

ÉDITION 2017

CODE DE déontologie

DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS AUTORISÉS



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA ®

cna-aiic.ca/ethique-infirmiere

L'AiIC est la voix professionnelle nationale de plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens du Canada. L'AiIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, distribuée, transmise, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre), sans l'autorisation écrite de l'éditeur, sauf dans le cas d'une utilisation non commerciale. Consultez <https://www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation> pour connaître toutes les conditions et modalités liées à la reproduction, ainsi que pour obtenir l'autorisation et les exigences pour citer cette source.

© Droits d'auteur 2017

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2
CANADA
Téléphone : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télécopieur : 613-237-3520
Site Web : **www.cna-aiic.ca**

® L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le motif en forme de flammes de l'AiIC sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

ISBN 978-1-55119-442-4

Faits saillants de 2017

Cette édition du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés* renferme du contenu nouveau et à jour qui fait état des besoins de la pratique contemporaine des infirmières et infirmiers autorisés et du personnel infirmier autorisé à exercer des rôles élargis, comme les infirmières et infirmiers praticiens. Parmi ces faits saillants, notons :

- du nouveau contenu abordant l'aide médicale à mourir;
- une terminologie et des définitions à jour, comme :
 - planification préalable des soins,
 - équité,
 - soins de santé primaires,
 - moyen de pression au travail,
 - aide médicale à mourir,
 - harcèlement en milieu de travail
- des modèles éthiques à jour, y compris celui d'Oberle et Raffin Bouchal;
- du nouveau contenu sur la défense de milieux de pratique de qualité qui appuient la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compassion et compétence;
- des références à jour.

Historique du Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

1954

L'AiIC adopte comme premier code de déontologie celui du Conseil international des infirmières (CII).

1980

L'AiIC adopte son propre code, qui s'intitule *Code de déontologie de l'AiIC : Les fondements d'une éthique professionnelle pour le service infirmier au Canada*.

1985

L'AiIC adopte un nouveau code, intitulé *Code de déontologie de la profession infirmière*.

1991

Le *Code de déontologie de la profession infirmière* est révisé.

1997

Le *Code de déontologie des infirmières autorisées* est adopté comme nouveau code de l'AiIC.

2002

Le *Code de déontologie des infirmières autorisées* est révisé (nouveau titre français : *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*).

2008

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* est révisé.

2017

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* est révisé.

Ressources sur l'éthique de l'AiIC – veuillez consulter cna-aiic.ca/ethique-infirmiere

Table des matières

Remerciements	1
But du <i>Code</i>	2
Fondement du <i>Code</i>	4
Utilisation du <i>Code</i> dans la pratique infirmière	5
Expériences et situations en matière d'éthique	7
Partie I : Valeurs infirmières et responsabilités déontologiques	10
A. Fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion	10
B. Promouvoir la santé et le bien-être	13
C. Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées	14
D. Honorer la dignité	15
E. Respecter la vie privée et protéger la confidentialité	17
F. Promouvoir la justice	19
G. Accepter l'obligation de rendre compte	20
Partie II : Efforts éthiques liés aux grandes questions sociales	22
Glossaire	24
Annexe A : Modèles éthiques	33
Un modèle éthique pour la réflexion : des questions à se poser	33
Autres modèles et guides sur la réflexion et la prise de décisions éthiques : ressources et applications	36
Annexe B : Application du <i>Code</i> dans des situations choisies	38
Réagir dans le respect de l'éthique à des soins insalubres, prodigués de façon incompétente, sans compassion, et contrairement à l'éthique	38
Considérations déontologiques lorsqu'il s'agit de répondre à des attentes contraires à sa propre conscience	40
Considérations déontologiques pour le personnel infirmier lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, de l'éclosion d'une maladie transmissible ou d'une pandémie	43
Considérations déontologiques concernant les relations avec les étudiant(e)s en sciences infirmières	46
Agir dans le respect de l'éthique en situation de moyens de pression au travail	48
Références	49

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est grandement reconnaissante du dévouement, de l'engagement et de la contribution des membres du comité consultatif, qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Un remerciement spécial est adressé à Janet Storch, inf. aut., Ph. D., pour son expertise ainsi que son travail et son soutien constants dans le cadre de l'élaboration du *Code de déontologie* de l'AIIC sur plusieurs années. Au fil de plus de deux décennies d'élaboration et de peaufinage constant du *Code*, elle a contribué généreusement par son savoir exemplaire, son jugement rigoureux et ses sages conseils dans le but de renforcer cette ressource essentielle aux infirmières et infirmiers du Canada.

But du *Code*

Le présent *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés* (ci-après nommé le *Code*) de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) énonce les valeurs éthiques des infirmières et infirmiers et leurs engagements à l'égard des personnes ayant des besoins en soins de santé et des bénéficiaires de soins. Le *Code* est à la fois l'expression des objectifs auxquels il faut aspirer et de nature réglementaire. Il est un document ambitieux visant à informer toute personne des **valeurs**¹ éthiques et des responsabilités déontologiques qui en découlent ainsi que des efforts déployés par les **infirmières et infirmiers**.² Il se veut également un outil réglementaire. Puisque la profession infirmière au Canada est autoréglémentée, les infirmières et infirmiers sont liés à un code de déontologie dans le cadre d'un processus réglementaire visant à servir et à protéger le public.

Le *Code* est un guide en ce qui concerne la perspective éthique des relations, des comportements et de la prise de décisions des infirmières et infirmiers, et doit être utilisé de concert avec les normes professionnelles, les pratiques exemplaires, la recherche, les lois et les règlements qui guident la pratique. Il oriente les infirmières et infirmiers en vue d'affronter les défis éthiques qui se dressent dans le cadre de la prestation de soins et dans leurs relations avec leurs **collègues** des soins infirmiers et d'autres domaines des soins de santé.

Il s'adresse aux infirmières et infirmiers travaillant dans tous les milieux et tous les domaines de la pratique infirmière (pratique clinique, éducation, administration, recherche et élaboration de politiques; AIIC, 2015c) ainsi qu'à tous les niveaux décisionnels. Le *Code* n'est pas fondé sur une philosophie ou une théorie éthique particulière. Il émane plutôt de différentes écoles de pensée, dont l'**éthique**

¹ Les termes ou expressions en caractères gras figurent dans le glossaire. Ils ne sont indiqués en caractères gras que lors de leur première occurrence.

² Dans ce document, le terme infirmière et infirmier inclut toute infirmière et infirmier autorisé à exercer en pratique avancée, comme c'est le cas de l'infirmière et infirmier praticien.

relationnelle, l'éthique des soins, l'éthique fondée sur des principes, l'éthique féministe, l'éthique de la vertu et l'éthique des valeurs. Il a été préparé par le personnel infirmier pour le personnel infirmier et comporte une orientation pratique appuyée par une **diversité** de théories. Il s'agit d'un outil d'autoévaluation, de rétroaction et d'examen par les pairs devant servir de fondement à la défense des intérêts. Le *Code* sert également de cadre éthique à partir duquel les infirmières peuvent **plaider en faveur** de l'établissement de **milieux de pratique de qualité** qui appuient la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec **compétence** et **compassion**.

Le contexte social dans lequel travaillent les infirmières et infirmiers évolue constamment et peut avoir une grande influence sur leur pratique. Le *Code* est révisé périodiquement afin de faire foi des besoins des infirmières et infirmiers en suivant l'évolution des valeurs et des conditions sociales qui affectent le public, les infirmières et infirmiers, les autres **fournisseurs de soins de santé** et le système de soins de santé. En sensibilisant davantage les infirmières et infirmiers du Canada aux enjeux éthiques, les révisions périodiques permettent de faciliter le dialogue entre eux et de favoriser leur engagement à cet égard. Le *Code* peut présenter un intérêt pour tous les fournisseurs de soins de santé et leur être utile.

Fondement du *Code*

L'éthique infirmière s'intéresse aux grandes questions sociales touchant la santé et le bien-être. Cela signifie que les infirmières et infirmiers s'efforcent de se tenir au courant des aspects de la **justice sociale** qui touchent les **déterminants sociaux de la santé** et le **bien-être** et de préconiser des améliorations dans ce sens. Bien que ces éléments ne comptent pas parmi les responsabilités réglementées du personnel infirmier, ils font partie de la pratique déontologique et servent d'outils essentiels de motivation et d'éducation pour toutes les infirmières et infirmiers.



Le *Code* est divisé en deux parties :

Partie I : Valeurs infirmières et responsabilités déontologiques, décrit les responsabilités déontologiques qui sont au cœur de la pratique infirmière respectueuse de l'éthique qui s'articulent autour de sept énoncés de valeurs principales et responsabilités déontologiques. Ces énoncés sont ancrés dans les relations professionnelles du personnel infirmier avec les bénéficiaires de soins, ainsi qu'avec les étudiant(e)s, les collègues et les autres fournisseurs de soins de santé. Les sept valeurs principales sont les suivantes :

- A. Fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion
- B. Promouvoir la **santé** et le bien-être
- C. Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées
- D. Honorer la dignité
- E. Respecter la **vie privée** et protéger la **confidentialité**
- F. Promouvoir la **justice**
- G. Accepter l'obligation de rendre compte

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

Utilisation du *Code* dans la pratique infirmière

Les sept valeurs principales sont liées et se chevauchent. Il est important pour tout le personnel infirmier de toujours s'efforcer de respecter les valeurs du *Code* afin de protéger la dignité de toute personne prise en charge, peu importe l'âge, la race, le sexe, l'identité de genre, l'expression sexuelle, l'orientation sexuelle, l'incapacité ou autre. Les infirmières et infirmiers reconnaissent l'histoire unique des peuples autochtones du Canada et les répercussions des déterminants sociaux de la santé sur eux. Dans la pratique des soins de santé, les valeurs peuvent entrer en conflit. Ces conflits de valeurs doivent être examinés attentivement dans le cadre de chaque situation donnée. Lorsque de tels conflits surviennent, ou lorsqu'il est nécessaire d'analyser à fond une situation d'ordre moral, nombreux sont les infirmières et infirmiers qui utilisent un **modèle éthique** pour guider leur réflexion, leur questionnement et leur prise de décisions (voir l'annexe A).

La réflexion personnelle des infirmières et infirmiers et le dialogue avec d'autres collègues et fournisseurs de soins de santé sont des composantes essentielles de la pratique infirmière éthique.

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

Les infirmières et infirmiers doivent veiller à pratiquer dans le respect de l'éthique. Étant donné la complexité des situations éthiques, le *Code* ne peut que donner un aperçu des responsabilités déontologiques des infirmières et infirmiers et les guider dans leur réflexion et leur prise de décisions. Il ne peut pas garantir que la

pratique sera respectueuse de l'éthique. Pour assurer une pratique respectueuse de l'éthique, d'autres éléments sont nécessaires, tels que l'engagement à faire le bien, la sensibilité et la réceptivité aux questions éthiques, ainsi que la volonté d'établir des relations avec les personnes qui ont des besoins en matière de soins de santé et d'autres problèmes. Les milieux de pratique ont une grande influence sur la capacité des infirmières et des infirmiers de respecter la déontologie dans l'exercice de leur profession. La **réflexion personnelle** des infirmières et infirmiers et le dialogue avec d'autres collègues et fournisseurs de soins de santé sont des composantes essentielles de la pratique infirmière éthique.

Milieux de pratique de qualité

Le personnel infirmier et leur employeur ont l'obligation de préconiser des conditions favorisant la pratique infirmière éthique, notamment des milieux de pratique de qualité, dans l'intérêt des **bénéficiaires de soins**, ainsi que les uns par rapport aux autres. De tels milieux disposent des structures organisationnelles et des ressources pour promouvoir la sécurité, le soutien et le respect de toutes les personnes qui y pratiquent. Les autres professionnels de la santé, les organisations et les décideurs à l'échelle locale, régionale, provinciale ou territoriale, nationale et internationale influencent grandement la pratique éthique.

Représentation

La **représentation** fait référence au fait d'appuyer ou de recommander une cause ou un plan d'action, entrepris au nom de personnes ou en matière d'enjeux. Elle vise le besoin d'améliorer les systèmes et les structures sociétales afin de faire régner une plus grande **équité** pour tous. Les infirmières et infirmiers s'efforcent, individuellement et collectivement, de préconiser l'élimination des injustices sociales.

Réflexion personnelle et dialogue

Les infirmières et infirmiers doivent reconnaître qu'ils sont des agents moraux en ce qui concerne la prestation des soins. Ils doivent donc se comporter conformément à la déontologie dans leur travail et leurs interactions avec les bénéficiaires de soins. Cela comporte la réflexion personnelle et le dialogue. Dans tous les champs de la profession, les infirmières et infirmiers doivent prendre en compte leur pratique, la qualité de leurs interactions avec les autres et les ressources dont ils ont besoin pour maintenir leur propre santé et bien-être. Les infirmières et infirmiers doivent

reconnaître le besoin urgent de travailler avec les autres intervenants (c.-à-d. les autres infirmières et infirmiers, les autres fournisseurs de soins de santé et le public), afin de créer des **communautés morales** qui permettent la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion.

