

# **PLACE DE L'ETHIQUE DANS LA PROFESSION INFIRMIERE FRANCAISE EN REANIMATION**

1

*F.Kossmann-Michon, M.Dalmasse-Devos, L.Cluzel, J.Koch.*

## **INTRODUCTION**

L'éthique est relative à la personne humaine vivant en société. Elle ne peut être définie et fixe. Elle ne pose pas de règle, elle est constituée de valeurs relatives. En cela, elle se distingue de la morale. Si la première porte sur le bon et le mauvais, la deuxième porte sur le bien et le mal, nous dit André Comte-Sponville. L'une et l'autre se font référence et peuvent se remettre en question.

L'éthique entraîne un questionnement pour chaque nouvelle situation en regard de l'évolution des sciences (médicales, sociales....). Le débat éthique porte sur la valeur et le sens des actions.

Pour certains, l'éthique est inséparable d'une méthode. C'est également une discipline noétique, c'est à dire relatif à la pensée dans l'acte de connaissance. Nos connaissances et nos nouvelles possibilités doivent nous amener à nous interroger sur leurs applications, sur leurs conséquences mais également sur la part d'inconnu : ce que l'on ne sait pas encore. L'éthique n'est pas spécifique aux services de soins intensifs, mais la réanimation présente des spécificités où des problèmes éthiques se posent fréquemment.

En effet, nos actions doivent être le fruit d'une réflexion : ce que nous faisons, à qui et comment. Il est important de savoir ce qui nous guide et sur quoi s'appuyer lorsque des choix s'imposent. La réflexion se fait en suivant une méthodologie.

Elle conduit à une interrogation sur les textes qui nous régissent, qui nous guident mais surtout sur nos pratiques.

Nous souhaitons mettre en exergue l'évolution de la profession infirmière française dans la démarche éthique en réanimation. Nous présenterons la place de l'éthique dans l'enseignement en Institut de Soins Infirmiers en France, puis les événements et textes de référence. Nous aborderons ensuite les principes, valeurs et concepts personnels et professionnels, le questionnement des infirmières au quotidien dans les services de réanimation, enfin la démarche de la réflexion éthique.

## **I - PLACE DE L'ETHIQUE DANS L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS EN FRANCE**

Dans notre pratique infirmière, l'éthique est de nos jours devenue incontournable, si nous désirons mener à bien une réflexion sur le rôle infirmier et sur les actions déterminant des choix responsables.

Le programme des études conduisant au diplôme d'état infirmier de 1992, présente un module obligatoire intitulé « Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail ». Quatre vingt heures d'enseignements lui sont attribuées. Sous le titre « éthique et déontologie » sont abordés les thèmes suivants : « normes, déviances, valeurs, croyances, différentes cultures, différentes religions, respect de la vie et de la mort, secret professionnel, confidentialité, droits de l'enfant, droits de l'homme, droit des malades, éthique dans la recherche médicale et biologique ». Dans la finalité de la formation est mentionnée, qu'elle permet à « l'infirmier d'assumer chacun de ses rôles en tenant compte notamment des aspects éthiques et juridiques de son engagement professionnel ».

L'enquête réalisée en 1991, intitulée « la formation des élèves infirmiers en bioéthique » auprès de toutes les écoles d'infirmiers de France et Dom Tom, confirme que le sujet de l'enseignement est surtout la « morale » dans l'acquisition de convictions et d'attitudes plus que sur la connaissance des repères sociaux ou le savoir-faire.

L'enquête que la S.F.I.S.I. a réalisée en septembre 2000, intitulée « Place de l'éthique dans l'enseignement des soins infirmiers en I.F.S.I. (Institut de Formation en Soins Infirmiers) de France et Dom Tom, confirme que le module spécifique est peu utilisé (16,4%). Cet enseignement est pratiqué en module transversal (83,6%) durant les trois années d'études. La méthode pédagogique choisie est le travail de groupe (84,9%), mais le cours magistral reste un outil pédagogique utilisé (61,6%). Le nombre d'heures d'enseignement varie de 3h à 130 h, (la médiane se situe à 25h). Les concepts développés en premier et second rang sont les Valeurs et le Respect. 60,3% affirme réaliser l'évaluation de cet enseignement à partir des stages, d'écrit individuel, d'exposé, de cas concrets.

