

Le suicide assisté dans un milieu de soins aigus :

Quels sont les rôles des infirmières et quels facteurs influencent leurs attitudes ?

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Jessica Martin et Florence Vairoli
Promotion Bachelor 2014-2017

Sous la direction de Nathalie Déchanez

Haute École de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 13 juillet 2017

Résumé

But : ce travail de Bachelor est une revue de littérature dont le but est de mettre en lumière les différents facteurs qui influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté dans un milieu de soins aigus et de déterminer leurs rôles dans ce type de processus de fin de vie.

Méthode : six études en lien avec notre question de recherche ont été sélectionnées à partir de deux bases de données : CINHAL et Medline. Ces études ont été retenues en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion avant d'être analysées à l'aide de grilles.

Résultats : les études ont démontré que les facteurs individuels, sociaux, politiques et économiques influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté. Il en ressort que l'Evidence Based Nursing permet aux infirmières de se positionner et de prendre la décision la plus adéquate lorsqu'elles se trouvent confrontées à un patient souhaitant un suicide assisté. De plus dans les milieux de soins aigus, le rôle infirmier face au suicide assisté n'est pas clairement défini.

Conclusion : cette revue de littérature met en lumière les facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté. De plus, elle permet de mettre en évidence les rôles des infirmières et l'évolution de leurs comportements dans ce type de décision de fin de vie.

Mots-clés : *assisted suicide, attitude, nurse, nurse attitude, palliative care*

Remerciements

Nous remercions notre Directrice de travail de Bachelor, Madame Nathalie Déchanez, pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de cette revue de littérature.

Nous adressons un « merci particulier » à Madame Claudine Martin pour la relecture de cet écrit et à nos familles respectives et amis qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de ce travail.

Enfin, nos remerciements vont à nos collègues de classe de la promotion Bachelor 2014 pour leur soutien, leurs encouragements et leurs conseils lors de l'élaboration de cette revue de littérature.

Table des matières

Table des matières.....	2
Introduction.....	8
1. Problématique	9
2. Apports théoriques	10
2.1. Aspects juridiques.....	10
2.1.1. Au niveau national.....	10
2.1.2. Au niveau cantonal.....	11
2.1.3. Au niveau communal.....	12
2.2. Aspects éthiques.....	12
2.2.1. Commission nationale d'éthique (CNE).....	12
2.3. Diverses prises de position.....	14
2.3.1. Positionnement de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI).....	14
2.3.2. Positionnement de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).....	15
2.4. Organisations d'aide au suicide.....	15
2.4.1. Exemples de critères pour une association (EXIT).....	16
2.5. Rôles des soignantes	17
3. Question de recherche	17
4. Cadre de référence et cadre conceptuel	19
4.1. Concepts.....	19

4.1.1. Attitude.....	19
4.1.2. Comportement de santé.....	19
4.1.3. Rôles des infirmières en soins aigus.....	20
4.2. Cadre de référence.....	22
4.2.1. Théorie du comportement planifié (TCP).....	22
4.2.2. Evidence Based Nursing (EBN).....	25
5. Méthodologie.....	27
5.1. Procédure de recherche.....	27
5.1.1. Stratégie 1.....	27
5.1.2. Stratégie 2.....	28
5.1.3. Stratégie 3.....	29
5.1.4. Stratégie 4.....	30
5.1.5. Stratégie 5.....	30
5.1.6. Stratégie 6.....	32
5.1.7. Stratégie 7.....	32
5.1.8. Stratégie 8.....	33
5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	33
5.3. Extraction des données.....	34
6. Résultats.....	34
6.1. Catégorisation des résultats.....	35
6.1.1. Facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté (=3).....	35
6.1.1.1. Religion.....	36
6.1.1.2. Valeurs personnelles et professionnelles.....	37

6.1.1.3. Localisation géographique et son cadre légal.....	38
6.1.1.4. Niveau de formation.....	38
6.1.1.5. Unité de soins.....	39
6.1.1.6. Relation avec le patient.....	39
6.1.2. Composants qui influencent les infirmières dans les décisions de suicide assisté (n=5).....	39
6.1.2.1. Souffrance.....	41
6.1.2.2. Stade de la maladie.....	41
6.1.2.3. Relation avec le patient.....	42
6.1.2.4. Types de décision de fin de vie.....	42
6.1.2.5. Lieu de travail.....	43
6.1.2.6. Taux de pourcentage de travail, expérience et nombre de patients nécessitant des soins palliatifs.....	44
6.1.2.7. Le niveau de formation.....	44
6.1.3. Rôle infirmier dans le processus du suicide assisté (n=6).	44
6.1.3.1. Administration de médicaments létaux.....	44
6.1.3.2. Discussion avec le patient et sa famille.....	45
6.1.3.3. Discussion avec le médecin.....	46
6.1.3.4. Discussion avec les collègues.....	46
6.1.3.5. Rôle de soutien.....	46
7. Discussion	48
7.1. Analyse et regard critique des recherches sélectionnées.....	48
7.2. Discussion des résultats	52
7.2.1. Facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté (=3).....	53

7.2.2. Composants qui influencent les infirmières dans les décisions du suicide assisté (n=5).....	56
7.2.3. Rôle infirmier dans le processus du suicide assisté (n=6).	59
7.2.4. Liens entre les résultats et les cadres de référence et conceptuel. ...	61
7.3. Réponse à la question de recherche.....	62
7.4. Implications pour la pratique infirmière.....	63
7.5. Besoins en recherches ultérieures.....	65
7.6. Limites de la revue.....	67
Conclusion	68
8. Liste de références bibliographiques	69
9. Annexes	74
Annexe A : Déclaration d'authenticité	74
Annexe B : Schémas du processus de recherche.....	75
Annexe C : Synthèse et catégorisations des résultats.....	79
Annexe D : Tableaux de synthèse des recherches	80
Tableau résumé des études.....	80
Tableau des limites et des recommandations des études.....	82
Tableau de niveau de signification des études.	87
Annexe E : Grille de résumé d'un article scientifique	88
Recherche 1	88
Annexe F : Grille de lecture critique d'un article scientifique	98
Recherche 1.	98
Annexe G : Grille de résumé d'un article scientifique.....	101
Recherche 2.	101

Annexe H : Grille de lecture critique d'un article scientifique	105
Recherche 2.	105
Annexe I : Grille de résumé d'un article scientifique	108
Recherche 3.	108
Annexe J : Grille de lecture critique d'un article scientifique	118
Recherche 3.	118
Annexe K: Grille de résumé d'un article scientifique	121
Recherche 4.	121
Annexe L : Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	129
Recherche 4.	129
Annexe M : Grille de résumé d'un article scientifique	132
Recherche 5.	132
Annexe N : Grille de lecture critique d'un article scientifique.....	138
Recherche 5.	138
Annexe O : Grille de résumé d'un article scientifique.....	141
Recherche 6.	141
Annexe P : Grille de lecture critique d'un article scientifique	147
Recherche 6.	147

Liste des figures

Figure 1. Schématisation de la Théorie du comportement planifié (TCP).....	23
Figure 2. Schématisation du processus d'EBN	26

Introduction

Aujourd'hui, suite aux différentes situations rapportées par les médias, le suicide assisté est au cœur des discussions et suscite un vif débat dans la société actuelle et nous pose des questions complexes au niveau social, individuel, juridique et éthique.

Depuis que le cadre légal de certains cantons l'autorise au sein des hôpitaux et EMS, les infirmières se retrouvent de plus en plus confrontées aux situations de patients désirant avoir recours au suicide assisté. Pour les soignantes¹, les demandes d'assistance au suicide soulèvent de multiples questions et engendrent des dilemmes moraux. Leurs croyances ainsi que leurs valeurs personnelles et professionnelles influencent leurs attitudes face au suicide assisté. Comment les infirmières² peuvent-elles accompagner adéquatement une personne désirant avoir recours au suicide assisté tout en respectant ses propres valeurs, ses ressentis et ses émotions.

Ainsi, à travers notre revue de littérature, nous allons identifier les différents facteurs influençant les attitudes des soignantes et déterminer leurs rôles dans ce type de décision de fin de vie. Nous commencerons notre travail par développer notre problématique, puis nous définirons les concepts et les cadres de référence. Par la suite, nous détaillerons la méthode de recherche utilisée avant de relater et discuter des résultats obtenus dans le but d'apporter une réponse à notre question de recherche.

¹ Le terme « soignante » comprend les infirmiers masculins et féminins.

² Le terme « infirmière » comprend les soignants masculins et féminins.

1. Problématique

En 2014, 742 cas de suicide assisté ont été enregistrés en Suisse, ce qui représente 26% de plus qu'en 2013 et 2.5 fois plus qu'en 2009 (Junker, 2016a, p. 1). L'aide au suicide représente chaque année 1,5% des 65'000 décès (Agence télégraphique suisse [ATS], 2016b). Junker (2016b) suppose que cette augmentation est probablement due au vieillissement de la population suisse (p. 1).

L'aide au suicide est sollicitée par une personne lorsqu'elle juge que sa vie n'est plus digne d'être vécue suite à une maladie somatique grave. Selon Junker (2016b), 42% des demandes de suicide assisté concernent les patients atteints du cancer, 14% proviennent de maladies neurodégénératives, 11% résultent de maladies cardiovasculaires et 10% émanent de maladies de l'appareil locomoteur (p. 2).

En 2013, Exit Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) comptait 18'564 membres (Zuercher, 2014), tandis qu'en juin 2017, Exit Suisse Romande enregistre 25'151 membres (EXIT ADMD Suisse Romande, 2017a). Le Docteur Jérôme Sobel, président de l'association Exit Suisse romande, lors d'une interview au Journal du 19h30 de la Radio Télévision Suisse (RTS), explique cette évolution par le fait que la Suisse est un pays ouvert où les personnes ont accès à l'information. Elles possèdent la liberté d'expression leur permettant d'émettre leurs souhaits quant au choix de cheminement de leur fin de vie (Coro, 2016).

Des études publiées dans des revues médicales et des sondages rapportés par des journalistes dans différents médias montrent que la population est plutôt favorable à l'assistance au suicide. Selon Burkhardt (2011) sur 1'000 personnes sondées par Exit en 1999, 71% d'entre elles sont favorables au suicide assisté (p. 86).

Suite à un sondage effectué par l'Institut M.I.S. Trend à Lausanne et à Berne auprès de 603 citoyens suisses, la revue « l'Hebdo » révélait en avril 2009 que 56,5% des personnes interrogées envisageraient de recourir à une assistance au suicide en cas de maladies graves et sans espoir de guérison (Burkhardt, 2011, p. 87).

2. Apports théoriques

2.1. Aspects juridiques

2.1.1. Au niveau national.

Aujourd'hui, la Suisse est l'un des seuls pays avec les Pays-Bas, la Belgique et l'État d'Oregon (États-Unis) où l'aide au suicide n'est pas punissable [Traduction libre] (Pereira, Laurent, Cantin, Petremand & Currat, 2008, p. 660). Depuis 1918, l'article 115 du Code pénal suisse autorise l'assistance au suicide pour autant que cet acte ne comprenne pas de mobiles égoïstes (Burkhardt, 2011, p. 13). Le premier malade a mis fin à ses jours en 1985 avec l'aide d'Exit Suisse alémanique (Burkhardt, 2011, p. 13).

Junker (2016a) affirme que « l'assistance au suicide consiste à fournir à une personne une substance létale qu'elle ingère elle-même, sans intervention extérieure, pour mettre volontairement fin à ses jours » (p. 1).

Il est important de différencier le suicide assisté des trois sortes d'euthanasie définies par l'Office fédéral de la justice (n.d) :

- L'euthanasie active directe comme « homicide intentionnel dans le but d'abrèger les souffrances d'une personne » (p. 1),
- l'euthanasie active indirecte comme un acte qui « est réalisée lorsque, pour soulager des souffrances, des substances sont administrées dont les effets

secondaires sont susceptibles de réduire la durée de la survie » (p. 1),

- l'euthanasie passive est la « renonciation à mettre en œuvre des mesures de maintien de la vie ou interruption de celles-ci » (p. 1).

2.1.2. Au niveau cantonal.

En 2003, le Canton de Vaud a légiféré une loi concernant la mort dans la dignité. L'article 34 de la Constitution du Canton de Vaud du 14 avril 2003 (= Cst. / VD (RS 131.231) stipule que « toute personne a droit aux soins médicaux essentiels et à l'assistance nécessaire devant la souffrance. Toute personne a le droit de mourir dans la dignité ». En janvier 2006, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) est le premier hôpital à autoriser le suicide assisté dans le cadre de son établissement (Wasserfallen, 2006). Il sera suivi par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Tribune de Genève, 2016). Aujourd'hui, les Cantons de Neuchâtel et du Valais ont également autorisé le suicide assisté au sein de leurs hôpitaux. Cependant, d'autres cantons ne se sont pas encore prononcés concernant l'assistance au suicide au sein de leurs établissements hospitaliers et de leurs EMS (Tribune de Genève, 2016).

Malgré de nombreux essais pour joindre le Président de la commission d'éthique de l'Hôpital cantonal de Fribourg, il nous a été impossible de prendre contact avec lui. Nous ne sommes donc pas en mesure de déterminer si des protocoles sont instaurés au sein de l'Hôpital canton de Fribourg en ce qui concerne le suicide assisté.

Cité par l'Agence Télégraphique Suisse (2016a), Éric Bonvin, directeur général de l'Hôpital du Valais, déclare que les demandes d'assistance au suicide restent rares dans ses hôpitaux ; en moyenne, une à deux demandes sont faites par année.

2.1.3. Au niveau communal.

Ce cadre légal donne la liberté aux établissements de soins de choisir si l'assistance au suicide peut être effectuée ou non au sein de ses murs et leur propose de déterminer les conditions nécessaires au suicide assisté. Madame Nadia Marchon, Directrice adjointe des soins de l'Hôpital intercantonal de la Broye, nous transmet qu'aucune procédure n'est mise en place actuellement quant au suicide assisté dans la commune de Payerne.

2.2. Aspects éthiques

2.2.1. Commission nationale d'éthique (CNE).

La Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine s'est positionnée en 2005 concernant le suicide assisté au sein des hôpitaux et des EMS. Elle recommande encore aujourd'hui que

Chaque institution doit déterminer clairement quant à l'éventualité d'admettre le suicide assisté. Cette institution doit pouvoir justifier son choix envers les patients. Si cette pratique est autorisée, l'institution devrait mettre en place les conditions-cadres permettant sa réalisation dans des conditions optimales, en veillant qu'elle n'entraîne pas de désagrément pour les autres patients. Ici aussi, la clause de conscience doit être respectée pour l'ensemble du personnel concerné (Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, 2005, p. 54).

Burkhardt (2011) relève les recommandations de la CNE concernant les critères de demande de suicide assisté :

- La capacité de discernement ne peut être vérifiée qu'après plusieurs entretiens personnels d'une certaine durée, qui dépendent de la situation concrète qui caractérise le suicidant ;
- le désir de suicide doit découler d'une grave souffrance liée à une maladie (dans un sens large, aussi handicap p.ex.). Le fait d'être insatisfait de sa vie, un pessimisme existentiel ne sont pas des critères suffisants ;
- l'assistance au suicide ne doit pas être apportée aux personnes atteintes d'une maladie psychique chez qui la tendance suicidaire est l'expression

ou le symptôme de l'affection, par ailleurs guérissable ou passagère. Dans le doute sur la présence d'une maladie mentale, l'avis d'un spécialiste est nécessaire ;

- le désir de mourir doit être durable et constant : il faut un délai de réflexion suffisant, car le facteur « temps » peut, selon les cas, être susceptible de modifier la situation dans laquelle le désir de mort est né ;
- le désir de suicide ne doit être déterminé par aucune pression extérieure (proches, crainte d'être un fardeau, isolement social, impasses financières). Ceci est particulièrement à craindre dans les suicides de couple par exemple ;
- explorer toutes les autres possibilités (traitement, aide sociale), en tenant compte de l'avis du suicidant (Burkhardt, 2011, p. 67).

Toutefois, prodiguer la mort à une personne ne fait pas partie de la mission des établissements hospitaliers. Les établissements de soins ont pour objectif de préserver la vie et la santé de leurs patients. Ils prennent en charge toutes détresses humaines liées à la maladie. Ils assurent un confort à une personne en fin de vie grâce à un accompagnement empreint d'empathie. Ils prennent soin d'intégrer la famille et d'utiliser des moyens pharmacologiques ou des thérapies alternatives (Conseil d'éthique clinique, 2006, p. 1).

Les rôles des infirmières lors d'un suicide assisté sont contradictoires. En effet, d'un côté, on attend d'elles qu'elles soulagent les souffrances, respectent la dignité et les souhaits du patient et, d'un autre côté, elles se trouvent confrontées à leur déontologie professionnelle qui consiste à préserver la vie.

Selon le conseil d'éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève (2006), les rôles des infirmières, dans le processus de suicide assisté, sont d'écouter le patient, de discuter avec lui afin de clarifier sa demande et de lui proposer des alternatives de thérapies ou des soins palliatifs dans le but de soulager ses souffrances (p. 6).

2.3. Diverses prises de position

2.3.1. Positionnement de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI).

L'Association suisse des infirmiers et infirmières (2005) a pris position sur le sujet. Elle déclare que :

Si l'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers, il ne s'agit pas pour autant d'abandonner le patient au moment où il demande un dernier service à ses soignants. Répondre au souhait de suicide d'un patient, en professionnelle, c'est continuer à l'accompagner et à le soigner avec respect et sans juger de sa décision et de ses sentiments, ni de ceux de son entourage (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2006, p. 2).

De plus, l'ASI (2015) a publié des recommandations concernant le rôle infirmier lors d'un suicide assisté :

Ce que vous pouvez faire :

- Écouter avec attention le patient et s'engager dans tout ce qu'il est possible de faire pour soulager ses souffrances morales et/ou physiques et tout inconfort lié à sa maladie.
- Partager avec l'équipe ce que l'infirmière vit suite à cette décision et chercher du soutien.
- Discuter et explorer avec le patient et en équipe des possibilités existantes pour que la décision du patient de se donner la mort puisse être réalisée.
- Accompagner sa famille et ses proches.
- Demander à être relevée de la responsabilité des soins donnés à ce patient s'ils sont trop lourds pour vous.
- Ou assister, si le patient, sa famille et si vous-même n souhaitez, à ses derniers instants.

Ce que vous ne pouvez pas faire :

- Procurer la substance mortelle, la préparer et la mettre à portée du patient, même sur délégation du médecin (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2006, p. 2).

2.3.2. Positionnement de l'Académie Suisse des Sciences Médicales

(ASSM).

Les directives de l' ASSM affirment que :

La prise en charge des patientes et patients en fin de vie stipule que la mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, bien au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. Toutefois les directives reconnaissent qu'un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir. Dans une telle situation, la décision morale personnelle du médecin d'apporter une aide au suicide doit être respectée (2012, p. 1).

De ce fait, le médecin a la responsabilité de vérifier si les exigences suivantes sont présentes afin qu'il puisse prescrire la substance létale au patient.

Les critères sont : la fin de vie du patient est proche dû à la maladie dont il souffre ; d'autres alternatives de traitements ont été proposées et mis en œuvre si le patient a donné son accord ; le médecin a le devoir de vérifier que le patient est capable de discernement, que son désir de mourir est persistant et ne résulte pas d'une pression extérieure. Il doit vérifier également que l'envie de suicide ne soit pas due à une maladie psychique. Avant que le médecin prescrive la substance mortelle, un autre expert doit évaluer la capacité de discernement du patient (ASSM, 2012, p. 2).

Dans tous les cas, le dernier geste du processus conduisant à la mort doit être accompli par le patient lui-même.

2.4. Organisations d'aide au suicide

Pour avoir accès à l'assistance au suicide, la population peut avoir recours à des organisations d'assistance au suicide.

Les premières organisations d'assistance au suicide sont apparues voici 35 ans :

- Exit ADMD Suisse romande en 1982 (EXIT ADMD Suisse romande, 2017c),

- EXIT Suisse alémanique en 1982 (EXIT Deutsche Schweiz, 2016),
- EXIT International en 1997 (EXIT International, 2011),
- Dignitas en 1998 (DIGNITAS, 2017).

Exit ADMD Suisse romande et EXIT Suisse alémanique offrent ses prestations uniquement aux personnes domiciliées en Suisse tandis que Dignitas et EXIT International offrent leur service au niveau international.

Chaque association a basé ses critères en fonction des recommandations de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine.

2.4.1. Exemples de critères pour une association (EXIT).

Les critères d'EXIT A.D.M.D Suisse romande (2017b) sont les suivants :

1. Être membre de l'association **EXIT** Suisse romande depuis un certain temps.
2. Être domicilié en Suisse.
3. Avoir son discernement.
4. Faire une demande manuscrite ou si le membre ne peut plus écrire par acte notarié, **avec** un dossier médical complet, rédigé par un médecin exerçant en Suisse.
5. Soit être atteint d'une maladie incurable ou d'une invalidité importante ou avoir des souffrances intolérables.
6. Soit être atteint de polypathologies invalidantes liées à l'âge.

En juin 2017, Klaus Hotz, représentant de l'association Exit en Suisse alémanique, souhaite élargir ses critères de demande d'assistance au suicide. En effet, il veut accorder l'assistance au suicide aux personnes âgées de plus de 80 ans et ne souffrant pas de maladies incurables (cité dans Tribune de Genève, 2017).

L'assouplissement des critères ne risquerait-il pas de nuire à l'assistance au suicide ? En effet, la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine

craint les abus et pourrait demander au Conseil national de renforcer le cadre légal car elle explique qu'un risque d'abus consécutif à l'autorisation de l'assistance au suicide peut amener à une perte de contrôle des suicides assistés (2005, p. 45).

2.5. Rôles des soignantes

Selon la recommandation n° 9 de la CNE qui concerne les professionnels de la santé :

Les médecins ainsi que le personnel soignant font face à un conflit d'éthique professionnelle du fait que leur profession implique un engagement pour la vie et non pour la mort. C'est la raison pour laquelle l'assistance au suicide ne peut guère faire partie de la compréhension que se font de leur mission les membres des professions de santé. Lorsque des médecins pratiquent néanmoins l'aide au suicide, ils le font de leur propre chef. Les professionnels de la santé ne doivent encourir aucune désapprobation morale ni aucune sanction professionnelle du fait de leur détermination, en conscience, en faveur ou contre l'assistance au suicide. Les professionnels de santé doivent être adéquatement formés aux soins en fin de vie. Cette formation devrait traiter des questions éthiques et des dilemmes que posent les situations de suicide et de suicide assisté (Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, 2005).

3. Question de recherche

La problématique du suicide assisté questionne quant au niveau éthique et déontologique concernant l'adoption de comportements adéquats du corps infirmier face à un patient désirant une aide au suicide. Le suicide assisté va à l'encontre de la déontologie infirmière qui est de promouvoir la santé, prévenir la maladie, soulager la souffrance et restaurer la santé (Conseil International des Infirmières, 2012, p. 1).

De plus, le suicide assisté peut être une source d'épuisement pour les infirmières car il va à l'encontre de leurs propres valeurs. Comme le souligne Hélène Brioschi Levi, directrice des soins au CHUV, le suicide assisté est un nouveau défi pour les équipes et pour les directions des institutions (cité dans Longerich, 2013, p 61).

Nous constatons que peu d'informations dans la littérature mettent en évidence les attitudes et le rôle des infirmières face au suicide assisté (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p.135).

Suite à la complexité de cette problématique, la question de recherche consiste à déterminer :

Quels facteurs influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté et quels sont leurs rôles dans ce type de décision de fin de vie ?

Cette question semble pertinente car le nombre de suicides assistés augmente en Suisse. Depuis quelques années, certains hôpitaux et EMS acceptent que le suicide assisté soit effectué dans le cadre de leurs établissements. Pour les soignantes, les demandes d'assistance au suicide engendrent de multiples questionnements, voire des remises en question.

En tant que future professionnelle de la santé, cette question de recherche nous semble importante car les infirmières ont un rôle d'accompagnement et de soutien envers les patients demandant un suicide assisté. Il nous semble donc primordiale que les infirmières puissent adopter un comportement adéquat afin d'accompagner au mieux le patient dans sa démarche.

4. Cadres de référence et cadre conceptuel

Nous allons mettre en évidence les concepts clés en lien avec cette revue de littérature. Puis, nous définirons le cadre théorique choisi afin d'analyser les résultats de notre recherche.

4.1. Concepts

Cette question de recherche englobe trois concepts : l'attitude, le comportement de santé et le rôle infirmier en soins aigus.

4.1.1. Attitude.

L'attitude est un concept en lien avec notre cadre théorique puisque qu'elle détermine un comportement. Allport définit l'attitude comme :

Un état mental et neuropsychologique de préparation de l'action, organisé à la suite de l'expérience et qui concerne une influence dynamique sur le comportement de l'individu vis-à-vis de tous les objets et de toutes les situations qui s'y rapportent (1976, cité dans Formarier, 2016, p. 81).

L'attitude des infirmières est influencée par leurs perceptions positives ou négatives du suicide assisté. Toutes ont leur propre manière de concevoir cet acte en fonction de différents facteurs personnels, psychologiques, sociaux et émotionnels. L'attitude détermine le comportement que l'individu va adopter (Formarier, 2016, p. 82).

4.1.2. Comportement de santé.

Watson (1999) définit le comportement comme « [...] l'ensemble des réactions objectivement observables qu'un organisme généralement pourvu d'un système nerveux exécute en réponse aux stimulations du milieu, elles-mêmes objectivement

observables » (1999, cité par Déchanez & Kerspern, 2015, p. 8). Selon Formarier (2016), « les comportements peuvent être innés ou acquis, conscients ou inconscients, volontaires ou involontaires, automatiques ou contrôlés » (p. 115).

Dans la santé, les comportements sont influencés par divers éléments. Lévanthal et al. les citent :

- Facteurs sociaux (apprentissage, renforcements et normes sociales) ;
- facteurs génétiques ;
- facteurs émotionnels, anxiété, stress ;
- symptômes perçus, fatigue, douleurs ;
- croyances des individus en matière de santé et maladie ;
- croyances des professionnels de santé (2002, cité dans Formarier, 2012 p. 116).

4.1.3. Rôles des infirmières en soins aigus.

Quatre dimensions fondamentales sont à prendre en compte dans le rôle infirmier : le soin, la personne, l'environnement et la santé. Il nous paraît important de les mettre en relation avec le modèle intermédiaire culturel de Michel Nadot (2008, cité dans Busset & Gross, 2016). Ce modèle met en évidence le rôle central des infirmières dans chacune des dimensions citées ci-dessus.

- La grille SC1 de Nadot tient compte du système socio-sanitaire. Elle comprend le fonctionnement de l'établissement et de l'unité de soins aussi bien d'un point de vue politique qu'économique. Elle peut être mis en lien avec la dimension environnementale. L'environnement est un facteur qui peut influencer les soignantes dans la prise en charge d'un suicide assisté. La Suisse a légalisé le suicide assisté, cependant peu de protocoles sont mis en place dans les établissements hospitaliers (Busset & Gross, 2013a).
- La grille SC2 concerne la fonction médico-déléguée. Le rôle des infirmières selon Nadot est de transmettre les informations et les observations au corps médical ainsi que d'appliquer les ordres médicaux. Leurs

responsabilités consistent à ne pas mettre la personne en danger et de vérifier si les mesures diagnostiques et thérapeutiques ont été appliquées. De plus, elles doivent pouvoir évaluer les symptômes et les signes cliniques de la pathologie afin de les atténuer. Elles ont également un rôle dans l'identification de l'évolution de la pathologie. Elles sont capables d'évaluer l'efficacité du traitement ainsi que ses effets attendus et secondaires. Nous pouvons comparer cette grille à la dimension de la santé (Busset & Gross, 2013b). L'Organisation mondiale de la Santé (2017) définit la santé comme « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Rappelons que le suicide assisté va à l'encontre de la déontologie médicale et infirmière qui est la préservation de la vie. Cependant, selon la déontologie, les infirmières ont le devoir de soulager les souffrances des patients.