L'éthique infirmière se penche sur l'éventail des grandes questions de l'éthique des soins de santé, mais elle est d'abord axée sur l'accomplissement des devoirs professionnels dans la pratique connue comme la **déontologie quotidienne**. Les infirmières et infirmiers de tous les milieux et domaines de la pratique infirmière ainsi qu'à tous les niveaux décisionnels vivent des situations de nature éthique. Les énoncés de valeurs et de responsabilités présentés dans le *Code* ont pour objet de soutenir les infirmières et infirmiers afin d'affronter ces expériences dans le contexte unique de leur pratique.

L'éthique infirmière se penche sur l'éventail des grandes questions de l'éthique des soins de santé, mais elle est d'abord axée sur l'accomplissement des devoirs professionnels dans la pratique connue comme la déontologie quotidienne.

Expériences et situations en matière d'éthique

En reconnaissant la nature d'une préoccupation éthique à surmonter, l'infirmière ou l'infirmier peut mieux en discuter avec ses collègues et ses superviseurs, prendre des mesures pour aborder la situation dès le début et recevoir le soutien et les conseils nécessaires pour la régler. Souvent, le fait de définir une préoccupation éthique peut constituer un moment décisif à partir duquel des résultats positifs découlent d'expériences initialement difficiles. Dans le *Code*, suite à une consultation auprès d'infirmières et infirmiers éthiciens et de philosophes, nous avons employé indifféremment les termes *éthique* et *moral*³. De nombreux termes peuvent aider le personnel infirmier à déterminer la nature de leur expérience éthique, à y réfléchir et à en discuter avec d'autres personnes⁴ :

L'agent éthique (moral). Capacité d'une personne de diriger ses actions vers un but éthique, comme atteindre de bons résultats pour les patients (Storch, Rodney et Starzomski, 2013). Exercer cette capacité consisterait en la volonté de s'engager moralement.

³ L'AIC reconnaît toutefois que cet usage n'est pas universel.

⁴ Ces situations sont extraites de l'AIC, 2004; de Fenton, 1988; de Jameton, 1984 et de Webster et Baylis, 2000.

Le bien-être éthique (ou moral). Harmonie entre la pensée et l'action, entraînant la mise en place des mécanismes et des ressources nécessaires pour résoudre au mieux le conflit d'ordre éthique (Falcó-Pegueroles et coll., 2015).

Le courage éthique (ou moral). Adoption d'une position ferme quant à un principe moral ou à une décision précise, malgré l'immense peur que cela peut inspirer ou la menace qui pèse.

Le désarroi éthique (ou moral). « Incapacité d'agir selon le jugement moral » [traduction] (Rodney, 2017, s-17). On croit savoir comment agir, mais les structures systémiques et leurs limites personnelles empêchent d'adopter la bonne ligne de conduite (Jameton, 1984; Webster et Baylis, 2000; Rodney, 2017). Le désarroi moral peut entraîner des conséquences négatives, telles que des sentiments de colère, de frustration et de culpabilité, mais peut également être un moteur de réflexion personnelle, de croissance et de représentation (Rodney, 2017).

Souvent, le fait de définir une préoccupation éthique peut constituer un moment décisif à partir duquel des résultats positifs découlent d'expériences initialement difficiles.

Le désengagement éthique (ou moral). Normalisation du fait d'ignorer ses engagements éthiques pouvant mener à l'apathie ou au désengagement au point de manquer d'amabilité ou de compassion ou même devenir cruel à l'égard des autres fournisseurs de soins de santé et des bénéficiaires de soins.

Les dilemmes éthiques (ou moraux). Situations dans lesquelles il existe des raisons convaincantes à la fois pour et contre deux ou plusieurs lignes de conduite possibles, et dans lesquelles choisir une ligne de conduite signifie qu'une autre est abandonnée ou délaissée. Un dilemme éthique est un type de problème éthique particulier.

L'indifférence éthique (ou morale). Sous-entend un manquement à assumer les responsabilités déontologiques de la profession, ce qui entraîne un état passif et remet en question **l'intégrité** en plus de menacer l'obligation de protéger un patient vulnérable (Falcó-Pegueroles, Lluch-Canut, Roldan-Merino, Goberna-Tricas et Guardia-Olmos, 2015, p. 604).

Le problème éthique (ou moral). Situation dans laquelle il existe des conflits entre une ou plusieurs valeurs et de l'incertitude quant à la ligne de conduite à adopter. Les problèmes éthiques touchent des questions relatives à ce qu'il est bon ou bien de faire sur les plans individuel, interpersonnel, organisationnel et social.

Le résidu éthique (ou moral). Ce que toute personne traîne avec elle à l'occasion dans sa vie lorsque, face à des situations de désarroi moral, elle s'est gravement compromise. Ces situations marquent de manière durable et puissante nos pensées dans le temps, on parle donc de résidu moral (Webster et Baylis, 2000).

La résilience éthique (ou morale). Capacité à maintenir ou à rétablir son intégrité à la suite de la complexité, de la confusion, du désarroi ou d'un revers sur le plan moral (Rushton, 2016).

La violation des règles éthiques (ou morales). Action, ou le fait d'omettre une action, qui contrevient au devoir fondamental à l'égard des bénéficiaires de soins ou des collègues et des autres fournisseurs de soins de santé.

Partie I : Valeurs infirmières et responsabilités déontologiques

Les infirmières et infirmiers de tous les domaines de la pratique et de tous les niveaux décisionnels assument les responsabilités déontologiques énoncées sous chacune des sept valeurs infirmières principales⁵. Ces responsabilités s'appliquent aux interactions du personnel infirmier avec toutes les personnes ayant des besoins en soins de santé et les bénéficiaires de soins de même que les étudiant(e)s, les collègues et les autres fournisseurs de soins de santé. Les responsabilités visent à orienter le personnel infirmier dans l'application du *Code* à leur pratique. Elles servent également à exposer les valeurs infirmières auprès des employeurs, des autres fournisseurs de soins de santé et du public. Les infirmières et infirmiers aident leurs collègues à appliquer le *Code* et s'assurent que les étudiant(e)s en sciences infirmières le connaissent.

A. Fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion

Les infirmières prodiguent des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion.

Responsabilités déontologiques :

1. Au cours de leurs interventions et de leurs interactions avec les bénéficiaires de soins et les autres membres de l'**équipe de soins de santé**, les infirmières et infirmiers sont tenus de se comporter conformément aux responsabilités déontologiques énoncées dans le présent document, ainsi que dans les normes de pratique.
2. Les infirmières et infirmiers prodiguent des soins compatissants en s'exprimant verbalement et gestuellement de façon appropriée, ainsi qu'en faisant des efforts pour comprendre et satisfaire les besoins des autres en matière de soins de santé.
3. Les infirmières et infirmiers font des efforts conscients pour établir des relations de confiance avec les bénéficiaires de soins qui constituent le fondement de communications significatives. Ces relations sont essentielles pour comprendre les besoins et les préoccupations des autres.

⁵Les énoncés de valeurs et de responsabilités du *Code* sont classés par lettres et numérotés pour faciliter leur utilisation, et non pour indiquer leur priorité.

4. Les infirmières et infirmiers remettent en question, cherchent à contrer, signalent et abordent les pratiques ou les conditions qui, n'étant pas favorables à la sécurité, à la compassion, à l'éthique ou à la compétence, nuisent à leur capacité de prodiguer des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion, et ils appuient les autres personnes qui font de même (voir l'annexe B).
5. Les infirmières et infirmiers font preuve d'honnêteté⁶ et prennent toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou minimiser les **incidents liés à la sécurité des patients**. Ils tirent des leçons des **incidents évités de justesse** et travaillent en collaboration avec les autres en vue de réduire les risques futurs et les préjudices évitables (voir l'annexe B).
6. Les infirmières et infirmiers exercent « selon leur propre niveau de compétence et demandent conseil pour s'orienter lorsque des aspects des soins nécessaires dépassent leur champ de compétence individuelle » (Licensed Practical Nurses Association of Prince Edward Island [LPNAPEI], Association of Registered Nurses of Prince Edward Island et Prince Edward Island Health Sector Council, 2014, p. 3).
7. Lorsque les ressources manquent pour fournir les soins sécuritaires ou appropriés, les infirmières et infirmiers travaillent avec d'autres professionnels en vue d'ajuster les priorités et de minimiser les préjudices. Ils informent les personnes prises en charge des plans actuels et prévus de prestation de soins. Ils informent les employeurs des menaces possibles pour la sécurité et la qualité des soins de santé.
8. Les infirmières et infirmiers qui prévoient exercer des **moyens de pression au travail** ou qui travaillent dans un milieu où des moyens de pression sont exercés doivent prendre des mesures pour préserver la santé et la sécurité des bénéficiaires de soins pendant l'exercice de ces pressions (voir l'annexe B).
9. Lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, y compris lors de flambées épidémiques, les infirmières et infirmiers ont l'obligation de prodiguer des soins tout en respectant les mesures de sécurité appropriées et en conformité avec la législation, la réglementation et les lignes directrices fournies par le gouvernement, les organismes de réglementation, les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles (voir l'annexe B).

⁶ Les lois provinciales et territoriales ainsi que les normes de la pratique infirmière peuvent comprendre d'autres directives sur les exigences en matière de divulgation et de déclaration.

-
10. Les infirmières et infirmiers participent aux recherches et aux autres activités qui favorisent la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion, les appuient et en utilisent les résultats. Ils utilisent des lignes directrices sur l'éthique de la recherche⁷ qui sont conformes aux valeurs infirmières.
11. Les infirmières et infirmiers participant aux recherches doivent respecter le bien-être des bénéficiaires de soins avant de remplir tout autre objectif, y compris les connaissances qui en découlent⁸. Ils doivent veiller à la sécurité des personnes, à l'obtention du **consentement éclairé**, à l'équilibre entre les avantages et les risques, au respect de la vie privée et à la protection de la confidentialité des données et à la surveillance de la recherche.
12. Les infirmières et infirmiers encouragent un milieu de pratique sécuritaire et de qualité (AIIIC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers [FCSII], 2015).
13. Les infirmières et infirmiers s'efforcent de prévenir et de minimiser toute forme de **violence** en anticipant et en évaluant les risques de situation violente et en travaillant avec d'autres professionnels à l'établissement de mesures préventives. Lorsqu'il est impossible d'anticiper ou de prévenir la violence, le personnel infirmier doit prendre des mesures pour minimiser les risques afin de protéger autrui et de se protéger lui-même (AIIIC, 2016a; AIIIC et FCSII, 2015 et Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada, 2014).
14. Lorsque des divergences d'opinion surviennent entre les membres de l'équipe de soins de santé qui affectent les soins, les infirmières et infirmiers visent des approches constructives et concertées afin d'y remédier et s'engagent à régler les conflits selon une approche de soins axés sur la personne.
15. Les infirmières et infirmiers se soutiennent entre eux en vue de prodiguer des soins axés sur la personne.

⁷ Voir Les lignes directrices déontologiques à l'intention des infirmières effectuant des recherches (AIIIC, 2002) et l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2014).

⁸ Ibid.

B. Promouvoir la santé et le bien-être

Les infirmières et infirmiers s'efforcent d'aider les personnes ayant des besoins en soins de santé ou les bénéficiaires de soins à atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible.

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières et infirmiers fournissent des soins axés d'abord et avant tout sur le bien-être des bénéficiaires de soins, en plus de reconnaître et d'utiliser les valeurs et les principes des **soins de santé primaires**.
2. Les infirmières et infirmiers travaillent avec les bénéficiaires de soins afin d'élargir les choix en matière de soins de santé et reconnaissent que certaines personnes ont des choix limités en raison de facteurs sociaux, économiques, géographiques ou autres qui mènent à des inégalités (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2011). Dans leur évaluation, leur diagnostic, leur planification, leur mise en œuvre et leur évaluation des résultats menés auprès des personnes, des familles et des communautés, les infirmières et infirmiers reconnaissent les déterminants sociaux de la santé et collaborent avec d'autres professionnels à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé (AIIIC, 2013).
3. Lorsqu'une intervention en santé communautaire porte atteinte aux droits individuels des personnes, les infirmières et infirmiers prennent et recommandent les mesures les moins restrictives possibles pour ces personnes (AIIIC, 2008).
4. Les infirmières et infirmiers collaborent avec d'autres fournisseurs de soins de santé et d'autres professionnels afin de maximiser les avantages pour la santé des bénéficiaires de soins et des personnes ayant des besoins ou des préoccupations en soins de santé, tout en reconnaissant et en respectant les connaissances, les compétences et les points de vue de tous.
5. Lorsque l'intégrité des infirmières et infirmiers est compromise par des habitudes comportementales en milieu de travail ou de pratique professionnelle, érodant ainsi le contexte éthique et la sécurité des bénéficiaires de soins (produisant un désarroi moral), les infirmières et infirmiers ont l'obligation d'exprimer individuellement ou collectivement leur inquiétude et d'en rendre compte à l'autorité ou au comité responsable (American Nurses Association [ANA], 2015).

C. Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées

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

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières et infirmiers fournissent aux bénéficiaires de soins les renseignements dont ceux-ci ont besoin pour prendre des décisions éclairées de manière autonome concernant leur santé et leur bien-être. Les infirmières et infirmiers s'efforcent également de garantir que les renseignements sur la santé sont communiqués de façon ouverte, précise, compréhensible et transparente.
2. Les infirmières et infirmiers respectent la volonté de personnes **capables** de refuser de recevoir des renseignements sur leur état de santé.
3. Les infirmières et infirmiers s'assurent de fournir des soins à une personne avec le consentement éclairé de celle-ci. Ils reconnaissent qu'une personne capable a le droit de refuser ou de retirer en tout temps son **consentement** aux soins ou aux traitements, et ils appuient cette personne dans sa démarche (College of Registered Nurses of British Columbia [CRNBC], 2017a). Les infirmières et infirmiers acceptent que des bénéficiaires de soins capables puissent accorder une importance différente à l'individualisme et préférer s'en remettre à la **famille**, aux attentes culturelles ou aux valeurs communautaires dans la prise de décisions en conformité avec le droit sur le consentement.
4. Les infirmières et infirmiers sont conscients des différences de pouvoir possibles et réelles entre les fournisseurs de soins de santé et les bénéficiaires de soins. Ils n'utilisent pas ce pouvoir pour influencer la prise de décisions.
5. Les infirmières et infirmiers défendent les droits des bénéficiaires de soins s'ils croient que la santé de ces personnes est compromise par des facteurs hors de leur contrôle, y compris la prise de décisions par d'autres.
6. Les infirmières et infirmiers fournissent l'information nécessaire en vue de la prise de décisions éclairée. Ils respectent les décisions d'une personne, y compris les choix en matière de mode de vie ou de traitements qui ne sont pas favorables à la santé, et poursuivent la prestation des soins sans porter de jugement.
7. Lorsque des membres de la famille ne sont pas d'accord avec les décisions d'un bénéficiaire de soins, les infirmières et infirmiers aident la famille à comprendre ces décisions.

8. S'il est clair qu'un bénéficiaire de soins est **incapable** de donner son consentement, l'infirmière ou l'infirmier respecte la législation sur l'évaluation de la capacité et sur les décisions au nom d'autrui de sa province ou son territoire (Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada [SPIIC], 2009).

9. Dans le cas de toute personne considérée comme incapable de donner son consentement pour les soins, les infirmières et infirmiers encouragent la participation de cette personne aux discussions et aux décisions liées à ses soins selon les capacités de la personne.

10. Les infirmières et infirmiers, en collaboration avec les autres fournisseurs de soins de santé et les **mandataires**, considèrent et respectent les meilleurs intérêts du bénéficiaire de soins et toute volonté qu'il aurait fait connaître antérieurement ou toute **planification préalable des soins** qui s'applique à la situation (SPIIC, 2009).

Les infirmières et infirmiers sont conscients des différences de pouvoir possibles et réelles entre les fournisseurs de soins de santé et les bénéficiaires de soins. Ils n'utilisent pas ce pouvoir pour influencer la prise de décisions.

D. Honorer la dignité

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

Responsabilités déontologiques :

1. Dans leurs fonctions professionnelles, les infirmières et infirmiers traitent tous les bénéficiaires de soins avec respect.
2. Les infirmières et infirmiers aident les bénéficiaires de soins à maintenir leur dignité et leur intégrité.
3. Dans le cadre de la prise de décisions sur les soins de santé, du traitement et de la prestation de soins, les infirmières et infirmiers travaillent avec les bénéficiaires de soins afin de tenir compte sans jugement ou de manière impartiale de leurs croyances spirituelles, de leurs valeurs et de leurs coutumes, ainsi que de leur situation sociale et économique.

-
4. Les infirmières et infirmiers interviennent lorsque la dignité des personnes confiées à leurs soins ou un collègue (y compris des étudiant(e)s) n'est pas respectée, en font rapport selon le besoin⁹ et reconnaissent que le silence et la passivité à cet égard signifient que ce comportement est toléré. Ils s'expriment, facilitent la conversation et règlent les conflits selon le cas ou les besoins.
5. Les infirmières et infirmiers respectent l'intimité des bénéficiaires de soins en faisant preuve de discrétion dans la prestation des soins et en minimisant les intrusions.
6. Les infirmières et infirmiers respectent les normes de pratique, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires, les politiques et la recherche pour limiter le plus possible les risques et maximiser la sécurité, le bien-être et la dignité d'un bénéficiaire de soins.
7. Les infirmières et infirmiers maintiennent des **limites** professionnelles appropriées et s'assurent que leurs relations servent les intérêts de la personne. Ils reconnaissent la vulnérabilité potentielle des bénéficiaires de soins et n'exploitent pas leur confiance et leur dépendance d'une façon qui pourrait compromettre la **relation thérapeutique**. Ils n'abusent pas de la relation pour en tirer un avantage personnel ou financier et n'établissent pas de relations personnelles (romantiques, sexuelles ou autres) avec les bénéficiaires de soins.
8. Dans tous les milieux de pratique où les infirmières et infirmiers sont présents, ils s'efforcent d'alléger la douleur et la souffrance, notamment au moyen de méthodes de prise en charge des symptômes efficaces et appropriées, afin de permettre aux bénéficiaires de soins de vivre et de mourir dans la dignité.
9. Les infirmières et infirmiers sont tenus d'encourager les bénéficiaires de soins en fin de vie à communiquer clairement leurs volontés. Ils sont à l'écoute de cette personne afin d'obtenir des éclaircissements sur ses objectifs et ses volontés.
10. Les infirmières et infirmiers documentent les volontés d'une personne concernant ses soins de fin de vie pour faire clairement connaître ses volontés et ses décisions aux autres fournisseurs de soins de santé (College of Registered Nurses of Manitoba [CRNM], College of Licensed Practical Nurses of Manitoba [CLPNM] et College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba [CRPNM], 2016; College of Registered Nurses of Nova Scotia [CRNNS] et College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia [CLPNNS], 2016).
11. Lorsqu'un bénéficiaire de soins est en phase terminale ou est sur le point de mourir, les infirmières et infirmiers favorisent son confort, allègent ses souffrances,

⁹ Voir la note de bas de page 6.

préconisent le soulagement adéquat de l'inconfort et de la douleur et l'aident à atteindre ses objectifs en matière de soins adaptés à la culture et aux croyances spirituelles. Cela comprend l'adoption d'une approche palliative en matière de soins aux personnes avec lesquelles ils interagissent, durant toute la durée de leur vie et dans tout le continuum de soins, le soutien à la famille pendant les derniers moments et après le décès, ainsi que les soins de la personne après son décès.

12. Les infirmières et infirmiers doivent comprendre la loi afin d'envisager la façon d'intervenir dans l'**aide médicale à mourir** selon leurs croyances et leurs valeurs personnelles. S'ils croient qu'ils s'opposeraient volontairement à fournir des soins aux personnes ayant sollicité l'aide médicale à mourir, ils doivent s'entretenir à l'avance à ce sujet avec leur superviseur (voir l'annexe B) (Canada, Parlement, 2016; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2017b; CRNM et coll., 2016; AIIIC, 2015a).
13. Les infirmières et infirmiers se traitent avec respect et respectent leurs collègues, les étudiant(e)s et les autres fournisseurs de soins de santé, tout en reconnaissant les différences de pouvoir parmi les dirigeants, les collègues et les étudiant(e)s. Ils collaborent avec les autres afin d'honorer la dignité et de résoudre les conflits d'opinion de façon constructive.
14. Les infirmières et infirmiers encouragent une **communauté morale** dans laquelle les valeurs et les difficultés en matière d'éthique sont abordées et appuyées ouvertement.

E. Respecter la vie privée et protéger la confidentialité

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

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières et infirmiers respectent les intérêts de chaque bénéficiaire de soins en ce qui concerne la collecte, l'utilisation et la divulgation légales de renseignements personnels les concernant et l'accès à ces renseignements.
2. Lorsque les infirmières et infirmiers discutent avec des bénéficiaires de soins, ils prennent des mesures raisonnables pour éviter que les renseignements confidentiels de la conversation ne puissent être entendus.

-
3. Les infirmières et infirmiers recueillent, utilisent et divulguent des renseignements sur la santé selon le principe du besoin de savoir, en assurant le plus haut niveau d'anonymat possible compte tenu des circonstances et en respectant la législation sur la protection de la vie privée.
 4. Lorsque les infirmières et infirmiers sont tenus de divulguer des renseignements à une fin précise, ils ne divulguent que les renseignements nécessaires à cette fin et n'informent que les personnes qui doivent être mises au courant. Ils s'efforcent de le faire d'une façon qui minimise tout préjudice potentiel pour les bénéficiaires de soins ou les collègues.
 5. Lorsqu'au cours de leurs communications (sous quelque forme que ce soit, notamment verbale ou électronique), les infirmières et infirmiers sont amenés à discuter de cas cliniques, ils s'assurent de le faire dans le respect des bénéficiaires de soins et ne donnent pas de renseignements permettant de les identifier, à moins que cela ne soit nécessaire ou approprié (AIIC, 2012).
 6. Les infirmières et infirmiers favorisent l'accès des bénéficiaires de soins à leur propre dossier médical dans le cadre d'un processus ponctuel et abordable.
 7. Les infirmières et infirmiers respectent les politiques visant à protéger la vie privée des bénéficiaires de soins, y compris les mesures de sécurité utilisées dans les technologies de l'information.
 8. Les infirmières et infirmiers n'abusent pas de leur accès à l'information en consultant des dossiers médicaux, y compris ceux des membres de leur famille ou ceux d'autres personnes, en dehors du cadre de leurs obligations professionnelles. Lorsqu'ils utilisent des photographies, des vidéos ou toute autre technologie afin d'analyser, de poser un diagnostic, de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer les soins prodigués à un patient, les infirmières et infirmiers obtiennent son consentement et ne s'ingèrent pas dans sa vie privée. Ils manipulent avec soin les photographies ou les vidéos afin de protéger la confidentialité des personnes concernées, y compris des collègues et des étudiant(e)s.
 9. Les infirmières et infirmiers interviennent si d'autres personnes consultent ou divulguent de manière inappropriée des renseignements personnels ou de l'information sur la santé de bénéficiaires de soins ou de personnes qui ont déjà été prises en charge.
 10. Lorsque les infirmières et infirmiers utilisent les **médias sociaux**, ils respectent la vie privée et protègent la confidentialité des bénéficiaires de soins et d'autres collègues (AIIC, 2012).

11. Dans tous les domaines de pratique, les infirmières et infirmiers doivent limiter l'effet possible des technologies nouvelles et émergentes sur le respect de la vie privée et la protection de la confidentialité des patients, les **limites professionnelles** et la réputation de chaque infirmière et infirmier et des organisations où ils travaillent (AIIC, 2012). Ils sont également attentifs à leur conduite éthique lorsqu'ils utilisent des dossiers électroniques afin d'assurer une saisie de données exacte et d'éviter que des documents ne soient falsifiés ou altérés.

F. Promouvoir la justice

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

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières et infirmiers ne font pas de discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, la **culture**, les croyances politiques et spirituelles, la situation sociale ou matrimoniale, le sexe, l'identité de genre, l'expression sexuelle, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état de santé, le lieu d'origine, le mode de vie, la capacité mentale ou physique, le statut socioéconomique ou toute autre caractéristique.
2. Les infirmières et infirmiers respectent l'histoire et les intérêts particuliers des peuples autochtones comme formulés dans les *Appels à l'action* (2012) de la Commission de vérité et réconciliation (CVR).
3. Les infirmières et infirmiers s'abstiennent de juger, d'étiqueter, de stigmatiser ou d'humilier les bénéficiaires de soins, les autres professionnels de la santé, les étudiant(e)s ou leurs propres collègues.
4. Les infirmières et infirmiers ne participent à aucune forme de mensonge, de punition ou de torture ni à aucune autre forme de traitement ou d'agissement inhabituel qui soit inhumain ou dégradant. Ils refusent d'être complices de tels comportements. Ils interviennent et dénoncent ce genre de comportements s'ils en sont témoins ou s'ils ont des motifs raisonnables d'en soupçonner l'existence.
5. Les infirmières et infirmiers fournissent des soins à toute personne, qu'elle soit la victime ou l'agresseur, et s'abstiennent de recourir à toute forme de **harcèlement en milieu de travail** (AIIC, 2016a).
6. Lorsqu'il s'agit de répartir les ressources relevant de leur contrôle, les infirmières et infirmiers prennent des décisions justes, en tenant compte des besoins des bénéficiaires de soins. Ils préconisent un traitement équitable et une distribution juste des ressources.