Compte tenu du nombre de réponses (21,28 %), l'éthique ne semble pas avoir une place prépondérante dans le<sup>2</sup> projet pédagogique. Pratiquer la démarche éthique pourra devenir réalité pour les étudiants si l'enseignement de l'éthique permet de s'interroger sur les pratiques professionnelles pour acquérir une capacité de réflexion. Les étudiants utiliseront leur vécu, leur point de vue, leur système de valeurs, leur expérience professionnelle. Le questionnement éthique et l'acte éthique mettront en liens, la prévalence de la conscience individuelle, des sentiments tels que la peur, l'amour, l'indifférence, l'agressivité, les conflits et l'autonomie professionnelle. Marie Françoise LAMAU, dans une interview au C.C.P.S. (Centre Chrétien des Professions de Santé) en novembre 1985 sur : « la santé : lieu d'interpellation éthique » disait « le but de l'éthique est d'assurer la convivialité des membres d'un groupe humain, c'est à dire de leur permettre de vivre dans l'harmonie et ce faisant, de se donner les uns aux autres plus d'humanité ». L'éthique c'est de rechercher le conflit de valeurs et accepter un compromis.

## ***II - EVENEMENTS ET TEXTES DE REFERENCE***

Un ensemble de textes en perpétuelle évolution régit la protection de la personne dans un cadre général.

- La déclaration des droits de l'homme de 1789 évoquait déjà les principes de justice et d'équité.
- Le procès de Nuremberg est le point de départ d'une réflexion qui ne s'est pas arrêtée depuis. La découverte des faits terribles perpétrés à l'occasion de la deuxième guerre mondiale a soulevé particulièrement le problème de l'expérimentation sur les êtres humains. Les nations réunies ont choisi de réfléchir ensemble et d'édicter des règles afin de protéger l'homme aux différents stades de la vie.
- La deuxième moitié du 20ème siècle a vu le développement de textes et de structures dont le sujet majeur est la protection de la personne humaine. Les comités d'éthiques font partie de ces structures, de même plus tard le C.C.P.P.R.B. (Conseil Consultatif pour la Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale)
- Le mot bio éthique apparaît en 1970. Il se rapporte à l'éthique appliquée au domaine de la santé, voir de la vie. Nos connaissances, nos certitudes sont remises en question, nos valeurs ont également bougé. Le concept de Vie donne lui-même lieu à des débats : conception, fœtus, réanimation, état de mort cérébrale sont des sujets jamais épuisés.
- Des événements historiques (guerres, conflit religieux) et politiques (développement du droit de la femme qui se traduit par l'apparition de loi telle que celle sur l'avortement) ont fait et continue à faire réagir et émerger des concepts. Ceux-ci ne sont pas toujours nouveaux, mais ils ont pris une place concrète.

Parmi les textes s'annonçant comme un ensemble de références ou de repères concernant l'éthique dans la profession infirmière nous faisons les nôtres :

- **1948 (décembre) : La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (assemblée générale de l'ONU).** Fondamentale pour tout être humain, cette déclaration l'est plus particulièrement pour les infirmiers.

Article 1 : tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

Dans la prise en charge de la santé et de la maladie, nous nous engageons à faire prévaloir droits et libertés proclamés dans cette déclaration.

- **1953 (juillet, réadapté en 1989) : Conseil International des infirmiers : principes déontologiques appliqués aux soins infirmiers.**

Les besoins en soins infirmiers sont universels, le respect de la vie, de la dignité humaine et des droits de l'homme font partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération de nationalité, de race, de croyance, de couleur, d'âge, de sexe, d'ordre politique ou social.

- **1982 : Comité d'Ethique de la Société Française de Réanimation de Langue Française.**

Une infirmière de réanimation y est présente depuis 1986. Les membres du comité de cette société savante analysent et valident des protocoles de réanimation sur le plan scientifique et éthique. Ils élaborent des bases de réflexion sur certains problèmes éthiques qui serviront de référence pour les soignants de réanimation.

**- 1983 : Comité Consultatif National d'Ethique (C.C.N.E.).**

Une infirmière y participe depuis avril 1990. Aujourd'hui, MF DIEN représentante de la profession, participe à la réflexion sur les soins palliatifs et l'euthanasie.

