



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

CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN CAS DE PANDÉMIE

Que nous prodiguions des soins au niveau des populations ou des personnes, la capacité de saisir les effets des conditions sur l'expérience individuelle réside, et résidera toujours, au cœur de la profession infirmière.

SALLY THORNE, CHERCHEUSE EN SOINS INFIRMIERS AU CANADA (2015).

MAI 2020

David Kenneth Wright, Ph. D., inf. aut., ICSP(C)

Wendy Peterson, Ph. D., inf. aut., ICP(C)

Wendy Gifford, Ph. D., inf. aut.

Scénarios

- ▶ Mikaela est une infirmière autorisée qui travaille à l'urgence en zone urbaine. Alors que la pandémie se propage et que les milieux des soins de santé se préparent à une hausse des cas, elle s'inquiète pour sa propre sécurité. Mikaela a une maladie chronique qui compromet le fonctionnement de son système immunitaire; elle perçoit donc un risque important pour sa santé, et même sa vie, si elle continue de travailler au service des urgences durant la pandémie.
- ▶ John est un infirmier auxiliaire autorisé qui travaille en soins de longue durée en zone rurale, où un nombre important de bénéficiaires de soins souffrent de démence modérée à grave. La dotation en personnel représentait déjà un problème dans ce milieu avant le début de la pandémie, mais son niveau a atteint des dimensions de crise au cours des dernières semaines. John assume présentement la responsabilité d'un nombre incroyablement élevé de résidents tous les quarts de travail. Chaque jour, un nombre croissant de résidents doivent attendre plusieurs heures afin d'obtenir l'aide nécessaire pour prendre un bain, se nourrir ou prendre leurs médicaments.
- ▶ Shoshanna est une infirmière clinicienne spécialisée qui travaille dans un programme de soins palliatifs au sein d'un hôpital communautaire. Depuis le début de la pandémie, des restrictions ont été mises en place quant au nombre de visiteurs autorisés à l'hôpital. Shoshanna a de la difficulté à trouver des moyens pour rassurer les bénéficiaires de soins et les membres de leur famille, qui ne peuvent pas être ensemble en ce moment. Elle éprouve particulièrement de la détresse lorsqu'elle se rend compte qu'un grand nombre de ces patients décéderont probablement avant la fin de la pandémie et passeront leurs derniers jours et heures isolés de leurs proches.
- ▶ Kirima est une infirmière autorisée qui travaille auprès de familles dans une communauté éloignée parmi laquelle il y a des niveaux élevés de chômage en raison de la pandémie. Elle reconnaît que le chômage et le stress contribuent principalement à la violence familiale, qui passe considérablement sous silence en raison de la stigmatisation qui y est associée. Depuis le début de la pandémie, Kirima s'inquiète lorsqu'elle conseille aux bénéficiaires de soins de demeurer à la maison, car elle sait que certaines personnes n'y sont pas toujours en sécurité.
- ▶ Colleen est une infirmière autorisée qui travaille auprès de peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans une grande région urbaine, dont bon nombre d'entre eux doivent se déplacer sur de grandes distances entre les communautés rurales et éloignées pour obtenir des soins oncologiques. Colleen reconnaît l'importance de prodiguer des soins sécuritaires sur le plan culturel qui respectent

les approches traditionnelles de guérison et de bien-être. Elle est préoccupée par l'isolement et les restrictions liées à l'éloignement physique mises en place au cours de la pandémie qui ont des effets nuisibles sur la sécurité culturelle des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

- ▶ Georgia est une infirmière gestionnaire dans une unité médicale. La pandémie a entraîné une pénurie nationale d'équipement de protection individuelle, et elle est préoccupée par le fait que ses employés ne pourront pas se protéger adéquatement ou protéger leurs bénéficiaires de soins lorsqu'ils leur prodiguent des soins. Bien qu'elle estime faire tout en son pouvoir pour représenter son unité et les membres de son personnel, elle est démoralisée que certains membres la tiennent responsable de la pénurie actuelle de ressources.

Introduction

L'éthique infirmière est une manière d'aborder notre pratique en misant sur les valeurs – telles que la sécurité, la dignité et la justice sociale – à l'égard desquelles nous nous engageons afin de promouvoir la santé et le bien-être. L'éthique infirmière nous permet de réfléchir aux situations impliquant des choix difficiles, où nous nous sentons déchirés entre deux ou plusieurs options convaincantes. Cependant, l'éthique infirmière est également plus vaste que les dilemmes complexes. Selon le Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés (2017) de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC), l'éthique infirmière doit miser principalement sur la « déontologie quotidienne ». Cela signifie que, dans tous les contextes, notre pratique quotidienne a des répercussions importantes sur les valeurs qui comptent pour nous. Cela est particulièrement vrai lors d'une pandémie. Dans une situation d'urgence en matière de santé publique mondiale, devrions-nous nous fier sur nos opinions actuelles de ce qui est bon ou bien? Ou devrions-nous adapter nos croyances éthiques en raison de circonstances extraordinaires dans lesquelles nous nous trouvons? Ce questionnement peut être très troublant.

