

Répertoire des tables.....	v
Résumé.....	vi
Problématique	vii
Concepts et champs disciplinaires.....	vii
Méthode.....	viii
Résultats et Discussion.....	viii
Conclusion	ix
Mots clés.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction	1
Problématique	4
Emergence de la question de départ	5
Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers.....	6
Lien avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier.....	6
Le concept de la personne.....	7
Le concept de l'environnement	7
Le concept de santé.....	8
Le concept de soins	8
Lien avec les quatre modes de savoir infirmier	9
Le savoir personnel.....	9
Le savoir esthétique.....	10
Le savoir éthique	11
Le savoir empirique.....	12
<i>L'unknowing</i>	12
Le savoir sociopolitique	13
Revue exploratoire de littérature	14
Le point de vue global de la population ainsi que celui des professionnels de santé sur le thème de l'assistance au suicide	14
Descriptif d'association permettant le suicide assisté en Suisse.....	17
L'association EXIT A.D.M.D.....	18
L'association Dignitas.....	20
Les différences entre l'association Exit et Dignitas.....	20
L'association Exit A.D.M.D en quelques chiffres	21
Evolution du nombre de suicides assistés en Suisse.....	23
Divergence de points de vue face au suicide assisté	25
Législation hospitalière et en EMS en matière d'assistance au suicide en Suisse	26
Mise en évidence des concepts	29
Perspective de la problématique pour la pratique infirmière	29
Concepts et champs disciplinaires	31

Définition des concepts retenus	32
Assistance au suicide	32
Les différentes formes d'euthanasie	32
Soins palliatifs	38
Le rôle des médecins	39
Le rôle des soignants	41
Le rôle des proches.....	43
Présentation du cadre théorique	45
Les métaparadigmes sous l'angle de la théorie de soins.....	47
Le concept de personne	47
Le concept de l'environnement	48
Le concept de santé.....	48
Le concept de soin.....	49
Méthodologie.....	50
Détermination de la question de recherche	51
Identification des descripteurs.....	53
Détermination des critères de sélection des articles.....	54
Interrogation des bases de données	55
Résultats et discussions	61
Présentation des résultats.....	62
Présentation des résultats en lien avec les attitudes, les expériences, les connaissances et le rôle infirmier face à la mort	62
Présentation des résultats en lien avec les attitudes des médecins face au suicide assisté.....	68
Présentation des résultats en lien avec les expériences des familles en phase de deuil suite à la demande de suicide assisté de la part d'un proche	70
Présentation des résultats en lien avec la sédation en fin de vie	71
Discussion	73
Lien avec la question de recherche	73
Lien avec le cadre théorique	76
Conclusion	80
Apport du travail de Bachelor, facilités et difficultés	81
Limites	83
Perspectives pour la pratique	84
Perspectives pour la recherche.....	85
Références.....	86
Appendices	93
Tableau d'inclusion et d'exclusion	xiii
Grilles adaptées de Fortin.....	xvi

Répertoire des tables

Table 1 : Mots-clés et Descripteurs

Table 2 : Articles sélectionnés et Equations de recherche

Résumé

Problématique

L'assistance au suicide est une problématique au cœur des débats dans la société mondiale actuelle. En Suisse, la législation sur l'assistance au suicide existe depuis la création de l'article 115 du Code pénal régit en 1899 puis revue en 2002. En 2014, la loi sur la santé (LS) écrite en 1995 a été modifiée. Elle stipule que les établissements médico-sociaux (EMS) sont dans l'obligation d'accepter la venue d'associations telles qu'Exit, association pour le droit de mourir dans la dignité (A.D.M.D), au sein de leurs institutions. En effet, cette modification a suscité une vive polémique au sein de la population suisse et les discussions restent toujours d'actualité. Ainsi, ce chapitre s'intéresse au point de vue global de la population ainsi qu'à celui des professionnels de santé concernés par cette thématique. Ce travail a pour but d'explorer le positionnement du personnel infirmier et des proches face aux différentes situations de fin de vie.

Concepts et champs disciplinaires

Afin d'approfondir la problématique, différents concepts ont été abordés tels que l'assistance au suicide et les différentes formes d'euthanasie, les soins palliatifs, le rôle du médecin, des soignants et des proches dans l'accompagnement du patient en fin de vie. Le cadre théorique de cette revue de littérature s'appuie sur la théorie de l'humaindevenant de Parse issue du paradigme de la transformation (Parse, 1987, 1998, 2002).

Méthode

Une revue de littérature a été menée à partir des bases de données *Pubmed, Cinhal, Psycinfo et Tripdatabase*. Au final, 11 articles publiés entre 2006 et 2016 ont été retenus pour répondre à la question de recherche. Par ailleurs, les études ont été sélectionnées sur la base de critères d'inclusions et d'exclusions puis analysées selon la grille adaptée de Fortin (2010).

Résultats et Discussion

Quatre thèmes principaux ressortent des résultats : (1) les attitudes, les expériences, les connaissances et le rôle infirmier face à la mort (2) les attitudes des médecins face au suicide assisté (3) les expériences des familles en phase de deuil suite à la demande de suicide assisté de la part d'un proche (4) et la sédation en fin de vie. Ces thèmes soulèvent le fait que le rôle et les attitudes infirmières face à ce genre de situations ne sont pas clairement définis, car peu de directives au sujet du suicide assisté ont été développées. En ce qui concerne le positionnement des médecins sur la question, ces derniers estiment que les demandes des patients sont justifiables, mais peu d'entre eux seraient prêts à effectuer la démarche dans son ensemble. Quant aux proches, certaines enquêtes démontrent qu'ils ne se sentent pas suffisamment soutenus sur le plan psychologique et ainsi démunis devant un tel pouvoir de décision.

Finalement, les médecins ainsi que le personnel soignant semblent favorables aux pratiques dites de sédation palliative, en émettant tout de même quelques réserves sur leur application systématique.

La mobilisation du cadre théorique, théorie de Parse, permet de proposer des pistes d'interventions et de réflexions pour la pratique infirmière face aux attitudes à adopter lors de situations de fin de vie.

Conclusion

Cette revue de littérature met en lumière l'état actuel des connaissances des professionnels de santé, mais aussi celles des proches par rapport aux différentes situations de fin de vie. Cependant, de plus amples recherches sont nécessaires sur ce sujet afin d'établir des directives plus claires et des pistes de réflexion plus approfondies pour la mise en place d'une pratique infirmière adéquate.

Mots clés

Suicide assisté, rôle infirmier, expérience infirmière, infirmier, patient, Suisse

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont permis de mener à bien cette revue de littérature.

En premier lieu, nous tenons à remercier tout particulièrement notre directeur de travail de *Bachelor*, Monsieur Olivier Schirlin, pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils dispensés tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous aimerions également remercier les différents professionnels de la santé contactés au cours de la revue exploratoire pour leur disponibilité :

Madame Sylviane Mereaux-Staebler, infirmière cheffe du Home « Bellevue » au Landeron pour les précisions et les conseils apportés concernant la question de départ de notre travail.

Monsieur Grégoire Gremaud, médecin-chef du Home « Mon Repos » à la Neuveville pour son partage de connaissances au sujet des soins palliatifs et différents traitements de fin de vie.

Madame Suzanne Pletti, ancienne vice-directrice de l'association Exit A.D.M.D pour toutes les précieuses informations qu'elle nous a transmises en lien avec la procédure du suicide assisté en Suisse.

Nous désirons aussi remercier les différents enseignants de la Haute Ecole Arc santé pour les cours dispensés en lien avec la thématique et la démarche du travail de *Bachelor* :

Monsieur Pascal Comte pour ses précieux conseils concernant la méthodologie de recherche.

Monsieur Pierre-Alain Charmillot pour ses explications concernant les soins palliatifs et sa contribution dans la recherche d'articles pertinents.

Un grand merci à la bibliothécaire de la He-Arc, Véronique Erard pour sa disponibilité, son soutien et sa gentillesse.

Nous voulions également remercier toutes les personnes qui ont consacré du temps à la correction, à la mise en forme de notre travail ainsi que pour les suggestions apportées dans la rédaction de nos écrits :

Madame Odile Riat, enseignante primaire au Noirmont

Madame Justine Monnerat, biologiste à Lausanne

Monsieur Adrien Kay, journaliste et porte-parole à Berne

Monsieur Jérôme Marquis et Monsieur Gérald Charmillot, étudiants en informatique à Genève et Neuchâtel

Nous adressons finalement un merci tout particulier à nos proches qui nous ont soutenues tout au long de ce travail.

Introduction

Dans le cadre du *Bachelor of science* HES-SO en soins infirmiers, il est demandé aux étudiants en fin de formation de réaliser un travail de *Bachelor* qui vise à mobiliser et à développer des compétences tant au niveau théoriques que méthodologiques. Ce dernier se présente sous la forme d'une revue de littérature.

La thématique développée au sein de ce travail concerne l'état actuel des connaissances sur le suicide assisté et plus précisément sur l'attitude du personnel infirmier et des proches confrontés à ces situations complexes. Actuellement, le suicide assisté est un sujet sensible qui peut heurter les valeurs professionnelles et personnelles, engendrant donc de vifs débats.

Le chapitre problématique définira la nature des différents enjeux éthiques, légaux, philosophiques, religieux, personnels, familiaux, sociaux, médicaux, psychologiques, spirituels et financiers face à la question du suicide assisté et mettra en évidence la divergence des points de vue des différents professionnels de santé ainsi que ceux de la population en général. Afin de relier ce questionnement de départ à la discipline infirmière, nous avons défini ce qu'est le métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) ainsi que les modes de savoir de la discipline (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2008; White, 1995).

Le chapitre « concepts et champs disciplinaires infirmiers » définira les principaux concepts issus de la problématique qui sont le suicide assisté et les différentes formes d'euthanasie, les soins palliatifs, le rôle des médecins, des soignants et des proches dans l'accompagnement des patients en fin de

vie, ainsi que le cadre théorique soutenant ce travail. Ces concepts permettront de clarifier le questionnement de départ. Afin de garantir la perspective infirmière de ce travail, le cadre théorique se référera à la théorie de l'humaindevenant de Parse, théorie de soin infirmier issue d'un nouveau paradigme, le paradigme de la transformation.

Le chapitre suivant concerne la méthodologie et aura pour but de formuler précisément la question de recherche sur la base de la méthode PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Il y sera décrit la démarche de recension et de sélection des articles dans les bases de données. La réponse à la question de recherche sera quant à elle développée dans le chapitre résultat et discussion. Les résultats de chaque article seront tout d'abord présentés sous forme de texte narratif divisé en plusieurs thèmes puis seront articulés avec la question de recherche et le cadre théorique. Un retour sur celui-ci permettra spécifiquement de déterminer en quoi il est utile pour guider les attitudes infirmières auprès des patients et des proches face à une situation complexe de fin de vie.

Le chapitre « conclusion » abordera une réflexion sur les limites de cette revue de littérature ainsi que sur les éléments facilitants et contraignants rencontrés par ses auteures. Finalement, les différentes perspectives de pratique et de recherche pour la discipline infirmière seront explicitées au sein de ce dernier chapitre.

Problématique

Emergence de la question de départ

Parmi les thèmes des travaux de *Bachelor* proposés par les lieux de pratique, c'est la question concernant l'état actuel des connaissances sur le thème de l'assistance au suicide qui a retenue l'attention des auteures.

En Suisse, le peuple représenté par les autorités politiques peut s'exprimer aux niveaux fédéral, cantonal et communal sur diverses problématiques et engendrer des disparités législatives au niveau cantonal. Dans le canton de Neuchâtel, la loi sur la santé (LS) concernant l'assistance au suicide du 6 février 1995 a été modifiée en 2014 stipulant que les EMS ont l'obligation de respecter la volonté des personnes en situation de fin de vie et d'accepter la demande des patients qui souhaitent faire appel à l'association Exit A.D.M.D.

Cela a suscité de nombreuses interrogations au sein des équipes de soins et notamment au home médicalisé « Bellevue » au Landeron. En effet, l'infirmière cheffe de ce home, Madame Mereaux-Staebler, a été interpellée par cette problématique et c'est de là que découle la question de départ de notre travail : « ***Quel est l'état actuel des réflexions et des connaissances sur l'assistance au suicide pour les clients en EMS ou à domicile ?*** »

Nous l'avons rencontrée le 7 mars 2015 afin d'obtenir des précisions concernant l'émergence de son questionnement face à l'assistance au suicide. Elle nous a expliqué qu'elle a mis en place différentes stratégies afin de préparer son équipe à faire face à ce genre de demandes de la part des patients.

En effet, ce thème demeure aujourd'hui encore un sujet tabou, controversé et de nature complexe dans notre société. Il revêt plusieurs dimensions telles qu'éthique, légale, philosophique, religieuse, personnelle, familiale, sociale, médicale, psychologique, spirituelle et financière. Parallèlement à cela certaines lois concernant les droits des patients ont évolué et par conséquent les professionnels de la santé sont de plus en plus impliqués dans des situations de demandes de « morts programmées » provoquant ainsi de vifs débats dans les institutions de soins qui voient leur éthique professionnelle bouleversée par cette question.

Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

L'ancrage disciplinaire regroupe les concepts du métaparadigme infirmier selon Fawcett (1984) ainsi que les sources de savoirs infirmiers selon Carper (1978). Dans ce chapitre, nous développerons les composantes de l'ancrage disciplinaire à travers le prisme de l'assistance au suicide. Dans le chapitre, « concepts et champs disciplinaires », les métaparadigmes ainsi que les savoirs infirmiers seront vus sous l'angle d'une théorie de soins de l'humain en devenir de Rose Marie Rizzo Parse.

Lien avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier

Il semble important de mettre en évidence l'intérêt de la question de départ pour les soins infirmiers en effectuant le lien avec le métaparadigme

infirmier. Celui-ci, comme le conçoit Fawcett (1984), comporte quatre concepts : la personne, l'environnement, la santé et les soins.

Le concept de la personne

Il désigne tout bénéficiaire de soins infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté tout entière. (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

Lors de l'accompagnement d'une personne en fin de vie, il est nécessaire de considérer l'individu comme une entité à part entière et de le prendre en soin dans sa globalité (physique, psychique, sociale, spirituel, culturel).

Le concept de l'environnement

Il représente les milieux physiques et sociaux de la personne. Il se rapporte tout autant au lieu de résidence de celle-ci qu'aux établissements spécialisés qui lui offrent des services infirmiers. (Provencher & Fawcett, 2002, p.317)

La prise en compte de l'environnement dans l'accompagnement de la personne en fin de vie est primordiale pour son épanouissement. Il est alors important d'adapter les interventions de soins selon la conception que l'individu a de son environnement.

Le concept de santé

Il est défini comme un état de bien-être caractérisant tout aussi bien une personne en état optimal de santé qu'un malade en phase terminale. (Provencher & Fawcett, 2002, p.317)

La question de recherche de notre travail fait appelle à la notion de santé qui doit être considérée comme un état de bien-être et non l'absence de maladie. Il est important de se renseigner sur le sens que l'individu accorde à son expérience pour un accompagnement optimal sur son chemin de vie. Dans le cas d'une assistance au suicide, il est primordial de respecter le choix du patient lorsqu'il décide de mettre fin à ses jours.

Le concept de soins

Il se rapporte à la définition des soins, aux actions précises de l'infirmière et à l'évaluation de la démarche de soin. (Provencher & Fawcett, 2002, p.317)

Afin de prodiguer un accompagnement infirmier optimal et global, il semble important de comprendre comment et où se situe l'individu par rapport à sa santé, son environnement ainsi qu'à sa personne. L'infirmière évolue constamment et se forme à travers ses propres expériences ainsi que celles du patient qu'elle accompagne. Une relation de confiance et un partenariat s'instaurent entre le patient, l'infirmière et les proches. L'infirmière se veut attentive au sens que le patient donne aux événements

de la vie. La relation devient alors un lieu d'échange où chacun apprend de l'autre.

Lien avec les quatre modes de savoir infirmier

Souvent cité, le texte de Barbara Carper (1978) est considéré comme l'un des classiques dans la recherche en sciences infirmières américaine. Carper est la première à définir les contours du savoir infirmier en analysant les savoirs requis pour les infirmières praticiennes. Elle détermine ainsi quatre sources de savoir : le savoir personnel, le savoir esthétique, le savoir éthique et le savoir empirique. D'autres auteurs ajoutent l'*unknowing* ainsi que le savoir sociopolitique en complément de la vision de Carper. Nous définissons chacun de ces savoirs dans les paragraphes suivants ainsi que quelques éléments explicatifs qui nous amènerons à formuler directement des liens en corrélation avec notre thème principal.