-
7. Les infirmières et infirmiers préconisent la prise de décisions fondées sur des données probantes dans leur pratique, notamment les données probantes sur les pratiques exemplaires en matière de dotation et d'affectation, les meilleurs soins adaptés aux états de santé particuliers et les approches optimales en vue de la **promotion de la santé**.
 8. Les infirmières et infirmiers collaborent à la formation d'une communauté morale. En tant que membres de cette communauté, les infirmières et infirmiers reconnaissent qu'ils doivent contribuer à l'établissement de milieux de pratique positifs et sains. Les infirmières et infirmiers appuient un climat de confiance qui favorise l'ouverture, encouragent la remise en question du *statu quo* et soutiennent les personnes qui prennent la parole pour traiter en toute bonne foi de questions préoccupantes (comme la **dénonciation**). Les infirmières et infirmiers protègent les dénonciateurs dont les préoccupations sont justifiées.

G. Accepter l'obligation de rendre compte

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

Responsabilités déontologiques :

1. Les infirmières et infirmiers, en tant que membres d'une profession auto-réglémentée, pratiquent selon les valeurs et les responsabilités énoncées dans le *Code* et conformément aux normes professionnelles, aux lois et aux règlements qui appuient la pratique déontologique.
2. Les infirmières et infirmiers sont honnêtes et font preuve d'intégrité dans toutes leurs interactions professionnelles. Ils doivent indiquer clairement et précisément leur nom, leur titre et leur rôle.
3. Les infirmières et infirmiers pratiquent selon les limites de leur compétence. Lorsque les soins à prodiguer dépassent leur niveau de compétence, ils doivent chercher des renseignements additionnels ou acquérir des connaissances supplémentaires, en rendre compte à leur superviseur ou à un(e) praticien(ne) compétent(e) ou encore demander une autre affectation. Entre-temps, ils demeurent auprès des bénéficiaires de soins jusqu'à ce qu'un autre membre du personnel infirmier soit disponible.
4. Les infirmières et infirmiers doivent répondre de leur pratique et travaillent au sein d'équipes. Lorsque la gravité, la complexité ou la variabilité de l'état de santé d'une personne augmente, ils s'entraident les uns les autres (LPNAPEI et coll., 2014).

5. Les infirmières et infirmiers doivent maintenir leur **aptitude à exercer** la profession. S'ils savent qu'ils n'ont pas la capacité physique, mentale ou affective nécessaire pour pratiquer de façon sécuritaire et compétente, ils doivent cesser de fournir des soins après avoir consulté leur employeur. S'ils travaillent à leur propre compte, ils s'assurent que quelqu'un d'autre s'occupe de fournir des soins selon les besoins de santé de leur client. Les infirmières et infirmiers prennent ensuite les mesures nécessaires pour rétablir leur aptitude à exercer en consultation avec les ressources professionnelles qui s'imposent.
6. Les infirmières et infirmiers sont attentifs aux signes indiquant qu'un collègue est incapable, pour quelle que raison que ce soit, de s'acquitter de ses fonctions. Dans un tel cas, ils doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger la sécurité des bénéficiaires de soins (voir l'annexe B).
7. Si les soins demandés entrent en conflit avec les valeurs et les croyances morales d'une infirmière ou d'un infirmier, mais qu'ils sont conformes à l'exercice professionnel, l'infirmière ou l'infirmier en question prodigue des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion, jusqu'à ce que des dispositions de rechange soient prises pour répondre aux besoins ou aux désirs du bénéficiaire de soins. Aucune disposition dans le *Code criminel* n'oblige une personne à fournir ou aider à fournir l'aide médicale à mourir. Si les infirmières et infirmiers anticipent un conflit de conscience, ils doivent en informer à l'avance leur employeur ou, s'ils travaillent à leur propre compte, les bénéficiaires de soins, afin de trouver une solution de rechange (voir l'annexe B).
8. Les infirmières et infirmiers cernent et traitent les **conflits d'intérêts**. Ils déclarent les conflits d'intérêts potentiels ou réels qui se manifestent dans leurs relations et leurs rôles professionnels, et les règlent dans l'intérêt des besoins et des préoccupations des bénéficiaires de soins.
9. Les infirmières et infirmiers partagent leurs connaissances, fournissent une rétroaction, font du mentorat et donnent des conseils pour favoriser le perfectionnement professionnel des étudiant(e)s en sciences infirmières, des infirmières et infirmiers novices, d'autres membres du personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé (voir l'annexe B).
10. Les infirmières et infirmiers préconisent des services de santé mentale qui sont plus complets et **équitable**s pour tous les groupes d'âge, les milieux socioculturels et les régions géographiques.

Partie II : Efforts éthiques liés aux grandes questions sociales

La pratique infirmière respectueuse de l'éthique consiste à traiter des grands aspects de la justice sociale qui sont associés à la santé et au bien-être. Ces aspects sont axés sur la nécessité d'améliorer les systèmes et les structures sociétales afin de faire régner une plus grande équité pour tous. Les infirmières et infirmiers devraient donc, individuellement et collectivement, se tenir informés des enjeux et des préoccupations et défendre fermement des politiques et des pratiques équitables. À cette fin, ils peuvent déployer les efforts suivants :

1. Préconiser des systèmes de soins de santé administrés publiquement qui assurent l'accessibilité, l'universalité, la transférabilité et l'intégralité des services nécessaires dans ce domaine.
2. Employer les principes des soins de santé primaires dans l'intérêt du public et des bénéficiaires de soins.
3. Reconnaître les facteurs organisationnels, sociaux, économiques et politiques qui influencent la santé et le bien-être dans le contexte du rôle infirmier en matière de prestation de soins.
4. Préconiser un continuum complet de services de soins de santé accessibles et fournis en temps opportun, au bon endroit et par le bon fournisseur. Ce continuum comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et les services de diagnostic, les soins de rétablissement, les soins de réadaptation et les soins palliatifs dans les hôpitaux, les foyers de soins, la communauté et à domicile.
5. Reconnaître l'importance des déterminants sociaux de la santé et préconiser des politiques et des programmes qui abordent ces déterminants (p. ex. logement sécuritaire, sites de consommation supervisée).
6. Maintenir les efforts de sensibilisation aux principales préoccupations en matière de santé, comme la pauvreté, les problèmes de logement, l'insécurité alimentaire et la violence, tout en travaillant individuellement ou collectivement en vue de la justice sociale et en militant en faveur de lois, de politiques et de procédures qui favorisent l'équité.
7. Collaborer ainsi que préconiser l'élargissement de la gamme de choix disponibles en matière de soins de santé.

8. Collaborer avec les autres membres de l'équipe de soins de santé et des organisations professionnelles pour faire changer les politiques, la législation et la réglementation contraires à l'éthique en matière de santé et de bien-être social.
9. Reconnaître que les **groupes vulnérables** de la société sont systématiquement défavorisés (ce qui entraîne une dégradation de leur santé et de leur bien-être) et prôner l'amélioration de leur qualité de vie en prenant des mesures pour surmonter les obstacles aux soins de santé.
10. Promouvoir la participation des personnes qui sont considérées comme incapables de consentir aux soins dans les discussions et les décisions les concernant (p. ex. les mineurs, les personnes ayant une déficience intellectuelle).
11. Faire appel à tous les ordres de gouvernement pour reconnaître l'état actuel de la santé des Autochtones au Canada, mettre en place des droits en matière de soins de santé et prendre des mesures en collaboration avec les Autochtones pour améliorer les services de santé (CVR, 2015).
12. Appuyer la préservation et la restauration de l'environnement et préconiser des initiatives qui réduisent les pratiques préjudiciables pour l'environnement, afin de promouvoir la santé et le bien-être.
13. Préconiser la discussion des questions éthiques au sein de l'équipe de soins de santé, avec les bénéficiaires de soins et les étudiant(e)s, en encourageant la réflexion éthique et en s'efforçant d'accroître sa propre sensibilisation et celle des autres à l'éthique dans la pratique.
14. Poursuivre les efforts de sensibilisation aux grandes préoccupations en matière de **santé mondiale**, telles que la violation des droits de la personne, la guerre, la faim dans le monde, les inégalités de genre et les changements environnementaux, en travaillant individuellement ou collectivement pour provoquer le changement social localement et mondialement et en le défendant.
15. Préconiser l'excellence des soins palliatifs et de fin de vie et les options de rechange en vue d'une approche de soins palliatifs accessible à tous, que ce soit à domicile, dans des milieux de soins de longue durée ou de courte durée ou dans des centres de soins palliatifs.
16. Bien s'informer au sujet des lois (p. ex. la contraception sécuritaire, l'aide médicale à mourir) et préconiser en collaboration avec d'autres intervenants l'élaboration de politiques et de processus qui orientent tout le personnel infirmier en matière d'éthique.

Glossaire

Le glossaire présente un langage commun pour faciliter la réflexion, les discussions et les mesures liées à la déontologie infirmière. Même si le glossaire ne propose pas nécessairement de définitions officielles des termes, il fournit plutôt des renseignements dans un langage et d'une façon qui se veulent utiles et accessibles.

Aide médicale à mourir : Le fait pour un médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien : a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort; b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort (*Loi modifiant le Code criminel*, art. 241.1 [a][b]).

Aptitude à exercer : Ensemble des qualités et des capacités nécessaires pour pouvoir exercer ou pratiquer la profession infirmière, notamment, mais non exclusivement, le fait d'être libre de tout état cognitif, physique, psychique ou affectif et de toute dépendance à l'alcool ou aux drogues nuisant à la capacité d'exercer (CRNBC, 2008; CRNNS, 2017).

Bénéficiaire de soins : Personne, famille, groupe, communauté, population ou système qui a accès aux services d'un membre du personnel infirmier. On utilise également les termes client, patient ou résident.

Bien public : Bien de la société ou de la communauté, souvent appelé intérêt commun.

Bien-être : État d'une personne qui se sent bien, satisfaite et capable de se servir du mieux possible de ses capacités.

Capable : Apté à comprendre et à mesurer les conséquences des différentes options, ainsi que de prendre des décisions éclairées quant à sa vie, ses soins et à son traitement.

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

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

Collègues : Tous les fournisseurs de soins de santé et les infirmières et infirmiers travaillant dans tous les domaines de pratique.

Communauté morale : Milieu de travail où les valeurs sont claires et partagées, où ces valeurs dirigent l'action éthique et où les personnes ont la certitude d'être écoutées (adapté de Rodney, Buckley, Street, Serrano et Martin, 2013). Il est nécessaire qu'il y ait une cohérence entre les valeurs reconnues publiquement et la réalité vécue dans le milieu pour que l'on puisse véritablement qualifier ce dernier de communauté morale (Webster et Baylis, 2000).

Compassion : Capacité de reconnaître la souffrance et la vulnérabilité d'une autre personne et d'en avoir conscience, en plus de faire preuve d'engagement à réagir au moyen de ses compétences, ses connaissances et ses habiletés.

Compétence : Combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière ou un infirmier doit acquérir pour pratiquer de manière sûre et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés. (Les caractéristiques personnelles comprennent les attitudes, les valeurs et les croyances, mais ne s'y limitent pas.)

Confidentialité : Obligation éthique de garder secrets les renseignements personnels et confidentiels d'une personne (Fry et Johnstone, 2008).

Conflit d'intérêts : Situation dans laquelle la prise de décisions, ou la position en vue de prendre une décision, d'une infirmière ou d'un infirmier se fonde sur ses propres intérêts et non sur les meilleurs intérêts des autres personnes concernées (Oberle et Raffin Bouchel, 2009; OIIO, 2017a).

Conscience : Avoir connaissance de ses comportements et de ses actions et y attacher de l'importance.

Consentement : Entente volontaire concernant un acte ou un but contractée par une personne capable. Les critères liés au consentement comprennent la transmission de l'information adéquate à la personne ou au mandataire et le fait d'accorder ou de refuser son consentement sans coercition, fraude ou représentation erronée (CRNBC, 2017a).

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

Culture : Valeurs, croyances, normes et modes de vie appris qui influencent d'une certaine façon la pensée, les décisions et les actions personnelles (OIIO, 2009a, p. 3).

Dénonciation : Déclaration d'une pratique contraire à l'éthique ou non sécuritaire d'un collègue en soins infirmiers ou d'un autre professionnel de la santé pour des motifs tels que des erreurs, l'incompétence, la négligence ou la maltraitance des patients (Oberle et Raffin Bouchal, 2009). Il faut recourir à une telle mesure seulement après avoir épuisé toute autre voie hiérarchique appropriée pour réparer une injustice et comme justification morale solide pour prendre cette mesure (Burkhardt, Nathaniel et Walton, 2015).

