

## **CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN CAS DE PANDÉMIE OU D'AUTRES URGENCES**

### **« La profession**

***infirmière joue un rôle essentiel dans tous les aspects de la gestion des urgences, y compris l'atténuation, la préparation, l'intervention et le rétablissement. »***

*AIIC, 2007, p. 1*

Pour faciliter la lecture, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

« La profession infirmière joue un rôle essentiel dans tous les aspects de la gestion des urgences, y compris l'atténuation, la préparation, l'intervention et le rétablissement » (AIIC, 2007, p. 1). Voici des exemples qui font ressortir quelques-uns des différents défis auxquels les infirmières peuvent être confrontées par rapport à une pandémie ou à d'autres urgences.

- Shelley travaille à l'urgence d'un grand hôpital urbain. Mère célibataire, elle a deux jeunes enfants. Au cours d'une pandémie de grippe, elle est déchirée par des conflits apparents entre le besoin financier de travailler, ses responsabilités envers son employeur et ses patients, sa crainte d'être infectée et d'infecter à son tour ses enfants.
- Georges est le représentant du syndicat infirmier au sein du comité patronal-syndical mixte sur la santé et la sécurité dans l'hôpital de sa collectivité. Le comité est en train d'examiner le projet de plan de lutte de l'hôpital en cas de pandémie, et Georges désire que toutes les infirmières soient assurées de la meilleure protection possible et reçoivent suffisamment de renseignements pour protéger leur santé et leur sécurité dans de telles circonstances.
- Adèle travaille dans une maison de soins infirmiers, et pour des raisons personnelles, elle a décidé de ne pas recevoir le vaccin contre la grippe offert annuellement par son employeur. Elle ne sait pas ce qu'elle choisirait de faire au cours d'une pandémie si on voulait l'obliger à prendre un médicament antiviral ou à être vaccinée.
- Lashmi travaille dans un service de santé publique. On lui a demandé de mettre sur pied une clinique dans la collectivité, où on procédera au triage des malades dans le cas d'une urgence à grande échelle.

- Roseanna travaille dans le service de consultations externes de son hôpital. Elle craint, si une pandémie se déclarait, d'être réaffectée au service de soins médicaux, où elle ne pense pas avoir la compétence nécessaire à une bonne pratique.
- Antonio vient de terminer son quatrième quart de nuit d'affilée. Son infirmière gestionnaire lui demande de rester pour faire un autre quart de travail : le service manque de personnel parce que beaucoup de ses collègues sont malades.

## INTRODUCTION

Depuis l'écllosion de SRAS en 2003 et dans le cadre des efforts de préparation pour réagir à une pandémie possible d'influenza, les infirmières et infirmiers et les autres professionnels de la santé discutent de leurs responsabilités à l'égard de leurs patients<sup>1</sup> au cours d'une urgence majeure en santé. Une pandémie ou une catastrophe est une situation extraordinaire qui peut obliger les infirmières à sortir du cadre habituel de leur

## CONTENTS

Introduction .....	2
La déontologie et l'obligation de prodiguer des soins .....	3
Le point de vue de l'infirmière .....	4
Responsabilités à l'égard de la famille .....	5
Obligations envers soi-même .....	5
Obligations des employeurs .....	7
Réciprocité entre les professionnels de la santé et la société .....	8
Obligation de prévoir et de se préparer .....	10
Conclusion .....	12
Bibliographie .....	13

pratique, et ce genre de situation soulève des problèmes précis quant à ce qu'elles sont tenues de faire pour donner des soins aux patients. Les responsabilités déontologiques revenant aux infirmières dans leur travail de tous les jours représentent déjà des défis de taille; il peut être encore plus difficile de déterminer ces responsabilités dans une situation extraordinaire, comme c'est le cas lors d'une pandémie ou d'une autre urgence sanitaire. De plus, les infirmières doivent également se débattre avec d'autres obligations, telles que leurs responsabilités familiales et personnelles. En prévision de ces situations exceptionnelles, les infirmières, les autres travailleurs de la santé, les employeurs, les dirigeants gouvernementaux et le public doivent s'engager à trouver des solutions collectives aux problèmes, afin d'assurer des soins de la plus grande qualité possible. Les infirmières, et à vrai dire tous les travailleurs de la santé, assument une fonction importante au cours des pandémies et d'autres situations d'urgence, en minimisant les préjudices et en prodiguant des soins.

Dans le présent document intitulé *Déontologie pratique*, nous nous pencherons, en nous servant de différents exemples, sur les rôles, les situations et les enjeux éthiques auxquels les infirmières peuvent avoir à faire face au cours d'une pandémie ou d'autres situations d'urgence. Le concept d'*obligation de prodiguer des soins* sera examiné, de même que les différentes autres obligations que les infirmières ont, à titre de membres d'une profession autoréglémentée, à l'égard de leurs patients, de leurs employeurs, de leurs familles et d'elles-mêmes. Nous étudierons également les responsabilités réciproques des employeurs et de la société au cours d'une pandémie ou d'autres situations d'urgence.

Bien que le présent document ne tente pas de répondre à toutes les questions qui se posent, il pourra aider les infirmières à se pencher sur diverses questions relatives

1 On se sert souvent de façon interchangeable de différents termes pour désigner cette responsabilité dans les documents (p. ex., *obligation de diligence*, *devoir de diligence* et *obligation de prodiguer des soins*) (Sokol, 2006). Cependant, il existe des distinctions entre ces termes et pour des raisons de précision, nous avons retenu l'expression obligation de prodiguer des soins dans le présent document tout comme dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (AIIC, 2008).

