



## Revue bibliographique infirmière No 1 Mars 2009

Cochez les articles qui vous intéressent et renvoyez le document à :

Julia Mills, Communauté d'Intérêts de la Côte, Commission d'éthique, Ch. du Crêt 2, 1110 Morges

Nom : ..... Service : .....

Lieu : .....

**La maîtrise des dépenses de santé est-elle contraire à l'éthique médicale ?**

Auteur(s) : Miquet JM

Source : Ethique et santé. 2008;5(1):3-7

*La réflexion éthique doit pouvoir aborder les problèmes les plus tabous, sans être un refuge à la démagogie et aux fausses solutions. Le secteur de la santé n'est pas un boulet de l'Économie nationale d'un pays, loin s'en faut. Crier au feu à cause du déficit en avançant une comptabilité à sommes nulles, relève presque de la malhonnêteté. En revanche, refuser de maîtriser les dépenses de santé, sous prétexte que celle-ci n'a pas de prix, relève là de l'inconscience et de l'irresponsabilité pour les générations à venir. Il appartient aux comités éthiques de trouver une place au juste milieu de ces deux discours, afin que chaque acteur de la santé, soignants et soignés comprennent les enjeux économiques et sociaux d'une bonne maîtrise des dépenses de santé.*

**De la fin de vie d'une personne âgée malade : questionner les pratiques**

Auteur(s) : Hecquet M

Source : Ethique et santé. 2008;5(1):8-11

*Le développement des soins palliatifs permet aujourd'hui d'évoquer la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées en maison de retraite, ces résidents qui choisissent de finir leur vie ici plutôt que chez eux ou à l'hôpital. Des points de vues éthique et psychologique, l'accompagnement des résidents malades en fin de vie vient interroger les pratiques et ceux qui y contribuent (psychologue, équipe soignante, bénévoles...). Cet article propose, à partir d'un cas clinique d'entamer une réflexion plus générale et adaptative à chaque situation d'accompagnement de fin de vie en gériatrie, en repérant les enjeux psychiques liés à la mort et à la fin de vie, en donnant du sens à ce qui est vécu et en créant du lien entre les accompagnateurs et les résidents, dans le respect de la parole et la dignité de la personne âgée malade en fin de vie.*

**Consentement aux soins, nouveau défi dans le contexte de la mondialisation**

Auteur(s) : Ntetu AL, Jean M

Source : Ethique et santé. 2008;5(1):40-44

*Les performances technologiques des dernières décennies ont favorisé le mouvement migratoire avec comme, entre autres conséquences, une concentration de plusieurs population dans un même espace géographique. Dans le domaine de la santé, les professionnels ont donc désormais non seulement à prodiguer des soins à des clients d'origines culturelles diverses, mais aussi à interagir quotidiennement avec des collègues qui ont un bagage culturel différent du leur. Dans un tel environnement, les décisions en matière de soins ne doivent plus être prises sur la base des analyses statistiques qui portent à favoriser les groupes majoritaires, mais plutôt sur la base individuelle qui prend en compte le contexte culturel de chaque client et la gestion des soins doit s'appuyer sur une philosophie qui considère le consentement aux soins et le refus des soins comme des droits inaliénables.*

**De quelques dimensions éthiques et philosophiques de la décision en santé publique... et ailleurs**

Auteur(s) : Grémy F

Source : Santé publique. 2008 Jul-Aug;20(4):327-339

*Les décisions en santé publique, ou en santé individuelle, sont prises par des hommes (individus ou collectifs) pour d'autres hommes (individus ou collectifs). Les valeurs humaines, c'est-à-dire ce qui relève de l'Éthique, sont donc en droit au premier plan. Trop souvent, sous prétexte qu'elles font appel à la subjectivité, elles n'apparaissent qu'après d'abondantes considérations techniques qui se parent, dans une société qui se veut scientifique, d'une prétention d'objectivité, bien entendu illusoire. L'auteur, se plaçant dans la lignée de*

Lévinas, de Ricœur, et aussi de Kant pour qui le « Que dois-je faire ? » est la question la plus fondamentale que doit affronter tout homme, développe quatre arguments qui plaident en faveur de la prééminence de l'Éthique, comme fondement des décisions de politique de santé. 1) Il rappelle les valeurs intangibles que sont l'Unicité et l'Universalité de l'espèce humaine d'une part, et la Singularité de la Personne de l'autre. 2) Il insiste sur le naufrage éthique qui menace l'ensemble du système de santé et de soins. 3) Il expose certains résultats de la neurophysiologie moderne (travaux de A.R. Damasio), rejoignant ici une intuition d'Aristote que le processus de décision comporte deux phases : la délibération et le choix. Damasio montre que l'absence d'émotion inhibe le choix dans toute décision, et tout particulièrement celles qui impliquent les valeurs humaines. 4) Il insiste enfin, d'après Edgar Morin, sur les difficultés pratiques et théoriques à prendre une bonne décision, et sur ce que Morin appelle « l'écologie de l'action », celle-ci pouvant souvent échapper complètement aux intentions des décideurs. Car « si l'homme fait l'Histoire, il ignore l'Histoire qu'il fait ».