Lorsque nous avons le sentiment de ne pas pouvoir pratiquer en conformité avec nos valeurs éthiques, nous sommes vulnérables face au désarroi moral. Par la même occasion, lorsque nous pouvons définir les enjeux éthiques et en parler, nous renforçons notre capacité de communauté morale et d'agent moral (voir l'encadré 1).

ENCADRÉ 1

Désarroi moral : Sentiments de colère, de frustration et de culpabilité lorsque les infirmières et infirmiers ne peuvent pas agir selon leur jugement moral.

Communauté morale : Milieu de travail où les personnes ont la certitude d'être écoutées et où il y a une cohérence entre les valeurs reconnues publiquement et la réalité vécue dans le milieu.

Agent moral : Capacité d'une personne de diriger ses actions vers un but éthique, comme atteindre de bons résultats pour les patients.

(AIIIC, 2017)

Les scénarios présentés ci-dessus témoignent de diverses façons dont une pandémie peut influencer la déontologie quotidienne des infirmières et infirmiers dans le large éventail des milieux de soins. De telles influences s'exercent au moins sur les deux niveaux suivants : les nouveaux enjeux éthiques propres à une pandémie et un dévoilement des enjeux éthiques antérieurs entièrement mis en lumière par la pandémie. Bien entendu, les cas susmentionnés n'abordent pas tous les enjeux éthiques pertinents. Ils soulèvent plutôt des questions éthiques qui émergent au cours d'une pandémie, le présent document invite donc à la réflexion personnelle et au dialogue entre les infirmières et infirmiers et leurs collègues, les employeurs et le grand public (voir l'encadré 2).

ENCADRÉ 2

DÉONTOLOGIE QUOTIDIENNE : QUESTIONS IMPORTANTES QUE DOIVENT SE POSER LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DURANT UNE PANDÉMIE

- ▶ Comment devrions-nous choisir entre nos responsabilités personnelles et professionnelles?
- ▶ Lorsque nous nous présentons au travail, de quel soutien aurons-nous besoin?
- ▶ Comment pouvons-nous respecter la dignité des bénéficiaires de soins?
- ▶ Comment soutenons-nous des soins sécuritaires sur le plan culturel pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis?
- ▶ Quel type de leadership est nécessaire?

Comment les infirmières et infirmiers devraient-ils choisir entre leurs responsabilités personnelles et professionnelles?

AU MOYEN DE L'AUTORÉFLEXION

La réflexion et la prise de décisions éthiques sont ancrées dans la pratique quotidienne et l'identité professionnelle des infirmières et infirmiers. Les infirmières et infirmiers doivent constamment évaluer leurs responsabilités personnelles par rapport à lui-même et à sa famille ainsi que ses responsabilités professionnelles à l'égard des bénéficiaires de soins et des collègues. Un exemple courant de cela est lorsque les infirmières et infirmiers doivent choisir entre retourner à la maison auprès des membres de leur famille après un quart de travail long et difficile ou faire des heures supplémentaires pour aider leurs collègues en cas de manque de personnel.

Lors d'une pandémie, il s'avère plus complexe de choisir entre l'obligation du personnel infirmier de prodiguer des soins et sa propre santé et sécurité, ou celle de sa famille. Ces décisions sont personnelles et difficiles. Dans le premier scénario décrit ci-dessus, Mikaela doit décider si elle ira travailler ou non. Dans sa situation particulière, elle souffre d'une maladie chronique qui pourrait entraîner des risques de complications élevés si elle est infectée.

Le *Code de déontologie* de l'AIC définit l'obligation de prodiguer des soins pour les infirmières et infirmiers comme un devoir professionnel et une obligation légale, tout en reconnaissant que « 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 » (p. 30). Comme le font remarquer Broom et Broom (2017) dans leur exploration de l'expérience des professionnels de la santé durant l'éclosion du virus Ebola de 2014, « même si ces professionnels de la santé sont axés sur les 'soins', la nature de la menace perturbe ce contrat social, révélant ainsi la fragilité du devoir » [TRADUCTION] (p. 213). L'obligation de l'infirmière ou l'infirmier n'est donc pas absolue. Dans le cas de Mikaela, elle pourrait fonder sa décision de travailler sur si d'autres agents ont rempli leurs responsabilités à son égard, comme lui fournir de l'équipement de protection individuelle adéquat afin qu'elle puisse prodiguer des soins en toute sécurité (AIC, 2020).