Le savoir personnel

Le savoir personnel englobe la connaissance subjective ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permet de comprendre une situation de soins donnée. Le contact et la relation avec l'autre favorisent son propre développement et sa propre actualisation. (Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2010, p.78)

L'infirmière doit avoir une connaissance de soi dans un contexte de fin de vie. En effet, le bénéficiaire de soins peut se trouver dans une situation vulnérable lors d'une étape de vie difficile ce qui peut expliquer qu'il considère l'infirmière comme une personne ressource. Le patient et la famille se confient donc à la soignante ce qui lui demande d'être authentique et congruente avec elle-même avant de l'être avec les autres. Dès lors, elle doit pouvoir identifier ses émotions afin de pouvoir répondre à celles du patient et de ses proches. Cette relation doit être mutuelle.

Le savoir esthétique

Le savoir esthétique fait référence aux expressions de types artistiques qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière. Le concept d'empathie, la créativité, l'intuition ou encore la reconnaissance des besoins font partie intégrante de ce savoir.

Il peut s'exprimer au travers de la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction ou plus simplement de l'adresse qui se manifeste lors de la coordination d'activité de soins.

L'infirmière qui accompagne un patient en fin de vie doit posséder des compétences relationnelles telles que l'empathie et l'écoute active. Elle doit être capable de repérer les sentiments de ce dernier ainsi que de ses proches. Elle doit également faire preuve d'une certaine créativité et

maîtriser des gestes techniques afin de prodiguer des soins de qualité.
(Kérouac & al., 2010, p. 78)

Le savoir éthique

Le savoir éthique fait référence aux jugements d'ordre moral que nous pouvons rencontrer dans de nombreuses situations de soins. Cette dimension du savoir s'inspire des normes, des règles, des valeurs qui encadrent la pratique. C'est pourquoi une connaissance de diverses positions philosophiques relatives aux gestes à effectuer ou non est nécessaire pour prendre une décision éclairée. En plus de la réflexion et du jugement, le savoir éthique s'acquiert par le dialogue d'ordre moral et par la justification des principes choisis. Ces deux processus ont une grande importance dans la pratique réflexive. (Kérouac & al., 2010, p. 79)

La question de l'assistance au suicide pose encore de nombreux problèmes éthiques. En effet, la demande de suicide assisté est opposée à certaines valeurs professionnelles et personnelles des soignants. En Suisse, les infirmières ne sont pas impliquées dans l'acte médical, qui est pris en charge par des bénévoles d'associations telles qu'Exit A.D.M.D. Cependant, elles jouent un rôle primordial dans l'accompagnement de la personne ayant fait le choix de mettre fin à ses jours. Elles se doivent d'opter pour une attitude éthique face à la décision du patient et à la réaction des proches.

Le savoir empirique

Le savoir empirique fait référence et est issu de la recherche et de la démarche scientifique qui comprend l'observation, l'exploration, la description et l'explication des phénomènes. Il s'agit de connaissances qui partent de lois générales et théoriques dans le but de décrire, prédire et comprendre la préoccupation de la discipline infirmière. En sciences infirmières, les savoirs ne cessent d'évoluer ainsi le défi est de transformer les pratiques infirmières en fonction de ces savoirs.

Afin d'accompagner un patient dans une situation de fin de vie, l'infirmière doit pouvoir développer ses compétences et actualiser ses connaissances. Elle doit régulièrement s'informer sur l'évolution de la discipline infirmière au travers de la recherche et de la pratique afin d'ajuster ses interventions de soins de manière optimale (Kérouac & al., 2010, p. 79).

Notre question de recherche s'appuie sur des propos d'auteurs d'articles scientifiques. Grâce aux nombreuses revues scientifiques consultées, nous pourrions décrire le rôle infirmier spécifique dans l'accompagnement d'une personne en fin de vie.

L'unknowing

En 1993, Munhall propose un cinquième type de savoir important pour la discipline infirmière à savoir *l'unknowing* qui se traduit par « inconnu ». La description de *l'unknowing* est le fait d'avoir conscience que l'infirmière ne

doit pas et ne peut pas comprendre le bénéficiaire de soins et sa situation dès la première rencontre. Il s'agit aussi pour l'infirmière de prendre conscience de ses manques de connaissances empiriques. Effectivement, certaines questions ou dilemmes ne peuvent trouver de solution et doivent être vécus en acceptant l'inconnu et l'incertitude.

L'*unknowing* fait référence également à une manière de se décentrer de son propre fonctionnement et de sa propre réalité pour accéder au mieux à celle de l'autre (Kérouac & al., 2010, p.80).

Dans l'accompagnement d'une personne en fin de vie, l'infirmière doit avant tout prendre conscience qu'elle ne peut pas tout saisir par rapport au choix du patient et qu'elle doit accepter l'inconnu. En outre, elle doit aussi pouvoir se décentrer d'une situation afin de mieux accepter la réalité du patient.

Le savoir sociopolitique

En 1995, White propose d'ajouter un autre type de savoir, le savoir sociopolitique (*sociopolitical knowing*) qui traite davantage du contexte de soin. Ce type de savoir englobe le contexte sociopolitique de la personne ainsi que le contexte dans lequel l'activité de soins se déroule y compris la conception de la société sur les soins et la compréhension du monde infirmier de la société.

L'identité culturelle est aussi comprise dans le savoir sociopolitique en particulier parce que cette identité joue un rôle dans notre vision de la santé ou de la maladie (Kérouac & al., 2010, p.80).

La culture, les moyens ou encore la formation des infirmières ont un impact important sur la façon dont on prend en soin les patients, d'autant plus face à une situation de fin de vie programmée. Les résultats de recherches ne sont donc pas toujours transposables d'un pays à l'autre. Les normes de prises en soins ne sont pas similaires entre un pays industrialisé et un pays en voie de développement.

Revue exploratoire de littérature

La revue exploratoire de littérature est divisée en plusieurs parties dans le but de mieux cerner la problématique.

Le point de vue global de la population ainsi que celui des professionnels de santé sur le thème de l'assistance au suicide

De manière générale, l'opinion publique se forge sur des cas d'assistance au suicide qui sont très médiatisés et qui font l'objet de vifs débats. La revue systématique publiée dans le Journal *Palliative Médecine* (2013) mentionne les cas de Debbie Purdy et Daniel James au Royaume-Uni, Chantal Sebire en France et Sue Rodriguez au Canada (Hendry & al., 2013). Ces affaires ont

défrayé la chronique, car les demandeurs de l'aide au suicide se trouvaient dans des pays où cette pratique n'est pas légale.

Ces cas individuels attisent le débat, de la même manière que des individus médiatisent leurs morts dans leurs pays où cette pratique est tolérée. En Suisse, cela a par exemple été le cas avec un reportage de la RTS (2005) intitulé : « Le choix de Jean ». On y voit un homme ayant fait appel à Exit A.D.M.D expliquer pourquoi il veut en finir et se faire filmer jusqu'au moment où il boit la potion létale. Les vives polémiques suscitées par ces affaires s'expliquent probablement par le fait que le suicide est un sujet tabou dans nos sociétés. D'autre part, ces affaires contredisent l'image du suicide véhiculé par le sens commun. Soudain, il ne s'agit plus d'un secret honteux, mais cela devient une revendication dépourvue de tout sentiment de gêne.

Quant à l'opinion des professionnels de la santé, elle est très partagée. Les croyances ainsi que les valeurs personnelles et professionnelles des praticiens cliniques influencent leurs attitudes face à cette problématique. De plus, il y a des avis divergents marqués entre les médecins. Pour certains, le fait de recourir à l'assistance au suicide est un échec, car la déontologie médicale depuis Hippocrate (V^{ème} siècle avant J.-C.) stipule que l'objectif de la médecine est : « *Guérir, sinon soulager, ou du moins consoler, mais en aucun cas de tuer* » son patient ou de l'aider à se suicider (Béland, 2008, p. 18).

D'autres, fortement liés aux principes éthiques, donnent la priorité à l'autonomie du patient. En effet, Hart (1970) soutient qu'il existe un droit humain universel, secondaire à un droit humain fondamental, notamment « le droit égal à tous les hommes d'être libre ». Dans ce contexte, la liberté sous-tend à exercer son autonomie, cela entraînerait donc l'obligation morale fondamentale pour chacun de respecter l'autonomie de l'autre (McCormack, 1998). Le terme « autonomie » se définit comme la capacité de penser, de décider et d'agir à partir d'une réflexion ainsi qu'une décision libre et indépendante (Grillon, 1992 ; McCormack, 1998). Cependant, ce droit fondamental ne doit pas être corrompu. Ainsi, Harris (1994) déclare que l'autonomie pourrait être compromise de quatre manières différentes : une altération de la capacité de l'individu à contrôler ses désirs ou ses actions (maladie psychique), une altération du raisonnement sous influence de drogues, une information incomplète sur laquelle l'individu appuierait son choix et une instabilité des désirs c'est-à-dire un avis qui change constamment.

En 2011, Karlsson, Milberg & Strang (2011) élaborent une définition récente sur ce concept :

Le droit au *self-government* et à l'indépendance morale. Dans la société occidentale, on considère l'autonomie individuelle comme l'un des principaux fondements des droits de l'homme, c'est pourquoi le libre choix des patients, leur consentement éclairé et la capacité à s'autocontrôler sont primordiaux dans les soins de santé et principalement dans les pays qui autorisent l'assistance au suicide comme la Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas. (p.34-35).

Au niveau mondial, très peu de pays ont légalisé cette pratique, ce qui souligne bien la nature très controversée de cette thématique. Actuellement, l'assistance à la mort est une pratique légalisée ou tolérée dans le cadre juridique de quatre pays européens : la Suisse en 1899 revue en 2002, les Pays-Bas en 2001, la Belgique en 2002 et le Luxembourg en 2008. Bien que la plupart des Etats aux *USA* ont échoué quant à la légalisation de cette pratique, trois d'entre eux ont tout de même accepté de l'introduire au niveau législatif : l'Oregon en 1997, l'Etat de Washington et l'Etat du Montana en 2008 (Pott, 2012). Cela reste une minorité au niveau international, néanmoins d'autres pays sont en débat sur la question afin de rejoindre ou non ce mouvement.

En Suisse, l'assistance au suicide, l'euthanasie passive et active indirecte sont tolérées alors que l'euthanasie active directe reste illégale. La définition du cadre législatif est régie par le Code pénal (Art.111, 113, 114 et 115).

Descriptif d'association permettant le suicide assisté en Suisse

Il semble approprié de relever que la particularité de la position adoptée par la Suisse en matière de suicide assisté. En effet, ce sont essentiellement des associations qui interviennent, et non uniquement des médecins. De ce fait, les bénévoles qui œuvrent au sein de ces associations n'ont aucune formation spécifique dans le domaine. Il existe quatre associations d'assistance au suicide : Exit A.D.M.D (Genève, 1982), Exit-Deutsche (Zurich,

1982), Dignitas (Zurich, 1998), Ex International (Berne, 1996). Les deux premières sont réservées aux personnes domiciliées en Suisse tandis que les deux dernières sont ouvertes au niveau international. (Pott, 2012) Cependant, il en existe d'autres dans les pays où cette pratique est légale, mais également là où le suicide assisté est illégal. En effet, l'association Dignitas possède aussi un siège en Allemagne à Hannover, pays qui ne tolère pas l'assistance au suicide. De plus, une quarantaine d'associations d'aide au suicide dans le monde entier sont mentionnées sur le site internet d'Exit A.D.M.D. Celles-ci ont pour but d'accompagner les individus dans le processus de décisions de fin de vie mais n'interviennent pas dans l'acte d'assistance au suicide ou d'autres formes de morts programmées.

Dans la partie « problématique », nous avons décidé de donner un descriptif des deux associations suivantes : Exit A.D.M.D et Dignitas. Cependant, pour des raisons géographiques et linguistiques, nous nous pencherons essentiellement sur l'association Exit A.D.M.D.

L'association EXIT A.D.M.D

L'association Exit A.D.M.D Suisse Romande est une association à but non lucratif qui a été fondée en 1982 par un comité d'une dizaine de personnes dont les principaux objectifs sont de « *lutter contre l'acharnement thérapeutique, de faire reconnaître les droits du patient en demandant le respect de sa volonté et de son choix face à la mort.* » (Exit, 2015)

Il semble important de souligner que la Suisse est l'un des rares pays à autoriser l'assistance au suicide ou du moins à la tolérer car le seul motif punissable par la loi dans l'acte d'accompagner quelqu'un à se donner la mort est celui de l'égoïsme, comme stipulé dans le Code pénal, à l'article 115 (2002) qui laisse une grande liberté d'interprétation:

« Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »

L'association Exit A.D.M.D est tout de même contestée. En effet, certains estiment qu'elle ne devrait pas exister car elle pourrait entraîner des dérives comme le tourisme de la mort. D'autres, plutôt issus d'un parti religieux et conservateur pensent que la vie est un don et de choisir le moment de sa mort ne fait pas partie des mœurs. Mais encore pour certains professionnels de la santé, le choix d'une assistance au suicide va à l'encontre des valeurs éthiques de la profession (Gielen, Van den Branden, & Broeckaert, 2009).

Pour se défendre, le docteur Sobel, directeur de cette association s'appuie sur l'article 115 du Code pénal. En effet, cette pratique est tolérée si elle n'est poussée par aucun mobile égoïste. En l'occurrence les accompagnateurs Exit A.D.M.D sont des bénévoles qui ne connaissent pas le patient et n'agissent par conséquent, d'aucune manière égoïste. De plus, lors d'une assistance au suicide c'est la personne demandeuse qui prend la

décision de mourir et en aucun cas une tierce personne ne doit intervenir dans la prise de décision ni dans l'acte du suicide même.

L'association Dignitas

Dignitas « Vivre Dignement - Mourir Dignement », est une association qui a été fondée en 1998 à Forch près de Zurich. Comme Exit A.D.M.D, Dignitas pratique des accompagnements de fin de vie, mais il existe d'importantes différences dans la pratique des deux associations. (Dignitas, 2016)

Les différences entre l'association Exit et Dignitas

La différence fondamentale est que l'association Dignitas accepte de venir en aide à des personnes étrangères, comme cela s'est produit dans le cas de Daniel James un Britannique et de Craig Ewert, un Nord-Américain (Swissinfo, 2009). La deuxième différence concerne le coût de l'assistance au suicide, chez Dignitas, les prestations sont relativement chères alors que l'association Exit A.D.M.D fonctionne grâce à des bénévoles et le prix des prestations sont moindres.

Le lieu du suicide assisté est également différent. Exit A.D.M.D accompagne les patients dans la majorité des cas à domicile, quelque peu en EMS dans certains cantons et rarement à l'hôpital, mais en aucun cas dans une chambre d'hôtel ou dans un véhicule comme l'a pratiqué l'association Dignitas. En effet, étant donné que Dignitas accepte des personnes

étrangères, l'assistance au suicide ne peut pas se faire chez la personne en question.

« Payer pour mourir », « Tourisme de la mort » ou encore « La mort sur ordonnance » sont tous des slogans que l'on entend sur l'association en question. Dignitas est souvent sous le feu de la critique à cause de cela.

En Suisse, ces associations définissent les conditions et le déroulement de l'assistance au suicide, mais ne soumettent pas de ligne de conduite aux professionnels. Un article publié par Pott (2012) recueille différents points de vue d'institutions et d'associations concernant le rôle des infirmiers. Par conséquent, en 2004 l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) en 2005, se positionnent clairement en stipulant que le suicide assisté ne doit pas être introduit dans l'activité infirmière ou médicale. Cependant, l'Association Vaudoise des Etablissement Médicaux Sociaux (AVDMS) en 2004 met l'accent sur l'autonomie de la personne soignée plutôt que sur le rôle soignant des professionnels de la santé.

L'association Exit A.D.M.D en quelques chiffres

Exit A.D.M.D compte près de 20'000 membres (chiffres au 31.12.2014 : 20'507 membres). Mais l'association, par la voix de sa vice-présidente Madame Pletti, tient à souligner que seule une faible part de ses adhérents en arrive à demander l'aide au suicide. En 2014, 278 demandes ont été

reçues. Le plus souvent, celles-ci proviennent des cantons de Vaud, Genève et Neuchâtel qui comptent le plus grand nombre de membres au sein de l'association. Parmi ces 278 demandes, 9 ont été refusées, car elles ne correspondaient pas aux critères fixés par Exit A.D.M.D. Sur les 269 demandes acceptées, seules 175 ont finalement abouti au décès en 2014. Les 94 personnes restantes sont décédées d'une mort naturelle ou ont changé d'avis selon Exit A.D.M.D.

La part de membres qui ont donc effectivement eu recours à l'aide au suicide ne s'élève qu'à 0,85%. Comment expliquer cette très faible proportion ?

