

CODE DE déontologie

DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

ÉDITION DU CENTENAIRE 2008



ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Téléphone : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télécopieur : 613-237-3520
www.cna-aiic.ca

Juin 2008

ISBN 978-1-55119-183-6

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	1
But du code	2
Fondement du code	2
Utilisation du code dans la pratique infirmière	4
Types d'expériences et de situations éthiques	6
Partie I : Valeurs infirmières et responsabilités déontologiques	8
A. Fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique	8
B. Promouvoir la santé et le bien-être	10
C. Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées	11
D. Préserver la dignité	13
E. Respecter la vie privée et protéger la confidentialité	15
F. Promouvoir la justice	17
G. Accepter l'obligation de rendre compte	18
Partie II : Efforts éthiques	20
Glossaire	22
Annexes	29
Annexe A: Historique du Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	30
Annexe B: Contexte du code	31
Annexe C: Modèles éthiques	36
<i>Un modèle éthique pour la réflexion : des questions à se poser</i> ..	36
<i>Autres modèles et guides sur la prise de décisions éthiques : ressources et applications</i>	39

Pour alléger la lecture de ce document en français, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête. Par ailleurs, le terme infirmière s'applique à toute infirmière portant le titre réservé d'« infirmière autorisée », d'« infirmière immatriculée » ou d'« infirmière ».

Annexe D: Application du code dans des situations choisies 41

Comment réagir conformément à l'éthique lorsqu'on s'aperçoit que des soins ne sont pas compétents, compatissants, sécuritaires ou conformes à l'éthique 41

Considérations déontologiques lorsqu'il s'agit de répondre à des attentes contraires à sa propre conscience 43

Considérations déontologiques pour les infirmières lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, de l'écllosion d'une maladie transmissible ou d'une pandémie 46

Considérations déontologiques concernant les relations avec les étudiantes en sciences infirmières 49

Comment agir conformément à l'éthique lorsqu'il s'agit d'exercer des moyens de pression au travail 50

Références 52

Resources en matière d'éthique et de déontologie 57

PRÉAMBULE

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*¹ de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada énonce les **valeurs**² éthiques³ des **infirmières** et leurs engagements à l'égard des personnes ayant des besoins en soins de santé et les **personnes prises en charge**. Il s'adresse aux infirmières travaillant dans tous les milieux et tous les domaines de pratique infirmière⁴, ainsi qu'à tous les niveaux décisionnels. Il a été préparé par des infirmières pour les infirmières, en vue de les aider à exercer leur profession de façon éthique et à affronter les défis éthiques qui se dressent dans la prestation des soins aux personnes, aux **familles** et aux communautés et dans les systèmes de santé publique.

Le contexte social dans lequel les infirmières travaillent évolue constamment et peut avoir une grande influence sur leur pratique. La qualité du milieu de travail dans lequel œuvrent les infirmières est également essentielle à leur capacité d'exercer leur profession de façon éthique. Le Code de déontologie est révisé périodiquement (voir l'annexe A) afin que, reflétant l'évolution des valeurs et des conditions sociales qui concernent le public, les infirmières, les autres **fournisseurs de soins de santé** et le système de soins de santé, il reste bien adapté aux besoins des infirmières. (Voir à l'annexe B une liste des changements sociétaux qui pourraient toucher la pratique infirmière au cours de la prochaine décennie.) En sensibilisant davantage les infirmières du Canada aux enjeux éthiques, les révisions périodiques permettent de faciliter le dialogue entre elles et de favoriser leur engagement à cet égard.

¹ Dans ce document, le terme *infirmière* inclut toute infirmière autorisée à exercer en pratique avancée, comme c'est le cas de l'infirmière praticienne.

² Les termes ou expressions en caractères gras figurent dans le glossaire. Ils ne sont indiqués en caractères gras que lors de leur première occurrence.

³ Dans ce document, suite à une consultation auprès d'infirmières éthiciennes et de philosophes, nous avons employé indifféremment les termes *éthique* et *moral*. Toutefois, nous reconnaissons que cet usage n'est pas universel.

⁴ Dans ce document, *pratique infirmière* désigne tous les types de pratique, notamment les soins directs (y compris en santé communautaire et en santé publique), l'enseignement, l'administration, la recherche et l'élaboration de politiques.

BUT DU CODE

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* sert de fondement à la pratique déontologique des infirmières. Les valeurs et les responsabilités déontologiques que l'on s'attend à trouver ancrées chez les infirmières au Canada sont énoncées de manière précise dans la partie I. Les efforts que les infirmières peuvent déployer pour lutter contre les **injustices** sociales dans le cadre d'une pratique conforme à l'éthique sont présentés dans la partie II.

Le Code donne des conseils au sujet de la perspective éthique des relations, des responsabilités, des comportements et des décisions des infirmières, et doit être utilisé de concert avec les normes professionnelles, les lois et les règlements qui guident la pratique.

Il s'agit d'un outil d'autoévaluation et de réflexion personnelle visant à favoriser le caractère éthique de la pratique infirmière et devant servir de fondement à la rétroaction et à l'examen par les pairs. Le Code sert également de cadre éthique à partir duquel les infirmières peuvent **plaider en faveur de** l'établissement de **milieux de pratique de qualité** qui appuient la prestation de soins sécuritaires, **compatissants**, compétents et conformes à l'éthique.

Les infirmières reconnaissent le privilège de faire partie d'une profession autoréglémentée et endossent les responsabilités liées à ce privilège. Le Code informe les autres professionnels de la santé ainsi que le public des engagements éthiques des infirmières et des responsabilités assumées par ces dernières dans le cadre de leur profession autoréglémentée.

FONDEMENT DU CODE

La pratique infirmière respectueuse de l'éthique englobe des responsabilités déontologiques de base que les infirmières sont tenues d'assumer. Les infirmières doivent rendre compte de l'exercice de ces responsabilités dans leurs relations professionnelles avec les personnes, les familles, les groupes, les populations, les communautés et les collègues.

L'**éthique** infirmière s'intéresse aussi à la mesure dans laquelle les grandes questions sociales touchent la **santé** et le **bien-être**. Cela signifie que les infirmières s'efforcent de se tenir au courant des aspects de la **justice sociale** qui touchent la santé et le bien-être et de préconiser le changement. Bien que ces efforts éthiques ne comptent pas parmi les responsabilités déontologiques de base des infirmières, ils font partie de la



pratique déontologique respectueuse de l'éthique et sert d'outil pratique de motivation et d'éducation pour toutes les infirmières.

Le Code est divisé en deux parties :

PARTIE I : La partie I, « Valeurs infirmières et responsabilités déontologiques », décrit les responsabilités de base qui sont au cœur de la pratique infirmière respectueuse de l'éthique. Ces responsabilités déontologiques, qui s'articulent autour de sept valeurs principales accompagnées chacune d'énoncés connexes, sont ancrées dans les relations professionnelles des infirmières avec les personnes, les familles, les groupes, les populations et les communautés, ainsi qu'avec les étudiantes, les collègues et les autres professionnels de la santé. Les sept valeurs principales sont les suivantes :

1. Fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique
2. Promouvoir la santé et le bien-être
3. Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées
4. Préserver la dignité
5. Respecter la **vie privée** et protéger la **confidentialité**
6. Promouvoir la **justice**
7. Accepter l'obligation de rendre compte

PARTIE II : La pratique infirmière respectueuse de l'éthique consiste à traiter des grands aspects de la justice sociale qui sont associés à la santé et au bien-être. La partie II, « Efforts éthiques », décrit les mesures que peuvent prendre les infirmières pour lutter contre les injustices sociales.

UTILISATION DU CODE DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Les valeurs sont liées et se chevauchent. Il est important de toujours garder à l'esprit toutes les valeurs du Code afin de protéger la dignité de tous. Dans la pratique des soins de santé, les valeurs peuvent entrer en conflit. Ces conflits de valeurs doivent être examinés attentivement dans le cadre de chaque situation donnée. Lorsque de tels conflits surviennent, ou lorsqu'il est nécessaire d'analyser à fond une situation d'ordre moral, nombreuses sont les infirmières qui utilisent un modèle éthique pour guider leur réflexion, leur questionnement et leur prise de décisions (voir l'annexe C).

La pratique infirmière comporte des dimensions juridiques aussi bien qu'éthiques. Néanmoins, la loi et l'éthique demeurent distinctes. Idéalement, un système législatif serait entièrement compatible avec les valeurs de ce Code. Cependant, dans certaines situations, les infirmières ont besoin de **collaborer** avec d'autres personnes pour modifier une loi ou une politique qui n'est pas compatible avec la déontologie de leur profession. Dans ce cas, le Code peut les guider et les aider à préconiser des changements aux lois, aux politiques et à la pratique. Le Code peut être un instrument politique puissant pour les infirmières soucieuses de pouvoir pratiquer de manière respectueuse de l'éthique.

Les infirmières doivent veiller à l'éthique de leur pratique. Étant donné la complexité des situations éthiques, le Code ne peut que donner un aperçu des responsabilités déontologiques des infirmières et guider ces dernières dans leur réflexion et leur prise de décisions. Il ne peut garantir que la pratique sera respectueuse de l'éthique. Pour assurer une pratique respectueuse de l'éthique, d'autres éléments sont nécessaires, tels que l'engagement à faire le bien, la sensibilité et la réceptivité aux questions éthiques, ainsi que la volonté d'établir des relations avec les personnes prises en charge ou les groupes, les populations et les communautés qui ont des problèmes et des besoins en matière de soins de santé. Les milieux de pratique ont une grande influence sur la capacité des infirmières de respecter la déontologie dans l'exercice de leur profession. De plus, la réflexion personnelle et le dialogue des infirmières avec leurs collègues et d'autres fournisseurs de soins sont des composantes essentielles de la pratique infirmière respectueuse de l'éthique. L'importance du milieu de travail et de la pratique réflexive est soulignée ci-après.

Milieux de pratique de qualité

En tant que personnes et membres de groupes, les infirmières préconisent des milieux de pratique qui maximisent la qualité des résultats pour les patients, la santé et le bien-être des infirmières, le rendement organisationnel et les résultats sociaux (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2006). De tels milieux de pratique disposent des structures organisationnelles et des ressources nécessaires pour assurer la sécurité, le soutien et le respect de toutes les personnes qui y travaillent. Les autres professionnels de la santé, organisations et décideurs à l'échelle régionale, provinciale ou territoriale, nationale et internationale influencent grandement la pratique déontologique.

Dialogue et réflexion personnelle des infirmières

L'établissement de milieux de pratique de qualité est essentiel pour pratiquer de manière éthique, mais cela n'est pas suffisant. Les infirmières doivent reconnaître qu'elles sont des **agents moraux** au niveau de la prestation de soins, ce qui signifie qu'elles doivent se comporter conformément à l'éthique dans leur travail et leur façon d'interagir avec les personnes prises en charge. Dans tous les champs de la profession, les infirmières doivent examiner leur pratique, la qualité de leurs interactions avec les autres et les ressources dont elles ont besoin pour maintenir leur propre bien-être. Il est particulièrement nécessaire et urgent que les infirmières travaillent avec les autres intervenants (c.-à-d. les autres infirmières et les autres professionnels de la santé) et avec le public, afin de créer des **communautés morales** qui permettent la prestation de soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique.

L'éthique infirmière se penche sur l'éventail des grandes questions de l'éthique des soins de santé, mais elle est d'abord axée sur l'accomplissement des devoirs professionnels au quotidien. La façon dont les infirmières veillent à l'éthique dans leurs interactions quotidiennes, leur questionnement sur la pratique de leur profession et leur réflexion au sujet de leur engagement éthique envers les personnes qu'elles soignent, constituent l'essentiel de la **déontologie quotidienne**.

Dans l'exercice de leur profession, les infirmières vivent des situations de nature éthique. Les valeurs et les responsabilités présentées dans le Code ont pour objet d'aider les infirmières à affronter ces expériences dans le contexte unique de leur pratique.

TYPES D'EXPÉRIENCES ET DE SITUATIONS ÉTHIQUES

Lorsque une infirmière peut reconnaître la nature d'une préoccupation éthique à laquelle elle est confrontée, elle peut mieux en discuter avec ses collègues et sa superviseuse, prendre des mesures pour s'occuper de la question dès le début et recevoir le soutien et les conseils nécessaires pour la régler. Souvent, le fait de définir une préoccupation éthique peut constituer un moment décisif à partir duquel des résultats positifs découlent d'expériences initialement difficiles. De nombreux termes peuvent aider les infirmières à déterminer la nature de leurs expériences éthiques, à y réfléchir et à en discuter avec d'autres personnes⁵:

Les problèmes éthiques sont des situations dans lesquelles il existe des conflits entre une ou plusieurs valeurs et de l'incertitude quant à la ligne de conduite à adopter. Les problèmes éthiques touchent des questions relatives à ce qu'il est bon ou bien de faire sur le plan individuel, interpersonnel, organisationnel et même social.

