



## Revue bibliographique infirmière No 2 Octobre 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 : .....

**A l'épreuve du refus**

Auteur(s) : Belfer R

Source : L'infirmière magazine 2009 ;252 :28-30

*Les infirmières sont souvent confrontées aux décisions de patients ne souhaitant pas, ou plus, recevoir de soins. Les réponses à apporter relèvent surtout des échanges avec les malades et de la réflexion collective des équipes.*

**Directives anticipées: une aide à la prise de décision ?**

Auteur(s) : Lack P

Source : Palliative-ch 2009 ; 2 :8-9

*C'est au cours de ces dernières décennies que les directives anticipées se sont imposées comme outil permettant aux patients de déterminer par eux-mêmes les interventions qu'ils souhaitent et ne souhaitent pas. Afin de mieux comprendre les opportunités, mais aussi les limites et les contraintes liées à la rédaction et à la mise en oeuvre de cet instrument, nous proposons quelques considérations sur les circonstances historiques de son apparition et sur les différentes intentions qui peuvent le sous-tendre.*

**Directives anticipées en gériatrie : entre espoirs et dilemmes [résumé]**

Auteur(s) : Ambrosio A, Bordoni F, Di Bernardo V, Malacrida R

Source : Palliative-ch 2009 ; 2 :28-29

*Le droit à l'autodétermination est avant tout un droit qui se définit par sa négative, puisqu'en médecine il consiste à défendre la valeur de l'autonomie du sujet, garantissant ainsi au patient la possibilité de refuser les propositions des soignants. A cet égard, les directives anticipées sont l'instrument conçu sur le plan légal pour étendre l'exercice de la liberté d'autodétermination aux situations dans lesquelles le sujet de possède plus sa capacité de discernement.*

**Dans quelle mesure les directives anticipées sont-elles contraignantes? : la situation juridique en Suisse [résumé]**

Auteur(s) : Salathé M

Source : Palliative-ch 2009 ; 2 :39

*La situation actuelle est confuse. Une législation concernant les directives anticipées ou les représentants thérapeutiques n'existe actuellement qu'au niveau cantonal et que dans certains cantons. Avec la révision du droit tutélaire (protection des adultes, droit des personnes, droit des enfants), le législateur fédéral a maintenant introduit la notion des directives anticipées et du représentant thérapeutique dans la législation fédérale.*

**Euthanasie : un dialogue ouvert est nécessaire**

Auteur(s) : Hediger R

Source : Soins infirmiers 2009 ; 102(7) :41-43

*Bien que l'assistance à la mort ne soit pas de leur ressort, les infirmières sont elles aussi confrontées à des patients qui souhaitent mourir dans la dignité. Pour pouvoir faire face, une culture de dialogue ouvert est indispensable, tout comme une bonne connaissance des aspects juridiques, religieux et éthiques.*

**Mourir aujourd'hui : l'enjeu d'un apprentissage collectif**

Auteur(s) : Boitte P, Cobbaut JP

Source : Bioethica Forum 2009 ;2(1) :10-15

*La quête sociale d'une bonne mort se traduit aujourd'hui soit par l'accompagnement des mourants par la*

Octobre 2009

médecine, soit par l'exigence d'un droit de mourir refusant la gestion médicale de la fin de vie. L'hypothèse que nous voudrions défendre dans ce texte, au départ de la situation française, est que les débats et l'adoption de réglementations en matière de fin de vie n'apportent pas à eux seuls de réponses suffisantes au vu des questions complexes qui émergent aujourd'hui en fin de vie. Cette complexité nécessite, selon nous, l'explicitation d'une articulation réfléchie entre les dispositifs institutionnels et les contextes d'action en fin de vie en vue de permettre un meilleur apprentissage social de ce qu'est mourir aujourd'hui.

**Comment une équipe de soins palliatifs peut-elle aborder les demandes de suicide assisté ?**

Auteur(s) : Moynier-Vantieghem K  
Source : Bioethica Forum 2009 ;2(1) :16-22

*Les équipes de soins palliatifs de Suisse romande sont régulièrement confrontées à des patients faisant une demande d'assistance au suicide. Cet article apporte une réflexion sur la manière dont ces équipes peuvent gérer ces demandes qui sont souvent le reflet d'une souffrance importante dont il importe de comprendre toutes les composantes et nuances afin de proposer des ressources et solutions dans le but de les atténuer. Ceci permet de soulager, mission principale de ces équipes, la plupart des sources de souffrance physique, psychique et spirituelle. La complexité des situations est élevée, elle nécessite une prise en charge rigoureuse, professionnelle et compétente qui tiendra compte de l'ambivalence du patient, de sa liberté de choix tout en intégrant l'éthique professionnelle et personnelle de chaque soignant. Ces situations ne devraient être gérées qu'en équipe, chaque équipe mettant en place une philosophie institutionnelle ainsi qu'une démarche clinique permettant de proposer toutes les alternatives possibles.*