L'autoréflexion et la discussion concernant les risques et les avantages particuliers pour les infirmières et infirmiers lorsqu'ils travaillent durant une pandémie constituent des stratégies utiles. Les infirmières et infirmiers peuvent juger pertinent de se poser certaines questions, comme les suivantes :

- ▶ Dans ma situation personnelle et professionnelle, dans quelle mesure existe-t-il un risque pour ma santé ou celle de ma famille) si je continue d'aller travailler?
- ▶ Que ressent ma famille face à mon travail au cours d'une pandémie?
- ▶ Si je continue à travailler durant la pandémie, comment mes bénéficiaires de soins et mes collègues en bénéficieront-ils?

Bien que Mikaela se soit engagée à pratiquer les soins infirmiers d'urgence, les circonstances exceptionnelles de la pandémie pourraient l'amener à reconsidérer les risques et les avantages.

Lorsque les infirmières et infirmiers se présentent au travail, de quel soutien auront-ils besoin?

« Face à la crainte et l'isolement, les infirmières et infirmiers ont fait preuve d'un engagement incroyable à l'égard des patients, du système de santé et de la profession. Même s'ils ont reconnu les risques personnels encourus, ils ont accordé la priorité à leur obligation de prodiguer des soins » [TRADUCTION] (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2003, p. 18).

Cette citation, du rapport de l'AIIAO portant sur la Commission sur le SRAS du gouvernement de l'Ontario, souligne que les infirmières et infirmiers se *présentent* au travail et contribuent énormément à la capacité de notre système de santé en situations de crise de santé publique. La pandémie actuelle de COVID-19 révèle clairement encore une fois que les infirmières et infirmiers (et d'autres fournisseurs de soins) répondent à la demande de soins en période de crise. Par conséquent, la question morale essentielle qu'il faut se poser n'est pas *les infirmières et infirmiers doivent-ils se présenter au travail?*, mais plutôt *lorsque les infirmières et infirmiers se présentent au travail, de quel soutien auront-ils besoin?*

La responsabilité de prodiguer des soins sécuritaires, compatissants, compétents et éthiques n'incombe pas aux infirmières et infirmiers seulement. Au contraire, le *Code de déontologie* de l'AIC mentionne clairement que les gouvernements, les organismes de réglementation, les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles partagent cette même responsabilité; ils doivent tous s'assurer que les mesures de sécurité appropriées se fondent sur des données probantes et sont communiquées clairement et que les infirmières et infirmiers sont formés et possèdent l'équipement approprié.

AU MOYEN DES EMPLOYEURS ET DES GOUVERNEMENTS

En vertu des lois sur la santé et la sécurité au travail des provinces et des territoires, les employeurs doivent fournir un milieu de travail sécuritaire. Néanmoins, selon notre expérience relativement récente des éclosions du SRAS (2003) et du virus Ebola (2014) (et maintenant de la COVID-19), nous savons que les mesures de sécurité appropriées peuvent être inconnues, vagues ou inaccessibles (Broom et Broom, 2017; McGillis Hall et coll., 2003). Une telle incertitude peut entraîner le refus de prodiguer des soins aux patients par les infirmières et infirmiers, qui doivent choisir entre le niveau de risque élevé que présentent les soins aux patients et la nécessité de protéger leur propre santé et sécurité (ou celle de leur famille).

Le Code de déontologie de l'AIIIC met l'accent sur le devoir réciproque des employeurs et des gouvernements de protéger et de soutenir les infirmières et infirmiers en cas de catastrophes, d'éclosions et de pandémies :

« 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 » (p. 44).

Les infirmières et infirmiers devraient donc s'attendre à ce que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les administrations municipales ainsi que les employeurs assument leur responsabilité afin d'être suffisamment préparés en cas de pandémies et d'autres crises. Cette responsabilité à l'égard de la préparation comprend ceci :

- ▶ des processus établis pour communiquer des renseignements véridiques et complets;
- ▶ des niveaux de dotation appropriés qui permettent d'intervenir en cas de crises;
- ▶ des politiques et des procédures fondées sur des données probantes;
- ▶ des fournitures suffisantes en équipement de protection individuelle et l'accès au dépistage;
- ▶ du soutien financier et instrumental pour prendre des soins des enfants et de la famille, des animaux de compagnie et fournir de l'approvisionnement en matière de besoins fondamentaux, tels que les aliments, l'eau et le logement, pendant que les infirmières et infirmiers travaillent ou sont en auto-isolément.