à leur rôle au cours d'une pandémie ou d'autres situations d'urgence. Il constitue l'une des ressources mises au point par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) pour aider les membres de la profession dans leur réflexion déontologique<sup>2</sup>. Le document vise également à encourager les infirmières à discuter avec des collègues, des employeurs et les membres de leur famille en vue de collaborer d'une façon transparente et efficace pour trouver différentes façons de s'acquitter des responsabilités collectives en cas d'urgence.

## LA DÉONTOLOGIE ET L'OBLIGATION DE PRODIGER DES SOINS

Le concept d'*obligation de prodiguer des soins* a été intégré dans de nombreux codes des professions de la santé au début du XX<sup>e</sup> siècle, mais au cours des années 50, il avait disparu (Ruderman et coll., 2006; Upshur et coll., 2005). Bien des spécialistes dans les domaines du droit et de l'éthique attribuent ce changement à l'arrivée des antibiotiques et à la croyance que les maladies infectieuses pourraient être éradiquées (Wynia et Gostin, 2004; Ruderman et coll., 2006; Upshur et coll., 2005). Les chercheurs du Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto ont déclaré que l'une des principales leçons tirées de la flambée épidémique de SRAS en 2003 était que les travailleurs de la santé n'avaient pas une claire idée de leur obligation de prodiguer des soins au cours de l'éclosion d'une maladie transmissible (Upshur et coll., 2005). Ils ont donc recommandé que « les ordres et les associations professionnelles donnent des conseils clairs en prévision de toute apparition de maladie transmissible importante, telle une pandémie de grippe. Il faut établir les mécanismes en place ou mettre des moyens au point en vue de tenir les membres de l'ordre au courant des attentes et des obligations concernant l'obligation de prodiguer des soins au cours de l'éclosion d'une maladie transmissible » [*traduction*] (Upshur et coll., 2005, p. 21).

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2008, p. 9) de l'AIIC décrit l'obligation qu'ont les infirmières de prodiguer des soins en cas de pandémie ou d'une autre urgence : « Lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, y compris lors de flambées épidémiques, les infirmières ont l'obligation de prodiguer des soins tout en respectant les mesures de sécurité appropriées ». Dans le code, on explique également que « l'obligation de prodiguer des soins renvoie à l'obligation professionnelle de l'infirmière de fournir des soins sécuritaires, compétents, compatissants et conformes à l'éthique aux personnes prises en charge. Cependant, il se peut, dans certains cas, qu'il soit acceptable qu'une infirmière choisisse de s'abstenir ou de refuser de prodiguer des soins » (p. 46).

L'*obligation de prodiguer des soins* peut être un concept complexe et controversé parce qu'il touche à des valeurs, à des situations et à des intérêts qui peuvent être conflictuels. Habituellement, on discute de cette obligation dans la perspective des maladies infectieuses, comme le VIH/SIDA et le SRAS, face à la possibilité d'une grippe pandémique ou dans des situations d'urgence à la suite d'inondations, de tornades, de verglas et d'autres catastrophes. La question fondamentale qui ressort de ces discussions est la suivante : « Quand les infirmières ont-elles le droit – si toutefois elles l'ont jamais – de refuser de soigner des patients? » Lorsque cette question est abordée, il arrive souvent qu'on établisse une distinction entre ce que l'on appelle les « intérêts privés » des professionnels de la santé (préoccupation pour soi-même et pour les membres de sa famille) et les intérêts des patients dont ils s'occupent (Reid, 2005). Dans cette perspective dualiste, l'un des points de vue avancés est que les infirmières ont le droit de protéger leur propre santé et celle des membres de leur famille (Ovadia et coll., 2005; Singer et coll., 2003; Torda, 2005). À l'opposé, on fait valoir que les soins aux patients font partie intégrante des valeurs professionnelles des infirmières, peu importe ce qu'il leur en coûte sur le plan personnel. Bien des infirmières ont un point de vue qui se situe entre ces deux extrêmes ou bien se sentent déchirées entre les deux, tout dépendant de leur environnement de travail, de la

---

2 Le site Web de l'AIIC, à [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca), énumère d'autres ressources sur l'éthique et la déontologie.

nature de l'urgence, de leur propre santé et de leurs responsabilités familiales.

Il convient d'examiner l'obligation de prodiguer des soins dans la perspective de l'infirmière, de l'employeur, de l'organisme de réglementation infirmière et des autorités publiques concernées, puisque chacune de ces entités a sans doute un point de vue différent à ce sujet. Voici les questions fondamentales qui pourraient également faciliter la réflexion des membres de la profession infirmière au sujet de l'obligation de prodiguer des soins :

- Y a-t-il une limite quant à l'obligation des infirmières de prodiguer des soins?
- En supposant qu'il y en ait, quelle est-elle?
- Qui la fixe? Est-ce l'infirmière elle-même, l'employeur, l'organisme de réglementation ou l'État?
- Si la limite est fixée par l'une des parties ci-dessus, quels sont les points de vue et les réactions des autres parties (et les conséquences pour elles)?

## LE POINT DE VUE DE L'INFIRMIÈRE

La réflexion sur l'éthique et le respect de l'éthique lors de la prise de décisions sont au cœur de l'identité professionnelle de chaque infirmière. Les infirmières doivent continuellement évaluer les obligations qu'elles ont vis-à-vis d'elles-mêmes, ainsi que celles qu'elles ont à l'égard de leur famille, de leurs patients et de leurs collègues. Lors d'une catastrophe, ces évaluations deviennent plus nécessaires, mais aussi plus compliquées.