**Réflexion éthique autour des pratiques soignantes en chambre mortuaire**

Auteur(s) : Warnet S  
Source : Revue de l'infirmière 2008 ; 146 :23-24

*Depuis trois ans, l'équipe de la chambre mortuaire de l'Hôpital Bichat (AP-HP) à Paris prolonge sa démarche quotidienne du prendre soin des personnes défuntées et de leurs proches par une analyse des pratiques professionnelles. La recherche de l'amélioration de la qualité dans les soins s'éclaire, pour eux, d'une dimension éthique.*

**Comment caractériser et envisager une situation d'éthique clinique ?**

Auteur(s) : Svandra P  
Source : Revue de l'infirmière 2008 ; 146 :20-21

*Dans le quotidien des soignants, fréquentes sont les situations de soins humainement complexes, vécues avec un patient donné à un moment précis. Mené en équipe, le questionnement éthique ouvre la réflexion et envisage le champ des possibles à la recherche de la meilleure des décisions.*

**Les DRG: l'éthique contre l'économie ?**

Auteur(s) : Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N  
Source : Bulletin ASSM 2009 ; 1 :1-5

*L'introduction en Suisse des forfaits par cas - également appelés DRG (diagnosis related groups) ou GHM (groupes homogènes de malades) - correspond à un changement de système: ce n'est plus la planification des infrastructures et des lits qui se trouve placée au premier plan, mais une rémunération liée aux prestations, qui se conforme aux activités caractérisitiques définies pour le diagnostic correspondant. On espère réaliser des économies substantielles dans le domaine de la santé grâce à ce changement de système. Mais en même temps, des craintes de voir les DRG conduire à une baisse de la qualité des soins se font jour. Dans l'article suivant, Dr Verina Wild, lic. phil. Eliane Pfister et la Professeure Nikola Biller-Andorno de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich présentent le contexte de l'introduction des GHM, examinent les conséquences possibles pour les patients et les professionnels de la santé et expliquent pourquoi une recherche éthique d'accompagnement s'impose.*

**Problématiques éthiques liées à une organisation inadéquate du care entre infirmières et aides-soignantes dans un service de gériatrie**

Auteur(s) : Esman S, Nimis J-L, Molinier P  
Source : Ethique et santé 2009 ; 6(1) :37-42

*Cet article montre combien une attitude non éthique vis-à-vis de personnes âgées s'inscrit dans une mauvaise organisation intra équipe, notamment autour du care. À partir d'une situation de maltraitance invoquée auprès de personnes âgées, l'enquête de psychodynamique du travail réalisée auprès d'infirmières d'un service de gériatrie a mis en évidence que cette accusation s'inscrivait dans un contexte de dégradation de la coopération entre infirmières et aides-soignantes. La crise a révélé un déficit des règles et des accords normatifs qui fixent ce qu'il est possible de faire, de demander ou d'évaluer dans le cadre de la division du travail de care entre aides-soignantes et infirmières. Analyser des comportements dits inéthiques amènent*

bien souvent à rechercher non pas « un ou le » coupable mais à questionner l'éthos, c'est-à-dire l'art du vivre ensemble, et donc la mise en forme de l'organisation du travail. À n'en pas douter, une simple gestion administrative et réglementaire de cette organisation du travail ne rend pas compte de l'éthos.

**Agir pour les personnes handicapées : de la technique à l'éthique**

Auteur(s) : Grison D

Source : Ethique et santé 2009 ; 6(1) :11-16

*Le niveau de vie des pays « développés » s'est énormément élevé depuis les débuts de l'ère industrielle. On aurait pu espérer que les personnes les moins favorisées – dont les personnes handicapées – en auraient bénéficié et seraient aujourd'hui parfaitement intégrées. C'est encore loin d'être le cas. Les moyens qui leur sont consacrés sont insuffisants. Mais cet article voudrait mettre l'accent sur une autre lacune : il propose de réfléchir sur le concept d'action et de découvrir qu'il recouvre bien autre chose que le seul agir technique. Ressaisir toutes les dimensions de l'action, voilà peut-être la véritable condition pour faire accéder les personnes handicapées et, au-delà, tous les membres de la société, à une vie bonne, qui est tout autre chose qu'une vie vouée à la quête des richesses matérielles.*

**L'éthique du care**

Auteur(s) : Bitz J

Source : Ethique et santé 2009 ; 6(1) :25-31

*Peut-on être juste envers les autres sans prendre en compte la particularité de leur situation ? Parce qu'agir dans le bon sens ne consiste pas forcément à agir selon des principes abstraits et impartiaux, l'éthique du care s'efforce de penser la justice en replaçant l'importance de la sollicitude au sein de la réflexion morale. Bien que ce type d'éthique se trouve souvent relégué à la sphère privée et familiale, son application est réelle dans le domaine public, ce qui nous invite à mesurer l'importance du care dans la vie et la communauté humaine. Alors que les situations de dépendance ont tendance à accroître l'exclusion des personnes, l'éthique du care envisage un rapport aux autres plus juste tout en élargissant cette réflexion au champ de la politique sociale et des institutions relatives à la prise en charge des personnes non autonomes.*

**Workplace stress and ethical challenges experienced by nursing staff in a nursing home**

Auteur(s) : VonDras DD, Flittner D, Malcore SA, Pouliot G

Source : Educational Gerontology 2009; 35: 323-41.

