souhaitent pour eux-mêmes, si à leur tour, ils se trouvent dans une situation semblable. De façon générale, tous sont d'avis que dans certaines circonstances, ils ne veulent pas être réanimés. Toutefois, ces circonstances ne sont pas les mêmes pour tous. Pour la plupart, elles renvoient aux valeurs qui ont été relevées un peu plus tôt. Par exemple, pour une de ces personnes, le fait d'être handicapé est un motif pour refuser la réanimation. Pour un autre, c'est plutôt la crainte de devenir un fardeau pour ceux

qui l'entourent : *« J'ai toujours dit à ma femme que si cette situation arrive, quel que soit mon âge, je ne voudrais pas devenir 'a burden' un fardeau »*. La présence d'une maladie terminale fait également partie des exemples cités pour un refus de réanimation.

*« J'ai averti tous les gens alentour que si j'ai le cancer, je ne veux pas avoir de méthodes extraordinaires. J'ai même signé une feuille chez le notaire, comme quoi on ne veut aucun moyen extraordinaire, ni mon mari, ni moi. On a signé la feuille tous les deux. On donne tous nos organes. »*

Trois des participants affirment avoir partagé avec d'autres personnes leur volonté quant à ce qu'ils souhaitent en fin de vie. Au dire de l'une de ces personnes, *« il faut que ça soit dit »*. De plus, comme indiqué dans la citation précédente, l'une d'entre elles l'a fait par le biais d'un testament de vie. Comme elle accorde une grande importance à la possibilité de faire un don d'organes, elle juge qu'il est des plus importants que chacun consigne par écrit ce qu'il souhaite pour lui-même en vue d'un éventuel état d'inaptitude.

Cela complète l'analyse du discours des proches des personnes décédées. Dans la partie qui suit, nous rapportons l'analyse du discours des infirmières qui font partie d'une équipe de réanimation dans une salle d'urgence.

### **4.3 Le profil des infirmières**

Le deuxième groupe de participants, les infirmières, comprend quatre femmes dont l'âge respectif est de 30, 40, 45 et 60 ans. Deux d'entre elles ont un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers, une autre a un baccalauréat en sciences infirmières et une autre termine une formation de deuxième cycle dans un domaine connexe aux soins infirmiers. Leur expérience professionnelle est variée, soit respectivement 9,5, 15, 20 et 39 ans. La plus jeune infirmière et la plus ancienne ont des emplois permanents à la salle

d'urgence du Centre hospitalier où se déroule la recherche, tandis que les deux autres sont sur la liste de rappel et ce, depuis au moins cinq ans.

#### **4.4 L'analyse du discours des infirmières**

La grille de catégorisation proposée pour l'analyse du discours des infirmières comporte trois catégories majeures. Une vue d'ensemble de cette grille d'analyse est présentée dans le tableau V. Les deux premières catégories, soit l'expérience propre de chacune en matière de réanimation et leur perspective générale de l'utilisation des mesures de réanimation, sont pré-déterminées car elles découlent du guide d'entrevue. Chacune de ces catégories comporte un ensemble d'indicateurs et de sous-indicateurs qui précisent la portée de leur signification. Comme pour les proches, une troisième catégorie, soit le regard sur la mort, est créée en vue de tenir compte des propos de ce type qui ont émergé durant les entrevues.

##### **4.4.1 L'expérience des infirmières en lien avec l'utilisation des mesures de RCR**

Cette partie décrit l'expérience des infirmières en matière de réanimation cardiorespiratoire. Les deux indicateurs sont reliés d'une part à leur expérience professionnelle et, d'autre part à leur expérience personnelle.

###### **4.4.1.1 L'expérience professionnelle**

Toutes les participantes ont eu l'occasion de travailler dans plusieurs centres hospitaliers et toutes se disent expérimentées dans l'utilisation des manoeuvres de réanimation. Trois d'entre elles affirment même que lorsque vient le temps d'agir dans des situations où il faut utiliser ces manoeuvres, elles procèdent de façon quasi instinctive. L'une de ces participantes précise que les cours de perfectionnement et l'expérience qui se cumule

**Tableau V La catégorisation des propos des infirmières**

Catégories	Indicateurs	Sous-indicateurs
1. L'expérience propre	1.1 L'expérience professionnelle 1.2 L'expérience personnelle	
2. La perspective générale des mesures de réanimation	2.1 L'évolution des pratiques de réanimation 2.2 Le processus de prise de décision	2.2.1 L'attribution de la responsabilité de la décision 2.2.2 La justification de la décision
	2.3 Le fonctionnement du système de soins	2.3.1 Le rôle de l'infirmière 2.3.2 Le rôle des autres intervenants 2.3.3 Les difficultés relevées 2.3.4 La gestion du stress
3. Le regard sur la mort	3.1 La signification de la mort 3.2 Les directives préalables	

favorise le développement de ce sentiment d'assurance : « (...) avec tous les cours, les ajouts qu'on a, je pense que ça devient une seconde nature ». La participante dont l'expérience est moindre que ses collègues se base plutôt sur les étapes du processus de réanimation pour discuter de sa perception des mesures de RCR.

*« Première des choses, ils disent ABCDE. Tu fais 'airway'. Tu regardes les voies respiratoires, le dégagement des voies respiratoires. [La partie B for 'breathing' n'est pas décrite]. Et C pour la circulation, qui est au niveau des signes vitaux. Et s'ils sont bas, bien D, 'disability' on va voir plutôt au niveau neurologique. Et le E, 'exposing', donc déshabiller.»*

Du point de vue de cette participante, l'ensemble des règles à suivre pour obtenir un résultat est un repère qui est encore très présent. La différence entre la perception de cette infirmière et celle de ses collègues plus expérimentées correspond à un des constats de Benner (1984), dans *From Novice to Expert*, à savoir qu'au début de chaque nouvelle expérience d'apprentissage, l'attention à la procédure est un processus qui précède l'intégration de celle-ci.

Le climat dans lequel se déroule les mesures de réanimation dans une unité d'urgence comporte un degré de tension avec lequel tous ceux qui y oeuvrent doivent composer. Une participante insiste sur l'aspect stimulant du travail de réanimation cardiorespiratoire : « Mais j'adore ça. Moi, j'aime devoir agir vite, c'est 'thrillant' ». Ce qui nous dit-elle n'enlève pas la nervosité ressentie même après dix ans d'expérience dans ce domaine particulier : « Je pense qu'on est quand même aussi nerveux, même dix ans après, mais on est plus rassuré, aussi. » Une autre participante indique qu'elle se sent à l'aise pour faire les manoeuvres, mais elle ajoute qu'elle doit toujours se conditionner.

*« Quand tu te conditionnes psychologiquement et que tu veux 'performer' de ton mieux, tu rentres dans le moule et tu fais ce que tu as à faire. »*

Une autre participante dit redouter les journées où elle se trouve en situation de réanimation dès le début de son quart de travail. Il en résulte, nous dit-elle, des répercussions négatives tout au long des heures qui suivent.

*« (...) j'étais la seule infirmière qui commençait à cette heure-là, donc il y avait la surveillante, le médecin et moi. On a été les trois qui ont vraiment vécu l'événement. On a eu une journée damnée. Donc, je me souviens, cette journée-là, j'avais une espèce d'angoisse et j'étais moins tolérante vis-à-vis des situations. Je le savais que c'était ça. »*

La perception des enjeux qui sous-tendent l'utilisation des manoeuvres de RCR demeure très présente : *« (...) c'est quand on y pense après, c'est beaucoup plus profond qu'une simple technique »*. Une autre ajoute : *« Des fois, on arrive à sauver des vies, c'est vraiment valorisant. ..C'est vraiment une situation de vie et de mort. Donc tu vas où la situation de vie ou de mort est »*. En fait, ce sont les enjeux qui créent la tension, car vis-à-vis des manoeuvres, les infirmières semblent d'accord pour dire que les routines établies en fonction du rôle que doit assumer chaque personne sont répétitives. Mais il semble qu'il faille un certain temps avant de se sentir confortable dans l'utilisation des manoeuvres de RCR. En tout cas, c'est ce que nous reflète le passage suivant de la plus jeune des participantes lorsqu'elle relate ses premières expériences.

*« Je ne savais à peu près pas quoi faire. Je pense que j'étais la personne qui pouvait être un petit plus satellite. Je me tenais probablement plus à l'extérieur de la scène pour donner les choses dont ils avaient besoin. (...) je pense qu'il y a dix ans, quand j'ai gradué, je ne me sentais pas aussi confortable que je le suis aujourd'hui. »*

Dans l'ensemble, les infirmières qui participent à cette recherche, sont des personnes pour qui l'utilisation des mesures de RCR conserve un caractère de fébrilité, mais l'expérience acquise au fil des ans leur a permis d'acquérir un sentiment de compétence.

#### 4.4.1.2 L'expérience personnelle

Au-delà de leurs expériences professionnelles, trois des participantes ont vécu des situations, dont deux à deux reprises, où des mesures de réanimation cardiorespiratoire ont été utilisées pour des membres de leur famille. Une d'entre elles évoque un incident où la personne était son enfant :

*« (...) je me suis sentie rassurée de savoir qu'il y avait des professionnels qui s'occupaient de lui. Cela m'a rassurée énormément. (...) ils savent ce qu'ils font. Et si j'attends patiemment, ils vont venir me le dire. Mais la peur reste. La peur. Va-t-il survivre un jour ou deux? »*

Cet événement particulier ainsi que cet autre qui touchait un parent plus âgé l'ont sensibilisée, nous dit-elle à ce que les familles ressentent dans ce type de situation.

*« J'ai pris le rôle de la famille, de la personne qui est mise à l'écart, dans une autre pièce et à qui on dit : ils vont être corrects, ils vont être corrects. Donc, je peux facilement, en tant qu'infirmière, me mettre à la place du proche dans une situation comme ça . »*

Une deuxième infirmière qui a également vécu deux incidents de réanimation dans sa famille, dont l'un dans son propre centre hospitalier dit avoir été sensibilisée au fait qu'il est plus difficile de poser des questions lorsque l'on se retrouve dans un milieu qui nous est étranger. Dans la situation où le membre de sa famille a été transporté à son centre hospitalier, elle précise que le fait de connaître les soignants l'a mis davantage en confiance.

Indépendamment de leurs expériences personnelles, les infirmières interrogées semblent sensibles à la vulnérabilité de l'entourage des personnes pour qui des mesures de réanimation sont utilisées. Toutefois, celles qui ont vécu des situations qui impliquent leurs proches ont pu faire état des inquiétudes ressenties. Toutefois, que la situation soit vécue comme proche ou comme professionnelle, dans un cas comme dans l'autre, l'ombre de la mort est présente.

#### **4.4.2 La perspective générale des mesures de réanimation**

La perception qu'ont les infirmières de l'utilisation des mesures de réanimation constitue un des objectifs de cette recherche. Les indicateurs nous permettant de décrire leur perspective particulière sont : l'évolution des pratiques de réanimation, le processus de prise de décision et le comportement du système de soins.

##### **4.4.2.1 L'évolution des pratiques de réanimation**

Une participante considère que les mesures de réanimation sont plus utilisées aujourd'hui que jadis. Une autre est d'avis que celles-ci sont maintenant utilisées pour tous les patients qui ne respirent plus par eux-mêmes lorsqu'ils sont amenés à l'unité d'urgence, et cela, indépendamment de leurs conditions. Selon elle, cette situation n'est pas appelée à changer dans un avenir rapproché.

*« Ils arrivent à la salle d'urgence, et tout de suite on commence les manoeuvres. Cela a toujours été ainsi, et je pense que ça va l'être encore pour longtemps. »*

Toutefois, l'avènement de la technologie est perçu comme un élément des plus positifs. L'utilisation du défibrillateur par les ambulanciers ou les pompiers, ajoute-t-on, a sauvé

bien des vies. Car le fait que les personnes ont la possibilité d'être réanimées avant d'être transportées dans une unité d'urgence augmente leur chance de survie.

Lorsque les infirmières sont interrogées sur l'évolution des pratiques de réanimation, pour deux des infirmières, la notion d'acharnement thérapeutique devient la référence pour comparer ce qui se faisait auparavant avec ce qui se fait aujourd'hui.

*« Mais il me semble que depuis un certain temps, ils 'extensionnent' moins la longueur des périodes de manoeuvre, (...) depuis quelques années, on s'acharne moins. »*

Une d'entre elles précise que c'est davantage avec les personnes ayant des troubles cardiorespiratoires que l'acharnement est moins présent : *« Moi, je trouve qu'on s'acharne moins sur les gens qui nous arrivent en cardiorespiratoire . »*

Le taux de réussite est un sujet qui a été relevé par trois des infirmières participantes. Deux d'entre elles considèrent qu'il est de 10% et la troisième de 15%. Il semble que leur estimation soit assez proche de ce qui a été relevé dans la recension des écrits. Une seule de ces trois personnes estime que le taux de réussite est plus élevé maintenant.

*« Et probablement que le type de patient que je voyais étaient des patients qui n'avaient aucune chance. Ça faisait longtemps qu'ils étaient décédés. »*

Devant l'estimation du taux de réussite actuel, il y a lieu de se demander si ce n'est pas encore le cas aujourd'hui.

#### **4.4.2.2 Le processus de prise de décision**

Lorsqu'un patient qui n'est plus en mesure de respirer par lui-même arrive à l'urgence, quelqu'un devra décider si, oui ou non, il faut utiliser des mesures de réanimation cardiorespiratoire. Ce qui suppose une question sous-jacente : faut-il toujours faire reculer

la mort par tous les moyens dont dispose la technologie médicale? Les personnes qui font partie d'une équipe de réanimation se retrouvent régulièrement dans des situations où quelqu'un doit décider pour autrui ce qu'il faut faire. Les deux indicateurs qui nous permettent de saisir comment les infirmières qui participent à cette étude entendent le processus de prise de décision dans un contexte de réanimation sont l'attribution de la responsabilité de la décision et les balises qui justifient le bien-fondé de la réanimation.

#### **4.4.2.2.1 L'attribution de la responsabilité de la décision**

L'ensemble des participantes considèrent que le médecin détient l'expertise requise pour décider du bien-fondé de la réanimation.

*« Ce serait au médecin d'avoir le dernier mot, parce que c'est lui qui est le plus responsable au point de vue légal et de la santé ».*

Par contre, toutes ajoutent que la décision doit se prendre conjointement avec la famille. Car, ce qui importe avant tout, c'est le respect de la volonté de la personne. Dans une situation d'urgence, seule celle-ci est susceptible de savoir ce qu'aurait voulu le patient. Pour qualifier la nécessité d'une décision prise conjointement avec le médecin, une participante utilise l'expression *« de pair avec la famille »*.

