

Université de Montréal

L'Assistance Ventriculaire définitive : un groupe de développement professionnel en soutien
aux soins infirmiers pour développer des compétences éthiques-Projet A-VOS-SOINS

par Virginie Harris

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des sciences infirmières en vue de
l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
option expertise-conseil en soins infirmiers

Août 2012

©Virginie Harris, 2012

Université de Montréal

L'Assistance Ventriculaire définitive : un groupe de développement professionnel en soutien aux soins infirmiers pour développer des compétences éthiques-Projet A-VOS-SOINS

par Virginie Harris, inf.B Sc.

Faculté des sciences infirmières

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Cossette, inf. Ph. D., directrice de stage

Marie-France Ouimette, inf. M. Sc., membre du jury

Août 2012

Résumé

Au Canada, l'assistance ventriculaire (support cardiaque mécanique) est nouvellement utilisée comme traitement définitif de l'insuffisance cardiaque avancée pour les patients non-éligibles à la transplantation cardiaque. Cette nouvelle alternative de traitement répond à des besoins grandissants vu l'incidence croissante de l'insuffisance cardiaque due, entre autres, au vieillissement de la population, et vu le nombre de donneurs d'organes inférieur au nombre de personnes en attente. Cette technologie amène les infirmières à adapter leur pratique à ces situations nouvelles de soins qui comportent fréquemment une dimension éthique. À travers ces situations complexes de soins, les infirmières, comme d'autres professionnels, vivent certains inconforts dans leurs soins liés à l'assistance ventriculaire définitive (AVD). Ceux-ci peuvent être liés à un écart entre les valeurs ou les perceptions des patients, de leurs proches et de l'équipe de soins concernant les bénéfices de l'AVD comparativement à ses limitations, par exemple. Un groupe de codéveloppement professionnel (GCDP) basé sur l'approche de Payette et Champagne (2010) a été mis en place afin de soutenir les infirmières dans le développement de leurs habiletés et de leurs compétences éthiques lors de soins entourant l'AVD. Cette approche a permis à sept infirmières majoritairement en soins intensifs médicaux de réfléchir et d'analyser des préoccupations éthiques vécues dans leur pratique ainsi qu'à s'engager dans la recherche et la mise en œuvre de pistes de solutions. Parmi les principaux thèmes discutés en GCDP figurent les expériences antérieures des professionnels lors de l'accompagnement de patients dans leur prise de décision entourant l'AVD et le sentiment d'impuissance vécu lors de situations de soins complexes. Les éléments éthiques ont été abordés dans chaque situation à l'aide de l'approche par principe en sciences de la santé de Saint-Arnaud (2009). Des pistes de solutions pertinentes répondant aux besoins des infirmières ont émergées des discussions.

Mots-clés : assistance ventriculaire définitive, *Heart Mate 2*, éthique clinique, éthique infirmière, préoccupation éthique, problème éthique, groupe de codéveloppement professionnel, pratique réflexive de groupe.

Abstract

In Canada, ventricular assist device (VAD) (a mechanical cardiac support system) for destination therapy (DT) is a treatment that is newly offered to advanced heart failure patients, ineligible for heart transplant. This new treatment meets the growing needs given the increasing incidence of heart failure, related in part to the aging population, and given the number of organ donors lower than the number of people waiting for a new organ. In response to this new treatment, a different nursing role has emerged to support these patients before and after its surgical implantation. However, nurses, as well as other professionals, are often challenged in their own values regarding VAD for DT. This can be due to different perceptions held by the patients, their families, and the care team about the benefits of the treatment versus the human costs. To help nurses better manage these situations, an Action Learning Group (ALG) based on Payette and Champagne's (2010) approach (co-development) was implemented in a tertiary cardiac care center. Its aim was to promote co-learning in a group setting among professionals, and to promote the implementation of solutions identified. The purpose of the present project was to apply an ALG to support nurses in developing abilities and competencies in ethical thinking. In the present project, the central concerns emerged from the nurses' own lived experiences regarding VAD for DT. Seven nurses mainly from a medical intensive care unit were encouraged in thinking and analyzing ethical concerns encountered in their practice. They were then invited to get engaged in the research and the implementation of solutions. Among the main topics discussed in this ALG are included the impact of prior negative experiences in regard to the accompaniment of patients in their decision-making process surrounding the DT-VAD, the helplessness experienced by nurses in difficult care situations and other topics. Ethical elements were addressed in each situation using Saint-Arnaud's (2009) approach by principle in Health Sciences. Solutions relevant to the needs of nurses emerged from the discussions.

Keywords : ventricular assist device, heart assist device, destination therapy, *Heart Mate 2*, clinical ethic, nursing ethic, ethical concern, ethical problem, co-development, reflective practice, action learning group.

Liste des abréviations

A-VOS-SOINS : L'Assistance Ventriculaire définitive : un groupe de codéveloppement professionnel en Soutien aux soins Infirmiers

AIIC: Association des Infirmières et Infirmiers du Canada

AQCP : Association Québécoise du Codéveloppement Professionnel

APSS : Approche par principes en sciences de la santé

AV : Assistance ventriculaire

AVD : Assistance ventriculaire définitive

OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec

ICM : Institut de Cardiologie de Montréal

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

C de P : Communauté de pratique

CÉC : Comité d'éthique clinique

CM : Cœur mécanique

CSSFER : Conseillère en soins spécialisés en formation, éthique et recherche

IC : Insuffisance cardiaque

IPSC : Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie

GCDP : Groupe de codéveloppement professionnel

QV : Qualité de vie

RCIC : Réseau canadien d'insuffisance cardiaque

TAVCM : Transplantation, assistances ventriculaires et cœurs mécaniques

RQCT : Réseau québécois en cardiologie tertiaire

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux et des figures	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte et problématique	3
Recension des écrits.....	9
Éthique et pratique infirmière.....	10
Cadre de référence : Approche par principe en sciences de la santé.....	12
Étape préliminaire à l'APSS : Clarification des valeurs	13
Premier principe : Bienfaisance	15
Deuxième principe : <i>Caring</i>	15
Troisième principe : Respect de l'autonomie.....	16
Quatrième principe : Équité	16
Situations éthiques vécues dans la pratique infirmière.....	17
Bienfaits d'aborder l'éthique dans la pratique infirmière.....	18
Le groupe de codéveloppement professionnel	20
Format	21
Structure et contenu.....	21
But et objectifs de stage	23
Déroulement du projet	25
Identification du milieu de stage	26
Phases du projet.....	26
Phase préparatoire	26
Activités préliminaires.....	26
Activités d'élaboration	27

Phase d'implantation.....	29
Résultats : Thèmes abordés en GCDP.....	32
Rencontre préparatoire	32
Rencontre de groupe de codéveloppement no 1.....	33
Rencontre de groupe de codéveloppement no 2.....	34
Rencontre de groupe de codéveloppement no 3.....	36
Rencontre de groupe de codéveloppement no 4.....	37
Synthèse des pistes de solutions retenues.....	39
Phase d'évaluation.....	39
Discussion.....	42
Le codéveloppement des compétences éthiques infirmières.....	43
Le développement du rôle de l'infirmière lors de soins liés à l'AVD.....	46
Le sentiment d'impuissance lors de situations éthiques.....	48
Pertinence du stage.....	49
Évaluation des objectifs de stage.....	50
Limites du projet.....	50
Retombées et recommandations.....	51
Conclusion	54
Références.....	56
Annexe 1 : Grille d'analyse de cas en éthique de Durand et Crowe.....	65
Annexe 2 : Dix étapes du processus décisionnel selon le modèle de Saint-Arnaud.....	67
Annexe 3 : Diagramme de Gantt	69
Annexe 4. Formation sur l'animation des GCDP.....	72
Annexe 5 : Contenu de la fiche du participant.....	73
Section A : Liste du contenu de la fiche	73
Section B : Entente de confidentialité.....	74
Section C : Fiche de préparation du client au GCDP.....	75
Section D : Outil du consultant en GCDP.....	79
Section E : Questionnaire d'évaluation des participants.....	83

Annexe 6 : Autorisation d'utilisation d'outils	86
Annexe 7 : Outil de travail regroupant les éléments éthiques discutés.....	88
Annexe 8 : Plans des rencontres	90
Annexe 9 : Projet de plan de soins commun pour le suivi des patients sous AVD	93
Annexe 10 : Projet de liste de points à aborder lors de soins liés à l'AVD	95

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Association entre le processus de réflexion éthique, les repères éthiques et le GCDP	10
Tableau 2: Association entre le processus de réflexion éthique, les repères éthiques et le GCDP appliqué dans le stage	31
Tableau 3 : Compilation des résultats du questionnaire d'évaluation	41
Figure 1 : Schématisation résumée de l'APSS de Saint-Arnaud	14

Remerciements

J'aimerais tout d'abord souligner le travail rigoureux, le soutien continu et la confiance de ma directrice de maîtrise, Mme Sylvie Cossette. Je souligne également le travail professionnel, attentionné et exemplaire de mon infirmière accompagnatrice, Marie-France Ouimette. Ces deux principales actrices m'ont guidée, inspirée et motivée tout au long de ce projet de maîtrise. Je voudrais également remercier les infirmières qui ont généreusement participé à ce projet. Sans elles, ce projet n'aurait pu être réalisé. Je désire transmettre ma reconnaissance envers l'Institut de Cardiologie de Montréal, notamment la direction des soins infirmiers, la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal et la Fondation du Bal du Cœur ainsi que les FAPE (Fonds d'aide aux projets d'étude) de l'Université de Montréal pour avoir cru en ce projet et pour leur soutien financier. Je remercie également le soutien des collaborateurs au projet dont la conseillère en éthique de l'ICM, Mme Élodie Petit, ainsi que les invités aux rencontres, M Martin Vaillancourt, intervenant en soins spirituels et Mme Nathalie Nadon, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie et infirmière conseillère en soins spécialisés en formation, éthique et recherche du CHUM. Je suis également reconnaissante envers le soutien et les encouragements reçus de l'équipe de soins de l'unité, spécialement l'équipe de transplantation, dont la chef de l'unité, Mme Catherine Dieu. Je souligne également l'appui reçu de l'Association Québécoise du Codéveloppement Professionnel (AQCDP) au sein de laquelle j'ai rencontré des gens qui m'ont accompagnée dans certaines de mes démarches; merci particulier à M Michel Desjardins ainsi qu'à Mmes Louise Cormier et Katia Tellend. Finalement, je remercie Mme Johanne Goudreau, inf. PhD., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières pour son soutien dans mes démarches liées à la formation d'animateurs de groupes de codéveloppement professionnels.

Je ne peux passer sous silence le soutien continu et inestimable de mon conjoint qui a été une source de motivation ayant contribué à la réalisation de ce projet de maîtrise : merci du fond du cœur. Merci à ma famille et à mes amis pour leur patience et leurs encouragements.

Introduction

L'insuffisance cardiaque (IC) est un problème de santé majeur en Amérique du Nord. Cette maladie est l'une des principales causes de mortalité au Canada et est associée à de multiples comorbidités (Dai et al., 2012) en particulier chez les personnes âgées (Bare et al., 2006). Cette maladie engendre plus de 50 000 hospitalisations par année au Canada, chiffre qui grimpera à 80 000 en 2025 selon le Réseau canadien d'insuffisance cardiaque [RCIC] (<http://www.chfn.ca/facts-about-chf-in-canada>). L'incidence croissante de l'IC est en partie reliée au vieillissement de la population et aux avancées médicales (RCIC, <http://www.chfn.ca/professionals>). Au Québec, comme ailleurs au Canada, l'IC est responsable de coûts considérables de soins de santé.

L'IC, soit l'incapacité du cœur à répondre aux besoins de l'organisme, est une conséquence fréquente d'un infarctus du myocarde. Elle peut également survenir dans d'autres circonstances telles que lors de cardiomyopathies congénitales, génétiques, valvulaires, métaboliques ou autre, et même en période post-partum. La transplantation cardiaque est la dernière alternative thérapeutique pour traiter cette maladie chronique lorsqu'elle atteint une phase avancée. Malheureusement, plusieurs des patients atteints d'IC avancée ne peuvent recevoir une transplantation pour des raisons médicales, par exemple, en raison de certains antécédents de cancer ou d'une hypertension pulmonaire sévère. De plus, le délai d'attente pour recevoir une transplantation cardiaque tend à augmenter. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (2009), l'écart entre le nombre d'organes nécessaires et le nombre d'organes disponibles ne cesse de croître avec les années. En effet, les statistiques de l'ICIS (2012) nous permettent d'estimer à environ 16% de décès chez les patients en attente d'une transplantation cardiaque, faute de donneurs compatibles. Bref, les patients atteints d'IC avancée se retrouvent confrontés à la mort à plus ou moins brève échéance. Ceci peut maintenant être retardé grâce à une nouvelle technologie : l'assistance ventriculaire définitive (AVD).

Contexte et problématique

L'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) est un centre ultraspécialisé en cardiologie qui effectue de la transplantation cardiaque et qui possède une renommée internationale. Depuis 1987, l'ICM utilise l'assistance ventriculaire (AV) comme pont à la transplantation, c'est-à-dire, comme alternative temporaire de traitement de l'IC avancé pour les patients instables en attente d'une transplantation (ICM, 2012). L'AV est un type de support cardiaque mécanique. Il s'agit d'un appareil qui aide le cœur défaillant à pomper le sang pour subvenir aux besoins de l'organisme. Depuis peu, au Canada, une nouvelle option thérapeutique fait partie de l'arsenal de traitements de l'IC en phase avancée pour les patients non éligibles à une transplantation cardiaque : l'assistance ventriculaire définitive (AVD) (Réseau québécois en cardiologie tertiaire [RQCT], 2010). À l'ICM, l'AV est offerte comme traitement définitif depuis 2010. Après s'être penché sur des questions sociales, économiques et éthiques liées à l'utilisation de cette nouvelle technologie, le gouvernement québécois a récemment autorisé l'installation de dix AVD par année dans chacun des trois centres transplantateurs au Québec afin de subvenir aux besoins de la population (RQCT, 2010). Cet appareil permet aux personnes atteintes d'IC de regagner une autonomie fonctionnelle et ainsi retrouver une qualité de vie (McKelvie et al., 2011; Rogers et al., 2010; Starling, 2010). L'installation de cet appareil comme traitement définitif permet aussi de prolonger la vie (McKelvie et al., 2011; Rogers et al., 2010; Starling, 2010).

Prendre la décision d'accepter ou non l'AVD invoque une décision difficile pour le patient et ses proches qui doit être réfléchi. Atteindre la phase avancée de l'IC rappelle à la majorité des patients que leur qualité de vie est maintenant largement compromise. Outre les effets physiques (exemples : fatigue, dyspnée) et physiologiques (exemples : bas débit cardiaque générant une faible tension artérielle, une diminution de la perfusion cérébrale ou rénale) subis par le patient, des impacts se font sentir également au niveau psychologique, émotionnel et social tant chez le patient que chez les membres de sa famille (Duhamel, Dupuis, & Reidy, 2011). De plus, arriver à ce stade de l'IC indique que le patient et sa famille ont effectué une traversée longue et ardue dans l'épreuve de cette maladie chronique. Afin de soutenir le patient dans sa prise de décision, les professionnels de la santé tels que les infirmières¹, doivent susciter des

¹ Le terme infirmière est employé au féminin tout au long de ce document dans le seul but d'alléger le texte. Il inclut le masculin comme le féminin.

discussions incitant le patient à réfléchir à ses propres valeurs, sa maladie, sa qualité de vie, sa fin de vie, ses intérêts, ses volontés et ses préférences quant à ses choix de traitement. Au cours de l'évolution de la maladie, les préférences du patient face aux alternatives de traitement sont appelées à varier, d'où l'importance de les réévaluer sur une base régulière (Lewis, 2011). Évidemment, les personnes significatives du patient IC sont considérablement impliquées dans les soins (Duhamel et al.) et leur rôle de soutien est central lors de la prise de décision d'accepter ou non une AVD. Ainsi, les proches du patient doivent nécessairement être impliqués dans le processus d'évaluation et dans la prise de décision de ce traitement permanent.

Il va de soi que les porteurs d'AVD et leur famille expérimentent plusieurs changements dans leur mode de vie suite à ce traitement. L'AVD est implantée chirurgicalement à l'intérieur de la cage thoracique, à même le cœur du patient et un câble percutané ressort au niveau abdominal pour rejoindre un boîtier nommé contrôleur. Celui-ci doit être branché en permanence sur une source de courant électrique. Le patient peut aussi se placer en « mode autonome » s'il se branche sur de volumineuses batteries. Certaines limitations sont inhérentes à ce traitement. Par exemple, ils ne peuvent prendre un bain et une douche requiert certaines étapes préparatoires afin de protéger l'appareil. De plus, les porteurs d'AVD doivent recueillir quotidiennement des données reflétant l'équilibre hémodynamique du patient et de l'appareil. Ils les transmettent à l'équipe traitante sur une base régulière et doivent également être en mesure de reconnaître une donnée suggérant un déséquilibre. Advenant la survenue d'une alarme sonore de l'appareil, les patients et leurs proches doivent être habilités à réagir adéquatement. Un suivi régulier et rigoureux est essentiel après l'hospitalisation et est effectué par les professionnels de l'ICM.

L'arrivée d'une telle technologie dans le domaine de la cardiologie transforme les soins de santé et suscite beaucoup de questionnements au niveau éthique, économique et social (RQCT, 2003, 2010). Par exemple, quels sont les critères d'éligibilité pour bénéficier d'une AVD? Est-ce que le système de santé québécois peut se permettre de défrayer les coûts liés à cette technologie? Quel est le meilleur choix de traitement à offrir à la société québécoise? (RQCT, 2003, 2010).

Dans le cadre de son travail d'infirmière clinicienne au sein du programme de transplantation, d'assistances ventriculaires et de cœurs mécaniques (TAVCM) de l'ICM, l'auteure effectue le suivi des patients sous AV. L'équipe de ce programme assure le suivi de cette clientèle. De plus, elle agit à titre d'équipe consultante sur les unités de soins. L'auteure accompagne donc depuis quelques années ce type de clientèle dans leur prise de décision en vue de recevoir ce traitement ainsi qu'après l'avoir reçu. Elle a développé une certaine expertise qui lui a permis à plusieurs reprises de discuter avec des patients et leurs familles, mais aussi avec des collègues de ce programme et des infirmières soignantes des unités de soins, sur divers questionnements éthiques liées à l'AVD. Ces discussions ont permis de réaliser que les infirmières impliquées auprès de cette clientèle occupent un rôle central dans les soins offerts aux porteurs ou aux futurs porteurs d'AVD. En effet, un nouveau rôle infirmier a émergé pour les infirmières qui prennent soin de cette clientèle: celui d'assurer l'accompagnement de ces patients et de leurs proches dans les différentes phases de leur cheminement.

Par contre, lors de cet accompagnement, les infirmières éprouvent fréquemment le sentiment d'être démunies par manque de temps, de connaissances ou d'expériences. Elles affirment se sentir peu à l'aise et souvent impuissantes face au besoin d'accompagnement de cette clientèle et de leur famille. Elles se questionnent à divers égards, par exemple à propos de la qualité de vie de ces patients. Bien que la qualité de vie (QV) soit le facteur essentiel à la base de la décision d'opter pour ce traitement (Lewis, 2011; RQCT, 2003), se trouve-t-elle réellement améliorée selon les objectifs visés lorsqu'il survient des complications? Si selon McKelvie et al. (2011) il est maintenant clair que l'AVD peut améliorer considérablement la QV des patients IC avancés, mais qu'en est-il quotidiennement de leur autonomie et de leur propre perception de leur QV après ce traitement? Lors de la prise de décision entourant ce traitement complexe, les patients et leurs proches réalisent-ils réellement son ampleur? Comment doit-on agir en tant qu'infirmière afin d'offrir un soutien de qualité auprès de cette clientèle et de leur famille?