#### **Leçon d'éthique publique**

Auteur(s) : Boisvert Y

Source : Santé publique. 2008 Jul-Aug;20(4):313-325

Plan de l'article :

- Introduction
- L'éthique publique et le pluralisme moral
- Dépasser les confrontations idéologico-morales
- Du débat social ouvert au dialogue démocratique
- Démocratie et prise de décision
- L'éthique publique et la crise de confiance face au système démocratique moderne
- L'éthique publique et la création de nouveaux espaces publics : vers une autorégulation des décideurs publics
- Conclusion

#### **Éthique et vaccination**

Auteur(s) : Gaudelus J

Source : Arch Pediatr. 2008 Jun;15(5):772-4.

*Dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, les vaccins ont une place prépondérante. Ils sont l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les vaccins sont d'une certaine façon victimes de leur succès, la population ayant souvent oublié jusqu'au nom des maladies contre lesquelles leurs enfants sont vaccinés et n'étant interpellée à leur propos qu'à leur propos qu'à travers la médiatisation d'effets indésirables attribués aux vaccins sans l'analyse critique indispensable.*

*L'obligation vaccinale tend à être remplacée par des recommandations ce qui a pour corollaire l'accroissement de la responsabilité de chacun : des décideurs, des acteurs, et des individus.*

*La dimension éthique visant à protéger la collectivité tout en respectant l'individu est devenue indispensable, elle ne peut qu'être dynamique et évoluer dans le temps. Le médecin y joue un rôle fondamental.*

#### **Sédation palliative: vers une standardisation de la surveillance clinique du patient?**

Auteur(s) : Beauverd M

Source : Palliative-ch. 2008;No1:17-20

*Cet article explore en quoi une démarche standardisée pourrait améliorer la prise en charge des patients chez qui une sédation palliative a du être entreprise. Nous analyserons plus spécifiquement les moyens ou les manques dont les cliniciens disposent pour évaluer le niveau de confort du patient sédaté. Finalement nous exposerons brièvement les perspectives de recherches qui existent dans ce domaine.*

#### **Consensus international du Groupe « Sédation palliative »**

Auteur(s) : Strasser F

Source : Palliative-ch. 2008 ;No1:13-15

*La décision d'administrer une sédation palliative et les modalités pratiques de cette dernière sont toujours sujet à controverse au niveau international. En 2002, dans le cadre d'une plat-forme de discussion, est née l'idée de trouver un consensus large et des recommandations communes sur la sédation palliative.*

#### **Le défin d'un partenariat**

Auteur(s) : Drozdek D.

Source : Soins infirmiers. 2008;9 :56-59

*La pratique des directives anticipées fait son chemin en milieu hospitalier. Dans le contexte des soins psychiatriques, des problèmes se posent en lien avec la perte de discernement – parfois temporaire – chez le patient. Cet article montre que les directives anticipées ont néanmoins leur place dans la prise en charge psychiatrique et contribuent à la qualité des soins.*

**Sedazione in cure palliative : attraverso la semantica per raggiungere i fondamenti etici**

Auteur(s) : Broeckaert B, Gamondi C, Cristina Marini M  
Source : Palliative-ch. 2008 ;No1:4-6

*La sedazione è da sempre teatro di molte controversie e ha fornito negli anni innumerevoli spunti di dibattito a livello internazionale. Le proporzioni della discussione sono significative. Ventafridda e collaboratori, nei primi anni novanta, hanno stimato che più del 50 % dei pazienti in fase terminale presentano sintomi fisici che possono essere controllati solo con l'ausilio di una sedazione profonda. Per quanto studi recenti, sebbene scarsi, abbiano dimostrato che questa frequenza sia in generale inferiore, la sedazione rimane necessaria per il controllo di sintomi specifici come la dispnea e il delirium in un numero rilevante di pazienti terminali (Faisinger et al.2000).*

**'Confidentiality smokescreens' and carers for people with mental health problems: the perspectives of professionals**

Auteur(s) : Gray B, Robinson C, Seddon D, Roberts A.  
Source : Health Soc Care Community. 2008 Jul;16(4):378-87

*This paper reports on some of the findings from a collaborative study funded by the Big Lottery and led by Crossroads Caring for Carers about carers for people with mental health problems. The protection and use of information in mental health are firmly rooted in ethics and professional codes, law and policy, as well as values and professional practice. While government initiatives have attempted to augment the role and rights of carers, policy guidance involving information sharing between professionals and carers has failed to deal with the practical dilemmas of patient confidentiality. Professional codes and training neither explore nor develop the moral and ethical ground that stands between the service user's need for privacy and the carer's need for information. Policy and training guidance on confidentiality is scattered, ambiguous, confusing for professionals and inconsistent. There is uncertainty in practice about the information that professionals may share, and many professionals do not take into account carers' rights, not least to basic information to help them care for service users. 'Confidentiality smokescreens' may sometimes lead to information being withheld from carers. Professionals sometimes find it easier and safer to say nothing. In order to explore these issues from the perspectives of professionals, 65 participants were interviewed. The sample included directors and senior staff from the health, social care and voluntary sectors. Respondents were asked to comment at length on their understanding of confidentiality and information sharing with carers. Findings highlight confidentiality smokescreens that erect barriers that limit effective information sharing; issues involving confidentiality, risk management and carers in crisis; examples of good practice; and the need for the training of professionals on confidentiality issues and the rights of carers. This paper explores the challenge of confidentiality smokescreens from the perspective of professionals, and draws out implications for professional practice and training.*

**Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review**

Auteur(s) : Bryon E, Gastmans C, de Casterlé BD  
Source : J Adv Nurs. 2008 Jul;63(1):2-14

*AIM: This paper is a report of a review of nurses' roles and their perceptions of these roles in decision-making processes surrounding artificial food and fluid administration in adult patients.*

*BACKGROUND: Of all caregivers, nurses have the closest and most trusting relationship with severely ill patients and their families during the entire end-of-life care process. As a result, nurses become closely involved in complex ethical decision-making processes concerning artificial administration of food or fluids for these patients.*

*DATA SOURCES: We searched seven electronic databases (1990-2007) and examined the reference lists of relevant papers.*

*REVIEW METHODS: This mixed methods review was conducted with guidance of the United Kingdom Centre for Reviews and Dissemination guidelines on systematic reviews.*

*RESULTS: Although their direct impact is limited, nurses play a significant indirect role during decision-making processes. Because of their unique position, they often initiate decision-making processes, function as patient advocates and provide guidance, information and support to patients and families. Although nurses considered their role to be very valuable, they felt that their role was not always defined clearly or appreciated. Whether nurses experience decision-making processes positively depended on several contextual factors.*

*CONCLUSION: Given their knowledge and practice skills, nurses are in a prime position to contribute valuably to decision-making processes. Nevertheless, they remain sidelined. For nurses to receive sufficient recognition, their decision-making tasks and responsibilities need to be clarified and made manifest to other participants.*

**Shifting moral values to enhance access to health care: harm reduction as a context for ethical nursing practice**

Auteur(s) : Pauly BB.

Source : Int J Drug Policy. 2008 Jun;19(3):195-204.

*BACKGROUND: People who are street involved including those experiencing homelessness and substance use are at increased risk of morbidity and mortality. Such inequities are exacerbated when those facing the greatest inequities in health have the least access to health care. These concerns have rarely been addressed in bioethics and there has been a lack of explicit attention to the dominant societal and organizational values that structure such injustices. The purpose of this paper is to describe the underlying value tensions that impact ethical nursing practice and affect equity in access to health care for those who are street involved.*

*METHODS: In this paper, findings from a larger qualitative ethnographic study of ethical practice in nursing in the context of homelessness and substance use are reported. The original research was undertaken in two 'inner city' health care centres and one emergency department (ED) to gain a better understanding of ethical nursing practice within health care interactions. Data were collected over a period of 10 months through face-to-face interviews and participant observation.*

*RESULTS: In order to facilitate access to health care for those who are street-involved nurses had to navigate a series of value tensions. These value tensions included shifting from an ideology of fixing to reducing harm; stigma to moral worth; and personal responsibility to enhancing decision-making capacity. A context of harm reduction provided a basis for the development of relationships and shifted the moral orientation to reducing harm as a primary moral principle in which the worth of individuals and the development of their capacity for decision-making was fostered.*

*CONCLUSIONS: Implementation of a harm reduction philosophy in acute care settings has the potential to enhance access to health care for people who are street involved. However, explicit attention to defining the harms and values associated with harm reduction is needed. While nurses adopted values consistent with harm reduction and recognized constraints on personal responsibility, there was little attention to action on the social determinants of health such as housing. The individual and collective role of professional nurses in addressing the harms associated with drug use and homelessness requires additional examination.*

**Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital**

Auteur(s) : Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK.

Source : J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):360-73.

*AIM: To determine the prevalence and contributing factors of moral distress in medical and surgical nurses.*

*BACKGROUND: Moral distress from ethical conflicts in the work environment is associated with burnout and job turnovers in nurses.*

*METHOD: A prospective cross-sectional survey using the Moral Distress Scale tool was administered to medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital.*

*RESULTS: The survey was completed by 260 nurses (92% response rate). The intensity of moral distress was uniformly high to situations related to physician practice, nursing practice, institutional factors, futile care, deception and euthanasia. Encounter frequencies for situations associated with futile care and deceptions were particularly high. Encounter frequencies increased with years of nursing experience and caring for oncology and transplant patients.*

*CONCLUSION: Moral distress is common among nurses in acute medical and surgical units and can be elicited from different types of situations encountered in the work environment. Nursing experience exacerbated the intensity and frequency of moral distress.*

*IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: Strategies aimed to minimize exposure to situations of moral distress and augment mechanisms mitigating its effect on nurses are necessary to enhance job satisfaction and retention.*