L'incertitude éthique (ou morale) survient lorsqu'une infirmière est indécise, incapable de penser clairement à la conduite à tenir, ou même simplement de reconnaître le problème moral, et que cette situation la met mal à l'aise et lui est désagréable.

Les questions ou les dilemmes éthiques sont des situations dans lesquelles il existe des raisons convaincantes à la fois pour et contre deux ou plusieurs lignes de conduite possibles, et dans lesquelles choisir une ligne de conduite signifie qu'une autre est abandonnée ou délaissée. Les vrais dilemmes sont rares dans le domaine des soins de santé. Ce que l'on rencontre le plus souvent, ce sont des problèmes éthiques complexes avec de multiples lignes de conduite possibles.

Le désarroi éthique (ou moral) survient dans des situations où les infirmières savent ou croient savoir ce qui devrait être fait, mais dans lesquelles, pour différentes raisons (y compris la peur et des circonstances hors de leur contrôle), elles ne prennent pas ou ne peuvent pas prendre les mesures appropriées ou empêcher un préjudice précis. Lorsque les valeurs et les engagements sont ainsi compromis, l'identité et l'**intégrité** des infirmières en tant qu'agents moraux sont touchées, ce qui est la cause de désarroi moral.

⁵ Ces situations sont extraites de l'AIC, 2004b; de Fenton, 1988; de Jameton, 1984; et de Webster et Baylis, 2000.

Le résidu éthique (ou moral) est le vécu des infirmières lorsqu'elles manquent gravement à leurs obligations éthiques ou acceptent des situations qui les obligent à y manquer. Le résidu moral qu'elles traînent ainsi avec elles peut aider les infirmières à réfléchir aux possibilités d'agir différemment dans des situations similaires à l'avenir.

Le désengagement éthique (ou moral) commence lorsqu'une infirmière se met à considérer comme normal le fait d'ignorer ses engagements éthiques. L'infirmière peut alors devenir apathique ou se désengager à un point tel qu'elle peut manquer d'amabilité ou de compassion ou même devenir cruelle à l'égard des autres soignants et des personnes prises en charge.

La violation des règles éthiques est une action, ou le fait d'omettre une action, qui contrevient au devoir fondamental qu'ont les infirmières à l'égard des personnes prises en charge ou des collègues et des autres fournisseurs de soins de santé.

Le courage éthique (ou moral) est une situation dans laquelle une infirmière demeure ferme quant à un principe moral ou à une décision précise malgré l'immense peur que cela peut lui inspirer ou la menace que cela fait peser sur elle.

PARTIE I : VALEURS INFIRMIÈRES ET RESPONSABILITÉS DÉONTOLOGIQUES

Les infirmières de tous les domaines de la pratique assument les responsabilités déontologiques énoncées sous chacune des sept principales valeurs infirmières⁶. Ces responsabilités s'appliquent aux rapports des infirmières avec les personnes, les familles, les groupes, les populations, les communautés et la société, ainsi qu'avec les étudiants, les collègues et les autres professionnels de la santé. Elles aident les infirmières à appliquer le Code et servent également à exposer les valeurs infirmières auprès des employeurs, des autres professionnels de la santé et du public. Les infirmières aident leurs collègues à appliquer le Code et s'assurent que les étudiantes en sciences infirmières le connaissent.

A. FOURNIR DES SOINS SÉCURITAIRES, COMPATISSANTS, COMPÉTENTS ET CONFORMES À L'ÉTHIQUE

Les infirmières offrent des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique.

Responsabilités déontologiques :

1. Au cours de leurs interventions et de leurs interactions avec les personnes prises en charge, les familles, les communautés, les groupes, les populations et les autres membres de l'**équipe de soins de santé**, les infirmières sont tenues de se comporter conformément aux responsabilités déontologiques énoncées dans le présent document, ainsi que dans les normes de pratique.
2. Les infirmières fournissent des soins compatissants en utilisant des paroles et un langage corporel appropriés, ainsi qu'en faisant des efforts pour comprendre et satisfaire les besoins des autres en matière de soins de santé.
3. Les infirmières font des efforts conscients pour établir des relations de confiance qui constituent le fondement de communications significatives. Ces relations sont essentielles pour comprendre les besoins et les préoccupations des autres.

⁶ Les énoncés de valeurs et de responsabilités du Code sont classés par lettres et numérotés pour faciliter leur utilisation, et non pour indiquer leur priorité. Les valeurs sont reliées entre elles et peuvent se chevaucher.

4. Les infirmières remettent en question et cherchent à contrer les pratiques ou les conditions qui, n'étant pas favorables à la sécurité, à la compassion, à l'éthique ou à la compétence, nuisent à leur capacité de prodiguer des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique, et elles appuient les autres personnes qui font de même (voir l'annexe D).
5. Les infirmières admettent leurs erreurs⁷ et prennent toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou minimiser les préjudices découlant d'un **événement indésirable**. Elles travaillent, en collaboration avec les autres personnes intéressées, à la réduction des risques futurs et des préjudices évitables (voir l'annexe D).
6. Lorsque les ressources manquent pour fournir les soins désirables, les infirmières travaillent, en collaboration avec les autres personnes intéressées, à l'ajustement des priorités et à la minimisation des préjudices. Elles informent les personnes prises en charge, les familles et les employeurs des changements potentiels et réels apportés dans la prestation de soins. Elles informent les employeurs des menaces potentielles pour la sécurité.
7. Les infirmières qui prévoient exercer des moyens de pression au travail ou qui travaillent dans un milieu où des moyens de pression sont exercés doivent prendre des mesures pour protéger la santé et la sécurité des personnes pendant l'exercice de ces pressions (voir l'annexe D).
8. Lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, y compris lors de flambées épidémiques, les infirmières ont l'**obligation de prodiguer des soins** tout en respectant les mesures de sécurité appropriées (voir l'annexe D).
9. Les infirmières participent aux recherches et aux autres activités qui favorisent la prestation de soins sécuritaires, compétents, compatissants et conformes à l'éthique, les appuient et en utilisent les résultats. Elles utilisent des lignes directrices sur l'éthique de la recherche⁸ qui sont conformes aux valeurs infirmières.

⁷ Les lois provinciales et territoriales ainsi que les normes de la pratique infirmière peuvent comprendre d'autres directives sur les exigences en matière de divulgation et de déclaration.

⁸ Voir *Les lignes directrices déontologiques à l'intention des infirmières effectuant des recherches* (AIIIC, 2002) et *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 1998).

10. Les infirmières s'efforcent de prévenir et de minimiser toute forme de **violence** en anticipant et en évaluant les risques de situation violente et en travaillant, en collaboration avec les autres personnes intéressées, à la prise de mesures préventives. Lorsqu'il est impossible d'anticiper ou de prévenir la violence, les infirmières doivent prendre des mesures pour minimiser les risques afin de protéger autrui et de se protéger elles-mêmes.

B. PROMOUVOIR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Les infirmières s'efforcent d'aider les personnes à atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible.

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières fournissent des soins axés d'abord et avant tout sur la santé et le bien-être des personnes, des familles ou des communautés confiées à leurs soins.
2. Lorsqu'une intervention en santé communautaire porte atteinte aux droits individuels des personnes prises en charge, les infirmières emploient et recommandent les mesures les moins restrictives possible pour ces personnes.
3. Les infirmières collaborent avec d'autres fournisseurs de soins de santé et d'autres parties concernées afin de maximiser les avantages pour la santé des personnes prises en charge ou ayant besoin de soins de santé, tout en reconnaissant et en respectant les connaissances, les compétences et les points de vue de tous.

C. PROMOUVOIR ET RESPECTER LA PRISE DE DÉCISIONS ÉCLAIRÉES

Les infirmières reconnaissent, respectent et favorisent le droit des personnes d'être informées et de prendre des décisions.

Responsabilités déontologiques :

1. Dans la mesure du possible, les infirmières fournissent aux personnes prises en charge les renseignements dont celles-ci ont besoin pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être. Les infirmières s'efforcent également de garantir que les renseignements sur la santé sont communiqués de façon ouverte, précise et transparente aux personnes, aux familles, aux groupes, aux populations et aux communautés prises en charge.
2. Les infirmières respectent la volonté que des personnes **capables** expriment au sujet de leur refus de recevoir des renseignements sur leur état de santé.
3. Les infirmières acceptent que des personnes capables puissent attacher une autre importance qu'elles-mêmes à l'individualisme et puissent préférer s'en remettre aux valeurs familiales ou communautaires lors de la prise de décisions.
4. Les infirmières s'assurent de fournir des soins à une personne avec le **consentement éclairé** de celle-ci. Elles reconnaissent qu'une personne capable a le droit de refuser ou de retirer en tout temps son consentement aux soins ou aux traitements, et elles appuient cette personne dans sa démarche.
5. Les infirmières sont conscientes des positions de force relatives des fournisseurs de soins et des personnes prises en charge. Elles n'utilisent pas ce pouvoir pour influencer la prise de décisions.
6. Les infirmières défendent les droits des personnes prises en charge si elles croient que la santé de ces personnes est compromise par des facteurs hors de leur contrôle, y compris par des décisions prises par d'autres.

7. Lorsque des membres de la famille ne sont pas d'accord avec les décisions prises par une personne ayant besoin de soins, les infirmières aident la famille à comprendre ces décisions.
8. Les infirmières respectent les décisions prises par des personnes capables qui ont reçu des renseignements éclairés, même si le mode de vie ou les traitements choisis ne sont pas favorables à la santé.
9. Lorsqu'une maladie ou d'autres facteurs limitent la capacité d'une personne de faire des choix, les infirmières soutiennent cette personne et l'aident à faire des choix appropriés à sa capacité.
10. S'il est clair qu'une personne prise en charge est **incapable** de donner son consentement, l'infirmière respecte la législation de la province ou du territoire sur l'évaluation de la capacité et sur les décisions au nom d'autrui (Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada [SPIIC], 2004).
11. Les infirmières, en collaboration avec les autres professionnels de la santé et les **décideurs au nom d'autrui**, considèrent et respectent les meilleurs intérêts de la personne prise en charge et toute volonté qu'elle aurait fait connaître antérieurement ou toute **directive préalable** qui s'applique à la situation (SPIIC, 2004).

D. PRÉSERVER LA DIGNITÉ

Les infirmières reconnaissent et respectent la valeur intrinsèque de chaque personne.

Responsabilités déontologiques :

1. Dans leurs fonctions professionnelles, les infirmières ont des relations respectueuses avec toutes les personnes.
2. Les infirmières aident les personnes, les familles, les groupes, les populations ou les communautés prises en charge à maintenir leur dignité et leur intégrité.
3. Dans le cadre de la prise de décisions sur les soins de santé, du traitement et de la prestation de soins, les infirmières travaillent avec les personnes prises en charge (ceci incluant les familles, les groupes, les populations et les communautés) afin de tenir compte de leurs croyances spirituelles, de leurs valeurs et de leurs coutumes propres, ainsi que de leur situation sociale et économique.
4. Les infirmières interviennent lorsque la dignité des personnes prises en charge n'est pas respectée, et en font rapport selon le besoin⁹, et reconnaissent que d'être silencieuses et passives signifie qu'elles tolèrent ce comportement (voir l'annexe D).
5. Les infirmières respectent l'intimité physique des personnes en faisant preuve de discrétion dans la prestation des soins et en minimisant les intrusions.
6. Lorsqu'elles fournissent des soins, les infirmières respectent les normes de pratique, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires et les politiques concernant l'utilisation de moyens de contention.
7. Les infirmières maintiennent des **limites** professionnelles appropriées et s'assurent que leurs relations profitent toujours aux personnes prises en charge. Elles reconnaissent la vulnérabilité potentielle des personnes et n'exploitent pas leur confiance et leur dépendance d'une façon qui pourrait

⁹ Voir la note de bas de page n° 7.

compromettre la relation thérapeutique. Elles n'abusent pas de la relation pour en tirer un avantage personnel ou financier, et n'établissent pas de relations personnelles (romantiques, sexuelles ou autres) avec les personnes qu'elles soignent.