De surcroît, les infirmières affirment que ces sentiments vécus affectent leur confiance à prendre part aux discussions relatives aux prises de décisions entourant ces soins. Ces sentiments sont souvent liés à une confrontation de valeurs et cause des inconforts dans la prestation de leurs soins ce qui est à l'origine des questionnements éthiques (Goethals, Gastmans, & Dierckx de

Casterlé, 2010; Vogel Smith, 1996). De plus, ces situations nouvelles et complexes de soins comportent fréquemment une charge émotionnelle et sont difficiles à gérer.

Certains auteurs discutent de la dimension éthique que soulève l'utilisation de l'AVD. À titre d'exemple, des auteurs abordent entre autres, la qualité de vie (Bramstedt, 2008; Dudzinski, 2006), l'impact psychologique vécu chez des porteurs d'AV (Rizzieri, Verheijde, Rady, & McGregor, 2008; Wray, Hallas, & Banner, 2007) et la justice sociale (Dudzinski, 2006). Plusieurs auteurs proposent des solutions pouvant contribuer à éviter des complications et des situations de soins ambiguës ou futiles, tels que l'établissement de critères clairs et uniformes de sélection des receveurs ainsi qu'une collaboration interdisciplinaire optimale (Bisal, 2008; Bramstedt, 2008; Dudzinski, 2006; Lietz, 2010; Long et al., 2008; Wilson, Givertz, Stewart, & Mudge, 2009).

De plus, Swetz et al. (2011) ont analysé rétrospectivement 19 cas de patients ayant reçu une AVD afin d'évaluer les bénéfices d'une consultation proactive en médecine palliative sur la prise en charge globale du patient. Ces auteurs détaillent les bénéfices générés par des discussions pré-implantation impliquant un intervenant en médecine palliative et le patient-famille au sujet d'un plan de soins clair, à court et à long terme, abordant la désactivation éventuelle de l'AV. En effet, la clarification des objectifs de soins et des préférences du patient permet de mieux répondre à ses besoins et contribue à une meilleure prise en charge du patient. De plus, Swetz et al. (2011) affirment que ces discussions augmenteraient l'efficacité des équipes de soins dans le traitement d'événements indésirables en plus d'accroître la satisfaction des patients, de leurs familles et des équipes de soins tout en facilitant l'étape de la désactivation de l'appareil lorsque le moment se présente.

Dans ce même ordre d'idées, Mueller et al. (2010) rapportent des cas cliniques où les patients ou leur représentant légal ont demandé l'arrêt ou le retrait de l'AVD. Les auteurs soulignent que le patient a le droit de refuser de poursuivre ce traitement ou de demander le retrait de l'AV particulièrement dans des situations où un facteur clinique ou psychosocial affecte significativement le pronostic du patient. Mueller et al. (2010) dissocient cette action médicale, soit l'arrêt de l'AV ou son retrait, du suicide assisté et de l'euthanasie.

Finalelement, Overgaard, Grufstedt Kjeldgaard, et Egerod (2011) insiste sur le fait que les patients sous AV ont absolument besoin du soutien de leurs proches afin de les aider à traverser les changements physiques, psychologiques et sociaux générés par l'AV. D'autre part, Rizzieri et al. (2008) dénoncent l'impact que l'AVD peut provoquer chez les aidants naturels, pouvant parfois aller jusqu'à de l'anxiété, la dépression ou même un choc post-traumatique. Ces auteurs affirment d'ailleurs que ce choix de traitement devrait reposer sur une compréhension de l'information et l'implication des aidants naturels, sur une participation interdisciplinaire et sur des plans de soins anticipés et partagés. Très peu d'auteurs abordent les préoccupations éthiques des infirmières et les compétences infirmières associées afin de bien soutenir cette clientèle.

Cette nouvelle réalité de soins nécessite que l'on se penche davantage sur la perception des infirmières soignant cette clientèle et sur les moyens de les soutenir dans le développement d'habiletés et des compétences utiles pour faire face à ce type de questionnement. Ainsi, par le biais de ce projet de stage, l'auteure souhaite mettre à l'essai une approche réflexive et d'action, soit un groupe de codéveloppement professionnel (GCDP), dans le but de soutenir les infirmières dans le développement de leurs habiletés et de leurs compétences éthiques lors de soins entourant l'AVD aux patients et à leurs familles. Suite à la présentation de la recension des écrits et du cadre théorique, nous présenterons les objectifs du projet, suivis du déroulement du stage.

Recension des écrits

Éthique et pratique infirmière

L'éthique est indissociable de la pratique infirmière (Bishop & Scudder, 2001; Saint-Arnaud, 2009) puisque des situations éthiques y surviennent de façon quotidienne (Grace, 2009). Selon DeWolf Bosek et Savage (2007), chacune de ces situations éthiques est différente en raison de l'individualité des patients et des infirmières impliqués. Ces auteurs mentionnent en ce sens qu'aucune solution préétablie ne permet de résoudre un problème éthique, d'où l'importance pour l'infirmière de développer ses habiletés et ses compétences éthiques pour faire face à ce type de situations. L'éthique nous permet de « questionner l'action humaine » (Conseil de la santé et du bien-être, 2004, p. 7), le sens, le but et les conséquences d'une action. Tel que mentionné dans le code de déontologie des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2012), l'infirmière a l'obligation de s'assurer que les actions qu'elle pose, soit ses interventions infirmières, sont conformes à l'éthique.

La partie suivante de la recension des écrits fera état des étapes liées au processus de réflexion et d'analyse éthique (DeWolf Bosek & Savage, 2007; Saint-Arnaud, 2009; Vogel Smith, 1996), des repères éthiques utiles aux infirmières à l'intérieur de ce processus, repères issus de l'approche par principe en sciences de la santé (APSS) de Saint-Arnaud (2009), ainsi que des étapes du groupe de codéveloppement professionnel (GCDP) (Payette & Champagne, 2010), approche réflexive et d'action utilisée à l'intérieure du stage actuel. Le Tableau 1 illustre globalement ces trois thèmes qui sont utilisés en association dans ce stage. Des exemples de situations éthiques vécues par des infirmières sont également recensés par la suite.

Tableau 1 : Association entre le processus de réflexion éthique, les repères éthiques et le GCDP

Étapes liées au processus de réflexion et d'analyse éthique (DeWolf Bosek & Savage, 2007; Saint-Arnaud, 2009; Vogel Smith, 1996),	Repères éthiques de APSS de (Saint-Arnaud, 2009)	Étapes correspondant à celles du GCDP (Payette & Champagne, 2010)
1. Identification d'une préoccupation éthique	-Bienfaisance - <i>Caring</i>	Étape 1
2. Délibération	-Autonomie	Étapes 2, 3 et 4
3. Intégration et évaluation des apprentissages	-Équité	Étapes 5 et 6
4. Évaluation		Rencontre suivante

L'éthique dans la pratique infirmière fait l'objet de nombreux écrits depuis plusieurs années. Déjà, en 1996, Vogel Smith (1996) résumait quatre éléments principaux impliqués dans le processus de prise de décision éthique de l'infirmière : le contexte, l'élément déclencheur soit le problème éthique, le processus de prise de décision éthique englobant la délibération et l'intégration et finalement, l'évaluation. Ces éléments font encore partie du processus de prise de décision éthique de nos jours (DeWolf Bosek & Savage, 2007; Saint-Arnaud, 2009).

Deux des étapes du processus de décision éthique résument l'essentiel de la démarche éthique effectuée par l'infirmière lorsqu'elle rencontre une situation éthique: la délibération et l'intégration (Conseil de la santé et du bien-être, 2004; DeWolf Bosek & Savage, 2007; Saint-Arnaud, 2009). La délibération constitue une étape de réflexion et d'analyse d'une situation donnée. Elle donne l'occasion de prendre conscience des normes, des valeurs et des règles pratiques, qui guident le raisonnement éthique vers le choix d'une action humaine, d'une intervention. Cette étape réflexive permet de soupeser, de comparer les différentes options dans une situation donnée et ce, avant qu'une option soit choisie (Conseil de la santé et du bien-être). Cette étape s'apparente à la clarification des valeurs en jeu dans une situation (valeurs personnelles, professionnelles, institutionnelles, valeurs du patient) et à l'analyse réflexive d'une situation éthique (DeWolf Bosek & Savage; Saint-Arnaud). L'intégration correspond à la mise en place de l'option retenue en vue de résoudre un problème éthique. Elle signifie mettre en application l'action privilégiée dans la pratique, c'est-à-dire de la décision éthique (DeWolf Bosek & Savage; Saint-Arnaud).

Afin de faciliter le processus de décision éthique des professionnels de la santé, de nombreux outils ont vu le jour. Voici trois outils facilitant les réflexions éthiques brièvement abordés : une grille d'analyse de cas de Durand et Crowe (Durand, 1999), un modèle en dix étapes soutenant la démarche réflexive de résolution de problèmes éthiques de l'infirmière (Saint-Arnaud, 2009) et l'approche par principe en sciences de la santé (APSS) de cette même auteure. L'APSS, cadre de référence retenu pour le présent stage, sera approfondie sous peu.

Guy Durand (1999) est un théologien et un juriste québécois, spécialisé en éthique, qui a fortement contribué à l'essor de la bioéthique au Québec. Parmi les différentes méthodes

d'analyse de problème éthique que cet auteur propose en éthique clinique, nous retrouvons la grille d'analyse de cas de Durand et Crowe (Durand, 1999), rapportée à titre informatif en annexe 1. Celle-ci est fréquemment utilisée par divers groupes de professionnels et par des comités d'éthique clinique (CÉC) comme guide dans la prise de décisions difficiles lors de situations complexes comprenant des éléments éthiques.

De façon étroitement liée avec les sciences infirmières Jocelyne Saint-Arnaud (2009), une philosophe de formation détenant une expertise en éthique des sciences infirmières propose un modèle en dix étapes soutenant la démarche réflexive de résolution de problèmes éthiques de l'infirmière. Ce modèle est applicable dans la pratique clinique (équipes de soins), mais également lors de soins directs (infirmière) aux patients. Il comporte dix étapes définies structurant le processus décisionnel et est illustré en annexe 2, à titre informatif. Ce modèle permet à l'infirmière ou à l'équipe de soins d'analyser de façon rationnelle un problème éthique en se centrant sur le soin et sur sa finalité afin d'arriver à une prise de décision consensuelle. Ce modèle est basé sur l'approche par principe en sciences de la santé (APSS) qui privilégie quatre principes éthiques : la bienfaisance, le *caring*, le respect de l'autonomie et l'équité. Ces principes éthiques guident la démarche réflexive infirmières.

Le cadre de référence de l'APSS prend tout son sens dans le présent projet puisque ces quatre principes serviront à guider la démarche réflexive infirmière à l'intérieur de ce stage. De surcroît, le présent stage fera état d'une délibération et d'une intégration éthique ne visant pas à conclure sur une seule décision consensuelle, mais plutôt à proposer diverses solutions aux questionnements éthiques. De plus, les infirmières ont l'obligation morale de respecter ces quatre principes éthiques dans leur pratique. Ainsi, l'APSS est le cadre de référence préconisée pour le stage actuel. Nous la présentons ci-dessous de façon plus détaillée.

Cadre de référence : Approche par principe en sciences de la santé

Selon Saint-Arnaud (2009), l'APSS constitue une approche plus contemporaine et plus concrètement applicable à la pratique des infirmières d'aujourd'hui, comparativement aux

approches antérieures ayant marqué l'éthique de la santé, par exemple, l'approche par principe de Beauchamp et Childress (1989) dont Saint-Arnaud s'est tout de même fortement inspirée.

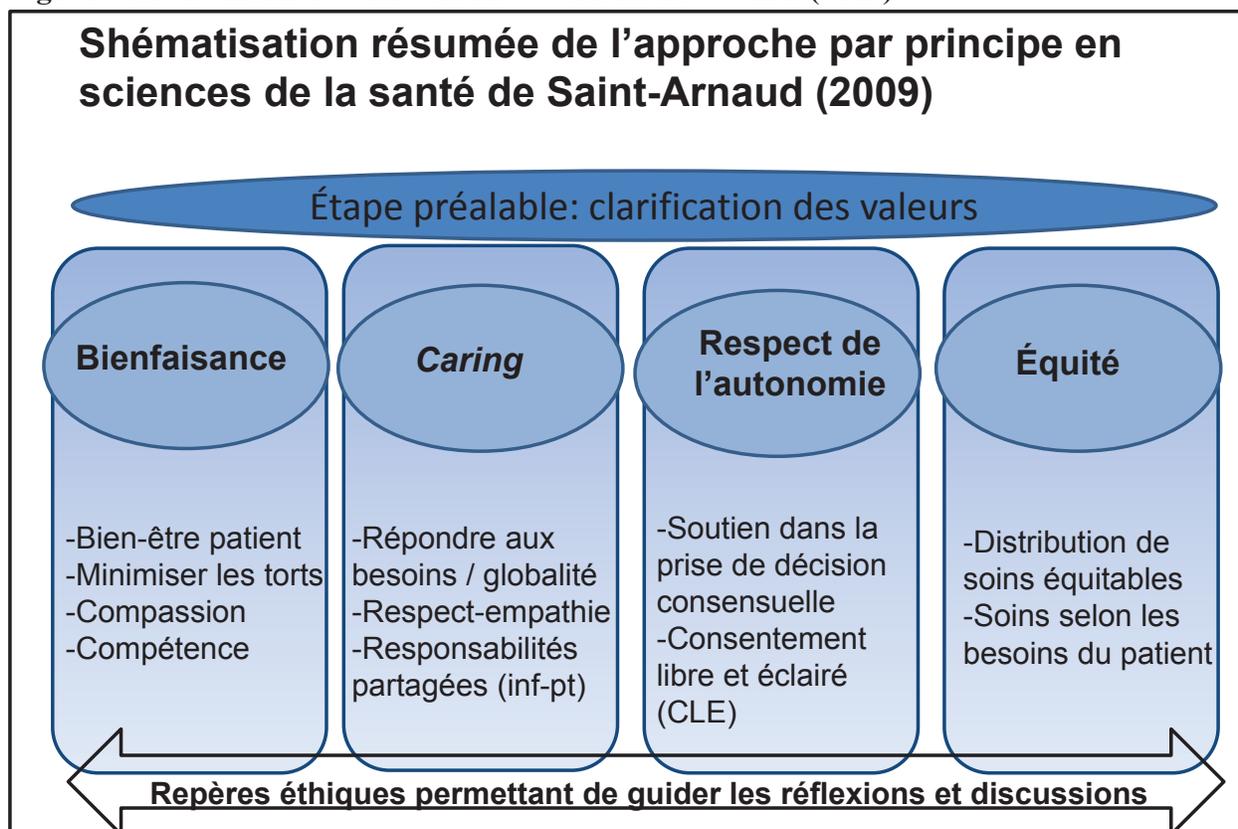
L'APSS s'appuie sur plusieurs théories éthiques, entre autres, les théories du *caring*, de la vertu, de la justice, des théories utilitaristes et de celles déontologiques. Ces théories se complètent et visent toutes la même finalité : encadrer l'intervention de soin.

La Figure 1 représente une schématisation résumée de l'APSS de St-Arnaud (2009) effectuée par l'auteure du présent projet.

Étape préliminaire à l'APSS : Clarification des valeurs

Saint-Arnaud (2009), comme plusieurs autres auteurs, considère la clarification de valeurs comme étant une étape préalable à toute réflexion et analyse éthique. Elle débute par une réflexion sur soi-même comme intervenant. En effet, les infirmières doivent prendre conscience des multiples valeurs qui guident leurs actions : valeurs personnelles, convictions, croyances et expériences, valeurs professionnelles et déontologiques. Le code de déontologie lui-même basé sur des valeurs morales et éthiques confère un cadre légal aux actions infirmières (OIIQ, 2012). Enfin, l'infirmière doit distinguer ses propres valeurs afin de dresser un portrait objectif de la situation. Cette connaissance de soi facilite grandement la démarche d'évaluation des valeurs du patient à laquelle l'infirmière contribue. Cette dernière doit aider le patient à verbaliser ses convictions, ses intérêts et ses besoins afin que ses décisions correspondent à ses valeurs et à son mode de vie (Saint-Arnaud). Bien que Saint-Arnaud suggère de tenir compte des valeurs de l'individu, de sa famille, de sa communauté, elle insiste sur le fait que le patient doit être reconnu dans sa singularité. De ce fait, bien connaître le patient, ses valeurs et ses besoins permettra à l'infirmière d'appliquer son rôle d'*advocacy* en représentant avec davantage d'exactitude le meilleur intérêt du patient.

Figure 1 : Shématisation résumée de l'APSS de St-Arnaud (2009)



Enfin, il faut considérer que les soins sont offerts dans un environnement et un contexte qui risquent d'influencer les interventions infirmières. Par conséquent, les valeurs institutionnelles et politiques ainsi que les éléments contextuels facilitants ou contraignants doivent être identifiés. Lors de conflits éthiques dans la pratique infirmière, il est fréquent de réaliser que des barrières liées au contexte de soins freinent l'application de certaines règles qui déterminent les actions des professionnels (Petit, 2012). Il importe alors à l'infirmière de tenir compte du contexte dans lequel elle prodigue ses soins.

En définitive, cette clarification des valeurs permettra d'analyser de façon rationnelle une situation éthiquement préoccupante, nébuleuse ou potentiellement conflictuelle. Dans le texte qui suit, les quatre principes à la base de l'APSS qui incluent la bienfaisance, le *caring*, le respect de l'autonomie et l'équité sont présentés. Ces principes offrent des balises claires et tangibles pouvant guider les actions des infirmières dans un contexte de soins où les ressources humaines et financières sont restreintes et où les avancées scientifiques et technologiques surgissent.

Premier principe : Bienfaisance

Ce principe fait référence à l'acte moralement bon, c'est-à-dire, qui vise le bien-être du patient. Il inclut également le principe de non-malfaisance, bien décrit dans l'approche traditionnelle de Beauchamp et Childress (1989). La bienfaisance vise à maximiser les bénéfices et minimiser les torts, de façon à agir en fonction du meilleur intérêt du bénéficiaire. L'application de ce principe implique également de prendre en considération les valeurs du patient. Le patient et sa famille ont un rôle à jouer. Le patient doit affirmer son opinion sur un traitement qu'il considère bienfaisant ou malfaisant, ce qu'il évaluera à l'aide de sa famille, en fonction des informations reçues. Lors d'un choix de traitement par exemple, vu leur implication directe dans les soins, les infirmières sont bien positionnées pour repérer les inconvénients que pourraient vivre certains patients. Leur jugement clinique, leurs connaissances et leurs compétences sont de mise pour supporter le patient dans sa prise de décision, mais aussi pour représenter ses intérêts et son bien-être au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Deuxième principe : *Caring*

Ce principe réfère à la relation de *caring* établie entre le patient et l'infirmière lors de l'intervention du soin. L'infirmière a l'obligation morale de mettre en place cette relation (Saint-Arnaud, 2009). Empreinte de respect, d'empathie et facilitant l'échange d'information et de point de vue, cette relation vise à répondre aux besoins du patient de façon globale. La responsabilité est partagée entre le soignant et le soigné. Le soignant doit agir avec compétence, appuyant ses soins sur des résultats probants afin de répondre aux besoins globaux du patient. La relation de partenariat inclut donc le patient (et ses proches) dans les échanges avec l'infirmière (et avec le médecin et les autres professionnels) conduisant à une prise de décision. Bien que toutes réflexions éthiques débutent par celles qui entourent l'individu dont il est question, il importe de considérer la relation réciproque entre les deux acteurs impliqués dans le soin. L'aspect relationnel implicite au soin représente l'éthique du *caring* (Saint-Arnaud).