Notre première hypothèse porte sur les progrès réalisés par les soins palliatifs. En effet, en 1975, Balfour Mount, créa la première unité de soins palliatifs moderne dans un hôpital de soins aigus, à Montréal. Une amélioration considérable de la prise en soin des personnes en fin de vie, en particulier dans la lutte contre la douleur, a été un objectif durant ces vingt dernières années. Le développement des soins palliatifs avait pour objectif de faire au mieux pour le confort et l'accompagnement du malade, de se pencher sur la relation à établir avec lui, quand il n'y a plus rien à faire afin d'atteindre une guérison effective (Borasio, 2014).

Au vu des progrès réalisés grâce aux soins palliatifs, on peut imaginer qu'ils représentent une alternative de plus en plus crédible et souhaitée par les personnes en fin de vie.

Il y a également un deuxième élément qui peut permettre d'expliquer la faible part de suicides parmi les membres d'Exit A.D.M.D. Sur les 20'507 membres inscrits, une grande partie des individus sont relativement jeunes et en bonne santé dont l'affiliation à Exit A.D.M.D est une manière de montrer leur soutien au suicide assisté d'une part et d'autre part, le fait de devenir membre est vécu comme un soulagement par beaucoup qui se sentent rassurées de savoir que si leur état de santé venait à se dégrader, l'option du suicide assisté leur serait ouverte pour soulager leurs souffrances. (Exit, 2014)

Evolution du nombre de suicides assistés en Suisse

Malgré le faible taux de décès par rapport au nombre de membres, l'Office fédéral de la statistique (OFS) souligne que le nombre de demandes d'aide au suicide n'a cessé de croître depuis la création d'Exit A.D.M.D en 1982. En 2012, l'OFS publie les statistiques concernant les causes de décès avec un chapitre qui recense le nombre d'assistances au suicide qui s'élèvent à plus de 50 cas en 1998 et environ 300 cas en 2009.

Cette croissance ne va pas sans inquiéter certaines personnes qui estiment que le suicide assisté ne devrait être accordé qu'exceptionnellement et non aux personnes qui seraient « fatigués de la vie » (Snijdewind, Willems, Deliens, Onwuteaka-Philipsen & Chambaere, 2015).

Comment expliquer cette augmentation du nombre de demandes d'aide au suicide ?

Nous avons émis trois hypothèses : (1) La durée de vie de la population est plus élevée qu'auparavant et ne cesse d'augmenter. En corrélation avec l'expansion de l'espérance de vie, le nombre de personnes atteintes de polyopathologies augmente parallèlement. Selon les projections de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la population résidante en Suisse pour l'année 2015 va passer de 8,4 millions de personnes à 9,1 millions en 2024. (2) Il pourrait y avoir un lien avec le fait que la population est de mieux en mieux informée sur l'existence et les prestations des associations telles qu'Exit A.D.M.D ou Dignitas. (3) Le fait que les associations d'assistance au suicide permettent à la personne de vivre à domicile jusqu'à son dernier souffle aurait un rôle sur l'augmentation des demandes d'aide au suicide.

Selon les chiffres de l'association Exit A.D.M.D, sur les 175 décès cités ci-dessus, 156 ont été réalisés au domicile de la personne, 16 en EMS et 3 en milieu hospitalier. On constate donc que la proportion de suicide assisté ayant lieu en milieu professionnel est très faible. Celle-ci s'explique en partie par l'attitude des institutions de soins et leur perception parfois négative de cette pratique. En effet, certaines institutions de soins palliatifs comme « la Chrysalide » à la Chauds-de-Fonds, « Mon Repos » à la Neuveville et d'autres encore qui refusent qu'une assistance au suicide soit effectuée dans les murs de l'établissement. Par exemple, le Dr Gremaud, médecin-chef de « Mon Repos » déclare que le suicide assisté n'entre pas dans les valeurs

professionnelles de certains soignants et qu'il pourrait engendrer un traumatisme psychologique chez les autres résidents. Il semble donc important de mettre en avant le besoin de clarifier le rôle professionnel et d'aborder un questionnement réflexif à ce niveau.

Divergence de points de vue face au suicide assisté

Dans l'émission « Couleurs locales » diffusée le 09 mars 2007, le Dr Sobel ainsi que le Dr Gremaud, débattent à propos de la présence de l'association Exit A.D.M.D dans les centres hospitaliers romands.

A l'époque, le Dr. Gremaud relayait l'opinion de bon nombre de professionnels de la santé pour qui le suicide assisté n'avait pas sa place dans un hôpital. Il avançait notamment l'argument suivant : « *La mission d'un hôpital est de guérir, de soigner, mais pas de participer à la mort de quelqu'un volontairement, cela engendrerait chez les gens, beaucoup d'insécurité, de doute et de confusion sur le rôle hospitalier.* »

En outre, il estime qu'il existe une certaine confusion dans l'esprit des gens concernant le rôle des soins palliatifs. Certains penseraient ainsi à tort que la morphine est utilisée dans certains cas non pas à des fins analgésiques, mais pour provoquer la mort des patients. Le fait d'accepter de fournir une aide au suicide dans un hôpital ne ferait donc qu'accroître cette confusion.

Depuis cette émission, la législation a changé dans certains cantons, par conséquent, les structures de soins doivent être en mesure d'accepter un suicide assisté.

Nous avons rencontré le Dr. Gremaud le 9 novembre 2015 afin de lui poser quelques questions concernant son point de vue sur l'assistance au suicide. Il déclare avoir changé d'opinion suite à la modification de la loi sur la santé (LS) de 1995 dans le canton de Neuchâtel. Celle-ci stipule que les établissements de soins doivent respecter le choix des résidents de mettre fin à leurs jours dans l'institution. Ainsi, il a dû préparer psychologiquement son équipe soignante pour faire face à la situation. Cependant, il juge qu'elle ne sera jamais prête à ce genre d'événement car, bien que déjà familiarisée avec le concept de la mort, la situation reste délicate. « *Dans le suicide, on est dépossédé de la mort de l'autre, on survit !* », dit-il.

Législation hospitalière et en EMS en matière d'assistance au suicide en Suisse

En janvier 2006, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est le premier en Suisse à ouvrir ses portes à l'association Exit A.D.M.D sous conditions strictes. Le patient doit en premier lieu faire sa demande auprès de l'institution et après évaluation, il pourra faire appel à l'association en question. Deux autres conditions sont à prendre en considération : l'assistance d'aide au suicide ne peut intervenir que si le patient n'a plus de

domicile ou si l'état de santé du bénéficiaire de soins ne permet pas un transfert jusqu'à son domicile.

Le Conseil d'Éthique Clinique (CEC) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a mis en place un protocole semblable à celui du CHUV. Ainsi, dès septembre 2006, l'autorisation de « l'assistance au suicide au sein de leur établissement est acceptée pour un patient dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner, à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'interviennent directement dans la réalisation du geste ».

L'aspect sur lequel les institutions et les associations suisses semblent se réunir ne concerne que le geste final d'administration, tout en omettant le processus antérieur menant à cet acte. De par ce manque de clarté dans l'encadrement, les professionnels se retrouvent divisés entre les valeurs personnelles, déontologiques et volontés de répondre aux besoins des patients (HUG, 2006).

Au sein des EMS, le sujet de l'assistance au suicide a fait l'objet de multiples réticences de la part de la direction et du personnel soignant quant à cette pratique. Dans le canton de Vaud, avant l'initiative populaire cantonale déposée par l'association Exit A.D.M.D en 2009, chaque institution avait son protocole concernant l'assistance au suicide. Cette initiative a donné lieu le 17 juin 2012 à un contre-projet qui a été approuvé et qui stipule que les EMS d'intérêts publics doivent accepter l'assistance au suicide sous certaines conditions (Bragagnini, 2012). En effet, selon les arguments

de l'association Exit A.D.M.D, l'EMS est le dernier domicile de la personne qui y réside et elle doit avoir la liberté du choix à l'auto délivrance.

Au vu de la conjoncture actuelle, les infirmiers vont être de plus en plus confrontés à des demandes d'assistance au suicide. C'est pourquoi il semble important de mettre en avant le besoin de clarification du rôle professionnel et de soulever un questionnement réflexif à ce niveau.

A l'échelle mondiale, il est constaté que d'autres pays ont débuté cette réflexion, entraînant une reconnaissance de l'implication du rôle infirmier dans l'assistance au suicide. Plusieurs médecins du monde entier ont stipulé que les infirmières jouaient souvent un rôle lors de la prise de décision d'un suicide assisté, et parfois lors de l'administration du médicament. Ces dires ont pu être confirmés par des infirmières travaillant en services de soins palliatifs et d'oncologie (Inghelbrecht, Bilsen, Mortier, & Deliens, 2010).

Il est également important de relever l'absence de mention des proches dans les codes éthiques et les lois socio-sanitaires en Suisse. Il n'y a pas d'allusions faites concernant leur implication dans une telle démarche, les rendant ainsi invisibles aux yeux des professionnels, des institutions et du système sociopolitique (Gielen & al., 2009; Pott, Dubois, Currat, & Gamondi, 2011).

Mise en évidence des concepts

Dans notre problématique, nous avons défini plusieurs concepts clés pertinents qui seront développés dans le chapitre « concepts et champs disciplinaires ». Voici ceux que nous avons retenus : l'assistance au suicide et les différentes formes d'euthanasie, les soins palliatifs, le rôle du médecin, des soignants et des proches dans l'accompagnement des patients en fin de vie.

Perspective de la problématique pour la pratique infirmière

Notre formation s'articule autour d'un référentiel de compétences qui guide notre pratique. Celui-ci comprend sept rôles infirmiers : le rôle d'expert, de communicateur, de collaborateur, de manager, de promoteur de la santé, de formateur et de professionnel. Il serait judicieux de développer ces compétences afin qu'elles soient mises au service des individus dans le but de les accompagner au mieux dans un processus de fin de vie.

Nous avons constaté au travers notre démarche exploratoire que l'assistance au suicide est un sujet d'actualité encore tabou qui suscite énormément de débats. Les récentes modifications de la loi sur la santé (LS) stipulent que les EMS doivent accepter l'application d'un suicide assisté accompagné d'une association telle qu'Exit A.D.M.D au sein de leur établissement. Les équipes soignantes seront de plus en plus confrontées à ce genre de situation dans leur pratique quotidienne et nous espérons

pouvoir leur amener des éléments de réponse pour gérer au mieux ces événements difficiles.

A travers nos recherches, nous avons souhaité approfondir l'étape de la prise de décision, car elle marque le début de la procédure de l'assistance au suicide. En effet, le patient devra faire part de ses souhaits à ses proches ainsi qu'au personnel soignant. Cette étape est primordiale car la personne demandeuse devra répondre à un questionnement et se soumettre à une longue procédure. La théorie de Parse sera un réel éclairage pour aborder ce sujet délicat.

Concepts et champs disciplinaires

Ce chapitre a pour but de traiter les différents concepts retenus dans la partie problématique. Il présente également le cadre théorique auquel se réfère notre travail qui est la théorie de l'humaindevenant de Rose Marie Rizzo Parse.

Définition des concepts retenus

Assistance au suicide

Le suicide assisté est une mort provoquée par la personne elle-même, en phase terminale d'une maladie ou non, avec une assistance médicale. Le médecin fournit les moyens (prescriptions d'une dose létale de barbituriques) pour mettre fin à la vie de la personne, mais c'est elle-même qui effectue le geste. C'est une forme d'auto euthanasie - auto délivrance (Ersek, 2005). Il se caractérise par les traits suivants, il est demandé en phase terminale d'une maladie incurable (mais pas nécessairement), il s'effectue couramment sur demande express d'un patient, celui-ci est conscient des conséquences de sa demande (Béland, 2008).

Les différentes formes d'euthanasie

Euthanasie

L'euthanasie définie littéralement par « la mort douce et facile ». C'est une notion médicale très controversée. Ce terme illustre nos difficultés face aux réalités de la fin de vie et de la mort. Le mot « euthanasie » est utilisé aussi

bien pour évoquer le meurtre du patient à sa demande que la décision de laisser mourir un patient en phase terminale lors d'une maladie incurable. Il existe trois différents types d'euthanasie qui se désigne comme suit : l'euthanasie « active », l'euthanasie « passive » et l'euthanasie « indirecte ». Une brève présentation de ces concepts est nécessaire afin d'améliorer la compréhension et la communication à ce sujet.

Euthanasie active directe

L'euthanasie active directe sous-entend l'acte de tuer, d'un geste actif et délibéré, une personne qui en fait la demande concrètement. Dans cette situation, on parle souvent d'euthanasie. Le droit pénal suisse définit que cet acte est punissable selon l'article 114 du Code pénal. Cet article stipule que cette démarche est un « meurtre sur demande de la victime ».

Aux Pays-Bas, ce terme a donné son nom à une législation (loi sur l'euthanasie) qui permet le meurtre sur demande de la victime sous certaines conditions strictes définies par le médecin. Dans ce pays, la dépénalisation de l'euthanasie date des années 1990 et la loi remonte à 2001.

Dans d'autres pays, tel que l'Allemagne, ce mot est spontanément associé au nazisme dont le « Programme d'euthanasie » a eu pour conséquence autrefois la mort de 100 000 personnes souvent atteintes d'handicaps physiques ou mentaux. Cela n'a cependant pas de similitudes avec le meurtre sur demande de la victime dans des situations médicales fondées.

La loi du meurtre sur demande de la victime est actuellement légale aux Pays-Bas, mais aussi en Belgique. Elle vise à consolider l'autonomie du patient dans la phase terminale de sa vie. Cette législation peut avoir comme conséquence, le renforcement de la dépendance du patient envers des tiers. En effet, dans le documentaire « Mort sur demande » tourné en 1994 aux Pays-Bas, on filme les derniers jours d'un patient atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA). Le patient souffrait de plusieurs symptômes potentiellement traitables, mais qui ne l'étaient pas (diverses douleurs, d'anxiété et de dépression). Deux médecins lui ont assuré que s'il ne choisissait pas l'euthanasie, il finirait par « étouffer atrocement ». Le problème dans cette situation est que les informations dites au patient étaient fausses. Dans plus de 90% des patients atteints de SLA, leur mort se déroule paisiblement. Ce patient hollandais pensait exercer son autonomie en demandant l'euthanasie. Cependant, mal informé, il était en réalité dans une situation de dépendance face à ses médecins. Cet exemple montre aussi que les lacunes en matière de connaissances sur les soins palliatifs de la part des médecins peuvent influencer le patient au détriment de son libre arbitre (Béland, 2008).

Euthanasie passive

L'euthanasie passive signifie « laisser mourir ». Dans ce cas, on renonce à des mesures de prolongation de la vie qui seraient théoriquement possibles. A ce jour, il n'existe pas de loi posée sur ce sujet. L'expression euthanasie

passive n'est plus utilisée en éthique et en droit, principalement parce qu'elle prête trop à confusion. Actuellement, on utilise le terme « refus de traitement » ou « cessation de traitement » (Guillod, n.d.).

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) traite cette forme d'euthanasie dans les directives sur la fin de vie, sous la dénomination d'« abstention ou retrait thérapeutique ». C'est la déontologie médicale qui fait foi. Actuellement, il existe deux raisons pour lesquelles le médecin peut et même doit arrêter ou renoncer à des traitements qui seraient susceptibles de prolonger la vie : quand ceux-ci ne sont médicalement pas indiqués ou lorsqu'ils sont refusés par le patient, d'où le but des directives anticipées.

La notion d'« indication médicale » désigne le jugement par le médecin qui décide si un traitement est utile, indépendamment de la volonté du patient. Cependant, les mesures qui seraient inefficaces ou nuisibles pour le patient ne peuvent pas être prescrites par le médecin, car elles ne sont pas indiquées. Prenons l'exemple de l'hydratation ou de l'apport d'oxygène. Ces mesures ne sont pas recommandées au cours de la phase terminale ; « Renoncer à des mesures inefficaces ou nuisibles n'est pas de l'euthanasie passive, c'est simplement faire de la bonne médecine » (Béland, 2008).

Ce terme englobe plusieurs difficultés majeures, car il regroupe aussi des actes que le bon sens oblige à désigner comme actifs. On utilise le terme actif, car le fait d'arrêter une ventilation artificielle est un processus actif, puisqu'il faut stopper en appareil en fonction. Quelqu'un devra appuyer sur le bouton ou tirer la prise. Tous traitements médicaux exigent le consentement

continu du patient, et ce consentement peut être retiré à tout moment. Les juristes et les éthiciens considèrent qu'il n'y a pas de différence entre le fait de ne pas entamer de thérapies et l'arrêt de celles-ci. Cependant, il existe bien une différence entre renoncer d'emblée à un traitement et interrompre des mesures en cours de maintien de vie. Cette différence concerne l'aspect psychologique et non le droit ou l'éthique. D'après des études scientifiques, il serait beaucoup plus lourd pour l'équipe soignante ainsi que pour les médecins d'arrêter des mesures déjà dispensées que de ne pas les entreprendre (Béland, 2008).