*This research explores the workplace stress and ethical challenges reported by healthcare staff in a nursing home. A brief self-report survey was administered to 44 members of the nursing staff in a not-for-profit nursing home. The survey included items that elicited identification of specific workplace stressors and ethical challenges and global assessments of job-satisfaction, psychological stress, and perceived pressures that may affect provision of care. There were also items dealing with the perceived benefit of prospective in-service training programs. Content analyses indicated interactions with residents as the most frequent source of stress and ethical challenges encountered by nursing staff. Further, results of correlational analyses suggested psychological stress to be associated with job satisfaction and pressure to take shortcuts in the provision of care. Continuing education via in-service training that addresses workplace stress and ethical challenges in nursing care is discussed.*

**Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people**

Auteur(s) : Rees J, King L, Schmitz K

Source : Nursing Ethics 2009; 16(4):436-452

*The aim of this thematic literature review is to explore nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. Electronic databases were searched from September 1997 to September 2007 using specific key words with tight inclusion criteria, which revealed 17 primary research reports. The data analysis involved repeated reading of the findings and sorting of those findings into four themes. These themes are: sources of ethical issues for nurses; differences in perceptions between nurses and patients/relatives; nurses' personal responses to ethical issues; and patient-nurse relationship. The findings reveal that ageism is one of the major sources of the ethical issues that arise for nurses caring for older people. Education and organizational change can combat ageist attitudes. Wider training is required in the care of older people, workplace skills, palliative care and pain management for older people. The demands of a changing global demography will necessitate further research in this field.*

**Metasynthesis: withdrawing life-sustaining treatments: the experience of family decision-makers**

Auteur(s) : Meeker MA, Jezewski MA

Source : Journal of Clinical Nursing 2009 ; 18(2) :163-173

*AIM: The present study was undertaken to synthesise findings from qualitative investigations of family participation in decisions to withdraw and/or withhold life-sustaining treatment from a seriously ill family member. BACKGROUND: As a consequence of increasing effectiveness and sophistication of available medical interventions, death is commonly preceded by a decision to withdraw or withhold potentially life-sustaining treatments. These decisions take place in a bioethical context characterised by the pre-eminence of self-determination, but patients are typically too ill to make their own decisions. Thus, family members are called upon to participate in these morally consequential decisions on the patient's behalf. DESIGN: Metasynthesis. METHOD: Metasynthesis is a form of inquiry that provides for integration of qualitative studies' findings to strengthen knowledge for practice and advance theoretical development. This metasynthesis was conducted using the constant comparative methods of grounded theory. RESULTS: Family members engage in a process of participation in decision-making that is comprised of three major categories: reframing reality, relating and integrating. Surrogates used both cues and information as they reframed their understanding of the patient's status. Relationships with providers and with other family members powerfully influenced the decision-making process. Integrating was characterised by reconciling and going forward. This part of the process has both intrapersonal and interpersonal aspects and describes how family decision-makers find meaning in their experience and move forward in their lives. CONCLUSIONS: This synthesis provides a more comprehensive and empirically supported understanding of family members' experiences as they participate in treatment decisions for dying family members. Relevance to clinical practice. This metasynthesis provides evidence to improve family care during treatment withdrawal/withholding decision-making and a theoretical model that can be used to guide creation of clinical practice guidelines. Through increased understanding of family members' experiences, clinicians can more effectively support family decision-making processes.*

**Nurses' moral problems in dialysis**

Auteur(s) : Hermesen M, van der Donk M

Source : Nursing Ethics 2009 ; 16(2) :184-190

*This article gives an overview of the moral problems experienced and described by nurses working in a dialysis unit in the Netherlands. The nurses raised a wide variety of issues that they considered were moral problems, which were grouped into seven topics. A selection of cases are described, one of which is analysed using the Nijmegen method of ethical case deliberation. This method facilitates practical approaches to the different types of moral problems encountered. The argument is made that, owing to their specific moral position and responsibility, nurses' contribution to ethical reflection in ward discussions should be valued more. All caregivers involved are indispensable in developing a basis for well-reasoned decisions when deliberating about moral problems.*

**Ethical discernment and action: the art of pause**

Auteur(s) : Hylton Rushton C

Source : AACN Advanced Critical Care 2009;20(1):108-111

*Do you ever notice how difficult it becomes when you are embroiled in an ethical conflict to stop long enough to reflect on your own motivations, much less the motivations of others? Or how easily we begin to create our own story about the situation, often projecting meanings and understandings through our own filters? Sometimes the most difficult thing to do is to create enough space for something new to emerge. Often we are busy justifying our own position, searching for the reasons the other person is wrong, and working hard to manipulate the outcome to the one we desire. Sound familiar? This dynamic becomes intensified when we are in situations where deeply held values are at stake, where outcomes are irreversible, and where human beings' lives hang in the balance. Creating a space to pause and reflect can be an important intervention for critical care nursing leaders. Many benefits are described in this article for creating a space for pause.*