Deux des infirmières précisent que lorsque le patient arrive, le médecin est d'abord préoccupé par l'état de santé du patient. Habituellement, il ira voir la famille en vue de la consulter, lorsqu'après un certain temps, l'utilisation des mesures ne donnent pas les résultats escomptés.

*« C'est quand le processus des manoeuvres est déjà en marche, et qu'il voit que ça va plus ou moins réussir. On dirait que c'est à ce moment-là que le médecin consulte un peu la famille, à savoir est-ce qu'on continue ou non les manoeuvres. »*

*« Mais pour être certain que la famille est en accord avec lui, et qu'elle est en mesure de répondre aussi - parce que la famille n'est pas toujours en mesure de répondre - il va leur demander, qu'est-ce que vous en pensez, voulez-vous qu'on le réanime ou qu'on le laisse aller? »*

Ainsi, tout en accordant une grande importance à la famille qui est perçue comme représentant les intérêts de la personne concernée, les participantes reconnaissent que la décision de la famille s'appuie généralement sur l'expertise du médecin qui dira si oui ou non, il est utile de poursuivre les mesures amorcées. Car, dans un contexte d'urgence, la question qui se pose n'est pas *« faut-il initier les manoeuvres ? »* mais plutôt *« faut-il les poursuivre ? »*.

#### **4.4.2.2 La justification de la décision**

Les quatre infirmières participantes sont d'accord pour dire que l'utilisation des mesures de réanimation a pour but le prolongement de la vie chez des personnes qui font face à une mort imminente. Il importe, dit l'une d'entre elles, de donner à ces personnes *« une deuxième chance »*. Une autre précise : *« Quand sa vie est en train de filer entre nos doigts, il faut la récupérer »*. Cela étant dit, toutes se questionnent sur l'intérêt d'utiliser ces mesures dans certaines circonstances tout en insistant sur la nécessité d'une décision cas par cas. Les facteurs relevés susceptibles d'influer sur la décision sont reliés soit à la condition du patient, au contexte de l'événement et aux valeurs des soignants. (Tableau VI).

La condition du patient est un élément d'une grande importance dans la prise de décision. Toutes les participantes y réfèrent. Les aspects abordés sont l'âge, l'état de santé,

**Tableau VI Les facteurs qui influent sur la condition des patients : discours des infirmières**

Infirmière	1	2	3	4
<u>La condition du patient</u>				
L'âge	*		*	*
L'état de santé	*	*	*	*
Le stade de la maladie	*		*	*
L'état de lucidité	*			*
<u>Les chances de succès</u>				
Le temps écoulé entre l'arrêt respiratoire et le début des mesures	*	*	*	*
<u>Les conséquences</u>				
La qualité de vie	*	*	*	*
Le souci de bienveillance		*	*	

le stade de la maladie et l'état de lucidité. Pour trois d'entre elles, l'âge est un facteur déterminant. « *L'âge joue un grand rôle* », dit l'une. Une autre précise : « *C'est sûr que si on a quelqu'un de plus jeune, de 35-40 ou 50 ans (...) On va peut-être penser que cette personne peut vivre encore* ». Et enfin : « *Après un certain âge, on ne fait pas de mesures extensives* » nous dit-on. Par contre, une des participantes affirme clairement : « *Quand les patients arrivent à l'urgence, pour moi, l'âge n'est pas un critère* ». De façon générale, le critère âge est souvent juxtaposé à l'état de santé du patient qui est un aspect pris en compte par toutes les participantes.

*« Un patient qui a 72 ans et qui a toujours été pétant de santé, qui n'a jamais été malade, bien, tu vas prendre les mesures nécessaires pour le ramener à la vie parce que tu te dis, avant qu'il lui arrive cela, il n'avait aucun problème. »*

L'état de santé est souvent associé à la qualité de vie du patient. Ainsi, une des participantes rapporte que si, après avoir commencé la réanimation, une infirmière apprend en parlant avec la famille que le patient a déjà eu quatre pontages coronariens, elle se doit d'en aviser le médecin qui pourrait décider de mettre fin à l'intervention afin de ne pas imposer d'autres souffrances au patient. Les conséquences de la réanimation sur l'état de santé du patient sont donc des aspects dont il faut tenir compte. À cela s'ajoute le stade de la maladie du patient, ce qui a été relevé par trois des infirmières participantes. À cet effet, l'une d'entre elles dit : « *Si ce sont des personnes en phase terminale, je ne verrais pas pourquoi on ferait des procédures* ». L'état de lucidité du patient est signalé par une des participantes. Ainsi, elle pourrait être plus hésitante devant quelqu'un qui souffre de la maladie d'Alzheimer.

Les chances de succès préoccupent toutes les participantes. Par exemple, chacune s'interroge quant à l'efficacité des mesures lorsque le temps écoulé entre l'arrêt respiratoire et l'initiation des mesures est supérieur à 10 ou 15 minutes. Chaque participante relate une ou plusieurs expériences qui mettent en lumière l'inutilité des mesures de réanimation. Le fait suivant en est une illustration.

*« Mais je pense qu'il y aurait une limite à [mettre]quelque part. Je me rappelle très bien, ça ne fait pas tellement longtemps, on avait eu une dame, elle était assez âgée, 90 ans. Elle était morte ça faisait, eux [les ambulanciers] nous ont dit, en tout cas, 30 minutes, mais elle était morte au lever, c'est le docteur qui l'avait trouvée. Et ils l'ont emmenée [ici]. Je veux dire, ça n'a pas d'allure. Et quand elle est arrivée à la salle d'urgence, je trouvais ça aberrant. Même le médecin a dit, voyons donc, ça n'a pas de bon sens. »*

Cependant, toutes sont d'avis que les mesures de réanimation doivent être utilisées quand le facteur temps est inconnu. Une participante dit : *« c'est mieux de réanimer un patient, et peut-être de vivre avec les conséquences après ».*

De façon générale, c'est en se référant à des valeurs, et plus particulièrement à la qualité de vie, que les participantes abordent les conséquences de l'utilisation des mesures de réanimation.

*« On sait très bien qu'après un infarctus massif ou un quelconque trauma, la personne est très hypothéquée et qu'elle a vraiment besoin du respirateur. Son coeur bat encore, mais là ils vont dire, c'est sûr qu'on va lui donner une chance. Mais s'il y a eu un problème neurologique, tu sais dans quel état elle va revenir... »*

Le souci de bienveillance est également présent dans le discours des infirmières. Ne devrait-on pas se préoccuper d'accompagner le patient à mourir plutôt que de lui infliger de nouvelles souffrances.

*« Ça nous choque, les infirmières. Ça nous choque parce qu'on se dit pourquoi on continue, au lieu d'accompagner le patient dans la fin de sa vie, on s'acharne à prolonger une souffrance. »*

Deux des participantes croient que la crainte de poursuites judiciaires est souvent en cause quand vient le temps de prendre la décision de réanimer le patient. Car, même, lorsqu'il y a un testament biologique, disent-elles, les mesures de réanimation sont utilisées de façon systématique. Dans une salle d'urgence, la décision de réanimation ne relève pas de la responsabilité infirmière. Toutefois, à la lumière des facteurs qu'elles évoquent, il est possible de conclure qu'elles considèrent que les manoeuvres sont souvent utilisées inutilement.

#### **4.4.2.3 Le fonctionnement du système de soins**

Tout comme dans le discours des proches, celui des infirmières contient plusieurs références au système de soins. Toutefois, la perspective est différente. Pour les premiers, les propos soulevés sont en lien avec leurs attentes alors que les infirmières mettent l'accent sur leur propre rôle à l'intérieur de l'équipe de réanimation, celui des autres membres et enfin sur les difficultés éprouvées. Il importe de rappeler que le milieu où travaillent les infirmières qui participent à cette recherche est un centre de petite taille. D'ailleurs, une des infirmières qui a auparavant travaillé dans la salle d'urgence d'un établissement métropolitain remarque des différences importantes de fonctionnement. Dans ce type de milieu, les équipes sont prédéterminées, chaque personne ayant la responsabilité d'une fonction particulière, alors que dans ce milieu-ci, ce sont les personnes en place *« qui deviennent l'équipe de réanimation »*.

#### 4.4.2.3.1 Le rôle de l'infirmière

Le rôle de l'infirmière à l'intérieur de l'équipe de réanimation comprend deux dimensions, soit les fonctions associées au protocole de réanimation et celles qui concernent l'accompagnement du patient et de ses proches. Ces deux aspects sont relevés par toutes les participantes. Par rapport au protocole de réanimation, l'infirmière initie souvent les manoeuvres, mais dès l'arrivée du médecin, celui-ci en assume la responsabilité. Alors qu'une infirmière met l'accent sur l'initiation des manoeuvres, une autre insiste davantage sur l'assistance fournie au médecin. Ainsi, la première personne décrit son rôle en se référant à l'initiation du protocole :

*« Moi, je dirais qu'on a à suivre le protocole établi, (...) Je vais vérifier les voies respiratoires, c'est la première chose que je vais faire. Si la personne respire. Si elle ne respire pas, je vais faire les choses qu'il faut, administrer l'oxygène ou dégager un corps étranger. Je vais le faire. Je n'attendrai pas que le médecin arrive pour faire ça ».*

*Nous, on est les auxiliaires. On prépare le sérum, les médicaments, tout ça ».* Pareille affirmation est congruente avec celle qui suit : *« ... notre opinion ne pèse pas fort dans la balance ».* Par contre, une autre suggère que par l'entremise des questions posées au médecin qui dirige les manoeuvres, il y a moyen d'avoir un rôle plus actif dans les décisions reliées à la mise en oeuvre du protocole et plus particulièrement à la cessation des manoeuvres.

L'accompagnement de la personne et de ses proches est un aspect auquel les infirmières accordent une importance de premier rang.

*« On peut montrer qu'on est là, qu'on comprend, s'ils ont besoin de quelqu'un. On peut prendre le temps de s'asseoir..... leur faire sentir qu'on sympathise avec eux ».*

De même, « *l'infirmière est comme l'intermédiaire entre la famille et le médecin* ». L'infirmière qui est en relation avec la famille est en mesure de rapporter au médecin des informations qui peuvent lui être utiles, à savoir des informations sur l'état de santé antérieur du patient. Toutefois, elles déplorent que des ressources pour le soutien à la famille durant les manoeuvres ne soient pas toujours disponibles.. Il faudrait nous dit-on, qu'une des infirmières puisse « *s'asseoir avec la famille* ». Le membre de la famille qui accompagne le patient est d'une certaine façon laissé à lui-même pendant que le patient est, de toute urgence, transporté dans la salle de réanimation. Cela peut s'avérer troublant, d'où l'importance de lui expliquer ce qui se passe. Une infirmière précise :

*« Quand je fais des réanimations, de plus en plus, à un moment donné, je me fais un devoir de demander s'il y a quelqu'un qui peut aller voir la famille ».*

Habituellement, la personne chargée de fournir du soutien à la famille ne fait pas partie de l'équipe chargée des manoeuvres. Cela fait partie du partage des tâches. Pourtant, une des infirmières qui participe à cette étude dit que dans ces situations, elle n'a jamais eu l'occasion d'être en contact avec la famille. D'ailleurs, en soirée ou durant la nuit, lorsqu'il y a moins de personnel, il se peut qu'il n'y ait personne pour prendre soin de la famille.

Deux des infirmières mentionnent également que c'est à elles qu'incombe la responsabilité de faire en sorte que les membres de la famille qui sont présents puissent se recueillir auprès de la personne décédée. Dans un premier temps, il faut s'assurer de la dignité la personne décédée. De plus, comme cela se fait généralement dans la salle de réanimation, celle-ci doit être débarrassée de l'encombrement associée aux manoeuvres de réanimation.

Tout mettre en oeuvre pour sauver la vie d'un patient et, en cas d'échec, offrir du soutien aux personnes qui viennent de perdre un des leurs sont des préoccupations qui traduisent l'idéal du système de soins. D'après les infirmières qui participent à cette recherche, la pratique infirmière dans une salle de réanimation intègre l'une et l'autre de ces préoccupations.

#### 4.4.2.3.2 Le rôle des autres intervenants

Lorsqu'elles décrivent ce que représente l'utilisation des manoeuvres de réanimation, les infirmières se rapportent fréquemment aux autres personnes avec qui elles sont appelées à collaborer. Les personnes habituellement citées sont le médecin, la coordonnatrice des soins, l'aumônier et les ambulanciers.

Comme indiqué plus tôt, le médecin est considéré comme la personne étant en charge de l'équipe de réanimation. En plus d'examiner le patient, il prescrit les médicaments, intube le patient et prend la décision de mettre fin aux mesures de réanimation lorsque celles-ci ne donnent pas les résultats escomptés. C'est lui qui fait le constat du décès. Il est intéressant de noter que les participantes ont des perceptions différentes du rôle du médecin. Alors qu'une infirmière considère qu'il « dirige la réanimation », une autre dit plutôt « il est là pour faire les manoeuvres ». Tout en reconnaissant le leadership du médecin, deux des infirmières mettent l'accent sur la collaboration et la nécessité de se partager les tâches où tous ont un rôle à jouer à l'intérieur d'une équipe.

*« Ce qu'on fait maintenant, aujourd'hui, c'est qu'on se divise les tâches. On dit, bon, moi je reste à la tête, toi tu t'occupes des intraveineuses, toi tu t'occupes de la ventilation, ou de mettre les électrodes. On s'assigne des tâches. »*

La communication avec la famille fait partie des responsabilités partagées. Alors qu'une infirmière dit : « *Les médecins, souvent, vont rencontrer la famille après que l'infirmière s'en soit occupé* », une autre dit plutôt, qu'il arrive que le médecin demeure auprès de la famille en « *attendant que nous les infirmières puissions nous libérer pour aider* ». Dans cette étude, les infirmières considèrent que le rôle du médecin va bien au-delà des mesures de réanimation. À cet effet, une d'entre elles précise comment le médecin est appelé à accompagner la souffrance des proches.

*« J'espère qu'il y a un médecin, aussi, dans l'équipe, parce que le médecin aussi joue un rôle primordial dans la façon de gérer la douleur. Qu'elle soit physique, morale ou autre. Je pense que c'est le rôle aussi du médecin d'accompagner la famille dans le deuil. »*

Toutefois, lorsqu'elles donnent des exemples du type de communication qui relève du médecin, elles citent la recherche d'informations en vue de connaître les antécédents médicaux du patient : « *il va voir la famille pour savoir ce qui c'est passé* », ou encore, pour les consulter quand vient le temps de décider de l'arrêt ou de la poursuite des mesures de réanimation. Comme pour les infirmières, le temps que le médecin accorde à la famille dépend en grande partie des ressources qui sont en place. Comme l'indique l'une des participantes, quand la vie de patient est en cause, le médecin se concentre d'abord sur les manoeuvres de réanimation.