- La grille SC3 comprend deux pôles : le premier pôle concerne la personne soignée et son entourage ; les infirmières auront une relation d'aide et de soutien dans les moments de crise et dans les différentes étapes de la vie des différents acteurs. Le deuxième pôle s'intéresse aux soignantes : elles utilisent leurs ressources personnelles et collectives pour prendre en charge adéquatement le patient selon ses besoins et ses attentes (Busset & Gross, 2013c). Cette grille peut être associée à la dimension de la personne. Aborder le sujet de la fin de vie est un moment délicat pour le malade, son entourage et pour les soignantes. S'en aller paisiblement ou recourir au suicide assisté est les deux seules alternatives dignes et acceptables dans un contexte de fin de vie. La dignité est un concept important pour les patients et les soignantes. Elle est définie par le

dictionnaire le Nouveau Petit Robert de la langue française comme le « respect que mérite quelqu'un : principe de la dignité de la personne humaine selon laquelle la personne doit être traitée comme une fin en soi. Respect de soi, amour-propre, fierté, tenue » (2008, cité dans Gruat, 2016, p. 157).

La dimension du soin peut être liée aux trois grilles. Les interventions infirmières contribuent au développement, au maintien de la santé et à la prévention des risques pour la santé. De plus, les infirmières soutiennent les patients durant leurs traitements et les aident à supporter les effets de la maladie et des thérapies. Toutes ces interventions permettent de maintenir la meilleure qualité de vie possible (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2008). La qualité de vie est définie par le patient lui-même, c'est pourquoi, dans cette dimension, les infirmières travaillent en partenariat avec le patient pour l'accompagner dans ses prises de décisions concernant sa fin de vie.

4.2. Cadres de référence

Ce chapitre met en évidence deux cadres de référence qui permettront d'analyser les résultats et de répondre à notre question de recherche qui consiste à identifier les attitudes des infirmières face au suicide assisté dans un milieu de soins aigus.

4.2.1. Théorie du comportement planifié (TCP).

La théorie du comportement planifié présenté par Ajzen (1991) complète les travaux réalisés par Fishbein et Ajzen (1975) lors du développement de la théorie de l'action raisonnée (TAR) (cité dans Godin & Vézina, 2012, p. 21) (voir Figure 1).

Elle permet de comprendre l'apparition des comportements des professionnels de la santé face au suicide assisté (Formarier, 2016, p. 116b).

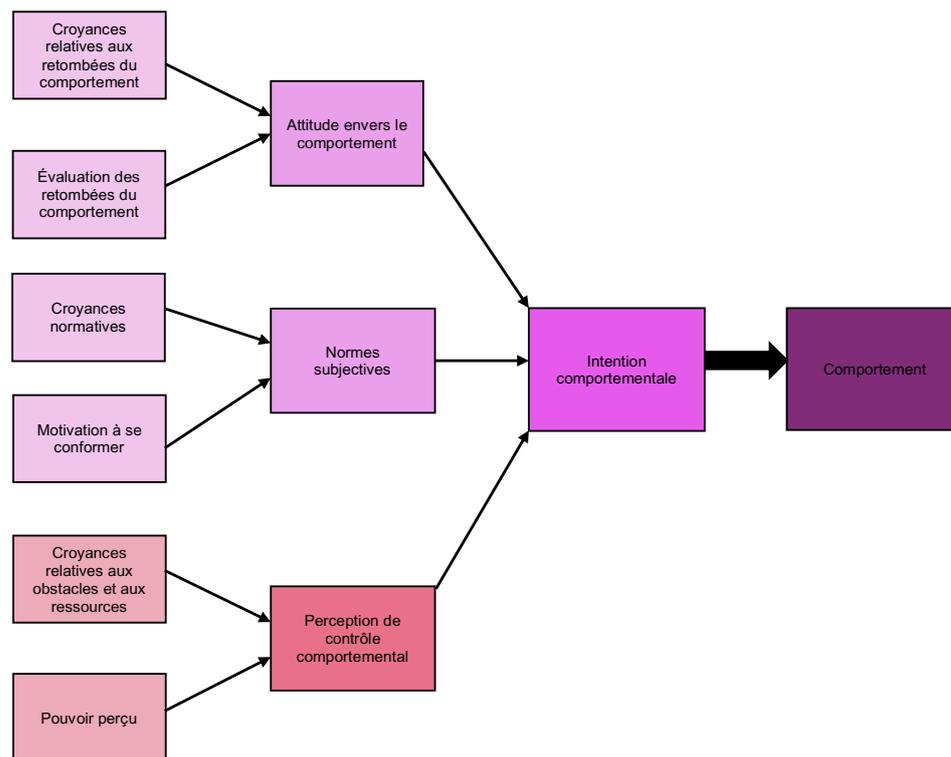


Figure 1. Schématisation de la Théorie du comportement planifié (TCP) (Ajzen 1985 ; 1991).

Source : Tiré de Godin, G & Vézina- Im, L.-A. (2012). Les théories de prédiction. Dans G. Godin (Éd.) Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir (1^{ère} éd., pp.15-44). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

Les normes subjectives font référence à l'individu qui porte de l'importance à l'opinion des autres sur son comportement et se conforme donc à ces opinions. De plus, les normes subjectives et les attitudes sont définies par des croyances normatives et des croyances comportementales (Godin & Vézina, 2012, p. 21).

Les croyances normatives sont définies par Godin (2012) comme des « croyances résultant d'une analyse personnelle et subjective d'une opinion de personnes ou de groupes de personnes importants pour la personne au sujet du comportement étudié » (p. 297). Elles sont liées à la motivation à être dans la norme.

Les croyances comportementales sont des « croyances concernant les conséquences positives ou négatives qui pourraient survenir suite à l'adoption d'un comportement » (Godin, 2012, p. 297). Elles sont en lien avec l'évaluation des conséquences.

Cette théorie inclut uniquement les comportements volontaires qui sont limités dans certaines situations et certains contextes. C'est pourquoi, Ajzen a complété la TAR avec la perception du contrôle comportemental (1991, cité dans Godin & Vézina, 2012, p. 21-22). Ce nouvel élément « reflète la capacité d'un individu à adopter un comportement, dans un contexte général ou lorsque le contrôle volitif est limité» (Godin & Vézina, 2012, p. 22), créant ainsi la théorie du comportement planifié. Cette théorie apporte une nouvelle catégorie de croyances : les croyances de contrôle. Celles-ci définissent la perception du contrôle comportemental (Godin, 2012, p. 22). Elles sont définies par Godin (2012) comme « croyances quant à la probabilité qu'un facteur facilite ou nuise à l'adoption d'un comportement » (p. 297).

L'intention peut être influencée par les attitudes, les normes subjectives et la perception du contrôle comportemental. Il est primordial de savoir que la prédiction de l'intention ou du comportement peut se modifier selon le comportement et la population concernée. L'adoption d'un certain comportement par une personne peut donc être influencée par l'attitude, par la norme subjective ou par le contrôle comportemental perçu (Godin & Vézina, 2012, p. 23).

En résumé, les variables externes englobant les facteurs sociodémographiques influencent les différentes croyances expliquées dans la théorie. Ces croyances auront un impact sur l'intention qui amènera un comportement différent en fonction des individus.

4.2.2. Evidence Based Nursing (EBN).

L'Evidence Based Nursing est le deuxième cadre de référence sélectionné. Sackette définit l'EBN comme : « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise de décision clinique concernant les soins personnalisés de chaque patient » cadre (1996, cité dans Lambelet, 2015, p. 25). Pour qu'une décision soit considérée comme EBN, les étapes du processus doivent être respectées.

La décision doit tenir compte (voir Figure 2):

- des données probantes issues de la recherche ;
- des caractéristiques, des préférences et des valeurs des patients ;
- de l'expérience et du jugement clinique des infirmières ;
- du contexte en lien avec le milieu de soin et ses ressources disponibles.

(Lambelet, 2015)

Ce cadre de référence va nous permettre de proposer des éléments à haut niveau de preuves aux infirmières de niveau Bachelor. Elles pourront utiliser ces informations pour accompagner de manière adéquate les patients désirant avoir recours au suicide assisté.

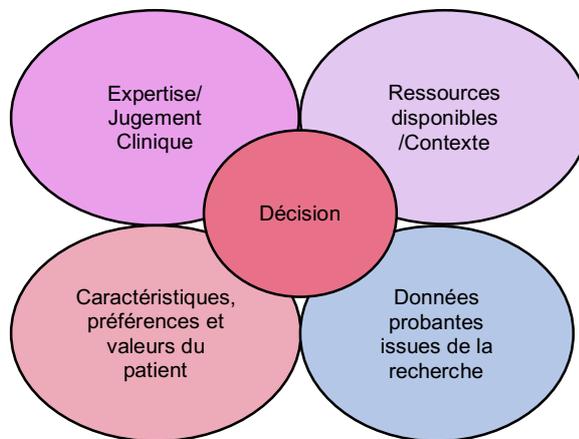


Figure 2. Schématisation du processus d'EBN.

Source : Tiré de Lambelet, A. (2015). *Evidence based nursing : fondements et niveaux de preuves* [Présentation Powerpoint]. Fribourg : Haute École de Santé.

5. Méthodologie

Ce travail de Bachelor consiste en une revue de littérature. Ce chapitre décrira le processus de recherche permettant de sélectionner six articles de recherche et permettra de répondre à la question de recherche.

5.1. Procédure de recherche

Des recherches avec des termes MeSH (medical subject headings) ont été effectuées sur différentes bases de données afin de trouver des articles en lien avec notre sujet de recherche. Nous avons utilisé les bases de données CINHALL et Medline, qui contiennent des articles concernant les soins infirmiers et la santé publique. Les tableaux ci-dessous mettant en évidence nos stratégies de recherche comprennent : les bases de données utilisées pour nos recherches, la liste de mots MeSH, les limites de recherche ainsi que le nombre d'articles retenus pour chaque recherche. Nous nous focaliserons sur des recherches réalisées entre 2007 et 2017 rédigées en français, en allemand et en anglais. Au-dessous de chaque tableau, les sources des articles retenus seront citées.

5.1.1. Stratégie 1.

Banque de données	Medline
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Articles publiés entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Nurse Attitudes"[MeSH] AND ("Assisted Suicide" [MeSH] AND ("Palliative care" [MeSH]).
Résultats :	Le 4 mai 2017 : 24 articles.
Nombre d'articles retenus :	4 articles.

Sources des 4 articles retenus :

- Bendiane, M. K., Bouhnik, A.-D., Galinier, A., Favre, R., Obadia, Y., & Peretti-Watel, P. (2009). French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), 238-244.
- Jansky, M., Jaspers, B., Radbruch, L., & Nauck, F. (2017). Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid: Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(1), 89-98.
- Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid: Einstellung von Ärzten und Pflegekräften. *Der Schmerz*, 29(2), 211-216.
- Zenz, Julia, Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliative Care*, 14(1), 659-667.

5.1.2. Stratégie 2.

Banque de données	Medline
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Articles publiés entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Attitude of Health Personnel"[MeSH] AND ("Suicide Assisted" [MeSH] AND ("Palliative Care" [MeSH] AND ("Switzerland"[MeSH]).

Résultats :	Le 4 mai 2017 : 7 articles.
Nombre d'articles retenus :	2 articles.

Sources des 2 articles retenus :

- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States,
- Pereira, J., Laurent, P., Cantin, B., Petremand, D., & Currat, T. (2008). The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution. *Palliative Medicine*, 22(5), 659-667.

5.1.3. Stratégie 3.

Banque de données	Medline
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Articles publiés entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Palliative Care"[Mesh] AND ("Suicide, Assisted"[Mesh] AND ("Attitude"[Mesh] AND ("Nurses"[Mesh].
Résultats :	Le 4 mai 2017 : 24 articles.
Nombre d'articles retenus :	1 article.

Source de l'article retenu :

- Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijjer Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & Ter Meulen, R. (2007). The role of nurses in euthanasia and physician- assisted suicide in The Netherlands. *Clinical ethics*, 254-258.

5.1.4. Stratégie 4.

Banque de données	Cinhal
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Articles publiés entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Nurse Attitudes"[MeSH] AND ("Assisted Suicide"[MeSH] AND ("Palliative care"[MeSH].
Résultats :	Le 4 mai 2017 : 10 articles.
Nombre d'articles retenus :	1 article.

Source de l'article retenu :

- De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions. *Cancer Nursing*, 222-228.

5.1.5. Stratégie 5.

Banque de données	Cinhal
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Publié entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Attitude"[Mesh] AND ("Nurses"[Mesh] AND ("Suicide, Assisted"[Mesh] .
Résultats :	Le 4 mai 2017 : 50 articles.
Nombre d'articles retenus :	5 articles.

Sources des 5 articles retenus :

- DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying: A Pilot Study. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 15(4), 135-139.

- Gielen, J., van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2009). Religion and Nurses' Attitudes To Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *Nursing Ethics*, 16(3), 303-318.
- Gielen, Joris, Van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2009). The operationalisation of religion and world view in surveys of nurses' attitudes toward euthanasia and assisted suicide. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(4), 423-431.
- Van Bruchem-van de Scheur, Gg, van der Arend, A. J., Huijjer Abu-Saad, H., van Wijmen, F. C., Spreeuwenberg, C., & ter Meulen, R. H. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals : the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1618-1626.
- Van Bruchem-van de Scheur, A., van der Arend, A., van Wijmen, F., Abu-Saad, H. H., & ter Meulen, R. (2008). Dutch Nurses' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Nursing Ethics*, 15(2), 186-198.

5.1.6. Stratégie 6.

Banque de données	Cinhal
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Articles publiés entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Attitude"[Mesh] AND ("Nurses"[Mesh] AND ("Suicide, Assisted"[Mesh] AND ("Palliative care"[Mesh].
Résultats :	Le 4 mai 2017 : 39 articles.
Nombre d'articles retenus :	1 article.

Source de l'article retenu :

- DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 35(6), 412-422.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.06.008>

5.1.7. Stratégie 7.

Banque de données	Cinhal
Technique :	Mots MeSH.
Limites de recherche :	Articles publiés entre 2007 et 2017. Articles en français, en allemand et en anglais.
Mots MeSH :	((("Attitude"[Mesh] AND ("Nurses"[Mesh] AND ("Suicide, Assisted"[Mesh] AND ("Palliative care"[Mesh] NOT ("Euthanasia" [Mesh].
Résultats :	Le 4 mai 2017 : 15 articles.
Nombre d'articles retenus :	1 article.

Source de l'article retenu :

- Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. *British Journal of Nursing*, 24(12).

5.1.8. Stratégie 8.

Les trois articles suivants nous ont été adressés par notre Directrice de Bachelor :

- Bergamaschi, A. (2011). Attitudes et représentations sociales: Les adolescents français et italiens face à la diversité. *Revue européenne des sciences sociales*, (2), 93-122. <https://doi.org/10.4000/ress.996>.
- Bulmer, M., Böhnke, J. R., & Lewis, G. J. (2017). Predicting moral sentiment towards physician-assisted suicide: The role of religion, conservatism, authoritarianism, and Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 105, 244-251.
- Rodgers, M., Booth, A., Norman, G., & Sowden, A. (2016). Research priorities relating to the debate on assisted dying: what do we still need to know? Results of a modified Delphi technique. *BMJ Open*, 6.

5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin de sélectionner au mieux nos articles.

Pour les critères d'exclusion, les recherches concernant les médecins et l'euthanasie ont été mis de côté afin de nous centrer uniquement sur les attitudes des infirmières face au suicide assisté en milieu hospitalier. Les articles ne répondant pas à notre question de recherche ont également été exclus.

5.3. Extraction des données

Grâce à nos diverses stratégies (Annexe B), nous avons sélectionné au total 19 articles en nous basant dans un premier temps sur leur titre et leur résumé, nous permettant ainsi de faire une première sélection. Par la suite, après la lecture des articles retenus, les articles non scientifiques, les articles concernant la population en générale, les articles ayant les mêmes auteurs, les articles dont les résultats ne concernent pas le domaine infirmier et les articles s'intéressant uniquement à l'euthanasie n'ont pas été sélectionnés pour notre travail. Suite à ce tri, nous garderons six articles pertinents.

Ensuite, nous analyserons le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, les aspects du rapport, les résultats et la discussion de chaque article pertinent à l'aide d'une grille de lecture critique quantitative (Fortin, 2010 ; Fortin, Gagnon, 2016 ; Loiselle, Profetto-McGrath, 2007 cité dans Lambelet & Klingshirn, 2016).

L'analyse des résultats nous permettra de relever les points importants afin de répondre à notre question de recherche.

6. Résultats

Les participants aux recherches sont principalement des infirmières travaillant dans des services de soins aigus (soins palliatifs, soins intensifs), de soins à domicile et dans des établissements médico-sociaux. Les données ont été récoltées soit lors de conférences, soit sur le lieu de travail des participant-e-s. Les études retenues examinent principalement les attitudes des infirmières et leurs rôles face au suicide assisté. Ces études ont été réalisées en Allemagne, en Grande-Bretagne, aux États-Unis, en Israël et aux Pays-Bas (Annexe D).

6.1. Catégorisation des résultats

L'analyse des différentes études retenues (Annexes E, G, I, K, M, O) met en évidence trois catégories différentes :

- Les facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté (n=3),
- Les facteurs influençant les infirmières dans les décisions du suicide assisté (n=5),
- Le rôle infirmier dans le processus du suicide assisté (n=6).

Chaque catégorie est détaillée de manière individuelle dans les sous-titres ci-dessous (Annexe C).

6.1.1. Facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté (=3).

Trois études ont mis en évidence différents facteurs qui influencent l'attitude des infirmières face au suicide assisté. Ces études ont été réalisées en Grande-Bretagne, en Israël et aux États-Unis.

La revue de littérature d'Evans (2015) a pour but d'explorer les facteurs sociodémographiques qui influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté [Traduction libre] (p. 629). Il s'agit d'une analyse de 16 articles provenant de différentes bases de données et comprenant les critères d'inclusion suivants quant au suicide assisté : les attitudes des infirmières, les études au niveau mondial, les études publiées après 1995 et des recherches qualitatives et quantitatives [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630). Selon Evans (2015), cette étude démontre différents facteurs permettant d'enrichir le débat à propos du suicide assisté en Grande-Bretagne [Traduction libre] (p. 629).

L'étude quantitative de DeKeyser Ganz et Musgrave (2006) détermine les attitudes des infirmières israéliennes en soins intensifs face aux suicides assistés et à l'euthanasie ainsi que les facteurs les influençant [Traduction libre] (p. 614). L'échantillon est composé de 71 infirmières travaillant dans des unités de soins intensifs. Les informations sont recueillies à l'aide d'un questionnaire comprenant des vignettes traitant de la fin de vie et d'un questionnaire démographique [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414).

La dernière étude de devis mixte traitant des facteurs sociodémographiques a été réalisée par DeWolf Bosek, Jannette et Rambur (2013). Son but est d'étudier les attitudes et les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières américaines en ce qui concerne le suicide assisté et de déterminer le point de vue des infirmières quant à la cohérence entre le suicide assisté et le code de déontologie [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette et Rambur, 2013, p. 135).

6.1.1.1. Religion.

Lors de la catégorisation des résultats, la religion est le facteur principal qui est ressorti quant au positionnement favorable ou défavorable des infirmières face au suicide assisté.

Evans (2015) relève, que dans certains pays, les attitudes des personnes sont influencées par leur religion [Traduction libre] (p. 630). Il note que 42% des infirmières s'opposent à la légalisation du suicide assisté pour des raisons religieuses. Certaines infirmières pratiquantes ont des difficultés à se positionner car cet acte engendre un conflit avec leurs croyances [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630). Les résultats de cette revue concernant la religion sont mitigés. Certains articles analysés par Evans (2015) démontrent qu'il y a un lien important entre les attitudes des infirmières face au suicide assisté et la religion ; par

exemple, les professionnels de la santé juifs ont plutôt tendance à soutenir le suicide assisté car le judaïsme considère la dignité humaine comme quelque chose de sacré [Traduction libre] (p. 630).

D'autres études prouvent que les infirmières ont la capacité de se séparer de leur appartenance religieuse afin de respecter le souhait du patient. Dans l'étude de DeKeyser Ganz & Musgrave (2006), les 87% des 71 participants étaient de religion juive, le 9% de religion musulmane, les 3% de religion chrétienne et le 1% appartenant à une autre religion [Traduction libre] (p. 416). Aucune différence significative a été relevée concernant les types de religion sur les attitudes [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416). Cependant, les infirmières pratiquantes sont moins favorables au suicide assisté [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416). Néanmoins, les auteurs suggèrent que d'autres recherches plus approfondies devraient être effectuées sur les influences de la culture et de la religion à propos du suicide assisté chez les professionnels de la santé travaillant dans les soins intensifs [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 421).

6.1.1.2. Valeurs personnelles et professionnelles.

Selon DeWolf Bosek et al. (2013), la majorité des participants sont en faveur du suicide assisté tant d'un point de vue personnel que professionnel [Traduction libre] (p. 136).

Leur étude suggère que sur les 13 infirmières, 76.9% sont en faveur du suicide assisté en fonction de leurs valeurs personnelles, tandis que 84.6% d'entre elles se positionnent en faveur du suicide assisté en fonction de leurs valeurs professionnelles. Les 92.3% des participants affirment que leurs valeurs personnelles et professionnelles sont les mêmes à propos du suicide assisté

[Traduction libre] (DeWolf Bosek et al., 2013, p. 136-137). Ces résultats ne peuvent donc pas refléter l'ensemble de la population d'infirmières vu le nombre restreint de participantes à cette recherche [Traduction libre] (DeWolf Bosek et al., 2013, p. 137). Cependant, Evans (2015) souligne que les valeurs personnelles et professionnelles influencent l'attitude des infirmières à l'égard du suicide assisté [Traduction libre] (p. 630).

6.1.1.3. Localisation géographique et son cadre légal.

Evans (2015) soutient que la localisation géographique est un facteur important [Traduction libre] (p. 630).

En Oregon et aux Pays-Bas, beaucoup d'infirmières s'opposent au suicide assisté même s'il est légalisé car il engendre un dilemme moral selon leurs croyances. Au Japon, les 23% des infirmières estiment que le suicide assisté est éthiquement correct et les 92% des infirmières belges sont en faveur de cet acte [Traduction libre] (Evans, 2015 p. 631). De plus, il met en évidence qu'une des limites de l'étude est que les réponses des infirmières et des infirmières expérimentées peuvent être influencées par le fait que le suicide assisté est interdit dans leur pays [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630-631).

6.1.1.4. Niveau de formation.

Evans (2015) démontre que plus les infirmières possèdent un niveau de formation élevé, plus elles ont une attitude favorable à l'égard du suicide assisté [Traduction libre] (p. 631).

6.1.1.5. Unité de soins.

Le point de vue des infirmières sur le suicide assisté peut aussi différer suivant l'unité de soins.

Evans (2015) semble indiquer que leurs opinions peuvent varier en fonction de leur lieu de travail [Traduction libre] (p. 630). Il a relevé que les 62% des infirmières travaillant dans les soins intensifs sont pour la légalisation du suicide assisté, les 37% des infirmières travaillant en pédiatrie et les 43% des infirmières travaillant en chirurgie y sont aussi favorables [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630).

En revanche, les infirmières en soins palliatifs spécialisées dans la gestion de la douleur, des symptômes et de l'accompagnement des patients en fin de vie y sont défavorables [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 631).

6.1.1.6. Relation avec le patient.

DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) affirment que les participantes sont moins favorables au suicide assisté lorsque les infirmières n'ont pas eu le temps de développer une relation personnelle avec le patient. Ces résultats témoignent de l'importance de la relation infirmière-patient par rapport au suicide assisté [Traduction libre] (p. 418).

6.1.2. Composants qui influencent les infirmières dans les décisions de suicide assisté (n=5).

Cinq études énoncent différents éléments qui influencent les infirmières dans les décisions du suicide assisté.

L'étude allemande réalisée par Zenz, Tryba et Zenz (2015), poursuit le but d'identifier si les participantes de l'enquête étaient prêtes à effectuer une euthanasie ou un suicide assisté suite à la demande d'un patient [Traduction libre] (p. 2).

470 questionnaires, distribués lors d'une conférence sur les soins palliatifs et sur la douleur, ont été retenus dont 272 questionnaires provenant des infirmières. Le questionnaire comprenait huit questions basées sur différents scénarios de cas concrets traitant des décisions de fin de vie [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2).

De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008), auteurs d'une étude quantitative, évaluent les points de vue et le rôle des infirmières concernant les types de décision de fin de vie [Traduction libre] (p. 1). L'échantillonnage comprenait 489 infirmières possédant plus de deux ans d'expérience et dont au moins un patient en fin de vie était décédé durant cette période d'une maladie chronique ou de vieillesse [Traduction libre] (De Veer et al. 2008, p. 1).

L'étude quantitative de Van-Bruchem-Van de Scheur, Van der Arend, Huijjer Abu-Saad, Spreeuwenberg, Van Wijmen et Ter Meulen (2007) définit le rôle des infirmières face aux demandes de suicides assistés, au processus décisionnel et à l'administration de médicaments létaux dans les secteurs de soins aigus, gériatriques et de soins à domicile [Traduction libre] (p. 264). L'échantillon se composait de 1'178 questionnaires provenant des professionnels de la santé travaillant aux Pays-Bas, dont 78.1% provenait des infirmières qui avaient déjà été confrontées à des cas de suicide assisté [Traduction libre] (Van-Bruchem-Van de Scheur, Van der Arend, Huijjer Abu-Saad, Spreeuwenberg, Van Wijmen et Ter Meulen, 2007, p. 255).

6.1.2.1. Souffrance.

La souffrance est relevée dans trois études comme un facteur qui agirait sur les attitudes des infirmières dans la décision du suicide assisté. DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) constatent que sur 71 infirmières, 63.7% sont d'accord avec la demande de suicide assisté si le patient est conscient et qu'il souffre depuis plusieurs années [Traduction libre] (p. 418). Dans le contexte des soins intensifs, 59.2% des infirmières estiment que l'antalgie n'est pas utilisée de manière adéquate, ce qui expliquerait que la douleur n'est pas un facteur d'influence dans les réponses des infirmières [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416). Ainsi, Zenz et al. (2015) notent, que sur 272 infirmières, 55.5% d'entre elles traitent d'abord les symptômes avant d'avoir recours à un suicide assisté [Traduction libre] (p. 5). En revanche, DeWolf Bosek et al. (2013) suggèrent que, pour les infirmières, le soulagement de la souffrance est l'élément le plus important influençant le choix du suicide assisté [Traduction libre] (p. 139).

6.1.2.2. Stade de la maladie.

Le fait que le patient souffre d'une maladie en phase terminale peut influencer les infirmières dans les décisions de fin de vie.

L'étude de Zenz et al. (2015) mentionne que sur 272 infirmières, 11% sont disposées à effectuer un suicide assisté à la demande d'un patient souffrant d'une maladie en phase terminale, tandis que 2.2% sont d'accord d'effectuer un suicide assisté si le patient est atteint d'une maladie incurable mais non mortelle [Traduction libre] (p. 4). Par contre, l'étude de De Veer et al. (2008) rapporte que lorsque le patient est en phase terminale, sur les 489 infirmières interrogées, 57% d'entre elles discutent des décisions de fin de vie avec la famille du patient et 45% d'entre elles en discutent avec le patient [Traduction libre] (p. 7).

6.1.2.3. Relation avec le patient.

L'étude de Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007), étudie le facteur relationnel incontournable entre la soignante et le patient. Les auteurs mettent en évidence que dans 381 cas de patients hospitalisés, 45.1% des infirmières sont la première personne avec qui le patient discute du suicide assisté [Traduction libre] (p. 255). Les raisons citées par les auteurs sont :

- le développement d'une relation de confiance dans 42,6% des cas,
- les patients ont un contact privilégié avec les infirmières plutôt qu'avec les médecins dans 20.1% des cas,
- la relation de confiance avec le médecin n'est pas suffisante dans 11.6% des cas,
- les infirmières sont plus disponibles dans 10.9% des cas,
- les infirmières sont plus disposées à donner des informations supplémentaires dans 8.5% des cas [Traduction libre] (Van Bruchem-Van de Scheur & al., 2008, p. 255).