Troisième principe : Respect de l'autonomie

Le respect de l'autonomie réside dans le fait de respecter la décision du patient et de tenir compte de celle-ci dans les soins qui lui sont offerts. Il sous-entend l'exploration, la reconnaissance et le respect des valeurs du patient, de même que ses intérêts, ses objectifs de soins et les décisions reliées. Il implique également l'obligation de l'infirmière et des autres professionnels de lui transmettre les informations nécessaires à sa prise de décision libre et éclairée. Le patient ne devrait pas subir d'influence ni d'un professionnel, ni d'un proche, qui tente de présenter un traitement par exemple, d'une façon biaisée en tentant d'atténuer les aspects plus sombres ou encore, en évaluant un aspect en fonction des valeurs du professionnel ou du proche comme par exemple, la QV. La prise de décision se veut consensuelle tout en reflétant les besoins, les valeurs et les volontés du patient.

Quatrième principe : Équité

Le principe d'équité s'appuie sur les théories de la justice formelle qui affirme que tous les êtres humains ont des droits égaux et devraient donc être considérés également pour un traitement. Saint-Arnaud (2009) ajoute à cette définition un volet égalitariste attestant que les soins doivent être distribués en fonction des besoins de la personne. Ces besoins sont définis selon des critères objectifs qui servent à l'évaluation des besoins du patient, par exemple, le problème de santé et son urgence médicale. Ce ne sont ni des caractéristiques personnelles du patient (âge, habitudes de vie), ni des facteurs sociaux (statut social) ou politiques (financement) qui guident l'établissement des besoins du patient. Ainsi, il est possible d'offrir des soins équitables de façon à les adapter aux besoins d'un patient, d'une clientèle ou d'une communauté.

En bref, en plus de permettre de procéder à la clarification des valeurs en jeu dans une situation donnée, l'utilisation de l'APSS permet une flexibilité dans les réflexions visant à résoudre des problèmes éthiques. Les quatre principes à sa base sont reliés à l'acte moral de l'intervention du soin. Ils doivent être considérés autant que les éléments factuels et contextuels d'une situation. Il est à noter que malgré que le principe du *caring*, un concept central, soit issu des soins infirmiers, l'APSS est applicable à d'autres professionnels de la santé. Cet avantage encourage son utilisation dans les milieux de soins en travaillant en interdisciplinarité à résoudre

des questions éthiques. L'aspect interdisciplinaire est également un outil à toute réflexion et résolution de problème éthiques valorisé par cette approche (Saint-Arnaud, 2009).

À l'intérieur de ce projet, l'APSS proposée par Saint-Arnaud servira de cadre de référence pour élargir la réflexion éthique des infirmières œuvrant auprès de la clientèle visée par ce projet. L'objectif de son utilisation vise à favoriser le développement des compétences éthiques infirmières en structurant les discussions suscitées par les situations éthiques vécues et rapportées par les infirmières. Dans la partie suivante, diverses situations éthiques vécues dans la pratique infirmière générale sont soulevées, puis les bienfaits potentiels de pouvoir discuter de ces situations éthiques dans la pratique infirmière sont brièvement discutés. Puis, l'approche réflexive et d'action qu'est le GCDP fera l'objet de la dernière partie de la recension des écrits.

Situations éthiques vécues dans la pratique infirmière

Goethals et al. (2010) ont rigoureusement révisé 38 articles de recherche de type quantitatif, qualitatif et mixte, provenant de 10 pays et portant sur une dimension éthique de la pratique infirmière. Vingt-quatre de ces articles abordent le raisonnement éthique, dix discutent de la mise en application de décisions éthiques et quatre traitent des deux thèmes. Ces auteurs mentionnent que le processus de réflexion et de raisonnement menant à une prise de décision ainsi que la mise en application de cette décision sont des processus complexes influencés par divers facteurs personnels (exemple : valeurs, convictions, expériences, habiletés, éducation, religion) et contextuels (exemple : contraintes de temps, charge de travail, règles, procédures, routines). Ces facteurs peuvent être facilitants ou contraignants et peuvent même freiner les démarches entreprises par les infirmières lorsqu'elles tentent d'appliquer leur rôle d'*advocacy* en représentant le meilleur intérêt du patient.

Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva, et Berggren (2010) ont effectué une recherche qualitative traitant des dilemmes éthiques vécus par 7 infirmières œuvrant à l'intérieur de maisons de soins palliatifs suédoises. Selon ces auteurs, les trois principaux thèmes rapportés par les infirmières concernent premièrement le sentiment d'impuissance en raison d'un écart entre les besoins du patient et les décisions du médecin (exemples cités par les auteurs : poursuivre des

tests perçus futiles ou ne pas soulager la douleur suffisamment) ou encore entre ceux du patient et de sa famille (désirer qu'il soit hospitalisé contre son gré). Toujours selon ces auteurs, le second thème émergent est l'irritation (*frustration*) ressentie par les infirmières. Les irritants rapportés par les auteurs sont liés à un sentiment de manque de soutien de l'équipe médicale traitante et à un sentiment de perte de confiance de la famille envers l'infirmière lorsqu'elle prend la défense du patient avant celle de la famille. Le troisième thème abordé par les auteurs est le fait d'être préoccupées lors de situations ambiguës telles qu'un manque de consensus entre collègues infirmières en raison de valeurs personnelles ou d'expériences professionnelles différentes, ce qui peut affecter la continuité des soins ainsi que sa qualité. Le sentiment d'insatisfaction des soins offerts en raison de l'administration insuffisante de la dose d'analgésique prescrite est un autre exemple de préoccupations rapportées par les auteurs. Ceux-ci soulignent que les infirmières désirent répondre à leurs responsabilités professionnelles, mais aussi à une obligation morale envers les patients, leurs proches et les autres professionnels.

Bienfaits d'aborder l'éthique dans la pratique infirmière

Goethals et al. (2010) ainsi que Karlsson et al. (2010) mentionnent que les infirmières ont besoin d'être soutenues dans la clarification des questionnements éthiques rencontrés dans leur pratique clinique. Selon Goethals et al. (2010) ce besoin de soutien non comblé ajoute un stress à celui déjà présent lorsqu'elles expérimentent des situations complexes de soins comportant une dimension éthique. Bicking (2011), Saint-Arnaud (2009) et l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada [AIIC] (2010) soulèvent que de telles difficultés peuvent mener à une détresse psychologique chez les infirmières ce qui pourrait affecter la qualité des soins, voire même évoluer vers un épuisement professionnel et nuire à la rétention de ces professionnelles dans le domaine.

Certains auteurs affirment que d'offrir un enseignement de base en éthique contribuerait au développement des connaissances et des habiletés des infirmières afin de les amener à réfléchir aux dilemmes éthiques rencontrés dans leurs soins (Bicking, 2011; Goethals et al., 2010). Bicking (2011) s'intéresse particulièrement à la formation en éthique des infirmières et présente un programme de formation continue portant sur les enjeux éthiques vécus par les

infirmières en néonatalogie. Cette auteure prétend que le fait de participer à des programmes de formation continue portant sur l'éthique peut augmenter la confiance de l'infirmière à prendre part à des discussions sur les prises de décisions éthiques. Bicking (2011) souligne qu'une telle formation continue abordant l'éthique dans les soins cliniques et le rôle de l'infirmière dans ces situations, aurait un impact positif sur les soins des patients et de leurs familles, améliorerait la collaboration interprofessionnelle et réduirait le risque d'épuisement professionnel.

Parallèlement, Gropelli (2010) a expérimenté des jeux de rôles auprès d'étudiantes infirmières pour soulever des aspects éthiques dans la pratique infirmière. Selon ses observations, une stratégie d'apprentissage active favoriserait l'engagement des infirmières à réfléchir aux situations empreintes de questionnements éthiques et leur permettrait de mettre à profit leur jugement critique.

De plus, l'AIC (2010) atteste que : « Les milieux de pratique bénéficiant du soutien organisationnel et humain nécessaire à la prestation de soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique constituent des lieux de pratique de qualité » (AIC, 2008, p.27 dans AIC, 2010). L'AIC explique que l'équipe de soins constitue une source exceptionnelle d'appui lorsque les infirmières expérimentent des situations éthiquement préoccupantes. Dans ce même ordre d'idées, Cohen et Erickson (2006) affirment en s'appuyant sur Andrews (2004) que de procéder à une délibération en groupe composé d'infirmières est une façon efficace de développer des habiletés et des compétences éthiques nécessaires à la résolution de problèmes éthiques rencontrés dans la pratique infirmière.

Par contre, la résolution de questionnements éthiques ne réside pas uniquement en un processus réflexif cognitif : il se consolide dans l'action, c'est-à-dire, dans la pratique (Goethals et al., 2010). Une approche de formation rejoint ces deux aspects de l'apprentissage, soit la capacité de réflexion et d'action (Payette & Champagne, 2010). Cette approche s'effectue sur une base continue. Il s'agit du groupe de codéveloppement professionnel (GCDP) qui est retenu pour le présent stage.

Le groupe de codéveloppement professionnel

Le GCDP est une approche de formation qui vise fondamentalement à améliorer la pratique professionnelle (Payette & Champagne, 2010). Cette approche s'inscrit parmi les méthodes de pratique réflexive. La pratique réflexive incite à la réflexion et vise un apprentissage par l'expérience (Boyd & Fales, 1983; Schön, 1983). L'apprentissage réflexif est un processus favorisant l'exploration d'une préoccupation générée par une expérience, créant ou clarifiant son sens et transformant la perception initiale de cette situation (Boyd & Fales, 1983). Ces auteures, bien reconnues dans le domaine de l'apprentissage par l'expérience, mentionnent que ce processus implique une croissance interne, un apprentissage personnel et professionnel et même des changements de comportements face à des situations sur lesquelles nous nous penchons. La pratique réflexive permet entre autres d'évaluer et d'analyser une expérience, de lui donner une signification, de réfléchir aux actions qui en découlent et de les recadrer si nécessaire (Reid, 1993). Ce type de pratique donne également l'occasion d'identifier des solutions ou des actions futures advenant une situation similaire éventuelle et d'examiner les sentiments associés à une expérience (Reid, 1993). Bref, cette auteure mentionne que la pratique réflexive génère plusieurs bénéfices tels que de favoriser le développement de connaissances personnelles et professionnelles et de la pratique professionnelle (Reid, 1993). Un des avantages du GCDP est que ce type des réflexions s'effectuent en groupe et se trouvent ainsi enrichies.

En effet, le GCDP puise sa force dans le groupe lui-même, c'est à dire dans les interactions entre les participants qui travaillent ensemble pour mieux comprendre et mieux agir. Le GCDP permet ainsi d'élargir les capacités de réflexion et d'action de chaque membre tout en suscitant un engagement, une mobilisation de ceux-ci. Selon Payette et Champagne (2010), le sentiment d'appartenance au groupe et le développement de l'intelligence collective pourrait même indirectement contribuer au bien-être et à la rétention du personnel. Il serait cohérent de croire que d'appliquer cette approche de formation pourrait être bénéfique pour accompagner les infirmières dans leurs questionnements éthiques lors de soins à la clientèle discutée ci-dessus, d'autant plus considérant le contexte actuel de la pénurie d'infirmière au Québec.

Format

Payette et Champagne (2010) sont les co-fondateurs de la formule du groupe de codéveloppement professionnel et possèdent une expérience solide dans ce domaine (Association québécoise du codéveloppement professionnel [AQCP], 2012). Selon leur approche, les groupes de codéveloppement peuvent prendre diverses formes permettant de s'adapter au contexte dans lequel ils sont implantés. En ce sens, Payette & Champagne proposent des critères de base afin de préserver la qualité, l'utilité et les avantages des GCDP. En effet, la taille des groupes recommandée varie entre cinq et dix participants, qu'ils proviennent du même milieu professionnel ou non (AQCP, 2012). Des personnalités diversifiées et des expériences personnelles et professionnelles variées sont recommandées pour les échanges. Les participants doivent être disponibles, intéressés, ouverts, engagés et désireux de perfectionner leur pratique professionnelle. Les participants doivent également être prêts à investir du temps entre les rencontres afin de préparer la consultation qu'ils présenteront à leurs collègues, de réfléchir à leur pratique professionnelle et de mettre en application des éléments discutés dans les rencontres. Il est nécessaire que les participants se concertent au départ sur des règles de fonctionnement du groupe et qu'ils s'entendent sur des règles de confidentialité. Tous ces éléments favoriseront la qualité des échanges et les résultats attendus (Payette & Champagne).

Structure et contenu

En fonction de l'approche de Payette et Champagne (2010), le déroulement des GCDP s'effectue de façon structurée selon six étapes constituant l'assise du GCDP. Pour y parvenir, les membres du groupe prennent tous le rôle de consultant à l'exception d'un membre qui devient le « client ». Un animateur s'ajoute selon la taille du groupe et le type de GCDP utilisé. Le cas échéant, et toujours selon Payette et Champagne, l'animateur agit en tant que facilitateur (facilite le déroulement du groupe, motive les membres), en tant qu'expert (stimule l'apprentissage, propose des lectures ou exercices), en tant que formateur (contribue à la formation des participants, guide les échanges) ou comme modèle de rôle (sert de référence et d'exemple). L'animateur oriente le groupe à cheminer au travers les six étapes suivantes : 1) une consultation du client, soit la présentation d'une problématique ou d'un projet vécu par celui-ci, 2) la clarification de celle-ci via des questions d'information de la part des consultants, 3) le contrat de consultation, soit ce que le client s'attend du groupe, 4) les réactions, commentaires et

suggestions des consultants, 5) la synthèse du client et le partage de son plan d'action et 6) finalement, un retour sur les apprentissages de chacun des participants. Ainsi, le contenu discuté dans les GCDP fait l'objet de la consultation qui est déterminée par le client en fonction des besoins de sa réalité professionnelle. L'élément clé est que le contenu des discussions doit absolument être orienté vers une préoccupation importante du client.

De plus, ces auteurs recommandent des rencontres d'une demi-journée à une journée entière, bien que des rencontres d'une durée minimale de trois heures soient possibles si le groupe est petit et les consultations de courte durée. De surcroît, Payette et Champagne (2010) précisent que la fréquence des rencontres idéale se situe aux deux à quatre semaines bien que celle-ci peut être aux deux semaines jusqu'au mois ou aux deux mois. La fin du processus de GCDP est difficile à déterminer puisque les rencontres se poursuivent tant que les participants effectuent un apprentissage. Payette et Champagne (2010) soulignent que des rencontres de GCDP s'échelonnant minimalement sur six à douze mois permettent de profiter de la progression individuelle des compétences des membres. Cette durée permet également au groupe de se solidifier, de développer une maturité et de consolider une identité professionnelle. Tout au long des rencontres, les participants réalisent des apprentissages individuels et de groupe. Ils apprennent à réfléchir et à agir ensemble, où le « codéveloppement » prend tout son sens. En moyenne, les GCDP tiennent 7 rencontres par année et peuvent durer jusqu'à trois ans. Et finalement, un environnement favorable aux échanges et à la confidentialité a une influence positive sur la profondeur des échanges. Aussi, le fait que le client et l'animateur soient visibles de chacun des participants aura un effet bénéfique sur la dynamique du groupe.

En résumé, les écrits mettent en évidence la nécessité de réfléchir aux aspects éthiques cliniques inhérents à la pratique infirmière, tel que dans le cas des soins liés à l'AVD, offerts aux patients et à leurs familles. Ils mettent également en lumière l'importance de soutenir les infirmières dans le développement de leurs habiletés et de leurs compétences éthiques. Les trois thèmes abordés, soient les étapes du processus de réflexion et d'analyse éthique, les repères éthiques de l'APSS utiles aux infirmières à l'intérieur de ce processus, ainsi que des étapes du groupe de codéveloppement professionnel (GCDP) ont guidé ces réflexions. La suite du rapport relate les buts et objectifs visés par ce stage, le déroulement des GCDP suivis d'une discussion.

But et objectifs de stage

Face aux nouveaux traitements en cardiologie discutés précédemment, et aux enjeux qui en découlent, le but de ce projet était de mettre à l'essai un GCDP en vue de soutenir les infirmières dans le développement de leurs habiletés et de leurs compétences éthiques lors de soins entourant l'AVD, offerts aux patients et à leurs familles.

Les objectifs du projet A-VOS-SOINS visaient à :

1. Conceptualiser le projet en trois phases (préparatoire, d'implantation et d'évaluation) nécessaires à la mise en place d'un GCDP avec des infirmières œuvrant en soins aigus ayant prodigué des soins auprès d'une clientèle sous AVD ou en évaluation pour AVD.
2. Planifier les différentes activités nécessaires à la mise en place du GCDP.
3. Implanter un GCDP auprès de ces professionnelles permettant d'identifier des préoccupations éthiques rencontrées par les infirmières auprès de cette clientèle, de faciliter des réflexions et le développement de ces habiletés et compétences éthiques.
4. Évaluer l'appréciation des infirmières face à leur participation à ce GCDP et face à leur développement d'habiletés et de compétences éthiques.

Et finalement, les objectifs personnels de l'auteure étaient de :

1. Approfondir ses connaissances sur le GCDP et sur l'éthique clinique.
2. Développer ses habiletés de communication auprès d'infirmières lors de situations complexes de soins incluant une dimension éthique.
3. Développer ses compétences éthiques en pratique infirmière avancée (parallèlement aux six autres compétences de l'infirmière en pratique avancée de Hamric, Spross, et Hanson (2005)).

Les principales activités effectuées pour atteindre ces objectifs sont détaillées en annexe 3, dans un diagramme de Gantt, tel que recommandé par Dubois (2011) en gestion de projet. Elles seront discutées à l'intérieur de la section « Déroulement du stage » lors de la description des différentes phases du stage.

Déroulement du projet

Identification du milieu de stage

Le milieu de stage retenu est l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), un centre ultra-spécialisé en cardiologie ayant une renommée d'excellence. Ce projet s'inscrit dans les valeurs de l'ICM qui sont, entre autres, fondées sur « le respect et la qualité de vie des patients et de leurs familles, la valorisation des ressources humaines [...] et sur l'éthique basée sur la transparence » (ICM, 2010). En lien direct avec les compétences infirmières, ce projet répond à un besoin d'accompagnement et d'enseignement nécessaire pour les infirmières au niveau de l'éthique professionnelle clinique de l'ICM.

Phases du projet

Le projet s'est déroulé en trois phases: la phase préparatoire, d'implantation et d'évaluation.

Phase préparatoire

La phase préparatoire regroupe les activités préliminaires et d'élaboration.

Activités préliminaires

Tout d'abord, une revue littéraire sur les sujets de l'éthique clinique (incluant l'AVD) et du GCDP a été effectuée. L'infirmière-stagiaire a également suivi une formation de deux jours sur l'animation des GCDP offerte à l'Université de Montréal par un conférencier du Groupe CFC-Dolmen Inc. reconnu dans le domaine du codéveloppement. Lors de cette formation, la démarche du GCDP et le rôle de l'animateur ont été approfondis et expérimentés par des jeux de rôle et des discussions. Le contenu de cette formation est présenté en annexe 4 de façon plus élaborée. L'infirmière-stagiaire a également assisté à des GCDP dans divers milieux (ICM et société gouvernementale). Afin de se familiariser davantage avec l'éthique clinique, elle a assisté à quelques rencontres du CÉC de l'ICM. À l'intérieur d'une de ces rencontres, l'infirmière-stagiaire a présenté une histoire de cas vécue d'un patient sous AVD, ce qui a donné suite à des discussions interdisciplinaires formatrices. Les autres éléments de formation sur

l'éthique consistaient en une formation autodidacte incluant la lecture d'articles et d'ouvrages de références rapportés dans la bibliographie.

Activités d'élaboration

En parallèle, les principales activités d'élaboration regroupent les démarches auprès de divers acteurs, la clarification de la structure et du format des GCDP et l'élaboration des documents nécessaires au projet A-VOS-SOINS.