Deux concepts aident à clarifier l'obligation de prodiguer des soins : la *bienfaisance* et le *risque*. La bienfaisance est l'un des principes éthiques fondamentaux que tous les codes de déontologie des soins infirmiers reconnaissent, explicitement ou implicitement. La bienfaisance « exige que les infirmières s'acquittent de leurs obligations d'une façon favorable pour le client et qu'elles minimisent les préjudices ou le risque de préjudice » [*traduction*]

(Storch, 2000, p. 35). Les infirmières n'ont pas de mal à reconnaître que l'obligation qu'elles doivent assumer – de même que les autres professionnels réglementés de la santé – par rapport à la prestation des soins aux malades et de l'atténuation des souffrances d'autrui, a un caractère plus contraignant que celle qui incombe à la moyenne des gens. En retour, les infirmières et les autres professionnels de la santé se voient accorder le privilège et l'autorité de réglementer leurs professions respectives au sein de la société.

Si nous sommes d'accord avec l'énoncé selon lequel les infirmières acceptent, de par leur choix de carrière, de courir un risque professionnel, quelle est donc la limite du risque professionnel supplémentaire auquel elles sont exposées, en matière de santé et de sécurité, au cours d'une pandémie ou d'une autre urgence majeure (Chaffee, 2006; Olsen, 2006)? Il y a des gens qui font valoir qu'il s'agit d'une simple décision « risques-avantages » pour l'infirmière, autrement dit, que celle-ci doit peser les risques d'une part et les avantages d'autre part. Lorsque le risque que court l'infirmière en soignant un patient est faible par rapport aux avantages que celui-ci en tirera probablement, l'obligation de prodiguer des soins de l'infirmière est plus contraignante que lorsque le risque qu'elle affronte est beaucoup plus élevé que les avantages possibles pour le patient. Cette dernière situation est illustrée dans un exemple mettant en scène un patient qui va mourir, que l'infirmière intervienne ou non, et une infirmière qui, n'ayant pas suffisamment d'équipement de protection, serait exposée à un agent pathogène mortel en cas d'intervention. Sokol (2006, p. 1239) indique qu'on doit évaluer le risque par rapport au degré de risque habituel et par rapport au domaine habituel de pratique (ou spécialité) du travailleur de la santé. Les infirmières qui travaillent dans des secteurs à risque élevé (p. ex., à l'urgence) ou qui ont une spécialisation à haut risque (p. ex., soin des maladies contagieuses) ont accepté un degré de risque plus élevé et sont donc davantage tenues de continuer à prodiguer des soins dans une pandémie que celles qui travaillent dans des milieux à plus faible risque.

D'autres personnes diront que si une infirmière ne connaît pas le degré de risque, son obligation de

prodiguer des soins peut être moins grande. Tel fut certainement le cas au début de la flambée épidémique de SRAS. On ne connaissait ni l'agent infectieux, ni le taux de mortalité, ni les bonnes méthodes de contrôle de l'infection. Cependant, si le niveau de risque est connu et que l'on ait accès au meilleur matériel de protection et aux meilleures méthodes de travail, l'obligation de prodiguer des soins est-elle plus grande? Pour bien des infirmières, ce type d'évaluation « risques-avantages » est hypothétique ou superficielle et fait abstraction du contexte réel, de la relation que l'infirmière entretient avec le patient et de sa responsabilité à l'égard des membres de sa famille (Chaffee, 2006). Tous ces facteurs amènent à poser la question de la responsabilité que les employeurs doivent assumer pour la mise en place de systèmes capables d'aider les infirmières à prendre une décision judicieuse.

## RESPONSABILITÉS À L'ÉGARD DE LA FAMILLE

Des infirmières et d'autres travailleurs de la santé ont indiqué qu'au cours d'une pandémie ou d'une autre situation d'urgence, ils se sentiraient déchirés entre leurs obligations à l'égard de leurs patients et celles qu'ils ont à l'égard des membres de leur famille (Balicer et coll., 2006; Chaffee, 2006; Ehrenstein, Hanses et Salzberger, 2006; French et coll., 2002; Qureshi et coll., 2005). Ce conflit est certainement à la base de l'exemple de Shelley, infirmière au service des urgences et mère monoparentale de deux jeunes enfants. Shelley se sent partagée entre ses obligations à l'égard de ses patients et ses responsabilités à l'égard de ses enfants, d'autant plus que ces dernières peuvent augmenter au cours d'une pandémie si les garderies et les écoles ferment leurs portes. Les infirmières qui prennent soin de personnes âgées ou de parents souffrant de maladies chroniques peuvent se retrouver devant un dilemme semblable.

Le Centre conjoint de bioéthique (Thompson et coll., 2006; Upshur et coll., 2005), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2006) et bien d'autres organisations de soins de santé reconnaissent dans leur

plan de lutte contre les pandémies qu'il faut tenir compte des obligations des travailleurs de la santé à l'égard de leurs familles et, par conséquent, de la nécessité d'un soutien de la part des employeurs.

Le *Plan ontarien de lutte contre la grippe pandémique* (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD], 2007, p. 8A-23) comporte un questionnaire d'une page que les infirmières peuvent utiliser pour réfléchir au sujet de leur participation en cas de pandémie dans la perspective de leur situation personnelle. Voici quelques-unes des 11 questions posées :

- Ai-je besoin d'appui pour ma famille parce que j'ai un ou plusieurs enfants, un conjoint ou des parents à charge?
- Ai-je des plans pour m'occuper des membres de ma famille qui tomberaient malades au cours d'une pandémie?
- Ma famille a-t-elle un plan personnel de préparation aux pandémies à domicile?
- Ai-je discuté de ma participation [en cas de pandémie] avec des membres de ma famille?
- Mon employeur offre-t-il de l'aide aux familles des employés?