La coordonnatrice des soins est mentionnée par deux des participantes. Il semble que le rôle de celle-ci varie en fonction du quart de travail. De jour, lorsqu'il y a davantage de personnes, elle va plutôt se préoccuper de la famille alors que de soir ou de nuit alors que le personnel est moins nombreux, elle devient un membre à part entière de l'équipe de

réanimation. De façon générale, elle est perçue comme « *quelqu'un qui vient nous aider* ». Deux des infirmières citent également la contribution de l'aumônier. La personne qui occupe cette fonction à l'intérieur de l'établissement est perçue comme quelqu'un à qui les infirmières font appel pour offrir du soutien à la famille tant durant les mesures de réanimation qu'après.

Pour les infirmières qui participent à cette étude, les ambulanciers qui transportent le patient à l'hôpital ont un rôle de premier plan puisque ce sont eux qui initient les manoeuvres de réanimation et qui les appliquent jusqu'à ce que le patient soit pris en charge par l'équipe de réanimation de l'hôpital. Ils détiennent donc une part importante de l'information que requiert le médecin pour décider des actions à entreprendre pour ce patient.

Les propos des infirmières sont à l'effet que l'utilisation des manoeuvres de réanimation requiert la concertation de tous les intervenants concernés. De même, le soutien à la famille fait certainement partie des préoccupations de tous. Toutefois, si les buts visés sont clairs, cela ne signifie pas pour autant que l'accomplissement des tâches qui découlent des rôles de chacun se fasse sans difficultés. Cet aspect fait l'objet de la sous-section suivante.

#### **4.4.2.3.3 Les difficultés relevées**

Par définition, le travail en salle d'urgence comporte une part importante d'imprévu. Il n'en demeure pas moins que même si ce type de milieu est jugé stimulant par les personnes qui choisissent d'y travailler, la mort est une réalité qui confronte régulièrement les

personnes qui font partie d'une équipe de réanimation cardiorespiratoire : *« Quand on fait un code, ici c'est 99, on sait que c'est quelqu'un qui est entre la vie et la mort, ou qui est probablement plus près de la mort que de la vie »*. Cela a pour effet d'entraîner un certain nombre de difficultés dont le stress qui entoure ce type de travail, le sentiment d'impuissance face à l'échec des mesures, l'accompagnement du deuil des personnes avec qui l'infirmière est portée à s'identifier et le non-respect des volontés du patient.

L'annonce d'un code, nous dit-on, génère un certain degré d'anxiété qui est relié à la peur de ne pas pouvoir anticiper sur la suite des événements. C'est du moins ce qu'affirme trois des infirmières :

*« On sent l'adrénaline monter, hein ? »*  
*« Moi, je me sens les nerfs à fleur de peau. Très aux aguets, prête à toute éventualité. »*  
*« Quand ils nous annoncent un code, ma première réaction c'est une boule. Donc c'est vraiment quelque chose qui me touche personnellement, comme infirmière. »*

Par contre, une quatrième dit réagir de façon différente :

*« Moi, je ne sais pas pourquoi, mais c'est dans des circonstances comme ça que je conserve mon plus grand calme. Je suis très très calme, à ce moment-là. C'est très difficile pour moi d'être éparpillée. Je ne panique pas. Je me suis rendu compte que lorsqu'un code est appelé, j'ai tendance à faire exactement le contraire. À conserver mon calme. »*

Toutefois, comme indiqué plus tôt, au fur et à mesure que s'acquiert la compétence en matière de réanimation cardiorespiratoire, la maîtrise des émotions est subordonnée aux enjeux de la situation : *« (...) on a un masque quand on est là. On est froid, on ne doit pas montrer nos sentiments. (...) On essaie de remettre la vie, de remettre quelqu'un en vie »*.

Même, si elles tentent de mettre une distance entre elle et la personne, il n'en demeure pas moins que l'échec est souvent difficile à supporter. La perte d'un patient, pour toutes les participantes, est un événement bouleversant qui se répercute dans l'ambiance de travail : *« C'est lourd, et pour le reste de la période de travail personne ne parle et on est tous un peu (...) »*. Cela est d'autant plus difficile à supporter lorsque la personne qui décède est un enfant. Cela prend *« quelques jours à assimiler »*, nous dit-on. La perte d'un patient entraîne, entre autres, un sentiment d'impuissance : *« On a essayé de le réanimer, on n'a pas pu. La personne est morte. (...) Tu te sens impuissante »*.

La situation devient encore plus difficile lorsque les infirmières s'identifient aux proches.

Deux d'entre elles précisent :

*« Donc on savait aussi la douleur que les parents avaient face à ça, et ce n'est pas sans nous émouvoir personnellement. »*

*« Je sentais, indirectement, ce qu'ils vivaient. (...) C'était tellement profond. Et c'est parce qu'aussi, je pouvais peut-être m'identifier avec cette personne-là, étant donné que ses enfants avaient le même âge, le mari le même âge. »*

Accompagner la famille dans pareilles circonstances devient des plus difficiles. Il est alors mieux, ajoute une infirmière, de *« garder ton sang froid parce que tu dois les soutenir »*. Il faudrait sans doute s'interroger sur le sens accordé à la notion de *« sang froid »*. Si effectivement une identification trop marquée peut nuire au processus d'accompagnement, la présence à l'émotion d'autrui est souhaitable, ce que fait cette infirmière qui dit : *« on est toujours triste quand on sait que les membres de la famille sont tristes »*.

Une seule infirmière parmi les quatre soulève la question du non-respect de la volonté de la personne que l'on souhaite ranimer. Elle accepte difficilement que des actions qui vont

à l'encontre de ce que la personne a exprimé soient entreprises. Toutefois, de façon générale, il semble que le problème est davantage à l'effet de ne pas savoir ce que souhaiterait la personne qui est amenée dans la salle de réanimation.

Dans la sous-section qui suit, les mesures que prennent les infirmières pour faire face aux difficultés relevées sont explorées.

Une infirmière parmi les quatre exprime la bienfaisance en disant que les gestes posés pendant les mesures de réanimation peuvent avoir des conséquences graves. Elle dit : *« la personne reste avec des séquelles »*. Malgré le fait que les autres infirmières n'ont pas utilisé ces mêmes mots, leurs propos suggèrent qu'elles partagent ce point de vue.

Toutes les infirmières ont soulevé des difficultés en ce qui concerne les mesures de réanimation. Avec ces difficultés revient le besoin de se calmer, de vider la tension qui relève de l'expérience même. Les façons que les infirmières participantes perçoivent cela est présenté dans la section suivante.

#### **4.4.2.3.4 La gestion du stress**

Toutes les infirmières interviewées sont conscientes du stress engendré par les difficultés qui font partie de leur quotidien. Car pour faire face à une réalité qui inclut participer à des manoeuvres qui ne donnent pas souvent les résultats escomptés, accompagner des familles qui viennent de perdre un proche de façon habituellement subite et avoir à affronter leurs propres sentiments vis-à-vis de la mort, ces infirmières reconnaissent qu'elles doivent se donner des moyens pour réduire l'anxiété inhérente à la nature de leur travail.

Pour une des participantes, les relations interpersonnelles à l'intérieur de l'équipe s'avèrent indispensables comme source de soutien. L'esprit d'équipe fait toute la différence.

*« Pas de soutien, on ne peut pas travailler. Les meilleures infirmières peuvent faire un très mauvais travail s'il n'y a pas de soutien. Il faut se soutenir les uns les autres.... Pour qu'une journée de travail se fasse dans les délais, que les patients se fassent soigner agréablement, de façon satisfaisante, et que tout soit bien fait professionnellement, autant par la qualité que la quantité des soins, il faut que chacun y mette sa participation. Et il faut que chacun se soutienne. »*

Cette participante dit avoir eu l'occasion de travailler dans une salle de réanimation où il y avait beaucoup d'entraide entre les différentes personnes et où chacun se sentait respecté. Ce type de climat, précise-t-elle, favorise le développement de l'expertise professionnelle et de l'estime de soi.

Les trois autres participantes insistent également sur l'importance de se donner des moyens pour faire face aux difficultés que suscitent le travail dans une salle de réanimation. Toutefois, ceux-ci sont davantage en lien avec la verbalisation des émotions, le besoin de se détacher de la situation et le besoin de se distraire.

La verbalisation des émotions est l'aspect le plus souvent mentionné. *« C'est des choses que tu as besoin de verbaliser. ... [sinon] tu vas te coucher et tu restes avec »*. Il semble que ce soit très important de pouvoir trouver quelqu'un avec qui il est possible de parler de ce qui se vit durant ces moments de tension. Ce quelqu'un, c'est le personnel soignant, ou encore, des amis ou des membres de leur famille. *« Le fait d'en jaser avec quelqu'un, ça fait du bien. Ça enlève déjà du stress »*. À cet effet, l'une d'entre elles remarque que le fait de prendre le temps d'en parler peut remonter le morale de l'équipe.

*« J'ai remarqué que quand on s'arrête et qu'on parle, on dirait que c'est moins pire. Moins pire pour nous autres et ça, je pense que c'est tout à fait normal. »*

Toutefois, il semble qu'il n'est pas toujours facile de pouvoir en parler, soit parce qu'il est difficile de trouver les personnes qui veulent écouter ou encore parce que les circonstances ne s'y prêtent pas toujours. Par exemple, si deux d'entre elles disent en parler avec des membres de leur famille, une autre remarque que cela ne lui est pas possible. *« C'était difficile, parce qu'avec ma famille, on ne me le permettait pas »*. De même, en milieu de travail, il n'est pas nécessairement facile de trouver le moment opportun.

*« Sur le moment, c'est rare que tu peux en parler, parce qu'on dirait que tout le monde se recroqueville sur soi-même et tout le monde garde ses émotions.... On dirait qu'on doit montrer qu'on est forte et que ça nous a rien fait. Puis, c'est pas ça. »*

Par rapport à la prise de conscience de ses émotions, une infirmière ajoute qu'il lui est important de toucher le corps de la personne décédée. Cela, dit-elle, la sécurise.

Selon deux des infirmières, elles doivent aussi apprendre à se protéger pour être en mesure de fonctionner adéquatement dans un milieu semblable. Il leur faut donc, disent-elles, établir une distance au niveau émotionnel. *« (...) À un moment donné, je pense qu'on se détache, on est obligé »*. Une d'entre elles utilise l'image d'un « mur » pour qualifier le fait qu'elle sent le besoin de se couper de ses émotions durant la période de réanimation : *« ... tu es empathique, mais tu n'as pas vraiment de feeling »*. Cela lui aide, dit-elle, à supporter la peine autour d'elle.

Une seule participante soulève le fait que le besoin de se distraire est une façon pour elle de gérer son stress. Au travail, elle explique que le passage à des tâches plus routinières est aidant. *« Et pour passer au dessus de ça, on va continuer notre travail de routine »*. De

retour à la maison, si elle se sent toujours habitée par l'expérience de réanimation, elle va courir. L'exercice physique lui permet alors de passer à autre chose.

Étant donné qu'une partie importante des difficultés encourues sont en lien avec la mort, la perspective qu'ont les infirmières de cet événement est présentée dans la section qui suit.

#### **4.4.3 Le regard sur la mort**

Pour les infirmières qui participent à cette recherche, discuter de ce qui entoure l'expérience de réanimation cardiorespiratoire soulève des réflexions sur la mort, soit la signification de celle-ci et l'intérêt des directives de fin de vie.

##### **4.4.3.1 La signification de la mort**

De façon générale, les propos des infirmières par rapport à la signification de la mort sont plutôt semblables, c'est-à-dire qu'elles la perçoivent comme étant un événement « normal » et un passage. La mort, nous disent-elles est « *une éventualité de la vie pour tout le monde* », « *une transition normale* » ou « *tout simplement la transition d'un endroit à un autre* ». Une d'entre elles ajoute que, dans certains cas, soit lorsque la souffrance est devenue trop intense, la mort devient « *une délivrance* ». Ces infirmières considèrent qu'il faut tout faire pour sauver la personne, mais à l'intérieur de certaines limites. À cet effet, l'une d'entre elles affirme : « *On dirait que les gens ont oublié que la mort est un phénomène normal de vie* ». Ces infirmières acceptent difficilement la poursuite des manoeuvres lorsque le patient n'a plus de signes de vie. Ce qui amène une des infirmières à dire : « *J'ai de la misère quand on s'acharne. Quand la personne est décédée, elle est décédée* ». Une participante qui a eu l'occasion de travailler dans une autre partie du globe soutient que le

contact avec des gens qui semblent accepter la mort plus que ne le fait la société nord-américaine a modifié sa vision de la mort.

*« (...) j'ai dû apprendre à accepter la mort quand elle vient. À accepter mes défaites, aussi. Que certains traitements que je donne ne fonctionnent pas. »*

Outre le caractère inévitable de la mort, les infirmières font également état des réactions que suscite la mort. Deux d'entre elles, en particulier, signalent que la mort est un sujet dont on n'aime pas parler, parce que cela fait peur. Une autre considère que la mort est une réalité qu'il faut examiner bien avant que celle-ci se présente. *« C'est important que chaque individu n'attende pas la maladie pour dire, c'est quoi la mort pour moi ? »*. Parmi les participantes, une seule soulève la possibilité d'une autre forme de vie après la mort :

*« Est-ce que la mort, c'est la fin de toute chose ? Ou est-ce que la mort c'est la transition entre une vie terrestre et une vie céleste ? Est-ce qu'il y a une réincarnation ? »*

Le questionnement qui entoure la mort nous amène à penser à notre propre mort. Les propos des infirmières participantes sur les directives de fin de vie sont présentés dans la section qui suit.

#### **4.4.3.2 Les directives de fin de vie**

Les quatre infirmières participantes sont toutes d'avis pour dire que c'est à chacun que reviennent les décisions au sujet de ce qui doit être fait en fin de vie. Toutefois, lorsque vient le temps de décider soit de réanimer, soit de ne pas réanimer, la personne concernée n'est plus apte à le faire. Le respect de la volonté de la personne est donc une préoccupation pour ces infirmières, d'où leur intérêt pour les directives de fin de vie, c'est-à-dire des indications consignées alors que la personne est lucide quant à ce qu'elle souhaite ou ne souhaite pas

pour elle-même en matière de traitement en fin de vie, si jamais survenait un événement qui la rendrait inapte à prendre ce type de décisions. Tout en étant d'accord pour le respect de la volonté du patient, une infirmière fait état des risques de prendre à la lettre les directives de fin de vie d'une personne. Par exemple, dit-elle, il se peut que la personne ait indiqué qu'elle ne voulait pas avoir de respirateur de crainte d'être maintenue dans un état végétatif.