Selon les auteurs, les infirmières sont généralement satisfaites lorsqu'une demande de suicide assisté est accordée par le médecin car elles manifestent de l'empathie vis-à-vis des patients en souffrance [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur & al., 2007, p. 257).

6.1.2.4. Types de décision de fin de vie.

Selon De Veer et al. (2008), les types de décision de fin de vie sont également des facteurs qui influencent les infirmières quant aux choix de leurs décisions :

- 82% des infirmières sont d'accord que les médecins les impliquent dans les

décisions de l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation

- 77% des infirmières acceptent que les médecins les impliquent dans la décision de l'arrêt du traitement ,
- 79% des infirmières approuvent que les médecins les impliquent dans la décision de l'utilisation de médicaments permettant de soulager les douleurs, les autres symptômes et d'abréger la vie,
- 61% des infirmières sont d'accord que les médecins les impliquent dans la décision de l'euthanasie,
- 49% des infirmières approuvent que les médecins les impliquent dans la décision du suicide assisté [Traduction libre] (p. 5).

La plupart des infirmières ne désirent pas participer au processus de décision si la décision de fin de vie est l'euthanasie ou le suicide assisté [Traduction libre] (De Veer et al. 2008, p. 9).

6.1.2.5. Lieu de travail.

Selon De Veer et al. (2008) et Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007), le lieu de travail fait partie des facteurs environnementaux qui influencent les infirmières dans les décisions de suicide assisté. Les auteurs ont démontré que les infirmières travaillant dans les hôpitaux et les EMS sont les plus impliquées dans les décisions de fin de vie, contrairement aux soignantes des soins à domicile qui, généralement, sont moins impliquées par le médecin dans les décisions de fin de vie.

6.1.2.6. Taux de pourcentage de travail, expérience et nombre de patients nécessitant des soins palliatifs.

Les infirmières travaillant à un taux de pourcentage élevé, bénéficiant de plusieurs années d'expérience et confrontées à de nombreux patients nécessitant des soins palliatifs, échangent plus fréquemment avec le patient ou sa famille en ce qui concerne les décisions de fin de vie [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 6).

6.1.2.7. Le niveau de formation.

Deux études constatent que l'importance du niveau de formation influence les infirmières dans les décisions du suicide assisté. Selon De Veer et al. (2008), les infirmières ayant un niveau de formation plus élevé s'impliqueraient plus souvent dans le processus décisionnel [Traduction libre] (p.6). De plus, DeWolf Bosek et al. (2013) relèvent que sur 13 infirmières, 38.5% d'entre elles estiment que les infirmières de pratique avancée doivent avoir, dans la future légalisation du suicide assisté aux États-Unis, l'autorisation de prescrire et d'utiliser les médicaments létaux [Traduction libre] (p. 137).

6.1.3. Rôle infirmier dans le processus du suicide assisté (n=6).

6.1.3.1. Administration de médicaments létaux.

La dernière partie de notre travail concerne leurs rôles des infirmières dans le processus du suicide assisté. Trois auteurs se sont penchés sur les comportements et les actes des infirmières lors de l'administration de médicaments létaux.

Selon DeKeyser Ganz & Musgrave (2006), la majorité des infirmières israéliennes travaillant aux soins intensifs accepterait de participer au suicide

assisté si elles n'effectuaient pas l'acte elles-mêmes alors qu'aucune d'entre elles n'avaient, jusqu'à présent, administré un médicament létal [Traduction libre] (p. 419).

Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007) relèvent quatre activités des infirmières lors de l'administration de médicaments létaux :

Pour 87 cas de patients hospitalisés :

- 35% infirmières ont assisté le médecin en lui donnant le médicament,
 - 35% ont vérifié les actes des médecins,
 - 25% des infirmières ont préparé la perfusion du médicament létal,
 - 23% des infirmières ont observé le médecin préparer la perfusion
- [Traduction libre] (p. 257).

Evans (2015) suggère que les infirmières ayant poursuivi des études sont plus résolues à administrer un médicament létal que les infirmières fraîchement diplômées [Traduction libre] (p. 631).

6.1.3.2. Discussion avec le patient et sa famille.

Deux études à propos des rôles des infirmières témoignent de l'importance de l'échange avec le patient. Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007) mentionnent dans leurs études que sur 920 infirmières, 45.1% d'entre elles sont les premières personnes avec qui le patient aborde le suicide assisté [Traduction libre] (p. 255). Dans l'étude de De Veer et al. (2008) comprenant un échantillonnage de 489 infirmières, 62% d'entre elles parlent avec leurs patients des différents types de décision de fin de vie. Cependant, seules six infirmières ont évoqué le suicide assisté avec leurs patients [Traduction libre] (p. 5).

De Veer et al. (2008) affirment que les infirmières échangent plus volontiers des décisions de fin de vie avec la famille lorsque le patient se trouve en phase terminale [Traduction libre] (p. 7).

6.1.3.3. Discussion avec le médecin.

Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007) soulignent l'importance de l'échange entre les médecins et les infirmières quant au rôle infirmier. Ils mentionnent que sur les 224 cas de patients hospitalisés, les 41% des cas ont permis un échange entre les infirmières et les médecins. De plus, ils précisent que la plupart des discussions entre les médecins et les infirmières sont plus fréquentes dans un milieu hospitalier et dans un EMS que dans le secteur des soins à domicile [Traduction libre] (p. 255-256).

6.1.3.4. Discussion avec les collègues.

Zenz et al. (2015) rapportent que sur 272 infirmières, 57% demanderaient l'avis d'un collègue si elles devaient prendre une décision de fin de vie pour leurs patients [Traduction libre] (p. 5).

6.1.3.5. Rôle de soutien.

Les infirmières ont un rôle de soutien primordial pour le patient et sa famille.

DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) démontrent que sur 71 infirmières, environ 10% accepteraient d'être présentes lors d'un suicide assisté si elles devaient administrer le médicament. Par contre, la majorité des infirmières accepte de soutenir le patient lorsqu'elles n'effectuent pas l'acte [Traduction libre] (p. 417).

L'étude de Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007) stipulent que sur les 205 cas de patients hospitalisés, les infirmières ont un rôle de soutien envers le

patient dans 85.6% des cas et, dans 92.1% des cas, elles ont un rôle de soutien envers la famille [Traduction libre] (p. 256).

7. Discussion

Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps analyser et émettre un regard critique sur les recherches que nous avons sélectionnées. Puis, dans un second temps, nous commenterons les résultats dans le but de répondre à notre question de recherche.

7.1. Analyse et regard critique des recherches sélectionnées

Les auteurs des quatre articles quantitatifs ont utilisé comme outils de récolte de données des questionnaires. L'étude réalisée par De Veer et al. (2008) utilise la méthode d'analyse de variance (ANOVA) permettant d'analyser les résultats en fonction de trois variables : la tendance à parler des décisions de fin de vie, l'implication des infirmières dans le processus décisionnel et leurs souhaits quant à leur implication dans le processus de fin de vie. Les auteurs signalent que le taux de signification des résultats est de $P \geq 0.05$.

L'étude de Van Bruchem-Van et al. (2007) ne stipule pas clairement la méthode d'analyse utilisée. Cependant, les auteurs utilisent le logiciel SPSS statistics 11.5 formaté pour Windows. Les auteurs ne signalent pas le taux de signification de leurs résultats ; si les résultats ne sont pas significatifs, ils permettent malgré tout de livrer une image indicative des différentes données. Dans leur étude, certaines questions de l'enquête n'étaient pas pertinentes. En effet, suivant les réponses données par les participantes, celles-ci devaient écarter certaines questions et passer aux étapes suivantes ; ainsi, il existe une différence entre le nombre de participantes et le nombre de réponses [Traduction libre] (Van Bruchem-Van et al, 2007, p. 255).

Les deux études réalisées par DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) et Zenz et al. (2015) utilisent, comme méthode d'analyse des résultats, la méthode Chi afin de comparer les pourcentages de deux échantillons indépendants. Zenz et al. (2015) signalent le taux de signification à $P \leq 0.05$ et celui de DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) à $P \leq 0.001$.

Dans l'étude de DeKeyser Ganz & Musgrave (2006), le nombre total des questionnaires distribués n'a pas été enregistré et, de ce fait, le taux de réponses n'a pas pu être déterminé. De plus, les auteurs ont utilisé des vignettes pour récolter les données (Annexe E); cependant, certains chercheurs mettent en doute la technique des vignettes car elle ne tient pas compte de l'attitude des infirmières.

Cependant, Zenz et al. (2015) relèvent que les participantes possédaient déjà leurs propres opinions concernant le suicide assisté, ainsi les résultats obtenus ne correspondent pas à l'opinion générale des infirmières allemandes [Traduction libre] (p. 5).

Dans l'étude mixte de DeWolf et al. (2013), les données quantitatives sont analysées à l'aide d'une méthode d'analyse statistique descriptive et les données qualitatives ont été codées à l'aide de trois thématiques en rapport avec les valeurs personnelles et professionnelles face au suicide assisté :

- assurer la qualité des soins indépendamment des choix du patient,
- inclure la famille lors de l'enseignement au patient,
- relever les impacts des commentaires de la population en rapport avec le positionnement professionnel à l'égard du suicide assisté [Traduction libre] (DeWolf et al, 2013, p. 137).

Les auteurs ne signalent pas le taux de signification des résultats.

La revue de littérature réalisée par Evans (2015) relève une limite dans son étude concernant la religion. Cependant, le fait que l'étude est récente et que les résultats des facteurs sociodémographiques proviennent du monde entier, nous amène à faire le choix de la retenir.

Toutes les études ont été publiées entre 2006 et 2015. Nous pouvons assurer que se sont des études récentes, reflétant l'état actuel des connaissances. Nous sommes étonnées du peu d'études consacrées aux rôles des infirmières dans le suicide assisté.

L'analyse des recherches, à l'aide de la grille de lecture critique de Klingshirn & Lambelet (2016), a permis de démontrer que les six études étaient méthodologiquement bien structurées (Annexes F, H, J, L, N, P). Elles comprenaient un résumé, une introduction, une méthodologie, des résultats et une discussion. De plus, les grilles nous ont permis d'extraire les données les plus pertinentes pour répondre à notre question de recherche et de relever les forces et les limites des diverses études.

Deux des études retenues ont été réalisées aux Pays-Bas où le suicide assisté est légalisé (Van Bruchem-Van Scheur et al., 2007 ; De Veer et al., 2008). L'étude de Van Bruchem-Van Scheur et al. (2007), dont le taux de participation était élevé, examine pour la première fois la perception des infirmières sur leurs rôles face au suicide assisté aux Pays-Bas. De nombreux établissements du pays s'étaient impliqués dans cette étude et les cas de suicide assisté les plus récents sont recensés. Selon les auteurs, l'étude est représentative et ils mentionnent que les décisions médicales étaient difficiles à évaluer à l'aide d'une méthode quantitative [Traduction libre] (Van Bruchem-Van de Scheur et al., 2007, p. 256).

Une autre étude a été réalisée aux États-Unis (DeWolf et al., 2013) où certains États ont légalisé le suicide assisté. Les trois autres études ont été effectuées en Allemagne (Zenz et al., 2015), en Israël (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006) et en Grande-Bretagne (Evans, 2015) où le suicide assisté est encore illégal. Ces études réalisées dans plusieurs pays permettent de donner un aperçu général et de comparer les différences présentes entre les pays qui ont légalisé le suicide assisté et ceux qui ne l'ont pas légalisé. Les participants provenant de pays où le suicide assisté est illégal n'ont peut-être pas répondu honnêtement aux questionnaires de peur de conséquences juridiques et professionnelles.

La taille de l'échantillon est également un critère de qualité des études (Fortin, 2010, p. 241). L'échantillon de l'étude de DeKeyser Ganz & Musgrave, (2006) et DeWolf et al. (2013) est trop petit pour refléter des résultats généralisables.

Dans l'étude de DeWolf Bosek et al. (2013), 13 infirmières sur 364 participants, ont pris part au questionnaire. Les auteurs constatent le manque d'empressement de la part des infirmières de pratique avancée quant à leur positionnement face à l'étude proposée. Ainsi, les données de cette étude ne sont pas suffisantes pour faire une analyse multivariée et ne peuvent pas être généralisables à l'ensemble de la profession [Traduction libre] (DeWolf Bosek et al., 2013, p. 136).

Une seule étude (De Veer et al., 2008) n'a pas mis en évidence ses limites ce qui peut être un biais car les auteurs n'ont pas un regard critique à l'égard de leur propre travail.

De plus, selon Fortin (2010) « il est primordial de prendre en compte les responsabilités du chercheur à l'égard de la protection des droits de la personne » (p. 95). De ce fait, le respect des règles éthiques est un élément important pour valider les études et permettre d'assurer la protection des données personnelles

des participants. L'étude de devis mixte et trois études quantitatives ont tenu compte de ces mesures éthiques, mesures comprenant l'anonymat des données et la participation volontaire de la population cible. La majorité des études ont été approuvées par des comités d'éthique. Cependant, les considérations éthiques n'ont pas été précisées dans l'étude de De Veer et al. (2008), ce qui peut être une faiblesse.

Nous avons un doute concernant la fiabilité des résultats de l'étude de Van Bruchem-Van Scheur et al. (2007). En effectuant la somme des pourcentages fournie par les auteurs, nous aboutissons à un résultat différent. Ce biais dans les résultats de l'étude peut être lié aux données rétrospectives.

Lors de notre recherche méthodologique, nous avons constaté qu'aucune étude n'a été effectuée en Suisse, les études retenues proviennent pour la plupart de pays occidentaux et peuvent être transférables sur le sol helvétique.

7.2. Discussion des résultats

Dans cette partie, nous allons ressortir les résultats et nous allons les mettre en lien avec nos cadres de référence pour répondre à notre question de recherche :

Quels facteurs influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté et quels sont leurs rôles dans ce type de décision de fin de vie ?

Nous avons relevé, suite à la catégorisation des résultats, que les facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté font partie des déterminants de la santé.

7.2.1. Facteurs influençant les attitudes des infirmières face au suicide assisté (=3).

Plusieurs études ont relevé que divers facteurs peuvent influencer les attitudes des infirmières (Evans, 2015 ; DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006 ; DeWolf Bosek et al., 2013). Ces facteurs sont la religion (Evans, 2015 ; DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006), les valeurs personnelles et professionnelles (DeWolf Bosek et al., 2013), la localisation géographique (Evans, 2015), le niveau de formation (Evans, 2015), l'unité de soins (Evans, 2015) et la relation avec le patient (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006). Ces facteurs peuvent être mis en lien avec la catégorisation du modèle de Dever (cité dans Déchanez, 2014) comprenant les facteurs environnementaux, biologiques, comportementaux et organisationnels.

La religion, les valeurs personnelles et professionnelles ainsi que la localisation géographique font partie des facteurs environnementaux. L'étude d'Evans (2015) rapporte des résultats variés en ce qui concerne l'influence de la religion sur les attitudes. Il déclare que la religion ne semble pas avoir d'influence sur le comportement et l'attitude des infirmières à l'égard du suicide assisté.

DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) note dans son étude qu'il n'y a pas de différences significatives entre les différentes religions. Les infirmières n'ont peut-être pas répondu honnêtement aux questions étant donné que le sujet engendre de nombreuses implications éthiques et juridiques. Cependant Evans, (2015) rapporte que les infirmières de confession juive seraient plus favorables au suicide assisté car elles considèrent la dignité humaine comme quelque chose de sacré malgré le fait que le suicide assisté n'est pas légalisé en Israël [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 420).

Les auteurs de ces deux études font valoir qu'il existe une différence significative entre les infirmières croyantes et non-croyantes. Les infirmières croyantes sont moins favorables au suicide assisté. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans certaines religions la mort « non-naturelle » peut être considérée comme un péché.

Evans (2015) souligne que les attitudes des infirmières sont différentes suivant leur pays d'origine. Dans les pays où le suicide assisté est légal, les infirmières présentent une attitude positive, tandis que les participantes, issues de pays dont l'assistance au suicide reste illégale, y sont majoritairement défavorables.

Selon DeWolf Bosek et al. (2013), la majorité des participants reste favorables au suicide assisté, pouvant accorder leurs valeurs personnelles et professionnelles. Evans (2015) suggère que les valeurs personnelles et professionnelles peuvent influencer l'attitude des infirmières à l'égard du suicide assisté. Cependant, nous ne pouvons pas certifier que ces résultats sont significatifs car le taux de probabilité n'est pas indiqué dans l'étude. De plus, la taille de l'échantillon ne reflète pas l'ensemble de la population infirmière. Le suicide assisté va à l'encontre du code déontologique des infirmières, car l'infirmière a le rôle de préserver la vie et non de précipiter la mort. Cependant, elle a le devoir de soulager les souffrances du patient.

La formation fait partie des facteurs comportementaux et organisationnels.

Au niveau comportemental, comme le démontre Evans (2015), plus les infirmières possèdent un niveau de formation élevé, plus elles adoptent une attitude favorable face au suicide assisté. C'est pourquoi, nous émettons l'hypothèse en lien avec un de nos cadres de référence : le niveau de formation joue un rôle dans l'utilisation du processus EBN. Les infirmières niveau Bachelor apprennent à utiliser l'EBN, ce qui leur permet de prendre la décision la plus adéquate en fonction de la

situation. De plus, elles sont formées à utiliser l'analyse réflexive dans leur pratique amenant à ne pas prendre une décision hative.

Au niveau organisationnel, dans les services de soins aigus, nous déplorons une diminution du nombre d'infirmières Bachelor. De plus en plus d'assistantes en soins et santé communautaires (ASSC) travaillent dans ces unités de soins. Nous craignons que les ASSC n'aient pas les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour prendre une décision EBN concernant la fin de vie. Deux cas de figure se présentent : soit l'École de soins et santé communautaires forme ses élèves au processus EBN soit les unités de soins aigus et gériatriques engagent majoritairement des infirmières afin de s'occuper des patients désirant recourir au suicide assisté. L'État et la société devront choisir : la qualité des soins ou des mesures d'économie.

L'unité de soins ainsi que la relation avec le patient font partie des facteurs organisationnels. Evans (2015) met en évidence que les opinions varient selon le lieu de travail. Après avoir analysés les résultats de son étude, nous pensons que les infirmières peu confrontées aux situations de fin de vie sont moins favorables au suicide assisté que les infirmières travaillant dans des services qui rencontrent régulièrement ce genre de situation. Toutefois, la majorité des infirmières en soins palliatifs est contre le suicide assisté car elle préfère accompagner les patients dans leur maladie tout en gérant leurs symptômes.

DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) affirment que les infirmières sont moins favorables envers le suicide assisté lorsqu'elles n'ont pas le temps de rentrer en relation avec le patient. Nous supposons que ce manque de temps fait partie des facteurs organisationnels. La charge de travail dans les services de soins aigus est souvent un facteur externe qui influence les relations personnelles avec le patient.

Néanmoins, les auteurs affirment que si les infirmières ne connaissent pas leurs patients, elles ont plus de facilité à s'impliquer dans l'accompagnement du suicide assisté.

Nous relevons une contradiction : dans un premier temps, DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) affirment que les infirmières sont moins favorables envers le suicide assisté lorsqu'elles n'ont pas le temps de rentrer en relation avec le patient et, dans la même étude, ces mêmes auteurs prétendent que si les infirmières ne connaissent pas leurs patients, elles ont plus de facilité à s'impliquer dans l'accompagnement du suicide assisté.

Pour notre part, nous posons l'hypothèse que si les infirmières sont bien formées pour gérer les symptômes, les patients ont peut-être moins tendance à demander l'aide au suicide car ils ont un accompagnement adéquat. Nous nous questionnons sur l'aspect relationnel en soins palliatifs : les patients sont généralement hospitalisés sur une longue durée, durée favorisant une relation de qualité avec l'infirmière. Cette période relationnelle peut influencer le point de vue des infirmières envers le suicide assisté de leurs patients : la durée relationnelle pourrait engendrer un processus d'attachement qui faciliterait l'acceptation des infirmières quant au choix de leurs patients (empathie).

Nous émettons l'hypothèse que ces déterminants de la santé influencent l'attitude de l'infirmière face au suicide assisté.

7.2.2. Composants qui influencent les infirmières dans les décisions du suicide assisté (n=5).

Nos résultats démontrent que les facteurs suivants agissent sur les infirmières dans leur décision de fin de vie concernant leurs patients :

- la souffrance (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006 ; DeWolf Bosek et al., 2013 ; Zenz et al., 2015),
- la phase de la maladie (De Veer et al., 2008 ; Zenz et al., 2015),
- la relation avec le patient (Van Bruchem-Van de Scheur et al., 2007),
- les types de décisions de fin de vie (De Veer et al., 2008),
- le lieu de travail (De Veer et al., 2008 ; Van Bruchem-Van de Scheur et al., 2007),
- l'expérience professionnelle, le taux de pourcentage de travail par semaine et le nombre de patients rencontrés nécessitant des soins palliatifs (De Veer et al., 2008),
- le niveau de formation (De Veer et al., 2008 ; DeWolf Bosek et al., 2013).

Trois études ont mis en évidence que la souffrance est un facteur qui influence les infirmières dans les décisions de suicide assisté. Cependant, une seule étude (Zenz et al., 2015) présente des résultats significatifs concernant la souffrance. La majorité des infirmières traiterait d'abord les symptômes avant d'avoir recours à un suicide assisté. Deux autres études (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006 ; DeWolf Bosek et al., 2013) démontrent que les infirmières seraient plus favorables au suicide assisté si le patient souffre.

Néanmoins, nous ne pouvons pas nous baser exclusivement sur leurs résultats, car les auteurs reconnaissent que la taille de leur échantillon est trop petite pour refléter l'opinion générale des infirmières. Du point de vue émotionnel, la souffrance aurait-elle une influence sur le comportement de l'infirmière face à une personne désirant avoir recours au suicide assisté ? Cela pourrait dépendre de l'éducation, de

la culture, des valeurs personnelles et professionnelles, du pays d'origine, du lieu de travail, de la formation et de la religion de chaque infirmière.

Selon De Veer et al. (2008) et Zenz et al. (2015), la phase de la maladie est un autre facteur à prendre en compte. Zenz et al. (2013) présentent des résultats significatifs concernant la disposition des infirmières à effectuer un suicide assisté si le patient souffre d'une maladie en phase terminale. De Veer et al. (2008) démontrent que les infirmières discutent plus facilement des décisions de fin avec la famille qu'avec leurs patients. L'auteur explique cet élément par le fait que les infirmières préfèrent discuter avec la famille car la communication peut être difficile voir impossible lorsque le patient se trouve en fin de vie. La souffrance et le stade de la maladie sont des points que les infirmières doivent être capables d'évaluer. Les rôles des infirmières consistent à observer les changements et à les transmettre au médecin afin de permettre une prise de décision concernant le suicide assisté. Suite à ces résultats, nous constatons que les infirmières sont favorables au suicide assisté uniquement lorsque les patients souffrent d'une maladie incurable et mortelle. Que se passerait-il si Exit autorisait le suicide assisté aux personnes âgées qui ne souffrent pas de maladies incurables ? Et quant est-il des patients ne souffrant pas d'une maladie incurable mais d'une maladie psychique ?

Selon Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007), dans les hôpitaux et les EMS, la relation avec le patient et le lieu de travail jouent un rôle dans les décisions de suicide assisté. Les infirmières sont souvent les premières personnes avec qui les patients discutent d'un éventuel suicide assisté. Par contre, dans les soins à domicile, les infirmières sont moins impliquées dans les discussions de processus de fin de vie. L'étude de De Veer et al. (2008) confirme que le lieu de travail a une influence dans les décisions de suicide assisté. Ils démontrent que les infirmières travaillant dans les EMS à un taux de pourcentage élevé, possédant une

l'expérience professionnelle et ayant rencontré des cas de patients nécessitant des soins palliatifs sont plus impliquées dans les décisions de fin de vie. Les auteurs émettent l'hypothèse que les infirmières sont plus souvent confrontées aux décès des patients dans les EMS, les amenant à une plus grande ouverture d'esprit sur les décisions de fin de vie, d'où la nécessité, en ce qui nous concerne, d'engager des infirmières Bachelor dans les EMS (processus EBN). Nous constatons que le lieu de travail agit aussi sur la prise de décision des soignants, ce qui nous amène à faire le lien avec notre concept du rôle infirmier. En effet, le modèle de Nadot permet l'analyse de situations des patients dans leur globalité afin de prendre la décision la plus adéquate.

Comme l'a relevé De Veer et al. (2008), l'avis sur les types de décision de fin de vie est fluctuant. Les infirmières hollandaises sont plus favorables à l'arrêt du traitement et à l'euthanasie qu'au suicide assisté. Cela nous interroge : pour quelles raisons les soignantes des Pays-Bas sont-elles plus favorables à donner la mort à un patient qu'à l'accompagner durant le processus de fin de vie et quels facteurs pourraient intervenir dans ce choix ?

7.2.3. Rôle infirmier dans le processus du suicide assisté (n=6).

Les résultats obtenus ont démontré plusieurs rôles des infirmières dans le processus du suicide assisté, tels que l'aspect relationnel et l'administration des médicaments létaux.

Les infirmières ont un rôle important à défendre dans la relation interdisciplinaire, intradisciplinaire et dans la relation avec le patient et sa famille.

Selon Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007) la majorité des consultations s'effectue entre les infirmières et les médecins dans les hôpitaux et les EMS du fait

que la relation interdisciplinaire est plus présente dans ces établissements. Malgré cette interdisciplinarité, les infirmières ne se sentent pas assez investies dans les processus de décision de fin de vie (De Veer et al., 2008). Les infirmières ont un rôle central dans les soins, de ce fait, elles peuvent amener une contribution précieuse à la discussion sur les décisions de fin de vie. En effet, elles suivent quotidiennement l'état de santé du patient et ainsi transmettent les changements au médecin. Il est plus aisé pour les infirmières de s'occuper d'un patient dont elles connaissent les désirs de fin de vie et peuvent mettre ainsi en place un accompagnement adapté à ses besoins. Selon Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007), les infirmières sont souvent les premières personnes avec qui le patient discute du suicide assisté. Nous adhérons au point de vue des auteurs : le patient, qui cherche des réponses à ses questions ou, qui par crainte d'un refus du médecin concernant sa demande « de partir », s'adressera plus facilement à l'infirmière ; ici, l'importance de la proximité de la relation interpersonnelle prend tout son sens. De plus, nous ajoutons à ces propos que le patient désirerait certainement des conseils sur les différentes associations qui pourraient le soutenir et l'aider dans son choix.

DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) notent que la majorité des infirmières ne souhaite pas administrer un médicament létal. Cependant aucune des infirmières participant à leur étude, n'avait encore administré un médicament létal. Pourtant, Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007) affirment que certaines infirmières ont administré les médicaments létaux car elles sont considérées plus expérimentées que les médecins en ce qui concerne la manipulation du système de perfusion. De plus, Evans (2015) déclare que les infirmières possédant un niveau de formation supérieur sont plus disposées que les infirmières diplômées à administrer un médicament létal.

Comme le relèvent Van Bruchem-Van de Scheur et al. (2007), les infirmières sont plus disposées à préparer la perfusion, à transmettre le médicament aux médecins, à observer la préparation de la perfusion par les médecins et à contrôler les actes de ceux-ci. Nous souscrivons aux résultats de cette étude car nous estimons que le rôle des infirmières ne se limitent pas que dans l'administration d'un médicament légal.

En conclusion, les infirmières ont un rôle d'advocacy : elles défendent les droits de leurs patients, leur autonomie, leur dignité et leur intégrité corporelle et psychique. Elles représentent les patients auprès des professionnels et de leur famille dans le but de les protéger (Phaneuf, 2013).