Le fait de réfléchir à ces questions peut aider les infirmières à régler certains aspects préoccupants en en discutant avec leur famille et leur employeur avant qu'une urgence ne se présente. Elles pourront alors s'acquitter de leurs responsabilités professionnelles si une urgence survient.

## OBLIGATIONS ENVERS SOI-MÊME

À part la question des obligations que les infirmières ont à l'égard de leurs patients et des membres de leur famille, qu'en est-il de leurs obligations à l'égard d'elles-mêmes, ainsi que de leur capacité à prodiguer des soins sécuritaires, compatissants, compétents et déontologiques? L'un des exemples présentés dans l'introduction est celui d'Antonio, un infirmier qui est

prié par la gestionnaire du service de rester pour un autre quart de travail en raison d'une pénurie de personnel, parce que beaucoup de ses collègues sont malades. Antonio est fatigué et se demande s'il peut travailler en toute sécurité pendant un autre quart de travail. Il est déchiré entre d'une part, le besoin de retourner chez lui et de se reposer après avoir travaillé de longues heures et d'autre part, ses responsabilités à l'égard de ses patients, de ses collègues et de son organisation. Cependant, dans le cadre de ses responsabilités à l'égard des patients, Antonio doit également se demander s'il est suffisamment en forme pour exercer sa profession et s'il a la capacité de donner des soins sécuritaires.

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIC stipule que les « infirmières doivent maintenir leur aptitude à exercer la profession. Si elles savent qu'elles n'ont pas la capacité physique, mentale ou affective nécessaire pour pratiquer de façon sécuritaire et compétente, elles doivent cesser de fournir des soins après avoir consulté leur employeur ou, si elles travaillent à leur propre compte, après s'être assurées que quelqu'un d'autre s'occupera des personnes qui leur avaient été assignées. Les infirmières prennent ensuite les mesures nécessaires pour rétablir leur aptitude à exercer » (AIIC, 2008, p. 18).

Les organismes de réglementation infirmière des provinces et des territoires ont également des énoncés qui portent sur ce genre de situation. Par exemple, le College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC) a publié *Overtime and Fatigue: To Stay or Not to Stay* (2001) et *Duty to Provide Care* (2007), qui décrit l'obligation de l'infirmière de prodiguer des soins ou de se retirer et de refuser d'en donner, ainsi que les questions de l'abandon et de la négligence. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a également publié un document utile, intitulé *Le refus d'affectations et l'interruption de services infirmiers* (2005). Il existe sans doute d'autres ressources qui portent sur ce genre de situation : les membres de la profession infirmière peuvent en vérifier l'existence auprès de l'organisme de réglementation de leur province ou territoire.

Une pandémie ou une autre urgence dans le secteur de la santé peut toutefois durer longtemps et dépasser ce qu'ont connu la plupart des infirmières. Par exemple, on prévoit qu'une pandémie de grippe se manifesterait sous forme de vagues d'une durée de six à huit semaines et qu'au total, elle pourrait durer jusqu'à 18 mois, voire deux ans (Toronto Academic Health Sciences Network [TAHSN], 2006). Pour les spécialistes de la préparation aux pandémies, la question des ressources humaines de la santé constitue un aspect important à considérer, parce que le nombre de personnes ayant besoin de soins subira une hausse vertigineuse en même temps que bien des professionnels de la santé tomberont malades. Il ne s'agira donc pas simplement de demander de temps à autre de faire un double quart de travail. Dans beaucoup de plans de préparation aux pandémies, on discute de la nécessité pour les professionnels de la santé d'économiser leurs forces au cours d'une pandémie et de faire tout ce qu'ils peuvent pour demeurer en bonne santé. Au cours de la flambée épidémique de SRAS et de catastrophes telles que l'ouragan Katrina, les expériences vécues par les infirmières confèrent une importance renouvelée à l'obligation que ces dernières ont envers elles-mêmes. Au cours de la crise du SRAS, on a louangé les infirmières ainsi que les travailleurs de la santé « pour leur dévouement exceptionnel » (Godkin et Markwell, 2003). Cependant, on entend aussi un autre point de vue, selon lequel les « obligations d'une personne envers elle-même ne sont pas d'ordre moins moral que ses obligations envers autrui » [*traduction*] (Reid, 2005, p. 357). Il est donc inévitable que les valeurs et les droits personnels des infirmières entrent parfois en conflit avec le droit des patients à recevoir des soins : « Les infirmières se retrouvent très souvent devant des dilemmes déontologiques reliés à l'obligation de prodiguer des soins lorsqu'elles sont confrontées à un fardeau excessif, à un danger personnel ou à des préoccupations au sujet de leur compétence ou d'une objection de conscience... » [*traduction*] (CRNBC, 2007, p. 1). Alors que « le droit d'un patient de recevoir des soins sécuritaires, efficaces et compétents est primordial » (p. 1) il se peut que, dans certains cas, les infirmières « ne soient pas tenues de se placer dans

des situations où la prestation des soins leur fasse courir des risques déraisonnables pour leur sécurité personnelle » (p. 2).

À titre individuel, les infirmières doivent donc résoudre le dilemme déontologique concernant la décision de prodiguer ou non des soins en un moment donné, et elles doivent collaborer avec les organisations infirmières et avec les employeurs pour assurer un milieu de travail sécuritaire bien avant que ne survienne une crise (AIIC, 2008; CNRBC, 2007). Une urgence en santé publique oblige les infirmières, les autres travailleurs de la santé, les employeurs et les dirigeants gouvernementaux à se soutenir les uns les autres afin que les soins puissent être donnés sans que les membres de la profession infirmière ne s'épuisent.

## OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS

En vertu des lois provinciales et territoriales sur la santé et la sécurité au travail, les employeurs doivent assurer un milieu de pratique sécuritaire. Georges, le représentant du syndicat infirmier au sein du comité mixte sur la santé et la sécurité de son hôpital, travaille pour garantir que, lors d'une pandémie, tous les travailleurs de la santé de son hôpital recevront l'équipement de protection nécessaire et bénéficieront de mesures préventives (médicament antiviral et vaccin, lorsque celui-ci sera disponible), ainsi que pour veiller à ce que l'hôpital engage les ressources nécessaires et prenne de façon transparente ses décisions au sujet des pandémies, que ce soit avant ou durant de telles situations. « Il incombe à l'établissement de soins de santé de mettre en place des mesures de protection adéquates telles que la fourniture de pièces d'équipement visant à réduire les risques, d'appliquer des procédures de protection qui réduisent au minimum les risques, de sensibiliser les membres du personnel aux risques et d'entreprendre des études en vue de reconnaître les risques réels et éventuels qui pourraient affecter les soins infirmiers » [traduction] (ANA, 2006, p. 5).

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIC (2008, p. 47) souligne l'obligation de

réciprocité des employeurs en matière de protection et de soutien des membres de la profession infirmière :

... Les infirmières ont le droit de bénéficier de renseignements complets et conformes à la vérité afin de pouvoir respecter leur obligation de prodiguer des soins. Elles doivent par ailleurs bénéficier de soutien lorsqu'il s'agit de répondre à leurs propres besoins en matière de santé. Les employeurs ont quant à eux le devoir de protéger et de soutenir les infirmières ainsi que de leur fournir l'équipement de protection et les fournitures nécessaires en quantités suffisantes afin de « minimiser de façon maximale » le risque d'infection auquel sont exposés les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé (recommandations de l'Ontario Hospital Association formulées par son groupe de travail sur les ressources humaines à propos du SRAS et consignées par Godkin et Markwell, 2003).

La recherche et les études gouvernementales sur la crise du SRAS reconnaissent sans équivoque que « la méfiance, un mauvais moral, la peur et la désinformation » (Upshur et coll., 2005, p. 4) caractérisaient l'expérience accablante que les travailleurs de la santé ont vécue durant la flambée épidémique (MSSLD, 2006; Singer et coll., 2003, Thompson et coll., 2006; Upshur et coll., 2005). On a donc recommandé que les principes déontologiques de transparence et de réciprocité soient intégrés de façon plus évidente dans la planification de la lutte contre les pandémies à plusieurs niveaux (Upshur, 2006).

La *transparence* se rapporte à la méthode selon laquelle – et au contexte dans lequel – les décisions se prennent (Gostin, Bayer et Fairchild, 2003; Kotalik, 2005; Upshur, 2002). L'information sur les décisions et les raisons qui les sous-tendent doit être communiquée aux travailleurs de la santé ouvertement et en toute honnêteté. Le Groupe de travail sur la grippe pandémique du Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto a fixé un cadre déontologique pour orienter la planification et la prise de

décisions en cas de pandémie (Thompson et coll., 2006; Upshur et coll., 2005). Ce cadre énonce les cinq caractéristiques d'un processus de prise de décisions respectueux de l'éthique : obligation de rendre compte, inclusivité, ouverture et transparence, caractère raisonnable et capacité de réponse (Thompson et coll., 2006, tableau 1).

L'une des façons pour les employeurs de faire respecter ces valeurs, c'est de demander à des membres de la profession infirmière comme Georges de faire partie de comités de planification. La participation de Georges en tant que représentant syndical au plan de lutte contre les catastrophes tient compte de la recommandation du Code, selon laquelle « les infirmières doivent : collaborer entre elles ainsi qu'avec diverses figures d'autorité afin d'élaborer des directives cliniques pour les interventions d'urgence en s'inspirant des ressources disponibles et des lignes directrices des gouvernements, des associations professionnelles et des organismes de réglementation » (AIIC, 2008, p. 48).

« Le principe de réciprocité exige des organismes du secteur de la santé qu'ils prêtent leur concours aux travailleurs de la santé et les protègent, les aident à faire face aux situations très stressantes, reconnaissent leur travail et les conditions dangereuses dans lequel celui-ci est accompli et prévoient des plans réalisables pour les situations d'urgence » [*traduction*] (Singer et coll., 2003, p. 1343). L'interprétation de cet énoncé varie d'une province et d'un territoire à l'autre et d'une agence de soins de santé à l'autre, mais les recommandations qui en découlent pour la phase de pré-urgence portent, entre autres, sur les actions suivantes : diffusion d'information sur le type de menace, la façon dont la maladie est transmise et les stratégies de gestion possibles de la flambée épidémique; établissement et diffusion de plans de préparation, avec une ample participation de tous les employés; et clarté concernant les obligations juridiques, éthiques et professionnelles. Au cours de l'urgence proprement dite, les actions prises en application du principe de réciprocité peuvent inclure

des dispositions pour assurer la sécurité personnelle des employés, voire celle des membres de leur famille (p. ex., matériel de protection et prophylaxie), des communications fréquentes et transparentes, des stratégies d'atténuation du stress du personnel, ainsi que la fourniture d'aide aux employés. Les employeurs ont la responsabilité de se pencher sur les inquiétudes des employés quant à leurs responsabilités familiales.

On a également établi que la présence d'abris pour les membres de la famille, la fourniture de soins pour les animaux domestiques et la prise de mesures visant à répondre aux besoins fondamentaux des infirmières – en nourriture, en eau et en repos, par exemple – rehaussent la capacité et la volonté de ces dernières de prodiguer de meilleurs soins en cas de catastrophe (French, Sole et Byers, 2002). Après l'urgence, en application du principe de réciprocité, il faut offrir les séances de debriefing nécessaires à la santé mentale des infirmières et fournir les prestations d'assurance-invalidité et de décès appropriées (Chaffee, 2006; Godkin et Markwell, 2003; Kotalik, 2005; Singer et coll., 2003; TAHSN, 2006).