*« Parce qu'il y a des choses dans un testament biologique qui disent, je ne veux pas de respirateur, je ne veux pas ci, je ne veux pas ça. Et souvent, le patient peut aller sous respirateur juste pour lui donner un répit. Et ensuite, il peut quand même avoir une vie... »*

D'après elle, il importe que ces directives soient mises en perspective par rapport au but visé. À l'origine, précise-t-elle, le « *testament biologique a été fait pour éviter l'acharnement thérapeutique* ».

D'ailleurs, en vue de bien s'assurer que la personne comprend les implications des directives consignées, deux des infirmières sont d'avis que ce document doit être rédigé sinon révisé avec le médecin. L'importance d'une décision éclairée est soulignée. Indépendamment du document écrit, les quatre infirmières participantes affirment que le contenu de ces directives doit être connu des proches, parents et amis. Même s'il est de plus en plus question de directives de fin de vie, il s'avère que les infirmières qui participent à cette recherche voient rarement des personnes qui ont rédigé leurs directives de fin de vie. De plus, selon deux des participantes, dans les quelques situations où les volontés de la personne sont indiquées à l'intérieur d'un texte, celles-ci ne sont pas nécessairement suivies. Cela peut s'expliquer, nous dit-on, par le fait que le document n'a pas de portée légale. Par contre, même si ces infirmières étaient toutes d'accord pour dire que la pratique des

directives de fin de vie devait être généralisée, aucune avait jugé opportun de le faire pour elle-même. Deux d'entre elles ont toutefois discuté avec des proches de ce qu'elles souhaitaient comme traitement en fin de vie. Une autre « *croyait* » que sa mère était au courant de ses volontés.

Ainsi prend fin la présentation des résultats de la recherche. La discussion des enjeux qui découlent de ceux-ci est abordée dans le chapitre suivant.

## **CHAPITRE V : LA DISCUSSION**

Le but de cette recherche est de dégager le sens de l'expérience vécue par les personnes concernées (les proches du patient et les infirmières) lorsque les mesures de réanimation cardiorespiratoire ne donnent pas les résultats escomptés. Nous voulons mettre en lien le sens accordé à l'expérience vécue par les uns et les autres. Les implications cliniques de la recherche et les avenues possibles pour de nouvelles études sont également abordées à l'intérieur de ce chapitre.

### **5.1 La signification de l'utilisation des mesures de réanimation pour les proches**

Les propos des proches qui ont participé à cette étude nous amènent à réaliser que ceux-ci sont d'abord concernés par la perte d'une personne qui leur est chère. Les préoccupations concernant l'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire sont secondaires. Les points suivants nous permettent de préciser la portée de cette constatation :

- la signification de la perte de l'être cher,
- les attentes non comblées.

#### **5.1.1 La signification de la perte de l'être cher**

Tous les proches considèrent que, dans notre société, l'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire font partie des soins habituels. C'est d'ailleurs l'usage d'avoir recours au 911 dans une situation d'urgence. Toutefois, lorsque vient le temps de se prononcer sur la pertinence de ces mesures dans leur situation particulière, les opinions

sont partagées. Certaines valeurs sont sous-jacentes à leurs opinions, notamment la qualité de vie et la bienveillance vis-à-vis de l'être cher. Des sentiments de peur et de culpabilité peuvent aussi être en cause. Kübler-Ross (1972) constate que la peur de la mort est universelle, et qu'elle évoque des réactions émotionnelles différentes d'une personne à l'autre. Scofield (1991) observe que ne pouvant éloigner la mort, notre seul recours est de prendre des décisions concernant le refus ou l'interruption des mesures de réanimation. Schneiderman (1979), pour sa part, observe que la mort est la seule constante que nous avons dans la vie et, à l'instar de Kübler-Ross, il pense que les gens ont des réactions très personnelles face à cette expérience. Cela semble être le cas pour les personnes qui ont participé à cette recherche.

Tous les proches sont touchés par la mort de l'être cher, toutefois, il n'y en a qu'un seul qui pense que la prolongation des mesures de réanimation aurait pu finalement aboutir aux résultats escomptés. D'ailleurs, son sentiment de perte est tel qu'il perçoit négativement tout effort pour le reconforter. Pour cette personne qui est le plus jeune des participants, la mort est inacceptable. Il faut la combattre à tout prix. Un deuxième participant éprouve quant à lui un bouleversement très profond. Le fait de ne pas avoir anticipé l'événement semble être en cause. Les deux autres personnes semblent accepter la mort de l'être cher plus facilement. Ces deux personnes semblent en mesure de se projeter dans l'avenir et de se questionner sur la qualité de vie de la personne décédée si elle avait survécu. Une de ces personnes a beaucoup insisté sur l'importance des directives de fin de vie. De son point de vue, cette pratique devrait être plus répandue. La connaissance des volontés de la personne qui décède est un facteur qui semble

déterminant. Ce sont ces mêmes personnes qui remettent en cause l'utilisation des mesures dans leur situation particulière. Cela est d'autant plus intéressant que l'une de ces personnes a elle-même initié les mesures de réanimation pour son père. Le fait d'être une infirmière retraitée explique peut-être sa réaction, c'est-à-dire qu'il s'agirait d'une action spontanée de la part d'une soignante qui se retrouve en situation d'urgence.

Ainsi pour les proches, l'expérience de la mort d'un proche est à l'avant-scène. La nature des rapports avec la personne décédée influe sur les réactions de chacun, mais le rapport avec la mort, soit pour soi, soit pour autrui semble également déterminant. Dans les circonstances où la mort est jugée inévitable, les mesures de réanimation sont alors jugées inutiles.

### **5.1.2 Les attentes non comblées**

L'analyse des propos des proches nous amène à constater que même si ceux-ci ne sont pas considérés comme étant des patients proprement dits, ils ont très certainement un besoin de soutien de la part du personnel infirmier et médical. D'une certaine façon, à leur tour, ils deviennent des soignés. En dépit d'un discours très répandu qui insiste sur l'importance d'avoir un regard qui inclut la famille, il s'avère que chacun a éprouvé un besoin qui n'a pas été comblé par le système de soins. Quelques-unes des attentes non comblées peuvent paraître banales aux yeux des personnes concernées par le rétablissement des fonctions cardiorespiratoires, mais face à la perte d'un être cher, celles-ci deviennent des préoccupations majeures pour le proche. Encore une fois, chacun a sa propre histoire.

Prenons le cas du jeune homme : le fait que sa grand-mère soit déclarée morte avant son arrivée, c'est-à-dire qu'on ait mis fin aux mesures de réanimation avant qu'il puisse la voir vivante encore une fois colore l'image qu'il a de son expérience. La mort de sa grand-mère suscite une grande peine mais aussi un sentiment d'impuissance qui mène vers la colère. Il exprime celle-ci en reprochant aux instances médicales d'avoir omis de le consulter avant de mettre fin aux mesures de réanimation. D'aucuns pourraient suggérer que, de toute façon, un petit-fils n'est pas la personne qu'il faut consulter. Mais le message du jeune homme est tout autre, soit le besoin d'apprivoiser la perte d'un être cher. Eut-il vu sa grand-mère branchée à toute la panoplie d'instruments requise pour la maintenir en vie, il n'est pas inconcevable que sa réaction ait été différente. Il y a un lien entre la réaction de ce jeune homme et celui de cette autre personne qui lui aussi arrive à la salle d'urgence alors que son père est déjà décédé. Sa soeur étant présente, l'information a été donnée à cette dernière. Toutefois, ce deuxième proche aurait souhaité s'entretenir avec le médecin et que ce dernier prenne le temps de lui parler du vécu de son père dans ses derniers moments de vie. Le fait que cela lui soit nié lorsqu'il va chercher le certificat de décès à son bureau soulève des sentiments de colère. À ses yeux, la seule préoccupation du médecin est d'obtenir le montant qui couvre les frais administratifs, somme qu'il trouve d'ailleurs injustifiée. Son impression est alors que l'aspect mercantile prime sur la compassion qu'il aurait voulu qu'on lui témoigne. Pour ces deux personnes, l'attente non comblée pourrait être associée au fait qu'ils n'ont pas le temps de se faire à l'idée que la personne qui leur est chère est soudainement décédée, et cela, même si l'état de santé de celle-ci était déjà précaire.

Les deux autres personnes étant présentes au moment où se prend la décision de mettre fin aux mesures de réanimation, la réaction est différente. Vu l'histoire de santé de la personne chère, ces deux proches considèrent que l'utilisation des mesures de réanimation n'est pas justifiée. Ces personnes questionnent les fondements même du système de santé dans lequel un appel d'urgence équivaut à une intervention automatique des mesures de réanimation. Elles sont au courant que les ambulanciers sont obligés d'intervenir, car ils ne sont pas des médecins, mais elles sont d'avis que ce processus doit être révisé. Deux autres aspects les distinguent. Premièrement, elles ont davantage réfléchi à leur propre mort. Elles ont énoncé clairement ce qu'elles souhaitent comme conditions de fin de vie. Deuxièmement, elles semblent davantage au courant des volontés de la personne décédée, ce qui est primordial à leurs yeux. D'ailleurs, pour l'une d'entre elles cela devient un motif de désarroi. Ainsi, elle accepte difficilement le fait que personne n'a pensé à s'enquérir des volontés de sa belle-mère en ce qui concerne les dons d'organes. Son mécontentement est dirigé non seulement envers elle-même, mais aussi envers le personnel qui, selon elle, a la responsabilité de rappeler aux proches la possibilité de faire un don d'organes. Elle insiste beaucoup pour dire, c'est ce que sa belle-mère aurait voulu.

Le principe d'autonomie est habituellement le motif évoqué pour justifier la participation de la famille à la prise de décision. Les résultats de cette étude suggèrent que la bienveillance vis-à-vis de ces familles est un principe également important. Car la participation à la prise de décision procure avant tout l'espace d'un dialogue qui semble faciliter l'acceptation de la mort d'une personne qui nous est chère. Tout comme les

personnes qui requièrent des soins de réanimation, il nous faut considérer les besoins de celles qui les accompagnent. Pour les soignants, les proches deviennent alors des soignés.

## **5.2 La signification de l'utilisation des mesures de réanimation pour les infirmières**

Dans cette étude, les propos des infirmières participantes indiquent qu'elles font une distinction entre l'initiation des mesures de réanimation cardiorespiratoires et la prolongation de celles-ci. Ainsi, quand un patient qui ne respire plus par lui-même est amené à l'urgence, elles considèrent que ces mesures font partie des soins usuels. Toutefois, quant à la prolongation de ces mesures, elles sont d'avis que chaque situation est unique et que, dans bien des cas, le bien-être du patient exige l'interruption de ces mesures. Il s'avère que les valeurs de ces soignantes influent sur leurs perceptions de chacune des situations et, de ce fait, sur leur façon d'agir. Dans cette optique, les points mis de l'avant pour discuter de la signification qu'accordent les infirmières aux mesures de réanimation sont :

- une lutte pour la survie de la personne associée à un souci pour les proches,
- l'autonomie du patient et la qualité de vie : deux valeurs qui sous-tendent le discours des infirmières et
- l'impact des exigences du travail en salle de réanimation.

### **5.2.1 Une lutte pour la survie de la personne associée à un souci pour les proches**

Pour les infirmières qui participent à la recherche, le recours aux mesures de réanimation cardiorespiratoire représente d'abord une lutte pour la survie de la personne. Cette lutte s'inscrit à la fois dans le temps et dans une dynamique de travail en équipe. À partir du moment où la personne entre dans la salle de réanimation, le spectre de la mort est présent

et tous, indépendamment de leur rôle, se rassemblent autour d'un même but : prolonger la vie de cette personne. À cet effet, des routines bien établies permettent à chacun d'agir avec efficacité. Ce n'est qu'après que les manoeuvres sont initiées et que la ventilation artificielle est en place que les participantes commencent à s'interroger sur le bien-fondé des mesures de réanimation et plus particulièrement sur les conséquences ultérieures.

Tout en assumant le rôle technique qu'exige l'utilisation des manoeuvres de réanimation, les infirmières qui participent à cette recherche sont également très conscientes du désarroi des proches qui, dans une salle d'attente ou une petite salle mise à leur disposition, attendent le résultat des interventions de réanimation. Cette préoccupation pour les proches s'explique par le fait que, de plus en plus, les soins infirmiers mettent l'accent sur une approche qui inclut la famille de la personne soignée. Il se peut également que la double préoccupation des participantes, soit la lutte pour la survie du patient et un souci pour les besoins des proches, est due au fait que travaillant dans un milieu de petite taille, elles sont appelées à être polyvalentes. Ayant à exercer tantôt à l'intérieur de la salle de réanimation, tantôt à l'extérieur, elles sont donc davantage sensibles aux besoins des proches.

### **5.2.2 L'autonomie du patient et la qualité de vie : deux valeurs qui sous-tendent le discours des infirmières**

Les résultats de cette étude sont concordants avec celle de Pups, Weyker et Rodgers (1997) qui démontrent que les réactions des infirmières sont variées et qu'elles sont étroitement liées à leurs valeurs et à leurs expériences personnelles. Dans cette étude particulière, il s'avère que le nombre de réanimations qui ne donnent pas les résultats

escomptés est très élevé. Selon leur dires, l'état de santé de quelques-unes de ces personnes est parfois très critique. Cela influe très certainement sur la perspective des infirmières qui participent à cette étude. Ainsi, de façon générale, les valeurs qui émergent plus particulièrement du discours des infirmières sont l'autonomie du patient et sa qualité de vie. Les questions qui découlent de ces valeurs sont : « Est-ce bien cela que le patient aurait souhaité ? » et « Réanimer, oui, mais pour quel type de vie ? ».

Ainsi, toutes sont concernées par le fait qu'une utilisation routinière des mesures de réanimation ne tient pas nécessairement compte des volontés du patient. Un appel 911 déclenche un processus qui laisse peu de place pour ce type d'interrogations. De même, elles sont conscientes qu'à partir du moment où un patient qui est en arrêt respiratoire arrive à l'urgence, il faut passer à l'action puisque le temps est un élément crucial. Les proches pourraient sans doute renseigner l'équipe de réanimation quant aux volontés de fin de vie de la personne, mais ceux-ci sont généralement tenus à l'écart lorsque les mesures de réanimation sont initiées. D'ailleurs, trois d'entre elles considèrent que la présence de la famille peut non seulement nuire au malade, mais peut aussi avoir des incidences négatives sur les membres de la famille. À cet effet, il est intéressant de noter que d'après l'étude de Van der Woning (1997), le fait d'assister à la réanimation n'a pas trop d'effets néfastes sur la famille, du moins à court terme.