Euthanasie active indirecte

Cette forme d'euthanasie désigne l'administration de substances pour réduire les souffrances du patient en fin de vie, avec le désavantage qu'elles pourraient avoir comme effets secondaires de raccourcir la phase terminale. Saint Thomas d'Aquin a mené une réflexion il y a bien longtemps (1225-1274) afin de légitimer cette forme d'euthanasie. Elle porte le nom de « règle du double effet ». Cette règle stipule qu'un acte est moralement admissible lorsque son intention est bonne, même s'il a comme conséquence des effets secondaires négatifs.

Durant des décennies, on a pensé qu'il ne fallait pas administrer des analgésiques puissants tels que la morphine ou des calmants puissants comme les benzodiazépines, car on croyait que ces substances accéléraient la venue du décès à cause de leurs effets secondaires dépressifs sur la

respiration. L'ASSM conclut que malgré ces effets secondaires prouvés, ils étaient admissibles selon la règle du double effet.

En 2003, la publication de 17 études menées par les chercheurs anglais Nigel Sykes et Andrew Thorns démontre que l'administration d'opioïdes ou de sédatifs, même à des doses très élevées, ne hâte pas le décès des patients dans la dernière phase de la vie. Une étude permet même de conclure qu'une sédation médicalement indiquée administrée dans la phase terminale prolonge quelque peu la vie du patient. Ce résultat est en cohérence totale avec les expériences faites au quotidien dans les services de soins palliatifs. En effet, une personne dont les douleurs sont soulagées de manière efficace grâce à un médicament vit en principe un peu plus que l'inverse. Le fait que ses douleurs soient atténuées est une source d'apaisement, et par conséquent, le mourant pourra s'en aller tranquillement.

Il faut garder à l'esprit que lorsque des analgésiques ou des calmants puissants sont administrés correctement, tout effet secondaire risquant de bloquer la respiration et d'entraîner la mort est exclu.

Soins palliatifs

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins palliatifs ainsi:

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifié précocement et évalué avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. » (OMS, 2002, p.46)

La médecine palliative moderne et le mouvement des soins palliatifs ont tous deux leur origine dans le travail de la doctoresse Cicely Saunders. En 1967, elle fonda le *St Christopher's Hospice* à Londres. Cette institution était la première au monde à pratiquer dans un cadre stationnaire moderne ce que sa fondatrice appelait *hospice medicine* littéralement « médecine d'hospice ». Le terme « médecine palliative » a été utilisé quelques années plus tard par le docteur Balfour Mount. En 1975, il créa, à Montréal, la première unité de soins palliatifs moderne dans un hôpital de soins aigus, le *Royal Victoria Hospital*. Actuellement, le terme « soins palliatifs » désigne l'ensemble des activités d'accompagnement des personnes en fin de vie.

L'ambition de la médecine palliative est d'introduire les buts propres au mouvement des soins palliatifs dans l'ensemble du champ médical. Idéalement, elle pourrait rendre la médecine moderne plus proche du patient et ceux-ci à long terme, pluridisciplinaire et plus portée au dialogue ainsi qu'à

la réflexion sur ses limites. Cependant, il existe encore des résistances conséquentes au sein du système médical. En effet, la médecine palliative a été longtemps considérée, en particulier dans les hôpitaux universitaires, comme un domaine « mou », sans base scientifiques, ou la seule pratique était de prescrire un peu de morphine et tenir la main des personnes en fin de vie. Mais la médecine palliative est davantage que le seul traitement de la douleur. Le travail fait dans un service de soins palliatifs se divise à parts égales entre l'administration de soins médicaux et accompagnement psychosocial et spirituel. La douleur représente un tiers de la prise en charge médicale. Les deux autres tiers concernent le traitement des symptômes de médecine interne et des symptômes neuropsychiatriques. Le traitement de la douleur correspondrait donc à un sixième de l'ensemble des soins palliatifs. Il serait donc irréaliste de considérer la médecine palliative comme une médecine qui traitement seulement la douleur (Borasio, 2014).

Le rôle des médecins

Le professeur S. Beloucif, membre du Comité consultatif national français d'éthique, a déclaré lors d'un symposium à Zurich en 2004 : « Comme médecin, je ne pourrais pas participer à une euthanasie ou une assistance au suicide ; mais comme être humain, il se peut que j'accepte de pratiquer une euthanasie, sur leur demande, vis-à-vis de ma mère, de mon épouse, de mon enfant ».



engendre une tension entre une déontologie historique, et l'évolution des attitudes dans une société donnée.

Dans une optique comparable, Alexandre Mauron éthicien genevois dit : « Il sera donc nécessaire de garder à l'esprit dans toute réflexion sur le suicide assisté que chaque professionnel de la santé de même que son patient, dans leur rôle et leur fonction respectifs, partagent de plus une humanité commune » (Schwab, 2010, p. 56-57). On pourrait admettre donc que le médecin ou le soignant aidant un patient qui souhaite mettre un terme à son existence, ne le fait pas forcément en tant que professionnel de santé, mais en tant qu'être humain. Cependant, le médecin ne peut guère renoncer complètement à son rôle de professionnel, car aux yeux de la population, il reste celui qui sauve des vies.

Rappelons également que le résident est l'acteur principal de son existence. Juridiquement, il lui est reconnu le droit d'en disposer. D'un point de vue philosophique ou religieux, cela peut être différent.

Le médecin est le principal acteur. En effet, il permet une fois la décision prise par le patient de la rendre possible parce qu'il se porte garant du discernement et parce qu'il a proposé au patient les alternatives en termes de médecine palliative et/ou de soutiens psychologiques et religieux.

Le médecin est le professionnel de santé qui signe l'ordonnance des médicaments contenant la substance létale, qui mènera au décès du patient. Il fera également le constat de la mort et c'est lui aussi qui portera, le cas échéant, le poids médico-légal de cette assistance (Schwab, 2010).

Le rôle des soignants

Une infirmière est une professionnelle responsable à qui l'on accorde sa confiance, qui offre son soutien et son temps, qui est à l'écoute des choix du patient et qui a des compétences.

Selon l'OMS, la mission des soins infirmiers est décrite comme suit :

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. (Définition donnée en 1973, formulée en 1993 dans les Résolutions de la « *World Health Assembly* réactualisée en 2002, à propos des missions des Soins infirmiers : *The Nursing and Midwifery program at WHO*).

Les soignants sont souvent oubliés du débat et pourtant ils en sont les acteurs indispensables. Quand on construit une relation avec un patient, il se construit un lien très fort, de part l'accès à son intimité physique et psychique. On conclura donc que la mort, peu importe laquelle, interrompra cette relation. Il n'empêche que même si celle-ci est considérée comme

naturelle, elle s'impose à nous quelle que soit la douleur que le patient ait ressentie.

Il est vrai que dans les EMS, le suicide cohabite avec le suicide assisté. Dans les deux cas, cela reste un choc émotionnel important dont la soudaineté amoindrit quelquefois la peine. Mais le suicide assisté reste néanmoins un acte planifié et le soignant se retrouve dans une situation très délicate. En effet, certains justifient cet acte en argumentant que les temps ont changé et qu'il faut accepter que l'on se suicide volontairement, à l'âge venu.

Actuellement, dans une société multiculturelle, on constate que les soignants émanent de différentes cultures et il n'y a aucune raison objective de ne pas respecter leur vécu culturel, religieux et philosophique. C'est pourquoi, le soignant qui ne souhaitera pas assister le suicide ne devra pas, de par la loi et les règlements, être inquiété en aucune manière et par aucune pression. Néanmoins, il devra respecter la volonté du patient, l'orienter de telle manière que le désir de mourir soit respecté. (Schwab, 2010)

Le code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) établit les principes suivants afin de définir les aspects éthiques et déontologiques reliés à la profession infirmière :

« La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin. »

« Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et

les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés. »

« L'infirmière s'assure que l'individu reçoit en temps utile les informations suffisantes et exactes, prodiguées d'une manière appropriée au plan culturel, pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir. »

« L'infirmière partage les valeurs professionnelles de respect, de réactivité, de compassion, de loyauté et d'intégrité. »

« L'infirmière se maintient elle-même en bonne santé de manière à ne pas compromettre sa capacité à dispenser des soins. »

« L'infirmière fait preuve en tout temps d'une conduite personnelle qui honore sa profession, améliore son image et renforce la confiance du public dans le personnel infirmier. »

« Lorsqu'elle dispense des soins, l'infirmière s'assure que le recours aux technologies et aux pratiques scientifiques les plus récentes est compatible avec la sécurité, la dignité et les droits des personnes. »

« L'infirmière s'efforce de susciter et d'entretenir une culture de pratique propice à un comportement respectueux de la déontologie et au dialogue ouvert. »

« L'infirmière contribue à l'instauration d'un environnement organisationnel respectueux des règles de l'éthique. Elle met en cause les pratiques et les lieux de travail non conformes à l'éthique. » (p.2- 4).

Ces principes ont été sélectionnés par les auteurs afin de les relier au sujet de ce travail.

Le rôle des proches

La décision de demander l'assistance au suicide met la famille dans une situation inconfortable. Dans le cas d'un suicide « classique », l'acte est brutal. Afin de faire le deuil de cette perte soudaine, l'entourage doit effectuer tout un cheminement, chercher à comprendre, faire la part de la responsabilité et de la liberté du défunt. Cependant, c'est une décision individuelle sans appel.

Lors d'un suicide assisté, la famille est sollicitée et doit faire preuve de soutien au proche demandant avec détermination « d'en finir ». En effet, l'entourage n'a pas d'autre possibilité d'accepter la décision de la personne, ce qui peut être vécu difficilement. Il existe par conséquent une contradiction entre une volonté individuelle et une demande de solidarité face à cette décision. La famille se heurte à un dilemme : si elle se solidarise excessivement au désir d'un proche à une mort assistée, cela pourrait sous-entendre le besoin de se débarrasser « d'un poids devenu encombrant ». Mais si elle fait preuve de résistance face à la décision, cela pourrait être compris comme un désaveu fondamental d'une volonté que la personne serait davantage seule à assumer. Le désir de retenir l'être cher et celui de le laisser partir ont toujours été en tension dès lors que l'un de nos proches est atteint dans sa santé. Cependant, lors d'un suicide assisté, cette tension s'en retrouve intensifiée, car la famille devient malgré elle impliquée dans la décision. Ces difficultés que rencontrent les familles ne sont pas une raison pour prôner l'interdiction de l'assistance au suicide, mais elles doivent être prises en considération. En effet, le suicide assisté reste une interrogation violente de la famille, souvent perçue comme une agression pour ceux qui restent et dont le devenir psychologique n'a été étudié que superficiellement jusqu'à ce jour. Il serait irrespectueux de la part des accompagnateurs d'une mort sur demande, de mettre en contact la famille avec un psychologue ou un psychiatre en prétextant offrir un soutien.

Pourtant, dans de nombreux cas, la famille respectera le choix. Néanmoins, elle sera confrontée d'une façon ou d'une autre à la normalisation de la mort de l'être cher par l'intermédiaire de la parution d'avis mortuaires qui laisse croire que l'acte s'est déroulé dans des bonnes conditions.

A la lumière de ce qui vient d'être éclairé, nous pourrions évoquer que la liberté personnelle ne peut pas nier l'existence des personnes qui nous entourent, car nous dépendons de ces derniers. Actuellement, nous n'avons encore que très peu de recul concernant ce sujet délicat. Il manque de nombreux travaux scientifiques, philosophiques, techniques et religieux pour construire un espace commun de réflexion, de respect face à la décision de celui qui souhaite avoir recours à l'assistance au suicide. De plus, cela permettra d'offrir une compréhension quant à la place du soignant et de la famille (Schwab, 2010).

Présentation du cadre théorique

L'accompagnement infirmier dans le contexte d'une assistance au suicide n'est pas aisé et même inconcevable pour certains soignants. Il demande une grande écoute, de l'empathie de la part du soignant afin de guider adéquatement le patient.

A cet égard, la théorie de l'humain en devenir de Rosemarie Rizzo Parse (1981) semble être adéquate pour donner des éléments de réponse, car elle prend en compte le sens de l'expérience vécue par le patient. Ainsi,

l'infirmière l'accompagne tout en respectant son rythme et ses valeurs fondamentales. Le soignant est un guide qui chemine avec le bénéficiaire de soins et est témoin de son expérience. Ce positionnement particulier lui permet de donner du sens à ce qui lui arrive.

Selon Kerouac (1994), les théories de Rosemarie Rizzo Parse appartiennent au paradigme de la transformation : phénomène singulier en interaction réciproque et simultanée avec le monde. Chaque personne est unique, indissociable de son univers, en interaction constante avec son environnement. La santé est considérée comme une valeur, une expérience, un bien-être.

Selon Parse, le rôle du soignant est de maintenir une qualité de vie en fonction des besoins des bénéficiaires de soins. Elle offre son aide pour co-créer la qualité de vie selon la perspective de la personne qui est le maître de sa vie (Schneck, 2007).

Parse propose une prise en charge centrée sur le patient en s'adaptant à ses valeurs et ses *patterns*. L'infirmière chemine avec le patient qui est témoin de ses *patterns* et demeure attentive à tous changements de sens et de rythme.

En résumé, l'infirmière est un reflet permettant au patient de prendre du recul par rapport à sa situation afin qu'il donne du sens à ce qu'il vit. Elle le fait grâce à la présence vraie qui permet d'être dans l'instant présent et de prendre en considération ce que le patient dit.

Les métaparadigmes sous l'angle de la théorie de soins

Voici les concepts du métaparadigme infirmier défini par Rosemarie Rizzo Parse (2003) cité par Schneck (2007).

Le concept de personne

La personne est un être humain ouvert qui est différent de la somme de ses parties ; il est pandimensionnel (recouvre un ensemble de dimensions), indivisible, libre de choisir un sens alors qu'il est dans un contexte en changement. L'être humain participe à la création de *patterns* de relation tout en échangeant de façon mutuelle et simultanée avec l'environnement (Parse, 1987, 1998, 2002). On reconnaît l'humain à ses *patterns*. Son expérience est vécue de façon multidimensionnelle et simultanée dans et au-delà de plusieurs sphères de l'univers telles que celles du temps (passé, présent et futur), des cultures et des croyances religieuses. L'être humain porte la responsabilité de sa manière d'être dans le monde en choisissant des valeurs et une orientation à ses intentions. Des possibilités découlant de ces choix font surface et créent des ouvertures, alors que des restrictions fixent des limites. L'être humain unitaire est un mystère : il est imprévisible et son *pattern*, toujours en changement, ne peut être reproduit de manière identique. (Parse, 2002, p.48)

Le concept de l'environnement

Parse conçoit l'environnement de telle sorte que ce dernier et la personne participent ensemble à leur « cocréation » (terme créé par Parse) en tendant vers une plus grande diversité et en cocréant leurs *patterns* rythmiques respectifs. Le terme univers, plus général, remplace celui d'environnement ; l'être humain et l'univers sont inséparables, d'où l'expression « humain-univers ».

Le concept de santé

La santé est un processus en devenir, reflétant des priorités de valeurs (Parse, 1987, 1998). La santé exprime une façon personnelle de vivre des expériences ; il n'y a donc pas de niveau optimal de santé ni d'état de bien-être équivalant à la santé, ni de santé quantifiable ou qualifiable (Parse, 1998, 2002). Il s'agit plutôt d'un processus en mouvement qui incarne les différentes manières d'être d'un individu. Créée grâce aux relations entre l'être humain et l'univers et vécue par l'être humain en situation, la santé est un engagement personnel de l'être humain en interaction constante et simultanée avec l'environnement. (Parse, 1990a, 1998, 2002).

Le concept de soin

Selon Parse, la science infirmière est une science humaine et le soin infirmier est l'art de la science, c'est-à-dire l'incarnation par l'infirmière des savoirs sur le processus « humain-univers-santé » (Parse, 1998). Les soins infirmiers sont donc centrés sur l'être humain - unité vivante - et sur sa participation qualitative aux expériences de santé. Le but de la pratique infirmière, selon la conception de l'humain en devenir, est la qualité de vie selon le point de vue de la personne, de la famille ou de la communauté (Parse, 1987, 1998, 2002).

Méthodologie

Le chapitre méthodologie permet de préciser et de délimiter la question de recherche grâce à la méthode PICOT (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Il présente aussi quelle méthode de recherche et de sélection des articles ont été utilisée afin de répondre à la question de recherche et de garantir la transparence ainsi que la rigueur, élément indispensable à l'élaboration de la revue de littérature.

Détermination de la question de recherche

La question de recherche retenue a été élaborée selon la méthode PICOT. Cette méthode permet de déterminer la question issue de la problématique et d'identifier les concepts clés utilisés afin de pouvoir effectuer une recherche bibliographique et systématique dans les bases de données.