## RÉCIPROCITÉ ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LA SOCIÉTÉ

Le principe de réciprocité exige que la société soutienne les personnes qui supportent un fardeau exagérément lourd pour protéger le bien public, et qu'elle prenne des dispositions pour réduire au minimum l'incidence de ce fardeau sur ces personnes. Dans une épidémie de grippe, il est probable que les mesures visant à protéger le bien public imposent un fardeau exagéré aux travailleurs de la santé, aux patients et aux membres de leur famille [*traduction*] (Thompson et coll., 2006, tableau 2).

Le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* (ASPC, 2006) précise que les travailleurs de la santé seront les premiers à recevoir le

vaccin contre la grippe pandémique dès qu'il sera disponible. Le principe de la réciprocité entre le public et les travailleurs de la santé est implicite dans cette façon de fixer les priorités. Autrement dit, en contrepartie de la priorité qu'on accorde à ces travailleurs pour recevoir le traitement prophylactique, le reste de la société s'attend à ce qu'ils prodiguent des soins au cours d'une pandémie. Ruderman, Tracy, Bensimon, Bernstein et coll. exposent trois raisons mentionnées par Clark (2005), qui expliquent pourquoi les professionnels de la santé prodiguent des soins au cours d'une flambée épidémique : « 1) Les médecins et les autres professionnels de la santé ont une plus grande capacité à prodiguer des soins que les membres de la population en général, ce qui renforce leur obligation de prodiguer des soins; ... 2) En choisissant librement une profession vouée aux soins des malades, ils ont accepté le risque qui en découle; ... 3) La profession est légitimée par contrat social, et ses membres doivent donc être disponibles en cas d'urgence... La société accorde et permet aux professions [de la santé] de s'autoréglementer à condition que [leurs membres réagissent dans le cas d'une urgence liée à une maladie infectieuse] » [traduction] (2006, p. 3).

Le cas d'Adèle, cette infirmière qui travaille dans un établissement de soins de longue durée et qui n'a pas l'intention de prendre un médicament antiviral ni d'être vaccinée au cours d'une pandémie, représente donc un défi sur le plan de la déontologie. Au cours de la période de grippe habituelle, on invite les professionnels de la santé qui travaillent avec des personnes âgées à recevoir le vaccin annuel contre la grippe pour protéger leur santé et celle de leurs patients. Cette vaccination n'est obligatoire dans aucune des provinces; cependant, au cours d'une épidémie de grippe dans un établissement de soins de santé, les unités sanitaires ont pour mandat de retirer du milieu de travail les travailleurs de la santé qui ne sont pas vaccinés. Il s'agit là d'une conséquence de la notion d'éthique de la santé publique qui consiste à établir un équilibre entre les droits de la personne et la protection de la santé publique (AIIC, 2006). Pour le

moment, il n'y a aucune décision ni directive légale claire au sujet du droit des travailleurs de la santé à refuser un médicament ou un vaccin antiviral au cours d'une pandémie de grippe. Les spécialistes de la préparation aux pandémies, les agents de la santé publique et les organisations de soins de santé pensent tous que les travailleurs de la santé accepteraient la prophylaxie offerte, et ils s'attendent ainsi à ce que ceux-ci prodiguent des soins.

La possibilité qu'une législation d'urgence oblige les travailleurs des soins de santé à travailler au cours d'une crise fait l'objet d'une controverse. Le passage qui suit est tiré de l'annexe H, intitulée « Lignes directrices sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé durant une pandémie d'influenza », du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* de l'Agence de la santé publique du Canada (2006, p. 15) :

### **3.2.2 Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs de la santé**

La législation sur la protection civile comprend de nombreuses dispositions sur la gestion des travailleurs durant une crise. Cela comprend le recrutement de personnel professionnel et autre personnel rémunéré, ainsi que des bénévoles, la gestion des ressources humaines et la protection des bénévoles...

Les dispositions suivantes de la législation s'appliquent particulièrement aux questions rattachées aux ressources humaines, y compris :

- autorité relative aux autorisations d'exercer et au champ d'application de l'exercice, ainsi que la capacité du gouvernement à faire des modifications unilatérales durant une crise,
- sécurité et protection des travailleurs (l'une des principales responsabilités),
- équité en matière de rémunération,

- assurances, tant du lieu que des accidents de travail et autres formes d'assurance,
- formation,
- fourniture de vêtements et d'équipement,
- sécurité d'emploi des travailleurs ayant pris congé pour aider durant la crise.

### Réquisition de la main-d'œuvre

En vertu des mesures législatives, les provinces et les territoires peuvent avoir l'autorité de désigner des « services essentiels » et des travailleurs, et ont le pouvoir d'obliger toute personne à travailler ou de réquisitionner le bien d'un particulier moyennant indemnisation, *en dernier recours*.