7.2.4. Liens entre les résultats et les cadres de référence et conceptuel.

Il est temps maintenant de mettre en lien tous les résultats avec nos cadres théoriques et nos concepts. En ce qui concerne la théorie du comportement planifié, nous relevons que la catégorisation de nos résultats est en lien avec la TCP. Effectivement, les différents déterminants de la santé (facteurs sociodémographiques) relevés dans le point 7.2.1 représentent les variables externes de la TCP. Ces différentes variables influencent les infirmières dans les décisions de suicide assisté. Les éléments du point 7.2.2, facteurs favorisant ou défavorisant avec des conséquences positives ou négatives, permettent aux infirmières de se positionner face au suicide assisté. De plus, l'opinion générale de la population aura également un impact sur les décisions de fin de vie. Tous ces éléments vont peser sur les infirmières dans l'adoption de leurs rôles face au suicide assisté. Enfin elles pourront accompagner adéquatement le patient dans le processus de suicide assisté.

Nous faisons un lien avec l'Evidence Based Nursing et nos catégories de résultats provenant des études concernant les composants qui influencent les infirmières dans les décisions de suicide assisté et le rôle infirmier dans ce processus. Les infirmières de niveau Bachelor doivent être capables d'analyser la situation en se basant sur leur expertise, sur leur jugement clinique, sur les données probantes issues de la recherche, sur les caractéristiques, les valeurs et les préférences du patient, sur leurs ressources disponibles et le contexte de soins. Suite à cette analyse, les infirmières vont pouvoir prendre une décision concernant l'accompagnement du patient dans son processus de suicide assisté. En effet, l'EBN permet aux infirmières de prendre la meilleure décision avec le patient selon sa situation. De plus, les infirmières peuvent analyser la situation en utilisant le modèle de Nadot, modèle en lien avec le concept du rôle infirmier en soins aigus. Cette analyse leur permettra de poser des interventions adéquates pour accompagner au mieux leurs patients.

7.3. Réponse à la question de recherche

Plusieurs éléments sont mis en évidence en réponse à notre question de recherche :

« Quels facteurs influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté et quels sont leurs rôles dans ce type de décision de fin de vie ? ».

Tout d'abord l'ensemble des études nous a permis de constater que les facteurs sociodémographiques ont un impact sur les attitudes des infirmières. Pour qu'une infirmière conscientise son attitude face au suicide assisté, elle doit prendre en compte ses valeurs personnelles et professionnelles, sa religion, la localisation géographique (son origine), son niveau de formation, son lieu de travail, le cadre légal de son pays et la relation qu'elle entretient avec son patient. Cependant, la

prise en compte uniquement des facteurs sociodémographiques ne suffit pas : l'infirmière doit intégrer également la situation des patients et son expérience professionnelle afin de se positionner adéquatement face au suicide assisté. En effet, notre travail démontre que l'unité de soins, le taux de pourcentage de travail, le nombre de patients en fin de vie pris en charge, l'expérience professionnelle, le niveau de formation, sa relation avec le patient, la souffrance du malade, le type de décision de fin de vie et le stade de la maladie sont des facteurs favorables ou défavorables qui amènent à une réflexion sur la décision de fin de vie. Nous constatons donc que tous ces paramètres seront pris en compte par l'infirmière lors de l'adoption de son rôle face au suicide assisté. Plusieurs études démontrent l'importance des rôles infirmiers dans le processus de suicide assisté : relation avec le patient, relation avec la famille et relation avec le médecin.

Nos cadres de référence peuvent être utilisés comme des stratégies pour adopter un comportement face au suicide assisté.

7.4. Implications pour la pratique infirmière

Suite à cette revue de littérature, les résultats obtenus peuvent avoir une implication sur la pratique infirmière. A travers ce paragraphe, nous proposons diverses pistes d'action afin d'améliorer les attitudes relationnelles avec un patient désirant avoir recours au suicide assisté.

Il est important d'aborder le suicide assisté dans la formation afin de permettre une discussion autour de ce sujet. Cette discussion améliorera les connaissances et les représentations personnelles sur le suicide assisté et amènera à proposer des outils permettant de créer une attitude relationnelle favorable avec les patients. Des vignettes concernant différentes situations de demandes de suicide assisté permettraient d'amener un échange autour du sujet. De plus, des ateliers pratiques

suivis d'une analyse réflexive, pourraient être mis en place afin que les étudiants et les professionnels puissent s'exercer à adapter leur comportement aux multiples situations qu'ils pourront rencontrer dans leur futur cadre professionnel. Les cours Santé-Individu-Communauté-Société (SICS) donnés à la Haute École de Santé à Fribourg permettent aux étudiants de mieux comprendre les thématiques concernant l'anthropologie, la sociologie, le droit, l'éthique, la psychologie et la santé publique. Toutes ces thématiques peuvent amener des connaissances sur les différents facteurs sociodémographiques relevés dans les diverses études retenues pour ce travail. Par chance, la TCP est étudiée lors des cours de la santé publique afin de comprendre les comportements de santé.

Dans le cadre de la formation Bachelor, le suicide assisté pourrait être intégré au programme des cours SICS, cette thématique actuelle permettrait aux futurs professionnels de trouver le positionnement le plus adéquat pour eux et pour leurs patients. Il va de soit que cet enseignement devrait être aussi initié dans le cadre du module sur l'oncologie ou dans celui de l'accompagnement de la personne âgée ; les infirmières travaillant dans ces services se trouvent confrontées plus souvent que dans d'autres services à des demandes de suicide assisté. Il serait donc judicieux pour les jeunes infirmières désirant travailler dans ce milieu d'avoir des savoirs de base leur permettant d'évaluer et d'agir dans ces situations.

Concernant l'implication des infirmières dans la relation, il est primordial qu'elles puissent participer plus fréquemment aux décisions de suicide assisté lors de colloques interdisciplinaires en présence de médecins. A travers le processus EBN enseigné dans la formation Bachelor, les infirmières sont capables d'argumenter leurs choix et défendre le point de vue de leurs patients face au médecin concernant quant aux décisions de fin de vie. N'oublions que les infirmières restent le fil rouge lors de la prise en soin du patient.

Des directives institutionnelles détaillant le rôle infirmier dans le suicide assisté devraient être instaurées dans les institutions permettant ainsi de les soutenir et de clarifier leurs rôles. Afin d'éviter toutes influences dans l'accompagnement des patients, il est essentiel que ces directives soient formellement établies. De plus, les désirs et les souhaits des patients doivent être stipulés clairement afin d'offrir une prise en soin adéquate, d'où l'importance des directives anticipées.

7.5. Besoins en recherches ultérieures

Cette revue de littérature a relevé que de nombreuses recherches ont été réalisées dans le monde entier concernant notre question de recherche. Contrairement à l'euthanasie, peu de recherches sur le suicide assisté ont été effectuées. Beaucoup de pays s'interrogent sur la légalisation du suicide assisté d'où la nécessité d'effectuer des recherches supplémentaires permettant de clarifier le rôle infirmier dans le suicide assisté.

Tous les articles prouvent que le suicide assisté est un sujet de plus en plus actuel. En juin 2017, Exit envisage d'élargir les conditions de suicide assisté (Agence télégraphique suisse, 2017). Depuis que certains hôpitaux et EMS autorisent le suicide assisté au sein de leurs murs, les infirmières sont de plus en plus confrontées aux patients qui désirent avoir recours au suicide assisté.

Les résultats des différentes études ne mettent pas en évidence les attitudes et le rôle infirmier à l'égard du suicide assisté en Suisse. Par conséquent, nous ne connaissons pas les facteurs pouvant influencer les attitudes des infirmières travaillant en Suisse et leurs implications dans le processus du suicide assisté, une étude approfondie permettrait de combler cette lacune.

Dans notre profession, nous côtoierons sur notre place de travail différents collègues provenant de différentes régions géographiques. Les études que nous avons consultées affirment que la perception du suicide assisté diffère selon les lieux d'origine des soignantes. Cette mixité culturelle aurait-elle un effet sur la perception du suicide des professionnels travaillant en Suisse et obtiendrait-on des différences significatives par rapport aux résultats des études obtenus aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Grande-Bretagne ou en Israël ?

Nous vivons dans un pays alpin, multiculturel, comprenant quatre langues et différentes religions. Dans quelle mesure ces particularités influencent-elles notre représentation du suicide assisté ?

Nous restons frustrées par le fait que lors de nos recherches aucune étude ne prenait en compte la variable de l'âge des professionnels et/ou des patients quant à l'attitude des différents acteurs face à l'assistance au suicide.

Au point 7.2.2., nous nous posons la question si la souffrance d'un patient désirant avoir recours au suicide assisté avait une influence sur le comportement de l'infirmière. Nous supposons que l'éducation, la culture, les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières, leur pays d'origine, leur lieu de travail, leurs expériences professionnelles et personnelles, leur niveau de formation ainsi que leur religion pouvaient influencer leur comportement face à une demande d'assistance au suicide. Une telle hypothèse demande vérification.

Suite aux résultats obtenus par les diverses études, nous constatons que peu de stratégies sont mises en place pour accompagner adéquatement un patient dans la procédure du suicide assisté. D'autres recherches devraient être entreprises et répondre à la question suivante : « *Quelles stratégies pourraient être mises en place*

pour adopter un comportement adéquat avec une personne désirant avoir recours au suicide assisté ? ».

7.6. Limites de la revue

Cette revue de littérature est la première recherche scientifique que nous avons effectuée. De ce fait, la méthode de recherche utilisée n'est peut-être pas la plus complète, néanmoins, nous avons respecté au mieux les critères méthodologiques. De plus, étant de langue maternelle française et novice dans le domaine de la recherche, il est possible que nous ayons omis certains éléments lors des traductions et de la synthétisation des différentes études rédigées en anglais.

Lors de la recherche des articles en fonction des critères que nous avons établis, nous avons été confrontées au manque de publications datant de 2007 à 2017. Nous avons dû élargir notre champ de recherche et prendre en considération une publication de 2006.

Il nous semble difficile de généraliser les résultats obtenus par manque d'études à disposition et par le fait que deux des six études sélectionnées comprenaient un échantillonnage insuffisant.

La gestion du temps ont été un obstacle pour la réalisation de ce travail.

La charge de travail (recherche d'articles pertinents, leur traduction, les analyses des résultats et la rédaction du travail) alors que nous devions « marier » nos cours, nos stages, nos examens avec la réalisation de cette revue de littérature, nous a mises parfois en difficulté.

Cependant, nous sommes fières d'être arrivées à le déposer à la date prévue. Ce travail fut une belle et enrichissante expérience qui, sans aucun doute, nous servira dans notre future pratique professionnelle.

Conclusion

Cette revue de littérature nous a permis de mettre en lumière les facteurs individuels, politiques, économiques et sociaux qui influencent les infirmières dans leurs attitudes face au suicide assisté. Pour qu'une infirmière puisse se positionner de manière adéquate dans cette situation, elle doit être capable d'analyser le contexte en prenant en compte son expérience professionnelle, son jugement clinique, le cadre de soins, les ressources du milieu de soins, les données probantes, les préférences, les valeurs et les caractéristiques du patient.

En vue des modifications du cadre légal, certains cantons offrent la possibilité d'avoir recours au suicide assisté au sein de leurs hôpitaux et de leurs EMS. Les infirmières se retrouvent confrontées à un dilemme moral, les obligeant à adapter leurs attitudes et leurs rôles aux exigences du lieu de travail. C'est pourquoi, il est nécessaire d'effectuer des recherches probantes qui détermineront des stratégies adaptées permettant aux infirmières de faire face à ces situations qui peuvent être difficiles pour elles. A ce jour, le rôle de l'infirmière dans le processus du suicide assisté n'est pas clairement défini, c'est pourquoi des recherches complémentaires doivent être effectuées.

Cette revue de littérature nous a permis de réaliser un apprentissage concernant les recherches scientifiques dans les soins. De plus, elle nous a permis d'enrichir nos connaissances à propos de notre positionnement professionnel permettant ainsi d'accompagner adéquatement un patient demandant un suicide assisté.

8. Liste de références bibliographiques

- Agence télégraphique suisse. (2016a). *L'Hôpital du Valais autorise l'aide au suicide sous condition*. Le Temps. Repéré à <https://www.letemps.ch/suisse/2016/03/03/hopital-valais-autorise-aide-suicide-condition>
- Agence télégraphique suisse. (2016b). *L'aide au suicide continue d'augmenter en Suisse*. 24heures. Repéré à : <http://www.24heures.ch/suisse/aide-suicide-continue-daugmenter-suisse/story/25424938>
- Agence télégraphique suisse. (2016c). *L'aide au suicide continue d'augmenter en Suisse*. Le Matin. Repéré à <http://www.lematin.ch/suisse/aide-suicide-continue-daugmenter-suisse/story/25424938>
- Agence télégraphique suisse. (2016d). *Aide au suicide : l'Hôpital du Valais entre en matière*. Tribune de Genève. Repéré à : <http://www.tdg.ch/suisse/aide-suicide-hopital-valais-matiere/story/17381913>
- Agence télégraphique suisse. (2017, 18 juin). *Exit envisage une aide au suicide élargie*. Tribune de Genève. Repéré à <http://www.tdg.ch/suisse/exit-envisage-aide-suicide-elargie/story/13279115>
- Art.34 de la Constitution du canton de Vaud du 14 avril 2003 (= Cst.IVD ; RS 131.231).
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2005). *Position éthique 1 : L'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers*. Repéré à https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Ethische_Standpunkte_1_franzoesisch.pdf
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2008). *Définition des soins infirmiers*. Repéré à : <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/pflegethemenzusatzseiten/definition-des-soins-infirmiers.html>
- Académie suisse des sciences médicales. (2012). *Problème de l'assistance médicale au suicide : Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM*. Repéré à <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Ethique-en-fin-de-vie/L-assistance-au-suicide.html>
- Burkhardt, S. E. (2011). *L'assistance au décès à l'aube du XXIème siècle*. Thèse de doctorat inédit, Université de Genève. Repéré à <https://archive-ouverte.unige.ch/vital/access/manager/Repository/unige%3A14584>
- Busset, F., & Gross, J. (2013a). *Grille d'aide à l'analyse SC1 Médiologie de la santé-Nadot* [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Busset, F., & Gross, J. (2013b.). *Grille d'aide à l'analyse SC2 Médiologie de la santé-Nadot* [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.

- Busset, F., & Gross, J. (2013c.). *Grille d'aide à l'analyse-SC3 Médiologie de la santé-Nadot* [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Busset, F., & Gross, J. (2016). *Modèle d'intermédiaire culturel Médiologie de la santé : théorie de l'activité soignante dans son ensemble* [Présentation Powerpoint]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Covo, J. (journaliste). (2016, 14 septembre). L'interview [Interview Télévisé]. Dans D. Cimelli (réalisateur), *19h30*. Genève, Suisse. Repéré à : <https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/19h30?id=8437519>
- Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine. (2005). *L'assistance au suicide*. Repéré à : http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/fr/suizidbeihilfe_fr.pdf
- Conseil d'éthique clinique. (2006). *Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG*. Repéré à http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideauxhug_5juillet2006.pdf
- Conseil International des Infirmières. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. [Page Web] Repéré à : http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf
- De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008). Nurses' involvement in end-of-life decisions. *Cancer nursing*, 31(3), 222-228. Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18453879?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- Déchanetz, N. (2014, 25 septembre). *SICS- Santé publique : Les déterminants de la santé* [Présentation Powerpoint]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Déchanetz, N., & Kerspern, M.-N. (2015). *Les comportements en lien avec la santé Health behaviours and lifestyles* [Présentation Powerpoint]. Fribourg : Haute École de Santé.
- DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. *Heart & Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 35(6), 412-422. doi: 10.1016/j.hrtlng.2006.06.008
- DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying : A Pilot Study. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 15(4), 135-139. doi: 10.1097/NHL.0000000000000017
- DIGNITAS. (2017). *Qui est DIGNITAS ?*. Repéré à : <http://www.dignitas.ch/>
- Dunand, F. (2006, avril). L'assistance au suicide au CHUV : conditions et procédure. *CHUV magazine*, 2-4.
- Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide : sociodemographic factors. *British Journal of Nursing*, 24(12). Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26110854>

- EXIT International (2011). *Exit International*. Repéré à : <https://exitinternational.net/>
- EXIT Deutsche Schweiz. (2016). *EXIT auf einen Blick*. Repéré à : <https://www.exit.ch/startseite/>
- EXIT ADMD Suisse Romande. (2017a). *Association pour le Droit de mourir dans la dignité*. Repéré à : <http://www.exit-geneve.ch/>
- EXIT ADMD Suisse romande. (2017b). *Conditions pour faire une demande d'assistance au suicide*. (2017b). Repéré à <http://www.exit-geneve.ch/conditions.htm>
- EXIT ADMD Suisse Romande. (2017c). *Comment est-né le mouvement Exit ?*. Repéré à : <http://www.exit-geneve.ch/>
- Formarier, M. (2012). Attitude. Dans M. Formarier & L. Jovic (Éds), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., pp. 81-83). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Formarier, M. (2012). Comportement. Dans M. Formarier & L. Jovic (Éds), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., pp. 115-117). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche (2^{ème} éd. pp. 95-114). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche (2^{ème} éd. pp. 224-248). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Godin, G. (2012). Glossaire. Dans G. Godin (Éd.) *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir* (1ère éd., pp.15-44). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G & Vézina- Im, L.-A. (2012). Les théories de prédiction. Dans G. Godin (Éd.) *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir* (1^{ère} éd., pp.15-44). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gruat, F. (2012). Dignité. Dans M. Formarier & L. Jovic (Éds), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd., pp. 156-158). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Junker, C. (2016a). *Communiqué de presse : Suicide et assistance au suicide en Suisse 2014 : Le nombre de suicides assistés augmente*. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.assetdetail.1023144.html>
- Junker, C. (2016b). *Statistiques des causes de décès 2014 Suicide assisté et suicide en Suisse*. Office Fédérale de la statistique. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/tourisme/hebergement-touristique.assetdetail.1023132.html>
- Klingshirn, A. & Lambelet, A. (2016). Grille d'analyse qualitative. [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.

- Lambelet, A. (2015). *Evidence based nursing : fondements et niveaux de preuves* [Présentation Powerpoint]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Longerich, B. (2013). *Les infirmières confrontées aux demandes de suicide assisté : Nul n'est en droit de juger pour autrui*. Repéré à : http://www.exit-geneve.ch/infirmiers_S60_64-11_2013.pdf
- Office Fédérale de la Justice. (n.d) *Euthanasie : situation actuelle et propositions pour l'avenir*. Repéré à : <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/b-summary-f.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Vos questions les plus fréquentes*. Repéré à : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Pereira, J., Laurent, P., Cantin, B., Petremand, D., & Currat, T. (2008). The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution. *Palliative Medicine*, 22(5), 659-667. doi : [10.1177/0269216308091248](https://doi.org/10.1177/0269216308091248)
- Phaneuf, M. (2013). *Le concept d'advocacy en soins infirmiers*. [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Tribune de Genève. (2016, 16 mars). *Le droit de mourir à l'hôpital*. Repéré à : <https://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/droit-mourir-hopital/story/18267161>
- Tribune de Genève. (2017, 6 juillet). *Exit envisage une aide au suicide élargie*. [tdg.ch/](https://www.tdg.ch/). Repéré à : <https://www.tdg.ch/suisse/exit-envisage-aide-suicide-elargie/story/13279115>
- Université de Genève. (2006). *Théorie de l'action raisonnée*. Dans *EduTech Wiki*. Repéré à http://edutechwiki.unige.ch/fr/Th%C3%A9orie_de_l%E2%80%99action_planifi%C3%A9e
- Van Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijter Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & Ter Meulen, R. (2007). The role of nurses in euthanasia and physician- assisted suicide in The Netherlands. *Clinical ethics*. doi : 10.1136/jme.2006.018507
- Wasserfallen, J. (2006). *Assistance au suicide en hôpital de soins aigus : Respecter la liberté du patient et du soignant*. *Schweiz Ärztezeitung*, 87, 895-898. Repéré à : <https://bullmed.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/bms.2006.11945/2006-20-114.pdf/>
- Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliative Care*, 14(1). doi : 10.1186/s12904-015-0058-3
- Zuercher, C. (2014). *L'association d'aide au suicide Exit compte toujours plus de membres*. *Tribune de Genève*. Repéré à :

<http://www.tdg.ch/societe/association-daide-suicide-exit-toujours-membres/story/14812261>

9. Annexes

Annexe A : Déclaration d'authenticité

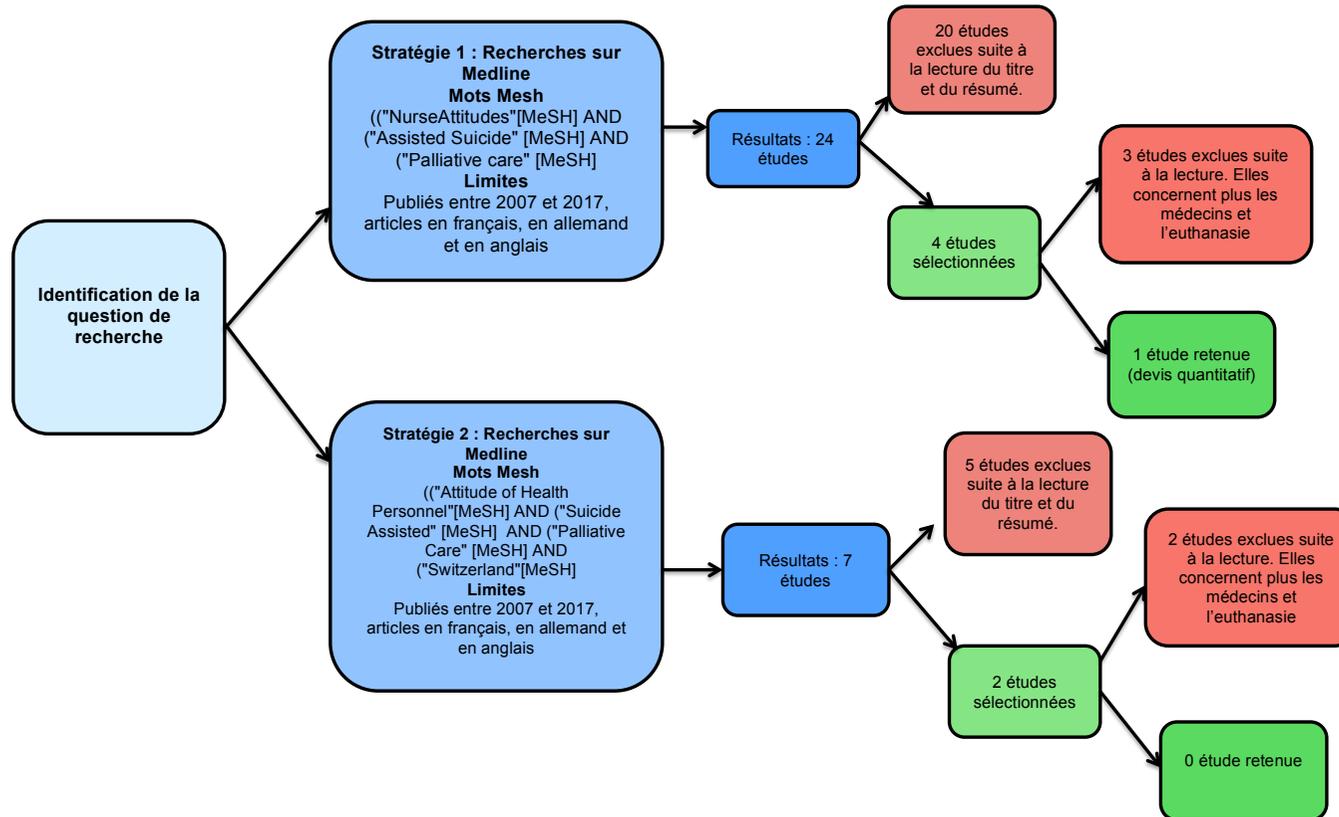
« Nous, Jessica Martin et Florence Vairoli, déclarons avoir rédigé ce travail par nous-mêmes, conformément aux directives imposées par la Haute École de Santé de Fribourg. Nous certifions avoir nommé toutes les références utilisées pour l'élaboration de cette revue de littérature ».