Plusieurs acteurs ont été directement ou indirectement impliqués dans les démarches entourant ce stage. Le soutien de l'organisation a été favorable au projet et la cohérence entre les activités du stage et celles du milieu a été priorisée. Une activité stratégique de cette phase fût la sollicitation des infirmières, ainsi que la recherche d'une plage horaire satisfaisante pour tous. L'équipe administrative du département a également contribué à la planification des horaires et à la réservation de salles. Les autres acteurs rencontrés sont des collaborateurs au projet que l'auteure a approchés. La conseillère en éthique de l'ICM, siégeant sur le CÉC du centre, a mentoré l'infirmière-stagiaire ponctuellement durant le stage. Ce rôle de mentor a permis, entres autres, de guider l'infirmière-stagiaire lors de discussions portant sur le but et les objectifs du stage, de lui suggérer des auteurs-clé en éthique, et de réviser certaines notions éthiques en vue de la présentation *Powerpoint* de la rencontre préparatoire portant sur l'éthique clinique et l'infirmière. De surcroît, un intervenant en soins spirituels siégeant également sur ce comité a pris part à une discussion libre d'environ 30 à 45 minutes à la fin de la première rencontre de GCDP. Puis, une infirmière praticienne spécialisée en cardiologie (IPSC) occupant le rôle de conseillère en soins spécialisés en formation, éthique et recherche (CSSFER) au Centre Cardiovasculaire du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) a pu se joindre au groupe via Skype à la dernière rencontre. Ce volet interdisciplinaire a exposé une vision plus étendue des aspects éthiques en liens avec les soins liés à l'AVD. La participation de ces acteurs au projet avait pour but de renforcer le volet éthique du projet.

Par la suite, le format des GCDP prévus a été déterminé en tenant compte des critères énoncés par Payette et Champagne (2010) ainsi que des caractéristiques du milieu et de sa faisabilité dans le cadre d'un projet de stage de maîtrise. Les principales contraintes rencontrées ont été liées aux horaires de travail, à la disponibilité des infirmières (manque de personnel) et à

leur engagement volontaire non-rémunéré à l'extérieur des heures de travail. En tenant compte de ces éléments, il a été déterminé de planifier cinq rencontres au total, soient, une rencontre préparatoire et quatre rencontres de GCDP, d'une durée de 2h chacune, et ce, à intervalle de deux semaines. Une telle durée des rencontres est moindre que celle recommandée par Payette et Champagne (2010). Par contre, ce choix était justifié puisque lors de ce stage, une seule consultation (un seul « client ») par rencontre était prévue, alors que dans les rencontres des auteurs précités, plusieurs consultations s'effectuent dans une rencontre d'une demi-journée ou d'une journée. Par conséquent, le temps alloué pour aborder une consultation est conforme aux recommandations de Payette et Champagne.

Une rencontre préparatoire servant à présenter le projet était planifiée. Les sujets à aborder prévus lors de cette rencontre étaient : la démarche et la thématique du GCDP, un survol de certaines notions sur l'éthique clinique et la pratique infirmière ainsi que les attentes des infirmières face au projet. Un exemple de GCDP était prévu à la fin de cette rencontre à l'intérieur duquel les règles de groupe devaient être établies. Afin d'illustrer le déroulement d'un tel groupe, il était prévu que l'infirmière-stagiaire anime l'exemple de GCDP basé sur une préoccupation vécue, que l'infirmière conseillère joue le rôle de la « cliente » et que les autres participants jouent le rôle de consultants. Finalement, puisque le contenu des discussions portait sur des patients et sur des préoccupations professionnelles vécues personnellement par les infirmières, la signature d'une entente de confidentialité a été effectuée lors de cette rencontre (voir annexe 5, sections A et B).

Suite à la rencontre préparatoire, quatre rencontres de type GCDP étaient planifiées, comportant comme thème central, la présentation d'une préoccupation éthique vécue par une des infirmières (le client) dans leur pratique lors de soins liés à l'AVD. Ainsi, une préoccupation par rencontre était prévue. Il était prévu que l'infirmière-stagiaire soutienne les infirmières « clientes » dans l'identification de leur préoccupation éthique et dans l'élaboration écrite de celle-ci à l'aide de la fiche de préparation du client (annexe 5, section C). L'infirmière-stagiaire devait assurer l'animation de chacune des rencontres. Malgré que certaines contraintes contextuelles du projet soient incontrôlables, l'importance de l'assiduité aux rencontres a été encouragée par l'infirmière-stagiaire afin de maximiser la maturité et la cohésion du groupe.

Parmi les activités d'élaboration de la phase préparatoire figurent la préparation des documents ayant servi au projet. La préparation d'une présentation *Powerpoint* servant à guider l'infirmière-stagiaire durant la première rencontre a été élaborée et révisée par la conseillère en éthique. De plus, la rédaction d'une mise en situation à la base de l'exemple de GCDP a été préparée à partir d'une situation éthique vécue auprès de cette clientèle par l'infirmière-stagiaire. Celle-ci a utilisé la fiche de préparation du client (annexe 5, section C) et l'outil du consultant (annexe 5, section D) afin de servir d'exemple pour les infirmières au moment de la rencontre préparatoire.

Une pochette du participant renfermant les documents utiles pour celui-ci a été créée; le contenu est détaillé en annexe 5. Parmi les principaux documents nous retrouvons : une copie de la présentation *Powerpoint* initiale, une description écrite de l'exemple GCDP, une feuille sur les objectifs personnels des infirmières à compléter, un document vierge « fiche de préparation du client » (annexe 5, section C), quatre documents vierges « outil du consultant » (annexe 5, section D), (outils constitués par CFC-Dolmen. Inc. qui autorise son utilisation pour le présent projet, voir annexe 6), l'entente de confidentialité (annexe 5, section B) et un questionnaire d'évaluation du projet (annexe 5, section E). Celui-ci avait été rédigé par l'infirmière-stagiaire et avait été approuvé par la direction des soins infirmiers. Finalement, trois brefs articles portant sur l'éthique, les valeurs personnelles et professionnelles au cœur de la profession infirmière étaient placés à la disposition des participants (AIIC, 2008; Truchon, 1999, 2007, 2010). L'objectif de cette lecture facultative visait à susciter des réflexions sur l'éthique dans la pratique infirmière et à guider certains raisonnements.

Phase d'implantation

La phase d'implantation relève de la mise en pratique des rencontres de GCDP. Les rencontres se sont déroulées tel qu'elles étaient prévues, soit aux 2 semaines d'une durée de 2h chacune. Des confirmations via courriel étaient envoyées ponctuellement aux infirmières afin de leur remémorer les rencontres de GCDP. La rencontre préparatoire a permis d'initier le projet avec une explication de ce qu'est le GCDP. Les sept infirmières ayant adhéré au projet ont

accepté de faire partie du projet et ont signé l'entente de confidentialité lors de cette rencontre. Le contenu prévu de cette rencontre a été traité. Les règles du groupe ont été établies et l'exemple de GCDP a pisté les infirmières sur des réflexions éthiques et sur le déroulement d'un GCDP en vue d'effectuer les prochaines rencontres. Un survol de certaines notions éthiques a été effectué tel que : Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Pourquoi l'éthique est-elle importante pour l'infirmière ? Quelles sont les valeurs au cœur de la profession infirmière ? Et des exemples de situations éthiques générant des inconforts dont nous avons ressorti les valeurs, les principes éthiques et les règles entrant en conflits.

Pour chaque rencontre subséquente, l'infirmière-stagiaire a épaulé la « cliente », volontaire à présenter sa préoccupation, dans l'identification de celle-ci. En moyenne, les infirmières ont rapporté avoir effectué un travail de réflexion personnelle de 2 heures afin de réfléchir et mettre sur papier cette préoccupation en se servant de l' « outil du client ».

Au moment où la préoccupation éthique était présentée par une infirmière, l'équipe cheminait à travers chacune des étapes du GCDP. Le but visé n'était pas d'arriver à une décision consensuelle résolvant un problème ou un dilemme éthique mais plutôt de répondre aux besoins de l'infirmière pour renforcer ses habiletés et ses compétences éthiques. Ainsi, les membres mettaient en commun leurs réflexions, leurs opinions et leurs idées pour y parvenir. Un processus de réflexion et d'analyse des préoccupations éthiques a été effectué. L'infirmière-stagiaire a associé trois thèmes (discutés précédemment) au cours des rencontres : les étapes du processus, l'APSS et les étapes du GCDP traversées. Le Tableau 2 illustre cette association lors des GCDP.

À chaque rencontre, l'infirmière-stagiaire utilisait un outil visuel (*Powerpoint*) comportant une synthèse des discussions de la rencontre précédente. La présentation *Powerpoint* servait également à remémorer certains points pertinents pour les infirmières tels que les règles du groupe initialement prévues, les étapes du GCDP, des capsules et astuces sur le GCDP ou le type de questions puissantes suscitant la réflexion. De plus, un outil de travail était à la disposition des infirmières lors des discussions facilitant l'identification des éléments éthiques discutés (annexe 7). Cet outil était une forme de schématisation des principes éthiques de

Tableau 2 : Association entre le processus de réflexion éthique, les repères éthiques et le GCDP appliqué dans le stage

Étapes liées au processus de réflexion et d'analyse éthique	Description des étapes du processus selon l'étape du GCDP, encadrées par les repères éthiques de l'APSS	Étapes correspondant à celles du GCDP
1. Identification et présentation de la préoccupation éthique	<p>Présentation narrative, objective d'une situation éthiquement préoccupante vécue par une infirmière en incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Réflexion personnelle préalable par l'infirmière qui présente sa préoccupation -Description des faits -Description des valeurs personnelles, professionnelles, éthiques, déontologiques, institutionnelles, gouvernementales et politiques -Description des valeurs du patient, de sa famille ou de son groupe d'appartenance -Personnes impliqués et les valeurs de chacun -Contexte de soins, l'environnement, les éléments contraignants et facilitants -Repères éthiques de l'APSS impliqués : bienfaisance, <i>caring</i>, autonomie, équité 	Étape 1
2. Délibération	<ul style="list-style-type: none"> -Réflexions et discussions de groupe à propos de la situation donnée -Échanges, questionnements, partage d'information, de connaissances, etc. 	Étapes 2, 3 et 4
3. Intégration et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> -Choisir les suggestions les plus appropriées pour l'infirmière -Mise en application de ces options dans la pratique (entre les rencontres de GCDP) -Évaluation des apprentissages éthiques -Repères éthiques de l'APSS impliqués : bienfaisance, <i>caring</i>, autonomie, équité 	Étapes 5 et 6
4. Évaluation	-Évaluation de l'application des options retenues à la rencontre ultérieure de GCDP.	Rencontre suivante

l'APSS et les valeurs inhérentes à la situation discutée. Les plans de chacune des rencontres figurent en annexe 8. Les interactions entre les participants étaient variées et tous s'impliquaient dans les discussions.

Résultats : Thèmes abordés en GCDP

Voici pour chaque rencontre, les préoccupations éthiques vécues lors de soins entourant l'AVD exprimées par les infirmières et les sujets des discussions en lien avec les principes éthiques de l'APSS. Les pistes de solutions émises par le GCDP seront abordées globalement par la suite.

Rencontre préparatoire

L'exemple de GCDP de cette rencontre était basé sur une préoccupation éthique vécue par une infirmière de l'équipe du programme de TAVCM. Cette préoccupation éthique illustre le rôle d'*advocacy* de l'infirmière dans un contexte de soins où une contrainte de temps et de structure de travail de l'équipe interdisciplinaire était présente. Ces contraintes avaient rendu difficile la discussion sur les valeurs, les motivations et les volontés avec le patient. Dans cette situation, la décision d'installer une AVD fût rapidement prise. La chirurgie fut programmée dans un délai rapproché. De ce fait, le temps propice aux discussions entre le patient, la famille et l'équipe de soins dont l'infirmière du programme de TCMAV était restreint. De plus, des activités des différents professionnels ont été effectuées en parallèle, ce qui fut peu favorable aux échanges interprofessionnels.

Lors des échanges dans le GCDP, une attention particulière a été portée à l'importance pour l'infirmière de bien connaître le patient sous ses soins afin de le représenter de façon juste. Certaines pistes de solutions ont été proposées telles que d'encourager la communication autant verbale qu'écrite entre les professionnels. Le groupe s'est penché sur la préoccupation éthique de l'infirmière et a fait une première séance de codéveloppement selon l'approche visée par le stage.

Pour faire suite à la suggestion d'encourager la communication interprofessionnelle, un projet de plan de soins commun est proposé en annexe 9. Le fait de documenter dans un plan de soins commun les valeurs, objectifs de soins, motivations, intérêts et volontés du patient pourraient contribuer à ce que les soins offerts répondent mieux à ses besoins. Cet outil pourrait également servir aux infirmières dans leur rôle d'*advocacy*. De plus, une liste des points à aborder entre l'infirmière du programme de TCMAV, le patient et sa famille serait susceptible rendre les discussions plus structurées et plus efficaces. Un projet de liste de points à aborder par ces professionnels est proposé en annexe 10. Ces deux outils ont été élaborés par l'infirmière-stagiaire suite à des discussions et aux lectures effectuées dans le cadre du stage. Ils visent à améliorer la communication tant au niveau intraprofessionnelles, interprofessionnelles que celles entretenues auprès des patients et de leurs proches. Vu le contenu prévu dans les rencontres de GCDP, ces outils n'ont pu faire l'objet de discussion dans le groupe. Cependant, avant de les mettre en circulation dans les milieux de pratique, ils seront validés par les divers professionnels impliqués dans les soins à cette clientèle.

Rencontre de groupe de codéveloppement no 1

La préoccupation éthique rapportée par une infirmière lors de la première rencontre formelle s'intitulait : « Comment demeurer intègre et offrir des soins infirmiers compétents alors que nous sommes affectés par une situation antérieure de soins négative? » Cette préoccupation éthique réfère aux expériences antérieures de soins marquantes tels que le décès d'un autre patient ayant reçu une AVD. Ce type d'expérience de soins demeure souvent à l'esprit des infirmières alors qu'elles accompagnent de nouveaux patients à prendre une décision liée à l'AVD. Les infirmières voulant agir avec intégrité et compétence (valeurs personnelles, éthico-déontologiques), mais étaient imprégnées de ce type d'expérience antérieure négative peuvent avoir le sentiment de ne pouvoir agir de la sorte. Ce type de sentiment peut mener à un inconfort dans l'accompagnement d'un patient lors de sa prise de décision liée à l'AVD. Les principaux principes éthiques de l'APSS dégagés ont été ceux de bienfaisance et du respect de l'autonomie.

Les discussions ont permis de réaliser que les infirmières dans une telle situation peuvent se retrouver ambivalentes, voire déchirées entre leurs obligations professionnelles et leurs valeurs personnelles ou leurs croyances envers une telle technologie, celles-ci ayant été ébranlées

par l'expérience de soins antérieure négative. Les réflexions guidant les actions infirmières dans cette situation ont été basées sur le principe de bienfaisance. Le principe de bienfaisance dirige l'infirmière dans son offre des soins compétents et ayant à cœur le bien-être physique, psychologique et émotionnel du patient. De plus, l'intégrité infirmière sert de guide à celle-ci afin d'agir moralement, de tenter de préserver le lien de confiance infirmière-patient établi. Les discussions ont mis en lumière qu'afin d'éviter d'imposer ses valeurs personnelles, l'écoute du patient et le fait de lui conseiller de prendre la décision pour lui-même semblent être des pistes de solutions indispensables. Les discussions ont fait ressortir le fait que des éléments conflictuels (valeurs divergentes) dans de telles situations peuvent limiter les interactions infirmière-patient. Ainsi, il importe pour l'infirmière de respecter ses propres limites personnelles ainsi que le droit, la responsabilité et l'autonomie du patient dans sa prise de décision. Les discussions ont également soulevé des éléments contextuels pouvant contribuer à la préoccupation éthique initiale tels qu'une lacune au niveau de la communication au sein de l'équipe soignante, un besoin de formation des infirmières en regard à l'AVD et un besoin d'ouvrir un espace de discussion permettant un recul sur certaines situations de soins plus marquantes.

Le retour sur cette situation de soins a été bénéfique pour tout le groupe. La contribution de l'intervenant en soins spirituels en fin de rencontre de GCDP a permis d'élargir le rôle d'accompagnement et a généré réflexions et discussions au sujet des valeurs impliquées dans ce type de contexte de soins.

Lors de cette première rencontre de GCDP l'animatrice (l'infirmière-stagiaire) a facilité le passage d'une étape à l'autre, recadré les discussions, fait preuve d'une écoute attentive et motivé les gens dans leurs interactions. Elle a contribué à guider les échanges et a utilisé son expertise au besoin pour répondre à certaines questions des participants.

Rencontre de groupe de codéveloppement no 2

La préoccupation se résumait ainsi : « Comment la vision que l'infirmière a d'un patient sous AVD peut-elle influencer celui-ci et les soins qu'elle lui prodigue ? » Cette situation fait référence à l'expérience de l'infirmière avec l'AVD qui se construit au fur et à mesure que le patient évolue avec cette technologie. Lorsque l'infirmière acquiert une expérience avec cette

technologie, sa vision du patient évolue simultanément, passant d'une vision centrée sur l'AVD lorsqu'elle est peu expérimentée avec l'AVD, à celle plus élargie sur le patient dans sa globalité lorsqu'elle acquiert une expérience avec cette technologie. En d'autres mots, la préoccupation de l'infirmière était : « Lorsque j'emprunte une vision plus globale du patient sous AVD en normalisant d'une certaine façon l'AVD, puis-je transmettre des espoirs erronés au patient, c'est-à-dire, des espoirs ne tenant plus compte de cette technologie d'envergure? » Les principes éthiques de l'APSS les plus utiles ont été ceux du *caring* et de l'équité. Le rôle de l'infirmière dans ce type de situation de soins face au concept d'espoir a également été discuté.

Les discussions ont fait référence à la relation infirmière-patient qui est au cœur de cette préoccupation éthique. Cette relation est à la base du *caring* tel que l'entend Saint-Arnaud (2009). Il importe donc, lors de ce questionnement éthique, de remettre le patient au centre du soin. Tout au long des soins, la relation de confiance s'établit, se solidifie, et progresse. C'est à travers de cette relation que l'infirmière réalise l'importance de faire verbaliser le patient, de valider, de communiquer afin de bien cerner ses valeurs, ses volontés et sa compréhension de sa situation de santé. Les discussions en GCDP ont confirmé que de susciter ces sujets de discussions avec le patient permettaient à l'infirmière de réfléchir à la globalité du patient pour en arriver à le voir d'un point de vue holistique. À l'intérieur de cette relation réciproque, l'infirmière et le patient comprennent que les responsabilités sont partagées entre le soignant et le soigné (Saint-Arnaud, 2009) en regard à sa prise en charge et à sa compréhension de son statut de patient porteur d'une AVD. La capacité d'autocritique de l'infirmière et sa sensibilité aux autres importent dans ce type de situation et démontrent une habileté de *caring* qui guide sa pratique conformément à l'éthique.

Le concept d'espoir a été discuté en GCDP. La définition de ce concept peut prendre diverses formes selon les perceptions de chacun. Afin de bien cerner le patient et de le supporter dans ce besoin, il importe de valider sa définition auprès de celui-ci. De plus, le besoin d'espoir peut évoluer dans le temps d'où l'importance de réévaluer ses besoins afin de cibler des objectifs de soins adéquats. Un consensus a été trouvé à l'effet que l'infirmière a un rôle d'offrir de l'espoir aux patients lorsqu'ils sont sous AVD. Bien que ces patients demeurent très malades, ils doivent se nourrir d'espoir afin de récupérer et de retrouver une qualité de vie.

Les réflexions ayant entouré cette 2^e préoccupation éthique reflètent un souci d'équité, de justice dans les soins. Lorsque l'infirmière rencontre ce type de situation éthique dans ses soins, elle doit se questionner sur la meilleure position à adopter afin d'offrir des soins égalitaires.

L'animatrice a observé à ce point-ci qu'il était enrichissant pour chacun de partager ses préoccupations et idées avec ses collègues. L'animatrice a tenté de stimuler l'apprentissage et de faire ressortir davantage l'éthique dans la pratique infirmière en ressortant certains principes éthiques. Les principes éthiques guident les infirmières vers l'essence de leur pratique : la relation infirmière-patient.