Les infirmières qui participent à cette étude sont également concernées par les conséquences de la réanimation sur la qualité de vie de ces personnes. Ce concept étant des plus subjectifs, chacun le définit à partir de sa propre histoire (St-Cyr, 1997). Le contexte d'une salle de réanimation se prête donc difficilement à l'exploration des enjeux permettant

de découvrir ce que pourrait signifier la notion de qualité de vie pour cette personne. De plus, ces infirmières s'interrogent toutes sur la valeur qu'accordent les patients aux quelques jours de sursis qui, à l'occasion, résultent des mesures de réanimation. Elles demeurent néanmoins d'avis que chaque cas est unique et qu'il faudrait que la décision de réanimatie d'abord compte de la volonté de la personne. Toutefois, l'absence de données claires à cet effet fait partie des conditions qui sous-tendent le climat de travail de ces infirmières.

### **5.2.3 L'impact des exigences du travail en salle de réanimation**

Les infirmières qui participent à cette recherche affirment lutter pour la survie de leurs patients mais leurs propos indiquent que, dans le contexte de leur expérience, les mesures de réanimation ne donnent pas souvent les résultats espérés. Il s'ensuit que la mort est une réalité qui les confronte régulièrement. Elles ne s'y habituent pas pour autant. Même si, comme relevé dans le chapitre précédent, chacune a sa façon de gérer son stress, il demeure qu'après s'être occupée de la personne décédée et de sa famille, dans ce milieu particulier, les infirmières passent à une autre tâche, sans avoir eu le temps d'intégrer leur propre sentiment de perte. Il en résulte une forme de stress qui parfois perdure jusqu'au lendemain. Chaque personne est donc laissée à elle-même. La possibilité de verbaliser dépend en grande partie de la capacité d'écoute des personnes dans leur entourage. Aussi faut-il se demander s'il n'y a pas lieu d'offrir aux personnes qui travaillent en réanimation des services en vue de répondre à leurs besoins comme soignants.

L'harmonie à l'intérieur de l'équipe de réanimation semble également un facteur des plus importants. Car dans un climat où la promptitude dans l'exécution des gestes est

cruciale, un climat de confiance est nécessaire. D'ailleurs, lorsqu'elles décrivent le déroulement d'une expérience de réanimation, les infirmières qui participent à cette recherche font non seulement état de son caractère fébrile mais aussi des rapports entre les personnes qui forment l'équipe de réanimation. Une expérience est jugée positive à partir du climat de collaboration. L'entraide et la confiance semblent être les caractéristiques qui permettent tant aux infirmières qu'aux autres membres de l'équipe d'assumer leurs responsabilités dans un contexte aussi contraignant.

### **5.3 La mise en relation de la signification des mesures de réanimation pour les proches et pour les infirmières**

Ayant fait valoir la double perspective qui émerge des propos des proches et des infirmières qui participent à cette recherche, nous proposons de mettre en relation les éléments qui précisent le sens que chaque groupe accorde à l'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire. Les éléments pouvant servir de repères pour cette mise en relation sont présentés dans le tableau VII, soit la réaction à l'événement déclencheur et la réaction à la mort.

Dans la situation qui fait l'objet de cette étude, l'événement déclencheur est un changement soudain dans l'état de santé d'une personne dont la vie est menacée et qui ne peut plus prendre de décision pour elle-même. Vu la gravité et l'aspect généralement inattendu de la situation, le proche se retrouve dans un état à la fois de choc et d'impuissance. Sa réaction initiale est donc de demander de l'aide. Cela se traduit par un appel à un service d'urgence dont l'aboutissement est une salle de réanimation où se retrouvent les membres de l'équipe médicale. Ceux-ci, par la nature même de leurs

**Tableau VII La mise en relation de la signification des mesures de réanimation pour les proches et pour les infirmières**

	Les proches	Les infirmières
Réaction à l'événement déclencheur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choc</li> <li>- Impuissance</li> <li>- Appel à l'aide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticipation</li> <li>- Quasi automatisme</li> <li>- Réponse à la demande</li> </ul>
Réaction à la mort	- Perte d'un être cher	- Perte reliée à l'échec

responsabilités, anticipent la mise en oeuvre quasi automatique de mesures dont le but est de sauver la vie de cette personne. L'infirmière étant membre de cette équipe se retrouve donc du côté de ceux qui répondent à cet appel d'aide. Toutefois, vu l'urgence de la situation, il faut agir rapidement sans pouvoir s'interroger sur la pertinence des interventions de réanimation. Ainsi tant du côté de ceux qui font une demande d'aide que de celui des personnes qui répondent à la demande, la nécessité d'agir rapidement devient un impératif qui freine la possibilité d'une décision éclairée quant à l'initiation des mesures de réanimation. Pour les uns comme pour les autres, celle-ci vient plus tard, c'est-à-dire quand il y a constat que ces mesures ne donneront pas les résultats escomptés.

L'échec des mesures de réanimation signifie la mort de la personne. Pour les proches, cet événement est avant tout la perte d'un des leurs. Dans le cadre de cette recherche, tous semblent avoir une relation privilégiée avec la personne décédée. Leur peine est donc très grande. Toutefois, les manifestations des émotions ressenties ne sont pas les mêmes pour tous. Comme relevé plus tôt, il est très important pour le proche de savoir comment se sont

déroulés les derniers moments de vie. Les infirmières ne connaissant pas la personne décédée n'éprouvent pas de sentiment de perte vis-à-vis de celle-ci mais sont néanmoins affectées par sa mort. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'elles s'identifient avec la situation. Le sentiment de perte est plutôt associé à l'échec des mesures. De plus, il leur faut habituellement réprimer leurs émotions parce qu'il y a d'autres patients qui attendent et que le travail doit se poursuivre, entre autres, soutenir ces proches qui viennent d'apprendre que les efforts de réanimation n'ont pas donné les résultats espérés.

#### **5.4 Les implications cliniques de la recherche**

Les implications cliniques de la recherche se situent à deux niveaux, soit celui de la prise de décision et celui du soutien des personnes concernées, c'est-à-dire les proches et le personnel soignant.

Brody (1992) explique que les médecins peuvent décider de ne pas avoir recours aux mesures de réanimation quand ils jugent que l'initiation ou la prolongation de ces mesures sont inutiles. D'après les constats qui émergent de notre étude, il semble que dans un contexte d'urgence, ce type de décision s'applique plutôt à la prolongation des mesures. Car au moment de les initier, il est difficile d'avoir en main les informations que requiert une décision éclairée. L'état du patient ne laisse pas beaucoup de place pour la consultation. Par contre, une fois qu'elles sont initiées deux situations sont possibles, soit que les mesures permettent de stabiliser les signes vitaux de la personne, soit qu'elles n'y parviennent pas. Dans la première, il faut décider de l'action à entreprendre si un nouvel arrêt cardiorespiratoire se produit. Dans la seconde, la décision concerne le bien-fondé de

prolonger l'utilisation des mesures. C'est alors que le médecin est en mesure de faire, comme le suggère Singer (1994), des recommandations basées sur ses connaissances qui tiennent compte des volontés du patient. Par contre, il y aurait lieu de donner aux proches l'occasion de transmettre ce type d'informations le plus rapidement possible. Dans bien des cas, le temps de prolongation pourrait être écourté si cela correspond aux directives de fin de vie de la personne concernée.

Le contexte qui entoure la réanimation d'une personne est difficile tant pour les proches que pour les personnes qui font partie de l'équipe médicale. Cette recherche confirme l'importance de donner du soutien aux uns et aux autres. Un service d'urgence est un lieu des plus affairés où, comme il se doit, la priorité est accordée à ce qui est d'ordre vital et non à la relation d'aide. Pour les personnes qui y travaillent, la mort d'un patient est un événement déploré, mais c'est un événement parmi d'autres. Ce qui n'est pas le cas pour le proche qui vient de perdre une personne qui lui est chère. Cela explique pourquoi celui-ci veut être au courant de tout ce qui entoure la mort de cette personne. C'est une façon pour lui d'accepter le passage de la vie à la mort. Mais cela requiert du temps et des habiletés relationnelles, d'où l'intérêt de prévoir des ressources sur une base continue. À cet effet, il faudrait s'assurer qu'une personne de l'équipe puisse être à l'écoute des besoins des proches. De même, il faudrait sans doute humaniser le processus d'admission de ces patients. Vu leur état critique, c'est un des proches qui est appelé à se rendre au service des admissions pour répondre aux exigences administratives. Cela est non seulement déconcertant mais aussi troublant. Effectivement, il y a lieu de se demander pourquoi le proche doit s'éloigner de la personne mourante à un moment aussi crucial.

Les résultats de cette étude indiquent qu'il faut également être attentifs aux besoins des soignants pour qui les expériences de réanimation constituent une forme de stress. Considérant l'impact de la mort sur les êtres humains, les établissements de soins devraient peut-être penser à mettre en place des groupes de soutien pour l'équipe de réanimation. Dans une étude allemande portant sur les réactions émotionnelles et les comportements relationnels auprès de médecins affectés à la réanimation cardiorespiratoire Meyer, Black and Kollenbaum (1995) concluent que des échanges concernant les expériences vécues les aident à s'adapter au stress entraîné par cette situation. Étant donné la dynamique d'équipe autour de l'utilisation des mesures de réanimation, il serait opportun d'inclure l'ensemble de ces personnes dans ces échanges.

### **5.5 Des pistes de recherches futures**

Les constats qui découlent de cette étude offrent de nouvelles pistes de recherche, dont les perceptions des autres membres de l'équipe de réanimation, les implications du recours au service 911, l'exploration des modes de soutien tant pour les proches que pour l'équipe de réanimation.

- Avant de discuter de pistes pour des recherches futures, il y aurait lieu de reproduire celle-ci avec un plus grand nombre de participants en vue de vérifier les constats établis à l'intérieur de la présente recherche dans des établissements où le nombre de réanimation est relativement élevé.
- Pour des raisons de faisabilité, parmi l'équipe de réanimation, seules les perceptions des infirmières ont été étudiées. La documentation des perceptions des médecins et des ambulanciers serait également pertinente.

- Le recours au service 911 est une habitude bien ancrée au sein de la population et sans aucun doute sauve bien des vies. Toutefois, le recours à ce service entraîne nécessairement l'initiation des mesures de réanimation. Conséquemment, les implications de cette directive méritent d'être étudiées.
- Les proches qui ont participé à cette étude ont fait état d'attentes non comblées. Il y a lieu de se demander dans quelle mesure le système de soins peut répondre à leurs attentes.
- Enfin, l'exploration des moyens pouvant aider l'équipe de réanimation à gérer le stress engendré par les responsabilités qui leur incombent est une autre piste de recherche.

## CONCLUSION

Le développement de la technologie dans le domaine de la santé contribue au prolongement de la vie chez l'humain. La réanimation cardiorespiratoire en est une illustration spectaculaire. Cependant, ce même développement soulève un grand nombre de questions qui sont d'ordre scientifique et moral. Ainsi le fait d'avoir accès à cette technologie particulière nécessite-t-il que celle-ci soit utilisée chaque fois que la vie est en péril ? Cette technologie nous éloigne-t-elle de la réalité de la mort ? Et enfin, à qui appartient la décision d'avoir recours à ce type de technologie ? Ces questions qui intéressent l'humanité tout entière ont une résonance toute particulière pour les personnes qui font partie d'une équipe de réanimation. Il en est de même pour les personnes dont un des leurs a subi une intervention de réanimation. Pour une meilleure compréhension des enjeux qui entourent la réanimation cardiorespiratoire, cette étude donne la parole à deux groupes de personnes, soit des proches d'un patient pour qui ces mesures n'ont pas donné les résultats escomptés et des infirmières qui font partie d'une équipe de réanimation dans un établissement de petite taille.

Comme nous avons pu le constater à travers les résultats, les membres de la famille et les infirmières ont des attentes distinctes mais qui se rejoignent. Les uns et les autres sont confrontés à un même paradoxe. Tous sont d'accord pour ne pas prolonger les souffrances de la personne concernée, toutefois dans un contexte d'urgence, la réanimation est la seule option possible. Les résultats démontrent que nous devrions analyser de plus près les attentes des familles envers les ambulanciers, de même qu'envers l'organisation du système de soins, et ce, concernant l'admission à la salle d'urgence, les soins infirmiers, les soins médicaux et le soutien offert à la famille.

Au-delà de l'analyse suggérée dans le paragraphe précédent, cette étude nous a permis de mieux comprendre la souffrance engendrée par la perte d'un patient ou d'un être cher. *« Au plus fort de la souffrance, (...) l'homme éprouve au plus intime de lui-même le désir de lire un sens à son histoire et de le prolonger. »* Cadoré (p. 55, 1994).

Cette recherche s'inscrit dans la quête du sens évoquée par Cadoré et, de ce fait, prédispose à un accompagnement qui fait appel au respect de la dignité de la personne.

**REMERCIEMENT**

*This has been a wondrous journey through which I have had the occasion to meet many wonderful people and make some very good friends. To each and every one of my classmates I owe many thanks for their patience and their many kind acts of translation, especially during our statistics class!*

*It is with deep gratitude that I thank my dear friends and co-workers, Krystyna and Johane, for their encouragement and assistance throughout these long years of continuous change. Thankyou , your kindness will never be forgotten.*

*I would also like to thank the Sherbrooke Hospital Alumnae for their gracious support and encouragement. Many thanks to my colleagues at Sherbrooke Hospital, especially Marie Trousdell and Joelle Blanchard who assisted me in many different ways.*

*To the people who made this all possible, the family members and the nurse participants, I thank you all for your candor and for sharing your precious personal experiences with me.*

*To my children, Sadie and Elizabeth, and my husband Jim, I thank you for your continuous support and your thoughtfulness throughout the trials and tribulations of this feat.*

*To my dear friends Juliette, Alphonse, Linda and Deedee, my heartfelt appreciation for being there when I needed you most. Each of you have a special place in my heart.*

*I will always remember all of my professors with deep admiration, and extend my thanks to them for their patience and constant encouragement.*

*Lastly, to my thesis director, Cécile Lambert, I owe my deepest gratitude. Without your unfailing support, and belief in this work, this research project would not have seen its full potential. Through the many heart aches, family woes and illnesses you never flinched, you were always ready and willing to assist me in whatever way you could. We are taught that nurses should be role models, to me you certainly are one. However, from one nurse to another, please take better care of yourself!*

## BIBLIOGRAPHIE

- APPLETON, J.V. (1995). Analyzing Qualitative interview Data : Addressing Issues of Validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (2) : 993-997.
- ASCH, D., HANSEN-FLASCHEN, J., et LANKEN, P. (1995). Decisions to Limit or Continue Life-sustaining Treatment by Critical Care Physicians' Practices and Patients' Wishes. *American Journal of Critical Care Medicine*. 151 : 288-292.
- ÅSTRÖM, G., JANSSON, L., NORBERG, A. et HALLBERG, I. (1993). Experienced Nurses Narratives of Being in Ethically Difficult Care Situations. *Cancer Nursing*, 16 (3) : 179-187.
- BACHELOR, A. et JOSI, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Québec : Presses de l'Université de Laval.
- BAER, N. (1996). Cardiopulmonary Resuscitation on Television - Exaggerations and Accusations, editorial. *New England Journal of Medicine*, 334 (24) : 1604-1605.
- BARDIN, L. (1991). *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France, Paris.
- BEATON, J.I., et DEGNER, L.F. (1990). Life and Death Decisions : the Impact on Nurses. *The Canadian Nurse*. 86 (3) : 18-22.
- BEDELL, S.E. et DELBANCO, T.L. (1984). Choices About Cardiopulmonary Resuscitation in the Hospital. When Do Physicians Talk with Patients? *New England Journal of Medicine*. 310 (17) : 1089-1093.
- BERNARD, J. (1990). *De la biologie à l'éthique*. Éditions Buchet/Chartel, Paris.
- BLACKHALL, L.J. (1987). Must We Always Use CPR ? *New England Journal of Medicine*. 317 (3) : 1281-85.
- BLONDEAU, D. (1992). L'éthique professionnelle, un univers à explorer, *Nursing Québec*. 12 (3) : 26-31.
- BOLTON, M.A., (1989). Who can let you die? *Canadian Journal on Aging*. 8(3) : 238-243.
- BRODY, H. (1992). ASAP Care, *New England Journal of Medicine*. Commentary.
- BRODY, H. (1997). Medical Futility : A Useful Concept. *Medical Futility*. Cambridge University Press. p. 9-14.