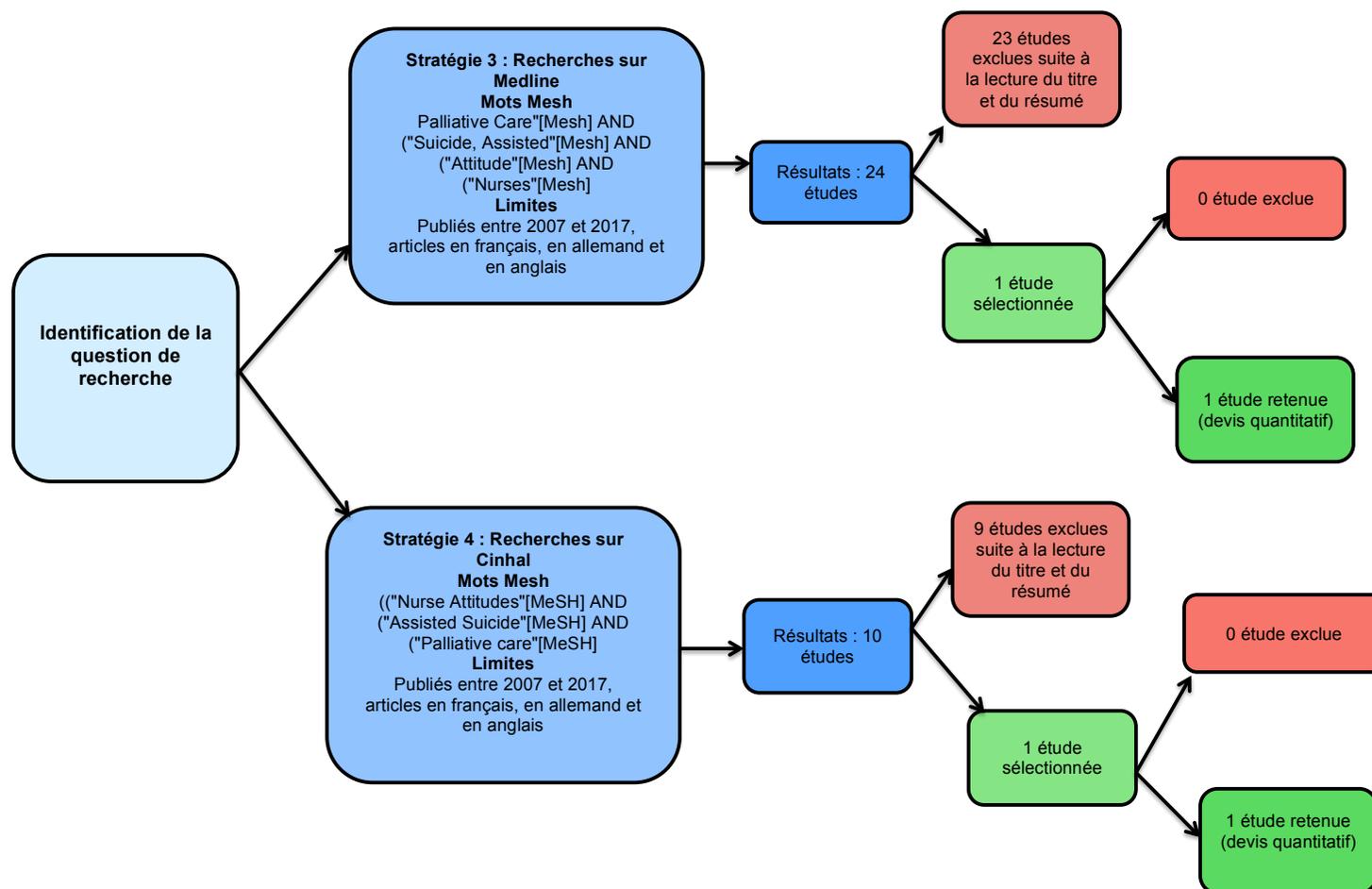
Jessica Martin et Florence Vairoli

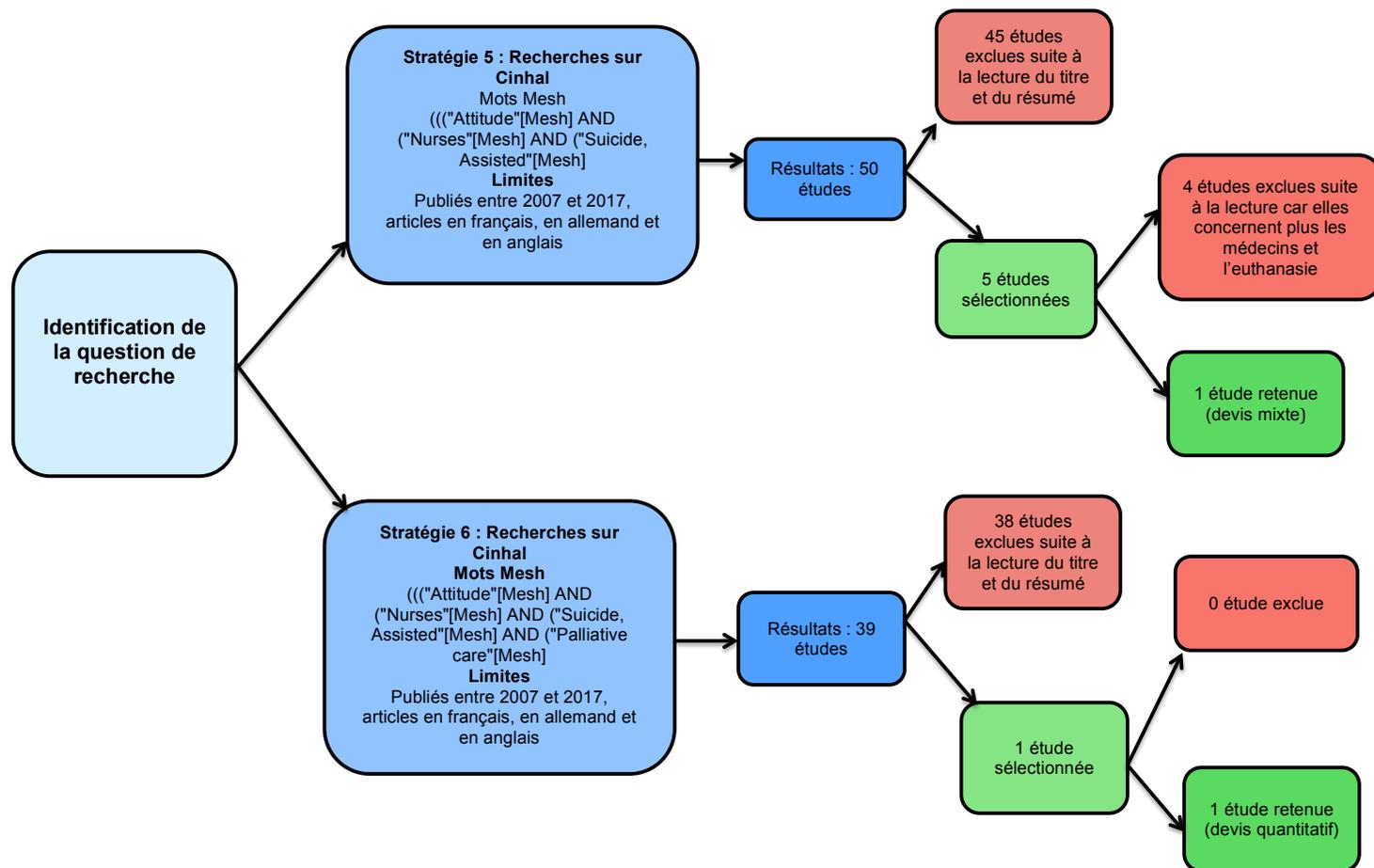
J Martin

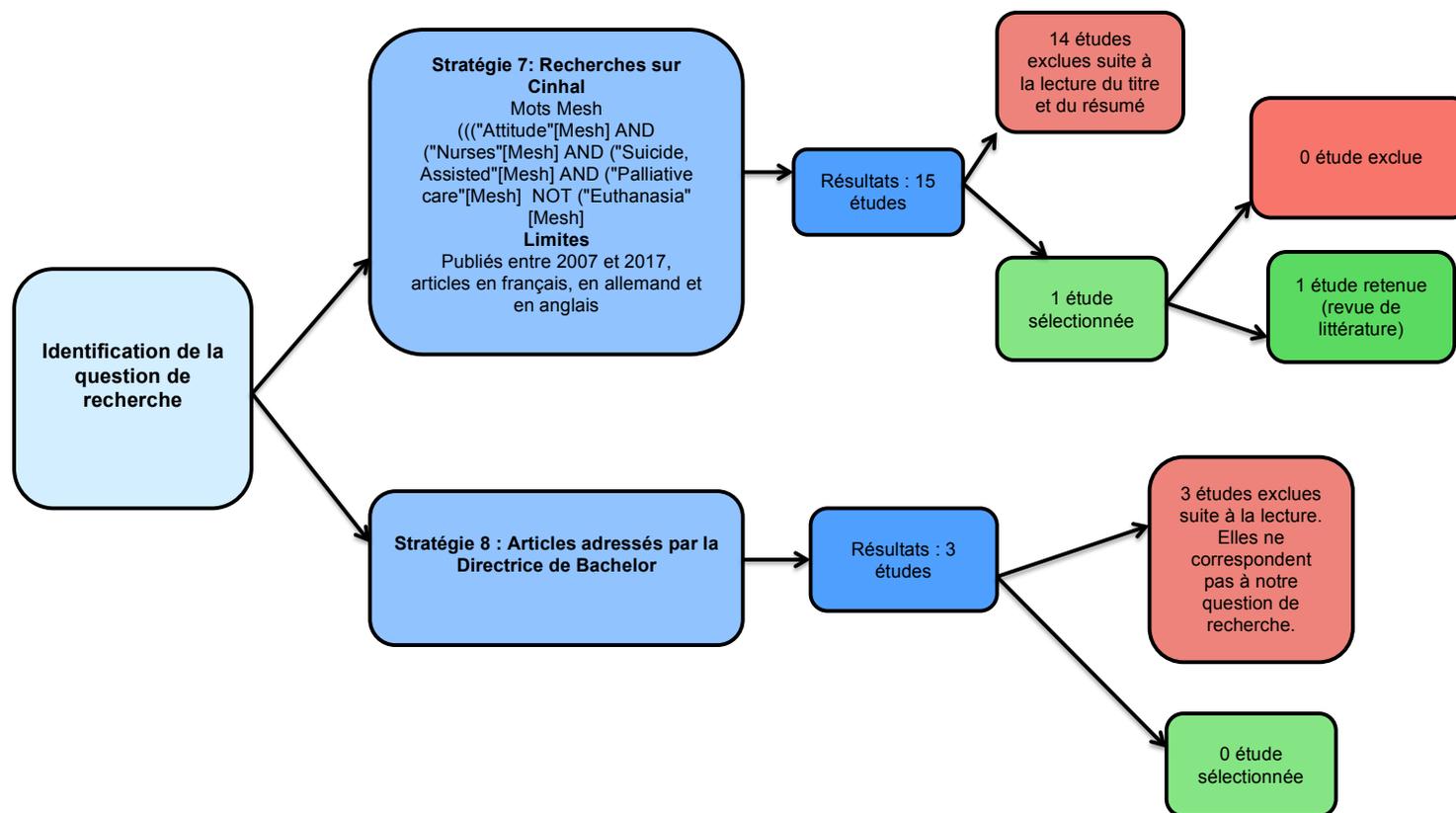
Umbi Florence

Annexe B : Schémas du processus de recherche

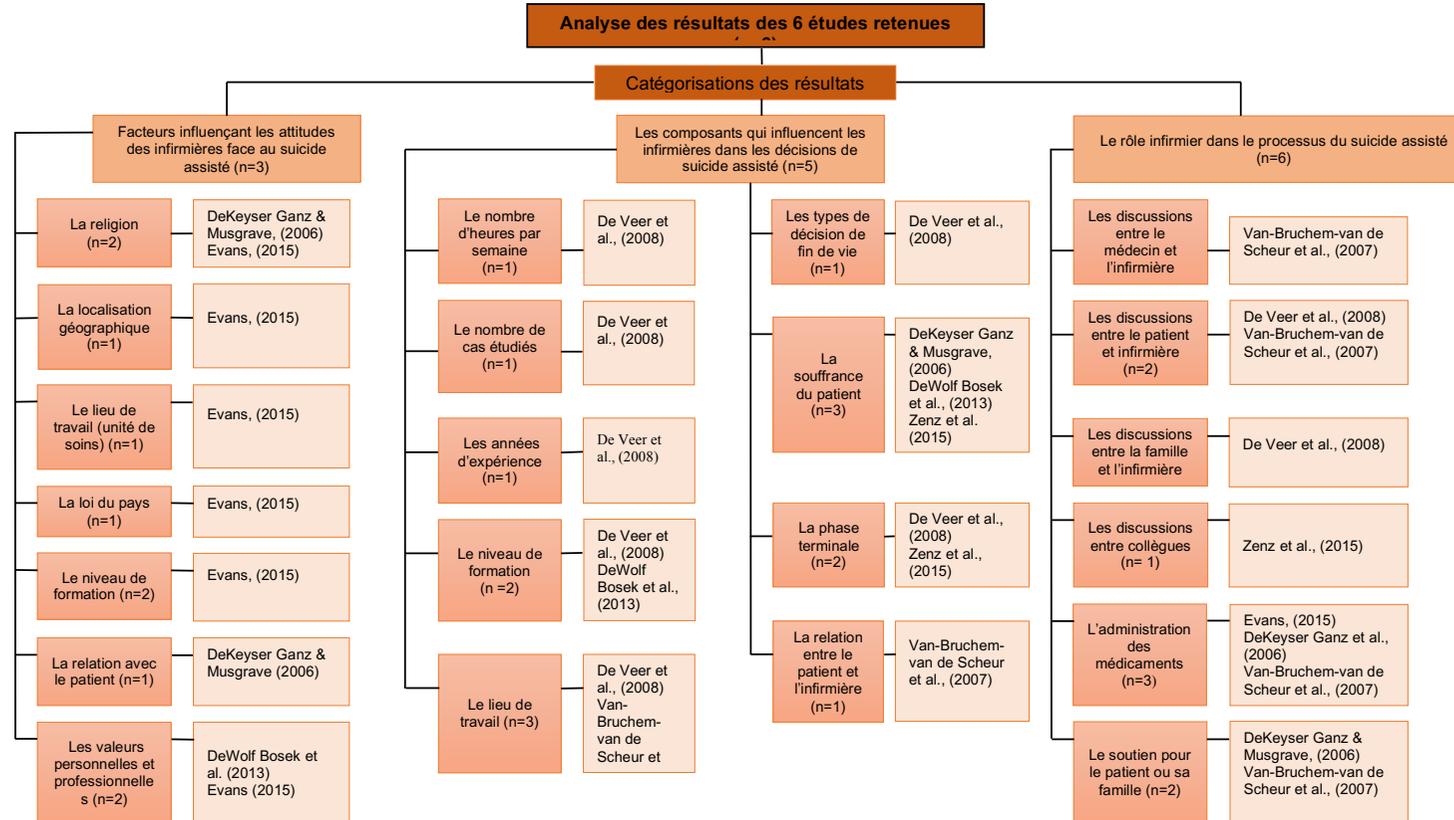








Annexe C : Synthèse et catégorisations des résultats



Annexe D : Tableaux de synthèse des recherches

Tableau résumé des études.

Auteurs	Titre	Année s	Pays	Devis	Échantillon	Objectifs/buts de l'étude
De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P.	Nurses' Involvement in End- of-life Decisions.	2008	Pays-Bas	Quantitatif corrélational prédictif.	Echantillon aléatoire N= 489 infirmières.	Étudier les points de vue des infirmières concernant leurs rôles dans les types de décision de la fin de vie. Déterminer leurs rôles dans le processus de décision. Déterminer comment les infirmières sont influencées dans processus décisionnel.
DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F.	Israeli critical care nurses' attitudes toward physician- assisted dying.	2006	Israël	Quantitatif descriptif corrélational.	71 infirmières.	Déterminer les attitudes et les pratiques des infirmières israéliennes travaillant dans les soins intensifs concernant le suicide assisté, l'euthanasie et l'aide médicale à mourir. Déterminer les facteurs qui influencent ces attitudes.

Evans, L.	Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors.	2015	Grande-Bretagne	Revue de littérature systématique.	16 articles.	Quels sont les facteurs sociodémographiques qui influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté? Explorer les facteurs sociodémographiques qui influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté.
Van Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijer Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & TerMeulen, R.	The role of nurses in euthanasia and physician- assisted suicide in The Netherlands.	2007	Pays-Bas	Quantitatif descriptif corrélationnel.	1178 résultats provenant d'infirmières et de soignants.	Cette étude met en évidence le rôle des infirmières travaillant dans les EMS, les soins à domicile et les hôpitaux à propos : <ul style="list-style-type: none"> • du processus décisionnel, • de l'administration des médicaments létaux, • des demandes d'euthanasie et de suicide assisté par les patients.
Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M.	Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide.	2015	Allemagne	Devis quantitatif descriptif comparatif.	470 résultats des questionnaires retenus (médecins : 198, infirmières : 272).	Savoir si les participants de l'enquête sont prêts à effectuer une euthanasie ou un suicide assisté suite à la demande d'un patient.
DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B.	Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying: A Pilot Study.	2013	Pays-Bas	Mixte.	13 infirmières	Étudier les attitudes et les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières concernant le suicide assisté. Déterminer le point de vue des infirmières à propos de la cohérence entre le suicide assisté et le code de déontologie.

Tableau des limites et des recommandations des études.

Références	Limites/Forces	Recommandations
<p>DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. <i>Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i>, 35(6), 412-422.</p>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attitude des infirmières a été évaluée à l'aide de vignettes. Cependant, certains chercheurs mettent en doute cette technique car elle ne tient pas compte des attitudes des infirmières. - Les infirmières n'ont peut-être pas répondu honnêtement aux questions étant donné que le sujet engendre de nombreuses implications éthiques et juridiques. - Le nombre total des questionnaires distribués n'a pas été enregistré, de ce fait, le taux de réponses n'a pas pu être déterminé. - Les données sur la fiabilité du questionnaire original n'ont pas été signalées. - Le taux de refus concernant la participation de l'étude est inconnu. - L'échantillon de l'étude est trop petit, ce qui peut avoir un impact sur les résultats de l'étude. <p><u>Forces :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats de cette étude peuvent être utilisés dans la pratique infirmière et dans la pratique d'autres professionnels de la santé. - Des scénarios similaires, utilisés dans cette étude, peuvent aider les enseignants à 	<ul style="list-style-type: none"> - Des recherches plus approfondies doivent être effectuées sur les influences de la culture et de la religion des professionnels de la santé travaillant dans les soins intensifs. - Des recherches supplémentaires concernant les attitudes des professionnels de la santé à l'égard du suicide assisté doivent être réalisées.

	<p>explorer les croyances et les attitudes des élèves concernant les problématiques liées à la fin de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une discussion sur les problèmes éthiques permet d'amener un dialogue entre les différents professionnels de la santé. 	
<p>Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. <i>British Journal of Nursing</i>, 24(12).</p>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réponses des infirmières peuvent être influencées car que le suicide assisté est interdit dans leur pays. - Les résultats des études concernant la religion sont mitigés. Certains articles démontrent qu'il y a un lien important entre les attitudes des infirmières concernant le suicide assisté et la religion. D'autres études prouvent que les infirmières ont la capacité de se séparer de leur appartenance religieuse afin de respecter le souhait du patient. 	<p>Il n'évalue pas les demandes de suicide assisté dans la population.</p>
<p>Van Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijjer Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & TerMeulen, R. (2007). The role of nurses in euthanasia and physician- assisted suicide in The Netherlands. <i>Clinical ethics</i>.</p>	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les décisions médicales peuvent être difficiles à évaluer à l'aide d'une méthode quantitative car le suicide assisté et l'euthanasie sont des sujets sensibles et complexes. - Certaines infirmières n'ont pas pu participer entièrement à cette étude étant donné qu'elles n'ont pas eu la possibilité de compléter toutes les étapes du questionnaire. De ce fait, il manque dans l'étude quelques données. 	<p><u>Forces</u></p> <p>L'interprétation des résultats concernant les différents types de décision de fin de vie a permis d'améliorer la validité des résultats. Dans cette étude, le taux de participation est élevé, de nombreuses institutions du pays se sont impliquées dans l'étude et les cas d'euthanasie et de suicide assisté les plus récents ont été recensés. De ce fait, même si certaines infirmières n'ont pas pu répondre à toutes les questions, l'étude est représentative.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Un biais peut être présent à cause des données rétrospectives. - Les infirmières ont peut-être interprété les situations des patients différemment que les médecins. 	
<p>De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions. <i>Cancer Nursing</i>, 222-228.</p>	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de limites. - La considération éthique n'est pas stipulé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats montrent que des discussions supplémentaires sur le rôle des infirmières concernant les décisions de fin de vie sont nécessaires. - Étant donné que les infirmières ont un rôle central dans les soins, elles peuvent amener une contribution précieuse à la discussion concernant la décision de fin de vie. Ce sont elles qui observent les changements de l'état de santé des patients et signalent ces changements au médecin. - Le fait de partager la prise en charge rend la situation moins lourde pour le médecin et l'infirmière. - D'autres recherches ont démontré que dans 64% des décès, les médecins n'ont pas discuté de la décision de fin de vie avec les infirmières. - Les médecins doivent discuter plus souvent des décisions de fin de vie avec les infirmières car elles souhaitent être impliquées dans le processus décisionnel. De plus, il est plus facile pour les infirmières de s'occuper de leur patient si elles peuvent être impliquées dans les décisions de fin de vie. - Les médecins sont responsables de la prise de décision finale. - Une description plus claire du rôle de l'infirmière est nécessaire.

		<p>- Les caractéristiques sociodémographiques des infirmières peuvent influencer leurs rôles dans le processus décisionnel.</p> <p>Il est important que les institutions mettent en place des lignes directrices concernant le suicide assisté.</p>
<p>Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. <i>BMC Palliative Care</i>, 14(1).</p>	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont déjà leurs propres opinions concernant l'euthanasie et le suicide assisté. Ainsi, les résultats obtenus ne reflètent pas l'opinion générale des infirmières et des médecins allemands. Cette étude donne le point de vue des professionnels qui sont confrontés quotidiennement aux décisions de fin de vie. Il est possible que les participants n'aient pas répondu sincèrement au questionnaire étant donné qu'aujourd'hui ces pratiques sont illégales en Allemagne. - Les scénarios prennent en compte uniquement les cas de patients souffrant d'un cancer ou de douleurs. - L'analyse statistique utilisant la régression logistique pour analyser l'âge, le métier et la spécialisation des participants n'ont pas donné de résultats significatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins généralistes ne sont pas formés pour effectuer les procédures de fin de vie. - Les médecins en soins palliatifs sont réticents à l'idée de réaliser le suicide assisté. - La question sur la formation des médecins leur permettant d'effectuer le suicide assisté n'a pas encore été relevée. Une discussion sur ce sujet est nécessaire avant de prendre une décision concernant l'autorisation ou l'interdiction du suicide assisté en Allemagne.
<p>DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying: A Pilot Study. <i>JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation</i>, 15(4), 135-139.</p>	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de précision concernant le positionnement des infirmières de pratique avancée face au suicide assisté est relevé. De plus, les raisons éthiques des infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour des raisons personnelles et professionnelles, la majorité des sondés se prononce pour le suicide assisté. - Même si une différence concernant la cohérence entre le suicide assisté et le Code déontologique est présente, les infirmières

	<p>de pratique avancée à propos de la cohérence entre le suicide assisté et le code déontologique manque dans cette étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude est une étude pilote qui permet de poser des hypothèses. - Le sondage anonyme a permis, peut-être, aux participants de répondre honnêtement. - Le fait que le résumé du Code déontologique a été distribué à tous les participants lors d'une conférence a pu être une variable confondante. - La taille de l'échantillon ne peut pas refléter l'ensemble de la population d'infirmières. De plus, les données ne sont pas suffisantes pour faire une analyse statistique multivariée. - Il existe un écart entre les valeurs professionnelles et personnelles. 	<p>ont relevé que la souffrance est l'élément le plus important pour avoir recours au suicide assisté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des stratégies éducatives concernant l'utilisation du Code déontologique doivent être mis en place afin de guider les infirmières dans leurs décisions cliniques et professionnelles. - Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer l'influence des valeurs professionnelles et personnelles dans la prise de décision. - Des études plus approfondies doivent être effectuées sur les facteurs qui influencent le rôle des infirmières de pratique avancée dans la procédure du suicide assisté. - De plus, des études supplémentaires doivent être réalisées afin de comprendre le rôle des infirmières dans les décisions de fin de vie. Cette étude donne un aperçu concernant les enjeux sociaux et professionnels et nécessite d'autres recherches. Cependant, elle donne de nombreuses pistes pour effectuer une enquête plus approfondie.
--	--	--

Tableau de niveau de signification des études.

Références des études					
DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. <i>Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i> , 35(6), 412-422.	Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. <i>British Journal of Nursing</i> , 24(12).	Van Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijjer Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & TerMeulen, R. (2007). The role of nurses in euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. <i>Clinical ethics</i> .	De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions. <i>Cancer Nursing</i> , 222-228.	Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. <i>BMC Palliative Care</i> , 14(1).	DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying: A Pilot Study. <i>JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation</i> , 15(4), 135-139.

Les études comprenant des données significatives pour notre revue. / Les études comprenant des données moyennement significatives pour notre revue.

Annexe E : Grille de résumé d'un article scientifique

Recherche 1

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. <i>Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i> , 35(6), 412-422. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.06.008
Introduction Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Les décisions concernant la fin de vie telles que le suicide assisté sont courantes dans les unités de soins intensifs. Aujourd'hui, les décisions de fin de vie sont devenues fréquentes. Les problèmes liés aux décisions de fin de vie deviennent de plus en plus le centre des préoccupations des cliniciens, des patients et de leur famille. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 412) - Les infirmières en soins intensifs sont confrontées quotidiennement aux dilemmes moraux qu'engendrent les problèmes liés au prolongement de la vie et à l'accélération de la mort. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 412)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - L'accélération de la mort, l'arrêt du traitement et la poursuite du traitement sont les trois types de décisions de fin de vie les plus fréquentes dans les unités de soins intensifs. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 412) - Les infirmières sont souvent invitées à participer à des mesures liées à la fin de vie. Une étude a prouvé que 16% des infirmières travaillant aux soins intensifs ont participé au moins une fois à des actes liés à la fin de vie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 412) - Dans une étude réalisée aux États-Unis, 45% des médecins américains sont favorables à la légalisation du suicide assisté. 22% des oncologues ont soutenu le suicide assisté, 11% de l'échantillon ont effectué un suicide assisté et 3.7% de l'échantillon ont effectué une euthanasie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413) - Une étude a démontré que 8.6% des médecins oncologues travaillant en pédiatrie ont participé au suicide assisté et 8.6% ont participé à l'euthanasie. Dans une autre étude, la moitié des neurologues participant à cette étude était favorable à la légalisation du suicide assisté. - 13% des neurologues participeraient au suicide assisté et 4% à l'euthanasie. Chez les étudiants en médecine, 64% des étudiants sont favorables au suicide assisté et 32% des résidents en médecine ont participé à une assistance au

suicide.

- La plupart des médecins américains sont favorables au suicide assisté et l'ont déjà pratiqué. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- En Grande-Bretagne, 49% des pharmaciens qui ont participé une étude ont déclaré qu'ils distribueraient volontairement un médicament létal si le suicide assisté était légal. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- En Italie, une étude a prouvé que 28.3% des étudiants en médecine étaient favorables au suicide assisté et à l'euthanasie active. 19% des médecins sont favorables au suicide assisté et à l'euthanasie si les patients souffrent d'une maladie en phase terminale. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- Dans une autre étude italienne, 8.8% des médecins ont reçu des demandes d'euthanasie de la part de patients souffrant d'une maladie en phase terminale. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- Au Pays-Bas, 71% des médecins de famille, 36% des médecins et 37% des cliniciens ont effectué des euthanasies et des demandes d'assistance au suicide. Le Pays-Bas est le pays le plus favorable au suicide assisté. En Belgique, 1.3% des décès étaient liés à l'euthanasie et 3.2% des décès étaient liés à des injections létales sans le consentement du patient ou de la famille. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- Plusieurs études effectuées dans le monde entier ont mis en évidence que les infirmières sont favorables aux pratiques qui accélèrent la mort. En Australie, une autre étude a mis en évidence que 71% des infirmières australiennes sont favorables au suicide assisté.
- Il existe peu de données concernant le rôle des infirmières dans le suicide assisté au Pays-Bas. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- Une autre étude a montré que 21% des médecins spécialisés ont permis, sous supervision, aux infirmières d'administrer des médicaments létaux.
- 16% des médecins ont admis que les infirmières administraient des médicaments mortels à leurs patients, sans supervision.
- Une étude en Belgique a démontré que les infirmières administraient des médicaments létaux dans 58.8% des cas dans les établissements hospitaliers et dans 17,2% des cas au domicile du patient. Dans la plupart des cas, les infirmières ont administré ces médicaments sans prescription de la part du médecin.
- En Hongrie, le taux de suicide est élevé, 21% des infirmières sont favorables au suicide assisté. Une étude réalisée au Royaume-Uni a mis en évidence que les infirmières n'ont pas assez de connaissances concernant les différents types de décisions de fin de vie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413)
- Les médecins sont plutôt favorables à l'euthanasie et au suicide assisté. Cependant, l'association américaine des infirmières et infirmiers est contre la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie car la légalisation de ces types de décision de fin de vie va à l'encontre des principes éthiques de la profession infirmière. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414)
- Aux États-Unis, 30% des infirmières en oncologie ont été sollicitées pour des assistances au suicide et 1% ont déclaré