Patient, Population : de quel type de patient, population s'agit-il ?

La question de recherche fait référence au désir de mourir d'un patient qui fait la demande d'assistance au suicide dans un EMS.

Intervention : Rôle et intervention infirmière

La question de recherche s'interroge sur le rôle infirmier ainsi que sur le rôle des proches aidants et les interventions infirmières lors d'accompagnement d'un patient faisant la demande d'aide au suicide.

Comparaison : Quel domaine explorer ?

La question de recherche explore et décrit les différentes interventions infirmières et des proches aidants lors de l'accompagnement d'un patient faisant la demande d'aide au suicide.

Outcomes (résultats) : Quel résultat est pertinent ?

La question de recherche fait appel à l'impact des interventions infirmières et des proches aidant sur l'accompagnement d'un patient faisant la demande d'aide au suicide.

Temps : Combien de temps faut-il pour qu'un résultat soit démontré ?

Ici, notre question de recherche n'a pas ce critère de temps.

La formulation de la question de recherche qui a guidé l'étude prend donc la forme suivante :

**Quel est le rôle infirmier ainsi que le rôle des proches aidants
dans l'accompagnement d'un patient qui fait la demande d'un
suicide assisté ?**

Il s'agit d'une question de type « *meaning* », car elle s'intéresse à une expérience /un phénomène qui influence sur le résultat. En l'occurrence, elle a pour but de déterminer l'attitude des infirmières et des proches face à une situation de fin de vie reliée à une assistance au suicide.

Suite à l'élaboration de notre question de recherche, nous avons défini différents mots-clés afin de trouver des réponses dans la littérature grâce à divers articles scientifiques.

Identification des descripteurs

La requête de recherche dans les différentes bases de données est construite grâce à des descripteurs utilisés par ces dernières (Descripteurs *MeSH*, *OVID* ou *CINAHL*). La traduction des mots-clés du français à l'anglais a été réalisée au moyen du grand dictionnaire de terminologie de l'Office québécois de la langue française (GDT, 2012). Les descripteurs *MeSH* ont été établis grâce aux *MeSH* bilingues anglais-français construits par la *NLM U.S* (*National Library of Medicine*, 2004). Concernant la formulation des descripteurs *OVID* et *CINAHL*, ils ont été déterminés sur leur base de données respective. Pour la base de données *Triptdatabase*, nous avons utilisé la méthodologie de recherche selon PICOT. Les mots-clés et les descripteurs correspondant à la question de recherche sont répertoriés dans la table 1 : « Mots-clés et descripteurs ».

Table 1

« Mots-clés et descripteurs »

Base de données	Mots-clés français	Mots-clés anglais	<i>Cinahl Headings</i>
CINHAL	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide assisté • Rôle infirmier • Expérience infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Nurse role</i> • <i>Nurse experience</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Nursing role</i> • <i>Nurse experience</i>

Base de données	Mots-clés français	Mots-clés anglais	MeSH
PUBMED	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle infirmier • Suicide assisté • Suisse 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nurses role</i> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Switzerland</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nurses role</i> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Switzerland</i>

Base de données	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Thesaurus
PsycINFO	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide assisté • Infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Nurses</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Nurses</i>

Base de données	Mots-clés français	Mots-clés anglais	PICO Search
Tripdatabase	<ul style="list-style-type: none"> • Patient • Suicide assisté • Infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Patient</i> • <i>Assisted suicide</i> • <i>Nurse</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Population : Patient</i> • <i>Intervention : assisted suicide</i> • <i>Comparison : -</i> • <i>Outcome : Nurse</i>

Détermination des critères de sélection des articles

Les articles sélectionnés se trouvent dans les bases de données suivantes : *CiNAHL*, *Tripdatabase*, *PsycINFO*, *PubMed*. Leur date de parution doit être inférieure ou égale à 10 ans soit entre 2006 et 2016. Les articles sélectionnés doivent répondre à la question de recherche et pour une

meilleure compréhension, ils doivent être publiés en anglais. Le choix des articles se déroule en trois étapes :

1. Sur la base du titre
2. Sur la base du résumé
3. Sur la base de la lecture complète de l'article

Idéalement, il concerne la discipline infirmière et les interventions qui lui sont propres. Cependant, vu le nombre restreint d'articles répondant précisément à la question de recherche, nous avons dû inclure des articles dans lesquelles nous avons élargi la population (médecins, travailleurs sociaux), le lieu (milieux hospitaliers, soins à domicile) ainsi que la définition de l'assistance au suicide (euthanasie, sédation, suicide médicalement assisté). Les articles sélectionnés correspondent à un niveau de preuve hiérarchique élevé englobant des revues systématiques de littérature ou des méta-analyses. L'*impact factor* devrait être supérieur à 1.5 dans le meilleur des cas.

Interrogation des bases de données

Les différents descripteurs ont été introduits dans les bases de données. Les équations de recherches entrées dans les bases de données contenaient à chaque fois deux descripteurs afin d'élargir le choix d'articles disponible. Dans la même perspective, nous avons sélectionné des articles contenant des éléments significatifs concernant la problématique du suicide assisté

malgré l'absence de lien explicite avec les soins infirmiers. Le niveau de preuve hiérarchique des articles sélectionnés dans ce travail correspond la plupart du temps, à des « *systematic review* », « *single qualitative study* », « *single mixte study* ». Il a été possible, pour plus de la moitié des articles, de tenir compte d'un *impact factor* supérieur à 1,5. Afin d'étoffer la sélection, nous avons inclus un article datant de janvier 2004. Durant notre recherche d'article, nous avons retrouvé certains articles identiques dans les différentes bases de données interrogées. Pour une meilleure compréhension de la table 2 : « articles sélectionnés et équations de recherche », nous avons décidé de ne mettre les doublons. Celle-ci présente la recherche dans les bases de données ainsi que les différents articles sélectionnés.

Table 2

« Articles sélectionnés et équations de recherche »

Equation de recherche	Articles trouvés	Articles retenus d'après le titre	Articles retenus d'après le résumé	Articles retenus définitivement
PUBMED				
<i>Nurses role</i> AND <i>Assisted suicide</i> (2006-2016)	45	6	5 (2)	<p>De Veer, A. J. E. De, Francke, A. L., & Poortvliet, E. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions, <i>33</i>(3), 222-228.</p> <p>Van Bruchem-Van De Scheur, G. G., Van Der Arend, A. J., Huijter 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. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, <i>17</i>(12), 1618-1626. doi :10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x</p>

<p><i>Assisted suicide</i> AND <i>Switzerland</i> (2006-2016)</p>	81	5	5 (3)	<p>Brauer, S., Bolliger, C., & Strub, J. D. (2015). « Swiss physicians' attitudes to assisted suicide »: A qualitative and quantitative empirical study. <i>Swiss Medical Weekly</i>, 145(May), 1-8. doi :10.4414/smw.2015.14142</p> <p>Dumont, S., Blondeau, D., Turcotte, V., Borasio, G. D., Currat, T., Foley, R.-A., & Beauverd, M. (2015). The use of palliative sedation : a comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. <i>Palliative and Support Care</i>, 13, 839-847. doi :10.1017/S1478951514000364</p> <p>Gamondi, C., Pott, M., Forbes, K., & Payne, S. (2013). Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. <i>BMJ Supportive & Palliative Care</i>, (September 2013), 1-7. doi :10.1136/bmjspcare-2013-000483</p>
---	----	---	-------	---

CINAHL				
<i>Suicide, Assisted</i> AND <i>Nursing role</i>	69	11	9 (2)	DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. <i>Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care</i> , 35(6), 412-422. doi :10.1016/j.hrtlng.2006.06.008 Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. <i>Cmaj</i> , 182(9), 905-910. doi :10.1503/cmaj.091881
<i>Nurse experience</i> AND <i>Assisted suicide</i>	10	4	3 (1)	Tamayo-Velazquez, M.-I., Simon-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). <i>Nursing Ethics</i> , 19(5), 677-691. doi :10.1177/0969733011436203

PsycINFO				
<i>Assisted suicide</i> AND <i>Nurses</i> (thésaurus, pas d'autres critères d'exclusions)	20	4	3 (1)	Ada, B.-S., Arie, A., Frans, W., Huda, H. A.-S., & Ruud, M. (March 01, 2008). Dutch Nurses' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. <i>Nursing Ethics</i> , 15, 2, 186-198.

Tripdatabase				
PICO Search <i>Population :</i> <i>Patient</i> <i>Intervention :</i> <i>Assisted</i> <i>suicide</i> <i>Outcome :</i> <i>Nurse</i> (since 2012)	14	2	1	Snijdewind, M. C., Willems, D. L., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Chambaere, K. (October 01, 2015). A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. <i>Jama Internal Medicine</i> , 175, 10, 1633.
	18	1	1	Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 47(5), 915-925.e11. doi :10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011

Résultats et discussions

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de texte narratif et classés dans quatre catégories différentes : (1) les attitudes, les expériences, les connaissances et le rôle infirmier face à la mort, (2) les attitudes des médecins suisses face au suicide assisté, (3) les expériences des familles en phase de deuil suite à la demande de suicide assisté de la part d'un proche (4) la sédation en fin de vie.

Présentation des résultats en lien avec les attitudes, les expériences, les connaissances et le rôle infirmier face à la mort

DeKeyser Ganz & Musgrave (2006) mettent en évidence les attitudes et les pratiques des infirmières en soins intensifs face au suicide médicalement assisté (en anglais *Physician-Assisted Dying = PAD*) en Israël. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé à 71 infirmières. La majorité des infirmières soutiennent le *PAD*. Cependant, seulement 10% des infirmières interrogées ont accepté de participer au *PAD* quand le médicament devait être administré par leurs soins. Dans 12,7% des cas, ce sont les patients qui ont demandé à l'infirmière d'accélérer le processus de fin de vie et dans 7,0% des cas la demande a été faite par les familles. Aucune infirmière n'a signalé avoir administré un traitement léthal. Aucune différence significative dans les réponses aux vignettes n'a été trouvée en

fonction du sexe, de l'état matrimonial, du lieu de naissance ou du lieu de naissance des parents, de la religion, de l'âge, du type d'éducation des parents. Le fait d'avoir pris un cours post-base ou d'avoir des années d'expérience en unités de soins généraux ou intensifs n'ont également pas eus d'influence. Toutefois, des différences significatives ont été trouvées dans quatre vignettes en fonction du niveau de religion du personnel soignant.

De Veer, Francke & Poortvliet (2008) proposent une étude mettant en évidence la participation des infirmières en soins palliatifs dans les décisions de fin de vie. Les résultats sont subdivisés en trois parties distinctes. Le premier paragraphe traite de la volonté de participation des infirmières quant à la prise de décisions de fin de vie en collaboration avec les médecins selon le genre de décision entreprise. De plus, 77%-82% des infirmières aimeraient pouvoir discuter des décisions médicales en faveur d'une évolution naturelle du processus de fin de vie (pex : l'arrêt de traitement susceptible de rallonger la vie). Cependant, pour un plus petit nombre d'entre elles, elles ne souhaiteraient pas être impliquées dans les décisions lorsque processus de fin de vie est engagé de manière active (euthanasie ou suicide assisté). La seconde partie des résultats parle du rôle des infirmières dans la prise de décision du processus de fin de vie. On constate que 38% des infirmières en charge d'un patient en phase terminale ne parlent pas de cette décision avec le patient et/ou la famille. Par conséquent, 62% des

infirmières en parlaient avec ces derniers. Dans 76% des cas, les infirmières travaillant en soins palliatifs ont été impliquées dans la prise de décision médicale durant les 2 dernières années. Le plus souvent, la décision était liée à l'utilisation d'opiacés ou de médicaments similaires afin de soulager la douleur et d'autres symptômes dans le but de précipiter la mort. Dans la grande majorité des situations de fin de vie impliquant l'euthanasie et le suicide assisté, les infirmières étaient présentes pour les patients, les proches et le médecin. Cependant, elles ont joué un rôle mineur quant à la prise de décision finale. Le dernier paragraphe met en évidence les caractéristiques du contexte. En effet, on remarque que l'implication des infirmières dans la prise de décision de fin de vie est liée au lieu de travail, au pourcentage de travail, mais aussi au nombre de patients à charge en phase terminale. Selon l'étude effectuée, les infirmières qui sont souvent engagées dans la prise de décision de fin de vie sont celles qui exercent leur activité professionnelle en milieu hospitalier, à un pourcentage de travail élevé et ayant plusieurs années d'expérience. Pour terminer, les infirmiers sont plus souvent sollicités que les infirmières dans ces prises de décision.

Ingelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliëns (2010) ont réalisé une enquête à grande échelle comportant deux phases : explorer l'attitude des infirmières en Flandre (Belgique) face aux décisions de fin de vie et leur implication dans ces types de décisions. Le taux de réponse était de 76%. Dans l'ensemble, 128 infirmières ont déclaré avoir pris en charge un patient qui a subi une

euthanasie et 120 ont pris en charge un patient qui a reçu des médicaments létaux sans sa demande explicite. Respectivement, 64% et 69% de ces infirmières ont été impliqués dans le processus de prise de décision du médecin. Plus souvent cela impliquait un échange d'informations sur la condition du patient ou de la volonté des proches 45% et 51% que le partage dans la prise de décision 24% et 31%. Les médicaments de fin de vie ont été administrés par l'infirmière dans 12% des cas d'euthanasie, par rapport à 45% des cas de décès assistés sans demande explicite. Dans les deux types de mort assistée, les infirmières ont agi sous ordres médicaux, mais surtout en l'absence du médecin au moment des faits.

Tamayo-Velázquez, Simón-Lorda & Cruz-Piqueras (2012) ont effectué une étude descriptive transversale afin d'évaluer les connaissances, les attitudes ainsi que les expériences des infirmières espagnoles concernant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. De manière générale, on constate que les termes de ces deux pratiques ne sont pas clairement identifiés par les infirmières ce qui démontre une éducation insuffisante face à ces méthodes permettant l'assistance à la mort. Seulement 59.1% des participants ont identifié correctement l'euthanasie et 64.1% ont défini adéquatement le suicide assisté. Plus de la moitié des participants à l'étude savaient que les deux pratiques étaient illégales dans ce pays, cependant un certain nombre de demandes ont été faites. Au total, 22.6% des participants estiment que les cas d'euthanasie ont eu lieu en Espagne et 11.4% pensent la même

chose pour le suicide assisté malgré le fait que ces pratiques sont illégales dans ce pays. A travers cette étude, on remarque un fort soutien en faveur de la légalisation sur la pratique d'euthanasie (70%) et du suicide assisté (65%) en Espagne. Cependant, les infirmières seraient plus prédisposées à réaliser l'euthanasie (54%) si cette pratique devait être légalisée plutôt que l'assistance au suicide (47.3%).

Van Bruchem-van de Scheur, Van des Arend, Van Wijmen, Abu-Saad & Ter Meulen (2008) proposent une étude présentant les attitudes des infirmières qui concerne trois questions relatives à leur rôle dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. En effet, les associations d'infirmières néerlandaises ont soulevé trois questions importantes : (1) En 1998, cinq comités d'examen sur la question de l'euthanasie ont été créés une incertitude persistante sur la participation du personnel en soins infirmiers et sa représentation au sein de ces comités. (2) La collaboration des infirmières avec les médecins dans le processus de décision lors d'un projet sur l'euthanasie et le suicide assisté reste encore à définir. (3) Suite à la loi en vigueur depuis avril 2002 sur l'euthanasie et le suicide assisté un débat a été entrepris afin de savoir si les infirmières devraient être autorisées à préparer les médicaments létaux et si la pose d'une aiguille à perfusion afin d'administrer ces médicaments est de leur ressort. En réponse à la question numéro une, les opinions divergent. Les infirmières estiment être en possession de connaissances insuffisantes pour discuter de manière

adéquate à la question. Concernant la collaboration entre les infirmières et les médecins dans le processus de décision de fin de vie, près d'un quart (22.6%) des participants ont approuvé la proposition visant à réglementer l'obligation des médecins à consulter l'infirmière avant de prendre leur décision sur des situations de soins où elle a un rôle central. Pour la dernière question, une minorité (40.8%) des infirmières pensent que l'insertion d'une aiguille de perfusion afin d'administrer les médicaments létaux serait une tâche infirmière acceptable. La majorité (54.1%) estime que cela ne fait pas partie de leur rôle. Plus d'un tiers (31.9%) des participants pensent que la préparation des médicaments létaux pourrait être une tâche acceptable dans le domaine des soins infirmiers, tandis que la majorité (62.9%) y était opposée. On remarque des différences considérables au niveau des avis des participants selon les secteurs de travail des infirmières.