AU MOYEN DU PUBLIC

Les membres du public partagent une responsabilité éthique pour soutenir les infirmières et infirmiers et d'autres travailleurs de la santé qui se présentent au travail durant les pandémies. L'intervention impressionnante de ces travailleurs face à la pandémie actuelle de COVID-19 a inspiré les membres du public à témoigner leur respect et leur appréciation pour le travail

accompli par les infirmières et infirmiers et d'autres travailleurs (Globe and Mail, 2020). Cependant, ce témoignage de l'appréciation du public doit s'accompagner de mesures communautaires précises qui contribuent au bien-être de ces travailleurs au cours de la pandémie. La chercheuse canadienne en éthique infirmière, Wendy Austin, a posé les questions suivantes au sujet du SRAS :

Que peuvent faire les communautés pour que les infirmières et infirmiers demeurent en poste, pour rendre les risques supportables durant une épidémie (p. ex. l'équipement de qualité, une assurance-vie, une voix dans les décisions politiques)? Quelles stratégies (p. ex. la prestation de soins accessibles et coordonnés aux enfants et aux aînés) pourraient permettre au personnel infirmier et à d'autres travailleurs de la santé d'assumer leurs responsabilités relationnelles concurrentes (envers les parents, les conjoints, les enfants, les voisins, les autres collègues)?
[TRADUCTION] (Austin, 2008, p. 20)

Les dirigeants communautaires devraient également s'assurer que les infirmières et infirmiers et les membres de leurs familles ne sont pas rejetés par leurs voisins ou les écoles de leurs enfants, comme ce fut le cas au cours de la crise du SRAS (McGillis Hall et coll., 2003). Les membres individuels du public peuvent démontrer un soutien et un respect authentiques aux infirmières et infirmiers travaillant durant les pandémies, par exemple, en observant autant que possible les directives de santé publique concernant l'auto-isollement.

Comment pouvons-nous honorer la dignité des bénéficiaires de soins?

EN PRENANT LA PAROLE

Le *Code de déontologie* de l'AIIIC établit la dignité comme une valeur principale des soins infirmiers. Les scénarios présentés au début de ce document montrent comment la dignité peut être ébranlée en situation de pandémie. Par exemple, dans le cas de John, qui travaillait en soins de longue durée, le manque d'attention auprès de résidents fragiles qui ne peuvent pas accomplir leurs propres activités quotidiennes sans aide constitue une offense à leur dignité. D'une manière importante, ce cas met en évidence une situation de prestation de soins déjà précaire, dans laquelle la dotation était insuffisante même avant la pandémie. Comme il a déjà été mentionné, tout en introduisant de nombreux nouveaux défis éthiques en soins infirmiers, une pandémie révèle également des problèmes systémiques antérieurs de longue date (Tomlinson et Robertson, 2020). Les infirmières et infirmiers et les étudiant(e)s en soins infirmiers sont extrêmement conscients de ces problèmes et ont sonné l'alarme, alors que d'autres ont refusé d'écouter. En réalité, même si les infirmières et infirmiers et les étudiant(e)s en soins infirmiers sont les principaux sonneurs d'alarme en santé, ils subissent trop souvent des conséquences négatives après avoir dénoncé des problèmes éthiques dans leur pratique (Gagnon et Perron, 2019). Cette possibilité de représailles négatives a l'effet de réduire au silence la voix des infirmières et infirmiers. Pourtant, le rapport final de la Commission sur le SRAS de l'Ontario est clair : la pratique déontologique est appuyée lorsque les administrateurs du système de santé et les gouvernements écoutent les préoccupations soulevées par les infirmières et infirmiers, d'autres fournisseurs de soins et les syndicats qui les représentent et y réagissent (Campbell, 2006). La voix des infirmières et infirmiers est une ressource essentielle afin de prévenir et d'atténuer les effets d'une pandémie sur la dignité des bénéficiaires de soins.