**- 1988 : Charte de l'Enfant Hospitalisé (rédigée à Leiden, Pays bas).**

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

Article 4 : Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins adaptés à leur âge et leur compréhension afin de participer aux décisions les concernant.

Article 5 : On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable, on essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

**- 1993 (16 février) : Décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Décret important et marquant pour la profession infirmière en France.**

L'ordre des infirmiers n'existe pas en France. Les règles professionnelles pallient ce manque. Elles sont un ensemble de prescriptions, de principes, de lignes de conduite devant être respectés dans l'exercice de notre activité professionnelle.

L'éthique y est présente dans la quasi-totalité de ses 48 articles. Particulièrement les articles 2, 4, 5 et 6 concernent les devoirs généraux ainsi que les articles 25, 26, 27, 32 édictant les devoirs envers les patients.

Article 2 : L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de sa famille.

Article 4 : Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article 5 : L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article 6 : L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article 25 : L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser des soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Article 26 : L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article 27 : Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du livre II bis du code de la santé publique.

Article 32 : L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à la demande et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens techniques ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

**- 1995 (6 mai) : Circulaire ministérielle établissant la Charte du patient hospitalisé.**

Cette charte définit les droits et devoirs du patient. Elle est une référence primordiale pour l'infirmière dans l'exercice de sa profession. Un résumé des dix articles de cette charte fait l'objet d'un affichage obligatoire dans chaque service d'hospitalisation et remis à chaque malade dès son entrée à l'hôpital.

**- 1996 (décembre) : Charte des droits et libertés de la personne âgée.**

Parmi les 14 articles de cette charte, il nous semble important de citer :

Article 11 : Les affections mortelles ne doivent pas être confondues : le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attentions adaptés à son état. Le refus de l'acharnement ne signifie pas abandon de soins mais doit au contraire se traduire par un accompagnement qui veille à combattre toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale. La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Article 12 : Traite de la recherche sur le vieillissement et la dépendance qui implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et les sciences économiques.

Les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, c'est l'esprit de cette charte.

Le fondement de l'éthique actuelle est le fruit des grands courants philosophiques au travers du temps. La déontologie est elle-même un résultat de ces pensées (ex : le serment d'Hippocrate).

Autre exemple en est la déclaration sur la Promotion des droits des patients en Europe (mars 1994). Elle prend en compte des notions « d'ordre social, économique, culturel, éthique et politique ». Elle est un guide qui permet une adaptation en fonction des cadres existant dans chaque pays. Les termes de respect, équité, individu, dignité, personne humaine puis ceux de vie privée, information, consentement, autonomie, humanisation, marquent les écrits internationaux visant à protéger les personnes. Ces textes régulièrement revus, approfondis, donnent naissance à de nouveaux écrits. Ils sont le fruit de la réflexion de groupe de personnes politiques, scientifiques, philosophes, juristes.

Le respect de la personne, de ses choix ainsi que le principe d'équité en matière de santé prennent une place plus importante. Le droit des patients, avec notamment le respect de la personne dans les différentes situations de soins (respect physique, psychique), les notions d'information et de consentement deviennent des concepts prépondérants.

Ces concepts se retrouvent dans les textes qui régissent les différentes professions médicales et paramédicales en France et sur lesquels nous nous appuyons dans nos pratiques soignantes.

Les règles professionnelles évoquées précédemment rappellent les missions des infirmières françaises en regard du consentement au soin, du secret professionnel, de la réflexion sur l'acharnement thérapeutique en s'appuyant sur deux valeurs morales, la dignité de la personne et la protection de la vie.

M Abiven souligne « La science et l'éthique se trouvent constamment confrontées l'une à l'autre ». L'évolution des sciences et des techniques, le développement des méthodes diagnostiques et thérapeutiques, ont permis de modifier les limites de la vie.