Déontologie quotidienne : Façon dont les infirmières et infirmiers veillent à l'éthique dans leurs interactions communes de tous les jours, y compris la façon dont elles abordent leur pratique et réfléchissent à leurs engagements éthiques envers les bénéficiaires de soins ou les personnes ayant des besoins en soins de santé.

Déterminants sociaux de la santé : « Circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local » (OMS, 2016, par. 1).

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

Droits de la personne : Droits des personnes énoncés dans la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982) et la *Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies* (1948), ainsi que dans l'énoncé de position de l'AIIIC intitulé *Les infirmières et infirmiers autorisés, la santé et les droits de la personne* (AIIIC, 2011).

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

Équitable : Qui est juste ou fait preuve d'équité en se fondant sur les besoins de la personne. En d'autres mots, les personnes défavorisées devraient obtenir plus de ressources que les bien nantis.

Équité : Dans le domaine des soins de santé, il s'agit du fait de répondre aux besoins de chaque personne ainsi que de lui offrir la possibilité d'atteindre son plein potentiel en tant qu'être humain. L'équité en santé est possible lorsque toute personne a l'occasion d'atteindre sa pleine capacité en matière de santé et que personne n'est défavorisé en raison de son statut social ou d'autres circonstances sociales déterminées (AIIC, 2013).

Éthique : Domaine de la philosophie qui traite des notions de bien et de mal, de ce qu'il faut faire ou ne pas faire dans nos échanges avec les autres.

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

Fournisseurs de soins de santé : Toutes les personnes qui participent à la prestation de soins, soit des professionnels, des préposés aux soins personnels, des aides de maintien à domicile et d'autres intervenants (AIIC, 1994).

Fournisseurs de soins non réglementés : Fournisseurs rémunérés qui ne sont ni titulaires d'une autorisation d'exercer ni inscrits auprès d'un organisme de réglementation (CRNBC, 2017c).

Groupes vulnérables : Groupes de la société qui sont systématiquement défavorisés et courant un risque de préjudices émotionnels ou physiques. En soins de santé, ces préjudices font référence à l'altération de la santé et du bien-être (Oberle et Raffin Bouchal, 2009).

Harcèlement en milieu de travail : Le harcèlement en milieu de travail comprend la tolérance de comportements tels que les propos abusifs ou les menaces, les critiques incessantes, les remarques désobligeantes, l'intimidation et le sabotage, ainsi que d'autres comportements plus subtils, comme le refus de coopérer ou d'aider, l'indisponibilité à offrir de l'aide, la nuisance au travail d'autrui et la complication de la tâche d'autrui. Le harcèlement en milieu de travail est le terme utilisé aujourd'hui pour désigner ce qu'on appelait autrefois la violence horizontale ou latérale, qui imputait la responsabilité seulement aux personnes à titre individuel, plutôt qu'aux individus et aux organisations (AIRC, 2016a).

Impartialité/approche juste et équitable : Qualité ou manière d'agir permettant d'équilibrer les possibilités offertes aux personnes de participer à la vie et d'en profiter, compte tenu de leurs conditions particulières (Caplan, Light et Daniels, 1999) et juste répartition des ressources à l'échelle de la société (en soins de santé, on entend l'atteinte d'un traitement équitable).

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

Incident évité de justesse : Incident lié à la sécurité des patients n'ayant pas atteint le patient (Partenaires collaborant à l'analyse des incidents, 2012, p. 9).

Incident lié à la sécurité des patients : Action ou situation ayant pu causer ou ayant bel et bien causé un préjudice inutile à un patient. Il peut être un incident préjudiciable, un incident sans préjudice ou un incident évité de justesse (Partenaires collaborant à l'analyse des incidents, 2012, p. 8).

Infirmière et infirmier : Dans ce *Code*, le terme *infirmière et infirmier* désigne les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers qui sont autorisés à assumer des rôles élargis, telles que les infirmières et infirmiers praticiens.

Intégrité : Respect des normes morales qui est maintenu au fil du temps. La pertinence, l'honnêteté et la cohérence des convictions, des actions et des émotions sont inhérentes à l'intégrité (Burkhart, Nathaniel et Walton, 2015).

Intimidation : Voir *Harcèlement en milieu de travail*

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

Justice sociale : Répartition équitable des avantages et des responsabilités de la société et de leurs conséquences. L'accent est mis sur la position relative d'un groupe social par rapport à d'autres au sein de la société, ainsi que sur les causes profondes des disparités et sur ce qui peut être fait pour les éliminer (AIIC, 2009b).

Limites : Par limite dans la relation d'une infirmière ou d'un infirmier et d'un bénéficiaire de soins, on entend le point où la relation cesse d'être professionnelle et thérapeutique et devient personnelle et non professionnelle (College and Association of Registered Nurses of Alberta [CARNA], 2011); voir *Limites professionnelles*.

Limites professionnelles : Espaces entre le pouvoir de l'infirmière et la vulnérabilité du client. Ils distinguent le comportement thérapeutique de l'infirmière et infirmier de tout comportement qui, peu importe s'il est bien intentionné, peut diminuer les bienfaits des soins pour les patients [...] Dépasser les limites consiste en de brefs moments d'inattention, de non-réflexion ou peut se faire de manière volontaire pour répondre à un besoin thérapeutique spécifique [...] Une violation des limites est un acte de violence dans la relation infirmière/infirmier-patient (CARNA, 2011, p. 6-8).

Mandataire : Personne apte ayant l'autorité légale de prendre des décisions en matière de soins de santé pour le compte d'une personne inapte. Chaque province et territoire a ses propres directives liées au mandataire et directives de soins de fin de vie en ce qui concerne le traitement et les soins. La terminologie diffère aussi d'une province ou d'un territoire à l'autre. Le personnel infirmier doit se familiariser avec la terminologie utilisée dans sa province ou son territoire (AIIC, CHPCA et coll., 2015; AIIC, 2015a).

Médiassociaux : Groupes d'applications et de technologies sur l'Internet qui facilitent la création et le partage d'information, d'idées et d'intérêts professionnels, ainsi que d'autres formes d'expression au moyen de communautés et de réseaux virtuels. Les médias sociaux comprennent le réseautage social, les forums de discussion en ligne, les clavardoirs, les messages textes ou la messagerie instantanée, les blogues, les wikis, le partage de fichiers (vidéo et audio) et les mondes virtuels (AIIC, 2012).

Milieu de travail éthique : Milieu qui permet la promotion de l'intégrité morale et de la volonté de s'engager moralement (Fry, Veatch et Taylor, 2011).

Milieus de pratique de qualité : Milieux de pratique bénéficiant du soutien organisationnel et humain nécessaire à la prestation de soins infirmiers sûrs, compétents et conformes à l'éthique (AIIIC et FCSII, 2015).

Modèle éthique : Schéma montrant les domaines de réflexion concernant la pratique personnelle de chaque infirmière et infirmier et les étapes de la prise de décisions éthiques. Ce modèle comprend normalement les questions essentielles qu'il faut se poser au moment de la réflexion ou de la gestion d'une situation d'ordre éthique.

Moyen de pression au travail : Activités des membres du syndicat visant à exprimer leur désaccord en lien avec les politiques ou les lois de l'employeur ou du gouvernement. De telles activités peuvent comprendre la grève, le ralentissement d'activités, le piquetage, la grève du zèle et d'autres mesures de protestation.

Objection de conscience : Situation dans laquelle un membre du personnel infirmier informe son employeur d'un conflit de conscience et de la nécessité qu'il s'abstienne de fournir des soins lorsqu'une pratique ou une procédure est contraire à ses croyances morales (CRNBC, 2017b).

Obligation de prodiguer des soins : Devoir professionnel et obligation légale qu'ont les infirmières et infirmiers de fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion. Dans certaines circonstances, il peut être acceptable qu'une infirmière ou un infirmier se soustraie à des dispositions s'appliquant à la prestation de soins ou qu'elle ou il refuse de prodiguer des soins (voir l'annexe B; CRNBC, 2017b; CRNNS, 2014).

Plaider en faveur de, préconiser, défendre ou représenter les droits : Soutenir activement une cause juste et bonne; encourager les autres à parler pour eux-mêmes ou au nom de ceux qui ne peuvent pas s'exprimer.

Planification préalable des soins : Processus courant de réflexion, de communication et de consignation des valeurs et des souhaits d'une personne pour sa santé et ses soins personnels futurs dans l'éventualité où elle ne serait plus apte à consentir à un traitement ou à d'autres soins ou à les refuser. Des conversations pour informer les fournisseurs de soins de santé, les proches et les amis, et (surtout) le mandataire, devraient avoir lieu et faire l'objet d'une mise à jour régulière. Des conversations de ce genre éclairent souvent les souhaits entourant les soins futurs et les options en fin de vie. Une attention doit également être accordée aux lignes directrices sanitaires et juridiques provinciales et territoriales (AIIC, Association canadienne de soins palliatifs [ACSP] et Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens [GI-SPC], 2015).

Promotion de la santé : Processus permanent visant à permettre aux personnes de mieux contrôler et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Réflexion personnelle : La capacité d'évaluer ses propres pensées, projets et actions en lien avec les responsabilités et les lignes directrices déontologiques.

Relation thérapeutique : Relation établie et maintenue par l'infirmière ou l'infirmier avec un client par le recours aux connaissances, aux compétences et aux attitudes professionnelles afin de fournir des soins infirmiers qui contribuent au bien-être du client (CARNA, 2011).

Respect de la vie privée/protection de la confidentialité : (1) On entend par respect de l'intimité physique le droit de se soustraire à la vue des autres ou d'être protégé des regards du public. (2) On entend par protection des renseignements personnels le droit des personnes de déterminer comment, quand, avec qui et pour quelles raisons tout renseignement personnel les concernant peut être partagé. Une personne doit avoir des attentes raisonnables en matière de respect de la vie privée dans le système de soins de santé de sorte que les fournisseurs de soins de santé qui doivent partager de l'information la partageront seulement avec les personnes qui en ont particulièrement besoin.

Santé : État complet de bien-être physique, mental (spirituel) et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie (AIIC, 2015c; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2006).

Santé mondiale : Bien-être optimal de tous les êtres humains d'un point de vue individuel et collectif. La santé est considérée comme un droit fondamental et devrait être accessible de façon égale à tous (AIIC, 2009a, p. 2).

Soins de santé primaires : Philosophie et approche des soins de santé visant à améliorer la santé de tous les Canadiens et l'efficacité de la prestation des services de santé dans tous les milieux de soins. Les soins de santé primaires (SSP) sont axés sur la façon de fournir ces services et positionnent les personnes soignées au centre de ces soins. Les principes essentiels des SSP sont l'accessibilité; la participation active du public; la promotion de la santé ainsi que la prévention et la prise en charge des maladies chroniques; l'utilisation des technologies appropriées et de l'innovation ainsi que la collaboration intersectorielle (AIIC, 2015b, p. 1).

Valeurs : Conception rationnelle de ce qui est souhaitable; une norme ou une qualité de ce qui est valorisé, souhaité et jugé important. Les valeurs s'expriment par des comportements ou des normes adoptés par une personne ou que celle-ci tente de maintenir. Les valeurs s'organisent normalement en un système hiérarchique ayant une importance pour chaque personne (Fry, Veatch et Taylor, 2011, p. 485).

Violence : Comprend l'abus d'autorité, la manipulation ou le contrôle d'une personne par une autre, pouvant entraîner un préjudice mental, affectif, social ou physique. Deux descripteurs des types de violence sont la violence interpersonnelle et la violence structurelle. La première concerne une question personnelle ou la violence entre la personne et un groupe, alors que la dernière traite des moyens systématiques utilisés par les structures sociales, les organisations et les établissements pour nuire à des personnes ou les marginaliser (AIIC, 2016a).

Annexe A : Modèles éthiques

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

Le *Code* fait ressortir le besoin pour le personnel infirmier de s'engager dans une réflexion sur l'éthique et d'en discuter. L'établissement de cadres ou de modèles peut aider les professionnels de la santé à structurer leur approche envers un problème ou une préoccupation d'ordre éthique. De tels cadres ou modèles peuvent être des outils précieux pour guider les infirmières et infirmiers dans leur réflexion sur une question ou un enjeu particulier.

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

Une réflexion éthique (qui commence par l'examen de ses propres valeurs morales et de son jugement) est nécessaire pour déterminer de quelle façon une valeur ou une responsabilité précise s'applique dans un contexte de soins infirmiers donné. La profession laisse place aux opinions divergentes sur la pondération relative de chaque valeur ou principe éthique. Il se peut d'ailleurs que, dans une situation donnée, plus d'une intervention soit acceptable sur le plan éthique et représente une bonne pratique déontologique. Les discussions et les remises en question sont donc très utiles pour résoudre les problèmes ou les enjeux de nature éthique.