Bien que les infirmières et infirmiers soient parfois loués pour leur héroïsme en cas de crise sanitaire, ils sont aussi exclus de la prise de décisions à différents échelons (de la planification des soins directs jusqu'à celle des systèmes de santé) (Austin 2008). Les infirmières et infirmiers ne sont pas des héros; ils sont des professionnels chevronnés ayant des connaissances essentielles à tous les niveaux d'une intervention en cas de pandémie. Chaque infirmière et infirmier doit donc être encouragé et soutenu afin de prendre la parole s'il constate des problèmes éthiques dans sa pratique, comme la situation décrite dans le cas de John. Les personnes vulnérables, comme les résidents en soins de longue durée, ne perdent pas leur droit d'être traités avec dignité et respect, même lors de pandémies. Peu importe la situation et, surtout en période de pandémie, il est essentiel que les milieux de soins encouragent les infirmières et infirmiers à s'exprimer. Un tel milieu « favorise l'ouverture, encourage[nt] la remise en question du statu quo et soutien[nen]t les personnes qui prennent la parole pour traiter en toute bonne foi de questions préoccupantes (comme la dénonciation)» (AIIIC, 2017, p. 20).

Au cours de la pandémie de COVID-19, certains membres du personnel infirmier prennent la parole dans les médias (p. ex. Greenaway, 2020). Les infirmières et infirmiers ne doivent pas être réduits au silence lorsqu'ils s'expriment de cette façon. Puisque la profession infirmière est l'une des plus respectées dans la société, les administrateurs, les organismes de réglementation et les associations professionnelles en soins infirmiers partagent tous la responsabilité d'appuyer les infirmières et infirmiers afin qu'ils disent la vérité concernant ce qui se produit aux premières lignes d'intervention en cas de pandémie.

EN S'ORIENTANT VERS LA FAMILLE

Le cas de Shoshanna en soins palliatifs met l'accent sur une autre préoccupation liée à la dignité : les torts qui peuvent découler de la restriction des visites afin de limiter la propagation virale. Il est important de ne pas sous-estimer l'importance éthique de tels torts. Pour de nombreuses personnes, les réseaux sociaux sont fondamentaux à ce qu'ils sont comme êtres humains. Les priver de cet accès à leurs proches avec qui ils partagent leur vie menace leur dignité. Comme l'a dernièrement écrit l'infirmier éthicien canadien, Franco Carnevale, dans un article abordant de telles restrictions au cours de la pandémie de COVID-19 : « Les membres de la famille ne sont pas des visiteurs. » (Carnevale, 2020) Il explique que les restrictions de visites causent du tort non seulement en raison de la solitude qu'elles créent, mais également car elles privent des personnes vulnérables du soutien vital nécessaire à la protection de leur bien-être en soins de santé. Par exemple, bien des personnes hospitalisées comptent sur les membres de leur famille pour comprendre les renseignements médicaux, pour les aider à prendre des décisions et pour défendre leurs droits auprès de leurs soignants professionnels. Selon le *Code de déontologie de l'AIIC* :

« 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 » (p. 13).

Les infirmières et infirmiers devraient ainsi mettre en œuvre et préconiser des politiques sur les visites familiales qui équilibrent le besoin d'éloignement physique et les droits des bénéficiaires de soins et de leur famille d'être ensemble. Les infirmières et infirmiers peuvent le faire en veillant à ce que toutes les limites ou les interdictions relatives aux visites familiales, si indispensables au cours d'une pandémie, soient « le moins restrictives » possible.

EN MISANT SUR UNE APPROCHE PALLIATIVE EN MATIÈRE DE SOINS

Le cas de Shoshanna soulève également une plus vaste question éthique : quelles répercussions une pandémie entraîne-t-elle sur l'accessibilité et la qualité des soins palliatifs? Durant une pandémie, le besoin en soins palliatifs augmente, cela s'explique en partie par les risques

inhérents de décès liés à la maladie et par la disponibilité limitée des ressources nécessaires à la survie (Arya, Buchman, Gagnon et Downar, 2020). Tout patient dont la vie est menacée par une pandémie doit être en mesure d'avoir accès à des soins palliatifs de qualité. Comme l'indique le *Code de déontologie* de l'AIIC :

« 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 » (p. 16).

La question des soins palliatifs, néanmoins, concerne bien davantage que les personnes qui peuvent mourir en conséquence de la pandémie; cela concerne toutes les personnes dont les soins infirmiers sont touchés par une pandémie. Il est alors utile d'envisager les soins palliatifs comme une approche générale en soins infirmiers, qui mise sur l'identité individuelle, la qualité de la vie et le soulagement de la souffrance, peu importe si la mort d'une personne est imminente (Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de soins palliatifs et Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers en soins palliatifs canadiens, 2015). Cette approche peut être menacée de plusieurs façons au cours d'une pandémie. Durant la COVID-19, notamment, des infirmières et infirmiers se sentent contraints de limiter leurs contacts physiques avec les bénéficiaires de soins aux interventions jugées « essentielles ». Décider de ce qui est « essentiel » n'est pas simple du tout. Il y a un risque majeur que, dans une culture contemporaine des soins de santé où les valeurs biomédicales dominent, les engagements importants en soins infirmiers – tels qu'entrer dans la chambre d'un patient qui semble être en détresse émotionnelle ou soulager les symptômes d'une personne en douleur ou essoufflée seront abandonnés. On peut atténuer ce risque en insistant sur le fait que l'attention accordée à la dignité est fondamentale à des soins infirmiers éthiques, même en cas de pandémie.