	<p>qu'elles l'ont effectuées. 50% des infirmières ont déclaré qu'elles ont eu en moyenne 20 demandes d'assistance au suicide ou d'euthanasie de la part de leurs patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une étude a évalué les attitudes des infirmières américaines en soins intensifs. 17% des infirmières sont favorables au suicide assisté, 2% des infirmières sont favorables à l'euthanasie non volontaire et 37% des infirmières ont reçu des demandes d'aide à mourir de la part de leurs patients. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 413) - Plusieurs études ont évalué l'influence des variables démographiques sur types de décision de fin de vie. - L'âge est un facteur qui influence l'attitude face aux décisions de fin de vie. Une étude hongroise a mis en évidence que plus les infirmières sont jeunes, plus elles sont favorables au suicide assisté. Les infirmières de moins de 40 ans ont une attitude plus favorable à la légalisation de l'euthanasie active et du suicide assisté. Cependant, d'autres études ont démontré qu'il n'y avait pas de relation entre l'âge et les attitudes concernant le suicide assisté. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414) - Selon d'autres études, l'éducation et les années d'expérience n'influencent pas les attitudes des infirmières face aux types de décisions de fin de vie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414) - La religion et les croyances ont cependant un lien avec les différentes attitudes. Dans plusieurs études, les participants catholiques et les participants pratiquants sont défavorables à ces types de décision de fin de vie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414) La loi israélienne et juive interdit l'euthanasie et les pratiques qui accélèrent la mort. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414) - Aucune étude n'a examiné les attitudes des infirmières juives ou israéliennes travaillant dans les soins intensifs concernant les demandes de fin de vie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414)
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Concepts : euthanasie active, suicide assisté, l'aide médicale à mourir. Cadre théorique : n'est pas explicité.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les attitudes et les pratiques des infirmiers/ères israéliens/nes travaillant dans les soins intensifs concernant le suicide assisté, l'euthanasie et l'aide médicale à mourir. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414) - Déterminer les facteurs qui influencent ces attitudes. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414)
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif descriptif corrélationnel.
Population, échantillon et contexte	<p>Contexte : hôpital universitaire non religieux, laïc en Israël. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 414) Population : infirmières travaillant dans une des quatre unités de soins intensifs. Le nombre total des questionnaires distribués n'a pas été enregistré, de ce fait, le taux de réponses n'a pas pu être déterminé. Échantillon : 71 infirmières travaillant dans une des quatre unités de soins intensifs.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte : un questionnaire comprenant cinq vignettes avec quatre réponses possibles.</p> <p>Instruments de mesure : les résultats sont analysés avec la méthode de statistique Kappa. Les auteurs utilisent le paquet statistique 9.0 de Windows. La méthode chi est utilisée pour analyser les variables culturelles et démographiques.</p>
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Le questionnaire de cette étude est basé sur les attitudes des infirmières face au suicide assisté. Il comprend quatre vignettes avec quatre réponses possibles permettant de refléter le degré de participation des infirmières dans les décisions de fin de vie. De plus, elles permettent de refléter le positionnement des infirmières face à ces décisions. - Les vignettes permettent d'évaluer les attitudes des infirmières concernant les décisions de fin de vie et l'importance de la relation qu'elles ont avec leurs patients. De plus, elles évaluent la volonté des infirmières à effectuer l'acte et l'effet de la douleur sur leurs attitudes. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415) - Ailleurs que dans les hôpitaux, le suicide assisté et l'aide médicale à mourir n'ont pas la même signification. Dans les hôpitaux et surtout dans les unités de soins intensifs, le terme « suicide assisté » n'est pas adapté, c'est pourquoi le terme « aide médicale à mourir » est utilisé. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415) - Le questionnaire a été modifié afin qu'il soit adapté aux situations rencontrées dans les unités de soins intensifs. Les vignettes se réfèrent à des patients inconscients qui ont exprimé le désir de mourir lorsqu'ils étaient encore conscients. Une vignette supplémentaire a été supprimée puis remplacée par une vignette similaire traitant de la volonté des infirmières dans l'administration de médicaments létaux sous ordre médical mais à la demande d'un patient. - Le questionnaire a été traduit dans un premier temps en hébreu et ensuite en anglais afin de vérifier la pertinence de la traduction. Le questionnaire a été vérifié par des infirmières expérimentées. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415) - Les auteurs ont demandé aux participants s'ils ont déjà été confrontés aux demandes d'aide au suicide de la part de leur patient et/ou de la famille et s'ils l'ont déjà effectuée. De plus, les auteurs ont demandé aux infirmières si les soins intensifs gèrent de manière adaptée la douleur étant donné que la douleur est une des raisons principales qui pousse les patients à hâter leur mort. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415) - Les réponses possibles aux vignettes vont de « tout le temps » à « pas du tout » sur une échelle à 4 points. Le dernier point du questionnaire demande aux participants s'ils ont un proche ou un membre de leur famille qui souffre d'une maladie chronique telle que le cancer ou une maladie cardiaque. Cette question a été rédigée car les auteurs pensent que les expériences personnelles peuvent influencer les réponses des participants. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415) - Un questionnaire démographique a été inclus afin d'identifier les différentes variables démographiques communes (âge, sexe, état civil, lieu de naissance, années d'expérience en soins infirmiers, années d'expérience en soins intensifs, le positionnement infirmier, et la formation). De plus, une question sur la religion avec comme réponse possible : judaïsme, islamisme, christianisme, ...a été posée ainsi qu'une question qui évalue la perception de leur religion avec comme réponse possible : très religieux, religieux, traditionnel et laïc. Étant donné que le nombre d'infirmières très religieuses est minime, cette catégorie a été fusionnée avec la catégorie religieuse. [Traduction libre]

	(DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415)
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur des soins infirmiers de l'hôpital autorise que l'étude soit effectuée dans l'établissement. Chaque infirmière responsable des unités de soins intensifs a donné sa permission à un assistant de recherche afin qu'il puisse distribuer les questionnaires aux infirmières. Le questionnaire est anonyme et la participation est volontaire. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415)
Résultats Traitement/Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - Les données ont été analysées à l'aide d'un ensemble de programmes statistiques pour les sciences sociales, version 9.0 pour Windows (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Les données descriptives ont été analysées afin de décrire les exemples et les réponses aux questions. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415) - L'analyse Chi 2 a été utilisée pour analyser les différentes réponses des vignettes concernant les variables démographiques et culturelles. - L'analyse de la relation entre la religion et les attitudes face au suicide assisté ont été divisées en deux analyses séparées (attitude favorable ou défavorable concernant le suicide assisté et participe ou ne participe pas à l'acte). [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 415)
Présentation des résultats	<p><u>Données démographiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échantillon comprend 71 infirmières en soins intensifs dont 7 hommes. Environ la moitié de la population de l'échantillon est israélien. Les infirmières ont en moyenne 12.3 ans d'expérience avec un écart-type de 8.6 dans les soins infirmiers et 7.2 ans d'expérience avec un écart-type de 5.9 dans les soins intensifs. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416) - 87% des participants sont de religion juive, 9% de religion musulmane, 3% de religion chrétienne et 1% d'une autre religion. - Concernant la perception de la religion, 6% des participants sont très religieux, 10% sont religieux, 27% des participants sont de religions traditionnelles et 57% sont laïcs. <u>Les attitudes des infirmières envers le suicide assisté</u> <p><u>Vignette 1</u> : Patient inconscient en phase terminale. L'infirmière s'est occupée de lui durant 3 semaines. Il a demandé lorsqu'il était conscient d'avoir recours à l'assistance au suicide s'il devenait inconscient. Il a demandé également que l'infirmière soit présente lors de l'administration du traitement. 47.9% des infirmières sont favorables à l'aide médicale à mourir et sont d'accord d'être présentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.9% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir mais sont d'accord d'être présentes.

- 18.3% des infirmières sont favorables avec l'aide médicale à mourir mais ne sont pas d'accord d'être présentes.
- 23.9% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir et ne sont pas d'accord d'être présentes.
- **Total** : 66.2% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir et 57.8% sont d'accord d'y participer.

Vignette 2 : Patient inconscient en phase terminale. L'infirmière ne le connaît pas. Il a demandé lorsqu'il était conscient d'avoir recours à l'assistance au suicide s'il devenait inconscient. Il a demandé également que l'infirmière soit présente lors de l'administration du traitement.

- 48.6% des infirmières sont favorable à l'aide médicale à mourir et sont d'accord d'être présentes.
- 17.1% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir mais sont d'accord d'être présentes.
- 11.4% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir mais ne sont pas d'accord d'être présentes.
- 22.9% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir et ne sont pas d'accord d'être présentes.
- **Total** : 50% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir et 65.7% sont d'accord d'être présentes.

Vignette 3 : Patient inconscient en phase terminale. Il a demandé lorsqu'il était conscient d'avoir recours à l'assistance au suicide s'il devenait inconscient. Il a demandé également que ce soit l'infirmière qui administre le médicament légal.

- 8.6% des infirmières sont favorable à l'aide médicale à mourir et sont d'accord d'être présentes.
- 1.4% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir mais sont d'accord d'être présentes.
- 58.6% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir mais ne sont pas d'accord d'être présentes.
- 31.4% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir et ne sont pas d'accord d'être présentes.
- **Total** : 67.2% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir et 10 % sont d'accord d'être présentes.

Vignette 4 : Patient inconscient en phase terminale. Il a demandé lorsqu'il était conscient d'avoir recours à une aide médicale pour mourir s'il devenait inconscient. Le médecin a prescrit l'ordonnance à l'infirmière et lui a demandé d'administrer le médicament.

- 8.7% des infirmières sont favorable à l'aide médicale à mourir et sont d'accord d'être présentes.
- 1.4% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir mais sont d'accord d'être présentes.
- 58.0% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir mais ne sont pas d'accord d'être présentes.
- 31.9% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir et ne sont pas d'accord d'être présentes.
- **Total** : 66.7% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir et 10.1% sont d'accord d'être présentes.

Vignette 5 : Patient conscient en phase terminale. Il a demandé d'avoir recours à l'aide médicale à mourir car il souffre depuis trop longtemps et demande à l'infirmière d'être présente lors de l'administration du médicament. 30.4% des infirmières sont favorable à l'aide médicale à mourir et sont d'accord d'être présentes.

- 11.6% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir mais sont d'accord d'être présentes.
- 33.3% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir mais ne sont pas d'accord d'être présentes.
- 24.6% des infirmières sont contre l'aide médicale à mourir et ne sont pas d'accord d'être présentes.
- **Total** : 63.7% des infirmières sont d'accord avec l'aide médicale à mourir et 52% sont d'accord d'être présentes.

En résumé : La majorité des infirmières de l'étude sont favorable à l'aide médicale à mourir (50% vignette 2 et 67.2% vignette 3). La majorité des infirmières accepte de participer à l'aide médicale à mourir si elles n'effectuent pas l'acte (57.8% vignettes 1 et 65.7% vignette 2 et 42% vignette 5). Si l'aide médicale à mourir doit être exécutée par les infirmières, environ 10% des infirmières acceptent d'être présentes (10% vignette 3 et 10.1% vignette 4). [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416)

- 12.7% des infirmières ont été confrontées à des demandes d'aide au suicide de la part de leurs patients. 7% des infirmières ont été confrontées à des demandes d'aide au suicide de la part de leur famille et aucune infirmière n'a administré un médicament létal.
- Seulement 33.8% des infirmières pensent que les soins intensifs administrent les antalgiques de manière adéquate afin de soulager les souffrances de leurs patients et 59.2% des infirmières pensent que les soins intensifs n'administrent pas toujours les antalgiques de manière adéquate.
- 20 infirmières ont été confrontées à la maladie d'un proche ou un membre de leur famille. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416)

Relations entre les caractéristiques démographiques et les attitudes face au suicide assisté

- Aucune différence significative n'a été trouvée dans les réponses des différentes vignettes par rapport au sexe, à l'état civil, au lieu de naissance ou au lieu de naissance des parents, à la religion, à l'âge, au type de formation ou de l'obtention d'un cours post-basique.
- Des différences significatives par rapport à la perception religieuse et à l'acceptation ou le refus concernant l'aide au suicide sont relevées dans les quatre premières vignettes. Les infirmières religieuses ou très religieuses sont moins favorables à l'assistance au suicide. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416)

Réponses des vignettes par rapport au niveau de la perception religieuse : Tableau 3, Tableau 4

- Des différences significatives ont été relevées chez les participants très religieux : pour les cinq vignettes, aucun participant très croyant est d'accord avec le suicide assisté et aucun n'est d'accord d'être présent.

Relation entre les caractéristiques d'expérience clinique et personnelle et le suicide assisté

- Aucune différence significative dans les réponses aux vignettes n'est relevée à propos du nombre d'années

	<p>d'expérience en soins intensifs. Aucune différence significative en lien avec l'expérience personnelle des participants et les attitudes face au suicide assisté ont été trouvée. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 416)</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'échantillon des infirmières israéliennes travaillant dans les soins intensifs est plus favorable au suicide assisté que les autres infirmières. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) - Des études antérieures ont révélé également que les professionnels de la santé juifs ont des attitudes plus favorables envers le suicide assisté même si cette pratique va à l'encontre de la loi juive. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) - La plupart des juifs se considère comme laïc, c'est pourquoi il n'adhère pas forcément à loi juive. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) - De petites différences entre les vignettes concernant l'accord avec le suicide assisté sont relevées dans cette étude. Ces différences mettent en évidence que la plupart des participants sont favorable au suicide assisté. Les participants sont moins favorables envers le suicide assisté lorsque les infirmières n'ont pas le temps de rentrer en relation avec leurs patients. Ces résultats mettent en avant l'importance de la relation infirmière-patient. - Le pourcentage d'infirmières favorables au suicide assisté dans la vignette 2 est moins élevé que dans la vignette 3 (patient qui demande à l'infirmière d'administrer le médicament) et la vignette 4 (médecin qui donne l'ordre à l'infirmière d'administrer le médicament). [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) Le pourcentage le moins élevé concernant la participation des infirmières provient des vignettes 3 et 4 où elles ont un rôle dans l'administration du médicament. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) Dans ces deux vignettes, un grand pourcentage d'infirmières sont d'accord avec le suicide assisté cependant un petit pourcentage est d'accord d'être présent. Cette opposition est due aux implications culturelles et juridiques concernant l'administration personnelle du médicament. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) - Un grand pourcentage d'infirmières qui est d'accord d'être présent provient de la vignette 2, où l'infirmière ne connaît pas le patient. Cela peut-être dû que les infirmières se sentent moins affectées personnellement. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) - La douleur est un facteur qui a peu d'influence dans les réponses des infirmières, comme en témoignent plusieurs résultats. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 419) - Dans la vignette 5, 52% des infirmières sont d'accord avec le suicide assisté s'il est en lien avec la douleur. Un pourcentage plus élevé a été relevé dans une étude prenant en compte les infirmières travaillant en oncologie. Ces résultats démontrent que peut-être, pour les infirmières travaillant en soins intensifs, la douleur est un critère moins important pour demander l'aide au suicide contrairement à celles travaillant en oncologie. - Aucune infirmière n'a affirmé avoir administré un médicament létal. Ce résultat peut être dû à un tabou culturel ou à la peur de dire la vérité à cause des conséquences juridiques. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 419) - Les résultats concernant le fait que 10% des infirmières acceptent d'administrer un médical létal avec ou sans ordre

	<p>médical sont cohérents. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 419)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les seuls résultats statistiquement significatifs sont ceux en lien avec la perception religieuse et l'attitude. Comme d'autres études l'ont démontré, plus les personnes sont religieuses, plus elles sont défavorables au suicide assisté. En conclusion, cette étude a mis en évidence que les infirmières israéliennes ont tendance à être favorable au suicide assisté mais qu'il est peu probable qu'elles participent activement dans le processus de fin de vie. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 419)
Forces et limites	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échantillon de l'étude est trop petit, ce qui peut avoir un impact sur les résultats de l'étude. - Le taux de refus concernant la participation de l'étude est inconnu. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 420) - L'attitude des infirmières a été évaluée à l'aide de vignettes cependant, certains chercheurs mettent en doute cette technique car elle ne tient pas compte des attitudes des infirmières. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 420) - Les infirmières n'ont peut-être pas répondu honnêtement aux questions étant donné que le sujet engendre de nombreuses implications éthiques et juridiques. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 420) - Le nombre total des questionnaires distribués n'a pas été enregistré, de ce fait, le taux de réponses n'a pas pu être déterminé. - Les données sur la fiabilité du questionnaire original n'ont pas été signalées. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 418) <p><u>Forces :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats de cette étude peuvent être utilisés dans la pratique infirmière et dans la pratique d'autres professionnels de la santé. Des scénarios similaires utilisés dans cette étude, peuvent aider les enseignants à explorer les croyances et les attitudes des élèves concernant les problématiques liées à la fin de vie. Une discussion sur les problèmes éthiques permet d'amener un dialogue entre les différents professionnels de la santé. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 421)
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Des recherches plus approfondies doivent être effectuées sur les influences de la culture et de la religion à propos de suicide assisté chez les professionnels de la santé travaillant dans les soins intensifs. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 421) - Des recherches supplémentaires concernant les attitudes des professionnels de la santé à l'égard du suicide assisté doivent être réalisées. Si le suicide assisté est légalisé, l'association américaine des infirmiers et infirmières et les infirmières religieuses auront une position qui ira à l'encontre de la loi. Ce positionnement engendra un conflit entre les

	croyances éthiques et les responsabilités légales. [Traduction libre] (DeKeyser Ganz & Musgrave, 2006, p. 421)
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe F : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Recherche 1.

Approche quantitative et mixte

Références complètes	DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. <i>Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care</i> , 35(6), 412-422. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.06.008				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les concepts sont définis. Le cadre théorique n'est pas explicite.
Hypothèses/questions de recherche/buts	Les hypothèses/questions de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude est défini.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite			X	Il est implicite.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	La taille de l'échantillon est trop petite selon les auteurs.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			
Résultats Traitement/analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Le cadre théorique n'est pas explicite.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe G : Grille de résumé d'un article scientifique

Recherche 2.

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. <i>British Journal of Nursing</i> , 24(12).
Introduction Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - De nombreux débats concernant la légalisation du suicide assisté et l'implication des différents professionnels de la santé ont lieu au Royaume-Uni. - Selon la discussion de COAD « Coalition of Assisted Dying » en 2012, les infirmières doivent être impliquées dans le processus décisionnel si le suicide assisté est légalisé. La légalisation du suicide assisté peut entraîner un dilemme moral pour les professionnels de la santé. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Les progrès médicaux et technologiques permettent d'améliorer la gestion de la maladie et d'augmenter l'espérance de vie. Choisir le jour de sa mort peut engendrer un dilemme moral pour certaines personnes mais permet aux patients de conserver leur dignité. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629) - Le suicide assisté est autorisé en Belgique, en Suède, en Oregon et à Washington. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629) - Selon les recherches provenant des pays où le suicide assisté est légalisé, l'infirmière a un rôle actif dans le processus décisionnel. D'autres études ont prouvé que l'infirmière est largement impliquée dans l'administration des médicaments létaux chez des patients en fin de vie. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629)
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Concepts : suicide assisté et euthanasie active. Cadre théorique : pas clairement explicite.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Question/hypothèse : quels sont les facteurs sociodémographiques qui influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté? But : explorer les facteurs sociodémographiques qui influencent les attitudes des infirmières face au suicide assisté. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629)</p>
Méthodes	Revue de littérature systématique.

Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	<p>Contexte : recherches d'articles provenant de différentes bases de données sur la thématique du suicide assisté (AMED, ProQuest, PUBMED, Sage et de la base de données de l'université de Brighton). [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629)</p> <p>Population- échantillon : 25 articles ont été trouvés, 9 articles ont été exclus. De ce fait, 16 articles ont été retenus.</p> <p>Critères inclusions : les attitudes des infirmières ; les recherches qualitatives et quantitatives ; les articles publiés après l'année 1995 et les études mondiales.</p> <p>Exclusions : datés avant 1995 ; rôle des infirmières dans le suicide assisté ; perspectives des médecins ; documents philosophiques.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte des données : recherches d'articles sur différentes bases de données (AMED, ProQuest, PUBMED, Sage et de la base de données de l'université de Brighton).</p> <p>Outils de mesure : absent.</p>
Déroulement de l'étude	<p>- Une revue de littérature préliminaire a été effectuée grâce à différentes bases de données tels que AMED, ProQuest, PUBMED, Sage et de la base de données de l'université de Brighton. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été inclus afin de délimiter la recherche. L'analyse des articles a permis de soulever 4 thèmes principaux qui influencent l'attitude des infirmières face au suicide assisté (religion, spécialisation/unité de travail, niveau de formation et la localisation géographique). [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 629-630)</p>
Considérations éthiques	<p>Ne sont pas explicites.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données Présentation des résultats	<p><u>Localisation géographique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La localisation géographique est le facteur le plus important. En Oregon et aux Pays-Bas, beaucoup d'infirmières sont encore contre le suicide assisté même si le suicide assisté est légalisé. - Les infirmières peuvent soutenir le choix du suicide assisté mais cela peut engendrer un dilemme moral selon les croyances. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630) - En Israël, 63% des infirmières soutiennent la légalisation de l'euthanasie et 33% ne souhaitent pas administrer eux-mêmes les médicaments pour des raisons religieuses. - Au Japon, 23% des infirmières estiment que le suicide assisté est éthiquement correct. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630) - En Belgique, 92% des infirmières sont favorables à la pratique du suicide assisté. <u>La religion</u> - La religion est également un facteur important. Dans certains pays, les attitudes des personnes sont influencées par leur religion. De nombreuses religions s'opposent à la pratique du suicide assisté. (Evans, 2015, p. 630) - 42% des infirmières s'opposent à la légalisation du suicide assisté pour des raisons religieuses. Selon une autre étude,

	<p>les professionnels de la santé juifs ont plutôt tendance à soutenir le suicide assisté car le judaïsme considère la dignité humaine comme quelque chose de sacré.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Turquie, 47% des infirmières musulmanes travaillant aux soins intensifs sont contre le suicide assisté. Les différents résultats montrent que les attitudes sont partagées. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630) - Certaines infirmières pratiquantes ont des difficultés à se positionner concernant le suicide assisté car il amène un conflit avec leurs croyances. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630) <p><u>Le lieu de travail</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le point de vue des infirmières sur le suicide assisté peut différer suivant leur unité de travail. L'analyse des articles a démontré des opinions variées chez les infirmières travaillant dans des unités différentes. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630) - Les infirmières travaillant dans les soins intensifs sont plus favorables au suicide assisté. 62% des infirmières en soins intensifs sont pour la légalisation du suicide assisté tandis que 37% des infirmières en pédiatrie sont favorables au suicide assisté et 43% des infirmières en chirurgie sont pour la légalisation du suicide assisté. Ces résultats sont probablement dus au fait que les infirmières en soins intensifs sont plus confrontées aux patients en fin de vie dans leur unité de travail que celles travaillant dans une unité de pédiatrie ou de chirurgie. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630) - Dans l'accompagnement des patients en fin de vie, les infirmières en soins palliatifs ont plus de connaissances sur la douleur et la gestion des symptômes, c'est pourquoi, les infirmières en soins palliatifs sont contre le suicide assisté. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 631) - Les infirmières spécialisées en VIH sont pour le suicide assisté. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 631) <p><u>Niveau formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus l'infirmière a un niveau de formation élevée, plus elle a une attitude favorable à l'égard du suicide assisté. - Les infirmières qui ont suivi une école supérieure sont plus disponibles que les infirmières diplômées à administrer un médicament létal permettant d'abrèger la vie du patient. - La loi est le deuxième facteur le plus important qui influence les attitudes des infirmières expérimentées face au suicide assisté. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 631)
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent se centrer sur leur patient lors des discussions concernant le suicide assisté. Les raisons personnelles des infirmières telles que leur religion, leur niveau de formation, leur pays d'origine et leur expérience ne sont pas des raisons pour qu'elles acceptent ou refusent le suicide assisté. - Les infirmières doivent participer davantage dans la discussion concernant le suicide assisté, car elles ont un rôle

	<p>d'advocacy. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 631-632)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières en soins intensifs sont plus favorables à soutenir le suicide assisté que les infirmières en soins palliatifs. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 632) - Les infirmières avec un niveau de formation plus élevé sont plus favorables à soutenir le suicide assisté. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 632) - L'opinion des infirmières concernant la légalisation du suicide assisté est influencée par leur nationalité. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 632) - Les infirmières croyantes sont moins favorables à soutenir le suicide assisté que celles sans religion. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 632)
Forces et limites	<p>Limites</p> <p>Localisation géographique : les réponses des infirmières peuvent être influencées car que le suicide assisté est interdit dans leur pays. [Traduction libre] (Evans, 2015, p. 630)</p> <p>Religion : les résultats des études concernant la religion sont mitigés. Certains articles démontrent qu'il y a un lien important entre les attitudes des infirmières concernant le suicide assisté et la religion. D'autres études prouvent que les infirmières ont la capacité de se séparer de leur appartenance religieuse afin de respecter le souhait du patient. [Traduction libre](Evans, 2015, p. 630)</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Le but de cet article est de créer une image sociodémographique sur les attitudes actuelles des infirmières concernant le suicide assisté. Cependant, il n'évalue pas les demandes de suicide assisté dans la population.
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe H : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Recherche 2.

Approche quantitative et mixte

Références complètes	Evans, L. (2015). Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors. <i>British Journal of Nursing</i> , 24(12).				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	On ne trouve pas les différentes parties : introduction, méthode, résultats et conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le concept du suicide assisté et de l'euthanasie est définis.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/questions de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude est présent mais il n'y a pas de questions de recherche.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			La collecte de données des différents articles étudiés a permis de ressortir 4 thèmes principaux. Elle est peu détaillée.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?		X		L'étude est basée sur différents articles scientifiques.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Les statistiques proviennent des différents articles.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Seulement pour certains résultats.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Elle n'est pas présente dans l'étude.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Il n'y a pas de recommandations dans cette revue.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe I : Grille de résumé d'un article scientifique

Recherche 3.

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Van Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijjer Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & TerMeulen, R. (2007). The role of nurses in euthanasia and physician- assisted suicide in The Netherlands. <i>Clinical ethics</i> .
Introduction Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Au Pays-Bas, l'euthanasie et le suicide assisté ont été étudiés au sein des professionnels de la santé. L'euthanasie et le suicide assisté sont sous la responsabilité du médecin. Les infirmières sont souvent impliquées dans le processus de l'euthanasie, cependant aucun cadre légal n'existe concernant leur rôle dans le processus de l'euthanasie. - L'attention portée sur le rôle des infirmières concernant l'euthanasie et le suicide assisté ne cesse d'augmenter. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 254) - Avant que le gouvernement hollandais prenne une décision à propos de la réglementation sur le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide assisté, le ministre de la santé demande qu'une recherche soit effectuée afin d'étudier le rôle des infirmières dans les hôpitaux, dans les EMS et dans les soins à domicile concernant les décisions médicales de fin de vie. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 254)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations des infirmières veulent que la loi précise le rôle des infirmières dans le processus d'euthanasie et du suicide assisté. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 254) - Les associations d'infirmières sont d'avis que les infirmières ont un rôle important dans le processus de l'euthanasie car elles sont très proches des patients, bien formées et expertes dans leur domaine. C'est pourquoi, elles doivent être membres des comités régionaux d'examen de l'euthanasie et du suicide assisté. La mission de ces comités consiste à examiner les cas signalés d'euthanasie et de suicide assisté. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 254) - Des auteurs ont réalisé une revue de littérature basée sur 15 articles publiés entre 1991 et 2002. Dans six de ces études, l'échantillon était composé de médecins qui ont fourni des informations indirectes sur le rôle des infirmières. - Dans tous les articles sélectionnés, les données ont été recueillies lorsque l'euthanasie était encore illégale. Lorsque

	les études belges ont été réalisées, l'euthanasie était encore illégale. C'est également le cas concernant les études hollandaises, cependant l'euthanasie n'était pas punissable si les conditions requises pour l'euthanasie étaient respectées. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 254)
Cadre théorique ou conceptuel	Concepts : euthanasie et suicide assisté. Cadre théorique : le cadre théorique n'est pas explicité clairement.
Hypothèses/question de recherche/buts	- Cette étude met en avant le rôle des infirmières travaillant dans les EMS, les soins à domicile et les hôpitaux à propos : <ul style="list-style-type: none"> • du processus décisionnel, • l'administration des médicaments létaux, • des demandes d'euthanasie et de suicide assisté par les patients.
Méthodes Devis de recherche	Quantitatif descriptif corrélationnel.
Population, échantillon et contexte	Contexte : tous les hôpitaux universitaires et généraux des Pays-Bas ainsi que les organisations de soins à domicile reconnues et les EMS ont été invités par téléphone à participer à l'étude. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 254) Population : 488 institutions ont été invitées à participer à l'étude. 191 établissements ont participé à l'étude (39.1%), comprenant 1509 infirmières travaillant dans 73 hôpitaux, 55 organisations de soins à domicile et 63 EMS. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) Échantillon : 1178 questionnaires (78.1%) provenant des infirmières ou des soignants sont utilisés pour l'analyse. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) Critères d'inclusion : les infirmières ou les soignants qui ont déjà été confrontés à des cas d'euthanasie ou de suicide assisté ainsi que les chefs de services des EMS et les coordinateurs ont été inclus dans l'étude. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255)
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Méthode de collecte de données : un questionnaire. Instrument de mesure : les données ont été analysées à l'aide de l'outil SPSS version 11.5 pour Window.
Déroulement de l'étude	- 488 institutions sont invitées par téléphone à participer à l'étude. 191 institutions ont été d'accord de participer à l'étude. Les chercheurs ont demandé aux établissements de sélectionner une personne qui doit recruter les infirmières qui correspondent au profil. - Le groupe de recherche pense qu'un échantillon aléatoire donnerait des réponses limitées à l'étude. C'est pourquoi, l'échantillon de recherche est composé uniquement d'infirmières qui ont déjà été confrontées à des cas d'euthanasie ou de suicide assisté.