Le fait de disposer de modèles éthiques peut favoriser la discussion entre les membres de l'équipe en fournissant un espace moral où chacune et chacun a la possibilité de prendre part à la conversation. La littérature sur l'éthique des soins de santé renferme de nombreux modèles portant à la réflexion et à la prise de décisions éthiques. Certains de ces modèles sont abordés dans la présente section. Le modèle figurant ci-dessous¹⁰ a été retenu parce qu'il favorise la réflexion, il propose de se pencher sur les enjeux éthiques touchant la pratique infirmière et il s'applique à tous les types de situations où une question d'ordre éthique se pose.

¹⁰ Ce modèle a été adapté à partir de celui d'Oberle et Raffin Bouchal (2009).

Modèle d'Oberle et Raffin

Questions en vue de la réflexion éthique

1. Évaluer l'éthique de la situation, des relations, des buts, des croyances et des valeurs

- Quelles relations sont contenues dans la présente situation?
- Qui revêt de l'importance dans la présente situation de soins et comment ces personnes pourraient-elles y prendre part?
- Mes relations avec les autres dans la présente situation de soins offrent-elles du soutien et de la protection?
- Quels sont les objectifs des soins dans la présente situation?
- Ces objectifs sont-ils partagés par le bénéficiaire de soins, l'infirmière ou l'infirmier et d'autres?
- Quelles sont mes croyances et mes valeurs?
- Quelles valeurs du *Code* se trouvent dans la présente situation?
- Quelles valeurs sont importantes dans la situation pour les autres, comme les autres fournisseurs de soins de santé?
- Les personnes concernées par la situation ont-elles des valeurs différentes? Ces différences créent-elles un conflit?

2. Réfléchir à l'action éthique possible et faire le point : reconnaître les choix offerts et l'importance de ces choix

- Quelles sont les attentes d'une personne, d'une famille ou d'une communauté en matière de soins? Quelles actions, selon la personne, la famille ou la communauté, produiront les meilleurs résultats? Ai-je aidé cette personne, cette famille ou cette communauté à clarifier ce qui est important pour elle et les actions qui seront engagées selon elle?
- Selon moi, quelles actions auront les meilleurs résultats? Quel est l'avis d'autres fournisseurs de soins de santé?
- Quelles actions entraîneront le moins de conflits de valeurs ou de désarroi moral? Quelles sont les incidences possibles de ces actions? Comment les principales personnes seront-elles touchées?
- Quelles valeurs sont considérées comme importantes par la société dans cette situation? Quelles sont les attentes de la société en matière de soins?

- Quels facteurs économiques et politiques jouent un rôle dans les soins prodigués à une personne? Quelles actions sont possibles compte tenu des ressources et des contraintes actuelles?
- Quelle loi s'applique à la présente situation concernant mes obligations, les obligations de l'établissement et les obligations d'autres fournisseurs de soins de santé? Y a-t-il des incidences juridiques à différentes actions?

3. Opter pour une conduite éthique : maximiser les bienfaits

- Quel est, selon moi, le meilleur moyen d'action?
- Suis-je en mesure d'appuyer le choix du patient, de la famille ou de la communauté? Le choix d'autres fournisseurs de soins de santé? Si ce n'est pas le cas, quelles mesures dois-je prendre?
- Des contraintes m'empêchent-elles d'adopter une conduite éthique?
- Est-ce que j'ai les qualités requises pour prendre des mesures éthiques? Est-ce que je possède les connaissances et les compétences nécessaires?
- Est-ce que j'ai la force morale pour prendre le moyen d'action que je juge le meilleur? Serai-je soutenu(e) dans ma décision?

4. Adopter un comportement éthique

- Est-ce que j'agis en conformité avec le *Code*?
- Est-ce que j'exerce comme une infirmière ou un infirmier raisonnablement prudent le ferait dans la même situation?
- Est-ce que j'agis avec soin et compassion dans mes relations avec les autres dans la présente situation?
- Est-ce que ce moyen d'action répond aux attentes professionnelles et organisationnelles?

5. Faire état de cette mesure éthique et l'analyser

- Ai-je déclaré cette mesure par les voies appropriées?
- Les résultats de cette action étaient-ils acceptables?
- Le processus de prise de décisions et d'action était-il acceptable? Les personnes concernées se sont-elles senties respectées et valorisées?
- Comment la personne, la famille et la communauté ont-elles été touchées? Comment les fournisseurs de soins de santé ont-ils été touchés?
- Les risques ont-ils été minimisés et les bienfaits maximisés?
- Qu'est-ce que j'ai bien réussi?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment?

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

Plusieurs autres modèles portant sur la réflexion et la prise de décisions éthiques sont couramment utilisés. Les infirmières et infirmiers estiment que certains modèles sont utiles dans des secteurs de pratique précis (p. ex. soins de courte durée, soins de longue durée, santé publique) et que d'autres le sont moins.

De nombreux modèles renferment les quatre principes de l'éthique biomédicale (respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice) que certains infirmières et infirmiers trouvent pratiques parce qu'ils font le lien entre l'éthique biomédicale et la déontologie infirmière dans le secteur des soins de courte durée. D'autres infirmières et infirmiers préfèrent s'inspirer d'un modèle proposant l'information sous forme de schéma, plutôt que sous forme de texte suivi, comme par exemple les modèles utilisant des diagrammes de Bergum et de Storch (CARNA, 2010). D'autres préfèrent une approche philosophique, comme celle de Yeo, Moorhouse, Khan et Rodney (2010).

La liste suivante fournit un certain nombre de ressources clés :

Les modules d'apprentissage de l'AiIC : Le *Code de déontologie rendu vivant*¹¹

sont utiles pour se familiariser avec les valeurs et les responsabilités inhérentes à la pratique déontologique infirmière et peuvent être appliqués à des scénarios quotidiens en milieu de travail. Présentés en huit modules d'apprentissage, soit un pour chacune des sept valeurs principales du *Code* et le huitième portant sur la justice sociale :

- Fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion
- Promouvoir la santé et le bien-être
- Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées
- Honorer la dignité
- Respecter la vie privée et protéger la confidentialité
- Promouvoir la justice
- Accepter l'obligation de rendre compte
- Justice sociale

¹¹ Voir cna-aiic.ca/lethique-infirmiere.

Le guide ***The Framework for Ethical Decision-Making*** (élaboré par Michael McDonald avec des ajouts de Patricia Rodney et Rosalie Starzomski en 2001) présente des questions détaillées à envisager pour prendre des décisions éthiques. Ce cadre utilise les principes éthiques afin d'élaborer des questions semblables à celles présentées dans le modèle d'Oberle et Raffin Bouchal (2009), mais les principes peuvent offrir une signification plus approfondie selon la nature des questions.

Le document ***Concepts and Cases in Nursing Ethics*** (initialement créé en 1996 par M. Yeo et A. Moorhouse) présente une façon de se pencher sur les enjeux éthiques en se fondant sur trois types d'analyse (descriptive, conceptuelle et normative; consulter Yeo et coll., 2010).

Utilisation des ressources éthiques pour évaluer les options de rechange : Principes et concepts

- Autonomie : Que souhaite la personne? Est-elle bien informée ou soutenue? Quelles promesses explicites ou implicites ont été faites à la personne?
- Non-malfaisance : Cela peut-il causer un préjudice à la personne? À d'autres?
- Bienfaisance : Cela profitera-t-il à la personne? À d'autres?
- Justice : Envisager les intérêts de toutes les personnes concernées (y compris la personne). Des partis pris au sujet de la personne ou de la famille influencent-ils votre décision? Aborder la question comme dans le cas d'autres décisions semblables.
- Fidélité : Favorisez-vous les relations de confiance avec la personne, la famille et l'équipe?
- Soins : La personne et la famille qui doivent composer avec une perte, une peine ou une incertitude obtiennent-elles du soutien? Le désarroi moral des membres de l'équipe est-il abordé? Quels principes en matière d'approche de soins palliatifs peut-on intégrer aux options de rechange?
- Autonomie relationnelle : Quelles relations et structures influencent les différentes personnes concernées par la situation? Comment ces relations et structures sociales peuvent-elles contribuer au soutien de la personne, des membres de la famille et des fournisseurs de soins de santé?

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

Réagir dans le respect de l'éthique à des soins insalubres, prodigués de façon incompétente, sans compassion, et contrairement à l'éthique

Les infirmières et infirmiers remettent en question, cherchent à contrer et signalent les pratiques ou les conditions insalubres, où les soins sont prodigués de façon incompétente, sans compassion et contrairement à l'éthique, et qui nuisent à leur capacité de prodiguer des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion, et appuient les autres personnes qui font de même. (A4)

Les infirmières et infirmiers font preuve d'honnêteté et prennent toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou minimiser les incidents liés à la sécurité des patients. Ils tirent des leçons des incidents évités de justesse et travaillent, en collaboration avec les autres professionnels, à la réduction des risques futurs et des préjudices évitables. (A5)

Les infirmières et infirmiers interviennent lorsque la dignité des bénéficiaires de soins ou d'un collègue, y compris les étudiant(e)s, n'est pas respectée et en font rapport au besoin¹² et reconnaissent que le silence et la passivité à cet égard signifient que ce comportement est toléré. Ils s'expriment, facilitent la conversation et aident à régler les conflits, selon le cas ou les besoins. (D4)

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

Les infirmières et infirmiers sont attentifs aux signes indiquant qu'un collègue est incapable, pour quelle que raison que ce soit, de s'acquitter de ses fonctions. Dans un tel cas, ils doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger la sécurité des bénéficiaires de soins. (G6)

Face à une situation où des torts sont sur le point d'être causés ou qui présente de façon évidente des risques de torts imminents, l'infirmière ou l'infirmier prend immédiatement des mesures afin de protéger l'intégrité et la dignité du bénéficiaire de soins. Mentionnons, à titre d'exemples de mesures adéquates à prendre de façon

¹² Voir la note de bas de page n° 6.

immédiate dans des cas de torts réels ou de torts imminents, le fait de poser des questions lorsqu'une erreur potentielle est détectée dans le calcul du dosage d'un médicament, le fait de demander des précisions lorsqu'une ordonnance n'est pas claire, le fait d'intervenir afin de contrer des pratiques de contention dangereuses, le fait de protéger les patients lorsque le jugement d'un collègue semble altéré pour quelle que raison que ce soit (voir CRNNS, 2017) ou le fait d'intervenir en cas de manquement grave à l'obligation de confidentialité concernant des gens atteints d'infections transmissibles sexuellement. Les infirmières et infirmiers sont au courant de la législation provinciale ou territoriale ainsi que des normes régissant la pratique infirmière, qui renferment souvent des lignes directrices en matière de divulgation et de signalement et qui fournissent des précisions supplémentaires pour déterminer si une situation présente des risques de torts imminents.

En présence de situations où subsistent des torts potentiels, mais non imminents, les infirmières et infirmiers doivent s'efforcer de résoudre le problème de façon aussi directe que possible dans le meilleur intérêt de l'ensemble des parties. Tout au long du processus, ils se reportent aux passages pertinents du Code ainsi qu'à toute autre norme, législation, ligne directrice déontologique, politique ou procédure applicable pour déclarer à leurs gestionnaires des incidents ou des soins que l'on soupçonne avoir été prodigués de façon incompétente ou contraire à l'éthique, y compris tout acte répréhensible sur le plan légal.

Au nombre des mesures supplémentaires que le personnel infirmier doit envisager de prendre (lorsqu'elles ne vont pas à l'encontre des exigences fixées par les normes professionnelles et la législation provinciale ou territoriale), mentionnons :

- Maintien en tout temps d'un niveau élevé de confidentialité à propos de la situation et des actions s'y rapportant.
- Analyse de toute l'information disponible sur la situation en cours. Distinction entre les questions personnelles et les questions professionnelles. Accent sur la situation vécue.
- Quête de renseignements directement auprès de collègue(s) dont le comportement ou la pratique semble controversée, au besoin.
- Détection de la détresse morale vécue par les infirmières et infirmiers qui tentent de trouver un moyen d'action éthique. Évaluation des risques potentiels en cas d'inaction pour soi-même, les bénéficiaires de soins, les collègues et l'établissement, et réflexion sur les torts potentiels et les abus

de confiance pouvant se produire en cas d'inaction. Les infirmières et infirmiers doivent aussi prendre en compte les répercussions de leurs choix pour eux-mêmes ainsi que pour les autres.

- Consultation, le cas échéant, avec un collègue digne de confiance n'ayant rien à voir avec la situation et pouvant faire preuve de la discrétion nécessaire, afin de valider ou d'écarter les conclusions émises.
- Quête de renseignements auprès des autorités appropriées (p. ex. superviseur ou gestionnaire) au sujet des rôles et des responsabilités de chacune des parties partageant le devoir d'assurer la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion.
- Consultation, le cas échéant, avec des collègues, d'autres membres de l'équipe, les associations et les ordres professionnels, les syndicats ou d'autres intervenants susceptibles d'aider à résoudre le problème.
- Transmission de l'information aux parties intéressées quant aux préoccupations qui n'ont pas été réglées et, si possible, des raisons au(x) collègue(s) en cause de l'action entreprise. Déterminer quelle aide immédiate peut être apportée, et être prêt à l'aider (ou à les aider) à trouver ces ressources.
- Les infirmières et infirmiers qui prennent la responsabilité de signaler un manquement quant à la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion, peuvent compter sur le soutien de leurs collègues et de leur association, ou de leur ordre professionnel.