EN TENANT COMPTE DE LA VULNÉRABILITÉ STRUCTURELLE

Lorsque nous envisageons une approche palliative afin de respecter la dignité de tous les bénéficiaires de soins infirmiers, nous dirigeons également notre attention éthique sur les personnes qui, en raison de la vulnérabilité structurelle (p. ex. les personnes qui vivent dans la pauvreté, les sans-abri ou celles sans logement inadéquat ou qui sont handicapées, racialisées, atteintes d'une maladie mentale ou utilisent des drogues illicites), courent les risques les plus élevés de souffrir des effets nuisibles d'une pandémie. La recherche en soins infirmiers de la chercheuse Canadienne en soins palliatifs Kelli Stajduhar et de son équipe à l'Université de Victoria qui traite des soins palliatifs éclairés par l'équité s'avère particulièrement utile (Stajduhar et Mollison, 2018). Leur travail détermine que les approches courantes utilisées par l'organisation des services de santé s'harmonisent trop rarement avec la réalité structurelle des personnes vulnérables. Il faut se rappeler que les crises de santé publique actuelles (comme celle des

opioïdes ou la crise du logement) ne disparaissent pas dès le début d'une pandémie. Des systèmes et des stratégies sont donc nécessaires pour rendre compte de l'existence des crises de santé simultanées et de leurs effets se chevauchant (p. ex. consulter le British Columbia Centre on Substance Use, s.d.).

Une pandémie exagérera les vulnérabilités structurelles déjà existantes. Cela représente un risque que des personnes recourent à la violence pour faire face aux conflits (Jewkes, 2002). Selon un éditorial récent publié dans le *Journal of Clinical Nursing* au sujet des confinements de la COVID-19 et des préjudices paradoxaux qu'ils peuvent entraîner, le taux de violence familiale est en hausse et il augmente rapidement (Bradbury-Jones et Isham, 2020, p. 1). Dans le cas de Kirima, travaillant auprès de familles connaissant des niveaux de chômage élevés en raison de la pandémie de COVID-19, elle sait que les interventions en matière de santé publique, comme l'isolement social, font courir un risque de violence familiale à certains bénéficiaires de soins. Cela peut entraîner des niveaux élevés de conflits concernant les moyens à prendre et ainsi du désarroi moral. Les infirmières et infirmiers comprennent que la violence familiale domine dans tous les groupes socioéconomiques; plus de 170 000 cas ont été signalés en 2018, mais le nombre réel devrait être beaucoup plus élevé en raison de la stigmatisation associée à la violence familiale qui diminue le taux de signalement (Statistique Canada, 2019).

Le *Code de déontologie* de l'AIIIC indique clairement que les infirmières et infirmiers doivent pratiquer de sorte à prévenir toutes les formes de violence pour les bénéficiaires de soins. Bien que les infirmières et infirmiers guident les décisions dans leur pratique selon les lois et les directives fournies par le gouvernement et les autorités de santé publique lors d'éclotions de maladies transmissibles telle que la COVID-19, les infirmières et infirmiers comme Kirima savent que, dans certaines circonstances, ces pratiques représentent une menace de préjudices pour certaines personnes. Les infirmières et infirmiers doivent donc être vigilants afin d'évaluer les risques pour leurs clients de toutes les formes de violence et de prendre des mesures afin de réduire le plus possible ces risques. Il doit exprimer ses préoccupations et collaborer avec les autres pour établir les mesures les plus sécuritaires possibles pour les bénéficiaires de soins lorsqu'ils savent que les mesures de santé publique, comme l'éloignement social, peuvent poser un risque pour certaines personnes.

Comment pouvons-nous soutenir des soins sécuritaires sur le plan culturel pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis?