8. Dans tous les milieux de pratique, les infirmières s'efforcent d'alléger la douleur et la souffrance, notamment au moyen de méthodes de contrôle de la douleur et des symptômes qui soient efficaces et appropriées, afin de permettre aux personnes de vivre dans la dignité.
9. Lorsqu'une personne prise en charge est en phase terminale ou mourante, les infirmières favorisent son confort, allègent ses souffrances, préconisent le soulagement adéquat de l'inconfort et de la douleur, et assurent une atmosphère digne et paisible lorsque la fin arrive, ce qui comprend le fait d'appuyer la famille pendant les derniers moments et après le décès, et de s'occuper du corps de la personne après son décès.
10. Les infirmières se traitent entre elles avec respect et respectent également les étudiantes et les autres travailleurs de la santé, tout en reconnaissant les places respectives, en termes d'autorité, des dirigeantes, des membres du personnel et des étudiantes. Elles collaborent avec les autres afin de résoudre les conflits d'opinion de façon constructive (voir l'annexe D).

E. RESPECTER LA VIE PRIVÉE ET PROTÉGER LA CONFIDENTIALITÉ

Les infirmières reconnaissent l'importance de la vie privée et de la confidentialité et protègent les renseignements personnels, familiaux et communautaires obtenus dans le cadre d'une relation professionnelle.

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières respectent le droit de chaque personne au contrôle de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements personnels les concernant et de l'accès à ces renseignements.
2. Lorsque les infirmières discutent avec des personnes prises en charge, elles prennent des mesures raisonnables pour éviter que les renseignements confidentiels de la conversation ne puissent être entendus par d'autres oreilles.
3. Les infirmières recueillent, utilisent et divulguent des renseignements sur la santé selon le principe du besoin de savoir, en assurant le plus haut niveau d'anonymat possible compte tenu des circonstances et en respectant la législation sur la protection de la vie privée.
4. Lorsque les infirmières sont tenues de divulguer des renseignements à une fin précise, elles ne divulguent que les renseignements nécessaires à cette fin et n'informent que les personnes qui doivent être mises au courant. Elles s'efforcent de le faire d'une façon qui minimise tout préjudice potentiel pour les personnes, les familles ou les communautés.
5. Lorsqu'au cours de leurs communications – sous quelque forme que ce soit, notamment verbale ou électronique – les infirmières sont amenées à discuter de cas cliniques, elles s'assurent de rester respectueuses à l'égard des personnes prises en charge dont il est question, et ne donnent pas de renseignements permettant de les identifier, à moins que cela ne soit approprié.

6. Les infirmières défendent le droit des personnes prises en charge lorsque celles-ci demandent à consulter leur propre dossier médical dans le cadre d'un processus d'accès rapide et d'un coût abordable.
7. Les infirmières respectent les politiques qui protègent la vie privée, y compris les mécanismes de sécurité utilisés dans les technologies de l'information.
8. Les infirmières n'abusent pas de leur accès à l'information en consultant des dossiers médicaux (y compris le leur, ceux des membres de leur famille ou ceux d'autres personnes) en dehors du cadre de leurs obligations professionnelles.
9. Les infirmières n'utilisent pas la photographie ni aucune autre technologie pour s'ingérer dans la vie privée d'une personne prise en charge.
10. Les infirmières interviennent si d'autres personnes consultent ou divulguent de manière inappropriée des renseignements personnels ou de l'information sur la santé de personnes prises en charge.

F. PROMOUVOIR LA JUSTICE

Les infirmières défendent les principes de justice en protégeant les **droits de la personne**, l'équité et l'**impartialité** et en favorisant le bien public.

Responsabilités déontologiques :

1. Lorsqu'elles prodiguent des soins, les infirmières ne font pas de discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la **culture**, les croyances politiques et spirituelles, la situation sociale ou matrimoniale, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état de santé, le lieu d'origine, le mode de vie, la capacité mentale ou physique, le statut socioéconomique ou toute autre caractéristique.
2. Les infirmières s'abstiennent de critiquer, d'étiqueter, de rabaisser, de stigmatiser ou d'humilier les personnes prises en charge, les autres professionnels de la santé ou leurs propres collègues.
3. Les infirmières ne participent à aucune forme de mensonge, de punition ou de torture ni à aucune autre forme de traitement ou d'agissement inhabituel qui soit inhumain ou dégradant. Elles refusent d'être complices de tels comportements. Elles interviennent et dénoncent ce genre de comportements.
4. Lorsqu'il s'agit de répartir les ressources relevant de leur contrôle, les infirmières prennent des décisions justes, en tenant compte des besoins des personnes, des groupes ou des communautés dont elles s'occupent. Elles préconisent un traitement équitable et une distribution juste des ressources pour les personnes prises en charge dont elles s'occupent.
5. Les infirmières appuient un climat de confiance qui favorise l'ouverture, encourage la remise en question du statu quo et appuie les personnes qui prennent la parole pour traiter en toute bonne foi de questions qui sont préoccupantes (p. ex. **dénonciation**)

G. ACCEPTER L'OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

Les infirmières doivent rendre compte de leurs actions et répondre de leur pratique.

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières, en tant que membres d'une profession autoréglementée, pratiquent selon les valeurs et les responsabilités énoncées dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* et conformément aux normes professionnelles, aux lois et aux règlements qui appuient la pratique déontologique.
2. Les infirmières sont honnêtes et font preuve d'intégrité dans toutes leurs interactions professionnelles.
3. Les infirmières pratiquent selon les limites de leur compétence. Lorsque les soins à prodiguer dépassent leur niveau de compétence, elles doivent chercher des renseignements additionnels ou acquérir des connaissances supplémentaires, demander de l'aide à leur superviseuse ou à une praticienne compétente, ou encore demander une autre affectation. Entre-temps, elles demeurent auprès des personnes prises en charge jusqu'à ce qu'une autre infirmière soit disponible.
4. Les infirmières doivent maintenir leur **aptitude à exercer la profession**. Si elles savent qu'elles n'ont pas la capacité physique, mentale ou affective nécessaire pour pratiquer de façon sécuritaire et compétente, elles doivent cesser de fournir des soins après avoir consulté leur employeur ou, si elles travaillent à leur propre compte, après s'être assurées que quelqu'un d'autre s'occupe des personnes qui leur avaient été assignées. Les infirmières prennent ensuite les mesures nécessaires pour rétablir leur aptitude à exercer.
5. Les infirmières sont attentives aux signes indiquant qu'une collègue est incapable, pour quelque raison que ce soit, de s'acquitter de ses fonctions. Dans un tel cas, les infirmières doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger la **sécurité** des personnes prises en charge (voir l'annexe D).

6. Les infirmières indiquent clairement et précisément leur nom, leur titre et leur rôle.
7. Si les soins demandés entrent en conflit avec les valeurs et les croyances morales d'une infirmière, mais qu'ils sont conformes à l'exercice professionnel, l'infirmière en question prodigue des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique jusqu'à ce que des dispositions de rechange soient prises pour répondre aux besoins ou aux désirs de la personne qui reçoit des soins. Si les infirmières anticipent un conflit de conscience, elles doivent en informer à l'avance leur employeur ou, si elles travaillent à leur propre compte, les personnes prises en charge, afin de trouver une solution de rechange (voir l'annexe D).
8. Les infirmières cernent et traitent les conflits d'intérêts. Elles déclarent les conflits d'intérêts potentiels ou réels qui se manifestent dans leurs relations et leurs rôles professionnels, et les règlent dans l'intérêt des personnes prises en charge.
9. Les infirmières partagent leurs connaissances, fournissent une rétroaction, font du mentorat et donnent des conseils pour favoriser le perfectionnement professionnel des étudiantes en sciences infirmières, des infirmières novices et des autres membres de l'équipe de soins de santé (voir l'annexe D).

PARTIE II : EFFORTS ÉTHIQUES

Certains grands aspects de la justice sociale associés à la santé et au bien-être sont abordés dans le cadre éthique de la pratique infirmière. Ces aspects sont liés au besoin de modifier les systèmes et les structures sociétales afin de faire régner une plus grande **équité** pour tout le monde. Dans la mesure du possible, les infirmières devraient tenter, individuellement et collectivement, de préconiser l'élimination des injustices sociales et de déployer à cette fin les efforts suivants :

- i. Employer les principes des **soins de santé primaires** dans l'intérêt du public et des personnes prises en charge.
- ii. Reconnaître les facteurs organisationnels, sociaux, économiques et politiques qui influencent la santé et le bien-être dans le contexte du rôle que les infirmières jouent en matière de prestation des soins, et s'efforcer d'influer sur ces facteurs.
- iii. En collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins de santé et les organisations professionnelles, préconiser de modifier les règlements, les lois et les politiques qui ne respectent pas l'éthique dans les secteurs de la santé et du bien-être social.
- iv. Préconiser un continuum complet de services de soins de santé accessibles et fournis en temps opportun et au bon endroit. Ce continuum comprend la **promotion de la santé**, la prévention des maladies et les services de diagnostic, de soins de rétablissement, de soins de réadaptation et de soins palliatifs dans les hôpitaux, les foyers de soins, la communauté et à domicile.
- v. Reconnaître l'importance des **déterminants sociaux de la santé** et préconiser des politiques et des programmes qui portent sur ces déterminants.
- vi. Appuyer la préservation et la restauration de l'environnement et préconiser des initiatives qui réduisent les pratiques préjudiciables à l'environnement, afin de promouvoir la santé et le bien-être.

- vii. Collaborer avec les personnes, les familles, les groupes, les populations et les communautés pour élargir la gamme de choix disponibles en matière de soins de santé, en reconnaissant que les choix sont limités pour certaines personnes en raison de facteurs sociaux, économiques et géographiques ou d'autres éléments qui créent des injustices.
- viii. Comprendre que certains groupes de la société sont systématiquement défavorisés, ce qui entraîne une dégradation de leur santé et de leur bien-être. Les infirmières travaillent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui font partie des communautés et des **groupes vulnérables** ou défavorisés, et prennent des mesures pour surmonter les obstacles aux soins de santé.
- ix. Préconiser des systèmes de soins de santé qui assurent l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité des services nécessaires dans ce domaine.
- x. Poursuivre les efforts de sensibilisation aux principales préoccupations en matière de santé telles que la pauvreté, les problèmes de logement, l'insécurité alimentaire et la violence. Les infirmières travaillent individuellement ou avec d'autres personnes pour encourager la justice sociale et préconiser des lois, des politiques et des procédures favorisant l'équité.
- xi. Poursuivre les efforts de sensibilisation aux grandes préoccupations en matière de **santé mondiale** telles que la violation des droits de la personne, la guerre, la faim dans le monde, les inégalités de genre et la pollution environnementale. Les infirmières travaillent individuellement ou avec d'autres personnes pour provoquer le changement social.
- xii. Préconiser la discussion des questions éthiques au sein de l'équipe des soins de santé, avec les personnes prises en charge, les familles et les étudiantes. Les infirmières encouragent la réflexion éthique et s'efforcent d'accroître leur sensibilisation et celle des autres à l'éthique dans la pratique (voir l'annexe C)
- xiii. Collaborer à la formation d'une communauté morale. En tant que membres de cette communauté, toutes les infirmières reconnaissent qu'elles doivent contribuer à l'établissement de milieux de travail positifs et sains.

GLOSSAIRE

Le glossaire présente aux infirmières un langage commun pour faciliter leur réflexion sur la déontologie infirmière et les discussions à ce sujet. Il a également une visée instructive, puisque qu'il peut inciter les infirmières qui le consulteront à mieux se renseigner sur les concepts présentés, surtout s'ils leur sont peu familiers. Le glossaire ne propose pas nécessairement de définitions officielles des termes, mais fournit plutôt des renseignements dans un langage et d'une façon qui se veulent utiles et accessibles. Certains termes du glossaire ne figurent pas dans le corps du Code, mais se trouvent dans les annexes; d'autres peuvent apparaître dans le glossaire sous une forme légèrement différente de celle que l'on trouve dans le texte; d'autres encore peuvent ne pas figurer dans le document, mais être tout de même utiles aux infirmières dans leur réflexion éthique et leur pratique déontologique.

AGENT MORAL/VOLONTÉ DE S'ENGAGER MORALEMENT : Capacité ou pouvoir de l'infirmière de diriger ses motifs et ses actions vers un but éthique. Essentiellement, il s'agit de faire ce qui est bon et bien.

APTITUDE À EXERCER LA PROFESSION : Ensemble des qualités et des capacités nécessaires à une personne pour pouvoir exercer/pratiquer en tant qu'infirmière, notamment, mais non exclusivement, le fait d'être libre de tout état cognitif, physique, psychique ou affectif et de toute dépendance à l'alcool ou aux drogues nuisant à la capacité d'exercer la profession infirmière (College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC), 2006a; College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS), 2006b).