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

Les infirmières et infirmiers ne peuvent pas laisser à elle-même une personne requérant des soins. Cependant, il arrive parfois que les infirmières et infirmiers ne soient pas d'accord avec certaines procédures ou pratiques en matière de soins de santé, rendant ainsi difficile de prendre part de leur plein gré à la prestation de soins que d'autres ont jugés appropriés sur le plan moral. De telles situations comprennent, entre autres, les transfusions sanguines, l'avortement, les tentatives de suicide, le refus de traitement et l'aide médicale à mourir. Le *Code* reconnaît le droit d'agir conformément à sa propre **conscience** en pareil cas (définition de l'**objection de conscience**).

Si les soins sollicités entrent en conflit avec les valeurs et les croyances morales d'une infirmière ou d'un infirmier, mais qu'ils sont conformes à l'exercice professionnel, l'infirmière ou l'infirmier en question prodigue des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion jusqu'à ce que des dispositions de rechange soient prises pour répondre aux besoins ou aux désirs du bénéficiaire de soins. Rien dans le *Code criminel* n'oblige une personne à fournir ou aider à fournir l'aide médicale à mourir. Si les infirmières et les infirmiers anticipent un conflit de conscience, ils doivent en informer à l'avance leur employeur ou les bénéficiaires de soins, s'ils travaillent à leur propre compte, afin de trouver une solution de rechange. (G7)

Si les infirmières et les infirmiers anticipent un conflit de conscience, ils doivent en informer à l'avance leur employeur ou les bénéficiaires de soins, s'ils travaillent à leur propre compte, afin de trouver une solution de rechange.

En ce qui a trait à l'aide médicale à mourir, le personnel infirmier peut s'en remettre au *Cadre national des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir* (2016b) de l'AIIIC. Ce cadre décrit notamment les modifications apportées à la loi canadienne (le *Code criminel du Canada*), qui autorise maintenant l'aide médicale à mourir et oriente de manière détaillée la pratique infirmière.

Étapes à suivre dans la déclaration d'un conflit de conscience¹³

1. Avant l'embauche

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

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

Idéalement, l'infirmière ou l'infirmier serait en mesure d'anticiper les situations dans lesquelles une pratique ou une procédure pourrait engendrer un conflit de

¹³ (ANA, 2006; Royal College of Nursing, Australia [RCNA], 2000)

conscience (croyances et valeurs). En pareil cas, l’infirmière ou l’infirmier doit discuter avec ses superviseurs, ses employeurs ou avec les bénéficiaires de soins (dans le cas de travail autonome), des types de soins contraires à son propre système de croyances et de valeurs (p. ex. avortement, circoncision, transfusion sanguine, greffe d’organe ou aide médicale à mourir), et doit demander à ce que ses objections soient prises en compte, à moins qu’il ne s’agisse d’un cas d’urgence.

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

Dans une situation où on exige de fournir des soins entrant en conflit avec sa conscience, l’infirmière ou l’infirmier doit en informer son superviseur, son employeur ou le bénéficiaire de soins (dans le cas de travail autonome). La déclaration d’un conflit de conscience (ou objection de conscience) et la demande de dispositions sont lourdes de conséquences et ne doivent donc pas être prises à la légère. L’infirmière ou l’infirmier doit continuer de prodiguer les soins requis jusqu’à ce qu’un autre membre du personnel infirmier ou un autre fournisseur de soins de santé prenne la relève afin de répondre aux besoins du bénéficiaire de soins.

Les principales directives en vue de la déclaration d’un conflit de conscience sont les suivantes :

- L’infirmière ou l’infirmier qui décide de se retirer de la prestation de soins pour des raisons d’ordre moral communique son souhait de façon appropriée.
- Autant que possible, un tel refus doit être communiqué à l’avance et à temps pour permettre aux responsables de prendre d’autres dispositions pour la prise en charge du bénéficiaire de soins.
- Les objections d’ordre moral de l’infirmière ou de l’infirmier constituent une décision éclairée et réfléchie et se fondent sur des préoccupations d’ordre moral, et non sur des préjugés, des peurs ou des préférences.
- Lorsqu’une objection d’ordre moral est soulevée, l’infirmière ou l’infirmier doit assurer la sécurité du bénéficiaire de soins jusqu’à ce qu’un autre fournisseur de soins infirmiers prenne la relève et soit en mesure de s’en occuper. Dans le cas précis de l’aide médicale à mourir, les infirmières et infirmiers praticiens qui s’objectent à y prendre part ont le devoir professionnel d’orienter le client vers un autre professionnel.

- Les employeurs et les collègues doivent veiller à ce que les membres du personnel infirmier et leurs collègues de travail qui déclarent un conflit de conscience reçoivent un traitement équitable et ne subissent pas de discrimination (RCNA, 2000).
- Les infirmières et infirmiers doivent reconnaître que la déclaration d'un conflit de conscience ne signifie pas nécessairement qu'ils sont à l'abri de sanctions ou de pénalités officielles ou officieuses.

Considérations déontologiques pour le personnel infirmier lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, de l'éclosion d'une maladie transmissible ou d'une pandémie

Depuis toujours, les infirmières et infirmiers prennent soin de personnes qui en ont besoin, même dans des situations où leur propre vie ou santé est en danger (par exemple, dans des régions ravagées par la guerre, des régions de pauvreté extrême, des endroits insalubres, etc.). Les infirmières et infirmiers courent par ailleurs des risques lorsqu'ils prodiguent des soins à des personnes souffrant de maladies infectieuses ou transmissibles, que ces maladies aient été diagnostiquées ou non. Il n'en demeure pas moins que les catastrophes et les épidémies de maladies transmissibles exigent que tout le personnel soignant, y compris le personnel infirmier, se mobilise dans un effort exceptionnel. Selon le *Code* :

Lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, y compris lors de flambées épidémiques, les infirmières et infirmiers ont l'obligation de prodiguer des soins tout en respectant les mesures de sécurité appropriées et conformément à la législation, à la réglementation et aux lignes directrices fournies par le gouvernement, les organismes de réglementation, les employeurs, les syndicats et les organisations professionnelles. (A9)

L'obligation de prodiguer des soins fait référence à l'obligation professionnelle du personnel infirmier de fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion, aux bénéficiaires de soins. Cependant, il est acceptable, dans certains cas, qu'une infirmière ou un infirmier puisse choisir de s'abstenir ou de refuser de prodiguer des soins (CRNBC, 2017b; CRNNS, 2014). Le concept de *charge déraisonnable* s'applique en ce qui a trait à l'obligation de prodiguer des soins et au fait de s'abstenir ou de refuser de prodiguer des soins. On estime qu'il existe une charge déraisonnable lorsque la capacité d'une infirmière ou d'un infirmier à fournir des soins sécuritaires répondant aux normes de pratique professionnelle est compromise par l'exercice d'attentes déraisonnables, le manque de ressources ou la pression de menaces constantes pesant sur son bien-être ou celui de sa famille (CRNBC, 2017b).

Les critères suivants peuvent aider le personnel infirmier à soupeser son obligation de prodiguer des soins en cas de catastrophe ou de flambée épidémique :

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

Les infirmières et infirmiers doivent envisager attentivement les devoirs liés à leur rôle professionnel et à l'obligation de prodiguer des soins par rapport à d'autres responsabilités à l'égard de leur propre santé ainsi qu'envers leur famille et leurs amis.

Lorsque la pression exercée sur le système de soins de santé est excessive, les ressources matérielles peuvent s'avérer insuffisantes et placer le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé dans une situation risquée. Les infirmières et infirmiers ont le droit de bénéficier de renseignements complets et véridiques afin de pouvoir respecter leur obligation de prodiguer des soins. Ils doivent connaître clairement les obligations et les attentes liées à leur rôle. Ils doivent par ailleurs bénéficier de soutien lorsqu'il s'agit de répondre à leurs propres besoins en matière de santé. Les employeurs ont quant à eux le devoir de protéger et de soutenir

les membres de son personnel infirmier ainsi que de leur fournir l'équipement de protection et les fournitures nécessaires en quantités suffisantes afin de « minimiser de façon maximale » le risque d'infection auquel sont exposés les infirmières et infirmiers et les autres fournisseurs de soins de santé. Par le fait même, les infirmières et infirmiers doivent exercer leur jugement professionnel pour choisir et employer les mesures de prévention appropriées; pour choisir de concert avec l'équipe soignante les directives des organismes, des fabricants et des gouvernements sur l'utilisation et l'ajustement de l'équipement de protection personnelle les plus appropriées; ainsi que pour préconiser des changements lorsque les directives de l'organisme, du fabricant ou du gouvernement dans ce domaine ne respectent pas suffisamment les exigences à satisfaire pour prévenir des infections (OIIO, 2009b).

Les infirmières et infirmiers doivent envisager attentivement les devoirs liés à leur rôle professionnel et à l'obligation de prodiguer des soins par rapport à d'autres responsabilités à l'égard de leur propre santé ainsi qu'envers leur famille et leurs amis. Ils ont ainsi une idée claire des mesures à prendre en prévision ou au cours d'une situation d'urgence ou d'une pandémie de façon à mieux se préparer en vue d'une prise de décisions éthique le moment venu (AIIIC, 2008; Thompson, Faith, Gibson et Upshur, 2006). Les énoncés relatifs aux valeurs et aux responsabilités exposés dans le *Code* appuient leur réflexion et leurs actions à cet égard.

A. Pour se préparer à répondre aux besoins en soins infirmiers lors de catastrophes ou de flambées épidémiques, les membres du personnel infirmier doivent :

- collaborer avec des collègues, les syndicats et les comités mixtes de santé et de sécurité au travail et d'autres dirigeants afin d'élaborer des directives cliniques sur les interventions d'urgence s'inspirant des ressources disponibles et des lignes directrices des gouvernements, des associations professionnelles et des organismes de réglementation;
- se renseigner sur les directives établies au niveau régional, provincial et national au sujet de l'ordre de priorité à respecter dans la prestation de soins (p. ex. priorité fondée sur l'importance du besoin, sur la probabilité d'un résultat positif, etc.) et prendre part à l'établissement de ces directives;
- se renseigner sur la façon d'appuyer les fournisseurs de soins et ceux portant le fardeau physique et moral des soins;
- exiger de recevoir des mises à jour régulières à propos des mesures de sécurité à prendre afin de se protéger et d'éviter de devenir eux-mêmes des victimes d'une catastrophe ou d'une maladie;
- aider à trouver un moyen équitable de régler les conflits ou les différends concernant les exemptions de travail ou les exemptions relatives à la prophylaxie ou à la vaccination des fournisseurs de soins de santé;
- contribuer à l'élaboration de recommandations sur le traitement des plaintes et des pourvois en appel dans les limites du cadre de la santé et de la sécurité au travail.

B. En situation de catastrophe ou d'épidémie, un membre du personnel infirmier a l'obligation morale :

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

Considérations déontologiques concernant les relations avec les étudiant(e)s en sciences infirmières

Les infirmières et infirmiers, quel que soit leur rôle, ont la responsabilité de soutenir les étudiant(e)s en sciences infirmières dans la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion. Plusieurs énoncés du *Code* concernent directement les étudiant(e)s en sciences infirmières et leur relation avec les autres intervenants dans la prestation de soins infirmiers :

Les infirmières et infirmiers se traitent avec respect et respectent également les étudiant(e)s et les autres fournisseurs de soins de santé, tout en reconnaissant les différences de pouvoir entre les dirigeants officiels, les collègues et les étudiant(e)s. Ils collaborent afin d'honorer la dignité et de résoudre les conflits d'opinion de façon constructive. (D13)

Les infirmières et infirmiers partagent leurs connaissances, fournissent une rétroaction, font du mentorat et donnent des conseils pour favoriser le perfectionnement professionnel des étudiant(e)s en sciences infirmières, des infirmières et infirmiers novices, des autres membres du personnel infirmier et des autres fournisseurs de soins de santé. (G9)

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

- Toutes les interactions entre les étudiant(e)s en sciences infirmières et leurs enseignant(e)s doivent être conformes aux principes de la pratique déontologique.
- Tous les membres du personnel infirmier et les étudiant(e)s en sciences infirmières se respectent et font preuve d'honnêteté.
- Tous les membres du personnel infirmier s'efforcent de fournir aux étudiant(e)s en sciences infirmières un encadrement approprié qui servira de fondement à l'acquisition des compétences infirmières.
- L'infirmière ou l'infirmier de soins intégraux qui a été affecté au soin d'une personne continue à en être le principal responsable.
- Les étudiant(e)s en sciences infirmières s'assurent de signaler aux bénéficiaires de soins leur statut d'étudiant(e) en tant qu'apprenant. Idéalement, la préceptrice ou le précepteur fournira cette information aux bénéficiaires de soins et leur demandera leur permission pour que l'étudiant(e) prodigue les soins. Lorsque la préceptrice ou le précepteur n'est pas en mesure de parler à tous les bénéficiaires de soins, l'étudiant(e) devra le faire et leur demander la permission pour leur fournir des soins. La décision de refuser les soins ou l'aide d'un(e) étudiant(e) doit être respectée.
- La faculté des sciences infirmières, les préceptrices et précepteurs et les étudiant(e)s en sciences infirmières font passer la sécurité et le bien-être des bénéficiaires de soins avant tout autre objectif, y compris les obligations en matière de formation (OIIQ, 2017c, p. 3).
- La faculté des sciences infirmières et ses dirigeant(e)s respectent l'impératif éthique en vue du bien-être des bénéficiaires de soins, lequel l'emporte sur la responsabilité d'offrir des occasions d'apprentissage aux étudiant(e)s.
- On s'attend des étudiant(e)s en sciences infirmières qu'ils répondent aux normes de soins établies selon leur niveau de scolarité. S'ils ne croient pas être en mesure de respecter ces normes, ils doivent en faire part à l'enseignant(e) clinique de leur faculté ainsi qu'aux superviseurs de l'unité des soins infirmiers.