Rencontre de groupe de codéveloppement no 3

La rencontre suivante avait comme thème : « Comment pourrais-je diminuer mon sentiment d'impuissance lors de soins critiques aux patients sous AVD? » Ce type de situation fait référence au sentiment d'impuissance vécu par des infirmières lors d'un épisode de soins à un patient en état critique qui tentait d'avoir le contrôle sur sa situation. Celui-ci refusait parfois certains traitements que l'équipe jugeait nécessaire. Ce contrôle était ressenti par des infirmières et l'équipe de soins comme une résistance à sa nouvelle condition sous AVD et avait comme impact de freiner les soins. Les principes éthiques de l'APSS ayant ressorti davantage sont la bienfaisance, le *caring* et le respect de l'autonomie.

Dans cette situation, plusieurs éléments ont semblé avoir un effet sur le sentiment d'impuissance vécu tels que : la souffrance du patient, l'impression de contribuer à sa souffrance, le doute des infirmières face au pronostic, la lourdeur de la tâche des infirmières, le manque de formation et d'information sur l'AVD. L'élément le plus central reflétait l'écart entre les responsabilités partagées entre l'infirmière et le patient, lié à des perceptions et à des valeurs divergentes. D'un côté, l'infirmière, désirant agir avec compétence et compassion (valeurs personnelles, professionnelles et éthico-déontologiques) jugeait que l'état précaire du patient nécessitait une prise en charge plus importante pour certains aspects des soins. D'autre part, le patient, ayant l'habitude de guider, diriger (valeur, croyance), tentait de maîtriser la situation à sa façon et agissait à l'encontre de l'équipe traitante, ayant comme impact de freiner les soins.

Les discussions ont permis de réaliser que le principe de bienfaisance guidait l'infirmière dans ses interventions tout en visant le bien-être du patient. De plus, la relation de confiance, implicite à la relation de *caring*, servait également de guide pour l'infirmière, lui permettant de remettre le patient au centre des soins. En effet, le patient lui accordait une grande confiance malgré les insécurités qu'il vivait. Ainsi, dans ce type de situation, les infirmières ont intérêt à miser sur la relation de *caring* comme outil guidant les interventions infirmières et les actions du patient vers une même direction. Malgré que l'on remette le patient au centre de la relation de soin dans ce type de situation, les difficultés d'adaptation du patient, des infirmières et du reste de l'équipe professionnelle à ce type de contexte de soins peuvent contribuer au sentiment d'impuissance vécu par les infirmières. Lors de situations délicates où le patient refuse certains soins, impactant du même coup la qualité de la relation infirmière-patient, en plus de celle entre le patient et l'équipe de soins, les discussions de groupe ont soulevé que la communication entre l'infirmière et le patient semble être un outil à privilégier. Ce type de situation est professionnellement et personnellement difficile à traiter. Bien que les principes de bienfaisance et du *caring* puissent être utiles, ils peuvent parfois se révéler insuffisants. Les réflexions du GCDP se sont tournées vers l'importance pour les infirmières de discuter de ces situations et d'exprimer leurs sentiments à leurs collègues afin d'œuvrer ensemble pour surmonter ce type de barrières rencontrées dans la pratique infirmière.

L'animatrice a réalisé lors de ce groupe de codéveloppement que les étapes du GCDP étaient déjà plus routinières. Le rôle de l'animatrice dans le reflet et la reformulation ont été perçues comme étant aidantes pour le groupe dans leur compréhension des besoins de l'infirmière.

Rencontre de groupe de codéveloppement no 4

Lors de la dernière rencontre, une infirmière a présenté une préoccupation éthique d'ordre social se résumant ainsi : « Comme société, faisons-nous le bon choix social d'offrir cette technologie aux patients IC avancés s'approchant de la fin de vie? » Les infirmières impliquées dans ces soins se questionnent sur le système de santé dont elles font partie. Le principe éthique de l'APSS majoritairement abordé lors de cette rencontre a été celui de l'équité. Divers aspects

inhérents à cet enjeu social ont été abordés. Les réflexions et discussions ont été poursuivies en intégrant l'invitée, l'IPSC via *SKYPE*.

En somme, les infirmières avaient à cœur l'offre de soins équitable et juste envers tous. Elles désiraient répondre à leurs obligations morales et déontologiques. Voici quelques thèmes abordés lors des discussions. Comment s'assurer d'une justice distributive des ressources humaines et financières dans notre société ? Une comparaison de certains coûts a pu éclairer en partie la discussion. Des arguments entourant la pénurie d'infirmière, la mobilisation massive de ressources humaines lors de soins à cette clientèle et les coupures budgétaires continues de notre système de santé ont suscité des réflexions. Le contexte de la population vieillissante a été abordé, générant d'autres interrogations d'ordre social. À qui cela revient-il de juger de l'acceptabilité de modifier la trajectoire de fin de vie par le biais de l'AVD lorsque le patient décide de recevoir ce traitement? Acceptons-nous la mort dans notre société moderne? Vivre à tout prix? Reprendre une vie normale avec l'AVD, mais qu'est-ce qu'une vie normale? Faudrait-il relancer un débat de société afin de connaître le pouls de la population face à l'utilisation de cette technologie?

Ces thèmes ont généré des discussions relatives à l'implication et au rôle de l'infirmière dans les soins à cette clientèle et à leur famille. L'impact que ces soins complexes indissociables de l'éthique peut avoir sur le personnel soignant, dont l'infirmière, a été abordé. Des éléments clés ont été soulevés tels que l'importance pour l'infirmière d'effectuer une analyse rationnelle et objective des situations dans le but de présenter ses arguments à l'équipe soignante de façon structurée. Cette analyse soutiendrait davantage la crédibilité du raisonnement de l'infirmière au sein de l'équipe de soin. La collaboration, l'alliance de l'infirmière à ses collègues infirmières et aux autres professionnels semblaient être une autre stratégie pertinente que l'infirmière peut utiliser dans ses soins.

Lors de cette dernière rencontre de GCDP l'animatrice, a encouragé la diversité de points de vue, facilité les échanges et contribué à les enrichir à l'aide de ses connaissances et de son expérience. Elle a également introduit l'invitée aux discussions. La structure de l'approche réflexive et d'action qu'est le GCDP a finalement été bien intégrée par le groupe.

Cette rencontre s'est conclue sur l'évaluation du projet, sur un partage de leur expérience globale et sur l'atteinte de leurs objectifs personnels.

Synthèse des pistes de solutions retenues

Les réflexions et discussions générées par le GCDP ont fait émerger des pistes de solutions répondant aux besoins des infirmières lorsqu'elles rencontrent des situations de soins éthiquement préoccupantes liées à l'AVD. Les solutions retenues par les infirmières nous rappellent la nécessité de communiquer, de discuter, de s'exprimer avec patient, de recadrer si nécessaire, mais aussi de lui permettre de verbaliser afin de transmettre à l'infirmière ses perceptions et ses attentes. Cela donnera l'occasion à cette professionnelle de répondre à ses besoins et de représenter le patient au sein de l'équipe de soins lorsque requis. De plus, la relation d'aide à la base de cette relation se construit à travers une écoute active et attentive. Cette intervention infirmière est une partie essentielle du dialogue entre l'infirmière et le patient. Les infirmières ont également retenu l'importance de redonner au patient les responsabilités qui lui reviennent, de façon à préserver ce partage de responsabilités. Les infirmières ont discuté de l'importance d'impliquer la famille dans les prises de décisions liées à l'AVD. De plus, elles ont proposé la possibilité d'inclure le patient et un membre de sa famille lors des rencontres interdisciplinaires, ce qui favoriserait les discussions ouvertes et l'implication du patient dans sa prise de décision. Finalement, la dernière piste de solution discutée concerne l'utilité d'un temps de réflexion collective permise par le GCDP sur les enjeux que vivent les infirmières et l'équipe de soins, comme celui sur les AVD pour les IC en fin de vie. Ce précieux moment de réflexion permet de prendre conscience des différentes opinions partagées entre collègues et donne la chance de s'ouvrir à de nouveaux points de vues.

Phase d'évaluation

La phase d'évaluation inclut une évaluation des GCDP des infirmières et l'auto-évaluation de l'infirmière-stagiaire, celle-ci figurant dans la section « Discussion-Évaluation des objectifs de stage ». Lors de chaque rencontre en GCDP, les apprentissages des participants ont été discutés (étape 6 des GCDP). À la dernière rencontre, un questionnaire d'évaluation de

formation utilisé à l'ICM et adapté pour ce projet a été complété pour évaluation globale du projet (annexe 5, section E).

Les sept infirmières ont complété le questionnaire. Une de ces infirmières occupait le rôle de conseillère-cadre à la direction des soins infirmiers. Cinq infirmières ont affirmé ne jamais avoir parlé informellement d'éthique avec des collègues, alors que deux avaient déjà entretenu ce sujet de conversation. Deux infirmières avaient déjà pris part à des activités de formation sur l'éthique telles que : conférences, « café-éthique », formations magistrales et formations sous forme de groupe de discussion. En comparaison aux autres activités de formation expérimentées, ces deux infirmières ont affirmé que le GCDP avait contribué à un apport supplémentaire en offrant la possibilité d'entendre divers points de vue face à une même situation et en ouvrant un lieu favorable à l'expression.

La compilation du questionnaire se retrouve au Tableau 3. Les réponses cumulées au questionnaire indiquent une appréciation unanime de l'expérience de GCDP. Les infirmières ont l'impression d'avoir développé leurs compétences éthique et de se sentir mieux outillées pour accompagner la clientèle lors de soins liés à l'AVD. Les principaux éléments soulevés aux questions à développement sont : la force des échanges entre collègues, la réflexion en groupe et la construction de certaines connaissances.

Dans la section à développement (annexe 5, section E), les « points forts » appréciés de ce type de formation sont : le cadre de cette approche, les échanges avec ses collègues, le fait d'améliorer ses connaissances personnelles à partir du GCDP, la réflexion et la participation des membres suscitée par le GCDP et la préparation individuelle à celle-ci, les présentations *Powerpoint* et l'apport des connaissances théoriques de l'animatrice. Les points à améliorer suggérés entourent la plage horaire qui s'ajoutait à la journée de travail des infirmières, le nombre de rencontres avec l'IPSC qu'il serait intéressant d'augmenter, ainsi que d'offrir un espace supplémentaire de discussion libre, mais encadrées pour évacuer les sentiments et émotions vécues par les infirmières. Globalement, les commentaires étaient en faveur du maintien de cette structure et du temps alloué aux périodes de discussions. Finalement, un bref retour sur l'atteinte des objectifs personnels des infirmières a été effectué à la toute fin de la dernière rencontre.

Tableau 3 : Compilation des résultats du questionnaire d'évaluation

COMPILATION**ÉVALUATION DES GCDP SUR LES QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES DANS UN CONTEXTE DE SOINS LIÉ AUX AVD**

Cocher le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion selon l'échelle d'évaluation suivante : 1: Excellent 2: Bien 3: à améliorer * préciser ci-dessous N/A : non applicable

ÉNONCÉS	1	2	3*	N/A
CONTENU ET MÉTHODOLOGIE				
1. Le temps alloué pour la rencontre préparatoire était suffisant	7			
2. Le temps alloué aux invités –collaborateurs était suffisant	6	1		
3. Le temps alloué à la présentation des GCDP-cas exemple était suffisant	7			
4. Le temps alloué pour chacune des rencontres de GCDP était suffisant	6	1		
5. Le contenu abordé dans les rencontres de GCDP m'a permis d'approfondir mes réflexions sur les questionnements éthiques vécus dans ma pratique auprès de cette clientèle	6	1		
6. Le contenu abordé dans les rencontres de GCDP m'a permis d'approfondir ma capacité d'action lors de situations éthiques chez cette clientèle	6	1		
7. La formule des GCDP utilisée a favorisé mon apprentissage	7			
8. La documentation fournie était utile	6	1		
TUTEUR				
9. L'animateur a stimulé mes réflexions sur l'éthique dans ma pratique	6	1		
10. L'animateur a donné le support et l'encadrement nécessaires	7			
APPRENTISSAGE				
11. Les discussions avec mes collègues du GCDP ont contribué à mon cheminement	7			
12. J'ai l'impression d'avoir développé mes compétences sur l'éthique clinique dans ma pratique en général	6	1		
13. Cette formation m'a permis d'intégrer des apprentissages au sujet de l'éthique dans ma pratique	6	1		
14. Cette formation m'a permis de me sentir plus à l'aise à accompagner les patients sous AVD et leurs proches	6	1		
PERTINENCE				
15. J'aimerais participer à une autre formation de ce genre (GCDP)	6			
* PRÉCISIONS POUR LES RÉPONSES COTÉES 3 (SPÉCIFIEZ LES NUMÉRO DE QUESTIONS)				
-Q4 : 15-30 minutes supplémentaire aurait été intéressant pour discussion libre				

Discussion

La discussion portera sur trois thèmes pertinents à la pratique infirmière, soient le codéveloppement des compétences éthiques infirmières, les soins infirmiers liés à l'AVD et l'impuissance vécue par les infirmières lors de situations éthiquement préoccupantes.

Le codéveloppement des compétences éthiques infirmières

L'approche sur le GCDP offre entre autres l'occasion de développer des compétences professionnelles (Payette & Champagne, 2010). Un des éléments permettant d'arriver à ce but est la structure cadrant cette approche qui incite à préserver le caractère professionnel des discussions tout en donnant l'occasion d'aborder les besoins personnels des individus dans leur pratique. De plus, le rôle de l'animatrice encourageant et guidant les réflexions constitue un élément facilitant la pratique réflexive (Reid, 1993).

Cette méthode combine une forme écrite et orale de la pratique réflexive et privilégie une approche individuelle et de groupe. Tout d'abord, le travail de réflexion individuelle effectué par les infirmières qui ont présenté une préoccupation éthique a permis d'amorcer un travail personnel d'introspection, de prise de conscience de soi et d'autocritique sur leur propre pratique professionnelle. Selon les infirmières ayant participé aux GCDP, bien qu'il semble avoir été exigeant, ce travail de réflexion, d'écriture et d'expressions à leurs collègues a constitué un avancement au niveau de leurs apprentissages.

De plus, des discussions de groupes entre infirmières représentent un moyen efficace d'aborder des situations éthiques en vue de développer des habiletés et compétences éthiques infirmières utiles à la pratique (Cohen & Erickson, 2006; Wocial, Hancock, Bledsoe, Chamness, & Helft, 2010). En effet, le GCDP a offert une opportunité de réflexion en groupe sur l'éthique dans la pratique infirmière. Ensemble, les réflexions, l'entraide, le soutien, le partage de connaissances, d'expertise et d'expériences, ainsi que la mise en application de certaines pistes de solutions retenues ont permis aux infirmières de trouver de nouvelles stratégies pour faire face à des situations de soins liées à l'AVD comportant une dimension éthique. Le codéveloppement professionnel constitue une approche différente qui suscite des réflexions individuelles et de groupe (Lamarche & Giroux, 2001). De plus, elle encourage le passage à l'action dans le

développement de compétences chez les intervenants en santé (Lamarche & Giroux, 2001). Selon Gustafsson et Fagerberg (2004), le fait d'encourager les infirmières à explorer et à réfléchir à des situations de soins éthiquement préoccupantes rencontrées promeut le développement professionnel et est favorable à une meilleure qualité de soins aux patients.

De façon générale, les infirmières raisonnent et agissent conformément à l'éthique puisque le sens moral de leur pratique est intimement lié à leurs responsabilités professionnelles et déontologiques. Par contre, les conflits de valeurs, la divergence de perceptions entre les personnes impliquées dans les soins et l'impact des contraintes contextuelles, institutionnelles et sociales sont inévitables, surtout lors de situations complexes et nouvelles de soins. Malgré les barrières potentielles que l'infirmière peut rencontrer, elle doit préserver un courage moral (DeWolf Bosek & Savage, 2007). Saint-Arnaud (2009) affirme que le travail des infirmières consiste à œuvrer dans un milieu où de multiples systèmes de valeurs s'affrontent. Pour pallier à ce défi, il est pertinent que l'infirmière adopte une démarche d'analyse réflexive rationnelle et objective. Cette professionnelle se doit donc d'être analytique afin de prendre des décisions réfléchies (DeWolf Bosek & Savage, 2007).

À partir des écrits, l'auteure a identifié quatre étapes ayant permis de réfléchir et d'analyser les préoccupations éthiques ciblées par le GCDP. Ces étapes étaient illustrées au Tableau 1 et sont maintenant davantage détaillées au Tableau 3. Elles correspondent au contenu discuté à chaque étape du GCDP et comprennent la présentation de la préoccupation éthique incluant la clarification des valeurs en jeu, les réflexions et discussions en groupe permettant une analyse commune de la situation (délibération), le choix de pistes de solutions retenues par l'infirmière (intégration) et finalement, l'évaluation des apprentissages et de la mise en place des solutions. Cette démarche d'analyse ne correspond pas à une démarche de résolution de problème éthique standard qui vise une prise de décision consensuelle lors d'un problème ou d'un dilemme éthique (Saint-Arnaud, 2009). Par contre, elle encourage une réflexion critique et une analyse impartiale des situations éthiques rencontrées, distinguant l'émotion vécue par l'infirmière et les faits et valeurs en cause dans une situation de soins complexes. Lorsque l'infirmière prend part à des discussions éthiques, l'utilisation d'une telle approche peut l'aider à

continuer à baser ses arguments sur les faits analysés plutôt que sur l'émotion ressentie, ce qui renforce la validité de ses propos.

Parallèlement, il est à noter que dans le cadre de ce projet, les préoccupations éthiques abordées représentaient de simples questionnements éthiques ou encore des problèmes éthiques tel que définis par Saint-Arnaud (2007), soit : « lorsque l'intervention [du soin] perd son sens » (p. 201). Il ne s'agissait pas nécessairement de dilemmes éthiques tels qu'elle les définit, c'est-à-dire, comme étant une incertitude face au choix d'une « bonne » option qui va à l'encontre d'une autre « bonne » option (Saint-Arnaud, 2007). Par le biais du GCDP combiné à l'APSS, le groupe d'infirmières a cherché à trouver des guides utiles concrets, applicables dans leur pratique auprès de la clientèle visée afin de les soutenir lorsqu'elles font face à ces préoccupations ou questionnements éthiques. Cela correspond à la définition de l'éthique normative appliquée tel que l'explique Saint-Arnaud (2009), ce qui inscrit le stage dans ce champ de l'éthique. L'identification de ces préoccupations éthiques, les réflexions et analyses associés et la recherche de solutions permettant de contribuer à la résolution de problèmes éthiques, ou simplement à sa compréhension, ce qui est favorable au développement de compétences éthiques.

De plus, cette approche consiste en un moyen de laisser place aux réflexions critiques et à la créativité des infirmières dans la recherche de pistes de solutions favorables au bien-être des patients. Ces éléments semblent être la pierre angulaire à la base de la promotion du développement de compétences éthiques infirmière dans les soins de santé post-modernes où l'incidence des situations de soins complexes est en hausse (Dierckx de Casterle, Izumi, Godfrey, & Denhaerynck, 2008). Ces auteurs précisent qu'il urge de mettre en place de telles stratégies afin d'encourager l'autonomie infirmière dans la prise de décisions éthiques.

L'utilisation de l'APSS a encouragé progressivement l'utilisation d'un langage éthique chez les infirmières. Les réflexions générées par la combinaison du GCDP et de l'APSS ont incité les infirmières à faire le parallèle entre l'éthique clinique dans la pratique infirmière et la clinique elle-même. L'utilisation des principes éthiques de l'APSS nous ramène à l'essence même de la pratique infirmière et offre un cadre aux discussions et réflexions. Ces repères représentent des balises guidant le groupe vers une conduite infirmière qui tente de répondre à la

question résumant l'éthique clinique : « Comment puis-je faire pour bien faire en tenant compte du contexte? » (Petit, 2012). Voici, avant de conclure cette première section de la discussion, quelques exemples de balises concrètes retenues en fonction des principes.