BIEN PUBLIC : Le bien de la société ou de la communauté, souvent appelé intérêt commun.

BIEN-ÊTRE : État d'une personne qui se sent bien, contente et capable de se servir du mieux possible de ses capacités.

CAPABLE : Apte à comprendre et à mesurer les conséquences des différentes options, ainsi que de prendre des décisions éclairées quant à ses propres soins et à son traitement.

CLIMAT MORAL : Dans le domaine des soins de santé, valeurs implicites et explicites qui motivent la prestation des soins et façonnent les milieux de travail dans lesquels les soins sont fournis (Rodney, Hartrick Doane, Storch et Varcoe, 2006).

COLLABORER : Établir un consensus et travailler ensemble à la poursuite de buts, à l'établissement de processus et à l'obtention de résultats communs (AIIAO, 2006).

COMMUNAUTÉ MORALE : Milieu de travail où les valeurs sont claires et partagées, où ces valeurs dirigent l'action éthique et où les personnes ont la certitude d'être écoutées (adapté de Rodney et Street, 2004). Il est nécessaire qu'il y ait une cohérence entre les valeurs reconnues publiquement et la réalité vécue dans le milieu pour que l'on puisse véritablement qualifier ce dernier de communauté morale (Webster et Baylis, 2000).

COMPATISSANT : Capable de communiquer par la parole et le langage corporel l'espoir et l'intention d'alléger les souffrances d'une autre personne. La compassion doit coexister avec la compétence. « La compassion est un processus relationnel au cours duquel on se rend compte de la souffrance de l'autre, on éprouve soi-même une réaction affective à cette souffrance et on agit de manière à essayer de la soulager ou de l'alléger. » [traduction] (Dutton, J., Lilius, J. et Kanov, J., 2007).

COMPÉTENCE : Combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière doit avoir pour pratiquer de manière sécuritaire et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés. Les caractéristiques personnelles comprennent – sans s'y limiter – les attitudes, les valeurs et les croyances.

CONFIDENTIALITÉ : Obligation éthique de garder secrets les renseignements personnels et confidentiels au sujet d'une personne (Fry et Johnstone, 2002).

CONFLIT D'INTÉRÊTS : Situation dans laquelle les intérêts personnels ou privés d'une infirmière empiètent sur les intérêts d'une personne qui reçoit des soins ou sur les responsabilités professionnelles de l'infirmière (College of Registered Nurses of British Columbia, 2006c).

CONSENTEMENT : Voir *Consentement éclairé*.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : Processus qui consiste à donner sa permission ou à faire des choix en matière de soins. La notion est fondée à la fois sur une doctrine juridique et sur un principe éthique prescrivant de respecter le droit d'une personne d'obtenir des renseignements suffisants pour prendre des décisions relatives au traitement et aux soins proposés ou à sa participation à des travaux de recherche. Dans le Code, l'expression *prise de décision éclairée* est principalement utilisée pour souligner la notion de choix qui y est attachée.

CULTURE(S) : Processus qui sont engagés entre des personnes et des groupes au sein des organisations et de la société et qui sont porteurs de sens et de signification. Le système de soins de santé a établi sa ou ses cultures propres (Varcoe et Rodney, 2002).

DÉCIDEUR AU NOM D'AUTRUI : Personne nommée en vertu de l'application d'une loi provinciale ou territoriale ou d'une directive préalable de la personne prise en charge; le décideur au nom d'autrui prend des décisions relatives au traitement et aux soins de santé au nom de cette personne (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 1994).

DÉNONCIATION : L'action de faire connaître les pratiques dangereuses ou douteuses touchant les personnes prises en charge ou les conditions de travail. On ne devrait y recourir qu'après avoir utilisé sans succès toutes les voies organisationnelles appropriées pour corriger la situation et seulement si les mesures prises offrent une justification morale solide (Burkhardt et Nathaniel, 2002).

DÉONTOLOGIE QUOTIDIENNE : Façon dont les infirmières veillent à l'éthique dans leurs interactions communes de tous les jours; ceci comprend la façon dont elles abordent leur pratique et réfléchissent à leurs engagements éthiques envers les personnes prises en charge ou ayant besoin de soins de santé.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : Facteurs ou conditions comprenant le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation ou le niveau d'alphabétisation, les conditions d'emploi et de travail, l'environnement physique et l'environnement social, le patrimoine biologique et génétique, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles, le développement au cours de la petite enfance, l'accès aux services de santé, le sexe et la culture (Agence de la santé publique du Canada, 2003).

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : Facteurs de l'environnement social, externes au système de soins de santé, qui exercent une influence importante et potentiellement modifiable sur la santé des populations (Evans, 1994). Voir également *Déterminants de la santé*.

DIRECTIVES PRÉALABLES : Volontés écrites d'une personne concernant les décisions à prendre et la façon de le faire si elle devenait incapable de prendre des décisions elle-même. En ce qui concerne la question du traitement de survie, les directives préalables visent à aider la prise de décisions relatives à l'abstention ou à l'interruption d'un tel traitement. Également appelées *testament biologique ou directives personnelles*.

DIVERSITÉ : Existence de différences entre des personnes ou des groupes par rapport à de nombreux facteurs tels que l'origine ethnique, l'origine nationale, la race, le sexe, la capacité, l'âge, les caractéristiques physiques, la religion, les valeurs, les croyances, l'orientation sexuelle, la classe socioéconomique et les expériences de vie (AIIAO, 2007a).

DROITS DE LA PERSONNE : Droits des personnes énoncés dans la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982) et la *Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies* (1948) et exposés dans l'énoncé de position de l'AIIIC intitulé *Les infirmières et les droits de la personne* (AIIIC, 2004).

ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ : Équipe composée de fournisseurs de soins de santé (souvent réglementés et non réglementés) provenant de disciplines variées et conjuguant leurs efforts pour fournir des soins à des personnes, à des familles, à des groupes, à des populations ou à des communautés, ou pour travailler à cette fin avec ces personnes et ces groupes.

ÉQUITABLE : Qui est juste ou fait preuve d'équité en se fondant sur les besoins de la personne.

ÉQUITÉ : Dans le domaine des soins de santé, il s'agit du fait de répondre aux besoins de chaque personne ainsi que lui offrir la possibilité d'atteindre son plein potentiel en tant qu'être humain (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), 2006).

ÉTHIQUE : Pratiques, croyances et normes morales de personnes ou de groupes (Fry et Johnstone, 2002).

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE : Incident ou accident inattendu et indésirable entraînant un préjudice ou un décès directement associé à la prestation de soins ou de services de santé à une personne prise en charge (Herbert, Hoffman et Davies, 2003).

FAMILLE(S) : En ce qui a trait à la prestation de soins, les membres de la famille sont les personnes que le ou la bénéficiaire des soins donnés ou à donner désigne comme apportant un soutien familial, indépendamment de l'existence d'une relation biologique avec ces personnes. Cependant, dans le cas de la prise de décisions juridiques, il faut noter que les lois des provinces et des territoires ne sont pas uniformes dans tout le Canada et qu'elles peuvent imposer de tenir compte en priorité de la relation biologique quand il s'agit de reconnaître les membres de la famille (AIIIC, 1994).

FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ : Toutes les personnes qui participent à la prestation de soins; il peut s'agir de professionnels, de préposés aux soins personnels, d'aides de maintien à domicile et d'autres intervenants (AIIC, 1994).

FOURNISSEURS DE SOINS NON RÉGLEMENTÉS : Fournisseurs rémunérés qui ne sont pas titulaires d'une autorisation d'exercer ni inscrits au tableau d'un organisme de réglementation (CRNBC, 2006b).

GROUPES VULNÉRABLES : Groupes défavorisés par des attitudes et des systèmes de la société qui créent des injustices.

IMPARTIALITÉ/APPROCHE JUSTE ET ÉQUITABLE : Qualité ou manière d'agir permettant d'équilibrer les possibilités offertes aux personnes de participer à la vie et d'en profiter, compte tenu de leurs conditions particulières (Caplan, Light et Daniels, 1999), et juste répartition des ressources à l'échelle de la société (en soins de santé, cela signifie s'attendre à un traitement équitable).

INCAPABLE/INCAPACITÉ : Inaptitude à comprendre la nature des décisions à prendre en matière de traitement et, en conséquence, à consentir à un traitement ou à le refuser.

INFIRMIÈRE(S) : Dans ce Code, le terme *infirmières* désigne les infirmières dûment autorisées à pratiquer la profession, y compris les infirmières qui assument des rôles élargis, telles les infirmières praticiennes.

INJUSTICE/INIQUITÉ : Traitement injuste ou inéquitable des besoins de n'importe quelle personne. L'injustice ou l'iniquité en matière de santé signifie qu'en raison d'un manque de possibilités d'accès et de soins équitables, tout le monde ne peut pas satisfaire ses besoins et réaliser son potentiel (AIIC, 2006).

INTÉGRITÉ : (1) Pour les personnes prises en charge, l'intégrité fait référence à la plénitude de leur être, et les aider à protéger leur intégrité peut alors signifier les aider à redevenir entières et complètes. (2) Pour les fournisseurs de soins de santé, l'intégrité signifie le respect constant des normes morales acceptées. La pertinence, l'honnêteté et la cohérence des convictions, des actions et des émotions sont inhérentes à l'intégrité (Burkhart et Nathaniel, 2002).

INTERDISCIPLINAIRE/INTERDISCIPLINARITÉ : Intégration de concepts dans plusieurs disciplines à la fois. Une équipe interdisciplinaire est composée de personnes ayant une formation dans des domaines différents. De telles équipes sont communes dans des environnements complexes tels que celui des soins de santé (AIIAO, 2007b); on les appelle également *équipes interprofessionnelles*.

INTERSECTORIEL : Concernant tous les secteurs de la société (gouvernement, communauté et santé).

JUSTICE : Notion qui comprend le fait de respecter les droits des autres, la juste répartition des ressources, ainsi que le maintien et l'avancement de l'intérêt commun (le bien de la communauté).

JUSTICE SOCIALE : Répartition équitable des avantages et des responsabilités de la société et de leurs conséquences. L'accent est mis sur la position relative d'un groupe social par rapport à d'autres au sein de la société, ainsi que sur les causes profondes des disparités et sur ce qui peut être fait pour les éliminer (AIIC, 2006).

LIMITES : Par limite dans la relation d'une infirmière et d'une personne prise en charge, on entend le point où la relation cesse d'être professionnelle et thérapeutique et devient personnelle et non professionnelle (College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA), 2005a).

MILIEUX DE PRATIQUE DE QUALITÉ : Milieu de pratique bénéficiant du soutien organisationnel et humain nécessaire à la prestation de soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique (AIIC, 2001).

OBJECTION DE CONSCIENCE : Situation dans laquelle une infirmière demande à son employeur la permission de s'abstenir de fournir des soins lorsqu'une pratique ou une procédure est contraire à ses croyances morales ou religieuses (CRNBC, 2007).

OBLIGATION DE PRODIGUER DES SOINS : Devoir professionnel et obligation légale qu'ont les infirmières de fournir des soins sécuritaires, compétents, compatissants et conformes à l'éthique. Dans certaines circonstances, il peut être acceptable qu'une infirmière se soustraie à des dispositions s'appliquant à la prestation de soins ou qu'elle refuse de prodiguer des soins (CRNBC, 2007; CRNNS, 2006a) (voir l'annexe D).

PERSONNE PRISE EN CHARGE (PERSONNES PRISES EN CHARGE) : Une personne, une famille, un groupe, une communauté ou une population qui a accès aux services de l'infirmière. On utilise également les termes *client(s)* et *patient(s)*.

PLAIDER EN FAVEUR DE (qqn, qqch.)/PRÉCONISER (qqch.)/ DÉFENDRE LES DROITS DE (qqn) : Soutenir activement une cause juste et bonne; encourager d'autres personnes à parler pour elles-mêmes ou au nom de personnes qui ne peuvent s'exprimer.

PROMOTION DE LA SANTÉ : Processus permanent visant à permettre aux personnes de mieux contrôler et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

RESPECT DE LA VIE PRIVÉE/PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ :

(1) On entend par respect de l'intimité physique le droit de se soustraire à la vue des autres ou d'être protégé des regards du public. (2) On entend par protection des renseignements personnels le droit des personnes de déterminer comment, quand, avec qui et pour quelles raisons tout renseignement personnel les concernant peut être partagé.