BRUCE-JONES, P., ROBERTS, H., BOWKER, L., et COONEY, V. (1996). Resuscitating the Elderly : What do Patients Want? *Journal of Medical Ethics*. 22 (3) : 154-159.

BRUNETTI, L.L., CARPERSO, S.D., et WESTLUND, R.E. (1991). Physicians' Attitudes Towards Living Wills and Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of General Internal Medicine*. 6 (4) : 120-121.

BURNS, N. et GROVES, S.K. (1993). *The Practice of Nursing Research*, W.B. Saunders Company., Philadelphia.

BYRNE, P. (1992). «In the best interests of...» Futility and Intensive Care. *The Bioethics Bulletin*, 5 (3) : 1-3, 6.

CADORÉ, B. (1994). *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Artel-Fides.

CATALANO, J.T. (1992). Systems of Ethics : A perspective. *Critical Care Nurse*, p. 91-96.

CÉSAR, L., PAMPLONA, D., FERREIRA, J.F., DE BRITO Jr., F., UCHIDA, A., MORETTI, M., PFEFERMAN, E, AMATO, R., DA LUZ, P. BELLOTTI, G. ET PILEGGI, F. (1996). When Should We Stop Cardiopulmonary Resuscitation in Patients Brought to the Emergency Room in Cardiac Arrest With No Out-of-Hospital Care? ( Spanish) *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 67 (5) : 12.

COLLIER & SON. (1993). Oath and Law of Hippocrates. *Harvard Classics*. 38 : 124

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.L.; et BOYLE, P. (1993). *Savoir préparer une recherche*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

CRABTREE, B. et MILLER, W. (1992). *Doing Qualitative Research*, Sage Publications, London.

CURTIN, L., (1996). Emergency Medical Services Need Not Resuscitate. *Nursing Management*. 27 (1) : 50.

DALE, A.E. (1995). A Research Study Exploring the Patient's View of Quality of Life Using the Case Study Method. *Journal of Advanced Nursing*. 22 : 1128-1134.

DAUTZENBERG, P.L., BROEKMAN, T.C., HOOYER, C., SCHONWETTER, R.S., DUURSMA, S.A. (1993) Review : patient related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. *Age & Aging*. 22 (6) : 464-475.

DESCHAMPS, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Guérin Universitaire, Montréal.

DESLAURIERS, J.P. (1991). *Recherche Qualitative - Guide Pratique*. Les éditeurs McGraw-Hill, Montréal.

DIEM, S., LANTOS, J. D., et TULSKY, J. A. (1996). Cardiopulmonary Resuscitation on Television -- Miracles and Misinformation. *New England Journal of Medicine*, 334 (24) : 1578-1582.

DOWNIE, R. S. (1998). Medical Technology and Medical Futility. *Journal of University of Aberdeen Center for Philosophy Technology and Society*. 2 (2) : 48-49.

DURAND, G. (1989). *La bioéthique*. Les Éditions du Cerf, France.

EBELL, M.H. (1992). Prearrest Predictors of Survival Following In-hospital Cardiopulmonary Resuscitation : a Meta Analysis. *Journal of Family Practice*. 34 (5) : 551-558.

EBELL, M.H., DUKAS, D.J., et SMITH, M.A. (1991). The Do-not-resuscitate Order : a Comparison of Physician and Patient Preferences and Decision Making. *American Journal of Medicine*. 91 (3) : 255-260.

EBELL, M.H., SMITH, M.A., SEIFERT, K.G. et POLSINELLI, K. (1990). The do-not-resuscitate order : outpatient experience and decision making preferences. *Journal of Family Practice*. 31 (6) : 630-634.

EVANS, A.L. et BRODY, B.A. (1985). The Do Not Resuscitate Order in Teaching Hospitals. *JAMA*. 253 (15) : 2236-2239.

FARBER, N.J., WEINER, J.L., BOYER, E.G., GREEN, W.P., DIAMOND, M.P. et COPARE, I.M. (1985). Cardiopulmonary Resuscitation : Values and Decisions - A Comparison of Health Care Professionals. *Medical Care*. 23 (12) : 1391-1398.

FORTIN, J. (1992). Le choix moral : ses jeux et ses enjeux. *Nursing Québec*. 12 (3) : 32-38.

FOWLER, M., (1989). Ethical Issues in Critical Care : Slow Code, Partial Code, Limited Code. *Heart & Lung*. 18 (5) : 533-534.

FOX, E. et SIEGLER, M. (1992). Redefining the emergency physician's role in do-not-resuscitate decision-making. *American Journal of Medicine*. 92 (2) : 125-128.

FRANKL, D., OYE, R.K., et BELLAMY, P.E. (1989). Attitudes of Hospitalized Patients Toward Life Support : a Survey of 200 Medical Inpatients. *American Journal of Medicine*. 86 : 645-648

GRAVES, J.R., HERLITZ, J., BANG, A., AXELSSON, A., EKSTROM, L., HOLMBERG, M., LINDQVIST, J., SUNNERHAGEN, K. et HOLMBERG S. (1997). Survivors of Out of Hospital Arrest : Their Prognosis, Longevity and Fonctional Status. *Resuscitation*. 35 (2) : 117-121.

GERT, B., BERNAT, J., et MOGIELNIOCKI, R.P. (1994). Distinguishing Between Patients' Refusals and Requests. *Hastings Center Report*. 24 (4) : 13-15.

GLASER, B.G. et STRAUSS, A. (1965). *Awareness of Dying*. Aldine Press, Chicago.

GRAVES, JR., HERLITZ, J., BANG, A., AXELSSON, A., EKSTROM, L., HOLMBERG, M., LINDQVIST, J., SUNNERHAGEN, K. et HOLMBERG, S. (1997). Survivors of Out of Hospital Cardiac Arrest : Their Prognosis, Longevity and Functional Status. *Resuscitation*. 35 (2) : 117-121.

GRAY, Wm., CAPONE, R. et MOST, A. (1991). Unsucessful Emergency Medical Resuscitation - Are Continued Efforts in the Emergency Department Justified? *New England Journal of Medicine*. 325(20) : 1393-1398.

GREIPP, M.E. (1992). Greipp's Model of Ethical Decision Making. *Journal of Advanced Nursing*. (17), p. 734-738.

HANSON, L.C., DANIS, M., GARRET, J.M. et MUTRAN, E. (1996). Who Decides? Physicians' Willingness to Use Life-sustaining Treatment. *Archives of Internal Medicine*. 156 (7) : 785-789.

HAUSWALD, M., et TANBERG, D. (1993). Out-of-hospital Resuscitation Preferences of Emergency Health Care Workers. *American Journal of Emergency Medicine*. 11 (3) : 221-224.

HEIDEGGER, M. (1968). *Being and Time*. Harper & Row, New York.

HOFMANN, J.C., WEGNER, N.S., DAVIS, R.B., TENO, J., CONNORS, A.F. Jr., DESBIENS, N., et PHILLIPS, R.S. (1997). Patient Preferences for cCmmunication with Physicians About End-of-life Decisions. SUPPORT inverstigators. Study to Understand Prognosis and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Annals of Internal Medicine*. 127(1) : 1-12.

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (1994). *L'acharnement thérapeutique*. Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec.

- HUBERMAN, A.M. et MILES, M.B. (1991). *Analyses des données qualitatives*. De Boeck-Wismael, Bruxelles.
- HUDSON, T. (1994). Are Futile-care Policies the Answer? *Hospitals & Health Networks*. p. 26, 28, 30 et 32.
- HUNKA, S.A. (1993). The Right to Refuse Treatment - an Ethical Case Study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 9 : 82-87.
- HUSSERL, E. (1970). *The Crisis of the European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Northwestern University Press, Evanstown, Il.
- ISSELBACHER, K., BRAUNWALD, E., WILSON, J., MARTIN, J., FAUCE, A., et KASPER, D. (1991). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 13th Edition. McGraw-Hill Inc. New York.
- KANE, R.S., et BURNS, E.A. (1997). Cardiopulmonary Resuscitation Policies in Long-term Care Facilities. *Journal of American Geriatric Society*. 45 (2) : 154-157.
- KELLY, D.(1997). Medical Futility and the Ethics of Forgoing Treatment. *SFJM*. 1 : 42-49.
- KEYES, K.S. (1950). *How to Develop Your Thinking Ability*, Mc Graw-Hill, New York.
- KINSELLA, T.D. et STOCKING, C.B. (1989). Failed Communications About Life-Support Therapy : Silent Physicians and Mute Patients. Editorial *The American Journal Of Medicine*. 86 : 643-644.
- KJELLSTRAND, C., et MOODY, H. (1992). Hemodialysis in Canada : A First Class Medical Crisis. *Canadian Medical Association Journal*. 150 (7) : 1067-1071.
- KOUWENHOVEN, W.B., JUDE, J.R., et KNICKERBOCKER, G.C. (1960). Colsed-chest Cardiac Massage. *JAMA*. 173 : 1064-1067.
- KOSTOULAKOS, N.M., BRADLEY, D.R. (1997). Overestimation of the Effectiveness of Cardiopulmonary Resuscitation. *Perception of Motor Skills*. 84 (32) : 1409-1410.
- KUBLER-ROSS, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan Company, New York.

LAMBERT, C., AUDET, C., MAYNE, Y. et ST.CYR, L. (1998). L'écoute comme attitude facilitante dans la recherche qui fait appel à l'exploration de l'expérience personnelle. *Recherches Qualitatives*. Université du Québec, Trois Rivières. 18 : 107-122.

LARENTE, N. (1995). La réanimation cardiorespiratoire en gériatrie : qui réanimer ? comment décider ? *Le clinicien*. 171-184.

LARSON, D.E. (1994). Resuscitation discussion experiences of patients hospitalized in a coronary care unit. *Heart & Lung*. 2 (1) : 53-58.

LATIMER, E. (1989). The Decision Not to Resuscitate : Talking with Patients and Families. *CMAJ*, 140 : 133-135.

LÉCUYER, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : GPS et concept de soi*, Presses de l'Université du Québec.

LEVINSON, W. et ROTER, D. (1995). Physicians' Psychosocial Beliefs Correlate with Their Patient Communication Skills. 10 (7) : 375-379.

LIDDLE, J., GILLEARD, C. et NEIL, A. (1994). The Views of Elderly Patients and Their Relatives on Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of Royal College of Physicians of London*. 28 (3) : 228-229.

MARCO, C.A., BESSMAN, E.S., SCHOENFELD, C.N. et KELEN, G.D. (1997). Ethical Issues of Cardiopulmonary Resuscitation : Current Practice Among Emergency Physicians. *Academy of Emergency Medicine*. 4 (9) : 898-904.

MARWICK, T.H., CASE, C., SISKIND, V. et WOODHOUSE, S.P. (1991). Prediction of Survival from Resuscitation : a Prognostic Index Derived from Multivariate Logistic Model Analysis. *Resuscitation*. 22 (2) : 129-137.

McCRACKEN, G.(1988). *The Long Interview*. Sage Publications, Newbury Park, Ca.

MEYER, W., BLACK, F., et SPEIDEL, H. (1994). (The Physician's Cognition During Cardiopulmonary Resuscitation of the Human.) *Nervenarzt*. 65 (9) : 602-610.

MEYER, W., BLACK, F., et KOLLENBAUM, V.E. (1995). (Reactions to Cardiopulmonary Resuscitation : A Study on Emotions and Communication Behavior of the Resuscitating Physician.) *Ther Umsch*. 52 (2) : 97-104.

MILES, J. et BURKE, L. (1996). Nurses' Views on the Decision Not to Resuscitate a Patient. *Nursing Standard*. 10 (22) : 33-38.

MILLER, D., GORBIEN, M., SIMBARTL, L. et JAHNIGEN, D. (1993). Factors Influencing Physicians in Recommending in-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation. *Archives of Internal Medicine*. 153 (17) : 1999-2003.

MILLER, D., JAHNIGEN, D., GORBIEN, M. et SIMBARTYL, L. (1992). Cardiopulmonary Resuscitation : How Useful? *Archives of Internal Medicine*. 152 (4) : 578-582.

MILLER, L.H., SMITH, A.D. et ROTHSTEIN, L. (1993). *The Stress Soutution*. Pocket Books, New York.

MIRR, M.P. (1991). Factors affecting Decisions Made by Family Members of Patients With Severe Head Injury. *Heart & Lung : Journal of Critical Care*. 20 (3) : 222-235.

MOHR, M. et KETTLER, D. (1997). Ethical Conflicts in Emergency Medecine. *Anaesthesist*. 46 (4) : 275-281.

MOHR, M., BAHR, J., SCHMID, J., PANSER, W. et KETTLER, D. (1997). The Decision to Terminate Resuscitative Efforts : Results of a Questionnaire. *Resuscitation*. 34 (1) : 51-55.

MONTGOMERY, L. (1996). The Options -- Legal and Not : Docs Can Help Hasten Death -- Sometimes. *Detroit Free Press*.

MORRISON, R.S., MORRISON, E.W., et GLICKMAN, D F. (1994). Physician Reluctance to Discuss Advance Directives. An Empiric Investigation of Potential Barriers. *Archives of Internal Medicine*. 154 (20) : 2311-2318.

MORSE, J. (1987). *Qualitative Nursing Research*, Sage Publications, London.