La situation des infirmières est particulière dans le sens où elles procurent des soins de différentes natures : certains relèvent de leur rôle propre, d'autres du rôle sur prescription médicale. Elles ne sont pas seul acteur des soins qu'elles dispensent. Ceux ci sont le fruit d'un enchaînement d'actes préalables, d'observations de l'ensemble de personnes prenant en charge le patient. Mais elles sont toujours responsables des actes qu'elles réalisent. Cela ne peut se faire sans une réflexion, une analyse de chaque situation. Le savoir théorique est indispensable en ce qui concerne les sciences médicales. Toutefois, ce n'est qu'un des éléments ajouté à la dimension humaine.

Pour s'aider dans cette démarche, la profession infirmière s'est appropriée des valeurs générales telles que : la compétence, la disponibilité, l'écoute, le respect des collègues. Elles complètent et précisent les concepts déjà cités. Elles seront le fondement pour analyser une situation. Certains principes également nécessaires à la réflexion sont retenus : bienfaisance, confidentialité, vérité, liberté. En fonction de nos conceptions en matière de prise en charge d'une personne, des conflits peuvent apparaître. Mais l'existence de points de réflexion commune, l'ensemble de paradigmes énoncés, permettra à un groupe de soignants de raisonner ensemble. Il est question souvent d'analyser les conséquences de nos actes avec comme perspective ce qui est bon pour la personne soignée.

L'analyse d'une situation peut amener à ne pas réaliser certains gestes techniques. C'est le cas d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques. La démarche va alors se poursuivre et le soin prendra une autre forme.

Comme René Descartes le précise dans son discours de la méthode, notre dessein « .....n'est pas d'enseigner ici la méthode que chacun doit suivre pour bien conduire sa raison, mais seulement de faire voir en quelle sorte j'ai tâché de conduire la mienne ».

### **IV - LE QUESTIONNEMENT DES INFIRMIERES AU QUOTIDIEN FACE AUX MALADES DE REANIMATION**

La réanimation est une pratique médicale destinée à faire passer un cap en présence d'une défaillance aiguë d'une des grandes fonctions physiologiques entraînant un risque vital à brève échéance. Elle s'appuie sur des moyens techniques propres de surveillance et de soutien vital permettant d'attendre l'efficacité éventuelle du traitement curatif spécifique ou la guérison spontanée de l'affection première.

Le développement des soins infirmiers en réanimation a valorisé de manière peut-être excessive l'aspect technique<sup>5</sup> et scientifique du travail infirmier. L'infirmière a du intégrer de nouvelles connaissances, mettre en application une technologie, surveiller les signes vitaux des patients... Cependant, bien que les infirmières de réanimation soient des « exécutantes techniques » au regard des prescriptions médicales, celles-ci amènent aux soins une dimension humaine et sociale, respectant l'individu et ses choix. C'est dans son rôle propre, que l'infirmière exerce son art, son savoir-faire, l'art de s'occuper de l'autre (de le réconforter, de pallier aux angoisses, d'accompagner), l'art d'aider l'autre. L'infirmier(e) prend en charge globalement le malade en le considérant comme un être humain à part entière.

Les infirmières de réanimation sont confrontées en permanence à la souffrance physique et morale des malades et de leurs familles. Cette souffrance est induite, non seulement par la pathologie, mais également par des techniques lourdes de réanimation qui se révèlent pour certains, parfois futiles c'est à dire disproportionnées, dénuées de sens. A cela se rajoute le principe du double effet selon lequel un acte est en lui-même obligatoire ou permis, peut néanmoins avoir des conséquences mauvaises : l'acte direct bon et voulu, l'autre est indirect mauvais et non voulu. Il fournit une règle permettant d'établir le bien fondé d'un acte de ce type.

Les difficultés rencontrées sur le terrain ont suscité chez les infirmières un questionnement répétitif sur les soins prodigués aux patients. C'est grâce aux interrogations des infirmières que s'est développée la réflexion éthique.

Les situations cliniques au cours desquelles la démarche éthique semble être la plus représentative concernent :

- **Les essais thérapeutiques (protocoles)**

L'infirmière française ne participe pas à l'élaboration d'un protocole médical. Celui-ci est obligatoirement validé par le C.C.P.P.R.B. Si le protocole est présenté au comité d'éthique de la S.R.L.F. (Société Française de Réanimation de Langue Française), l'infirmière présente dans ce comité donnera son avis. Ce comité valide le protocole sur le plan éthique et scientifique.