Premièrement, le fait de ressortir le principe de bienfaisance appliqué dans une situation donnée peut renforcer certaines pensées ou actions effectuées par l'infirmière. Deuxièmement, se pencher sur le respect de l'autonomie du patient peut rappeler à l'infirmière la responsabilité du patient dans ses soins, ce qui dégage l'infirmière d'une part de responsabilité qui ne lui appartient pas, lui permettant de lâcher prise sur des éléments incontrôlables. Troisièmement, le *caring*, principe essentiellement lié à la pratique infirmière rappelle l'importance de la communication entre l'infirmière et le patient. Et finalement, l'équité remet en perspective le rôle social de l'infirmière dans les soins de santé. Cette compréhension plus large du rôle de l'infirmière concourt à donner un sens aux interventions infirmières. Tous ces éléments contribuent au codéveloppement des compétences éthiques infirmières encouragé par le GCDP.

Finalement, le déroulement et l'évolution du projet permet de conclure que l'utilisation de l'APSS combinée au GCDP encourage les infirmières à développer un sens éthique dans leur pratique professionnelle.

Le développement du rôle de l'infirmière lors de soins liés à l'AVD

Dans les soins de santé où les progrès technologiques surviennent de façon inattendue, les questionnements face aux nouveaux rôles de l'infirmière sont incontournables. Puisque les situations de soins liées à l'AVD sont récentes au Québec, il importe d'ajuster la pratique infirmière aux besoins de la population. La remise en question des infirmières dans leur pratique liée à l'AVD incite à développer un sens critique envers leur propre rôle d'infirmière. Ainsi, le développement et le raffinement d'un rôle infirmier nouveau s'avère essentiel. Le GCDP encourage le partage entre pairs d'idées, d'expériences et de visions sur le développement d'une pratique commune. Cette construction d'identité générée par le GCDP s'apparente à celle recherchée par une communauté de pratique (C de P).

Une C de P est par définition un groupe d'individus, ayant un intérêt commun, qui interagissent les uns avec les autres pour échanger leurs connaissances sur une pratique commune dans laquelle ils sont impliqués de façon continue (Uys & Middleton, 2011). La C de P s'inscrit également parmi les approches réflexives, quoi qu'elle s'effectue uniquement en groupe comparativement aux approches réflexives qui peuvent être effectuées de façon individuelle. La distinction à faire entre la C de P et le GCDP est que ce dernier comporte une structure rigoureuse guidant les discussions et rendant efficace la recherche de solution, mais qui peut parfois limiter les discussions libres. De plus, il est centré sur les besoins d'un professionnel à la fois. Ceci n'empêche pas d'aborder le rôle des infirmières d'un point de vue plus large. «Les communautés de pratique dans les milieux cliniques peuvent devenir un outil majeur de développement professionnel continu» (Soubhi et al., 2009, p. 12) et permet le développement d'un rôle professionnel (Uys & Middleton).

Pour arriver à définir un nouveau rôle, l'approche réflexive et d'action, soit le GCDP utilisé dans ce projet, a dirigé le groupe vers la définition d'un sens commun à leur pratique. Le rôle d'accompagnement de la clientèle en évaluation ou sous AVD et de leurs proches s'est avéré être un nouveau rôle ayant émergé lors de ces situations de soins. Dans le but de répondre à ce nouveau rôle, les discussions ont mis en lumière certains besoins des infirmières pouvant les soutenir dans la réalisation de ce nouveau rôle. À titre d'exemple, notons les besoins de formations et d'informations facilitant une meilleure compréhension de cette clientèle à divers points de vue (médical, hémodynamique, psychologique, familial) et une compréhension technique de cette technologie plus approfondie.

L'utilisation de l'APSS a également servi de guide dans la clarification et le développement du rôle de l'infirmière dans ce contexte de soins; l'APSS renvoie à l'essence même de la profession, soit la relation infirmière-patient. Le principe du *caring* semble avoir été le principe phare dans la définition de ce rôle. Il a centré les interventions infirmières vers le soin au patient dans le contexte de l'AVD. Il a encouragé la vision globale du patient tout en tenant compte de sa singularité dans ses valeurs et ses motivations personnelles. Ainsi, les infirmières ont soulevé l'importance de bien établir le contact avec leur patient, de le connaître et d'impliquer leurs familles, les aidants naturels, dans la prise de décision liée à l'AVD.

Finalement, dans le développement de ce nouveau rôle, les infirmières ont souligné l'importance de se faire confiance comme professionnelles, de collaborer avec le patient et sa famille et de s'allier avec ses collègues infirmières et des autres professionnels.

Le sentiment d'impuissance lors de situations éthiques

L'impuissance vécue par les infirmières lors de situations de soins nouvelles et complexes mérite une attention particulière. Les discussions ont permis de réaliser que ce sentiment guette les infirmières offrant des soins liés à l'AVD. Les barrières rencontrées dans la pratique infirmière telles que les conflits de valeurs, les barrières institutionnelles et politiques, le manque d'implication dans les discussions liées aux prises de décisions et au manque de consensus dans l'équipe de soins peuvent contribuer au sentiment d'impuissance (Cohen & Erickson, 2006). Ce sentiment vécu par les infirmières est lié aux situations éthiquement préoccupantes en plus d'être lié au sentiment d'être responsable professionnellement et de désirer satisfaire les besoins du patient, de sa famille et des autres professionnels (Karlsson et al., 2010). Les infirmières ont rapporté le besoin de connaître comment leurs collègues infirmières composent avec ce sentiment lors de situations similaires à ce qu'elles vivent (Karlsson et al.).

L'approche mise à l'essai dans ce stage a donné l'occasion aux infirmières de discuter de tels sentiments vécus dans la pratique des infirmières. Elle a également offert de prendre un recul sur certaines situations éthiquement difficiles; ce recul pourra permettre de mieux comprendre les valeurs ou les règles en conflit dans une nouvelle situation. Cette étape initiale de la démarche éthique est essentielle et aura une influence positive sur la conduite professionnelle de l'infirmière. De plus, elle peut permettre une meilleure communication entre professionnels et une meilleure collaboration. Dans certains cas, elle peut même permettre d'éviter ou même, de régler certains conflits.

Le sentiment d'impuissance comporte un risque de désarroi éthique, à différents niveaux selon l'intensité du sentiment d'impuissance. Celui-ci pourrait potentiellement mener à un désengagement moral, voire même une détresse morale (AIIC, 2010). L'AIIC aborde le

phénomène d'impuissance et nous met en garde face au désarroi éthique : « il ne faut pas supprimer le désarroi moral, il faut plutôt le reconnaître et tenter de le résoudre de la meilleure façon possible » (AIIC, 2003, p. 2). Selon cette association professionnelle, le fait d'identifier ce désarroi éthique incite à prendre un recul et à remettre en perspective la situation vécue. Il est fréquent lorsqu'on ressent un sentiment d'impuissance que certaines réponses soient inconsciemment connues, c'est-à-dire que l'on se connaît suffisamment bien comme personne pour comprendre en partie l'origine du malaise vécu entraînant le sentiment d'impuissance. Par contre, sans réponse, l'infirmière ne devrait pas hésiter à utiliser les ressources à sa portée, tels que ses collègues infirmières qui sont un soutien inestimable ainsi que l'équipe de soins incluant les autres professionnels, les médecins, ses supérieurs et des services de soutien aux employés si besoin. La clé réside dans le fait d'en parler. Le simple fait de discuter des sentiments que génèrent de telles situations encourage un processus d'introspection favorable à la recherche de pistes de solutions (Lamarche & Giroux, 2001). De plus, l'équipe de soins devrait avoir confiance et croire qu'il est possible d'améliorer l'environnement et que s'entraider est un très grand pas vers l'avant (AIIC, 2010). En cas de besoin, le CÉC constitue une instance consultative, une ressource accessible à tous les professionnels de la santé permettant de clarifier une situation ambiguë ou de guider l'équipe de soins dans leur prise de décision.

Les organisations de santé ont un rôle crucial à jouer dans la mise en place ou dans la maintien d'espace de parole pour les professionnelles infirmières. Des communautés de pratique tel que le GCDP est un exemple accessible et simple ayant le potentiel de faciliter le dialogue et permettant de briser l'isolement. Le GCDP permet de mettre à profit l'utilisation d'une source d'appui efficace dans ce type de situation : ses collègues infirmières. Différents auteurs encouragent la mise en place de telles stratégies en vue de discuter des préoccupations vécues dans notre pratique et de travailler ensemble à trouver des moyens de résoudre ces conflits (AIIC, 2003, 2010; Cohen & Erickson, 2006; Goethals et al., 2010; Karlsson et al., 2010).

Pertinence du stage

Le GCDP a répondu à un besoin de formation au niveau des préoccupations et questionnements éthiques en lien avec les nouvelles situations de soins liées à l'AVD

rencontrées. Il répond également à un besoin de discussion, de permettre un recul, de partage entre pairs concernant des situations éthiquement difficiles vécues par les infirmières. De surcroît, dans le contexte où la formation continue est requise, l'utilisation de cette approche réflexive et d'action s'insère bien dans le développement de méthodes de formation continue que l'ICM pourrait offrir à ses infirmières.

Évaluation des objectifs de stage

L'élaboration de chacune des phases (préparatoire, d'implantation et d'évaluation) nécessaires à la mise en place d'un GCDP auprès des infirmières en soins aigus dans le contexte de soins choisi a été réalisé. Les différentes activités nécessaires à sa mise en place ont été planifiées. Le GCDP a été implanté auprès de ces professionnels. Cette approche a facilité l'identification des préoccupations éthiques rencontrées par les infirmières auprès de cette clientèle, la réflexion et la proposition de pistes de solutions. Et finalement, l'évaluation de leur appréciation face à leur participation à ce GCDP et face à leur développement de compétences éthiques a été effectuée.

Les objectifs personnels de l'infirmière-stagiaire étaient d'approfondir ses connaissances sur le GCDP et sur l'éthique clinique, ce qui a été réalisé. De plus, elle désirait développer ses habiletés de communication auprès d'infirmières lors de situations complexes de soins incluant une dimension éthique. Les rencontres de GCDP lui ont permis d'atteindre progressivement cet objectif. Et finalement, ce projet lui a donné l'occasion de développer ses compétences éthiques en pratique infirmière avancée.

Limites du projet

Les principales limites de ce projet sont tout d'abord que le nombre de rencontres ne permettait pas à chacun des participants de présenter une préoccupation éthique ce qui peut rendre inconfortable d'autres participants. Ensuite, les horaires de travail et la rémunération sont des éléments contraignants pour la participation de professionnels qui auraient pu participer. Et finalement, le GCDP nécessite une participation volontaire et un désir d'améliorer sa pratique

professionnelle. De plus, il exige un désir d'investir un certain temps dans la réflexion personnelle sur sa propre préoccupation éthique, ce qui peut être un élément contraignant pour certaines infirmières. Il demeure qu'il serait nécessaire de développer d'autres moyens de formation pour les infirmières dont cette approche ne convient pas.

Retombées et recommandations

Les retombées de ce stage pour l'ICM concernent premièrement la compétence professionnelle des infirmières. La démarche réflexive et d'action générée par l'approche GCDP de ce stage a permis d'aborder l'éthique clinique et d'encourager le développement de compétences éthiques. Elle a soutenu les infirmières dans l'identification de préoccupations éthiques, dans la réflexion, l'analyse rationnelle de celle-ci, dans la recherche de pistes de solutions et dans la mise en application de celles-ci. Elle a également permis d'effectuer un retour sur des situations de soins difficiles et offre une occasion de formation continue.

Des retombées bénéfiques ont également été ressenties. En effet, une cohésion entre les membres du groupe s'est formée, celle-ci pouvant contribuer à un renforcement des liens dans l'équipe de soins de l'unité. Le partage de connaissances, d'expertises et d'expériences entre pairs a également contribué au développement de la force de l'équipe et au développement des compétences éthiques. En complément, l'engagement et la mobilisation des infirmières ont été favorisées par le biais de cette approche. Ils ont favorisé la compréhension et le développement d'un nouveau rôle de l'infirmière auprès de cette clientèle. De plus, quelques participants ont manifesté avoir ressenti un effet bénéfique sur leur santé psychologique, ce qui nous porte à croire que des retombées sont également perçues sur la santé des infirmières.

Le volet interdisciplinaire de ce projet a également favorisé le partage d'expertise et la sollicitation des collègues des autres professions lors de situations éthiquement préoccupantes.

Tous ces éléments contribuent à suggérer que le GCDP a possiblement eu un impact positif sur l'amélioration de la qualité des soins et sur la satisfaction de ces professionnelles. Ces éléments sont reconnus comme pouvant contribuer à améliorer la rétention du personnel.

Aussi, ce projet a mis en lumière le besoin de soutien des infirmières dans leur pratique lorsqu'elles rencontrent des situations éthiques. Il importe que les supérieurs des infirmières accordent une importance à ces situations qui peuvent engendrer des répercussions sérieuses tant sur les professionnelles que sur l'organisation. Les supérieurs ont la responsabilité de trouver des moyens d'aborder et de discuter de ce type de situations éthiques et de susciter la réflexion chez les infirmières. Ils se doivent de mettre en place ces moyens à la portée des infirmières. Bien que certaines ressources soient actuellement accessibles pour les infirmières (collègues infirmières et autres professionnels, chef d'unité, CÉC), elles doivent pouvoir y référer et doivent être encouragées à le faire. De plus, les infirmières ont la capacité de développer leurs habiletés et compétences afin de s'outiller à faire face à ce type de situation. Elles doivent donc avoir la possibilité d'utiliser ces moyens.

Le GCDP est une stratégie d'apprentissage active, un moyen efficace, simple et réalisable pour soutenir les infirmières. De plus, il est apprécié par celles-ci. Les répercussions positives que cette approche peut apporter sont nombreuses : le GCDP constitue une stratégie de formation, une façon de contribuer au développement professionnel et personnel des infirmières et un moyen d'intégrer l'éthique dans la pratique infirmière. Il permet d'outiller les infirmières, de les mobiliser et de les rendre plus efficaces dans leur pratique. En plus de faciliter les exercices éthiques, il peut contribuer à développer un rôle particulier, à faire un retour sur des situations marquantes et à aborder des notions théoriques. Il peut également favoriser la communication intraprofessionnelle, renforcer certains liens entre pairs et même donner lieu à des propositions bénéfiques pouvant devenir utiles pour l'environnement de soins. Le GCDP est même transposable à d'autres contextes de soins ou à d'autres groupes de professionnels ou à des groupes diversifiés. Il serait profitable pour l'ICM que cette approche de formation réflexive et d'action soit par la suite transposée dans d'autres situations d'apprentissages par exemple auprès des préceptrices ou même dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Puisqu'il est démontré que ce type d'approche peut avoir un effet bénéfique sur la satisfaction et la rétention du personnel (Payette & Champagne, 2010), sa pertinence d'application pour les infirmières de l'ICM est tout à fait justifiée. Finalement, cette approche constitue un exemple de formation continue centrée sur le développement professionnel.

En définitive, les dernières recommandations entourent les besoins des infirmières et des patients mis en lumière tout au long de ce stage. Les infirmières désirent être davantage informées, désirent une formation plus poussée sur les AV et les AVD. Elles recommandent également de prévoir un espace de discussion pour discuter de ces situations de soins complexes ayant une composante éthique. Et finalement, elles encouragent l'implantation de plans de soins interdisciplinaires, partagés, impliquant le patient et sa famille. Elles recommandent même d'effectuer des rencontres interdisciplinaires en impliquant le patient et un membre de sa famille lors du processus d'information et de prise de décision lié à l'AVD. Les outils proposés en annexe 9 et 10 seront validés ultérieurement afin de prévoir leur application dans la pratique. Ces instruments pourront contribuer à favoriser la communication entre les professionnels, les patients et leurs familles.

Conclusion

En conclusion, la venue de l'AVD dans les soins de santé québécois fait en sorte que les infirmières font face à de nouvelles situations de soins complexes dans lesquelles des préoccupations éthiques sont fréquemment vécues. De plus, cette nouveauté a fait surgir un nouveau rôle d'accompagnement pour les infirmières. Les infirmières ont besoin de soutien dans la clarification des situations de soins éthiquement préoccupantes et dans la construction d'habiletés et de compétences leur permettant d'identifier, de réfléchir et de procéder à une analyse de ces situations. Le projet A-VOS-SOINS a démontré que la mise en place d'un GCDP générerait ce soutien, en plus d'offrir une occasion de s'engager en groupe dans la recherche de pistes de solutions répondant aux besoins des infirmières. Le GCDP est une approche réflexive efficace pour aborder des préoccupations éthiques vécues dans la pratique. Cette approche est un outil facilitant une démarche de clarification de valeurs, d'identification, de réflexion, d'analyse rationnelle et de recherche de solutions. Elle encourage également la mise en place de celles-ci et améliore la pratique infirmière en se servant d'un cadre éthique. La démarche proposée à l'intérieur de ce projet était guidée par l'APSS de Saint-Arnaud (2009) faisant référence à quatre principes éthiques omniprésents dans toutes situations de soins : la bienfaisance, le *caring*, le respect de l'autonomie et l'équité.

En plus de contribuer au développement des compétences éthiques des infirmières, la mise en place du GCDP a permis aux infirmières de mieux comprendre les soins infirmiers liés à l'AVD, de prendre une certaine assurance face à leur nouveau rôle qui en découle, et d'effectuer un retour sur des situations de soins marquantes passées. L'approche a également fait ressortir les besoins des infirmières tels qu'un besoin de formation et d'information face aux AV et un besoin d'obtenir un espace de discussion entre pairs. Le GCDP a encouragé une mobilisation de groupe dans la recherche de solutions. Il a permis aux infirmières d'utiliser leur équipe de soins comme une source de soutien dans leur développement professionnel. Finalement, ce projet a incité les infirmières à apprendre sur elles-mêmes, sur leurs collègues et sur leur profession. Les infirmières ont adopté la formule et se sont dites prêtes à retenter de nouveau cette expérience.

L'approche réflexive et d'action qu'est le GCDP est actuellement peu utilisée auprès des infirmières soignantes. Ce projet démontre l'apport considérable que le GCDP peut apporter et justifie l'importance d'en implanter dans les milieux de soins dans un avenir rapproché.

Références

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2001, Mai-Juin). La futilité: Nombreux défis pour les infirmières, *Déontologie Pratique pour Infirmières et Infirmiers Autorisés*, p. 1-4. Repéré à <http://www.cna-aiic.ca>
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2003, Septembre-Octobre). Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé, *Déontologie Pratique pour Infirmières et Infirmiers Autorisés*, p. 1-8. Repéré à <http://www.cna-aiic.ca>
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2008). Énoncé de position. Pratique déontologique: Le code de déontologie des infirmières et infirmiers. Repéré le 16-01-2012 à <http://www.cna-aiic.ca>
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC). (2010, Janvier-Février). Éthique relations et milieux de pratique de qualité, *Déontologie Pratique pour Infirmières et Infirmiers Autorisés*, p. 1-16. Repéré à <http://www.cna-aiic.ca>
- Association Québécoise de Codéveloppement Professionnel (AQCP). (2012). Actes du Colloque CODEV 2011, tenu les 7-8 avril 2011. Montréal, Québec.
- Bare, B. G., Smeltzer, S., Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Longpré, S., & Cloutier, L. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie*. (4^e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). *Principles of biomedical ethics*. (3rd éd.). New York; Toronto: Oxford University Press.
- Bicking, C. (2011). Empowering nurses to participate in ethical decision-making at the bedside. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(1), 19-24; quiz 25-16. doi: 10.3928/00220124-20100601-03
- Bisal, M. (2008). Nurses with heart. *Nursing BC*, 40(4), 14-18.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (2001). *Nursing ethics : Holistic caring practice*. (2^e éd.). Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.