MOUATAKAS, G., (1978). *Phenomological Research Methods*. Sage Publications, London.

MURPHY, D.J., BURROWS, D., SANTILLI, S., KEMP, A.W., TENNER, S., KRELING, B., et TENO, J. (1994). The Influence of the Probability of Patients' Preferences Regarding Cardiopulmonary Resuscitation. *New England Journal of Medicine*. 330 (8) : 545-549.

NIGHTINGALE, S.D., YARNOLD, P.R., GREENBERG, M.S. (1991). Sympathy, Empathy, and Physician Resource Utilization. *Journal of General Internal Medicine*. 6 (5) : 420-423.

O'BRIEN, L., GRISSO, J., MAISLIN, G., LAPANN, K., KROTKI, K., GRECO, P., SIEGERT, E., et EVANS, L. (1995). Nursing Home Residents' Preferences for Life-sustaining Treatments. *JAMA*. 274 : 1775-1779.

OCKLITZ, A. (1997). Cardiopulmonary Resuscitation Already in Egypt years Ago ? (German) *Wien Klin Wochenschr.* 109 (11) : 406-412.

OTT, B.B. et NIESWIADOMY, R.M. (1991). Support of Patient Autonomy in the Do Not Resuscitate Decision. *Heart & Lung : Journal of Critical Care.* 20 (1) : 66-74.

OWEN, C., TENNANT, C., LEVI, J., et JONES, M. (1994). Resuscitation in Cancer : Comparison of Patient and Health Staff Preferences. *General Hospital Psychiatry.* 16 (4) : 277-285.

PAGE, m. (1996). The Nurse's role in Resuscitation decisions. *Professional Nurse.* 12 (1) : 29-32.

PATTON, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods.* Sage Publications, Newbury Park, Ca.

POISSON, Y. (1991) *La recherche qualitative en éducation.* Presses de l'Université de Québec.

PUOPOLO, A.L., KENNARD, M.J., MALLATRATT, L., FOLLEN, M.A., DESBIENS, N.A., CONNERS, A.F.Jr., CALIFF, R., WALZER, J., SOUKUP, J., DAVIS, R.B., et PHILIPPS, R.S. (1997). Preferences for Cardiopulmonary Resuscitation. *Image : Journal of Nursing Scholarship.* 29 (3) : 229-235.

PUPS, G.M., WEYKER, J.D. et RODGERS, B.L. (1997). Nurse's Reactions to Participation in Cardiopulmonary Resuscitation on a Nursing Unit. *Clinical Nursing Research Journal.* 6 (1) : 59-70.

QUILL, T., et BRODY, H. (1996). Physician Recommendations and Patient Autonomy : Finding a Balance Between Physician Power and Patient Choice. *Annals of Internal Medicine.* 125 (3) : 763-769.

RAINER, T.H., GORDON, M.W., ROBERTSON, C.E. et CUSACK, S. (1995). Evaluation of Outcome Following Cardiac Arrest in Patients Presenting to Two Scottish Emergency Departments. *Resuscitation.* 29 (1) : 33-39.

REW, L., BECHTEL, D. et SAPP, A. (1993). Self-as-Instrument In Qualitative Research. *Journal of Nursing Research.* 42 (5) : 300-301.

RICE, N.B. (1995). CPR Not Medically Indicated. Beth Isreal Hospital. <http://ccme-mac4.bsd.uchicago.edu/ccMedoes/AdvDir/Bib>

ROBINSON, S.M., MCKENZIE-ROSS, S., CAMPBELL-HEWSON, G.L., EGGLESTON, C.V. et PRÉVOST, A.T. (1998). Psychological Effect of Witnessed Resuscitation on Bereaved Relatives. *Lancet.* 352 (9128) : 614-617.

RONCO, R., KING, W., DONLEY, D.K. et TILDEN, S.J. (1995). Outcome and Cost at a Children's Hospital Following a Resuscitation for Out-of-hospital Cardiopulmonary Arrest. *Archives of pediatric Adolescent Medicine*. 149 (2) : 210-214.

ROSE, P., BEEBY, J., et PARKER, D. (1995). Academic Rigour in the Lived Experience of Researchers Using Phenomenological Methods in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 21 : 1123-1129.

ROSENBERG, M., WANG, C., HOFFEMAN-WILDE, S., et HICKHAM, D. (1993). Results of Cardiopulmonary Resuscitation : Failure to Predict Survival in Two Community Hospitals. *Annals of Internal Medicine*. 119 (11) : 1370-1375.

ROSEMURGY, A.S., NORRIS, P.A., OLSON, S.M., HURST, J.M., et ALBRINK, M.H. (1993). Prehospital Traumatic Cardiac Arrest : the Cost of Futility. *Journal of Trauma*. 35 (3) : 468-473.

ROSENCZWEIG, C. (1998). Should Relatives Witness Resuscitation? Ethical Issues and Practical Considerations. *CMAJ*. 158 : 617-620.

ROSNER, F., KARK, P., BENNETT, A., BUSCAGLIA, A., CASSEL, E., FARNSWORTH, P., HALPERN, A., HENRY, J., LANDOLT, A., LOEB, L., LOWENSTEIN, R., NUMANN, P., ONA, F., RISEMBERG, H., ROGATZ, P., SECHZER, P., SORDILLO, P., WOLPAW, J. (1992). Medical Futility. *New York State Journal of Medicine*. 485-488.

REW, L. BECHTEL, D. et SAPP, A. (1993). Self-as-Instrument in Qualitative Research. *Nursing Research*. 42 (5) : 300-301.

SCHADE, S.G. et MUSLIN, H. (1989). Do Not Resuscitate Decisions : Discussions With Patients. *Journal of Medical Ethics*. 15 (4) : 186-190.

SCHNEIDER, A.P., NELSON, D.J. et BROWN, D.D. (1993). In-hospital Cardiopulmonary Resuscitation : a 30 Year Review. *Journal of American Board of Family Practice*. 6 (2) : 91-101.

SCHNEIDERMAN, L., JECKER, M. et JONSEN, A. (1990). Medical Futility; It's Meaning and Ethical Implications. *Annals of Internal Medicine*. 112 : 949-954.

SCHOWENBERGER, R., VON PLANTA, M. et VON PLANTA, I. (1994). Survival After Failed Out-of- hospital Resuscitation. *Annals of Internal Medicine*. 120 : 2433-2437.

SCHONWETTE, R.S., WALKER, R.M., KRAMER, D.R. et ROBINSON, B.E. (1993). Resuscitation Decision Making in the Elderly : The Value of Outcome Data. *Journal of General internal Medicine*. 8 (6) : 295-300.

SCHONWETTE, R.S., TEASDALE, T.A., TAFFET, G., ROBINSON, B.E. et LUCHI, R.J. (1991). Educating the Elderly : Cardiopulmonary Resuscitation Decisions Before and After Intervention. *Journal of American Geriatric Society*. 39 (4) : 372-377.

SCOFIELD, G.R. (1991). Is Consent Useful When Resuscitation Isn't? *Hastings Center Report*. 21 (6) : 28-36.

SECKLER, A.B., MEIER, D.E., MULVIHILL, M., et PARIS, B.E. (1991). Substituted Judgment : How Accurate are Proxy Predictions? *Annals of Internal Medicine*. 115 (2) : 92-98.

SHMERLING, R.H., BEDELL, S.E., LILIENFELD, A., et DELBANCO, T.L. (1988). Discussing Cardiopulmonary Resuscitation : A Study of Elderly Outpatients. *Journal of General Internal Medicine*. 3 (4) : 317-321.

SILVERMAN, H.J., VINICKY, J.K. et GASNER, M.R. (1992). Advanced Directives : Implications for Critical Care. *Critical Care Medicine*. 20 (7) : 1027-1031.

SINGER, G. (1994). Do-not-resuscitate Orders. *Journal of the Florida Medical Association*. 81 (1) : 30-34.

SMITH, L. (1992). Ethical Issues in Interviewing. *Journal of Advanced Nursing*. 17 : 98-103.

SNEIDERMAN, L.J. et JECKER, N.S. (1996). Is the Treatment Beneficial, Experimental or Futile? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 5 : 248-256.

SOLOMON, M. (1995). Communicating Effectively When Death is Near. <http://www.rmj.org/b3414.html>.

SORUM, P.C. (1995). Deciding About Cardiopulmonary Resuscitation : The Contributions of Decision Analysis. *Annals of Internal Medicine*. 155 (2) : 513-521.

STOLMAN, C.J., GREGORY, J.J., DUNN, D., et LEVINE, J.L. (1990). Evaluation of Patient, Physician, Nurse, and Family Attitudes Toward Do Not Resuscitate Orders. *Annals of Internal Medicine*. 150 (3) : 653-658.

St CYR, L. (1997). Le concept de la qualité de vie chez les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique : étude phénoménologique. *Memoire de Maîtrise*. L'Université de Sherbrooke. Faculté de Médecine.

St JOHN AMBULANCE, (1994). *First Aid : First on the Scene : Standard Level : Activity Book*. Canadian Cataloguing in Publication Data. Ottawa.

SWIG, L., COOKE, M., OSMOND, D., LUCE, J.A., BRODY, R.V., BIRD, C. et LUCE, J.M. (1996). Physician Responses to a Hospital Policy Allowing Them Not to Offer Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of American Geriatric Society*. 44 (10) : 1215-1219.

TAYLOR, B. (1993). Phenomenology : One Way to Understand Nursing Practice. *International Journal of Nursing Studies*. 30 (2) : 171-179.

TAYLOR, C. (1995). Medical Futility and Nursing. *IMAGE : Journal of Nursing Scholarship*. 27 (4) : 301-306.

THOMAS, R.D., WAITES, J.H., HUBBARD, W.N. et WICKS, M. (1990). Cardiopulmonary Resuscitation in a District General Hospital : Increased Success Over 7 Years. *Archives of Emergency Medicine*. 7 (3) : 200-205.

THORNTON, J.E. et WINKLER, E.R. (1988). *Ethics & Aging : The Right to Live, The Right to Die*. The University of British Columbia Press, Vancouver. 256 p.

TOMLINSON, T. et BRODY, H. (1990). Futility and the Ethics of Resuscitation. *JAMA*. 264 (10) : 1276-1280.

TORIAN, L., DAVIDSON, E., FILLET, H., FULOP, G. et SELL, L., (1992). Decisions For and Against Resuscitation in an Acute Geriatric Medicine Unit Serving the Frail Elderly. *Annals of Internal Medicine*. 152 : 561-565.

TRESCH, D., NEARING, JM, DUTHIE, EH, MARK, DH, KARTES, SK. et AUFDERHEIDE, T.P. (1993). Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitation in Nursing Homes : Can We Predict Who Will Benefit? *American Journal of Medicine*. 95 (2) : 123-130.

TUCKER, K.J., SAVITT, M.A., IDRIS, A. et REDBERG, R.F. (1994). Cardiopulmonary Resuscitation : Historical Perspectives, Physiology, and Future Directions. *Annals of Internal Medicine*. 154 (19) : 2141-2150.

TUNNA, K. et CONNER, M. (1993). You Are Your Ethics, *The Canadian Nurse* 132 (2) : 25- 26.

VAN der WONING, M. (1997). Should Relatives Be Invited To Witness a Resuscitation Attempt? A Review of the Literature. *Accid Emergency Nursing*. 5 (4) : 12-14.

VARON, J. et STERNBACH, G. (1991). Cardiopulmonary Resuscitation : Lessons From the Past. *Archives of Emergency Medicine*. 9 (3) : 123-130.

VARON, J., STERNBACH, G.L., RUDD, P. et COMBS, A.H. (1991). Resuscitation Attitudes Among Medical Personnel : How Much Do We Really Want to Be Done? *Resuscitation*. 22 (3) : 229-235.

VENTRES, W.B. (1993). Communicating About Resuscitation : Problems and Prospects. *Journal of American Board of Family Practice*. 6 (2) : 137-141.

VEATCH, R.M. et FRY, S.T. (1987). *Case Studies In Nursing Ethics*, J.B. Lippincott Co., Philadelphia.

VILLA, G., CHASSEVENT, J., PECHER, D., BLONDE, C., CANOUL, P., CLOUP, M. et MOUREN-SIMEONI, M. C. (1993). Enquête prospective sur le vécu des infirmières des unités de réanimation pédiatrique, concernant les soins donnés aux enfants suicidants. *Annals de Pédiatrie*. 40 (8) : 532-540.

VON GUNTEN, C. (1991). CPR in Hospitalized Patients : When is it Futile? *American Family Physician*. 44 (6) : 2130-2134.

WALKER, R.M., SCHONWETTER, R.S., KRAMER, D.R. et ROBINSON, B.E. (1995). Living Wills and Resuscitation Preferences in the Elderly Population. *Annals of Internal Medicine*. 155 (2) : 171-175.

WEIJER, C. et ELLIOT, C. (1995). Pulling the Plug on Futility. *British Medical Journal*. 310 : 683-684.

WILSON, D.M. (1993). The Influences of Do-Not-Resuscitate Policies and End-of-Life Treatment or Non-Treatment Decisions. *Unpublished Doctoral Thesis- Faculty of Education, University of Alberta*. Edmonton. 177p.

WILSON, H.S. (1991). Identifying Problems for Clinical Research to Create a Nursing Tapestry. *Nursing Outlook*. 39 (6) : 280-282.

WILSON, LB., GREEN, M.L., GOLDMAN, L., TSEVAT, J., COOK E.F. et PHILLIPS, R.S. (1997). Is Experience a Good Teacher? How Interns and Attending Physicians Understand Patients' Choices for End-of-life Care. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Medical Decision Making*. 17 (2) : 217-227.

WLODY, G.S. (1990). Ethical Issues in Critical Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 9 (4) : 226-230.

## ANNEXE 1

### EXTRAIT DU PROTOCOLE D'INTERVENTION CLINIQUE À L'INTENTION DES AMBULANCIERS DE L'ESTRIE

Source: Comité de régie régionale de l'Estrie en collaboration avec le Ministère de la Santé et des services sociaux, 1994.



**MED. 1**

#### ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE NON TRAUMATIQUE

- 1 Évaluation primaire et protection cervicale si nécessaire.
- 2 Commencer R.C.R. selon normes.
- 3 Administrer O<sub>2</sub> à 100 %.
- 4 Application du défibrillateur semi-automatique si disponible, selon protocole TECH. 3.
- 5 Si patient non réanimé, intubation selon protocole TECH. 9 – Utilisation du tube oro-trachéal à double voie (combitube), si disponible.
- 6 Transport immédiat au C.H.
- 7 Continuer R.C.R. jusqu'à l'arrivée au C.H.