L'infirmière est le relais de l'information entre le médecin et le patient quand il y a une décision de mettre en place un protocole. Quand le malade est conscient et qu'il accepte de participer (consentement libre, exprès et éclairé), les premières questions qu'il se pose sont systématiquement retournées vers l'infirmière :

- ✓ J'ai donné mon accord mais est-il encore temps de se rétracter ?
- ✓ Y -a-t-il un risque ?
- ✓ Si je refuse, serais-je mal soigné ?
- ✓ Ma famille sera-t-elle impliquée en cas de problème ?

- **L'arrêt ou la limitation des thérapeutiques.**

L'arrêt d'un traitement est réalisé quand les thérapeutiques actives se révèlent être inefficaces pour le patient. C'est le *withdrawing* des anglo-saxons. Cet arrêt se caractérisera par exemple par l'interruption d'une épuration extra-rénale et/ou l'arrêt des catécholamines. Par contre la limitation des soins est réalisée quand l'équipe médicale et paramédicale décident de ne pas enchaîner d'autres traitements plus invasifs, plus intensifs. Par exemple ne pas augmenter les doses d'amines vasopressines, de ne pas démarrer une dialyse, ne plus faire d'investigations. C'est le refus de l'escalade thérapeutique ou le *withholding*.

Dans le cas de l'arrêt des traitements actifs, les infirmières sont souvent mal à l'aise concernant le problème de la ventilation. En effet, il est extrêmement difficile de « couper » la ventilation alors que le souffle représente la vie. C'est pourquoi bien souvent, la ventilation n'est pas interrompue mais la FiO<sub>2</sub> considérablement diminuée (21%). L'arrêt des thérapeutiques après une longue réanimation est parfois perçu par les infirmières comme un soulagement pour le patient et son entourage. Mais la mise en œuvre de cette décision est quelquefois insupportable pour les soignants car il y a un sentiment d'échec et la mort survient plus rapidement.

Dans le cas d'une limitation des traitements, les infirmières sont peut être plus à l'aise. En effet, il s'agit de ne pas faire d'escalade thérapeutique tout en conservant les traitements actifs déjà instaurés.

Que ce soit un arrêt ou une limitation des thérapeutiques, les infirmières continuent leurs soins de confort, d'hygiène, d'écoute de la famille et d'accompagnement. La différence qui existe entre les deux est d'ordre psychologique.

- **L'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable :**

L'obstination déraisonnable commence quand il y a une pléthore de gestes techniques et d'examen réalisés, alors que ceux-ci ne sont d'aucun bénéfice pour le patient. Les infirmières de réanimation sont souvent démunies car elles continuent de prodiguer les soins sur prescription médicale alors qu'il n'y a pas d'amélioration voire une aggravation du pronostic vital du patient (par exemple une seringue d'adrénaline à 10 mg/h augmentée à 15 mg/h sans réponse avec une nécrose importante des extrémités et persistance du choc).

Dans cette situation, les questions soulevées sont :

- ✓ Quel intérêt pour le patient ?
- ✓ Quelle sera sa qualité de vie après la réanimation (amputation des orteils et des doigts) ?
- ✓ Quel sera son état neurologique ?
- ✓ Souffre-t-il ?
- ✓ Que pense sa famille ?
- ✓ Le patient a-t-il émis son avis sur le sujet avant d'être inconscient ?

Lors d'une enquête publiée en mai 2000 dans *Ethique et Réanimation* sur les critères justifiant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements, les paramédicaux citent :

absence de qualité de vie future pour 71,3 %  
souffrance morale pour 43,2 %  
souffrance physique pour 42,5 %  
inutilité et futilité des thérapeutiques pour 33,1 %

Ces questions se posent sans cesse, quel que soit le cas de figure. C'est pourquoi, il est fondamental de réfléchir ensemble.

#### ***V- DEMARCHE DE LA REFLEXION ETHIQUE***

La démarche éthique est une réflexion approfondie d'un dilemme qui se pose à un moment donné. Afin de mener à bien cette réflexion, il est nécessaire de suivre une méthodologie. Lorsqu'un problème éthique apparaît, il est fondamental de le clarifier correctement, de le nommer afin que tous les acteurs concernés par ce dilemme partent sur des bases de réflexion identiques.