SANTÉ : État de bien-être physique, mental (spirituel) et social complet, et non pas seulement absence de maladie (AIIC, 2007; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2006).

SANTÉ MONDIALE : Bien-être optimal de tous les êtres humains d'un point de vue individuel et collectif. La santé est considérée comme un droit fondamental et devrait être accessible de façon égale à tous (AIIC, 2003).

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire. » (OMS, 1978).

VALEURS : Normes ou qualités qui sont estimées, désirées, considérées comme importantes ou qui ont du prix ou du mérite (Fry et Johnstone, 2002).

VIOLENCE : Comprend l'abus d'autorité, la manipulation ou le contrôle d'une personne par une autre, pouvant entraîner un préjudice mental, affectif, social ou physique.

ANNEXES

Annexe A : **Historique du Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada**

Annexe B : **Contexte du Code**

Annexe C : **Modèles éthiques**

- Un modèle éthique pour la réflexion : des questions à se poser
- Autres modèles et guides sur la réflexion et la prise de décisions éthiques : ressources et applications

Annexe D : **Application du Code dans des situations choisies**

- Comment réagir conformément à l'éthique lorsqu'on s'aperçoit que des soins ne sont pas compétents, compatissants, sécuritaires ou conformes à l'éthique
- Considérations déontologiques lorsqu'il s'agit de répondre à des attentes contraires à sa propre conscience
- Considérations déontologiques pour les infirmières lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, de l'éclosion d'une maladie transmissible ou d'une pandémie
- Considérations déontologiques concernant les relations avec les étudiantes en sciences infirmières
- Comment agir conformément à l'éthique lorsqu'il s'agit d'exercer des moyens de pression au travail

ANNEXE A : HISTORIQUE DU CODE DE DÉONTOLOGIE DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

- 1954** L'AIC adopte comme premier code de déontologie celui du Conseil international des infirmières (CII).
- 1980** L'AIC décide d'adopter son propre code, qui s'intitule *Code de déontologie de l'AIC : Les fondements d'une éthique professionnelle pour le service infirmier au Canada*.
- 1985** L'AIC adopte un nouveau code, intitulé *Code de déontologie de la profession infirmière*.
- 1991** Le *Code de déontologie de la profession infirmière* est révisé.
- 1997** Le *Code de déontologie des infirmières autorisées* est adopté comme nouveau code de l'AIC.
- 2002** Le *Code de déontologie des infirmières autorisées* est révisé (nouveau titre français : *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*).
- 2008** Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* est révisé.

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIC n'est pas fondé sur une philosophie ou une théorie éthique particulière. Il émane plutôt de différentes écoles de pensée, dont l'éthique relationnelle, l'éthique des soins, l'éthique fondée sur des principes, l'éthique féministe, l'éthique de la vertu et l'éthique des valeurs. Il a été élaboré au fil du temps par des infirmières et pour des infirmières et, par conséquent, continue d'avoir une orientation pratique appuyée par une diversité de théories.

L'AIC élabore des exposés de position, des guides de pratique traitant spécifiquement de l'éthique, des livrets et d'autres ressources liées à l'éthique, en plus d'entretenir une liste de distribution électronique servant de forum au sujet de la déontologie des soins infirmiers. De plus, l'AIC travaille avec d'autres associations et ordres professionnels du domaine de la santé à l'élaboration d'énoncés interprofessionnels (p.ex. sur les politiques touchant l'ordonnance de ne pas réanimer) liés à des questions ou à des préoccupations d'ordre éthique.

ANNEXE B : CONTEXTE DU CODE

Le Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada est révisé périodiquement afin de refléter les changements qui affectent le public, les infirmières, les fournisseurs de soins de santé en général, ainsi que le système des soins de santé, et qui créent à la fois de nouveaux défis et de nouvelles possibilités pour la pratique infirmière. Vous trouverez ci-dessous des exemples¹⁰ de changements en train de se produire, ainsi que des pistes concernant les changements attendus au cours de la prochaine décennie :

Défis et possibilités touchant le public

- Le public a un accès accru à l'information sur la santé, et ce, par l'entremise de toute une gamme de sources officielles et non officielles.
- Le public recourt de plus en plus à des thérapies non conventionnelles ou complémentaires.
- Certains des bénéficiaires de soins ont des attentes accrues face aux services de santé, tandis que les personnes qui ont de la difficulté à y accéder sont de plus en plus désengagées.
- La société continue de s'attendre – et s'attend de plus en plus – à ce que les gens pratiquent les autosoins.
- La société s'attend de plus en plus à ce que les familles et les communautés « s'occupent d'elles-mêmes ».
- Les personnes et les familles sont isolées dans la prestation d'autosoins ou de soins à un proche.
- Les inégalités au niveau local, régional et mondial se généralisent et s'accroissent en matière de ressources en services de santé et en services sociaux, ainsi que d'accès aux soins de santé, et elles sont fondées sur le sexe, la classe sociale et la race.

¹⁰ Les faits contextuels susmentionnés sont abordés dans les documents suivants : Gouvernement du Canada. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; Santé Canada. (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa : auteur; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières*. Ottawa : auteur; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Allier dotation et sécurité*. Ottawa : auteur; M. Villeneuve et J. MacDonald. (2006). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada; R. Torgerson. (2007). *Not there yet: Improving the working conditions of Canadian nurses*. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques; Comité international de bioéthique (CIB) de l'UNESCO (2007). *Projet de rapport préliminaire du Groupe de travail du CIB sur la responsabilité sociale et la santé* (consulté le 22 février 2008, à l'adresse suivante : <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001505/1505221.pdf>).

- Le profil démographique de la population évolue à mesure que la génération du baby-boom vieillit et que les personnes très âgées ont une espérance de vie accrue, ce qui entraîne une augmentation du nombre de personnes requérant des soins de santé complexes.
- Les taux de maladies chroniques augmentent et l'infrastructure de soutien social ne suffit plus.
- On reconnaît de plus en plus que la douleur et la souffrance ne sont pas toujours diagnostiquées ou, quand elles le sont, font l'objet d'un traitement insuffisant.
- On assiste à l'apparition ou à la réapparition de maladies infectieuses.
- Les taux des infections tirant leur origine du milieu hospitalier et de milieux apparentés (infections nosocomiales) augmentent, de même que la sensibilisation à l'existence d'autres blessures ou dommages liés à la prestation de soins.
- On est menacé par des désastres d'ordre naturel ou causés par l'homme, ainsi que par les risques de pandémie et de bioterrorisme.
- La guerre, la traite des personnes et les tensions raciales existent toujours et se manifestent continuellement.

Défis et possibilités concernant les infirmières ainsi que les autres fournisseurs de soins en santé

- La clientèle des soins de santé est de plus en plus **diversifiée**.
- On remarque une diversité grandissante au sein des professionnels de la santé et des fournisseurs de soins en santé en général.
- La pénurie d'infirmières se poursuit et s'aggrave, et on fait face à des pénuries qui touchent l'ensemble des professions de la santé et des fournisseurs de services paramédicaux.
- On assiste à une pénurie en travailleurs de soutien clinique, ce qui entraîne une pression accrue sur les infirmières auxquelles on demande d'effectuer des tâches supplémentaires autres que des soins infirmiers, afin de maintenir le caractère sécuritaire des soins offerts.

- Le nombre excessif d'heures de travail demandé et la surcharge de travail entraînent chez les infirmières un nombre accru de blessures et de maladies, en plus d'accroître le roulement du personnel infirmier.
- Les lacunes au niveau de la dotation en infirmières entraînent, comme l'indiquent plusieurs recherches, des taux accrus de morbidité et de mortalité chez les personnes prises en charge.
- Il y a un nombre limité de gestionnaires bien préparés pour diriger l'établissement de milieux de travail sains et de stratégies efficaces de maintien en poste des infirmières.
- Les champs de pratique des infirmières et des autres fournisseurs de soins de santé s'élargissent et évoluent.
- Il existe un nombre accru d'équipes de soins de santé **intersectorielles** complexes comprenant d'autres professionnels de la santé ainsi que des **travailleurs non réglementés**.
- On a de plus en plus besoin d'équipes de soins de santé novatrices fonctionnant bien en raison de l'évolution des rôles et des champs de pratique des infirmières et des autres fournisseurs de soins de santé.
- Les infirmières font face à de nouveaux défis associés à de possibles situations de **conflit d'intérêts** (p. ex. liens avec les entreprises pharmaceutiques) alors que leurs rôles évoluent, entraînant un élargissement de leur champ de pratique.
- Un nombre croissant d'infirmières chefs de file réalisent des recherches ou prennent part à des activités de recherche visant l'élaboration et la mise en pratique de lignes directrices factuelles ainsi que l'accroissement des connaissances reliées à la pratique infirmière et à la santé.

Défis découlant du contexte sociopolitique du système de soins de santé

- L'écart entre les ressources mises à la disposition des centres de santé des régions rurales et des régions urbaines se creuse.
- On a de plus en plus besoin de promotion de la santé et de prévention (soins primaires), notamment dans le domaine de la santé mentale.

- Il continue à y avoir des tensions entre le bien individuel et le **bien collectif**.
- L'établissement d'un juste équilibre entre les secteurs public et privé pour ce qui est du financement et de la prestation des soins de santé continue de susciter un débat au sein de la société canadienne.
- On fait constamment face à des défis pour maintenir un système de soins de santé qui soit adéquatement financé par l'État, universel et accessible, et qui réponde de façon équitable aux besoins en soins de santé dans tout le continuum des soins.
- Il faut effectuer des choix difficiles en ce qui a trait à la répartition des ressources, des programmes et des services.
- On se rend de plus en plus compte que les inégalités sociales influencent la prise de décisions sur les soins de santé et provoquent des inégalités au niveau des soins de santé.
- On a l'impression que le profit financier des organismes et des fournisseurs de soins de santé des secteurs public et privé influe sur la prise des décisions liées aux soins (p. ex., sortie précoce de l'hôpital).
- Les séjours à l'hôpital sont plus courts et on compte de plus en plus sur les soins offerts à la maison ou dans la communauté ainsi que sur les autosoins.
- La complexité des soins requis augmente dans tous les milieux, et on manque de ressources en termes de soutien social accessible pour les personnes ayant besoin de soins et pour leurs familles.
- De nouvelles technologies et de nouveaux médicaments font régulièrement leur apparition.
- On vit à l'âge des découvertes dans le domaine de la génétique et de la génomique.
- Le public possède des attentes accrues à l'égard de l'accès aux nouvelles technologies, et il croit – parfois à tort – que ces nouvelles technologies produiront de meilleurs résultats pour la santé.
- Le système de soins de santé recourt de plus en plus aux technologies de l'information et aux logiciels de mémorisation des données sur la santé.

- La protection des renseignements personnels des personnes prises en charge est de plus en plus compromise vu la tendance croissante envers l'établissement de systèmes publics-privés d'information et de prestation de services.
- On assiste à l'augmentation du nombre de politiques et de mesures législatives concernant l'accès aux renseignements personnels.
- On met un accent accru sur la sécurité ainsi que sur l'établissement d'une culture de la santé qui soit juste, au sein de laquelle les personnes, les organisations et les systèmes de soins partagent la responsabilité de la réduction des risques et de la prévention des dommages évitables.
- Les résultats de recherche dans le domaine des soins de santé sont abondants, et on doit les évaluer de façon objective afin d'en déterminer la valeur.
- Il est toujours difficile de doser la protection de l'intégrité scientifique et la maximisation des intérêts commerciaux dans la recherche et le développement de technologies et de traitements liés au domaine de la santé.
- On doit à tout prix comprendre les liens entre la santé humaine et la santé de l'environnement (p. ex., question du réchauffement de la planète) et prendre des mesures à propos des enjeux environnementaux qui déterminent la santé.

Un modèle éthique pour la réflexion : des questions à se poser

Le Code fait ressortir le besoin pour les infirmières de s'engager dans une réflexion sur l'éthique et d'en discuter. En établissant des cadres ou des modèles en matière d'éthique, on peut aider les personnes qui les utiliseront à structurer leur approche envers un problème ou une préoccupation d'ordre éthique. De tels cadres ou modèles peuvent être des outils précieux pour guider les infirmières dans leur réflexion sur les questions et les enjeux d'ordre éthique.

Selon le cas, des collègues en soins infirmiers ou d'autres professionnels, des membres de comités de déontologie, des éthiciens, des représentants d'associations et d'ordres professionnels des soins infirmiers et d'autres experts doivent faire partie des discussions concernant les problèmes d'ordre éthique. La législation, les normes de pratique, les politiques et les lignes directrices établies par les syndicats, les associations et les ordres professionnels peuvent aussi nourrir la réflexion des infirmières et soutenir la prise de décisions en ce qui a trait à l'éthique.