Les infirmières et infirmiers comme Colleen comprennent que les causes profondes des inégalités en matière de santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis proviennent des pratiques coloniales et des politiques gouvernementales, incluant les pensionnats, qui ont toujours des effets troublants et tragiques sur leur santé et leur bien-être (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Les peuples autochtones ont déjà la pire santé parmi tous les groupes au Canada (Anderson et coll., 2016). Ils vivent également dans les plus pauvres conditions, puisqu'ils ont un accès inéquitable à l'éducation, aux aliments, à l'emploi et aux services de santé. Les mesures de restrictions en matière de santé publique renforcées lors de la pandémie de COVID-19 ont surtout *levé le voile* et amplifié les conditions de vie et de santé extrêmes avec lesquels ils composent déjà tous les jours.

De nombreux Autochtones ne font pas confiance aux principaux services de santé et se sentent exclus et intimidés par l'approche occidentale en matière de santé et de guérison (Conseil canadien de la santé, 2012). Comprenant cela, les infirmières et infirmiers prodiguent des soins sécuritaires sur le plan culturel pour protéger les droits de la personne, même en période de crise. Les soins sécuritaires sur le plan culturel soutiennent et respectent les approches traditionnelles et holistiques en matière de santé et de guérison, en plus de respecter la dignité des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Greenwood, Lindsay, King et Loewen, 2017). Lorsque les interventions en santé communautaire au cours d'une pandémie désavantagent systématiquement ce groupe et s'immiscent dans la prestation de soins sécuritaires sur le plan culturel, cela entraîne du désarroi moral parmi les infirmières et infirmiers.

Afin de respecter la dignité ainsi que l'histoire et les intérêts particuliers des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis, les infirmières et infirmiers doivent parler ouvertement aux bénéficiaires de soins de leur engagement à prodiguer des soins sécuritaires sur le plan culturel et de ce qu'ils font pour tenir leur engagement lors de la mise en place de mesures restrictives en cas de pandémie. Il doit également faire part de ses préoccupations à ses dirigeants en soins infirmiers et partager sa sagesse collective et des moyens novateurs de prodiguer des soins sécuritaires sur le plan culturel. En conformité avec l'énoncé de position de l'AIIIC *Préparation aux situations d'urgence et capacité d'intervention* (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2018), les infirmières et infirmiers peuvent et doivent respecter les droits de la personne et la culture des peuples autochtones en période de crise de santé publique.

Quel type de leadership est nécessaire?

Les périodes de crise donnent l'occasion aux dirigeants des soins infirmiers d'assurer le bien-être du personnel des soins de santé. Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions changeantes et complexes rapidement durant une pandémie comme celle de la COVID-19, les dirigeants des soins infirmiers sont également aux prises avec des dilemmes éthiques qui créent des conflits et du désarroi sur le plan moral. Le scénario de l'infirmière gestionnaire Georgia en témoigne clairement. Dans cette situation, Georgia est préoccupée par son personnel infirmier et fait de son mieux pour les représenter. Cependant, il semble que ses préoccupations et sa représentation passent inaperçus. Ce scénario illustre le besoin essentiel d'ouverture et de transparence du leadership en soins infirmiers. De telles caractéristiques en matière de leadership atténueraient une partie du blâme dirigé vers Georgia par le personnel.

Les crises constituent aussi l'occasion pour les dirigeants des soins infirmiers d'établir des liens avec les infirmières et infirmiers en soins directs de manière compatissante. Une telle connexion est vitale en période d'incertitude. Malheureusement, lors de crises, comme une pandémie, les dirigeants optent plutôt parfois pour un style de leadership qui ordonne et contrôle, ce qui réduit les infirmières et infirmiers au silence et les exclut, alors qu'ils devraient participer et être soutenus. Lorsque les dirigeants s'efforcent de trouver des solutions face à l'incertitude d'une pandémie, puiser dans l'intelligence et l'expérience collectives des infirmières et infirmiers en soins directs revêt plus d'importance que jamais auparavant. Le leadership compatissant est un refuge pour les infirmières et infirmiers qui luttent contre le stress et peut leur permettre de composer avec les aspects de leur travail qu'ils craignent ou qui les accablent.

Pour appuyer le bien-être des infirmières et infirmiers dans des milieux évoluant rapidement lors d'une pandémie, les dirigeants doivent être visiblement présents, comprendre les craintes et l'épuisement du personnel infirmier chaque jour et poser les questions fondamentales, mais essentielles, telles que « comment puis-je vous aider? » Le leadership compatissant signifie écouter et comprendre les raisons de la détresse parmi les infirmières et infirmiers; cela signifie également faire preuve d'honnêteté et de transparence lorsqu'il faut prendre des décisions difficiles (West et Chowla, 2017). Pendant une crise, des messages cohérents à tous les échelons du leadership sont essentiels afin que les infirmières et infirmiers sachent ce que l'on attend d'eux et se sentent en confiance et soutenus dans leur décision de se présenter au travail et de prodiguer des soins.