Van Bruchem-Van de Scheur, Van der Arend, Abu-Saad, Van Wijmen, Spreeuwenberg & Ter Meulen (2008) mettent en évidence le rôle des infirmières néerlandaises face à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté dans les hôpitaux. Cette étude comporte une partie qualitative et une partie quantitative. Il est ressorti quatre thèmes principaux : (1) Les demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Dans presque la moitié des cas (45,1%), l'infirmière a été la première personne à qui les patients ont discuté de leur souhait de mourir. (2) Le processus de décision. La consultation en lien avec le processus de décision de fin de vie entre les

médecins et les infirmières à lieu dans 78,8% des cas. (3) L'administration des médicaments létaux. Dans une minorité des cas (15.4%), les infirmières administrent elles-mêmes le médicament conduisant à la mort avec ou sans la présence du médecin. (4) Les directives actuelles sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Plus de la moitié des infirmières (65,3%) déclarent que les hôpitaux ont leurs propres directives écrites concernant le traitement des demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Dans la plupart des cas, le rôle de l'infirmière n'est pas décrit.

Présentation des résultats en lien avec les attitudes des médecins face au suicide assisté

Brauer, Bolliger & Strub (2015) ont mené une étude qualitative et quantitative concernant les attitudes des médecins suisses face au suicide assisté. 77% des participants considéraient le suicide médicalement assisté comme une pratique justifiable, tandis que 22% des médecins y étaient fondamentalement opposés. Bien que 43% pourraient imaginer des situations où ils seraient personnellement prêts à effectuer le suicide assisté, il ressort de cette étude que cette potentielle préparation ne signifie pas que tous les participants seraient automatiquement prêts à l'exécuter dans la pratique, même si les critères juridiques sont respectés. En effet, la grande majorité des médecins ayant participé à l'étude pensent qu'il devrait n'y avoir aucune obligation d'effectuer l'assistance au suicide. Les opinions divergent

quant à savoir si le suicide assisté doit rester limité aux cas où la personne demandeuse est en situation de fin de vie proche. Selon les directives de l'Association Suisse des Sciences Médicales (ASSM), une condition nécessaire pour l'acceptabilité de cette pratique est que la personne concernée a une espérance de vie de seulement quelques jours ou quelques semaines. Une grande majorité des médecins (74%) ont indiqué que ce critère doit être maintenu, mais 72% des participants considéraient tout de même cette pratique justifiable dans les situations de non fin de vie. L'étude démontre également que plus de 50% des médecins n'ont jamais été confrontés à une demande du suicide assisté par un patient. En raison du taux de réponse ainsi que de la grande variation des participants d'une spécialité professionnelle à l'autre, les conclusions et les interprétations présentées dans cette étude doivent être considérées comme applicables uniquement au groupe de médecins qui sont particulièrement touchés par la question du suicide assisté.

Snijdewind, Williems, Deliens, Onwuteaka-Philipsen & Chambaere (2015) ont fait une enquête dans une clinique « pour le droit de Mourir » aux Pays-Bas. L'enquête vise à comprendre la demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté reçu par la clinique et les facteurs associés à l'octroi ou le rejet des demandes. Sur les 645 demandes formulées par les patients, 162 demandes ont été accordées, 300 demandes ont été refusées, 124 patients sont décédés avant que la demande puisse être évaluée et 59 patients ont



retiré leurs demandes. Les patients atteints d'une affection somatique ou avec un déclin cognitif avaient le pourcentage le plus élevé de demandes accordées. Les patients ayant une atteinte au niveau psychologique avaient le plus petit pourcentage de demandes accordées. 6 des 121 demandes provenant de patients atteints d'un trouble psychologique ont été accordées, de même que 11 des 40 demandes de patients qui étaient « fatigués de la vie. »

Présentation des résultats en lien avec les expériences des familles en phase de deuil suite à la demande de suicide assisté de la part d'un proche

Gamondi, Pott, Frobés & Payne (2013) mettent en évidence grâce à une étude qualitative les attitudes et les expériences des proches de patients qui ont fait appel à l'assistance au suicide en Suisse du Sud. La grande majorité des membres de la famille se sont retrouvés face à des dilemmes moraux pendant la phase de prise de décision. Le respect de l'autonomie du patient était une justification clé pour résoudre les dilemmes. Deux types de participation ont été identifiés : la première est classée comme « passive » lorsque la prise de décision a été prise avec le patient et la deuxième est classée « active » lorsque le suicide assisté a été proposé par le membre de la famille et/ou le proche a été impliqué de quelque façon. Les proches ont rapporté des sentiments d'isolement pendant et après le suicide assisté. Les

membres des familles ont signalé la peur de la stigmatisation sociale et ne révèlent pas ouvertement le suicide assisté comme étant la cause de la mort. Aucune des personnes interrogées a reçu un soutien psychologique formel.

Présentation des résultats en lien avec la sédation en fin de vie

Abarshi, Papavasiliou, Preston, Brown & Payne (2014) proposent une revue de littérature systématique mettant en évidence la complexité des attitudes des infirmières et la pratique de la sédation en fin de vie. Les données ont été générées à partir de 7515 infirmières dans quatre domaines principaux (unité de soins palliatifs spécialisés, à domicile, soins infirmiers à domicile, et hôpital en soins aigus) de sept pays (Belgique, Canada, Japon, Pays-Bas, Norvège, R.U., et États-Unis). Sur la base des conclusions d'une étude précédente, nous avons classé les thèmes émergents comme suit : (1) des facteurs importants qui poussent les patients à demander la sédation palliative, (2) les attitudes des infirmières envers la sédation palliative et (3) les expériences des infirmières qui ont pratiqué la sédation palliative à la fin de la vie d'un patient. En général, les infirmières avaient une attitude positive, mais prudente à l'égard de la pratique de la sédation palliative. La plupart ont vu un traitement de dernier recours pour soulager la souffrance et les symptômes réfractaires et sa pratique est souvent influencée par leur niveau d'éducation, l'expertise et les rôles qu'ils ont joués.

Dumont & al. (2015) ont réalisé une étude se focalisant sur la comparaison de l'utilisation de la sédation dans deux environnements socio-juridictionnels différents : celui où l'euthanasie et le suicide médicalement assisté sont illégaux (Québec) et l'autre, où le suicide médicalement assisté est toléré et l'euthanasie interdite (Suisse). L'échantillon québécois comprenait 98 médecins et l'échantillon suisse comptait 77 médecins. Quatre vignettes cliniques ont été utilisées dans le but de connaître dans quelles situations la sédation palliative est réalisée en fonction du pronostic et du type de souffrance des patients demandeurs de cette pratique. Les résultats de cette étude mettent en évidence que les attitudes des médecins du Québec et de la Suisse envers la sédation palliative, en particulier en ce qui concerne le pronostic et le type de souffrance, semblent similaires, en dépit des différentes législations en vigueur concernant le suicide médicalement assisté dans leurs environnements respectifs de pratique. Toutefois, les médecins québécois devraient être plus ouverts à la sédation palliative, même si dans la majorité des cas, ils ne sont pas favorables à cette pratique comme réponse à une souffrance existentielle de fin de vie. Dans le contexte où le suicide médicalement assisté est autorisé, les médecins seraient plus enclins à favoriser cette pratique plutôt que d'utiliser la sédation palliative.

Discussion

La discussion comporte le lien avec la question de recherche et le cadre théorique.

Lien avec la question de recherche

Les paragraphes suivants ont pour but de mettre en lien les résultats de la revue de littérature avec la question de recherche afin d'y répondre. En guise de rappel la question de recherche de notre travail de *Bachelor* est la suivante : « Quel est le rôle infirmier ainsi que le rôle des proches aidants dans l'accompagnement d'un patient qui a fait la demande de suicide assisté? ». Pour donner une structure à notre travail, nous avons repris les quatre thèmes soulevés dans la synthèse de nos articles.

Concernant le premier thème sur les attitudes, les expériences, les connaissances et le rôle infirmier face à la mort, nous pouvons constater que le rôle infirmier n'est pas défini clairement face à l'euthanasie et à l'assistance au suicide. Etant donné qu'il n'existe peu ou pas de directives écrites dans les institutions de soins, l'infirmière a beaucoup de peine à se positionner en tant que professionnelle à part entière. En effet, nous avons remarqué que dans quatre études analysées ci-dessus, son rôle dans le processus de prise de décision reste secondaire. L'infirmière est souvent présente pour le patient, la famille ainsi que le médecin, cependant, son rôle reste mineur dans la prise de décision finale (De Veer & al., 2008). Dans la majorité des cas d'euthanasie et d'assistance au suicide, le patient se confie

en premier lieu à l'infirmière plutôt qu'au médecin malgré son rôle secondaire (Van Bruchem-Van De Scheur & al., 2008). Dans la plupart des cas, les infirmières sont en faveur de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté, mais ne souhaitent pas être impliquée dans l'administration des médicaments létaux (DeKeyser Ganz & al., 2006). Néanmoins, il arrive à plusieurs reprises que l'infirmière agissant toujours sous ordre médical, administre les médicaments létaux en présence ou en l'absence de celui-ci (Ingelbrecht & al., 2010 ; Van Bruchem-Van de Scheur & al., 2008). Selon une des études analysées, on constate que le niveau de religion des infirmières a une influence sur leur accord avec ces pratiques. En effet, celles qui ont une plus grande conviction religieuse ne sont pas favorables à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté (DeKeyser Ganz & al., 2006). Une étude menée en Andalousie met en évidence le manque de connaissance des infirmières face aux différents termes reliés aux processus permettant d'accélérer la mort (Tamayo-Velazquez & al., 2012). Nous avons constaté que de manière globale, les termes d'euthanasie et de suicide assisté sont souvent mal définis et mal compris. De plus, il existe des différences dans les pratiques de ces méthodes hâtant la mort entre certains pays. Prenons l'exemple de la Suisse qui a une définition bien particulière de l'assistance au suicide. Une étude menée auprès des médecins suisses démontre que ceux-ci ne sont pas impliqués dans le processus d'assistance au suicide puisqu'il est géré par le médecin d'une association telle qu'Exit (Brauer & al., 2015). Cette information engendre donc que l'infirmière en Suisse n'est pas directement

impliquée dans le processus d'assistance au suicide. D'après l'étude réalisée en Belgique, il est clairement défini que le médecin et les infirmières sont directement impliqués dans le processus d'assistance au suicide (Ingelbrecht & al., 2010). Ce qui montre qu'un même mot n'a pas la même signification dans deux pays différents.

Le second thème qui s'intitule les attitudes des médecins face au suicide assisté démontre que dans la majorité des cas, ils considèrent que cette pratique est justifiable. Cependant, une minorité d'entre eux serait personnellement prête à effectuer le suicide assisté. L'Association Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a défini des critères précis pour que l'acceptabilité de cette pratique soit valide (Brauer & al., 2015). Un des critères pour pouvoir bénéficier d'une assistance au suicide est d'avoir sa totale capacité de discernement. Il se peut que ce ne soit pas le cas lors de différents types de souffrances ou troubles psychologiques. Inversement, aux Pays-Bas, une clinique « Pour le droit de Mourir » a donné des réponses favorables aux patients demandeurs d'assistance au suicide. Il s'agissait de patients ayant une atteinte physique, psychologique ou tout simplement des personnes « fatiguées de la vie » (Snijdewind & al., 2015). On peut constater que les critères pour bénéficier d'une assistance au suicide divergent selon les pays où cette pratique est tolérée.

Le thème en lien avec les expériences des familles face au suicide assisté met en évidence les dilemmes qu'engendre une demande d'assistance au suicide. Les proches participent ou non à la prise de décision de la personne.

Dans les deux cas, les familles ne sont pas soutenues psychologiquement et celles-ci ressentent un sentiment d'isolement pendant et après le suicide assisté (Gamondi & al., 2013).

Le dernier thème traité dans ce chapitre se nomme la sédation en fin de vie. Nous relevons une attitude positive, mais prudente de la part des médecins et des infirmières face à cette pratique (Abarshi & al., 2014). La sédation palliative est acceptée, cependant, le pronostic ainsi que le type de souffrance du patient ont une part importante dans la prise de décision des médecins (Dumont et al., 2015). La sédation palliative et le suicide assisté sont deux moyens qui permettent d'accélérer le processus de la mort. Néanmoins, le suicide assisté n'est pas légalisé dans tous les pays et on constate que les médecins sont plus enclins à favoriser l'assistance au suicide dans certaines situations de fin de vie (Dumont & al., 2015).

Lien avec le cadre théorique

Les paragraphes suivants consistent à mettre en lien la question de recherche et le cadre théorique, la théorie de l'humaindevenant de Parse afin d'en faire découler les interventions infirmières appropriées.

Les trois principes de Parse selon la méthode pratique de l'humaindevenant sont (1) en éclairant un sens, (2) en synchronisant les rythmes et (3) en mobilisant la transcendance (Schneider, 2004). Ils donnent

corps à la théorie, orientent notre pratique, nos interventions et notre rôle infirmier.

Le principe « en éclairant un sens » consiste à dévoiler un sens dans le passé, le présent et le futur. A travers le langage, l'individu explicite ses valeurs et donne un sens à sa vie. L'infirmière essaie de faire en sorte que l'individu exprime le sens qu'il donne aux événements et cherche à connaître les significations en lien avec ceux-ci. Afin d'appliquer ce principe dans la pratique avec un patient en situation de fin de vie, l'infirmière orientera ses questions de la manière suivante : Est-ce que vous pouvez me parler de votre ressenti face à la mort / face à votre demande d'assistance au suicide ? Quel sens cela a pour vous ? Comment le comprenez-vous ?

Le second principe « en synchronisant les rythmes » est défini comme un processus interhumain et humain consistant à tenir compte du mouvement, des hauts et des bas de l'individu. L'infirmière respecte le rythme du patient, son chemin et ne le bouscule pas. Elle respecte les sens de l'individu, ses valeurs ainsi que son point de vue. En tant que soignants, nous devons être témoins et ne pas juger. On constate que les soignants sont quelques fois heurtés dans leurs valeurs personnelles et professionnelles dans des situations d'assistance au suicide notamment en ce qui concerne les infirmières qui ont une forte conviction religieuse (DeKeyser Ganz & al., 2006). Cependant, selon Parse, l'infirmière ne doit pas catégoriser, ni influencer la personne dans son choix en fonction de ses propres croyances. Elle doit faire preuve de disponibilité et d'attention pour le patient.

Néanmoins, le soignant ne doit pas être impliqué, de par la loi et les règlements, dans un processus de fin de vie s'il existe pour lui un conflit de conscience trop fort par rapport à la situation (Schwab & al., 2010).

Le dernier principe « en mobilisant la transcendance » consiste à aller au-delà des transformations possibles. L'infirmière se renseigne sur la manière dont l'individu imagine son futur par le biais de questions telles que : Comment pensez-vous que les événements vont se dérouler ? Comment pensez-vous que vos proches imaginent l'avenir sans vous ?

Rosemarie Rizzo-Parse amène dans sa théorie, un concept fondateur qui est la présence vraie. Ce concept est une façon particulière « d'être avec » où l'infirmière est attentive aux changements de sens qui se produisent d'instant en instant à mesure qu'elle est la témoin attentive de la façon particulière dont la personne ou le groupe vit ses valeurs prioritaires (Parse, 2003, p. 108).

Pour résumer, la présence vraie est donc une façon d'être disponible et d'être un témoin attentif sans juger ou catégoriser la personne. Parse définit des outils pour exercer la présence vraie :

Entretien face à face : l'infirmière et la personne s'engagent dans un dialogue qui peut prendre diverses structures (grâce à des dessins, des films, des interprétations, etc). Dans une situation de fin de vie ou d'assistance au suicide, l'infirmière aura des entretiens avec le patient dans le but de valider sa demande et de l'accompagner dans ses choix. Il est important d'inclure la famille dans ces entretiens, car une étude montre que dans la plupart des

cas de fin de vie programmées, elles n'étaient pas soutenues psychologiquement et pouvaient ressentir un sentiment d'isolement (Gamondi & al., 2013).

L'immersion silencieuse : présence excluant les paroles qui ne bloquent pas l'envoi et la réception des messages. L'infirmière est souvent la personne de confiance auprès de laquelle le patient se réfère pour exprimer ses émotions (Ingelbrecht & al., 2010). Lors des entretiens, il est nécessaire qu'elle laisse la place au silence ce qui permet au patient de réfléchir, de rebondir sur une situation et de se sentir à l'écoute.

Selon Parse cité par Schneck (2007), le rôle du soignant est de maintenir une qualité de vie en fonction des besoins des patients. L'infirmière doit être constamment en présence vraie. Elle offre son aide pour co-crée la qualité de vie selon la perspective de la personne. Le participant est le maître de sa vie.