Pour exemple, lors d'un arrêt ou d'une limitation de traitement, la question doit se poser quand il y a échec de la thérapeutique et que les divers examens plaident en faveur d'un arrêt des traitements curatifs. D'autre part, cette question doit se poser après un délai de réflexion suffisamment long (pas de réflexion ni de décision dans la précipitation).

Par ailleurs, d'autres éléments doivent être pris en compte (ou considérés) tels que les éléments non médicaux. Ces éléments regroupent tous les renseignements que l'équipe médicale et paramédicale peut obtenir du patient, de ses proches et des tiers (médecin traitant...). Ces éléments seront utilisés dans le but de respecter le choix du patient, de connaître ses souhaits et de s'inquiéter de sa qualité de vie après la réanimation. En effet, lors d'un acharnement thérapeutique ou d'une non-limitation de traitement, certaines séquelles graves irréversibles peuvent survenir et créer parfois des difficultés pour trouver une structure d'accueil adaptée au handicap. De plus, la famille n'est pas toujours capable moralement et financièrement de prendre en charge son proche.

L'équipe soignante, la famille et l'entourage jouent un rôle crucial dans la réflexion. En effet, les infirmières et aides soignants participent à la réflexion et à la prise de décision. Elles sont responsables des malades qu'elles prennent en charge. Elles sont reconnues comme des interlocuteurs privilégiés auprès du patient et de ses proches. Quant à la famille, elle sera informée de la décision, mais ne participera en aucun cas à la réflexion et à la prise de décision. D'une manière générale, les équipes de réanimation optent pour cette attitude. Toutefois, il est important de préciser qu'en fonction des équipes soignantes et des valeurs individuelles de chacun, le point de vue et le choix des familles peuvent entrer en ligne de compte.

Toutes ces informations recueillies aident à suivre correctement la chronologie de la décision et de sa mise en application :

- 1) La mobilisation des données médicales concerne tous les résultats des examens biologiques, paracliniques, radiologiques du patient.

- 2) La mobilisation des données non médicales regroupe tous les renseignements obtenus par la famille, le<sup>7</sup> médecin traitant, le personnel paramédical qui connaît le patient. Exemple : si le médecin souhaite savoir si le patient souffre, c'est l'infirmière référente qui sera capable de répondre à cette question pour envisager un traitement de confort.
- 3) Information du patient et de ses proches. Ceux-ci doivent être prévenus de l'évolution défavorable de la situation en présence de l'infirmière référente afin de les mener au mieux dans leur processus de deuil. Si le patient est conscient, il doit être obligatoirement informé de l'échec des traitements pour qu'il puisse faire son choix éventuel et exprimer son souhait.
- 4) Délibération, discussion argumentative et décision. Cette délibération doit avoir lieu avec l'équipe soignante qui prend en charge le patient. La délibération se fera dans le service et sera programmée pour que tous les membres concernés puissent y assister. Si l'équipe arrive à un consensus, alors la délibération se termine. Par contre, s'il y a une dissension au sein de l'équipe, celle-ci devra entreprendre une discussion argumentative jusqu'à ce qu'il y ait un consensus.
- 5) Information du patient et de ses proches de la décision prise. Au moindre doute ou désaccord du patient et/ou de ses proches, il faudra recommencer la délibération.
- 6) Communication de la décision en présence de l'infirmière. Cette décision d'équipe doit être écrite dans le dossier médical et dans les transmissions infirmières pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté pour les équipes de nuit.
- 7) Mise en oeuvre de la décision par le médecin et en présence de l'équipe paramédicale. Dans le cas d'une limitation ou d'un arrêt de traitement, les infirmier(e)s continueront de s'occuper du patient en prodiguant des soins de confort (toilette, prévention des problèmes de décubitus).
- 8) Suspension éventuelle de la décision. Cette situation arrive quand l'équipe paramédicale perçoit des modifications de l'état du patient ou quand il y a une amélioration des examens cliniques.

Toutes ces étapes sont essentielles pour conduire une réflexion éthique de qualité, quelle que soit la question posée (limitation, arrêt, acharnement, qualité de vie). Le patient est notre seule préoccupation et nous avons le devoir de le respecter et de l'accompagner dans ses choix jusqu'au bout, en continuant de lui prodiguer des soins de confort et de qualité.