- Boyd, E. M., & Fales, A. W. (1983). Reflective Learning: Key to Learning From Experience. *Journal of Humanistic Psychology, 23*, 99-117.
- Bramstedt, K. A. (2008). Destination nowhere: A potential dilemma with ventricular assist devices. *ASAIO Journal, 54*(1), 1-2. doi: 10.1097/MAT.0b013e3181614f18
- Cohen, J. S., & Erickson, J. M. (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 10*(6), 775-780. doi: 10.1188/06.CJON.775-780
- Conseil de la santé et du bien-être (2004). *Qu'est-ce que l'éthique? Proposition d'un cadre de référence*. Commissaire à la santé et au bien-être. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.csbe.gouv.qc.ca/>, Section: Publications, rubriques Archives, Conseil de la santé et du bien-être, Publications en rapport avec le Commissaire, Éthique.
- Dai, S., Walsh, P., Wielgosz, A., Gurevich, Y., Bancej, C., & Morrison, H. (2012). Comorbidities and mortality associated with hospitalized heart failure in Canada. *Canadian Journal of Cardiology, 28*(1), 74-79. doi: 10.1016/j.cjca.2011.05.002
- DeWolf Bosek, M. S., & Savage, T. A. (2007). *The ethical component of nursing education : Integrating ethics into clinical experience*. Philadelphia; Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dierckx de Casterle, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 63*(6), 540-549. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x
- Dubois, S. (2011). *Guide de gestion de projet. Guide de la Gestion de Projets. Contenu extrait du cours SOI6177, présenté dans le cadre du cours SOI6415-Séminaire de stage en pratique avancée*. Montreal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Dudzinski, D. M. (2006). Ethics guidelines for destination therapy. *Annals of Thoracic Surgery, 81*(4), 1185-1188. doi: 10.1016/j.athoracsur.2005.11.002

- Duhamel, F., Dupuis, F., & Reidy, M. (2011). Les représentations sociales liées à l'insuffisance cardiaque chez les couples dont un membre est atteint de la maladie. *Recherche En Soins Infirmiers*(106), 59-70.
- Durand, G. (1999). *Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils*. Saint-Laurent, Québec: Fides.
- Goethals, S., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 635-650. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.010
- Grace, P. J. (2009). *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice*. Boston; Toronto: Jones and Bartlett.
- Gropelli, T. M. (2010). Using active simulation to enhance learning of nursing ethics. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(3), 104-105. doi: 10.3928/00220124-20100224-09
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13, 271-280.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2005). *Advanced practice nursing : An integrative approach*. (3^e éd.). St. Louis: Saunders.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). (2009). Analyse en bref, à l'avant-garde de l'information sur le santé. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/CORR_AiB_FR_20091222_rev20100106.pdf
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). (2012). Canadian Organ Replacement Register Annual Report: Treatment of End-Stage Organ Failure in Canada, 2001 to 2010. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/2011_CORR_Annua_Report_EN.pdf
- Institut de Cardiologie de Montréal (ICM). (2010). Rapport annuel 2009-2010 Repéré le 02-10-2011 à http://www.icm-mhi.org/files//pdf/Rapports_annuels/ICM_RapportAnnuel_2009_10.pdf

- Institut de Cardiologie de Montréal (ICM). (2012). Statistiques du programme de transplantation, d'assistances ventriculaires et de coeurs mécaniques de l'ICM.
- Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: A Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing, 16*(5), 224-231.
- Lamarche, C., & Giroux, A. (2001). Un espace de réflexion au coeur de l'action. *Interaction - Revue semestrielle en psychologie des relations humaines de l'Université de Sherbrooke, 5*(2), 111-129.
- Lewis, E. F. (2011). End of life care in advanced heart failure. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine, 13*(1), 79-89. doi: 10.1007/s11936-010-0100-y
- Lietz, K. (2010). Destination therapy: Patient selection and current outcomes. *Journal of Cardiac Surgery, 25*(4), 462-471. doi: 10.1111/j.1540-8191.2010.01050.x
- Long, J. W., Healy, A. H., Rasmusson, B. Y., Cowley, C. G., Nelson, K. E., Kfoury, A. G., . . . Renlund, D. G. (2008). Improving outcomes with long-term "destination" therapy using left ventricular assist devices. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 135*(6), 1353-1360; discussion 1360-1351. doi: 10.1016/j.jtcvs.2006.09.124
- McKelvie, R. S., Moe, G. W., Cheung, A., Costigan, J., Ducharme, A., Estrella-Holder, E., . . . Ross, H. J. (2011). The 2011 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: Focus on sleep apnea, renal dysfunction, mechanical circulatory support, and palliative care. *Canadian Journal of Cardiology, 27*(3), 319-338. doi: 10.1016/j.cjca.2011.03.011
- Mueller, P. S., Swetz, K. M., Freeman, M. R., Carter, K. A., Crowley, M. E., Severson, C. J., . . . Sulmasy, D. P. (2010). Ethical analysis of withdrawing ventricular assist device support. *Mayo Clinic Proceedings, 85*(9), 791-797. doi: 10.4065/mcp.2010.0113

- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ). (2012). Code de déontologie des infirmières du Québec, Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8, a. 3). Repéré le 01-06-2012 à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM
- Overgaard, D., Grufstedt Kjeldgaard, H., & Egerod, I. (2011). Life in Transition: A Qualitative Study of the Illness Experience and Vocational Adjustment of Patients With Left Ventricular Assist Device. *Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1097/JCN.0b013e318227f119
- Payette, A., & Champagne, C. (2010). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Petit, É. (2012). *Conférence midi-éthique*. Institut de Cardiologie de Montréal. Document inédit.
- Reid, B. (1993). "But we're doing it already!" Exploring a response to the concept of Reflective Practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13, 305-309.
- Réseau Canadien d'Insuffisance Cardiaque. (1999-2012). Repéré le 12-06-2012 à <http://www.chfn.ca/clinic-resource-manual/rationale-for-hf-clinics>
- Rizzieri, A. G., Verheijde, J. L., Rady, M. Y., & McGregor, J. L. (2008). Ethical challenges with the left ventricular assist device as a destination therapy. *Philos Ethics Humanit Med*, 3, 20. doi: 10.1186/1747-5341-3-20
- Rogers, J. G., Aaronson, K. D., Boyle, A. J., Russell, S. D., Milano, C. A., Pagani, F. D., ... HeartMate, I. I. I. (2010). Continuous flow left ventricular assist device improves functional capacity and quality of life of advanced heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(17), 1826-1834. doi: 10.1016/j.jacc.2009.12.052
- Réseau Québécois en Cardiologie Tertiaire (RQCT). (2003). *État de la situation sur l'utilisation des dispositifs d'assistance ventriculaire gauche (DAVG). Rapport adopté par le comité directeur le 15 septembre 2003*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

- Réseau Québécois en Cardiologie Tertiaire (RQCT). (2010). *Utilisation des dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV). Rapport du groupe de travail du Réseau Québécois de Cardiologie Tertiaire*. Québec, Québec. : Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Saint-Arnaud, J. (2007). La démarche réflexive et interdisciplinaire en éthique de la santé : Un outil d'intégration des savoirs et des pratiques. *Éthique & Santé*, 4(4), 200-206. doi: 10.1016/s1765-4629(07)79750-7
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé : Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner : How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Soubhi, H., Lebel, P., Lefebvre, H., Poissant, L., Bouchard, J., Rioux, S., & Bouchard, L. (2009). Rapport final: Phase 1 du projet ECIP (Éducation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient). Montréal: Université de Montréal et ses collaborateurs.
- Starling, R. C. (2010). Improved quantity and quality of life: A winning combination to treat advanced heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(17), 1835-1836. doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.010
- Statistique Canada. (2009). Repéré le 15-01-2012 à <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1020529>.
- Swetz, K. M., Freeman, M. R., AbouEzzeddine, O. F., Carter, K. A., Boilson, B. A., Ottenberg, A. L., . . . Mueller, P. S. (2011). Palliative medicine consultation for preparedness planning in patients receiving left ventricular assist devices as destination therapy. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(6), 493-500. doi: 10.4065/mcp.2010.0747
- Tettelbach, C. A. (2010). Practice against our beliefs. *Journal of Christian Nursing*, 27(2), 106-109.

- Truchon, S. (1999). Apprivoiser le langage de l'éthique et de la déontologie, plus simple qu'il n'y paraît. *Le Journal, Janvier/Février*, 6(3), 1.
- Truchon, S. (2007). Chronique Déonto-Valeurs personnelles et professionnelles: Regard déontologique. *Le Journal, Mai/Juin*, 4 (5), 1.
- Truchon, S. (2010). Chronique Déonto- Intégrité et confiance : Un tandem gagnant. *Le Journal, Janvier/Février*, 7(1), 1.
- Uys, L. R., & Middleton, L. (2011). Internationalising university schools of nursing in South Africa through a Community of Practice. *International Nursing Review*, 58(1), 115-122. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00854.x
- Vogel Smith, K. (1996). Ethical Decision-Making by Staff Nurses. *Nursing Ethics*, 3(1), 17-25. doi: 10.1177/096973309600300104
- Wilson, S. R., Givertz, M. M., Stewart, G. C., & Mudge, G. H., Jr. (2009). Ventricular assist devices the challenges of outpatient management. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(18), 1647-1659. doi: 10.1016/j.jacc.2009.06.035
- Wocial, L. D., Hancock, M., Bledsoe, P. D., Chamness, A. R., & Helft, P. R. (2010). An evaluation of unit-based ethics conversations. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*, 12(2), 48-54; quiz 55-46. doi: 10.1097/NHL.0b013e3181de18a2
- Wray, J., Hallas, C. N., & Banner, N. R. (2007). Quality of life and psychological well-being during and after left ventricular assist device support. *Clinical Transplantation*, 21(5), 622-627. doi: 10.1111/j.1399-0012.2007.00698.x

Annexe 1

Annexe 1 : Grille d'analyse de cas en éthique de Durand et Crowe

(Durand, 1999, p. 444).

1. Faits	-Faits cliniques	-Maladie actuelle, maladies concomittantes -Fonctions mentales supérieures -Diagnostic et pronostic
	-Faits psychosociaux	-Histoire sociale -Dynamique familiale -Volonté du patient -Réaction du patient et de la famille face à la situation
	-Réactions de l'équipe de soins	
	-Identification de la question	
2. Option spontanée	-Prise de conscience personnelle - pas nécessaire d'aborder en groupe	
3. Identification des valeurs	-Valeurs du patient	-Morales -Religieuses ou de sa culture religieuse
	-Valeurs de la famille ou de son groupe d'appartenance	
	-Valeurs des intervenants	-Personnelles (morales, religieuses) -Professionnelles
4. Identification du problème ou dilemme moral	-Dégager les valeurs en jeu -Identifier les valeurs qui viennent en conflit créant ainsi des dilemmes éthiques	
5. Alternatives	-Énumération de toutes les options possibles en évoquant les aspects normatifs et légaux s'y rapportant (incluant les solutions par étapes) -Conséquences probables de chacune -Valeurs qui sous-tendent chaque option -Argumentation sur la priorité éventuelle à établir	
6. Retour sur son option spontanée	-Prise de conscience personnelle - pas nécessaire d'aborder en groupe	
7. Décision (avis)	-Recommandations -Justification	

Annexe 2

Annexe 2 : Dix étapes du processus décisionnel selon le modèle de Saint-Arnaud

(Saint-Arnaud, 2009, p. 303).

1. Identifier le problème	Décrire la situation problématique
2. Identifier les faits pertinents	Recueillir l'information sur les faits et identifier les faits qui sont pertinents au regard de la problématique éthique en cause
3. Identifier les personnes, les rôles et les valeurs	Identifier les personnes, les groupes et les organismes impliqués, leurs rôles, leurs buts, leurs valeurs au regard des interventions concernées
4. Identifier les options possibles	Identifier les différentes options possibles en termes de soins ou d'interventions
5. Déterminer les normes et les contraintes	Déterminer les normes et les contraintes légales, sociales, déontologiques institutionnelles et gouvernementales qui entrent en ligne de compte
6. Identifier les repères éthiques	Repérer les cadres de référence, les lignes directrices, les études de cas, les principes et les théories éthiques qui peuvent fournir des outils pour résoudre le problème éthique en cause
7. Procéder à l'analyse	Procéder à l'analyse du problème en établissant des liens entre les faits pertinents et les repères éthiques appropriés
8. Présenter et discuter les options proposées	Proposer une ou plusieurs options éthiquement acceptables et en discuter avec les personnes concernées dans le but d'arriver à un consensus sur une option à privilégier
9. Choisir une option	Choisir une option et la mettre en application
10. Évaluer l'intervention	Évaluer l'intervention et rédiger un rapport

Annexe 3

Annexe 4

Annexe 4. Formation sur l'animation des GCDP
(Document de formation de CFC Dolmen. Inc)

Lieu :

Université de Montréal

Durée :

2 jours

Formation offerte par :

Groupe CFC-Dolmen Inc. (CFC Management et Ressources Humaines).

But :

Développer ses capacités à initier et guider des groupes de codéveloppement dans leur démarche d'apprentissage et de résolution de problèmes ou de réalisation de projet.

Objectifs :

- Présenter les avantages et les conditions de succès du codéveloppement et de l'apprentissage dans l'action.
- Maîtriser les six étapes de la démarche d'animation de groupe de codéveloppement de Payette et Champagne.
- Identifier et réfléchir à son propre cadre de référence.

Contenu :

- Approche et méthodologie du codéveloppement
 - Objectifs, démarche du GCDP et règles de fonctionnement d'un groupe
 - Avantages et conditions de succès
- Rôles et compétences du consultant et de l'animateur
 - Rôles et astuces de l'animation
 - Préparation du client
- Rôles et astuces de l'animation
 - Rôle du « client » et des « consultants »
 - Les questions puissantes
- Démonstrations et expérimentations d'animation
 - Les outils utiles au GCDP
- Le codéveloppement dans mon organisation
 - Dimension stratégique et promotion de l'activité
 - Conditions d'implantation

Annexe 5 : Contenu de la fiche du participant
Section A : Liste du contenu de la fiche

Contenu de la fiche du participant du projet A-VOS-SOINS
virginie.harris@umontreal.ca

- Rappel de l'horaire :
 - Rencontre préparatoire : 19 mars de 16h à 18h, au C-1030,
 - Rencontre no 1: 2 avril de 16h à 18h, au C-1444,
 - Rencontre no 2 : 16 avril de 16h à 18h, au C-1444,
 - Rencontre no 3 : le 30 avril de 16h à 18h, au C-1444,
 - Rencontre no 4 : le 14 mai de 16h à 18h, au C-1020.

- Pochette côté gauche :
 - Présentation « *Powerpoint* » de la rencontre préparatoire
 - Entente de confidentialité
 - Objectif des infirmières
 - Documents de lecture personnelle :
 - Énoncé de position de l'AIIC- thème : déontologie et valeurs professionnelle*
 - Chroniques de l'OIIQ – thème : éthique et pratique infirmière**

- Pochette côté droit :
 - Un exemple de fiche de préparation du « client »
 - Un exemple d'outil du « consultant »
 - Fiche de préparation du « client » vierge
 - 4 outils du « consultant » vierge
 - Formulaire d'évaluation de l'activité de formation

*Énoncé de position de l'AIIC (repéré à <http://www.cna-aiic.ca>)

AIIC. (2008). Énoncé de position. Pratique déontologique: le code de déontologie des infirmières et infirmiers.

**Chroniques de l'OIIQ (repéré à www.oiiq.org) :

Truchon, S. (1999). Apprivoiser le langage de l'éthique et de la déontologie, plus simple qu'il n'y paraît. *Le Journal, Janvier/Février, 6(3)*, 1.

Truchon, S. (2007). Chronique Déonto-Valeurs personnelles et professionnelles: Regard déontologique. *Le Journal, Mai/Juin, 4 (5)*, 1.

Truchon, S. (2010). Chronique Déonto- Intégrité et confiance : Un tandem gagnant. *Le Journal, Janvier/Février, 7(1)*, 1.

Annexe 5 : Contenu de la fiche du participant
Section B : Entente de confidentialité

Université 
de Montréal



ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ
PROJET SUR LE GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL (GCDP)

DISCUSSIONS SUR LES QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES RENCONTRÉS DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE LORS DE SOINS
AUX PATIENTS SOUS ASSISTANCE VENTRICULAIRE DÉFINITIVE.

La présente confirme que :

- Je comprends que l'objectif principal de ce GCDP est d'améliorer mes compétences infirmières et de perfectionner ma pratique professionnelle.
- Je m'engage à m'impliquer dans les discussions en fonction de mes connaissances et de mes expériences. Je réalise que ma participation active aura un impact sur mes apprentissages et ceux de mes collègues.
- Je m'engage à faire preuve à tout moment d'ouverture, d'écoute, de respect envers mes collègues.
- Je m'engage également à préserver la confidentialité des informations discutées dans les rencontres de GCDP.
- J'accepte que les résultats généraux de ce projet soient présentés de façon anonyme. Certains éléments de discussion des GCDP pourraient servir à des fins de diffusion telles que :
 - Rédaction de rapport de stage et d'articles scientifiques cliniques
 - Activités de formation éventuelles
- Le contenu des discussions est confidentiel et aucun nom ne sera divulgué.

Signé par : _____ .Nom en lettres moulées : _____
Le : _____ , à l'Institut de Cardiologie de Montréal.

Témoin à la signature: _____

Virginie Harris, inf., B. Sc. Inf., ICM.
Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal.

Annexe 5 : Contenu de la fiche du participant
Section C : Fiche de préparation du client au GCDP
(Groupe CFC-Dolmen Inc.)

Fiche de préparation du client

Titre	
Manchette	
Éléments essentiels	
Résultat souhaité	
Consultation désirée	

Préparation du sujet de consultation

Le choix du sujet

Voici une démarche qui peut vous aider à cibler un sujet de consultation et à identifier les éléments les plus pertinents à la consultation :

1. Faites une liste des sujets pour lesquels vous aimeriez recevoir de l'aide;
2. Mettez-la de côté et revenez-y afin de la retravailler jusqu'à ce qu'elle vous satisfasse;
3. Identifiez les sujets prioritaires de la liste en vous basant sur des critères tels l'urgence, l'importance, l'impact ou autres;
4. Une fois le sujet choisi, faites un premier jet de préparation en identifiant les éléments clés, les acteurs, les impacts sur vous, sur les autres, etc.
5. Laissez le tout de côté, un processus de réflexion s'enclenchera et viendra préciser la question centrale de cette période de préparation : « qu'est-ce que je veux exactement comme client? »;
6. À quelques heures de la rencontre, un dernier épisode de réflexion intense permettra une mise au point de ses propres attentes et la rédaction finale de la fiche de préparation.

La préparation du sujet

Voici la présentation suggérée. Vous devez synthétiser l'information de façon à ne remplir qu'une seule page. N'oubliez pas qu'il doit s'agir d'une situation réelle dont vous êtes l'acteur principal.

1. Choisissez un **TITRE** éloquent, où l'humour peut avoir sa place. En quelques mots frappants, le titre exprime tout le sujet.
2. Écrivez une **MANCHETTE** : en quatre/cinq lignes, résumez l'essentiel du sujet présenté. Ici aussi, la synthèse est à l'œuvre.
3. Notez les **ÉLÉMENTS ESSENTIELS** : historique, le décor, les acteurs, les enjeux, ce qui a déjà été essayé, vos peurs, vos attentes (espoirs), vos sentiments, les effets que cette situation a sur vous et d'autres, votre stratégie, les valeurs impliquées...

Allez à l'essentiel, pas de détails inutiles ou superflus. Exprimez-vous librement afin d'offrir l'information la plus pertinente aux consultants.