Une réflexion éthique (qui commence par l'examen que l'infirmière doit faire de ses propres valeurs morales) et un jugement éthique sont nécessaires pour déterminer de quelle façon une valeur ou une responsabilité précise s'applique dans un contexte de soins infirmiers donné. Il y a de la place, au sein de la profession, pour des opinions divergentes sur le poids relatif de chaque valeur ou principe éthique. Il se peut d'ailleurs que, dans une situation donnée, plus d'une intervention soit acceptable sur le plan éthique et représentative d'une bonne pratique déontologique. Il est donc très éclairant de discuter et de se poser des questions pour résoudre les problèmes ou les enjeux de nature éthique.

Le fait de disposer de modèles éthiques favorise aussi la discussion entre collègues en fournissant un espace moral où chacune et chacun a la possibilité de prendre part à la conversation. On trouve de nombreux modèles concernant la réflexion et la prise de décisions éthiques dans la documentation sur l'éthique des soins de santé. Certains de ces modèles sont abordés dans la présente section. Le modèle résumé ci-dessous¹¹ a été retenu parce qu'il propose, dans une perspective propre aux soins infirmiers, de se pencher sur les enjeux éthiques de la pratique, tout en favorisant la réflexion et en s'appliquant à tous les types de situations où une question d'ordre éthique se pose.

¹¹ Ce modèle a été adapté à partir de celui proposé dans *Nursing Ethics in Canadian Practice*, d'Oberle et Raffin (sous presse).

Le modèle d'Oberle et Raffin

1. Comprendre l'éthique de la situation : relations, buts, croyances et valeurs

Les infirmières qui réfléchissent à la meilleure façon d'atteindre l'objectif consistant à améliorer le bien-être d'une personne doivent d'abord vouloir faire le bien. Elles doivent essayer d'y voir clair dans leurs propres valeurs ainsi que dans les valeurs du Code de déontologie applicables à la situation en cause. Elles doivent se poser certaines des questions suivantes :

- Quelles sont mes propres valeurs dans la situation présente?
- Quelles sont les valeurs de l'ensemble des parties concernées?
- Quels sont les objectifs que les différentes personnes espèrent voir atteints?
- Qu'est-ce qui, selon les autres parties concernées, représente un résultat positif?
- Quel est le niveau des connaissances des personnes qui reçoivent ou doivent recevoir des soins?
- De quels renseignements ces personnes ont-elles besoin?
- Quelle est la nature des relations existant au sein de la famille de la personne qui reçoit ou qui doit recevoir des soins, ainsi qu'entre la famille et les fournisseurs de soins de santé?
- Quelles sont les différences existant entre les valeurs des soignants et celles de la personne qui reçoit ou qui doit recevoir des soins?

2. Réfléchir sur l'éventail des possibilités

À l'heure de se pencher sur les diverses possibilités, les infirmières se demandent :

- Qu'est-ce qui pourrait aider les individus et les familles à clarifier ce qui, selon eux, produira les meilleurs résultats dans leur situation donnée?
- Quel est l'avis d'autres fournisseurs de soins de santé quant à la meilleure décision?

- Quels pourraient être les effets de chacun des divers choix?
- Quelles sont les valeurs que la société jugerait appropriées dans pareille situation?
- Quels sont les facteurs d'ordre économique, politique, légal, institutionnel et culturel entrant en ligne de compte dans l'état de santé de la personne?
- Quelles sont les options au sujet desquelles il faut obtenir davantage de renseignements ou pousser plus loin la discussion?

3. *Maximiser le bien*

Les infirmières tentent d'agir conformément aux souhaits que la personne (en possession de ses moyens) aura exprimés. À cette fin, elles doivent se poser les questions suivantes :

- Est-ce que le souhait de la personne interférera avec le bien des autres individus concernés ou avec celui de la communauté?
- Existe-t-il des façons de respecter le souhait de la personne prise en charge ou ayant besoin de soins, tout en satisfaisant les besoins des autres parties concernées?
- Qu'est-ce qui pourrait empêcher les infirmières de s'engager dans une action éthique?
- Faudra-t-il faire preuve de courage éthique pour passer à l'action?
- Les infirmières et autres fournisseurs de soins de santé seront-ils soutenus dans la prise des mesures choisies?

4. *S'engager dans une action éthique*

Avant de passer à l'action, les infirmières réfléchissent à la manière dont l'action s'inscrit dans le Code de déontologie et se demandent si elle correspond à ce que ferait une infirmière raisonnablement prudente et soucieuse de l'éthique dans cette même situation. Elles évaluent leur capacité d'agir avec prudence et compassion et de répondre aux attentes de leur profession et de leur établissement ou milieu de travail.

5. Réfléchir sur l'action éthique et faire le point

Lorsqu'elles font le point et réfléchissent aux actions menées, les infirmières examinent à la fois les processus et les résultats. Elles se demandent si la situation a été gérée de la meilleure manière possible. Ceci signifie qu'elles se posent des questions sur la *manière* dont les choses ont été faites et sur la *nature* de ce qui a été fait. Elles se penchent aussi sur la façon dont chaque personne concernée a été affectée et se demandent si les torts ont été minimisés et si le bien a été maximisé.

Autres modèles et guides sur la réflexion et la prise de décisions éthiques : ressources et applications

Plusieurs autres modèles portant sur la réflexion et la prise de décisions éthiques sont couramment utilisés. Les infirmières estiment que certains modèles représentent des outils particulièrement utiles dans des secteurs de pratique précis (p. ex., soins de courte durée, soins de longue durée, santé publique) et que certains modèles sont plus pertinents pour elles.

De nombreux modèles renferment les quatre principes de l'éthique biomédicale (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice) que certaines infirmières trouvent pratiques parce qu'ils font le lien entre l'éthique biomédicale et la déontologie infirmière dans le secteur des soins de courte durée. D'autres infirmières préfèrent s'inspirer d'un modèle proposant l'information sous forme de schéma, plutôt que sous forme de texte suivi. À ce titre, les modèles de Bergum et de Storch représentent de bons exemples (CARNA, 2005b). D'autres infirmières encore préfèrent qu'on leur fournisse un algorithme, comme celui conçu par Matthews (2007) ou qu'on leur suggère une approche philosophique, comme celle de Yeo et Moorhouse (1996).

La liste suivante fournit un certain nombre de ressources clés. La première ressource citée est vraisemblablement la plus détaillée puisqu'elle fournit l'analyse de cas selon les trois modèles.

- Le document ***Déontologie quotidienne : Le code mis en pratique*** (2^e éd., 2004b) de l'AIIC est un guide qui vise à aider les infirmières à appliquer le Code de déontologie et à approfondir leur réflexion au sujet de l'éthique dans la pratique. Il contient trois modèles, le « Guide des décisions morales » (élaboré par Chris McDonald), la « Méthode des quatre thèmes » (de Jonsen, Siegler et Winslade,

1997) et le « Modèle circulaire de décision éthique » (conçu par Jan Storch), et fournit des exemples de leur application dans la pratique. De nombreux autres modèles sont aussi énumérés et brièvement décrits dans l'annexe de ce guide d'étude.

- Le College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA) a publié le guide ***Ethical Decision-Making for Registered Nurses in Alberta: Guidelines and Recommendations*** en 2005. On y présente le modèle Bergum comme aide à la réflexion (présenté sous forme de fleur), ainsi qu'une analyse de cas complète effectuée selon ce modèle.
- Le guide ***Framework for Ethical Decision-Making***, élaboré par Michael McDonald avec des ajouts de Patricia Rodney et de Rosalie Starzomski, présente des questions détaillées qu'il faut se poser pour prendre des décisions éthiques. Le document est accessible en ligne à www.ethics.ubc.ca/people/mcdonald/decisions.htm.
- Le document ***Nursing Ethics: Cases and Concepts*** (1996), de M. Yeo et A. Moorhouse, présente une façon de se pencher sur les enjeux éthiques en se fondant sur trois types d'analyse (descriptive, conceptuelle et normative).
- Le modèle ***Nursing ethics decision-making algorithm*** a été élaboré par J. Matthews, de l'Université Brock, et figure dans les ressources sur l'éthique infirmière du site Web de l'AIIC.

ANNEXE D : APPLICATION DU CODE DANS DES SITUATIONS CHOISIES

Comment réagir conformément à l'éthique lorsqu'on s'aperçoit que des soins ne sont pas compétents, compatissants, sécuritaires ou conformes à l'éthique

Les infirmières remettent en question et cherchent à contrer les pratiques ou les conditions qui, n'étant pas favorables à la sécurité, à la compassion, à l'éthique ou à la compétence, nuisent à leur capacité de prodiguer des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique, et elles appuient les autres personnes qui font de même. (Code, A4)

Les infirmières admettent leurs erreurs¹² et prennent toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou minimiser les préjudices découlant d'un événement indésirable. Elles travaillent, en collaboration avec les autres personnes intéressées, à la réduction des risques futurs et des préjudices évitables. (Code, A5)

Les infirmières interviennent lorsque la dignité des personnes prises en charge n'est pas respectée, et en font rapport selon le besoin¹³, et reconnaissent que d'être silencieuses et passives signifie qu'elles tolèrent ce comportement. (Code, D4)

Les infirmières, en tant que membres d'une profession autoréglementée, pratiquent selon les valeurs et les responsabilités énoncées dans le Code de déontologie des infirmières et infirmiers et conformément aux normes professionnelles, aux lois et aux règlements qui appuient la pratique déontologique. (Code, G1)

Les infirmières sont attentives aux signes indiquant qu'une collègue est incapable, pour quelque raison que ce soit, de s'acquitter de ses fonctions. Dans un tel cas, les infirmières doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger la sécurité des personnes prises en charge. (Code, G5)

Face à une situation où des torts sont en train d'être causés ou qui présente de façon évidente des risques de torts imminents, l'infirmière doit immédiatement prendre des mesures afin de protéger l'intégrité et la dignité de la personne prise en charge.

¹² Voir la note de bas de page n°7.

¹³ Voir la note de bas de page n°7.

Mentionnons, à titre d'exemples de mesures adéquates à prendre de façon immédiate dans des cas de torts réels ou de torts imminents, le fait de poser des questions lorsqu'une erreur potentielle est détectée dans le calcul du dosage d'un médicament, le fait de demander des précisions lorsqu'un ordre n'est pas clair, le fait d'intervenir afin de contrer des pratiques de contention dangereuses, le fait de protéger les patients lorsque le jugement d'une collègue semble altéré pour quelque raison que ce soit (voir CRNNS, 2006b) ou le fait d'intervenir en cas de manquement grave à l'obligation de confidentialité concernant des gens atteints d'infections transmissibles sexuellement. Les infirmières doivent être au courant de la législation provinciale ou territoriale ainsi que des normes régissant la pratique infirmière, qui renferment souvent des lignes directrices en matière de divulgation et de reddition de compte et qui fournissent des précisions additionnelles pour déterminer si une situation présente des risques de torts imminents.

Les infirmières qui rencontrent une situation où les torts ne sont pas imminents, mais où il existe des torts potentiels doivent s'efforcer de résoudre le problème de façon aussi directe que possible dans le meilleur intérêt de l'ensemble des parties. Tout au long du processus, elles se reportent aux passages pertinents du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* ainsi qu'à toute autre norme, mesure législative, ligne directrice déontologique, politique ou procédure applicable à la déclaration d'incidents ou de soupçons d'incompétence ou de violation de l'éthique dans les soins, y compris de tout acte répréhensible au plan légal.

Parmi les actes que les infirmières doivent envisager de poser, lorsqu'ils ne vont pas à l'encontre des exigences fixées par les normes professionnelles et la législation provinciale ou territoriale, on peut citer les suivants :

- Maintenir en tout temps un niveau élevé de confidentialité à propos de la situation et des actions s'y rapportant.
- Examiner toute l'information dont on dispose sur la situation en cours. Séparer les questions personnelles des questions professionnelles. Se concentrer sur la situation vécue.
- Lorsque cela est approprié et possible, chercher à obtenir des renseignements en s'adressant directement à la collègue ou aux collègues dont le comportement ou la pratique semble controversable.
- Porter attention à la détresse morale vécue par les infirmières qui tentent de trouver une façon d'agir qui soit éthique. Évaluer les risques encourus en cas d'inaction (risques pour soi-même, les personnes prises en

charge, les collègues et l'établissement) et considérer les torts potentiels et les abus de confiance pouvant se produire en cas d'inaction. Les infirmières doivent aussi prendre en compte les répercussions de leurs choix pour elles-mêmes ainsi que pour les autres.