Les outils de la théorie de Parse mettent en évidence l'attitude idéale de l'infirmière face à une personne qui demande l'assistance au suicide ou qui se trouve dans une situation de fin de vie. Cependant, au vu des résultats figurant dans notre travail, les infirmières ne sont pas toujours positives face à ces pratiques. On peut donc émettre l'hypothèse que l'immersion de l'infirmière en présence vraie pourrait les aider à accompagner les patients dans leur démarche de la meilleure manière possible.

Conclusion

Apport du travail de Bachelor, facilités et difficultés

Notre première expérience de rédaction d'une revue de littérature nous a permis de développer des compétences sur le plan théorique et sur le plan méthodologique. En approfondissant des connaissances liées au suicide assisté, nous avons pu identifier les principaux enjeux mondiaux qui gravitent autour de ce sujet sensible. Cette vision plus holistique nous a permis de développer notre jugement professionnel face à ces pratiques de fin de vie. Les résultats de notre travail nous ont permis de développer une vision d'ensembles des interventions infirmières reliées à l'assistance au suicide. Grâce à ce travail, nous avons acquis des outils afin de rechercher les données probantes dans les bases de données et cela nous permettra de l'appliquer avec de l'aisance dans notre pratique future. Cette démarche nous a également donné la possibilité de développer notre rôle propre et gagner en confiance dans notre posture professionnelle en lien avec la fin de vie.

Au cours de la réalisation de cette revue de littérature, nous avons été confrontées à des éléments facilitants et contraignants. La principale difficulté rencontrée a été de relier tous les éléments figurant dans la question de recherche dans les bases de données. En associant les termes dans notre équation de recherche, les résultats étaient infructueux. Nous avons pris la décision d'associer un nombre limité de termes dans notre équation de recherche afin d'alimenter davantage notre revue de littérature

et de proposer une vision plus globale des enjeux reliés aux décisions de fin de vie.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'il n'y a visiblement que très peu de recherche sur le thème de l'assistance au suicide relié à la pratique infirmière. En effet, les articles figurant sur les bases de données traitent essentiellement du rôle médical, de l'euthanasie et de la sédation palliative. C'est pourquoi, nous avons élargi nos critères d'inclusions d'article afin d'étoffer le contenu de notre travail.

Suite à la rédaction de la problématique et des concepts, nous avons pu clarifier les termes relatifs à la fin de vie. Malgré les bonnes définitions que nous avons trouvées dans la littérature en français, la définition des termes différait en anglais.

Néanmoins, nous avons acquis de bonnes connaissances au sujet de la thématique centrale abordée. Ceci nous a permis d'avoir du recul et plus de facilité à interpréter et analyser les résultats de notre revue de littérature.

Nous regrettons de ne pas avoir effectué de stage dans le domaine des soins palliatifs au cours de notre cursus de formation pratique. Cela aurait pu enrichir notre approche face à la fin de vie.

Un autre élément facilitant a été notre manière de fonctionner au sein de notre groupe dans lequel il y a eu une bonne dynamique, beaucoup d'échange et de collaboration.

Limites

Cette revue de littérature comporte un certain nombre de limites. L'une des limites principales de l'étude concerne le faible taux de représentativité de la pratique infirmière globale au vu du nombre d'articles restreints sur l'attitude des infirmiers. En effet, les études sélectionnées sont le plus souvent significatives du pays dans lequel elles ont été réalisées. La multiplicité des études en termes de méthodes et de thématiques traitées rend la comparaison des articles sélectionnés difficile et limite la validité des résultats. De plus, aucune étude ne s'appuie sur le cadre théorique choisi pour notre travail, c'est-à-dire la théorie de l'humaindevenant de Parse ni sur aucune autre théorie de soins.

Pour terminer, il s'agit de notre premier travail de recherche. Bien que la formation *Bachelor* nous a apporté les compétences de recherches scientifiques nécessaires à l'élaboration d'un tel travail au travers du rôle d'expert en soins infirmiers, nous constatons être encore novices dans ce domaine. En effet, notre manque d'expérience a été le principal facteur contraignant. Celui-ci a limité l'efficacité des recherches, la rigueur de la méthodologie ainsi que l'exploitation des articles. Notre manque de connaissances linguistiques a également été un frein pour nous dans la réalisation de ce travail.

Perspectives pour la pratique

Après la rédaction de cette revue de littérature, différentes perspectives pour la pratique sont à considérer. Ce travail a permis de mettre en évidence que les infirmières devraient être plus impliquées dans le processus de fin de vie, car elles sont les professionnelles qui sont au plus proche du patient. Cependant, il est important de développer des directives qui définissent clairement son rôle face à une situation de fin de vie. Grâce à ces directives, l'infirmière aurait des outils pour la guider dans sa pratique professionnelle.

Les auteurs soulignent l'importance des formations continues dans le domaine des soins palliatifs. En effet, ces infirmières spécialisées permettraient de gérer les situations complexes de fin de vie ainsi que de combler les lacunes en termes de pharmacologie et de physiopathologie. Elles seraient capables de réaliser de l'éducation thérapeutique auprès des patients et des proches afin qu'ils puissent mieux appréhender la fin de vie (Abarshi & al., 2014).

DeKeyser Ganz & al. (2006) préconisent l'utilisation de scénarios, base de dialogue, afin d'explorer les croyances et les attitudes des infirmières et des professionnelles de santé face aux situations éthiques de fin de vie.

Concernant la sédation palliative, les auteurs Abarshi & al. (2014) proposent l'utilisation d'échelle d'observation pour la sédation afin de mesurer la profondeur de celle-ci, car tout type de sédation est différente et demande une surveillance particulière.

Perspectives pour la recherche

Notre revue de littérature soulève en plus des perspectives pour la pratique, différentes perspectives pour la recherche. Il semble pertinent de clarifier le rôle de l'infirmière face aux décisions de fin de vie. Actuellement, il existe peu de directives sur ce sujet. De manière générale, il serait judicieux d'élargir les recherches au niveau interculturel afin d'accroître la représentativité des résultats.

Au niveau des études concernant la sédation palliative, il serait intéressant d'effectuer des recherches supplémentaires sur la profondeur et la précision de la sédation afin d'améliorer cette pratique et d'obtenir par la suite des résultats plus représentatifs (Abarshi & al., 2014).

Dans les futures recherches sur ce sujet, nous pensons qu'il serait judicieux d'utiliser le cadre théorique de Parse afin de donner des pistes pour les infirmières sur les attitudes à adopter face à un patient en fin de vie. Cela permettrait d'avoir une vision orientée vers la pratique infirmière et leur donnerait non pas un *guideline* sur la conduite à tenir dans ces situations, mais plutôt une manière de concevoir l'habileté relationnelle dans une nouvelle perspective de soins en regard du paradigme de la transformation.

Références

- Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(5), 915-925.e11. doi :10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011
- Ada, B.-S., Arie, A., Frans, W., Huda, H. A.-S., & Ruud, M. (March 01, 2008). Dutch Nurses' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Nursing Ethics*, 15, 2, 186-198.
- Article 25b de la loi sur la Santé (LS) du 6 février 1995 (=LS/NE; RSN 800.1)
- Article 115 du Code pénal suisse de la Loi fédérale du 13 décembre 2002 (= LF; RS 311.0).
- Association pour le droit de mourir dans la dignité Suisse romande (Vésenaz/Genève). (n.d.). *Exit / Association pour le droit de mourir dans la dignité Suisse romande*. Vésenaz/Genève: A.D.M.D. Suisse romande.
- Béland, J.-P. (2008). *Mourir dans la dignité?: Soins palliatifs ou suicide assisté, un choix de société*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Bilsen, J., Robijn, L., Chambaere, K., Cohen, J., & Deliens, L. (2014). Nurses' involvement in physician-assisted dying under the euthanasia law in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1696-1697. doi :10.1016/j.ijnurstu.2014.05.007
- Borasio, G. D., Rosset, Y., Perey, E., & Modoux, F. (2014). *Mourir: Ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Bragagnini, F. (2012) *Première loi sur l'aide au suicide adoptée en Suisse*. Swissinfo
- Brauer, S., Bolliger, C., & Strub, J. D. (2015). « Swiss physicians' attitudes to assisted suicide »: A qualitative and quantitative empirical study. *Swiss Medical Weekly*, 145(May), 1-8. doi :10.4414/smw.2015.14142
- Bressan Blondeau, E., Menoud, J.-B. (2011), Temps Présent (Suisse), *Dignitas, la mort sur ordonnance*. TSR1 [prod.]
- Certificat d'oncologie soins palliatifs Stage à Toronto. «A la recherche pratique de la théorie de soins de l'humain en devenir du Dr Parse»

Commission Centrale d’Ethique – CCE (2007) Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus: la position de la Commission Centrale d’Ethique. Bâle. Repéré à : http://www.samw.ch/dms/fr/Ethique/Fin-de-vie/f-ETHIK_SuizidhilfeDEF.pdf

Commission Nationale d’Ethique pour la médecine humaine (CNE) d’octobre 2006. Critères de diligence concernant l’assistance au suicide. Prise de position N°13. Office Fédéral de la santé publique, Berne.

Confédération Suisse (2013). Département fédéral de justice et police.
Repéré à :
http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/fr/home/themen/gesellschaft/ref_gesetzgebung/ref_abgeschlossene_projekte0/ref_sterbehilfe/ref_formen_der_sterbehilfe.html

Confédération Suisse (2016). Office fédéral de la statistique (OFS).
Repéré à :
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key_kant/05.html

Confédération Suisse (2012). Office fédéral de la statistique (OFS),
Assistance au suicide et suicide en Suisse

Conseil d’Ethique Clinique - CEC (2006). Autorisation / interdiction de l’assistance au suicide au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). 1-22.

Debout, C. (2008). Les théories de soins infirmiers 1/2. *Soins*, 725, 37-56.

Debout, C. (2008). Les théories de soins infirmiers 2/2. *Soins*, 725, 37-56.

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

De Veer, A. J. E. De, Francke, A. L., & Poortvliet, E. (2008). Nurses’ Involvement in End-of-life Decisions, 33(3), 222-228.

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), 135-9.
doi :10.1097/NHL.0000000000000017

- Dignitas, vivre dignement, mourir dignement (2016). Repéré à :
<http://www.dignitas.ch/index.php?lang=fr>
- Doucet T., Maillard Strüby F. (2011). *Rosemarie Rizzo Parse : Ecole de Pensée de l'Humaindevenant*. Marly : Aquilance
- Dumont, S., Blondeau, D., Turcotte, V., Borasio, G. D., Currat, T., Foley, R.-A., & Beauverd, M. (2015). The use of palliative sedation: a comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. *Palliative and Support Care*, 13, 839-847.
 doi :10.1017/S1478951514000364
- Ersek, M. (2005). Assisted suicide: unraveling a complex issue. *Nursing*, 35(4), 48-52. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15818255>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Foley, R.-A., Johnston, W. S., Bernard, M., Canevascini, M., Currat, T., Borasio, G. D., & Beauverd, M. (2015). Attitudes Regarding Palliative Sedation and Death Hastening Among Swiss Physicians: A Contextually Sensitive Approach. *Death studies*, 39(8), 473-482.
 doi :10.1080/07481187.2015.1029142
- Gamondi, C., Pott, M., Forbes, K., & Payne, S. (2013). Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, (September 2013), 1-7. doi :10.1136/bmjspcare-2013-000483
- Gamondi, C., Pott, M., & Payne, S. (2013). Families' experiences with patients who died after assisted suicide: A retrospective interview study in southern Switzerland. *Annals of Oncology*, 24(6), 1639-1644.
 doi :10.1093/annonc/mdt033
- Giantin, V., Siviero, P., Simonato, M., Iasevoli, M., Pengo, V., Andrigo, M., ... Manzato, E. (2012). Physicians' and nurses' experiences of end-of-life decision-making in geriatric settings. *Aging clinical and experimental research*, 24(5), 537-47. doi :10.3275/8588
- 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. doi :10.1177/0969733009102692

- Hendry, M., Pasterfield, D., Lewis, R., Carter, B., Hodgson, D., & Wilkinson, C. (2013). Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliative Medicine*, 27(1), 13-26.
doi :10.1177/0269216312463623
- Hennezel, M. (2013). *Nous voulons tous mourir dans la dignité*. Paris: R. Laffont.
- Holt, J. (2008). Nurses' attitudes to euthanasia: The influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice: Original article. *Nursing Philosophy*, 9(4), 257-272. doi :10.1111/j.1466-769X.2008.00373.x
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Cmaj*, 182(9), 905-910.
doi :10.1503/cmaj.091881
- Joris, G., Stef, B., & Bert, B. (May 01, 2009). Religion and Nurses' Attitudes To Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *Nursing Ethics*, 16, 3, 303-318.
- Karlsson, M., Milberg, A., Strang P. (2011). Dying cancer patients' own opinions on euthanasia: An expression of autonomy? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26(1), 34-42. doi:10.1177/0269216311404275
- Kérouac, S. (2003). *La pensée infirmière*. Laval, Qué: Beauchemin.
- Kerouac, S. & Pepin, J. (2003). *La pensée infirmière* (2^eed.). Québec : Beauchemin.
- Kerouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e ed.). Québec : Beauchemin.
- Maillefer, D.-O. (2010). *Il n'y a pas de mort naturelle: État des lieux sur le suicide assisté*. Sainte-Croix: Mon Village.
- Malphettes, S., Villeneuve, S., Aebischer, J., Antenne 2 (France), & Centre national de la cinématographie (France). (2004). *Le choix de Jean*. Paris: Capa télévision [prod.]
- Melgar, F. (2005). *Exit: Le droit de mourir = das Recht zu sterben = the right to die = el derecho de morir*. Lausanne: Climage.

- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- McCormack, P. (1998). Quality of life and the right to die: an ethical dilemma. *Journal of advanced nursing*, 28(1), 63-69.
doi :10.1046/j.1365-2648.1998.00762.x
- Pott, M., Dubois, J., Currat, T., & Gamondi, C. (2011). Les proches impliqués dans une assistance au suicide. *Revue internationale de soins palliatifs*, 26(3), 277-286. doi :10.3917/inka.113.0277
- Pott, M., Dubois, J., Von Ballmoos, C., Gamondi, C. (2012). Négocier une assistance au suicide en Suisse : ancrage juridique et point de vue des proches. *Interrogations*. Manuscrit soumis pour publication à Médecine palliative.
- Pott, M. (2012). L'assistance au suicide en hôpital universitaire en Suisse : le difficile parcours de l'autodélivrance. In F. Leborgne-Uguen, S. Pennec, F. Douguet, Le soin négocié entre malades, proches et professionnels. Situations de maladies et de handicaps de longue durée, Brest, Presses universitaires de Rennes. Sous presses.
- Schneck, H. (2007). Comment la personne atteinte d'une maladie cancéreuse vit-elle la confiance? *Revue internationale de soins palliatifs*, Vol. 22(2), 35-43. doi:10.3917/inka.072.0035
- Snijdewind, M. C., Willems, D. L., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Chambaere, K. (October 01, 2015). A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. *Jama Internal Medicine*, 175, 10, 1633.
- Steck, N., Zwahlen, M., & Egger, M. (2015). Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort. *Swiss Med Wkly*, 145(June 22), w14153.
doi :10.4414/smw.2015.14153
- Tamayo-Velazquez, M.-I., Simon-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics*, 19(5), 677-691. doi :10.1177/0969733011436203

- Van Bruchem-Van De Scheur, G. G., Van Der Arend, A. J. G., Spreeuwenberg, C., Abu-Saad, H. H., & Ter Meulen, R. H. J. (2007). Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: The role of the district nurse. *Journal of Advanced Nursing*, *58*(1), 44-52. doi :10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x
- Van Bruchem-Van De Scheur, G. G., 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. doi :10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x
- Volker, D. L. (2007). The Oregon Experience With Assisted Suicide. *Journal of Nursing Law*, *11*(3), 152-162. doi :10.1891/107374707782433322

Appendices

Tableau d'inclusion et d'exclusion

Articles	IF	Année
Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 47(5), 915-925.e11. doi :10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011	2.795	2014
Ada, B.-S., Arie, A., Frans, W., Huda, H. A.-S., & Ruud, M. (March 01, 2008). Dutch Nurses' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. <i>Nursing Ethics</i>, 15, 2, 186-198.	1.247	2008
Bilsen, J., Robijn, L., Chambaere, K., Cohen, J., & Deliens, L. (2014). Nurses' involvement in physician-assisted dying under the euthanasia law in Belgium. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 51(12), 1696-1697. doi :10.1016/j.ijnurstu.2014.05.007	2.901	2014
Brauer, S., Bolliger, C., & Strub, J. D. (2015). « Swiss physicians' attitudes to assisted suicide »: A qualitative and quantitative empirical study. <i>Swiss Medical Weekly</i>, 145(May), 1-8. doi :10.4414/smw.2015.14142	2.086	2015
DeKeyser Ganz, F., & Musgrave, C. F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. <i>Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care</i>, 35(6), 412-422. doi :10.1016/j.hrtlng.2006.06.008	1.995	2006
De Veer, A. J. E. De, Francke, A. L., & Poortvliet, E. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions, 33(3), 222-228	1.966	2008
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), 135-9. doi :10.1097/NHL.0000000000000017	0.00	2013
Dumont, S., Blondeau, D., Turcotte, V., Borasio, G. D., Currat, T., Foley, R.-A., & Beauverd, M. (2015). The use of palliative sedation: a comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. <i>Palliative and Support Care</i>, 13, 839-847. doi :10.1017/S1478951514000364	1.53	2015