Références

- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., . . . Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*, 388(10040), 131-157. doi:10.1016/S0140-6736(16)00345-7
- Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B. et Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(15), E400-E404.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2003). *SARS unmasked: Celebrating resilience, exposing vulnerability*. Tiré de <https://rnao.ca/policy/reports/sars-unmasked>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/ethique-infirmiere>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2018). *Préparation aux situations d'urgence et capacité d'intervention* [énoncé de position]. Tiré https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-preparation-aux-situations-durgence-et-capacite-dintervention_dec-2018.pdf?la=fr&hash=2939417F2CF4B11DCFC39D16E8A3F2F1C5847C5D
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2020). *Messages clés sur l'EPI de l'AIIC*. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/ppe-and-ethical-dilemmas_f.pdf?la=fr&hash=A4765BF70AD07A4F8008EDE06546E612C62F26AB
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de soins palliatifs et 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://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/lapproche-palliative-des-soins-et-role-des-infirmieres_f.pdf?la=fr&hash=2C7D91767BBC21A7C06F43AB411C3F11511962F3
- Austin, W. (2008). Ethics in a time of contagion: A relational perspective. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40(4), 10-24.
- Bradbury-Jones, C. et Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*. Tiré de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15296>
- British Columbia Centre on Substance Use. (s.d.). COVID-19. Tiré de <https://www.bccsu.ca/covid-19/>
- Broom, A. et Broom, J. (2017). Fear, duty and the moralities of care: The Ebola 2014 threat. *Journal of Sociology*, 53(1), 201-216. doi/10.1177/1440783316634215
- Campbell, A. (2006). *Spring of fear: The SARS commission*. Toronto : gouvernement de l'Ontario. Tiré de http://www.archives.gov.on.ca/en/e_records/sars/report/index.html
- Carnevale, F. A. (2020). *COVID-19 pandemic measures: Ethical consequences of barring families from hospitals and long-term care centers*. Tiré de <https://medium.com/@franco.carnevale/covid-19-pandemic-measures-ethical-consequences-of-barring-families-from-hospitals-and-long-term-951b812e7f49>

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 www.trc.ca

Conseil canadien de la santé. (2012). *Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain*. Tiré de https://conseilcanadiendelasante.ca/files/Aboriginal_Report_2012_FR_final.pdf

Gagnon, M. et Perron, A. (2019). Whistleblowing: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/nhs.12667>

Greenaway, K. (2020). Nurse describes chaos at CHSLD Vigi Mont-Royal: 'Everybody is trying their best and everybody is failing'. *Montreal Gazette*. Tiré de <https://montrealgazette.com/news/local-news/nurse-describes-chaos-at-chsld-vigi-mont-royal-everybody-is-trying-their-best-and-everybody-is-failing/>

Greenwood, M., Lindsay, N., King, J. et Loewen, D. (2017). Ethical spaces and places: Indigenous cultural safety in British Columbia health care. *AlterNative*, 13(3), 179–189. doi:10.1177/1177180117714411

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315), 1423-1429. doi:10.1016/S0140-6736(02)08357-5

McGillis Hall, L., Angus, J., Peter, E., O'Brien-Pallas, L., Wynn, F. et Donner, G. (2003). Media portrayal of nurses' perspectives and concerns in the SARS crisis in Toronto. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3). 211-216.

Stajduhar, K. et Mollison, A. (2018). *Too little, too late: How we fail vulnerable Canadians as they die and what to do about it*. Université de Victoria. Tiré de <https://www.uvic.ca/research/groups/peol/assets/docs/too-little-too-late.pdf>

Statistique Canada. (2019). *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2018*. Tiré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00018-fra.htm>

Thank you, and stay safe: Readers' tributes to front-line workers in the coronavirus fight. (16 avril 2020). *The Globe and Mail*. Tiré de <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-thank-you-and-stay-safe-readers-tributes-to-front-line-workers-in/>

Thorne, S. (2015). Does nursing represent a unique angle of vision? If so, what is it? *Nursing Inquiry*, 22(4), 283-284.

Tomlinson, K. et Robertson, G. (27 avril 2020). "It took a pandemic: Why systemic deficiencies in long-term care facilities pose such a danger to our seniors". *Globe and Mail*. Tiré de <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-it-took-a-pandemic-why-systemic-deficiencies-in-long-term-care/>

West, M. A. et Chowla, R. (2017). Compassionate leadership for compassionate health care. In P. Gilbert (éd.), *Compassion: Concepts, research and applications*. Londres : Routledge.