- Dans la mesure du possible, parler avec une collègue digne de confiance n'ayant rien à voir avec la situation et pouvant faire preuve de la discrétion nécessaire, afin de valider ou d'annuler les conclusions émises.
- Chercher à obtenir des renseignements auprès des autorités appropriées (p. ex., une surveillante ou une gestionnaire) au sujet des rôles et des responsabilités de chacune des parties partageant le devoir d'assurer la prestation de soins compétents, compatissants, sécuritaires et conformes à l'éthique.
- Consulter, si cela est approprié, des collègues, d'autres membres de l'équipe, les associations et les ordres professionnels ou d'autres personnes susceptibles d'aider à résoudre le problème.
- Informer les parties intéressées des préoccupations qui n'ont pas été réglées et, si possible, faire part à la collègue (ou aux collègues) en cause des raisons de l'action entreprise. Déterminer quelle aide immédiate peut lui (ou leur) être apportée, et être prête à l'aider (ou à les aider) à trouver ces ressources.

Les infirmières qui, guidées par leur sens des responsabilités, choisissent de signaler un manquement au devoir de compétence, de sécurité ou de respect du caractère éthique des soins, doivent pouvoir compter sur le soutien de leurs collègues et de leur association ou de leur ordre professionnel.

Considérations déontologiques lorsqu'il s'agit de répondre à des attentes contraires à sa propre conscience

Les infirmières ne sont pas libres de laisser à elle-même une personne requérant des soins. Cependant, il arrive parfois que les infirmières ne soient pas d'accord avec certaines procédures ou pratiques en matière de soins de santé. Il est alors difficile pour elles de prendre part de leur plein gré à la prestation de soins que d'autres ont jugés appropriés sur le plan moral. L'AIIC reconnaît dans son *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* le droit d'une infirmière d'agir conformément à sa propre conscience en pareil cas (définition de l'**objection de conscience**).

Si les soins demandés entrent en conflit avec les valeurs et les croyances morales d'une infirmière, mais qu'ils sont conformes à l'exercice professionnel, l'infirmière en question prodigue des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique jusqu'à ce que des dispositions de rechange soient prises pour répondre aux besoins ou aux désirs de la personne qui reçoit des soins. Si les infirmières anticipent un conflit de conscience, elles doivent en informer à l'avance leur employeur ou, si elles travaillent à leur propre compte, les personnes prises en charge, afin de trouver une solution de rechange. (Code, G7)

Étapes à suivre dans la déclaration d'un conflit de conscience (American Nurses Association [ANA], 2006; Registered College of Nurses, Australia [RCNA], 2000)

1. Avant l'emploi

Les infirmières ont l'obligation morale d'informer leur employeur potentiel dans le cas où elles seraient moralement opposées à certaines pratiques et procédures susceptibles d'entrer en ligne de compte dans leur futur cadre de travail, et ce, en particulier si l'expression d'un conflit de conscience est « susceptible de troubler considérablement la prestation des services offerts par l'organisme employeur » [traduction] (RCNA, 2000, p.1). Dans le même ordre d'idées, les employeurs doivent informer les employés potentiels des services offerts par leur organisme qui peuvent poser problème pour certains employés.

2. Anticiper un conflit de conscience et en prévoir la déclaration

Idéalement, l'infirmière serait en mesure d'anticiper les situations dans lesquelles une pratique ou une procédure pourrait créer pour elle un conflit de conscience (croyances et valeurs). En pareil cas, l'infirmière doit discuter avec sa surveillante, son employeur ou, si elle est travailleuse autonome, avec les personnes prises en charge, des types de soins qu'elle estime contraires à son propre système de croyances et de valeurs (p. ex., lorsqu'il s'agit d'avortement, de circoncision, de transfusion sanguine ou de greffe d'organe), et elle doit demander à ce que ses objections soient prises en compte, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'urgence.

Théoriquement, les infirmières occupant des postes de leadership doivent s'assurer que leur milieu de travail dispose d'une politique concernant les cas de conscience, de façon à ce qu'une infirmière puisse choisir de se retirer des activités qu'elle juge contraires à ses principes moraux sans pour autant être pénalisée.

3. Se trouver dans l'obligation de fournir des soins jugés contraires à sa conscience

Lorsqu'une infirmière se trouve dans une situation où on exige d'elle qu'elle fournisse des soins entrant en conflit avec sa conscience, elle doit en informer sa surveillante, son employeur ou, si elle est travailleuse autonome, la personne prise en charge. Le fait de déclarer un conflit de conscience (« objection de conscience ») et de demander que des mesures soient prises est lourd de conséquences et ne doit donc pas être pris à la légère. Dans tous les cas, l'infirmière doit continuer de prodiguer les soins requis jusqu'à ce qu'une autre infirmière ou un autre fournisseur de soins de santé ait été affecté au cas pour fournir à la personne prise en charge des soins répondant à ses besoins.

Parmi les principales directives concernant la déclaration d'un conflit de conscience se trouvent les suivantes :

1. L'infirmière qui décide de se retirer de la prestation de soins à une personne pour des raisons d'ordre moral communique son souhait de façon appropriée.
2. Autant que possible, une décision de retrait doit être communiquée d'avance et à temps pour permettre aux responsables de prendre des dispositions de rechange pour la prise en charge de la personne concernée.
3. Les objections d'ordre moral de l'infirmière constituent une décision éclairée et réfléchie et se fondent sur des préoccupations d'ordre moral, et non sur des préjugés, des peurs ou des préférences.
4. Lorsqu'une objection d'ordre moral est posée, l'infirmière doit assurer la sécurité de la personne prise en charge jusqu'à ce qu'il soit certain qu'un autre fournisseur de soins infirmiers est en mesure de s'en occuper.

5. Les employeurs et les collègues doivent veiller à ce que les infirmières et leurs collègues de travail qui déclarent des cas de conflit de conscience reçoivent un traitement équitable et ne subissent pas de discrimination (RCNA, 2000, p. 2).
6. Les infirmières doivent savoir que le fait de déclarer un conflit de conscience ne signifie pas nécessairement qu'elles sont à l'abri de pénalités officielles ou officieuses.

Considérations déontologiques pour les infirmières lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, de l'écllosion d'une maladie transmissible ou d'une pandémie

Depuis toujours, les infirmières s'occupent de fournir des soins aux personnes qui en ont besoin, et ce, même lorsque cela met leur propre vie ou santé en danger (par exemple, lorsqu'elles travaillent dans des régions ravagées par la guerre, des régions de pauvreté extrême ou des endroits insalubres). Les infirmières courent par ailleurs des risques lorsqu'elles offrent des soins à des personnes souffrant de maladies infectieuses ou transmissibles, que ces maladies aient été diagnostiquées ou non. Il n'en demeure pas moins que les catastrophes et les épidémies de maladies transmissibles exigent que tout le personnel soignant, y compris le personnel infirmier, se mobilise dans un effort exceptionnel. Selon le Code :

Lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, y compris lors de flambées épidémiques, les infirmières ont l'obligation de prodiguer des soins tout en respectant les mesures de sécurité appropriées. (Code, A8)

L'obligation de prodiguer des soins renvoie à l'obligation professionnelle de l'infirmière de fournir des soins sécuritaires, compétents, compatissants et conformes à l'éthique aux personnes prises en charge. Cependant, il se peut, dans certains cas, qu'il soit acceptable qu'une infirmière choisisse de s'abstenir ou de refuser de prodiguer des soins (CRNBC, 2007; CRNNS, 2006a). Le concept de « charge déraisonnable » s'applique en ce qui a trait à l'obligation de prodiguer des soins et au fait de s'abstenir ou de refuser de prodiguer des soins. On estime qu'il existe une charge déraisonnable lorsque la capacité d'une infirmière à fournir des soins sécuritaires répondant aux normes de pratique professionnelle est compromise par l'exercice d'attentes déraisonnables, le manque de ressources ou la pression de menaces constantes pesant sur le bien-être de l'infirmière (CRNBC, 2007).

Les critères suivants peuvent aider les infirmières à soupeser leur obligation de prodiguer des soins en cas de catastrophe ou de flambée épidémique :

- l'importance du risque couru par la personne prise en charge si l'infirmière ne lui apporte pas son secours;
- la mesure dans laquelle l'intervention de l'infirmière est directement reliée à la prévention de préjudices;
- la mesure dans laquelle l'intervention de l'infirmière permettra probablement de prévenir des préjudices; et
- la mesure dans laquelle l'intervention de l'infirmière présente des avantages qui dépassent en importance les torts auxquels elle s'expose et ne représente pas un risque plus grand que le risque acceptable pour l'infirmière (ANA, 2006).

Lorsque la pression exercée sur le système de soins de santé est excessive, il arrive que les ressources matérielles viennent à manquer, ce qui met les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé dans une situation risquée. Les infirmières ont le droit de bénéficier de renseignements complets et conformes à la vérité afin de pouvoir respecter leur obligation de prodiguer des soins. Elles doivent par ailleurs bénéficier de soutien lorsqu'il s'agit de répondre à leurs propres besoins en matière de santé. Les employeurs ont quant à eux le devoir de protéger et de soutenir les infirmières ainsi que de leur fournir l'équipement de protection et les fournitures nécessaires en quantités suffisantes afin de « minimiser de façon maximale » le risque d'infection auquel sont exposés les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé (Recommandations de l'Ontario Hospital Association formulées par son groupe de travail sur les ressources humaines à propos du SRAS, et consignées par Godkin et Markwell, 2003). Les infirmières doivent en outre exercer leur jugement professionnel pour choisir et employer les mesures de prévention appropriées, pour choisir (de concert avec l'équipe soignante), parmi les directives des organismes, des fabricants et des gouvernements sur l'utilisation et l'ajustement de l'équipement de protection individuelle, celles qui sont les mieux adaptées au milieu de travail, ainsi que pour préconiser des changements lorsque les directives de l'organisme, du fabricant ou du gouvernement dans ce domaine ne respectent pas suffisamment les exigences à satisfaire pour prévenir des infections (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2006).

Les infirmières doivent attentivement considérer les devoirs liés à leur rôle professionnel et à l'obligation de prodiguer des soins par rapport à d'autres responsabilités à l'égard de leur propre santé ainsi qu'envers leur famille et leurs amis. Elles se font ainsi une idée claire des mesures qu'elles pourraient prendre en prévision ou au cours d'une situation d'urgence ou d'une pandémie, et se trouvent donc mieux préparées à faire des choix éthiques le moment venu (Faith, Gibson, Thompson et Upshur, 2005). Les énoncés relatifs aux valeurs et aux responsabilités exposés dans le Code devraient appuyer leur réflexion et leurs actions à cet égard.

A. *Pour se préparer à répondre aux besoins en soins infirmiers lors de catastrophes ou de flambées épidémiques, les infirmières doivent :*

- collaborer entre elles ainsi qu'avec diverses figures d'autorité afin d'élaborer des directives cliniques pour les interventions d'urgence en s'inspirant des ressources disponibles et des lignes directrices des gouvernements, des associations professionnelles et des organismes de réglementation;
- se renseigner sur les directives établies au niveau régional, provincial et national au sujet de l'ordre de priorité à respecter dans la prestation de soins (p. ex., priorité fondée sur l'importance du besoin, sur la probabilité d'un résultat positif, etc.) et prendre part à l'établissement de ces directives;
- se renseigner sur la façon dont un soutien sera offert aux personnes prodiguant des soins et portant le fardeau physique et moral des soins;
- exiger de recevoir des mises à jour régulières à propos des mesures de sécurité que les infirmières doivent prendre afin de se protéger et d'éviter de devenir elles-mêmes victimes d'une catastrophe ou d'une maladie;
- offrir leur soutien dans la mise en place d'une manière équitable de régler les conflits ou les différends concernant les exemptions de travail ou les exemptions relatives à la prophylaxie ou à la vaccination du personnel; et
- contribuer à l'élaboration de recommandations sur le traitement des plaintes et des pourvois en appel.

B. Lorsqu'une infirmière se trouve plongée dans une situation de catastrophe ou d'épidémie, elle a l'obligation morale :

- de se reporter à la réglementation et aux lignes directrices fournies par le gouvernement, les organismes de réglementation ainsi que les employeurs et les associations professionnelles;
- de contribuer à la prise de décisions qui soient les plus équitables possible en ce qui concerne la répartition des ressources;
- de soutenir l'établissement de priorités d'une façon aussi transparente que possible;
- de prodiguer des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique (lors d'une catastrophe, en autant que les circonstances le permettent);
- de contribuer à déterminer si les infirmières peuvent refuser de prodiguer des soins et, selon le cas, à quel moment et de quelle façon; et
- de préconiser l'utilisation des méthodes les moins restrictives possible lorsque les droits individuels d'une personne doivent être limités.