Cette question a été soulevée en raison de l'insuffisance existante de travailleurs de la santé et de la crainte que ces travailleurs et d'autres puissent refuser de travailler durant une pandémie pour cause de modifications des responsabilités inhérentes au poste, de la peur d'être infecté, de responsabilités familiales ou pour d'autres raisons. Le sous-groupe souligne toutefois l'extrême difficulté de faire adopter et de respecter une telle législation et il encourage fortement les instances à examiner toutes les autres méthodes de recherche de travailleurs de la santé, avant une pandémie.

pas toujours facile de décider s'il faut se présenter au travail en cas de catastrophe. Mais le fait de se préparer, sur le plan personnel et au moyen de la politique de l'établissement, constitue la principale exigence déontologique que les catastrophes imposent aux professionnels de la santé » [*traduction*] (Olsen, 2006, p. 57). Prévoir, réfléchir et préparer font partie du « contrat social » ou de l'obligation des professionnels de la santé de prodiguer des soins (CII, 2006). Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIC (2008) présente dans ses annexes un certain nombre de modèles éthiques utiles pour la réflexion et la prise de décisions. Les associations professionnelles, les syndicats, les ordres professionnels, les employeurs, les gouvernements et tous les principaux groupes d'intérêt partagent plusieurs responsabilités. Toutes les parties doivent travailler ensemble, d'une façon transparente et en étroite collaboration, pour analyser les enjeux et prendre des décisions stratégiques judicieuses dans les situations de tous les jours et en prévision de pandémies et d'autres urgences.

## OBLIGATION DE PRÉVOIR ET DE SE PRÉPARER

La principale leçon tirée de l'éclosion de SRAS et de toutes les autres urgences survenues récemment porte sur l'importance de la planification et de la préparation. La préparation aux pandémies et la préparation générale aux urgences sont certes bien avancées au Canada. Chaque infirmière doit toutefois réfléchir aussi à certains de ces enjeux pour elle-même : « Il n'est

## CONSEILS TIRÉS DU *CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'AIIC*

### **A. Pour se préparer à répondre aux besoins en soins infirmiers lors de catastrophes ou de flambées épidémiques, les infirmières doivent :**

- collaborer entre elles ainsi qu'avec diverses figures d'autorité afin d'élaborer des directives cliniques pour les interventions d'urgence en s'inspirant des ressources disponibles et des lignes directrices des gouvernements, des associations professionnelles et des organismes de réglementation;
- se renseigner sur les directives établies au niveau régional, provincial et national au sujet de l'ordre de priorité à respecter dans la prestation de soins (p. ex., priorité fondée sur l'importance du besoin, sur la probabilité d'un résultat positif, etc.) et prendre part à l'établissement de ces directives;
- se renseigner sur la façon dont un soutien sera offert aux personnes prodiguant des soins et portant le fardeau physique et moral des soins;
- exiger de recevoir des mises à jour régulières à propos des mesures de sécurité que les infirmières doivent prendre afin de se protéger et d'éviter de devenir elles-mêmes victimes d'une catastrophe ou d'une maladie;
- offrir leur soutien dans la mise en place d'une manière équitable de régler les conflits ou les différends concernant les exemptions de travail ou les exemptions relatives à la prophylaxie ou à la vaccination du personnel; et
- contribuer à l'élaboration de recommandations sur le traitement des plaintes et des pourvois en appel.

### **B. Lorsqu'une infirmière se trouve plongée dans une situation de catastrophe ou d'épidémie, elle a l'obligation morale :**

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

– AIIC, 2008, p. 48-49

## CONCLUSION

Les infirmières ont à cœur de pouvoir offrir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique. Les cadres juridiques, les conventions collectives, les normes de pratique et les codes d'éthique en vigueur jettent les bases de leur réflexion éthique au sujet de leur travail au cours d'une pandémie ou d'une catastrophe. Individuellement, chaque infirmière doit réfléchir à ses responsabilités déontologiques, y compris à celles de ses obligations qui pourraient être conflictuelles, ainsi qu'à ses valeurs personnelles et professionnelles, et ce, avant même qu'une urgence ne se présente.

Les exemples présentés au début du présent document font ressortir des priorités divergentes au niveau de la prise de décisions. Shelley doit tenir compte du bien-être physique et financier de sa famille et de sa responsabilité à l'égard de ses patients. En tant que représentant du syndicat infirmier dans l'hôpital de la collectivité, Georges doit prôner la sécurité des infirmières et des infirmiers. Adèle doit examiner ses propres valeurs au sujet de la vaccination et déterminer si elle peut s'acquitter de ses responsabilités professionnelles. Roseanna et Antonio doivent tous les deux examiner les limites de leur compétence afin d'être conscients du niveau de sécurité de leur pratique s'ils sont affectés dans un autre service ou qu'on leur demande de faire un autre quart de travail. Avant de mettre en place une clinique, Lashmi doit travailler avec son employeur et différents intervenants à l'élaboration d'un plan d'urgence en cas de catastrophe. Mais les responsabilités déontologiques ne s'appliquent pas seulement aux seules infirmières à titre individuel. Les employeurs, les dirigeants de la santé publique et les représentants des associations professionnelles, des organismes de réglementation et du gouvernement doivent également collaborer et prendre des décisions en prévision des urgences et au moment où une telle situation se présente. Pour cela, ils doivent agir de façon « raisonnable, ouverte, transparente, favorable à l'intégration, sensible aux besoins et soucieuse de

rendre des comptes » [*traduction*] (Upshur et coll., 2005), afin que le public soit le plus possible à l'abri des préjudices et afin que les infirmières puissent exercer leur profession dans le meilleur intérêt du public.

### **Le site Web de l'AiIC ([www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)) présente des renseignements et des liens utiles sur les pandémies et autres situations d'urgence.**

#### Documents

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2008)
- Énoncé de position : *Préparation aux situations d'urgence et capacité d'intervention*

#### Information

- Urgences, flambées épidémiques et catastrophes – Ce que toute infirmière doit savoir : *Cette page Web comprend des liens utiles renvoyant à des sites Web du gouvernement et à d'autres ressources.*

#### Liens avec ce qui suit :

- INF-Fusion : Le Portail canadien des infirmières et infirmiers (comprend des liens pour les situations d'urgence et la surveillance)
- Organismes de réglementation infirmière des provinces et des territoires

## BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Ottawa : auteur. Extrait le 12 novembre 2007 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclpci/ann-h-fra.php>.