	<ul style="list-style-type: none"> - Les chefs de services des EMS et les coordinateurs sont inclus dans l'étude à cause du faible taux de participation des infirmières travaillant dans les homes. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) - Le questionnaire est basé sur les résultats d'une étude qualitative et d'études antérieures ainsi que sur des connaissances éthiques et juridiques. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) - Des experts ont examiné le questionnaire qui a été testé par 106 infirmières. L'équipe de recherche a ensuite examiné les résultats afin de le réadapter. Il a été demandé aux participants de répondre aux questions en pensant à la situation de leur dernier patient qui leur a demandé d'avoir recours à une euthanasie/ un suicide assisté ou à la dernière administration de médicaments qu'elles ont effectuée au cours des deux dernières années, c'est à dire entre 2001 et 2003. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) - Les participants ont une trame à suivre dans le questionnaire, certaines questions ne sont pas pertinentes suivant les réponses des questions précédentes. Cette manière de procéder explique la différence entre le nombre de participants dans chaque résultat.
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les questionnaires sont anonymes. Une lettre du ministère de la justice a été distribuée à chaque participant les encourageant à participer à l'étude. De plus, il promet une protection contre d'éventuelles poursuites pénales s'ils avouent des pratiques illégales. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255)
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p><u>Demande d'euthanasie et de suicide assisté</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans 11.2% des cas, les patients expriment leur désir de mourir avant d'être hospitalisés ou placés dans un home ou avant le premier contact avec une infirmière à domicile. Ce pourcentage n'est pas analysé dans cette étude car l'infirmière n'a pas été la première personne avec qui le patient a discuté de l'euthanasie ou du suicide assisté. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) - Dans 37% des 779 cas, l'infirmière est la première personne avec qui le patient discute du suicide assisté ou de l'euthanasie et dans 36.8% des cas, le patient discute en premier avec le médecin et dans 17.3% des cas, le patient parle la première fois de l'euthanasie et du suicide assisté lorsque le médecin et l'infirmière sont présents. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) - Les résultats montrent une grande différence entre les hôpitaux, les soins à domicile et les EMS. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255) <p>Dans les hôpitaux, dans 45.1 % des 381 cas, l'infirmière est la première personne avec qui le patient discute du suicide assisté ou de l'euthanasie et dans 23.4% des cas, le patient discute en premier avec le médecin.</p> <p>Dans les soins à domicile, dans 22.3% des 278 cas, l'infirmière est la première personne avec qui le patient discute du suicide assisté ou de l'euthanasie et dans 62.2% des cas, le patient discute en premier avec le médecin.</p> <p>Dans les EMS, dans 44.3% des 140 cas, l'infirmière est la première personne avec qui le patient discute du suicide</p>

assisté ou de l'euthanasie et dans 22.9% des cas, le patient discute en premier avec le médecin.

- Les patients (n=129) discutent du suicide assisté ou de l'euthanasie pour la première fois avec l'infirmière pour les raisons suivantes :
- Dans 42.6% des cas : les infirmières ont une relation de confiance avec les patients.
- Dans 20.1% des cas : les infirmières ont plus de contact avec les patients qu'avec les médecins.
- Dans 11.6% des cas : la relation de confiance entre les patients et les médecins n'est pas suffisante.
- Dans 10.9% des cas : les infirmières sont plus accessibles.
- Dans 8.5% des cas : les patients veulent des informations supplémentaires. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255)

Le processus de prise de décision

- Durant le processus décisionnel, les consultations entre les médecins et les infirmières sont plus fréquentes dans un milieu hospitalier et dans les EMS que dans les soins à domicile car l'infirmière peut donner son point de vue sur son patient. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255)
- Dans 65.9% des 754 cas, la décision de fin de vie est discutée entre le médecin et l'infirmière.
- Dans 26.2% des 754 cas, la décision de fin de vie n'est discutée ni avec le médecin, ni avec l'infirmière.

Dans les hôpitaux, dans 78.8% des 359 cas, la décision de fin de vie est discutée entre le médecin et l'infirmière et dans 14.2 % des cas, la décision de fin de vie n'est discutée ni avec le médecin, ni avec l'infirmière.

Dans les soins à domicile, dans 41.2% des 267 cas, la décision de fin de vie est discutée entre le médecin et l'infirmière et dans 49.8 % cas, la décision de fin de vie n'est discutée ni avec le médecin, ni avec l'infirmière.

Dans les EMS, dans 81.3% des 128 cas, la décision de fin de vie est discutée entre le médecin et l'infirmière et dans 10.9 % cas, la décision de fin de vie n'est discutée ni avec le médecin, ni avec l'infirmière. Dans cette partie de l'étude, 146 des 900 cas n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des résultats car, soit la prise de décision et l'administration des médicaments létaux n'ont pas eu lieu dans le même service ou la même institution, soit le patient est décédé durant la période du processus de décision, soit la décision de fin de vie a déjà été prise avant l'admission du patient (hôpitaux, EMS) ou avant le premier contact avec l'infirmière (soins à domicile). [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255)

- La plupart des consultations individuelles ont lieu dans les soins à domicile, contrairement aux hôpitaux et EMS. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 255)
- Sur les 406 cas, les consultations entre l'infirmière et le médecin ont lieu dans 50.2% des cas. Dans 8.1% des cas,

les consultations entre le médecin et tous les membres de l'équipe ont lieu, et dans 32.3% des cas, les consultations ont lieu entre le médecin, l'infirmière et tous les membres de l'équipe.

Dans les hôpitaux, sur 224 cas, les consultations entre l'infirmière et le médecin ont lieu dans 41.5% des cas. Dans 12.5% des cas, les consultations entre le médecin et tous les membres de l'équipe ont lieu, et dans 33.5% des cas les consultations ont lieu entre le médecin, l'infirmière et tous les membres de l'équipe.

Dans les soins à domicile, sur 90 cas, les consultations entre l'infirmière et le médecin ont lieu dans 88.9% des cas. Dans 1.1% des cas, les consultations entre le médecin et tous les membres de l'équipe ont lieu et dans 3.3% des cas les consultations ont lieu entre le médecin, l'infirmière et tous les membres de l'équipe.

Dans les EMS, sur 92 cas, les consultations entre l'infirmière et le médecin ont lieu dans 33.7% des cas. Dans 4.3% des cas, les consultations entre le médecin et tous les membres de l'équipe ont lieu, et dans 57.6% des cas les consultations ont lieu entre le médecin, l'infirmière et tous les membres de l'équipe.

- Sur les 900 cas, le médecin a pris la décision d'accorder ou de refuser la demande du patient dans 845 des cas. 55 cas ont été ignorés étant donné que la prise de décision et l'administration des médicaments létaux n'ont pas eu lieu dans le même service ou la même institution, soit le patient est décédé durant la période du processus de décision ou les infirmières ont découvert par après que le patient est décédé suite à l'euthanasie ou suicide assisté. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)
- Pour 657 cas, le médecin a accordé la demande du patient. Dans 88.6% des cas, les infirmières ont accepté la décision du médecin et dans 10.8% des cas, 69 infirmières n'ont pas été d'accord. Les raisons des infirmières à propos du désaccord avec la décision du médecin sont :
 - 41% des infirmières pensent que cela va à l'encontre de la conscience infirmière,
 - 26% des infirmières pensent que l'état du patient n'est pas assez grave,
 - 19% des infirmières pensent qu'il n'y a pas de preuve dans ces cas que les patients ont des douleurs insupportables. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)

Pour 188 cas, le médecin a refusé la demande du patient. Cinq raisons sont ressorties :

- 46.3% des cas, les médecins ont voulu donner des soins palliatifs,
- 26.6% des cas, il n'y avait aucune preuve que le patient avait des douleurs insupportables,
- 18.6% des cas, les institutions n'ont pas été d'accord avec la demande d'euthanasie ou de suicide assisté,
- 15.9% des cas, il y avait une objection de conscience.

14.4% des cas, aucune souffrance n'est présente. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)

- Lorsque la demande du patient a été refusée par le médecin, 60.1% des infirmières sont d'accord avec la décision et 37.2% des infirmières étaient en désaccord avec le médecin. Les raisons des 70 infirmières à propos du désaccord avec la décision du médecin sont : [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)
 - 49% des infirmières pensent que la demande du patient est réaliste,
 - 39% des infirmières pensent qu'une énorme souffrance est présente,
 - 31% des infirmières pensent que les patients avaient des douleurs insupportables. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)

L'administration des médicaments létaux

- Concernant l'administration des médicaments létaux, les auteurs ont pris en compte 205 cas. Ils ont choisi uniquement les cas où les participants étaient présents lors de l'administration des médicaments létaux, car il est probable que les participants ont joué un rôle dans l'administration du médicament. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)
- Lorsque les infirmières étaient présentes pendant la procédure, dans 85.6 % des cas, les infirmières ont eu un rôle de soutien envers le patient et dans 92.1% des cas, les infirmières ont eu un rôle de soutien envers la famille. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)
- Lors de la procédure, quatre activités effectuées par les infirmières sont ressorties de l'étude : sur 110 cas :
 - 49% des infirmières ont donné les médicaments létaux aux médecins,
 - 41% des infirmières ont vérifié les actes des médecins,
 - 27% des infirmières ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux,
 - 24% des infirmières ont regardé comment les médecins ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux.

Dans les hôpitaux : sur 87 cas, 35% des infirmières ont donné les médicaments létaux aux médecins, 35% des infirmières ont vérifié les actes des médecins, 25% des infirmières ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux et 23% des infirmières ont regardé comment les médecins ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux.

Dans les soins à domicile : sur 6 cas, 2% des infirmières ont donné les médicaments létaux aux médecins, 1% des infirmières ont vérifié les actes des médecins, 1% des infirmières ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux et aucun résultat concernant les infirmières qui ont regardé comment les médecins ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux n'a été signalé.

	<p>Dans les EMS : sur 17 cas, 12% des infirmières ont donné les médicaments létaux aux médecins, 5% des infirmières ont vérifié les actes des médecins, 1% des infirmières ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux et 1% des infirmières ont regardé comment les médecins ont préparé la perfusion contenant les médicaments létaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les 19 derniers cas, les infirmières ont soit ouvert la perfusion contenant les médicaments létaux, soit elles ont allumé la pompe à perfusion du médicament (dans 16 cas). Dans 1 cas, les infirmières ont injecté le médicament à l'aide d'une goutte à goutte de gastrostomie et dans les deux derniers cas, les infirmières étaient deux, une était présente pour le patient pendant que la deuxième administrait le médicament. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256) - Cinq infirmières ont indiqué qu'elles ont participé à l'administration des médicaments létaux car le médecin n'avait pas assez de connaissances concernant les perfusions. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256) - Sur les 205 cas où les participants étaient présents lors de l'administration des médicaments létaux, dans 84.9% des cas le médecin a effectué l'administration des médicaments létaux, dans 1% des cas le médecin et le patient ont effectué ensemble l'administration des médicaments létaux. Dans 2% des cas, le patient lui-même s'est administré le médicament, dans 9.3% des cas, l'infirmière et le médecin ont effectué l'administration des médicaments létaux, dans 2.4% des cas, l'infirmière a effectué l'administration des médicaments létaux et dans 0.5% de cas, l'infirmière anesthésiste a administré le médicament. <p>Dans les hôpitaux : sur les 143 cas, l'infirmière et le médecin ont effectué l'administration des médicaments létaux dans 11.9% des cas, et dans 3.5% des cas, l'infirmière a effectué seule l'administration des médicaments létaux.</p> <p>Dans les soins à domicile : sur les 24 cas, l'infirmière et le médecin ont effectué l'administration des médicaments létaux dans 8.3% des cas, et aucune donnée n'a été ressortie à propos de l'administration des médicaments par l'infirmière.</p> <p>Dans les EMS : Aucune donnée sur les 38 cas ne sont ressortie concernant le pourcentage de médecins et d'infirmières qui ont administré les médicaments et le pourcentage d'infirmière qui ont administré seule les médicaments.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p><u>Demande de l'euthanasie et du suicide assisté</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières sont souvent les premières personnes avec qui les patients discutent de l'euthanasie ou du suicide assisté. Cependant, dans les soins à domicile, les patients parlent de l'euthanasie ou du suicide assisté le plus souvent avec les médecins car la relation entre les médecins et les patients est plus longue que dans les autres secteurs/services. Une des hypothèses concernant le nombre significatif des patients qui discutent avec les médecins et les infirmières de l'euthanasie et du suicide assisté (17.3%) dans les homes et les hôpitaux peut être liée aux visites médicales des médecins et des infirmières. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)

- Les raisons pour lesquelles les patients discutent en premier lieu avec les infirmières de l'euthanasie et du suicide assisté peuvent être liées au fait que les patients cherchent simplement une orientation ou qu'ils craignent que le médecin refuse leur demande étant donné que c'est lui qui prend la décision finale. Il est important que les infirmières invitent les patients à discuter le plus rapidement possible avec le médecin. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 257)

Processus de prise de décision

- Dans les soins à domicile, les infirmières sont moins impliquées dans le processus décisionnel que dans les hôpitaux et les EMS. Une des hypothèses peut être que les médecins et les infirmières ne travaillent pas dans les mêmes organisations et se rencontrent donc rarement. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 257)
- D'autres études ont démontré une différence dans le rôle des infirmières dans le processus décisionnel entre les hôpitaux et les soins à domicile.
- Même si les médecins doivent plus souvent impliquer les infirmières dans les décisions de fin de vie, les infirmières ne sont pas obligées d'y participer. Les lignes directrices mettent en avant que si les infirmières sont impliquées régulièrement dans les soins d'un patient qui a fait la demande d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, les médecins doivent impliquer les infirmières dans le processus décisionnel.
- En Belgique, les médecins doivent discuter de la demande d'euthanasie du patient avec les membres de l'équipe infirmière qui sont impliqués dans les soins du patient. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 257)
- Le problème dans le processus décisionnel est que les infirmières sont souvent en désaccord avec les médecins. Les infirmières sont généralement satisfaites lorsqu'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté est accordée par les médecins car elles ont une certaine empathie envers leurs patients. Les critères de diligence ainsi que les demandes ou les circonstances des demandes peuvent être interprétés différemment par les médecins et les infirmières car les patients peuvent ne pas s'exprimer de la même manière avec les médecins et les infirmières. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 257)

Administration des médicaments létaux

- L'administration des médicaments létaux doit être effectuée par les médecins, cependant, dans certains cas, se sont les infirmières qui ont administré les médicaments. En général, les infirmières sont plus expérimentées que les médecins concernant la manipulation des systèmes de perfusion. C'est pourquoi les infirmières se sentent obligées de prendre en charge la procédure de fin de vie étant donné que la perfusion est importante pour les patients et/ou la famille. Cependant, d'un point de vue légal, les infirmières hollandaises n'ont pas le droit d'administrer ces

	<p>médicaments.</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'autres études ont démontré que certaines infirmières ont administré des médicaments létaux avec ou sans médecin. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 257) - Les médecins ont la responsabilité de ne pas laisser les infirmières effectuer ces tâches. De ce fait, il est primordial que les médecins et les infirmières discutent ensemble de leurs responsabilités et de la procédure avant de prendre des mesures. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 257)
Forces et limites	<p><u>Limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les décisions médicales peuvent être difficiles à évaluer à l'aide d'une méthode quantitative car le suicide assisté et l'euthanasie sont des sujets sensibles et complexes. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256) - Certaines infirmières n'ont pas pu participer entièrement à cette étude étant donné qu'elles n'ont pas eu la possibilité de compléter toutes les étapes du questionnaire. De ce fait, il manque dans l'étude quelques données. - Un biais peut être présent à cause des données rétrospectives. - Les infirmières ont peut-être interprété les situations des patients différemment des médecins. <p><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'interprétation des résultats concernant les différents types de décision de fin de vie a permis d'améliorer la validité des résultats. Dans cette étude, le taux de participation est élevé, de nombreuses institutions du pays se sont impliquées dans l'étude et les cas d'euthanasie et de suicide assisté les plus récents ont été recensés. De ce fait, même si certaines infirmières n'ont pas pu répondre à toutes les questions, l'étude est représentative. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 256)
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude est la première étude hollandaise qui étudie la perception des infirmières sur leur rôle concernant le suicide assisté et l'euthanasie. - L'étude démontre que le rôle des infirmières doit être précisé. - Une grande différence entre les hôpitaux, les EMS et les soins à domicile a été démontrée, c'est pourquoi il est important qu'une description spécifique des divers services soit effectuée. - Il est également nécessaire que le rôle des infirmières soit précisé car il est différent dans chaque étape du processus d'euthanasie et du suicide assisté. - Les consultations entre les médecins et les infirmières doivent être améliorées dans le processus de prise de décision. De plus, leur rôle dans l'administration des médicaments doit être précisé car certaines infirmières ont effectué des actes illégaux. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 258) - Les directives institutionnelles multidisciplinaires peuvent améliorer la collaboration entre les médecins et les

	<p>infirmières et permettent d'éviter les problèmes éthiques et les infractions illégales. De plus, elles permettent de définir le rôle et les responsabilités des infirmières. Concernant les soins à domicile, il est difficile d'instaurer des lignes directives étant donné que les médecins et les infirmières ne travaillent pas dans la même organisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données de cette étude peuvent donner des pistes importantes aux autres pays concernant la délimitation des responsabilités et des tâches entre les médecins et les infirmières. [Traduction libre] (Van Bruchem-van de Scheur et al., 2007, p. 258)
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe J : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Recherche 3.

Approche quantitative et mixte

Références complètes	Van Bruchem-van de Scheur, G., Van der Arend, A., Huijjer Abu-Saad, H., Spreeuwenberg, C., Van Wijmen, F., & Ter Meulen, R. (2007). The role of nurses in euthanasia and physician- assisted suicide in The Netherlands. <i>Clinical ethics</i> .				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les concepts de l'euthanasie et du suicide assisté sont définis.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/questions de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Le niveau de signification des résultats n'est pas mis en évidence.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la	X			

	question de la généralisation des conclusions ?				
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe K: Grille de résumé d'un article scientifique

Recherche 4.

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions. <i>Cancer Nursing</i> , 222-228.
Introduction Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Dans de nombreux pays occidentaux comme aux Pays-Bas, se sont les médecins et les patients qui prennent les décisions concernant la fin de vie. Selon le type de décisions, les infirmières souhaitent participer dans le processus décisionnel de fin de vie. - Cet étude identifie le rôle des infirmières concernant les différents types de décisions de fin de vie comprenant : l'arrêt du traitement, le maintien ou l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition parentérale, l'utilisation des médicaments permettant d'abrégé la vie, l'euthanasie et le suicide assisté. - Les caractéristiques des infirmières influencent leurs rôles dans le processus de prise de décisions. C'est pourquoi, il est important que les infirmières développent des stratégies afin de participer aux décisions de fin de vie sans être influencées par leurs caractéristiques sociodémographiques. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 1)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Une étude concernant le nombre de décès suite à une décision de fin de vie a été réalisée en Belgique, au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas, en Suède et en Suisse. 23% des décès en Italie et 51% des décès en Suisse ont été enregistrés après une décision de fin de vie. - Les Pays-Bas sont passés de 39% à 44% de décès suite à une décision de fin de vie entre 1990 à 2001 et ils se sont stabilisés en 2001. - Hormis l'euthanasie, il n'existe pas de loi en Europe sur les décisions médicales de fin de vie et sur le rôle des professionnels. - Seuls la Suisse, la Belgique et les Pays-Bas ont une loi concernant l'euthanasie. - Les Pays-Bas autorisent la fin de vie uniquement dans des conditions très strictes et à la demande du patient. Aux Pays-Bas, les médecins peuvent être poursuivis lors d'une euthanasie s'ils ne respectent pas les critères de diligence imposés

	<p>en 2002 par la jurisprudence. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2001, aux Pays-Bas, 2.6% des décès suite à une euthanasie ont été enregistrés, ce qui représente un pourcentage plus élevé qu'en Belgique, au Danemark, en Italie, en Suède et en Suisse. - En 2005, le nombre d'euthanasie aux Pays-Bas est passé de 2.6% à 1.7%. La péjoration de l'état de santé du malade est la raison principale des demandes d'euthanasie. - La plupart des décisions de fin de vie impliquent l'arrêt du traitement et l'administration de médicaments ayant un effet de réduction de la durée de vie. En 2001, 40% des décès ont été causés par l'arrêt du traitement et par l'utilisation de traitements réduisant la durée de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 2) - Des études pertinentes ont été réalisées sur le rôle des médecins concernant les décisions de fin de vie. Les infirmières ont un rôle important dans le processus décisionnel car elles se trouvent confrontées quotidiennement à des patients souffrant de maladies en phase terminale. - Une étude européenne montre que 57% des médecins en Belgique, 50% des médecins en Suisse et 36% des médecins aux Pays-Bas discutent avec le personnel infirmier des décisions de fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 2) - Des études démontrent que les croyances des infirmières et leurs caractéristiques démographiques tels que l'âge, le milieu scolaire et la religion influencent les infirmières dans les discussions de décisions de fin de vie. - Une étude française menée dans une unité de soins intensifs, démontre que 27% des infirmières et 50% des médecins pensent que le personnel infirmier est réellement impliqué dans processus décisionnel. - Des recherches affirment que les infirmières en soins à domicile sont moins impliquées dans le processus décisionnel que les infirmières qui travaillent dans un établissement hospitalier. - Une étude réalisée dans un établissement psychiatrique, démontre que dans 90% des cas, les médecins discutent avec les infirmières des décisions de fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 3)
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique et les concepts ne sont pas stipulés clairement dans l'article.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Question de recherches/hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels sont les points de vue des infirmières concernant les types de décisions de fin de vie suivant l'arrêt du traitement, le maintien ou l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition parentérale, l'utilisation des médicaments permettant d'abrégé la vie, l'euthanasie ou le suicide assisté ? 2. Quels rôles les infirmières ont-elles réellement dans ces décisions de fin de vie ? 3. Quelle est la relation entre les points de vue des infirmières, leur implication dans le suicide assisté et les données sociodémographiques (type d'établissement de soins, les années d'expérience professionnelle, le nombre d'heures de travail par semaine, le nombre de patients en fin de vie dans les services de soins, le sexe et le niveau de formation) dans les décisions de fin vie ? [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 3)

	<p>But :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étudier les points de vue des infirmières concernant leurs rôles dans les types de décision de la fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 1) - Déterminer leurs rôles dans le processus de décision. - Déterminer comment les infirmières sont influencées dans processus décisionnel. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 1)
<p>Méthodes Devis de recherche</p>	<p>Quantitatif corrélationnel prédictif.</p>
<p>Population, échantillon et contexte</p>	<p>Population cible : Les infirmières provenant d'un groupe de soins à l'échelle nationale et qui sont prêtes à remplir un questionnaire au moins deux fois par année. Échantillon aléatoire = 734 infirmières ont rempli le questionnaire. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 3)</p> <p>Échantillon : N= 489 infirmières</p> <p>Critères d'inclusion : les infirmiers/ères doivent être inscrits/es auprès de la Société nationale des services de l'assurance sociale. Tous les employés doivent être assurés. Ils doivent avoir donné des soins palliatifs à au moins 1 patient en fin de vie qui est décédé suite à une maladie chronique ou de vieillesse durant les deux dernières années. Les infirmières doivent avoir 2 ans ou plus d'années d'expérience. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 3)</p>
<p>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un questionnaire envoyé par la poste doit être rempli au moins deux fois par années Il comprend des questions permettant de déterminer si les infirmières veulent que les médecins les invitent à participer dans le processus décisionnel si une décision de fin de vie doit être prise pour leurs patients. D'autres questions concernant l'implication des infirmières sont posées dans le questionnaire afin de déterminer leur participation dans le processus décisionnel. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 3)
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Le questionnaire : Les questions concernent les types de décision de fin de vie. Les infirmières doivent préciser pour chaque type de décision de fin de vie si elles sont : d'accord/fortement d'accord, pas d'accord/fortement pas d'accord ou neutre que les médecins les invitent à participer lorsqu'une décision de fin de vie doit être prise pour leurs patients. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 4)</p> <p>L'implication des infirmières dans les décisions de fin de vie est mesurée de deux manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si oui ou non, elles ont discuté au cours des deux dernières années des décisions de fin de vie avec la plupart de leurs patients en phase terminale, • si oui ou non, elles ont discuté avec leur famille. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 4) <ul style="list-style-type: none"> - D'autres questions permettent de mesurer la participation des infirmières au processus décisionnel. - Quatre questions sont posées pour chaque type de décision de fin de vie.

	<ul style="list-style-type: none"> - La première question concerne la participation des infirmières dans ce type de décision ; si oui ou non, elles ont participé à ce type de décision de fin de vie durant les deux dernières années et avec combien de patients. Si les infirmières ont participé à ce type de décision de fin de vie, elles doivent indiquer si elles en ont parlé avec le patient, la famille et avec le médecin. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 4) - Les questions sont rédigées par des chercheurs. 16 experts des soins palliatifs ont évalué le questionnaire. - Les experts sont composés de 8 infirmières expérimentées travaillant dans un centre de cancérologie ou dans un service de soins palliatifs et de 8 chercheurs spécialisés dans les décisions de fin de vie. <p>Analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportions : variables catégorielles, - moyens et écarts-types : les variables continues, - analyses de variance univariées : caractéristiques catégorielles (secteur de la santé, niveau d'éducation et sexe) et ont été traitées comme des facteurs. - variables interdépendantes : le souhait des infirmières concernant leurs implications dans les types de décision de fin de vie, la tendance à parler des décisions de fin de vie et la participation aux processus décisionnels. - covariables : les caractéristiques de base des infirmières (l'expérience professionnelle, le nombre d'heures de travail par semaine et le nombre de patients en phase terminale). [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 5) - analyse de régression logistique : la tendance à discuter avec le patient et/ou la famille concernant les décisions de fin de vie. - Le niveau de signification est fixé à $P < 0.05$. Le signe B reflète un lien positif ou négatif entre la variable indépendante et la variable dépendante.
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les considérations éthiques ne sont pas stipulées clairement dans le texte.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Tableau 1 : Caractéristiques des infirmières de l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Types de service et nombre d'infirmières</u> : Hôpital : 66 ; psychiatrie : 33 ; organisation pour les patients ayant un handicap mental : 44 ; soins à domicile : 177 ; EMS : 85 ; maison de repos : 84. - <u>Années d'expérience</u>: deux et trois ans d'expérience : 251 ; trois et trois ans et demie d'expérience: 161 ; Plus de quatre ans d'expérience: 77. - <u>Genre</u> : Hommes : 32 ; femmes : 456 ; inconnu : un. - <u>Années expérience</u> : moyenne de 15.2. - <u>Nombre d'heures de travail par semaine</u> : 23.1 heures en moyenne. - <u>Nombre de patients recevant des soins palliatifs, en phase terminale les deux dernières années</u> : 10.4 patients en

moyenne.

Tableau 2 : Résultats des souhaits des infirmières concernant leurs implications dans les types de décision de fin de vie

- 82% des infirmières sont d'accord que les médecins les impliquent dans les décisions de l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation,
- 77% des infirmières acceptent que les médecins les impliquent dans la décision de l'arrêt du traitement,
- 79% des infirmières approuvent que les médecins les impliquent dans la décision de l'utilisation de médicaments permettant d'abrèger la vie,
- 61% des infirmières sont d'accord que les médecins les impliquent dans la décision de l'euthanasie,
- 49% des infirmières approuvent que les médecins les impliquent dans la décision du suicide assisté.

Tableau 3 : la tendance des infirmières à discuter des décisions de fin de vie avec le patient ou la famille.