Si les étudiant(e)s en sciences infirmières sont en proie à des gestes irrespectueux de la part d'un membre du personnel infirmier dans leur pratique et qu'ils ne sont pas en mesure de régler eux-mêmes ces situations en en parlant avec la (les) personne(s) en question, ils en discutent avec l'enseignant(e) clinique de leur faculté. Si, dans un délai raisonnable et après une telle discussion, ils n'ont toujours pas obtenu d'aide à ce sujet, ils doivent solliciter l'aide de l'administrateur approprié de leur programme de sciences infirmières.

Agir dans le respect de l'éthique en situation de moyens de pression au travail

Les moyens de pression au travail visent souvent à assurer au personnel infirmier des conditions d'emploi qui leur permettent d'offrir des soins sécuritaires et éthiques aux bénéficiaires de soins actuels et futurs. Toutefois, les moyens de pression exercés pour améliorer la situation risquent parfois à court terme d'affecter les bénéficiaires de soins. Avant d'exercer des moyens de pression et pendant qu'il le fait, le personnel infirmier plaide en faveur de sa participation à la planification du milieu de travail afin d'assurer la sécurité des bénéficiaires de soins. Le public a lui aussi le droit d'être renseigné sur les mesures prises pour veiller à la sécurité de tous pendant l'application de tout moyen de pression.

Les infirmières et infirmiers qui prévoient exercer des moyens de pression au travail ou qui travaillent dans un milieu où des moyens de pression sont exercés prennent des mesures pour préserver la santé et la sécurité des bénéficiaires de soins pendant l'exercice de ces moyens de pression. (A8)

Sur la base de cet énoncé dans le *Code*, les lignes directrices suivantes sont recommandées :

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

Références

American Nurses Association. (2006). *Risk and responsibility in providing nursing care* [énoncé de position]. Washington : auteur.

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Tiré de <http://www.nursingworld.org/codeofethics>

Assemblée générale des Nations Unies. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Tiré de <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada. (2014). *CNSA position statement on creating an empowering environment for nursing students to eliminate bullying in the nursing profession*. Tiré de <http://www.aeic.ca/files/files/Position%20statement%202014.pdf>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières* [lignes directrices sur les pratiques exemplaires]. Tiré de http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/5188_2718_CollaborativePracticeFrench.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence* [lignes directrices sur les pratiques exemplaires]. Tiré de <http://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2011). *Strengthening client centred care in home care* [énoncé de position]. Tiré de http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_Position_Statement_Strengthening_Client_Centred_Care_in_Home_Care.pdf

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

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

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

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés : considérations déontologiques pour les infirmières et infirmiers en cas de pandémie ou d'autres urgences*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_august_2008_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009a). *Santé et équité dans le monde* [énoncé de position]. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps106_global_health_equity_aug_2009_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009b). *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés : la justice sociale en pratique*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_april_2009_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *Les infirmières et infirmiers autorisés, la santé et les droits de la personne* [énoncé de position]. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps116_health_and_human_rights_2011_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés : Lorsque le privé devient public : les défis éthiques et les possibilités liées aux médias sociaux*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_feb_2012_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Les déterminants sociaux de la santé* [énoncé de position]. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/ps124_social_determinants_of_health_f.pdf?la=fr

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015a). *Document de la série déontologie pratique. Respect des choix en matière de soins de fin de vie : les enjeux et les possibilités pour les infirmières et infirmiers*. Tiré de <https://canadian-nurse.com/~media/canadian-nurse/files/pdf%20fr/respect-des-choix-en-matiere-de-soins-de-fin-de-vie.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015b). *Soins de santé primaires* [énoncé de position]. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-position-soins-sante-primaires.pdf?la=fr>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015c). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016a). *Document de la série déontologie pratique : La violence et les mesures à prendre*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-pratique/ethique-infirmiere/deontologie-pratique/la-violence-et-les-mesures-a-prendre>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2016b). *Cadre des infirmières et infirmiers sur l'aide médicale à mourir au Canada*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-des-infirmieres-et-infirmiers-sur-laide-medicale-a-mourir-au-canada.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (2015). *Milieux de pratique : optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et infirmiers et les organisations* [énoncé de position commun]. Tiré de http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/Milieux-de-pratique-optimiser-les-resultats-pour-les-clients-les-infirmieres-et-infirmiers-et-les-organisations_enonce-de-position-commun.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de soins palliatifs, Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens. (2015). *L'approche palliative des soins et le rôle des infirmières* [énoncé de position commun]. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/lapproche-palliative-des-soins-et-role-des-infirmieres_f.pdf?la=fr

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

Blais, P. et Cooke, D. (2015). « Working collaboratively with non-nurse managers ». *SRNA NewsBulletin, Practice Edition*, 17(2), 8-9.

Burkhardt, M. A., Nathaniel, A. et Walton, N. (2015). *Ethics and issues in contemporary nursing* (2^e éd. can.). Toronto : Nelson College Indigenous.

Canada. Parlement. Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. (2016). *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient, 42^e législature, 1^{re} session*. Tiré de <http://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/PDAM/rapport-1>

Caplan, R. L., Light, D. W. et Daniels, N. (1999). « Benchmarks of fairness: A moral framework for assessing equity ». *International Journal of Health Services*, 29, 853-869. doi:10.2190/DBBU-WUC4-Y23L-4LEA

Charte canadienne des droits et libertés, Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi canadienne de 1982 (UK), 1982, ch. 11.

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2010). *Ethical decision-making for registered nurses in Alberta: Guidelines and recommendations*. Tiré de http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Guidelines/RN_EthicalDecisions_May2010.pdf

College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2011). *Professional boundaries for registered nurses: Guidelines for the nurse-client relationship*. Tiré de http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Guidelines/RN_ProfessionalBoundaries_May2011.pdf

College of Registered Nurses of British Columbia. (2008). *Fitness to practice: The challenge to maintain physical, mental and emotional health*. Tiré de <https://crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/329FitnessToPractice.pdf>

College of Registered Nurses of British Columbia. (2017a). *Consent* [norme de pratique]. Tiré de <https://www.crnbc.ca/Standards/PracticeStandards/Pages/consent.aspx>

College of Registered Nurses of British Columbia. (2017b). *Duty to provide care* [norme de pratique]. Tiré de <https://www.crnbc.ca/Standards/PracticeStandards/Pages/dutytoprovidecare.aspx>

College of Registered Nurses of British Columbia. (2017c). *Delegating tasks to unregulated care providers* [norme de pratique]. Tiré de <https://www.crnbc.ca/Standards/PracticeStandards/Pages/delegating.aspx>

College of Registered Nurses of Manitoba, College of Licensed Practical Nurses of Manitoba, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba. (2016). *Physician-assisted dying: Joint statement to address the Carter decision*. Tiré de <https://www.crnmb.ca/uploads/ck/files/Web%20joint%20statement%20feb16%20rev2.pdf>

College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2014). *Duty to provide care in emergency situations* [lignes directrices sur la pratique]. Tiré de <https://crnns.ca/wp-content/uploads/2015/02/DutyToProvideCareInEmergencySituations2014.pdf>

College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2017). *Problematic substance use in the workplace* [lignes directrices sur la pratique]. Tiré de <http://crnns.ca/wp-content/uploads/2016/06/PSU-in-the-Workplace.pdf>

College of Registered Nurses of Nova Scotia, College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia. (2016). *Medical assistance in dying: A guide for nurses*. Tiré de <http://crnns.ca/wp-content/uploads/2016/06/Medical-Assistance-in-Dying-Guidelines-for-Nurses.pdf>

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012). *Appels à l'action*. Tiré de www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf

Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, T., Roldan-Merino, J., Goberna-Tricas, J. et Guardia-Olmos, J. (2015). « Ethical conflict in critical care nursing: Correlation between exposure and types ». *Nursing Ethics* 22, 594-607. doi:10.1177/0969733014549883

Fenton, M. (1988). « Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator ». *Canadian Journal of Nursing Administration*, 1, 8-11.

Fry, S. T. et Johnstone, M.-J. (2008). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision-making* (3^e éd.). Oxford : Blackwell.

Fry, S. T., Veatch, R. M. et Taylor, C. R. (éd.) (2011). *Case studies in nursing ethics*. (4^e éd.). Mississauga, ON : Jones and Bartlett Learning.

Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Tiré de <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>

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

Licensed Practical Nurses Association of Prince Edward Island, Association of Registered Nurses of Prince Edward Island, Prince Edward Island Health Sector Council. (2014). *Exemplary care: Registered nurses and licensed practical nurses working together*. Tiré de <http://www.arnpei.ca/images/documents/RNsandLPNsWorkingTogether.pdf>

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois, L. C. 2016, ch. 3.

McDonald, M., Rodney, P. et Starzomsky, R. (2001). *A framework for ethical decision-making*. Tiré de <http://ethics.ubc.ca/files/2014/11/A-Framework-for-Ethical-Decision-Making.pdf>

Oberle, K. et Raffin Bouchal, S. (2009). *Ethics in Canadian nursing practice*. Toronto: Pearson.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009a). *La prestation de soins adaptés à la culture* [directive professionnelle]. Tiré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040_culturesens.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009b). *La prévention des infections* [norme d'exercice]. Tiré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41002_infection.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2017a). *La prévention et la gestion des conflits* [directive professionnelle]. Tiré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/57004_abusnurses.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2017b). *Orientation sur le rôle des infirmières dans l'aide médicale à mourir*. Tiré de <http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51056-guidance-on-nurses-roles-in-maid-fre.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2017c). *L'encadrement des apprenantes* [directive professionnelle]. Tiré de http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/54034_supportlearners.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2006). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (supplément de la 45^e éd.). Tiré de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf#sthash.r30WwPCX.dpuf

Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Déterminants sociaux de la santé*. Tiré de http://www.who.int/topics/social_determinants/fr/

Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. (2012). *Cadre canadien d'analyse des incidents*. Tiré du site Web de l'Institut canadien pour la sécurité des patients : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>

Rodney, P. A. (2017). « What we know about moral distress ». *American Journal of Nursing*, 117(Suppl.), S7-S10. doi:10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04

Rodney, P., Buckley, B., Street, A., Serrano, L. et Martin, L. A. (2013). « The moral climate of nursing practice: Inquiry and action ». Dans J. Storch, P. Rodney et R. Starzomski (Éd.), *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice* (pp. 188-214). Toronto : Pearson.

Rodney, P., Hartrick Doane, G., Storch, J. et Varcoe, C. (2006). « Pour un climat moral favorable à la sécurité ». *infirmière canadienne*, 102(8), 24-27.

Royal College of Nursing, Australia. (2000). *Conscientious objection* [énoncé de position]. Canberra : Author.

Rushton, C. (2016). « Moral resilience: A capacity for navigating moral distress in critical care ». *AACN Advanced Critical Care*, 27, 111-119.

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). « Consentement pour l'adulte incapable ». *InfoDROIT*, 13(3), 1-2.

Storch, J., Rodney, P. et Starzomski, R. C. (2013). *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice* (2^e éd.). Toronto : Pearson.

Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L. et Upshur, R. E. G. (2006). « Ethics in a pandemic influenza crisis: Framework for decision-making ». *BMC Medical Ethics*, 7, 1-11. doi:10.1186/1472-6939-7-12.

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

Yeo, M., Moorhouse, A., Khan, P. et Rodney, P. (2010). *Concepts and cases in nursing ethics* (3^e éd. rév.). Peterborough, ON : Broadview Press.



ÉDITION 2017

CODE DE déontologie

DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS AUTORISÉS



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA ®

cna-aiic.ca/ethique-infirmiere