Considérations déontologiques concernant les relations avec les étudiantes en sciences infirmières

Les infirmières, quel que soit leur rôle, ont la responsabilité de soutenir les étudiantes en sciences infirmières dans la prestation de soins qui soient sécuritaires, compétents, compatissants et conformes à l'éthique. Plusieurs énoncés du Code concernent directement les étudiantes et leur relation avec les autres intervenants dans la prestation de soins infirmiers :

Les infirmières se traitent entre elles avec respect et respectent également les étudiantes et les autres travailleurs de la santé, tout en reconnaissant les places respectives, en termes d'autorité, des dirigeantes, des membres du personnel et des étudiantes. Elles collaborent avec les autres afin de résoudre les conflits d'opinion de façon constructive. (Code, D10)

Les infirmières partagent leurs connaissances, fournissent une rétroaction, font du mentorat et donnent des conseils pour favoriser le perfectionnement professionnel des étudiantes en sciences infirmières, des infirmières novices et des autres membres de l'équipe de soins de santé. (Code, G9)

À partir de ces énoncés du Code, on peut tirer les lignes directrices suivantes :

- Toutes les interactions entre les étudiantes en sciences infirmières et leurs enseignantes doivent être conformes aux principes d'une pratique déontologique.
- Toutes les infirmières et les étudiantes doivent se traiter avec respect et honnêteté.
- Toutes les infirmières doivent s'efforcer de fournir aux étudiantes un encadrement approprié qui servira de fondement à l'acquisition des compétences infirmières.
- L'infirmière de soins intégraux qui a été affectée au soin d'une personne continue à en être la principale responsable.
- Les étudiantes en sciences infirmières s'assurent de signaler aux personnes prises en charge leur statut d'étudiante. La décision d'une personne qui choisit de ne pas accepter les soins ou l'aide d'une étudiante doit être respectée.
- On s'attend des étudiantes en sciences infirmières qu'elles répondent aux normes établies pour leur niveau de scolarité. Et si elles ne croient pas être en mesure de respecter ces normes, elles doivent en faire part à l'enseignante clinique de leur école ainsi qu'aux surveillantes de l'unité.
- Si les étudiantes en sciences infirmières pensent qu'une ou des infirmières ont manqué de respect vis-à-vis d'elles dans leur pratiques et qu'elles ne sont pas en mesure de régler elles-mêmes ces situations en en parlant avec l'infirmière ou les infirmières en question, elles doivent en discuter avec l'enseignante clinique de leur école. Si, dans un délai raisonnable après une telle discussion, elles n'ont toujours pas obtenu d'aide à ce sujet, elles doivent solliciter l'aide de l'administratrice appropriée des études en sciences infirmières au sein de leur programme.

Comment agir conformément à l'éthique lorsqu'il s'agit d'exercer des moyens de pression au travail

L'exercice de moyens de pression au travail vise souvent à assurer aux infirmières des conditions d'emploi qui leur permettent d'offrir des soins

sécuritaires et conformes à l'éthique aux personnes déjà prises en charge et à celles qui le seront. Toutefois, les moyens de pression exercés pour améliorer la situation risquent parfois à court terme d'affecter les personnes prises en charge. Avant d'exercer des pressions et pendant qu'elles le font, les infirmières plaident en faveur de leur participation à la planification du milieu de travail afin d'assurer la sécurité des personnes prises en charge. Le public a lui aussi le droit d'être renseigné au sujet des mesures prises pour veiller à la sécurité des personnes pendant l'application de tout moyen de pression.

Les infirmières qui prévoient exercer des moyens de pression au travail ou qui travaillent dans un milieu où des moyens de pression sont exercés doivent prendre des mesures pour protéger la santé et la sécurité des personnes pendant l'exercice de ces pressions. (Code, A7)

- Chaque infirmière est tenue de rendre compte des décisions qu'elle a prises concernant sa pratique, en tout temps et en toute circonstance, y compris en cas de grève légale ou illégale (Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick [NANB], 2004).
- Au moment de préparer ou d'exercer une action revendicative, les infirmières et les groupes d'infirmières ont toujours le souci de protéger les personnes prises en charge.
- Les infirmières ou les groupes d'infirmières participant à des actions revendicatives sont, sur le plan de l'éthique, tenus de garantir la sécurité des personnes dont ils s'occupent. La diversité de leurs responsabilités peut les amener à concrétiser cet engagement de manières différentes, mais toutes convenables.
- Les personnes dont la sécurité exige des soins permanents ou d'urgence sont en droit de les recevoir pendant toute la durée d'une action revendicative.
- Pendant l'exercice d'un moyen de pression, les infirmières qui s'inquiètent au sujet de leur capacité de respecter les normes en matière de déontologie et de pratique ou au sujet de leur capacité de veiller à la sécurité des personnes qu'elles soignent, sont tenues de faire part de leur inquiétude en suivant la voie hiérarchique désignée afin que des mesures correctives soient mises en œuvre le plus rapidement possible (AIINB, 2004).

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2003). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* (consulté le 22 octobre 2007, à l'adresse <http://www.phac-sp.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html>)

American Nurses Association. (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington (D. C.) : auteur.

American Nurses Association. (2006). *Position statement: Risk and responsibility in providing nursing care*. Washington (D. C.) : auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières*. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sain. Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007a). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sain. Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007b). *Professionnalisme en soins infirmiers*. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sain. Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1994). *Prise de position conjointe sur les directives préalables* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Des milieux de travail de qualité pour les infirmières* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Lignes directrices déontologiques à l'intention des infirmières effectuant des recherches* (3^e éd.). Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Santé et équité dans le monde* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004a). *Les infirmières et les droits de la personne* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004b). *Déontologie quotidienne : Le code mis en pratique*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *La justice sociale...un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. (2004). *Responsabilité professionnelle en cas de grève*. Frédéricton : auteur.

Burkhardt, M. A. et A. K. Nathaniel. (2002). *Ethics & issues in contemporary nursing* (2^e éd.). Toronto : Delmar Publishers.

Caplan, R. L., Light, D. W. et Daniels, N. (1999). « Benchmarks of fairness: A moral framework for assessing equity ». *International Journal of Health Services*, 29 (4), p. 853-869.

Charte canadienne des droits et libertés, Annexe B, Loi constitutionnelle de 1982.

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2005a). *Professional boundaries for registered nurses: Guidelines for the nurse-client relationship*. Edmonton : auteur.

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2005b). *Ethical decision-making for registered nurses in Alberta: Guidelines and recommendations*. Edmonton : auteur.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2006a). *Competencies in the context of entry-level registered nurse practice in British Columbia*. Vancouver : auteur.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2006b). *Delegating tasks to unregulated care providers*. Vancouver : auteur.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2006c). *Practice standard: Conflict of interest*. Vancouver : auteur.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2007). *Practice standard: Duty to provide care*. Vancouver : auteur.

- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2006a). *Emergency preparedness plan*. Halifax : auteur.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2006b). *Problematic substance use in the workplace: A resource guide for registered nurses*. Halifax : auteur.
- Conseil international des infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : auteur.
- Dutton, J., Lilius, J. et Kanov, J. (2007). The transformative potential of compassion at work. Dans S. K. Piderit, R. E. Fry et D. L. Cooperrider (dir.), *Handbook of transformative cooperation: New designs and dynamics*. Palo Alto (Calif.) : Stanford University Press.
- Evans, R. G. (1994). Introduction. Dans R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor (dir.), *Why are some people healthy and others are not? The determinants of health of populations* (p. 3-26). New York : Aldine de Gruyter.
- Faith, K., J. Gibson, A. Thompson et R. Upshur. (2005). *Ethics in a pandemic influenza crisis: Framework for decision-making*. Toronto : Clinical Ethics Centre at Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre.
- Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 1, 8-11.
- Fry, S. et Johnstone, M.-J. (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision-making* (2^e éd.). Conseil international des infirmières. Oxford : Blackwell.
- Godkin, D. et Markwell, H. (2003). *The duty to care of healthcare professionals: Ethical issues and guidelines for policy development*. Toronto : présentation effectuée au secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS.
- Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Organisation des Nations Unies. (1948). *La Déclaration universelle des droits de l'homme : une grande charte pour l'humanité toute entière*. Genève : auteur.

Hebert, P. C., Hoffman, C. et Davies, J. M. (2003). *Le Dictionnaire canadien sur la sécurité des patients*. Edmonton : Institut canadien pour la sécurité des patients.

Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (1998, mises à jour en 2000, en 2002 et en 2005). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (consulté le 22 octobre 2007 <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/policystatement/policystatement.cfm>).

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs (N. J.) : Prentice Hall.

Matthews, J. (2007). *Nursing ethics decision-making algorithm*. Disponible à www.cna-aiic.ca.

Morin, K., Higginson, D. et Goldrich, M. (2006). « Physician obligation in disaster preparedness and response ». *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 15, 417-431. [Cet article a été préparé pour le Council on Ethical and Judicial Affairs de l'American Medical Association.]

Neufeldt, V. et Guralnik, D. G. (1988). *Webster's new world dictionary* (3^e éd.). New York : Simon et Schuster.

Oberle, K. et Raffin, S. (sous presse). *Nursing ethics in Canadian practice*. Toronto : Pearson.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2006). *La prévention des infections* [Norme d'exercice]. Toronto : auteur.

Organisation mondiale de la Santé. (1978). Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaire, tenue à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978. Consultée le 19 mars 2008 à l'adresse http://www.cres-paca.org/presentation/declaration_alma.htm

Organisation mondiale de la Santé. (2006). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (supplément de la 45^e éd.). Consultée le 31 octobre 2007 à l'adresse http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Registered College of Nurses, Australia. (2000). *Position statement: Conscientious objection*. Canberra : auteur.

Registered Nurses Association of Nova Scotia. (1996). *Violence in the workplace: A resource guide*. Halifax : auteur.

Rodney, P. et Starzomski, R. (1993). Constraints on moral agency of nurses. *Canadian Nurse*, 89 (9), 23-26.

Rodney, P. et Street, A. (2004). « The moral climate of nursing practice: Inquiry and action ». Dans J. Storch, P. Rodney et R. Starzomski (dir.), *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice* (p. 209-231). Toronto : Pearson-Prentice Hall.

Rodney, P., Hartrick Doane, G., Storch, J. et Varcoe, C. (2006). Pour un climat moral favorable à la sécurité. *infirmière canadienne*, 7 (8), 19-22.

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). « Consent of the incapable adult ». *InfoDROIT* 13 (3), p. 1-2.

Storch, J., Rodney, P. et Starzomski, R. (2004). *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto : Pearson-Prentice Hall.

Varcoe, C. et Rodney, P. (2002). « Constrained agency: The social structure of nurses' work ». Dans B. S. Bolaria et H. Dickenson (dir.), *Health, illness and health care in Canada* (3^e éd., p. 102-128). Scarborough (Ont.) : Nelson Thomas Learning.

Webster, G. et Baylis, F. (2000). « Moral residue ». Dans S. B. Rubin et L. Zoloth (dir.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine* (p. 217-232). Hagerstown (Md) : University Publishing Group.

Yeo, M. et Moorhouse, A. (1996). *Concepts and cases in nursing ethics* (2^e éd.). Peterborough (Ont.) : Broadway Press.

RESSOURCES EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

En plus des ressources énumérées dans la liste de références, il existe un vaste éventail de ressources concernant l'éthique et la déontologie, qui sont accessibles à partir des sites Web de l'AIC et des associations et ordres professionnels d'infirmières et infirmiers des provinces et des territoires. Il est aussi possible d'accéder à des ressources à partir des sites d'autres organisations d'envergure nationale, notamment de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada, des autres associations professionnelles de la santé ainsi que des centres d'éthique et de bioéthique des diverses régions du Canada et de l'étranger.

Les infirmières sont aussi encouragées à consulter les autres membres de leur équipe de soins de santé, les consultants en éthique de leur organisme, les comités d'éthique et de déontologie de leur établissement ou de leur région, les consultants en pratique de leurs associations et ordres professionnels, ainsi que tout autre intervenant possédant des connaissances et des compétences en matière d'éthique appliquée à la pratique en soins de santé.

Pour consulter les ressources de l'AIC en matière d'éthique, rendez-vous à **www.cna-aic.ca**.