4. Indiquez le **RÉSULTAT SOUHAITÉ** : qu'est-ce que vous souhaitez obtenir de cette consultation? Quel est votre besoin? Quelles sont vos attentes à l'égard de l'évolution de ce sujet de consultation?
5. Précisez la **SORTE DE CONSULTATION** désirée. Si vous avez une idée de la sorte de méthode de travail que vous voudriez que les consultants utilisent, la spécifier ici. Quelques exemples :
 - J'aimerais penser à haute voix devant vous et que vous vous limitiez à des questions de compréhension, pas de jugements, pas de suggestions.
 - J'aimerais que vous m'aidiez à bien comprendre les enjeux (financiers, politiques, affectifs...) de cette situation.
 - Remue-méninges. J'aimerais que vous me fournissiez le plus de solutions possibles, même les plus folles, sans censure.
 - J'aimerais que vous m'aidiez à comprendre le rôle que je joue de fait dans cette situation. Selon vous, quels sont et quels peuvent être les impacts de mes comportements?

Afin que la consultation soit efficace, il faut donner à vos consultants toute l'information disponible, connue de vous jusqu'à aujourd'hui, de telle sorte qu'ils ne perdent pas de temps à l'étape 2 à vous faire dire ce que vous auriez pu dire par vous-même, par exemple les essais que vous avez faits pour changer la situation. Pour orienter les efforts du client dans ce sens, on dit : *visez à ce que les consultants n'aient pas de questions factuelles à poser à l'étape 2*. Les consultants auront des questions, c'est inévitable puisqu'ils ont un regard différent, mais leurs questions porteront sur des aspects auxquels vous n'avez pas encore pensé. C'est cela l'objectif de la consultation : vous apporter de nouvelles informations pour comprendre, ressentir et agir dans/sur votre situation. La principale qualité du sujet de consultation est la qualité de la synthèse : complète mais brève, toute l'information nécessaire, pas de détail inutile. C'est là un exercice très utile dans de multiples circonstances.

Voici quelques questions supplémentaires afin de vous assurer d'une bonne préparation :

- S'agit-il d'un problème, d'un projet ou d'une préoccupation plus globale?
- Où se situe ce sujet dans ma liste de priorités?
- Ai-je fourni toute l'information connue sur le sujet, sur mon contexte organisationnel et sur moi par rapport à ce sujet?
- Ai-je fait le tour des dimensions « penser, ressentir, agir »? Par exemple : sentiments-émotions impliqués; valeurs et intérêts en jeu; ma motivation à agir (faible, moyenne, forte); mes peurs; mes fantaisies; laquelle de mes compétences ou de mes incompétences est sollicitée?
- Actions essayées, degré de succès, hypothèses d'action envisagées?
- À quel degré suis-je la cause du problème? quel est mon degré de contrôle sur cette situation?
- Sur quelle cible les consultants devraient-ils travailler : moi, le sujet présenté, le contexte organisationnel?

N'oubliez pas une copie pour chaque participant. Vous pourrez ramasser ces copies une fois la consultation terminée de telle sorte que ce texte ne sera pas égaré quelque part.

Annexe 5 : Contenu de la fiche du participant
Section D : Outil du consultant en GCDP
 (Groupe CFC-Dolmen Inc.)

***Outil du consultant
 en groupe de codéveloppement⁶***

Nom du client :

Date :

Titre de la
 consultation :

1. Présentation de la problématique par le client (5–10 min)

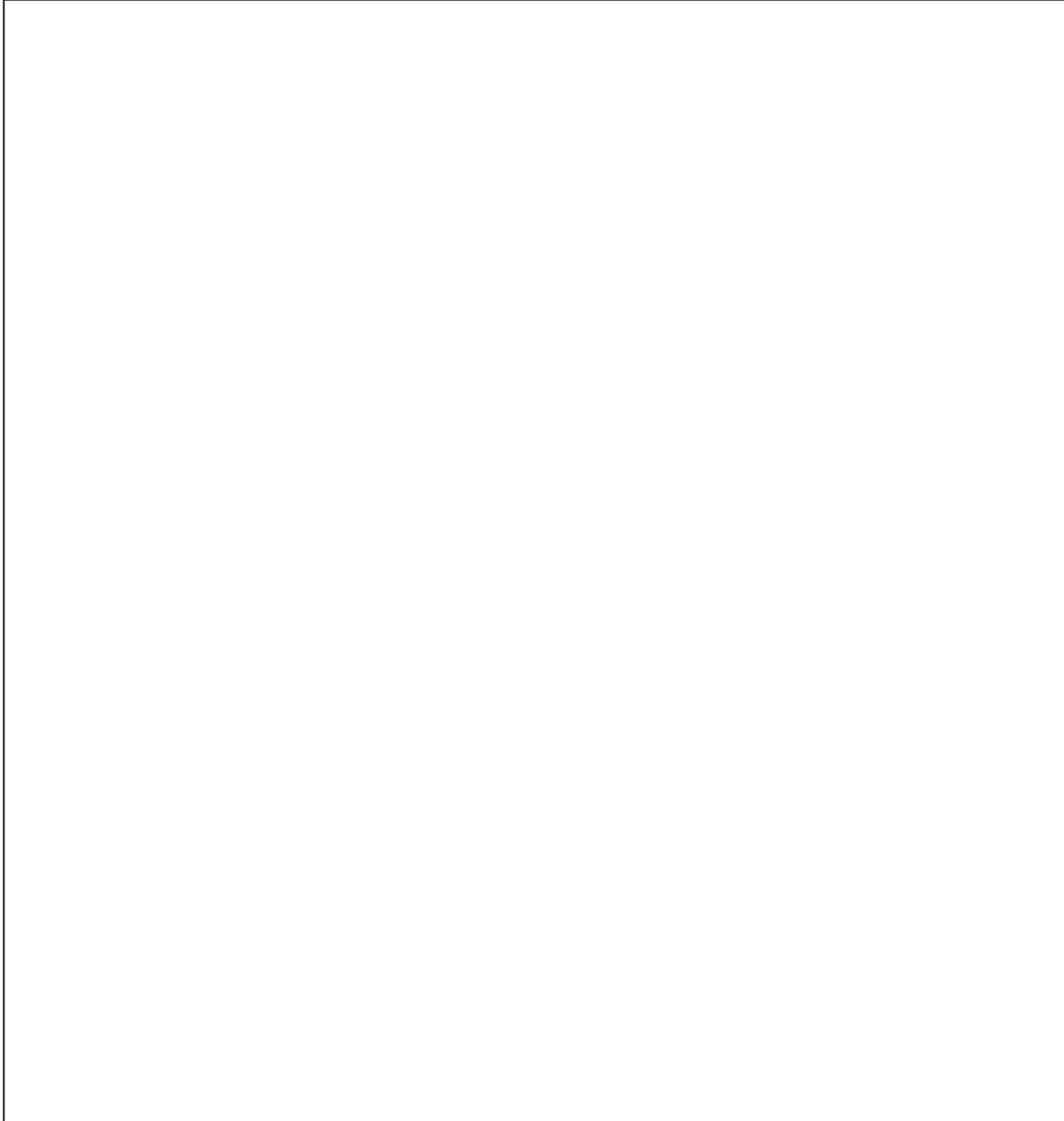
(Préciser les éléments clés, les sentiments, les résultats souhaités de la consultation)

1. Le groupe de codéveloppement est un groupe de personnes qui s'entraident dans leur autodéveloppement respectif

2. Clarification de la problématique ou de la situation⁷ (15 min)

But : comprendre la problématique, l'environnement et ce que vit la personne qui présente la problématique.

Des questions ouvertes, respect du rythme, éviter les solutions.



2. Nos questionnements traduisent nos croyances.

Groupe Conseil CFC ----- Janvier 2010

Mdmo_ca_fo-cod_1001

3. Contrat de consultation⁸ (5 min)

4. Réactions, commentaires et suggestions (15 min)

*(Proposer sans imposer; oser dire sa perception et des choses importantes;
ne pas chercher des solutions uniques. Le client note et clarifie au besoin sans discussions)*

3. Le meilleur expert de la situation, c'est le client.

5. Synthèse et pistes retenues par le gestionnaire-client (5 min)



6. Apprentissages réalisés (10 min)



Annexe 5 : Contenu de la fiche du participant
Section E : Questionnaire d'évaluation des participants

ÉVALUATION DES GCDP SUR LES QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES DANS UN CONTEXTE DE SOINS LIÉ AUX AVD

*Cocher le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion selon l'échelle d'évaluation suivante : 1: Excellent 2: Bien 3: à améliorer * préciser ci-dessous N/A : non applicable*

ÉNONCÉS	1	2	3*	N/A
CONTENU ET MÉTHODOLOGIE				
1. Le temps alloué pour la rencontre préparatoire était suffisant				
2. Le temps alloué aux invités –collaborateurs était suffisant				
3. Le temps alloué à la présentation des GCDP-cas exemple était suffisant				
4. Le temps alloué pour chacune des rencontres de GCDP était suffisant				
5. Le contenu abordé dans les rencontres de GCDP m'a permis d'approfondir mes réflexions sur les questionnements éthiques vécus dans ma pratique auprès de cette clientèle				
6. Le contenu abordé dans les rencontres de GCDP m'a permis d'approfondir ma capacité d'action lors de situations éthiques chez cette clientèle				
7. La formule des GCDP utilisée a favorisé mon apprentissage				
8. La documentation fournie était utile				
TUTEUR				
9. L'animateur a stimulé mes réflexions sur l'éthique dans ma pratique				
10. L'animateur a donné le support et l'encadrement nécessaires				
APPRENTISSAGE				
11. Les discussions avec mes collègues du GCDP ont contribué à mon cheminement				
12. J'ai l'impression d'avoir développé mes compétences sur l'éthique clinique dans ma pratique en général				
13. Cette formation m'a permis d'intégrer des apprentissages au sujet de l'éthique dans ma pratique				
14. Cette formation m'a permis de me sentir plus à l'aise à accompagner les patients sous AVD et leurs proches				
PERTINENCE				
15. J'aimerais participer à une autre formation de ce genre (GCDP)				
* PRÉCISIONS POUR LES RÉPONSES COTÉES 3 (SPÉCIFIEZ LES NUMÉRO DE QUESTIONS)				
-Q4 : 15-30 minutes supplémentaire aurait été intéressant pour discussion libre				

Pour les questions suivantes, SVP, encerclez la ou les réponses qui vous conviennent :

1. Avant ce GCDP, aviez-vous déjà informellement discuté d'éthique avec vos collègues?
Oui / Non.

2. Avant ce GCDP, avez-vous déjà participé à des activités de formation portant sur l'éthique?

Oui / Non.

-> Si oui, quels types d'activités : conférence – «café-éthique» - «journal club» - formation magistrale - formation en groupe de discussion- formation online- vidéos- Autres _____

3. Si vous avez répondu oui à la question 2, est-ce que le GCDP vous a apporté quelque chose de plus que les autres formations?

Oui / Non.

->Si oui, SVP, développer : _____

Pour les questions suivantes, SVP, développer :

Qu'est-ce que vous suggèreriez pour l'animation d'un futur groupe de codéveloppement professionnel?

4. Quels sont les points forts de cette formation ?

5. Quels sont les points à améliorer?

6. Commentaires supplémentaires?

Merci de votre collaboration!

Annexe 6

Annexe 6 : Autorisation d'utilisation d'outils

Échange de courriels Février 2012.

Bonjour Virginie

Je t'autorise à utiliser les outils qui vous ont été présentés lors de la formation à l'animation de groupes de codéveloppement en autant que tu mentionnes la source.

Bonne chance dans ton projet.

Michel

Michel Desjardins, M.Ps., M.Ed.

Conseiller partenaire CFC-Dolmen

Coach certifié en développement intégral

Animation de groupe de codéveloppement

Conseil stratégique en gestion

Objet : Demande d'autorisation d'utilisation de documents à l'att de M. Desjardins

Bonjour M. Desjardins,

J'espère que vous allez bien!

Je vous écris concernant mon projet de maîtrise.

Comme nous avons discuté lors de la formation en janvier, j'aimerais utiliser des documents que vous nous avez présentés. Vous m'aviez dit que je pouvais les utiliser tant que je précisais la référence (bien entendu).

Comme je déposerai un rapport de stage, les procédures justifient que j'ai besoin d'une entente écrite de votre part confirmant l'autorisation d'utiliser ces documents. Pourriez-vous m'envoyer un courriel à cet effet svp.

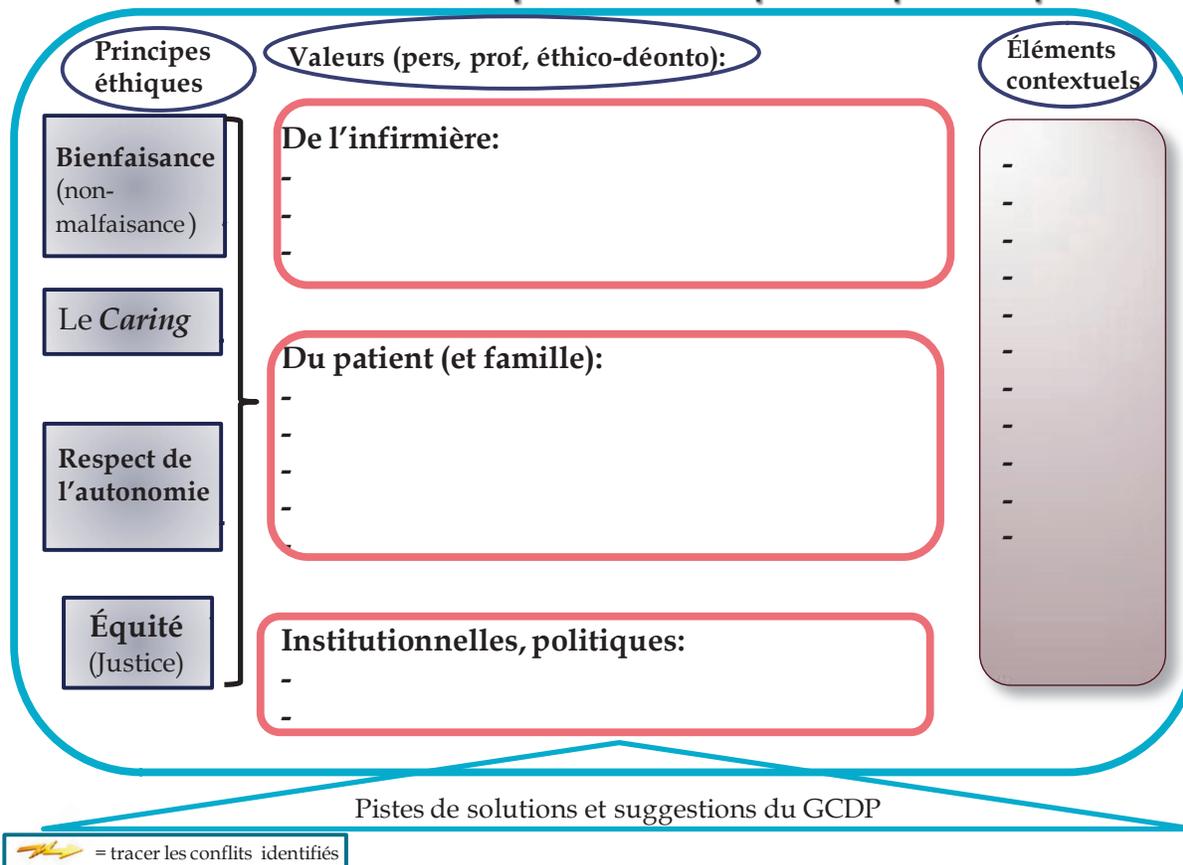
Les documents que j'aimerais utiliser sont la fiche de préparation au GCDP et l'outil du consultant.

Merci beaucoup,
Virginie Harris

Annexe 7

Annexe 7 : Outil de travail regroupant les éléments éthiques discutés
basé sur l'APSS de Saint-Arnaud (2009)

Schéma des éléments éthiques discutés pour la préoccupation X



Annexe 8

Annexe 8 : Plans des rencontres

3

Rencontre préparatoire- Plan de présentation

- Présentation de chacun
- Présentation du projet
- Qu'est-ce que le GCDP?
- L'éthique, est-ce compliqué?
- Survol des documents:
 - Signature de l'entente de confidentialité
 - Objectifs personnels
- Exemple de GCDP

Rencontre de GCDP 1 Plan de présentation

- Introduction de notre invité:
 - Intervenant en soins spirituels
- Retour sur la dernière rencontre
- GCDP no 1
- Discussion libre avec l'invité



RENCONTRE de GCDP no 2.

□ □ □

- Retour sur la dernière rencontre
- Capsule GCDP
- GCDP no 2

Plan de présentation

□ □ □

Rencontre de GCDP no 3



Plan de présentation

- Retour sur la dernière rencontre
- Capsule GCDP et questions puissantes
- GCDP no 3



Rencontre GCDP no 4

Plan de présentation

- ❑ Retour sur la dernière rencontre
- ❑ GCDP no 4
- ❑ Invitée: IPSC, CSSFER
- ❑ Résumé du projet:
 - Éléments éthiques discutés et GCDP
- ❑ Évaluation



Annexe 9

Annexe 9 : Projet de plan de soins commun pour le suivi des patients sous AVD

Plan de soins interdisciplinaire

Initié par l'infirmière de l'équipe du programme de transplantation, CM et AV.
Conserver une copie dans le dossier parallèle.

Patient : _____ Chambre : _____ No dossier : _____
Date de début de l'évaluation pour installation d'une AVD : _____
Date prévue d'implantation : _____

Informations au sujet du patient et de ses motivations face à l'AVD :

Personnes significatives: _____

Génogramme / écocarte : (syp. utiliser le verso)

Convictions et valeurs le représentant : _____

Ses motivations : _____

Ses objectifs de soins : _____

Ses intérêts et volontés : _____

Sa définition de sa qualité de vie : _____

Mandat en cas d'inaptitude ? non: oui : Personne mandatée : _____

Plan de soins à court et à long terme (Élaboré en présence du médecin):

Souhaits du patient advenant l'imminence :

Complications : _____

Problème avec l'AVD, une fois implanté : _____

Fin de vie et désactivation de l'appareil : _____

Circonstances de la désactivation éventuelle de l'appareil : _____

Autres particularités : _____
(référer à la feuille des niveaux de soins pour concordance)

Date de l'évaluation	Infirmières et autres professionnels	Médecins :
Date de réévaluation	Infirmières et autres professionnels:	Médecins :

Annexe 10

Annexe 10 : Projet de liste de points à aborder lors de soins liés à l'AVD

Exemple de liste de points à aborder par l'infirmière et le médecin de l'équipe du programme de transplantation, AV et CM lors des discussions relatives à la possibilité d'implanter une assistance ventriculaire définitive (AVD) :

Patient : _____ Chambre : _____
 No dossier : _____ NAM : _____
 Membres de la famille présents : _____

Points à aborder lors de l'enseignement pré-AVD	À revoir	Fait
<i>Remise et revue du cahier sur l'AVD à l'intention du patient</i>		
<i>Évaluer le soutien familial. Personnes significatives : (noter leurs coordonnées sur le plan de soins interdisciplinaire)</i>		
<i>Évaluer capacités cognitives (évaluation interdisciplinaire)</i>		
<i>Évaluer capacités physiques (évaluation interdisciplinaire)</i>		
<i>Discuter de l'environnement physique où vit le patient</i>		
<i>Motivations du patient face à l'éventualité d'une AVD</i>		
<i>Motivations des personnes significatives</i>		
<i>Implications pour le patient, les personnes significatives et la famille (implication de la personne significative, formation pour la famille, surveillances particulières, etc)</i>		
<i>Discuter du plan de soins à court, moyen et long terme Détailler les préférences, désirs et volontés du patient. (référer au plan de soins interdisciplinaire)</i>		
<i>Discuter du suivi à l'ICM (Suivi, RV à l'ICM, examens, prises de sang, etc)</i>		
<i>Rencontre avec un autre patient porteur d'une AVD- si désiré et approprié</i>		
<i>Aviser l'équipe de perfusion pour poursuivre l'enseignement</i>		
<i>Autres : _____</i>		

(Ceci constitue une liste de points à aborder. Veuillez noter les détails dans le plan de soins interdisciplinaire)

<i>Date :</i>	
<i>Professionnel :</i>	
<i>Membres de la famille présents :</i>	