- 5% des infirmières discutent de la fin de vie avec leurs patients,
- 17% des infirmières discutent des décisions de fin de vie avec la famille,
- 38% des infirmières ne discutent pas des décisions de fin de vie avec leurs patients,
- 40% des infirmières discutent des décisions de fin de vie avec leurs patients et leur famille.
- **En résumé** : 62% des infirmières discutent avec leurs patients des décisions de fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 5)

Tableau 4 : Participation des infirmières dans le processus de décision de fin de vie au cours des deux dernières années et avec combien de patients

- Au total, 76% des infirmières ont participé à un processus de prise de décision de fin de vie avec 8.3 patients en moyenne atteints d'une maladie en phase terminale.
- 50% des infirmières ont participé à la décision de l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation avec deux patients en moyenne atteints d'une maladie en phase terminale.
- 63 % des infirmières ont participé à la décision de l'utilisation de médicaments permettant d'abrèger la vie avec trois patients en moyenne atteints d'une maladie en phase terminale.
- 46 % des infirmières ont participé à la décision de l'arrêt des traitements avec deux patients en moyenne atteints d'une maladie en phase terminale.
- 19% des infirmières ont participé à la décision concernant l'euthanasie avec 0.4 patient en moyenne atteint d'une maladie en phase terminale.

	<p>- 1% des infirmières ont participé à la décision concernant le suicide assisté avec 0.4 patient en moyenne atteint d'une maladie en phase terminale.</p> <p><u>Tableau 5 : Dans les différents types de prise de décision, avec qui les infirmières discutent-elles ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 245 infirmières discutent de l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation, dans 49% des cas avec leurs patients, dans 91% des cas avec la famille et dans 84% des cas avec le médecin. - 308 infirmières discutent de l'utilisation des médicaments permettant d'abréger la vie, dans 61% des cas avec leurs patients, dans 91% des cas avec la famille et dans 91% des cas avec le médecin. - 225 infirmières discutent de l'arrêt du traitement, dans 67% des cas avec leurs patients, dans 85% des cas avec la famille et dans 80% des cas avec le médecin. - 92 infirmières discutent de l'euthanasie, dans 87% des cas avec leurs patients, dans 83% des cas avec la famille et dans 74% des cas avec le médecin. - Seulement 6 infirmières discutent du suicide assisté, c'est pourquoi ce résultat n'a pas été pris en considération dans l'analyse. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 5) <p><u>Tableau 6 : Les relations entre les caractéristiques des infirmières, l'implication des infirmières dans le processus décisionnel, la tendance à parler des décisions de fin de vie et la participation des infirmières aux processus décisionnels.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'implication des infirmières dans le processus de décision de fin de vie est liée aux unités de soins, à la formation et au taux de pourcentage de travail. - Les infirmières en psychiatrie s'impliquent moins dans le processus décisionnel de fin de vie que les infirmières travaillant dans les EMS. Les infirmières ayant un niveau de formation plus élevé et les infirmières qui travaillent à un haut taux de pourcentage s'impliquent plus dans le processus décisionnel. Il n'y pas de liens entre les autres caractéristiques (sexe, années d'expérience de travail et le nombre de patient nécessitant des soins palliatifs. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 6) - Les infirmières ayant un taux de pourcentage de travail élevé avec plus années d'expérience et ayant été confrontées à de nombreux patients nécessitant des soins palliatifs discutent plus fréquemment avec leurs patients ou sa famille. Aucune relation entre le sexe et le niveau de formation n'a été relevée. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 6) - Les infirmières travaillant à un taux de pourcentage de travail élevé dans les hôpitaux et les EMS, sont plus impliquées dans le processus de décision de la fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 6)
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des infirmières souhaite que les médecins les impliquent davantage dans le processus de décision de la fin de vie mais cela dépend du type de décision. - La plupart des infirmières ne veulent pas participer au processus de décision si les types de décision de fin de vie sont

	<p>l'euthanasie ou le suicide assisté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lorsque le patient se trouve en phase terminale, les infirmières ont plus tendance à discuter des décisions de fin de vie avec la famille du patient (57%) qu'avec le patient lui-même (45%). Le fait que les infirmières ont plus tendance à discuter avec la famille peut être lié à une communication difficile voir impossible avec leurs patients étant donné qu'ils se trouvent en fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 7) - Les infirmières travaillant dans les hôpitaux et dans les EMS sont plus impliquées par le médecin dans le processus de décision car elles travaillent peut être dans le même bâtiment. - Une autre hypothèse est que dans les EMS et dans les hôpitaux, les infirmières sont plus souvent confrontées aux décès des patients, ce qui pourrait amener à une plus grande ouverture d'esprit sur les décisions de fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 7) - Les infirmières en psychiatrie ont tendance à moins discuter des décisions de fin de vie avec leurs patients car elles sont moins confrontées à des patients en fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 7)
Forces et limites	Les auteurs n'ont pas stipulé des forces ou des limites, ce qui est une limite de l'étude.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats montrent que des discussions supplémentaires sur le rôle des infirmières concernant les décisions de fin de vie sont nécessaires. - Étant donné que les infirmières ont un rôle central dans les soins, elles peuvent amener une contribution précieuse à la discussion concernant la décision de fin de vie. Ce sont elles qui observent les changements de l'état de santé des patients et signalent ces changements au médecin. - Le fait de partager la prise en charge rend la situation moins lourde pour le médecin et l'infirmière. - D'autres recherches ont montré que dans 64% des décès, les médecins n'ont pas discuté de la décision de fin de vie avec les infirmières. - Les médecins doivent discuter plus souvent des décisions de fin de vie avec les infirmières car elles souhaitent être impliquées dans le processus décisionnel. De plus, il est plus facile pour les infirmières de s'occuper de leur patient si elles peuvent être impliquées dans les décisions de fin de vie. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 7) - Les médecins sont responsables de la prise de décision finale. - Une description plus claire du rôle de l'infirmière est nécessaire. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 7) - Les caractéristiques sociodémographiques des infirmières peuvent influencer leurs rôles dans le processus décisionnel. [Traduction libre] (De Veer et al., 2008, p. 7) - Il est important que les institutions mettent en place des lignes directrices concernant le suicide assisté.
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe L : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Recherche 4.

Approche quantitative et mixte

Références complètes	De Veer, A. J., Francke, A. L., & Poortvliet, E. P. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions. <i>Cancer Nursing</i> , 222-228.				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	On ne trouve pas les différentes parties : introduction, méthode, résultats et conclusion. Le cadre théorique n'est pas explicite.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Les cadres théoriques et conceptuels ne sont pas définis.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/questions de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X	Le devis de recherche est implicite.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	Elles ne sont pas stipulées dans le texte.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Les limites de l'étude ne sont pas notifiées dans le texte.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe M : Grille de résumé d'un article scientifique

Recherche 5.

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. <i>BMC Palliative Care</i> , 14(1).
Introduction Problème de recherche	- Le débat concernant l'euthanasie et le suicide assisté ne cesse d'augmenter. Il y a peu d'informations sur la volonté des professionnels travaillant dans les soins palliatifs concernant la pratique du suicide assisté. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 1)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Le débat concernant l'euthanasie et le suicide assisté ne cesse d'augmenter dû au vieillissement de la population et à l'avancement médical. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 1) - La société allemande des soins palliatifs s'est positionnée contre le suicide assisté. L'approbation de la population allemande sur l'euthanasie continue d'augmenter. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 1) - Dans les pays où l'euthanasie et le suicide assisté sont légalisés, il existe un débat permanent concernant la responsabilité des médecins et des infirmières. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 1) - Au Pays-Bas se sont les médecins généralistes qui effectuent l'euthanasie ou le suicide assisté. Plusieurs études sur l'euthanasie et le suicide assisté ont été réalisées. Cependant, il existe peu d'informations à propos de la volonté des professionnels travaillant dans les soins palliatifs à effectuer ces pratiques. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2) - Le traitement des symptômes lié à la fin de vie est effectué uniquement en Allemagne par des spécialistes formés contrairement aux Pays-Bas où se sont les médecins généralistes. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 1) - En 2007, « les soins médicaux spécialisés pour les soins ambulatoires » ont introduit dans le code du droit allemand, un protocole permettant de prendre en charge de manière globale les patients souffrant d'une maladie en phase terminale dans les soins palliatifs. Les professionnels travaillant dans les soins palliatifs sont importants dans le débat car certains ont déclaré que l'euthanasie et le suicide assisté pourraient faire partie de la mission des soins palliatifs.

	<p>[Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'année passée, une étude a été réalisée sur l'approbation des professionnels en soins palliatifs concernant la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. [Traduction libre] (Zenz et al., 2015, p. 2)
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Concept : l'euthanasie, le suicide assisté et les soins palliatifs.</p> <p>Cadre théorique : n'est pas explicite.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>But : le but de cette étude est de savoir si les participants de l'enquête sont prêts à effectuer une euthanasie ou un suicide assisté suite à la demande d'un patient. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>Devis quantitatif descriptif comparatif.</p>
Population, échantillon et contexte	<p>Contexte : en 2013, lors d'une conférence sur les soins palliatifs et lors d'une conférence sur la douleur. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p> <p>Population-échantillon, critères inclusion/exclusion : 470 questionnaires ont été retenus dont 198 questionnaires provenant des médecins et 272 questionnaires provenant des infirmières. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte des données : la méthode de collecte des données est un questionnaire anonyme distribué aux infirmières, aux médecins lors d'une conférence sur les soins palliatifs et lors d'une conférence sur la douleur. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p> <p>Outils de mesure : les données statistiques sont analysées à l'aide de l'outil SPSS version 22.0. Le niveau de signification est fixé à $p > 0.05$. Les tests Chi Square et Fisher permettent d'analyser les différentes variables. Le test McNemar non paramétrique est utilisé pour analyser les caractéristiques dichotomiques d'un patient souffrant d'une maladie en phase terminale ou non. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p>
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - La première partie du questionnaire concerne les données des participants (âges, genres, disciplines et spécialisations). - Le questionnaire contient 8 questions sur les décisions de fin de vie. Le questionnaire est basé sur des scénarios de cas concret. Le questionnaire est adapté au sondage de Seale, un sondage permettant de déterminer le positionnement des professionnels britanniques par rapport à l'euthanasie et au suicide assisté. - Afin d'éviter des résultats peu fiables, le questionnaire ne contient pas de propositions hypothétiques. - Les définitions de l'euthanasie et du suicide assisté ne sont pas nécessaires pour répondre au questionnaire. Le questionnaire nomme plutôt les actions qui sont prises par les médecins. La maladie est décrite comme « pénible » pour nommer un critère clair de la souffrance. Les questions portent sur deux scénarios: un scénario concernant un patient atteint d'une maladie incurable et mortelle (questions 1 et 2) et l'autre scénario concernant un patient présentant une maladie incurable mais non mortelle (questions 3 et 4). - Les quatre dernières questions traitent des détails à propos du processus décisionnel. Les participants peuvent répondre par oui, par non ou par je ne sais pas. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)

	<p>- Les 8 questions sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chez un patient ayant une maladie incurable mortelle, pourriez-vous réaliser son souhait de mourir en lui donnant un médicament ? 2. Chez un patient ayant une maladie incurable mortelle, pourriez-vous lui donner un médicament létal afin qu'il puisse abréger sa vie ? 3. Chez un patient ayant une maladie incurable non mortelle, pourriez-vous réaliser son souhait de mourir en lui donnant un médicament ? 4. Chez un patient ayant une maladie incurable non mortelle, pourriez-vous lui donner un médicament létal afin qu'il puisse abréger sa vie ? 5. Je prendrais la décision par moi-même afin de ne pas accabler les autres. 6. Je ne prendrais pas de décision sans consulter mes collègues. 7. J'essaierai d'abord de traiter les symptômes afin de changer son souhait de mourir. 8. Je tenterai de traiter les symptômes du patient durant un certain de temps (1 semaine, 2 semaines, 4 semaines) afin de changer son souhait concernant l'euthanasie et le suicide assisté.
<p>Considérations éthiques</p>	<p>- Le comité d'éthique de l'Université Ruhr Bochum approuve cette étude. Le consentement a été donné afin que les participants puissent remplir le questionnaire. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 2)</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données Présentation des résultats</p>	<p><u>L'euthanasie en cas de maladie en phase terminale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.3% des participants seraient disposés à effectuer une euthanasie à la demande d'un patient s'il souffre d'une maladie en phase terminale. 79.6% des infirmières ne seraient pas disposées à le faire et 14.7% des infirmières ne se prononceraient pas. - Cette comparaison est statistiquement significative. <p><u>Le suicide assisté en cas de maladie en phase terminale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 11% des infirmières seraient disposées à effectuer un suicide assisté à la demande d'un patient s'il souffre d'une maladie en phase terminale, 64% des infirmières ne seraient pas disposées à le faire et 23.9% des infirmières ne se prononceraient pas. - Cette comparaison est statistiquement significative.

L'euthanasie en cas de maladie incurable mais non mortelle

- 0.4% des infirmières seraient d'accord d'effectuer une euthanasie, 89.75% des infirmières refuseraient et 8.5% des infirmières ne se prononceraient pas.

Le suicide assisté en cas de maladie incurable mais non mortelle

- 2.2% des infirmières seraient d'accord de donner un médicament létal si un patient souffrant d'une maladie incurable non mortelle le demande tandis que 89% des infirmières refuseraient et 8.1% des infirmières ne se prononceraient pas.

Questions 5-8 : prise de décision**Question 5**

- 24.3% des infirmières prendraient la décision seule, 62.5% des infirmières ne prendraient pas la décision seules et 6.1% des infirmières ne se prononceraient pas.

Question 6

- 57.7% des infirmières demanderaient à un collègue avant de prendre une décision de fin de vie pour leurs patients, 22.1% des infirmières ne demanderaient pas à un collègue et 7.6% des infirmières ne prononcent pas.

Question 7

- 55.5% des infirmières traiteraient d'abord les symptômes avant d'avoir recours à une euthanasie ou un suicide assisté, 14.3% ne traiteraient pas d'abord les symptômes et 21.7% ne prononcent pas.
- Cette comparaison est statistiquement significative.

Question 8

- 23% des infirmières traiteraient durant une semaine les symptômes avant de prendre une décision, 32.9% des infirmières traiteraient les symptômes sur deux semaines et 30.9% des infirmières traiteraient les symptômes durant 4 semaines avant de prendre une décision.
- Cette comparaison est statistiquement significative.

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cette étude est la première étude allemande à évaluer la volonté des professionnels concernant l'euthanasie et le suicide assisté. De plus en plus d'allemands deviennent favorables à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 5) - Seulement 5.3% des participants sont prêts à effectuer une euthanasie chez un patient atteint d'une maladie en phase terminale. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 6) - Les médecins sont plus disposés à agir si le patient souffre d'une maladie mortelle et non mortelle que les infirmières. - Le rôle des infirmières concernant le suicide assisté et l'euthanasie n'est pas très clair, même dans les pays qui ont légalisé ces deux pratiques. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 6) - En Belgique, la loi exige que les médecins discutent des demandes d'euthanasie avec l'équipe infirmières car les infirmières jouent un rôle important auprès du patient : se sont à elles que les patients se confient sur leur souhait de mourir. - Une étude en Allemagne démontre que certaines infirmières dépassent leurs limites professionnelles et légales en administrant des médicaments létaux. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 6) - Les médecins spécialisés dans les soins palliatifs sont plus réticents à engendrer la mort à leurs patients. Les résultats de l'étude prouvent que les professionnels de la santé ont plus de volonté à effectuer un suicide assisté qu'une euthanasie. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 6) - Cette étude montre que la plupart des participants discutent avec un collègue avant de prendre une décision concernant la fin de vie. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 7) - Les demandes d'euthanasie et de suicide assisté se produisent également dans les services de soins palliatifs. Le groupe de travail de EAPC soutien clairement que l'euthanasie et le suicide assisté ne doit pas faire partie de la mission des soins palliatifs. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 7) - Les professionnels de la santé en soins palliatifs ont un rôle important dans le débat. Comme le montre les résultats, 63.4% des participants souhaitent essayer de traiter d'abord les symptômes du patient avant d'envisager une euthanasie ou un suicide assisté. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 7)
	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont déjà leurs propres opinions concernant l'euthanasie et le suicide assisté, c'est pourquoi les résultats obtenus ne reflètent pas l'opinion générale des infirmières et des médecins allemands. Cette étude donne le point de vue des professionnels qui sont confrontés quotidiennement aux décisions de fin de vie. Il est possible que les participants n'aient pas répondu sincèrement au questionnaire étant donné qu'aujourd'hui ces pratiques sont illégales en Allemagne. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 5) - Les scénarios prennent en compte uniquement les cas de patients ayant un cancer ou souffrant de douleurs. - L'analyse statistique utilisant la régression logistique pour analyser l'âge, le métier et la spécialisation des participants

	n'a pas donnée de résultats significatifs. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 5)
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins généralistes ne sont pas formés pour effectuer les procédures de fin de vie. - Les médecins en soins palliatifs sont réticents à l'idée de réaliser le suicide assisté. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 7) - La question sur la formation des médecins leur permettant d'effectuer le suicide assisté n'a pas encore été relevée. Une discussion sur ce sujet est nécessaire avant de prendre une décision concernant l'autorisation ou l'interdiction du suicide assisté en Allemagne. [Traduction libre] (Zenz, Tryba, & Zenz, 2015, p. 7)
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe N : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Recherche 5.

Approche quantitative et mixte

Références complètes	Zenz, J., Tryba, M., & Zenz, M. (2015). Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. <i>BMC Palliative Care</i> , 14(1).				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
Introduction	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le cadre théorique n'est pas explicite. Le concept de l'euthanasie et du suicide assisté est défini.
	Les hypothèses/questions de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude est présent, cependant les hypothèses sont formulées par le biais de questions provenant de l'outil de collecte de données.

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?		X		Le devis est implicite.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte	X			

	des limites de l'étude ?				
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe O : Grille de résumé d'un article scientifique

Recherche 6.

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying: A Pilot Study. <i>JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation</i> , 15(4), 135-139. https://doi.org/10.1097/NHL.000000000000017
Introduction Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Le suicide assisté est un problème de plus en plus rencontré chez les professionnels de la santé. Peu d'études ont mis en évidence les attitudes des infirmières face au suicide assisté. Ce projet pilote vise à étudier les attitudes et les valeurs des infirmières concernant le suicide assisté et de le mettre en lien avec le code éthique de l'association américaine des infirmières et infirmiers. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 135) - Cette étude permet d'identifier les questions sociales et professionnelles en lien avec le suicide assisté afin d'approfondir le sujet. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 135)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Le suicide assisté engendre de nombreuses questions éthiques. L'association américaine des infirmières et infirmiers demande que le code déontologique des infirmières soit modifié. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 135) - En 2013, un quatrième état américain du Vermont a légalisé le suicide assisté. Les professionnels de la santé sont de plus en plus confrontés aux demandes d'aide au suicide. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136) - Peu d'études ont analysé les attitudes des infirmières face aux suicides assistés. Cependant, une étude a démontré que 75% des infirmières de pratique avancée provenant d'un état rural considèrent que leurs opinions personnelles et professionnelles sont les mêmes concernant le suicide assisté. La plupart ont des doutes à propos de la cohérence entre le suicide assisté et le code de déontologie de la profession infirmière. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136)
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Concept : suicide assisté. Cadre théorique : n'est pas explicite.</p>

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Objectifs : ce projet pilote vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - étudier les attitudes et les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières concernant le suicide assisté, - déterminer le point de vue des infirmières à propos de la cohérence entre le suicide assisté et le code de déontologie. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 135)
Méthodes Devis de recherche	Mixte
Population, échantillon et contexte	<p>Contexte : lors d'une conférence d'éthique aux États-Unis.</p> <p>Population : 364 participants.</p> <p>Échantillon : échantillonnage intentionnel, 13 infirmières ont participé à l'étude.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Méthode de collecte de données : questionnaire descriptif anonyme.</p> <p>Instrument de mesure : n'est pas explicite.</p>
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Un chercheur a créé un questionnaire en se basant sur les résultats ressortis d'une ancienne étude analysant les intentions des infirmières de pratique avancée par rapport au suicide assisté. Il s'est basé également sur une revue de littérature. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136) - Le questionnaire comprend huit questions structurées (sept questions à choix multiples et une question à échelle d'intervalles) et une question ouverte. Deux extraits du Code 1.4 ont été utilisés pour deux questions [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136) <p>Extrait 1 : Le but des soins infirmiers est de favoriser les valeurs des patients, ce qui permet de soulager et prévenir les symptômes ainsi que la douleur. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136)</p> <p>Extrait 2 : Les patients ont le droit au libre choix, d'être accompagnés, d'avoir des informations précises, complètes et compréhensibles leur permettant d'avoir un jugement éclairé. Ils ont également le droit de connaître les avantages, les désavantages et les choix des traitements. De plus, ils peuvent accepter ou refuser un traitement. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136)</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> - L'approbation du conseil d'examen institutionnel a été donnée. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136)
Résultats Traitement/Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - L'analyse quantitative des données est limitée aux statistiques descriptives. Les données qualitatives ont été codées à l'aide de thématique. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136)
Présentation des	<ul style="list-style-type: none"> - 4 infirmières diplômées sont des infirmières de pratique avancée, 7 infirmières diplômées et 2 participants n'ont pas

résultats	<p>précisé leur statut. Aucun des participants n'a travaillé dans les États d'Oregon, de Washington et du Montana.</p> <p><u>Les valeurs et les attitudes des infirmières face au suicide assisté</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le tableau 2 résume les attitudes et les valeurs des participants face au suicide assisté. La majorité des participants sont en faveur du suicide assisté tant d'un point de vue personnel que professionnel. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136) - Selon leurs valeurs personnelles, 76.9% des infirmières sont en faveur du suicide assisté, 7.7% sont contre et 15.4% des infirmières ne savent pas. - Selon leurs valeurs professionnelles, 84.6% des infirmières sont en faveur du suicide assisté, 7.7% sont contre et 7.7% des infirmières ne savent pas. - 38.5% des infirmières pensent que les infirmières de pratique avancée auront une certaine autorité dans législation du suicide assisté, 23.1% des infirmières ne le pensent pas et 38.5% des infirmières ne savent pas. - 15.4% des infirmières pensent que les soins palliatifs vont « disparaître » suite à la légalisation du suicide assisté, 69.2% ne pensent pas et 15.4% ne savent pas. <p><u>Compréhension du code déontologique par les infirmières</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 23.1% des infirmières ne comprennent pas le code déontologique, 15.4% des infirmières le comprennent légèrement, 23.1% des infirmières le comprennent bien et 38.5% des infirmières le comprennent très bien. <p><u>Cohérence entre le suicide assisté et le code déontologique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont été partagés à propos de la question concernant la cohérence entre le suicide assisté et le Code déontologique. - Les participants ont déclaré être plus favorables au suicide assisté si leurs patients souffrent. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) - 46.2% des infirmières pensent que le suicide assisté est cohérent avec le Code de déontologie, 15.4% des infirmières ne le pensent pas et 38.5% des infirmières ne savent pas. - 84.6% des infirmières pensent que l'extrait 1 est cohérent avec le suicide assisté et 15.4% des infirmières ne savent pas. - 76.9% des infirmières pensent que l'extrait 2 est cohérent avec le suicide assisté, 15.4% des infirmières ne le pensent pas et 7.7% des infirmières n'ont pas répondu. 4 : Tiré de DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137 - L'analyse des données qualitatives a mis en évidence trois thèmes en rapport avec les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières face au suicide assisté :
-----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • assurer la qualité des soins indépendamment du choix du patient, • inclure la famille lors de l'enseignement au patient, • relever l'impact des commentaires de la population en rapport avec le positionnement professionnel à l'égard du suicide assisté. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137)
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p><u>Valeurs personnelles et professionnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La majorité des participants (92.3%) dit que les valeurs personnelles et professionnelles sont les mêmes à propos du suicide assisté. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) - Est-ce que les infirmières avec leurs propres valeurs et leurs propres intérêts personnels protégeront-elles les intérêts de leurs patients ? [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) <p><u>Le suicide assisté et les infirmières de pratique avancée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 38.5% des infirmières pensent que les infirmières de pratique avancée doivent, dans la future législation du suicide assisté, être autorisées à prescrire. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) - Certains États n'ont pas de réglementations concernant le rôle des infirmières de pratique avancée dans l'autorisation de l'utilisation des médicaments létaux. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) <p><u>Impact du suicide assisté sur les soins palliatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La majorité des participants (69.2%) comprenant également quatre infirmières qui ont travaillé dans les soins palliatifs, ne pensent pas que la légalisation du suicide assisté aura un impact sur les soins palliatifs. Des études ont démontré que la légalisation du suicide assisté augmenterait la charge de travail dans les soins palliatifs. Cependant, les soins palliatifs restent encore un service peu connu de la population. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 138) <p><u>Le suicide assisté et le code</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants sont partagés à propos de la question concernant la cohérence entre le suicide assisté et le Code de déontologie. L'Association Américaine des Infirmières et Infirmiers « interdit la participation des infirmières au suicide assisté et à l'euthanasie car ces actes sont en violation directe avec le Code ». D'autres recherches doivent être effectuées afin de comprendre comment les infirmières du 21^{ème} siècle interprètent les traditions éthiques de la profession et comment elles priorisent la souffrance et l'autonomie de leurs patients lors d'une demande d'assistance au suicide. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 138) - Presque tous les participants ont répondu que l'extrait 1 du code de déontologie est cohérent avec l'assistance au suicide. La question à propos de l'extrait 2 amène à la question suivante : est-ce que la souffrance est un élément qui permet aux infirmières de considérer le suicide assisté comme éthiquement acceptable ? [Traduction libre] (DeWolf

	Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 138)
Forces et limites	<ul style="list-style-type: none"> - Le manque de précision concernant le positionnement des infirmières de pratique avancée face au suicide assisté est relevé. De plus, les raisons éthiques des infirmières de pratique avancée à propos de la cohérence entre le suicide assisté et le code déontologique manque dans cette étude. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 138) - Cette étude est une étude pilote qui permet de poser des hypothèses. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 138) - Le sondage anonyme a permis, peut-être, aux participants de répondre honnêtement. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 136) - Le fait que le résumé du Code a été distribué à tous les participants lors d'une conférence a pu être une variable confondante. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 139) - La taille de l'échantillon ne peut pas refléter l'ensemble de la population d'infirmières. De plus, les données ne sont pas suffisantes pour faire une analyse statistique multivariée. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) - Il existe un écart entre les valeurs professionnelles et personnelles.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Pour des raisons personnelles et professionnelles, l'échantillon est pour le suicide assisté. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 139) - Même si une différence concernant la cohérence entre le suicide assisté et le Code déontologique est présente, les infirmières ont relevé que la souffrance est l'élément le plus important pour avoir recours au suicide assisté. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 139) - Des stratégies éducatives concernant l'utilisation du Code doivent être mis en place afin de guider les infirmières dans leurs décisions cliniques et professionnelles. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 139) - Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer l'influence des valeurs professionnelles et personnelles dans la prise de décision. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 137) - Des études plus approfondies doivent être effectuées sur les facteurs qui influencent le rôle des infirmières de pratique avancée dans la procédure du suicide assisté. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 139) - De plus, des études supplémentaires doivent être réalisées afin de comprendre le rôle des infirmières dans les décisions de fin de vie. Cette étude donne un aperçu concernant les enjeux sociaux et professionnels et nécessite d'autres recherches. Cependant, elle donne de nombreuses pistes pour effectuer une enquête plus approfondie. [Traduction libre] (DeWolf Bosek, Jannette, & Rambur, 2013, p. 139)

Commentaires	
--------------	--

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe P : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Recherche 6.

Approche quantitative et mixte

Références complètes	DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of Nurses Toward Patient-Directed Dying: A Pilot Study. <i>JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation</i> , 15(4), 135-139. https://doi.org/10.1097/NHL.000000000000017				
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	On ne trouve pas les différentes parties : introduction, méthode, résultats et conclusion. Le cadre théorique n'est pas explicite.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le concept du suicide assisté est défini. Le cadre théorique n'est pas explicite.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/questions de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude est présent.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Il y a peu d'informations dans l'étude concernant la population.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas définis.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		N'est pas explicite.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?			X	La méthode de collecte de données est expliquée mais pas l'instrument de mesure.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Le niveau de signification n'est pas mis en évidence.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