## **CONCLUSION**

La démarche et le raisonnement éthique figurent depuis 1992 dans le programme des étudiants en soins infirmiers, mais l'éthique reste enseignée de façon variable dans les instituts de formation. C'est le constat d'une récente enquête de la S.F.I.S.I.

L'éthique infirmière est présente au quotidien dans les unités de soins. Les textes de références sont une aide dans l'implication de chacun aux prises de décision concernant le malade.

Si l'éthique des soignants se partage, elle est présente dans chacun d'entre nous pour l'autre et au service de l'autre.

La formation à la démarche éthique permet de poser une situation précise et l'analyser. Une décision prise en groupe permet l'adhésion de l'équipe et est probablement plus équitable pour le patient. L'acte éthique est une réponse à une situation donnée et difficile qui enrichit la pratique et permet de réfléchir à la finalité du soin.

De nombreuses formations commencent à se développer jusqu'au Diplôme Universitaire d'éthique (D.U.E). Les comités d'éthiques se multiplient dans les hôpitaux. Des groupes d'expression éthique se créent dans les services de réanimation.

À l'aube du troisième millénaire, il est crucial pour les professionnels infirmiers de formuler nos principes, normes, valeurs fondamentales, car la place que nous prendrons dans les débats futurs sera aussi l'image et/ou la représentativité de notre profession en évolution permanente.

Jostein Gaarder dans *Le Monde de Sophie*, écrit que l'éthique était devenue le projet philosophique le plus important de la nouvelle société helléniste. Elle travaillait à approfondir les questions soulevées par Socrate, Platon et Aristote qui étaient, de définir la meilleure façon pour un homme de vivre et de mourir. Cela se passait 400 ans avant JC.

- Arrêts des thérapeutiques en réanimation. MF. BOUCHET et Bernard HERMAN. Soins Formation pédagogie encadrement n°21-trimestre 1997.
- L'éthique en questions. L'infirmière enseignante n° 2. 17<sup>ème</sup> année. Février 1987
- Article « former à la demande éthique en IFSI » Jean Claude Besanceney Soins cadres n° 32-4<sup>ème</sup> trimestre 1999. P25-28
- Enseignements supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatriques 2000. SFISI. 358 pages, ELSEVIER, 2000 « information des parents et problèmes éthiques ».
- De la clinique à l'éthique. Réflexions sur la pratique du soin. Sirven René. 235 pages, HARMATTAN (Editions L). Le travail du social 1999.
- Ethique et soins infirmiers. Blondeau Danielle, collectif, 336 pages, PU Montréal, 1999.
- L'éthique dans les soins. De la théorie à la pratique, Cas concrets. Paycheng Odile, Szernan Stéphane, 192 pages, Heures de France (Editions) IFSI 1998.
- Nouveaux cahiers de l'infirmière : législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail. 2<sup>ème</sup> édition . Avec cahier d'entraînement. Valette Thérèse, Renault Marie-Hélène, Reeli René, Aubert Lucien. 142 pages, Masson, 2000.
- Management en réanimation. Evaluation, organisation et éthique. Bion J, Saulnier F. 455 pages ; Elsevier, 2000.
- L'éthique et les soignants. Collectif, Besanceney Jean Claude. 177 pages, Lamarre pratiquer 1996.
- Manuel de soins palliatifs . Clinique, thérapie, éthique. Marie Louise Lamau. 640 pages. Dunod, 1995.
- Ethique et efficacité dans le champ des soins infirmiers, Journées de perfectionnement du Centre Chrétien des Professions de Santé. 176 pages. Novembre 1995.
- Ethique en réanimation, SRLF. Mai 2000, Elsevier.
- Ethique des soins infirmiers. Marsha D.M. Fourler, June Levine-Ariff, MEDSI / McGRAW-HILL
- Fondements philosophiques de l'éthique médicale, Suzanne RAMEIX, 155 pages. Editions Ellipses
- Ethique et pratique médicale, les dossiers de l' AP-HP, 223 pages. Editions DOIN.
- Article « Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte », S. GROSBUIS et ALL. Réanimation Urgences 2000. Elsevier.