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

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (février 2006). *Les défis éthiques de la pratique infirmière en santé publique*. Déontologie pratique. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *Préparation aux situations d'urgence et capacité d'intervention* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.

Balicer, R. D., Omer, S. B., Barnett, D. J. et Everly, G. S. (2006). Local public workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*, 6, 99. Extrait le 28 novembre 2006 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/99>.

Bernstein, M. et Hawryluck, L. (2003.) Challenging beliefs and ethical concepts: The collateral damage of SARS. *Critical Care*, 7(4), 269-271.

Chaffee, M. W. (2006). Making the decision to report to work in a disaster: Nurses may have conflicting obligations. *American Journal of Nursing*, 106(9), 54-57.

Clark, C. C. (2005). In harm's way: AMA physicians and the duty to treat. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30(1), 65-87.

College of Registered Nurses of British Columbia. (2007). *Practice standard: Duty to provide care*. Victoria : auteur.

Conseil international des infirmières. (2006). *Les infirmières et la préparation aux catastrophes*. Genève : auteur.

Ehrenstein, B. P., Hanses, F. et Salzberger, B. (2006). Influenza pandemic and professional duty: Family or patients first? A survey of hospital employees. *BMC Public Health*, 6, 311.

French, E. D., Sole, M. L. et Byers, J. F. (2002). A comparison of nurses' needs/concerns and hospital disaster plans following Florida's Hurricane Floyd. *Journal of Emergency Nursing*, 28(2), 111-117.

Godkin, D. et Markwell, H. (2003). The duty to care of healthcare professionals: Ethical issues and guidelines for policy development. Dans *For the public's health: A plan of action. Final report of the Ontario Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control, April 2004*. Extrait le 7 mai 2008 de [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/walker04/ethics\\_duty\\_care04.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/walker04/ethics_duty_care04.pdf).

Gostin, L. O., Bayer, F. et Fairchild, A. L. (2003). Ethical and legal challenges posed by SARS: Implications for the control of severe infectious disease threats. *JAMA*, 290(24), 3229-3237.

Kotalik, J. (2005). Preparing for an influenza pandemic: Ethical issues. *Bioethics*, 19(4), 422-431.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2006). *The SARS Commission – Spring of fear*. Commission sur le SRAS : Toronto.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2007). *Plan ontarien de lutte contre la grippe pandémique*. Toronto : auteur.

Olsen, D. P. (2006). The ethical dilemma: Questions to consider when deciding whether to show up for work in a disaster. *American Journal of Nursing* 106(9), 57.

Ovadia, K. L., Gazit, I., Silner, D. et Kagan, I. (2005). Better late than never: A re-examination of ethical dilemmas in coping with severe acute respiratory syndrome. *Journal of Hospital Infection*, 61(1), 75-79.

Qureshi, K., Gershon, R. R., Sherman, M. F., Straub, T., Gebbie, E., McCollum, M., Erwin, M. J. et Morse, S. S. (2005). Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *Journal of Urban Health*, 82(3), 378-388.

Reid, L. (2005). Diminishing returns? Risk and the duty to care in the SARS epidemic. *Bioethics*, 19(4), 348-361.

Ruderman, C., Tracy, C. S., Bensimon, C. M., Bernstein, M., Hawryluck, L., Zlotnik Shaul, R. et Upshur, R. E. G. (2006). On pandemics and the duty to care: Whose duty? Who cares? *BMC Medical Ethics*, 7, 5.

Singer, P. A., Benatar, S. R., Bernstein, M., Daar, A. S., Dickens, B. M., MacRae, S. K., Upshur, R. E., Wright, L. et Shaul, R. Z. (2003). Ethics and SARS: Lessons from Toronto. *BMJ*, 327(7427), 1342-1344.

Sokol, D. K. (2006). Virulent epidemics and scope of healthcare workers' duty of care. *Emerging Infectious Diseases*, 12(8), 1238-1241.

Storch, J. L. (2000). Exposure to body fluids. *Canadian Nurse*, 96(6), 35-36.

Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L. et Upshur, R. E. G. (2006). Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7, 12.

Torda, A. (2005). How far does a doctor's "duty of care" go? *Internal Medicine Journal*, 35(5), 295-296.

Toronto Academic Health Sciences Network. (2006). *Pandemic influenza planning guidelines*. Toronto : auteur.

Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Revue canadienne de santé publique*, 93(2), 101-103.

Upshur, R. (2006). The role and obligations of health-care workers during an outbreak of pandemic influenza, Draft paper for Working Group Three, Project on Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à [www.who.int/ethics/PI\\_Ethics\\_draft\\_paper\\_WG3\\_14Sept06.pdf](http://www.who.int/ethics/PI_Ethics_draft_paper_WG3_14Sept06.pdf).

Upshur, R. E. G., Faith, K., Gibson, J. L., Thompson, A. K., Tracy, C. S., Wilson, K. et Singer, P. A. (2005). Stand on guard for thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. Rapport du groupe de travail sur la grippe pandémique du Centre mixte de bioéthique de l'Université de Toronto. Toronto : Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto.

Wynia, M. K. et Gostin, L. O. (2004). Ethical challenges in preparing for bioterrorism: Barriers within the health care system. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1096-1102.

Déontologie pratique est une publication du Service des politiques de réglementation de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC).

Disponible sur le site Web de l'AIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada  
50 Driveway  
Ottawa (Ontario)  
Canada K2P 1E2  
Téléphone : 1-800-361-8404 ou (613) 237-2133  
Télec. : (613) 237-3520  
Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)  
Site web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)

ISSN 1481-000X