#### Renseignements requis:

- Circonstances de l'événement
- Temps depuis l'arrêt
- Avec ou sans témoin
- R.C.R. commencée ou non

#### Critères d'exclusion:

Dans le cadre légal actuel, seul un médecin est habilité à constater un décès, de par sa formation et son statut professionnel. À moins d'exception, le technicien ambulancier doit donc toujours procéder à la réanimation cardiorespiratoire selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Québec.

En l'absence des signes vitaux, il existe des exceptions où le technicien ambulancier peut ne pas entreprendre les manœuvres de réanimation; ces exceptions concernent les indications d'une mort évidente qui comprennent des signes évidents:

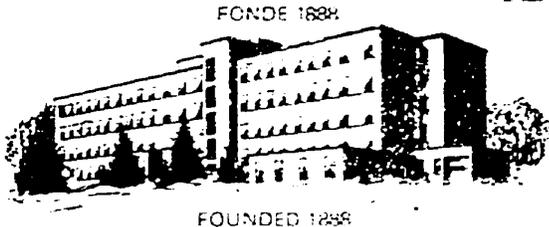
- de décapitation:
- de sectionnement complet du corps:
- de compression complète:
- d'évidement du crâne:
- de putréfaction avancée:
- d'adipocire:
- de momification ou de calcination.

#### N.B.

*Pour tout patient hypothermique, les manœuvres de réanimation doivent être entreprises et le patient transporté vers un établissement de santé.*

Problèmes  
médiocaux

ANNEXE 2



CENTRE HOSPITALIER DE SHERBROOKE  
SHERBROOKE HOSPITAL

375, ARGYLE  
SHERBROOKE, QUE. J1J 3H5  
TEL. (819) 569-3667

November 3, 1995

Mrs. Yvonne Wilkin  
Nursing Coordinator  
Sherbrooke Hospital

Dear Mrs. Wilkin,

This is to confirm that your request for acceptance of your research proposal which includes interviews with patients, family members and nurses, as well as the use of patient charts for demographic and medical intervention data has been approved.

Please accept our very best wishes in the completion of your project.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads 'Marie Trousdell'.

Marie Trousdell  
Director General

MT/jb

## ANNEXE 3

### **L'UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE : PERSPECTIVES DES PROCHES DU PATIENT ET DES INFIRMIÈRES.**

Madame,  
Monsieur,

Je sais que vous vivez présentement une situation des plus pénibles, et je vous réitère mes condoléances.

Dans quelque temps, peut-être vous sera-t-il possible de prendre quelques minutes pour lire le texte ci-joint qui décrit le projet de recherche que je souhaite réaliser. Comme vous le verrez, le but de cette recherche est de mieux comprendre ce que vivent les personnes ayant un proche qui a besoin de mesures de réanimation cardiorespiratoire.

Comme convenu, dans deux semaines, je communiquerai avec vous au numéro de téléphone que vous avez bien voulu me donner. Je vous laisse aussi mes coordonnées. Même, si j'espère avoir l'occasion de vous revoir, sentez-vous tout à fait libre de donner suite à ma demande.

Je vous souhaite bon courage.

Yvonne Mayne  
569-3661, poste 258 au travail  
875-5408 (chez moi)

Pièce jointe

## **L'UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE : PERSPECTIVES DES PROCHES ET DES INFIRMIÈRES.**

Par le présent, je sollicite votre participation à un projet de recherche qui porte sur les mesures de réanimation cardiorespiratoire.

### **Description de l'étude**

L'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire a sauvé bien des vies. Cela a eu pour effet d'entraîner une généralisation de son usage. Au Québec, par exemple, les ambulanciers doivent utiliser ces mesures chaque fois qu'ils sont appelés auprès d'une personne qui donne des signes d'arrêt respiratoire. Malheureusement, comme vous le savez, on n'obtient pas toujours les résultats escomptés.

Nous croyons qu'il y a lieu de se demander quel est le vécu des personnes qui sont touchées par l'échec des mesures de réanimation cardiorespiratoire. Et cela, tant au niveau des proches que du personnel de la santé. Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas trouvé d'étude qui ait abordé cette question.

Notre intention est donc de demander à des personnes qui ont accompagné une proche à l'urgence et pour qui, les mesures de réanimation n'ont pas eu les résultats escomptés, de parler de leur expérience. De même, nous souhaitons nous entretenir avec des infirmières qui, régulièrement, participent à des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire. Il eut été intéressant d'interroger d'autres membres de l'équipe de soins, mais cette étude particulière se limite à une seule population de soignants, soit celle des infirmières.

Cette étude a donc pour but d'améliorer notre compréhension de ce que suscite l'utilisation des mesures de réanimation cardiorespiratoire en l'absence des résultats escomptés chez les proches et le personnel infirmier.

## **Participation à l'étude**

Votre participation à cette étude consiste à échanger avec la chercheuse sur les mesures de réanimation cardiorespiratoire, à la lumière de l'expérience que vous venez de vivre. Le temps requis pour l'entrevue est d'environ 60 minutes. L'entrevue sera enregistrée sur magnétophone.

Si vous acceptez de participer à cette étude, sachez que vous pouvez vous en retirer en tout temps, soit avant, soit durant l'entrevue, sans que cela ne vous cause préjudice.

## **Avantages possibles**

Les infirmières se doivent d'accompagner leurs patients et leurs proches dans des situations aussi difficiles que celles que vous venez de vivre. Pour que cela soit possible, elles doivent comprendre ce que peuvent vivre les proches de la personne pour qui on entreprend des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire. Elles doivent également avoir un regard éclairé sur leur propre comportement dans ces situations. Une meilleure compréhension de ce que représente l'échec des mesures de réanimation cardiorespiratoire pour les proches et le personnel infirmier est susceptible d'améliorer la relation thérapeutique. De ce fait, la communication entre les uns et les autres sera également améliorée.

En tant que participant, cette recherche peut aussi vous être utile, car l'entretien que vous aurez avec une professionnelle de la santé peut vous apporter du soutien pour vous accompagner dans votre expérience de deuil. La possibilité d'échanger avec cette infirmière peut également faciliter votre cheminement vers un mieux-être.

## **Risques de l'étude**

Cette étude ne devrait pas comporter de risque majeur. Cependant, les questions soulevées au cours de l'entrevue pourraient vous rappeler des expériences pénibles. Toutefois, si l'entrevue devait entraîner un surcroît de stress, il vous sera possible d'obtenir l'aide nécessaire.

## **Confidentialité des renseignements obtenus**

Les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront confidentiels. Les bandes audio de même que leur transcription seront conservées en lieu sûr. Un code identifie les transcriptions et les bandes audio. Seules les personnes associées à la recherche y auront accès, soit la chercheuse, sa professeure et l'experte.

Les résultats de cette étude seront utilisés uniquement à des fins de recherche ou de communications scientifiques et de façon à ce qu'on ne puisse pas identifier les participants.

## **Identification de la chercheuse**

L'étude est menée par Yvonne Mayne dans le cadre de la rédaction de son mémoire de maîtrise au département de Sciences cliniques à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Si vous souhaitez des précisions ou des explications additionnelles, n'hésitez pas à m'appeler. Vous pourriez me rejoindre à l'un ou l'autre numéro indiqué sur la lettre.

## ANNEXE 4

### **UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE: PERSPECTIVES DES PROCHES DU PATIENT ET DES INFIRMIÈRES.**

#### **GUIDE D'ENTREVUE DES PROCHES DU PATIENT**

1. Pourriez-vous me parler des événements qui ont précédé l'arrivée à l'hôpital?
2. Est-ce la première fois que vous avez un proche qui subit des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire?
3. Une fois arrivée à l'hôpital, comment ça c'est passé?
4. Vous attendiez-vous à ce que cela se passe de cette façon?
5. Pouvez-vous me parler de ce que vous avez vécu durant les manoeuvres de réanimation?
6. Est-ce que vous savez en quoi consiste les manoeuvres de réanimation?
7. Souhaitiez-vous qu'on fasse tous les efforts possibles pour réanimer cette personne qui était proche de vous?  
  
(Si non, qu'est-ce que vous auriez aimé qui soit fait?)
8. Pendant que vous étiez à l'hôpital, avez-vous eu le soutien nécessaire?
9. Est-ce qu'il y a autre chose que vous souhaitez me dire par rapport à ce que vous avez vécu?
10. Suite à l'expérience que vous avez vécue, puis-je vous poser quelques questions sur l'utilisation des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire?
  - l'utilisation des manoeuvres est de plus en plus répandue, est-ce une bonne chose?
  - est-ce qu'elles devraient être utilisées en tout temps?
  - si oui, pourquoi?
  - si non, quand faut-ils s'absentir?...pourquoi ?
  - l'âge joue-t-il un rôle important dans la décision ...?
  - qui doit décider de poursuivre les manoeuvres de réanimation?

## ANNEXE 5

### **L'UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIO RESPIRATOIRE: PERSPECTIVES DES PROCHES DU PATIENT ET DES INFIRMIÈRES.**

#### **GUIDE D'ENTREVUE POUR LES INFIRMIÈRES**

1. Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de vos expériences de travail comme infirmière.
2. Comment souvent êtes-vous appelée à participer à des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire?
3. Pouvez-vous me parler de ce que vous ressentez lorsque vous êtes appelée à vous joindre à une équipe de 99?
4. Quelles sont vos préoccupations durant les manoeuvres?
5. En quoi votre vécu d'aujourd'hui est-il différent ou semblable à ce que vous avez vécu la première fois que vous avez fait partie d'une équipe de réanimation?
6. Avez-vous des proches qui ont eu besoin de manoeuvres de réanimation? Si oui, quelle influence cela a-t-il eu sur vous?
7. Si on vous demandait d'estimer le taux de succès des manoeuvres de réanimation, que diriez-vous?
8. Suite à l'expérience que vous avez vécue, puis-je vous poser quelques questions sur l'utilisation des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire?
  - l'utilisation des manoeuvres est de plus en plus répandue, est-ce une bonne chose?
  - est-ce qu'elles devraient être utilisées en tout temps?
  - si oui, pourquoi?
  - si non, quand faut-ils s'absentir?...pourquoi ?
  - l'âge joue-t-il un rôle important...
  - qui doit décider de poursuivre les manoeuvres de réanimation?
9. Est-ce qu'il y a autre chose que vous souhaitez me dire par rapport à votre utilisation des manoeuvres de réanimation cardiorespiratoire, tant au niveau personnelle que professionnelle?

## ANNEXE 6

### **L'UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE: PERSPECTIVES DES PROCHES DU PATIENT ET DES INFIRMIÈRES.**

#### **Confidentialité des renseignements obentus**

Les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront confidentiels. Les bandes audio de même que leur transcription seront conservées en lieu sûr. Un code identifie les transcriptions et les bandes audio. Seules les personnes associées à la recherche y auront accès.

Les résultats de cette étude seront utilisés uniquement à des fins de recherche ou de communications scientifiques et de façon à ce qu'on ne puisse pas identifier les participants.

#### **Identification de la chercheure**

L'étude est menée par Yvonne Mayne dans le cadre de la rédaction de son mémoire de maîtrise au département de Sciences cliniques à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

#### **Consentement**

J'ai lu la description de l'étude qui m'a été présentée et j'ai obtenu les renseignements que je souhaitais. J'accepte de participer à cette étude.

Si je change d'avis, il est entendu que je pourrai mettre fin à l'entrevue au moment qui me conviendra, et cela, sans préjudice.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmière investigatrice

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

**L'UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE:  
PERSPECTIVES DES PROCHES DU PATIENT ET DES INFIRMIÈRES.**

**DONNÉES COMPLÉMENTAIRES**

Numéro du sujet: **P-**\_\_\_\_\_

Sexe: M \_\_\_  
F \_\_\_

Âge: \_\_\_

État de santé selon le sujet: Bon \_\_\_  
Passable \_\_\_  
Pauvre \_\_\_

Formation complétée: Secondaire \_\_\_  
Cégep \_\_\_  
Universitaire \_\_\_

**L'UTILISATION DES MESURES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE:  
PERSPECTIVES DES PROCHES DU PATIENT ET DES INFIRMIÈRES.**

**DONNÉES COMPLÉMENTAIRES**

Numéro du sujet: I-\_\_\_\_\_

Sexe: M       
      F     

Âge:     

État de santé selon le sujet: Bon       
                                  Passable       
                                  Pauvre     

Formation initiale en soins infirmiers: DEC (régulier)       
  DEC (programme de passage)       
  Bsc.Inf     

Formation additionnelle: Bacc. de perfectionnement       
                                  2e cycle Sc. inf.       
                                  2e cycle autre     

Expérience de travail (nombre d'années)

## **ANNEXE 7 : Exemple l'attribution de sens**

<p><b>01 Le lien avec le proche et le patient</b></p>	<p><b>d'abord, il faut que je dise que mon père,</b></p>
<p><b>02 L'âge du patient</b></p>	<p><b>c'était un monsieur de 88 ans</b></p>
<p><b>1.4.1 L'état de santé du patient importante</b></p>	<p><b>qui avait une pathologie cardiaque</b></p>
<p><b>1.4.3 La connaissance de son de santé</b></p>	<p><b>Il ne savait pas qu'il avait un cancer de la prostate</b></p>

## **ANNEXE 8      Exemple de la codification**

### **01    Lien avec proche**

### **02    L'âge du patient**

### **1.    Le vécu du proche**

#### **1.1    Les circonstances qui précèdent la réanimation**

##### **1.1.1    Fait rapporté**

##### **1.1.2    Fait observé ou vécu**

#### **1.2    Données situationnelles entourant la réanimation**

##### **1.2.1    Constat de l'échec**

##### **1.2.2    La durée de RCR**

##### **1.2.3    Ce qui arrive à la personne décédée**

##### **1.2.4    Les efforts de RCR**

##### **1.2.5    Fait observé ou vécu**

##### **1.2.6    La présence du proche**

##### **1.2.7    L'état affectif du proche**

##### **1.2.8    La conduite du proche**

##### **1.2.9    Ce qui arrive à la personne décédée**

#### **1.3    Les expériences antérieure\connexe**

##### **1.3.1    Expérience antérieure**

##### **1.3.2    Expérience connexe**

#### **1.4    L'état de santé de la personne**

##### **1.4.1    L'état de santé de la personne**

###### **1.4.1.1    La justification**

##### **1.4.2    La reflexion de ce qui a pu provoquer l'état de crise**

#### **1.5    Le système de soins**

##### **1.5.1    Le médecin**

###### **1.5.1.1    Informe**

###### **1.5.1.2    Offre de voir la personne décédée**

###### **1.5.1.3    Annonce de décès**

###### **1.5.1.4    Confirmation de l'échec**

###### **1.5.1.5    Soutien au malade**

###### **1.5.1.6    Soutien au proche**

###### **1.5.1.7    Invitation au proche à participé au processus de décision**