Foley, R.-A., Johnston, W. S., Bernard, M., Canevascini, M., Currat, T., Borasio, G. D., & Beauverd, M. (2015). Attitudes Regarding Palliative Sedation and Death Hastening Among Swiss Physicians: A Contextually Sensitive Approach. <i>Death studies</i> , 39(8), 473-482. doi :10.1080/07481187.2015.1029142	0.831	2015
Gamondi, C., Pott, M., Forbes, K., & Payne, S. (2013). Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. <i>BMJ Supportive & Palliative Care</i>, (September 2013), 1-7. doi :10.1136/bmjspcare-2013-000483	0.00	2013
Giantin, V., Siviero, P., Simonato, M., Iasevoli, M., Pengo, V., Andriago, M., ... Manzato, E. (2012). Physicians' and nurses' experiences of end-of-life decision-making in geriatric settings. <i>Aging clinical and experimental research</i> , 24(5), 537-47. doi :10.3275/8588	1.22	2012
Holt, J. (2008). Nurses' attitudes to euthanasia: The influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice: Original article. <i>Nursing Philosophy</i> , 9(4), 257-272. doi :10.1111/j.1466-769X.2008.00373.x	0.83	2008
Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. <i>Cmaj</i>, 182(9), 905-910. doi :10.1503/cmaj.091881	5.95	2010
Snijdewind, M. C., Willems, D. L., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Chambaere, K. (October 01, 2015). A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. <i>Jama Internal Medicine</i>, 175, 10, 1633.	13.2	2015
Steck, N., Zwahlen, M., & Egger, M. (2015). Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort. <i>Swiss Med Wkly</i> , 145(June 22), w14153. doi :10.4414/smw.2015.14153	2.09	2015
Tamayo-Velazquez, M.-I., Simon-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). <i>Nursing Ethics</i>, 19(5), 677-691. doi :10.1177/0969733011436203	1.25	2012
Van Bruchem-Van De Scheur, G. G., 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. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17(12), 1618-1626. doi :10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x	1.26	2008

Van Bruchem-Van De Scheur, G. G., Van Der Arend, A. J. G., Spreeuwenberg, C., Abu-Saad, H. H., & Ter Meulen, R. H. J. (2007). Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: The role of the district nurse. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 58(1), 44-52. doi :10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x	1.74	2007
Volker, D. L. (2007). The Oregon Experience With Assisted Suicide. <i>Journal of Nursing Law</i> , 11(3), 152-162. doi :10.1891/107374707782433322	0.00	2007

Grilles adaptées de Fortin

Grille adaptée du Fortin n°1 (2010)

Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(5), 915-925.e11. doi :10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p><i>Le titre précise les concepts clés : La complexité des attitudes des infirmières / la pratique de la sédation / la fin de vie</i></p> <p><i>Il s'agit ici d'une revue de littérature qui se base spécifiquement sur une étude antérieure (celle de Engstro & al., 2007) qui décrit le rôle des infirmières dans la Palliative Sedation (PS)</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Background : <i>La sédation est administrée à des patients en soins palliatifs à la fin de leur vie. Les infirmières jouent un rôle important dans cette pratique.</i></p> <p>But : <i>Le but est de comprendre et d'examiner de manière systématique la complexité des attitudes infirmières et des pratiques reliées à la PS</i></p> <p>Méthode : <i>Huit bases de données électroniques, quatre principales revues de soins palliatifs et des listes de référence pour les études empiriques publiées en anglais, entre 1990 et 2012 sur les infirmières et leurs attitudes envers la PS ainsi que la pratique de la sédation jusqu'à la mort d'un patient. 10 études répondaient aux critères d'inclusion.</i></p> <p>Participants : <i>Pas de participant, il s'agit d'une revue systématique.</i></p> <p>Résultats : <i>Les données ont été générées à partir de 7515 infirmières dans quatre paramètres principaux. Sur la base des conclusions d'une étude précédente, nous avons classé les thèmes émergents dans : 1) des</i></p>

	<p><i>facteurs importants menant le patient à recevoir la sédation palliative (PS), 2) les attitudes infirmières envers PS , et 3) les expériences des infirmières face au PS et à la fin de la vie d'un patient.</i></p> <p>Conclusions : <i>La plupart des infirmières administrent la sédation jusqu'à la mort dans des circonstances de directives anticipées en ayant le contrôle des symptômes réfractaires et de la souffrance.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Oui en effet, le problème est clairement décrit : Le but de cette étude est d'examiner systématiquement les éléments de preuve concernant les attitudes des infirmières et leur pratique de la sédation en fin de vie.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p><i>Oui, le problème est pertinent, car le débat est toujours vif et d'actualité. C'est un sujet très sensible, car il touche aux valeurs personnelles et professionnelles. De plus, c'est un débat qui fait intervenir l'éthique, car il s'agit englobant la fin de vie d'un patient ou de hâter le processus de mort. Il est également important pour la discipline infirmière car elles sont au chevet du patient et accompagne ce dernier ainsi que sa famille, dans le chemin de vie.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p><i>Oui, le problème a une signification pour la discipline infirmière, car elles sont au plus proches des patients. Lorsqu'un bénéficiaire de soins demande une assistance au suicide, les infirmières doivent accompagner les familles dans les processus de deuil. Cette étude cherche à examiner les attitudes des infirmières et leur pratique concernant la sédation en fin de vie.</i></p>

Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans cet article, il n'y a pas de recension des écrits. Les auteurs mettent en évidence le manque d'études antérieures (celles qui ont été menées sont plus axées sur le rôle de l'infirmière avec le médecin). Cette revue systématique est essentiellement basée sur une étude de Engstro & al, 2007).</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>Non.</i></p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>L'auteur se base sur une seule étude qui parle exactement du même sujet que la revue systématique, l'article ne représente pas une base solide.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? <i>Non.</i></p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Les concepts clés sont définis dans le titre et dans l'introduction, c'est-à-dire : la complexité des attitudes des infirmières / la sédation / la fin de vie</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <i>-</i></p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Oui le but est énoncé de manière claire et précise : Le but est de comprendre et examiner de manière systématique la complexité des attitudes infirmières et des pratiques reliées à la PS.</i></p>



	<p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>-</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p><i>Oui, la question de recherche découle logiquement du but, mais elle ne reflète pas la recension des écrits étant donné qu'il n'y en a pas. En effet, la question de recherche traite de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs et des perceptions.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>-</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p><i>La question de recherche s'appuie de manière générale sur la méthode sous-jacente.</i></p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ?</p> <p><i>Il s'agit d'une revue de littérature donc il n'y pas de population à proprement dite.</i></p> <p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p><i>Comme il s'agit d'une revue systématique, l'échantillon se compose de différents articles que les auteurs ont cherchés sur des bases de données électroniques en les sélectionnant d'après des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour les recherches d'articles, les auteurs ont utilisé une méthode rigoureuse. En l'occurrence, ici les auteurs ont cherché dans 8 bases de données différentes et ils se sont basés sur 10 articles publiés entre 2004 et 2012, impliquant 7515 infirmières.</i></p>

La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?

La méthode utilisée est appropriée, car les auteurs ont effectué une revue de littérature et ont cherché dans 8 bases de données scientifiques électroniques. Ils ont utilisé une stratégie de recherche pour récupérer les articles pertinents qui ont été développés en juillet 2012, par un bibliothécaire et un second auteur. Ils ont accompli un travail considérable sur l'évolution de la pratique du PS. Leur stratégie a généré 240 articles qui ont été entrés dans Thomson Reuters EndNote ! Étudiant X5 pour logiciel Windows. Les auteurs ont ensuite fait des sélections d'articles selon plusieurs critères.

Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?

Dans cette étude, les auteurs ont permis d'accroître la représentativité de l'échantillonnage, car toutes les études ont été sélectionnées selon des critères bien précis.

La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

Dans cette étude, l'échantillonnage est une limite bien décrite par les auteurs. Le taux de réponse est inconnu et le nombre de participants est relativement faible.

Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?

La taille de l'échantillon a été déterminée d'après les critères d'inclusions et d'exclusions des articles.

Est-elle justifiée sur une base statistique ?

Non, la taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>Dans cette étude, les auteurs ne précisent rien à ce sujet. Par ailleurs, il s'agit d'une revue systématique et il n'y a pas de participant à proprement dit.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Il n'y a pas d'élément précis dans l'article sur ce sujet étant donné qu'il s'agit d'une revue systématique.</i></p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Le devis de recherche = revue systématique permettant à l'étude d'atteindre son but. Ici le but est de comprendre et d'examiner de manière systématique la complexité des attitudes infirmières et des pratiques reliées à la PS. Les auteurs veulent donc obtenir des informations concernant l'état actuel des connaissances sur la question. La méthode de revue systématique est donc adaptée.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <i>Oui, le devis permet d'examiner toutes les questions de recherche ou du moins, il cherche à le faire au plus proche en tenant compte des articles trouvés sur les bases de données tout en correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion fixés par les auteurs.</i></p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) -</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <i>La méthode de recherche est appropriée : le fait de faire une revue systématique permet au lecteur d'avoir une vision globale de l'état actuel des connaissances sur un sujet donné.</i></p>

	<p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Il s'agit d'une revue systématique par conséquent les auteurs ne sont pas allés sur le terrain.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Dans cette revue systématique, les outils de mesures sont clairement définis et permettent de mesurer les variables. (Thomson Reuters EndNote ! Étudiant X5 pour logiciel Windows, la lecture des articles par les différents auteurs, évaluation de la qualité, les critères d'inclusion et d'exclusion).</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Oui, dans cette revue systématique la question de recherche est clairement formulée dans l'introduction de l'article. Par la suite, les auteurs répondent rigoureusement à cette dernière.</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Les auteurs disent qu'ils se sont basés sur une stratégie de recherche mise en place par un bibliothécaire et par un auteur qui a fait un travail considérable sur la pratique du PS. Pour la procédure de collecte de données, les auteurs ont utilisé un logiciel spécifique (pas plus d'informations). L'évaluation de la qualité des articles a été effectuée grâce à des outils validés.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? -</p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Oui, le processus de collecte de données est clairement décrit. Les auteurs ont effectué une recherche d'article dans 8 bases de données différentes et ont ensuite entré les 240 articles qu'ils ont trouvés dans un logiciel.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Les auteurs n'ont pas fait appel à du personnel compétent autre que les auteurs présents dans l'étude. Cela peut être un biais pour celle-ci.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? -</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Oui la méthode d'analyse des données est décrite sous forme de texte narratif et aussi sous forme de schéma. Les auteurs ont trouvé 240 articles grâce à une recherche d'article sur 8 bases de données. Ils ont ensuite trié plusieurs fois les articles et les ont sélectionnés d'après des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion étaient les suivants : des articles de recherche évalués par les pairs, rédigés en anglais, publiés entre janvier 1990 et décembre 2012, des rapports sur les infirmières et le PS concernant les patients en phase terminale, et âgés de 18 ans et plus. Ils ont exclu des études de cas, des commentaires, des récits, des livres, des éditoriaux, des résumés de conférences, l'examen des lettres et des articles qui ne correspondent pas aux objectifs de cet examen.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Dans une revue systématique, il n'y a pas de facteurs susceptibles d'influer les résultats. Les auteurs ont clairement décrit leurs critères d'inclusion et d'exclusion et se sont tenus à cela (étant donné que l'on ne cherche pas à analyser les comportements ou à mesurer des effets, ce facteur n'entre pas trop en ligne de compte).</i></p>

	<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les points importants.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>En effet, dans cette revue de littérature, les thèmes font ressortir la signification des données.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de textes.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Les thèmes sont logiquement associés entre eux et sont basés sur l'étude antérieure de Engstro & al. Ils sont bien décrits dans des textes narratifs.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les résultats sont résumés par un texte narratif en plus des tableaux dans lesquelles sont décrits les résultats sous forme de statistiques.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>Les auteurs ont évalué les données entre eux, mais n'ont pas fait appel à des experts.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? -</p>

	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <i>Les résultats sont basés sur l'étude de Engstro & al., 2007. Les thèmes qui ressortent de cette revue de littérature sont basés sur ceux trouvés dans cette étude-là.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <i>Oui, dans cette revue systématique, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.</i></p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>Les auteurs ne mettent pas en évidence les éventuelles limites de leurs études. Cependant, ils donnent une indication sur le fait qu'il y a des confusions par rapport à la définition du PS et qu'ils ont dû par conséquent utiliser une définition relativement large afin de prendre en compte tous les éléments significatifs.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <i>Dans cette revue systématique, les conclusions découlent logiquement des résultats.</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <i>Dans cette revue systématique, les auteurs ne soulèvent pas la question du caractère transférable des conclusions.</i></p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>Les auteurs ne précisent pas les conséquences des résultats pour la discipline infirmière.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Oui, les auteurs ont fait des recommandations pour la pratique infirmière et pour les recherches futures.</i></p>

	<p><i>La communication : Les auteurs préconisent d'améliorer la communication infirmières-médecins-autres professionnelles → utilisation de protocole simple de communication.</i></p> <p><i>La formation continue pour les professionnelles de santé afin d'améliorer la prise en soins du patient dans des situations de PS.</i></p> <p><i>Le besoin de ligne directrice qui précise le rôle de l'infirmière dans ce genre de situation</i></p> <p><i>Pour la recherche : Travaux supplémentaires afin de mieux comprendre la sédation/ travaux supplémentaires sur les pratiques connexes telles que l'hydratation ou l'alimentation lors de PS.</i></p> <p><i>Les résultats de cette revue systématique ont été en grande partie effectués sur une population caucasienne → faire des études culturelles afin d'explorer les aspects culturels de cette pratique.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p><i>Oui, les données sont suffisamment riches et pertinentes pour appuyer les conclusions.</i></p>
--	--

Grille adaptée du Fortin n°2 (2010)

Ada, B.-S., Arie, A., Frans, W., Huda, H. A.-S., & Ruud, M. (March 01, 2008). Dutch Nurses' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Nursing Ethics*, 15, 2, 186-198.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p><i>Les attitudes infirmières néerlandaises « vers l'euthanasie et le suicide médicalement assisté »</i></p> <p><i>Mots clés : attitudes ; prise de décision ; euthanasie ; infirmières ; suicide médicalement assisté.</i></p> <p><i>Les concepts clés : l'attitude et le rôle dans la prise de décision des infirmières face à l'euthanasie et à l'assistance au suicide.</i></p> <p><i>Le titre précise qu'une enquête sera réalisée auprès d'infirmières, mais il ne précise pas de quel domaine ces infirmières se situent.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><i>Le résumé présente l'article dans les grandes lignes. L'article parle des attitudes des infirmières concernant 3 questions relatives à leur rôle dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Une enquête par questionnaire a été menée auprès de 1509 infirmières qui travaillaient dans les hôpitaux, les organisations de SAD et les maisons de repos. Cette étude a été menée aux Pays-Bas entre janvier 2001 et août 2004.</i></p> <p><i>Résultats : Moins de la moitié (45%) des infirmières ont siégé aux comités qui examinent les cas d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Plus de la moitié des infirmières (58,2%) ont trouvé « trop compliqué » pour obliger les médecins à les consulter dans le processus de prise de décision. La majorité des infirmières ont déclaré que la préparation de la médication « mortelle » (62.9%) et l'insertion d'une aiguille de perfusion afin d'administrer les médicaments « mortels » (54.1%) ne devraient pas</i></p>

	<p><i>être acceptées comme tâches dans les soins infirmiers.</i></p> <p><i>Les résultats sont en cours de discussion dans le contexte des pratiques et des politiques communes aux Pays-Bas. Une recommandation a été faite afin de ne pas inclure ces « 3 questions » dans la nouvelle réglementation sur le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.</i></p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Le problème est clairement formulé. Suite à la dépénalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas ainsi que du suicide médicalement assisté, il s'agit ici d'étudier et de clarifier le rôle des soins infirmiers suite à la demande explicite d'un patient voulant mettre fin à ses jours.</i></p> <p><i>Plusieurs auteurs ont effectué des études concernant le rôle du médecin et de l'infirmière dans le processus de fin de vie.</i></p> <p><i>Verpoot & al. Et Dierckx de Casterlé & al. ont étudié plus spécifiquement le rôle des infirmières en soins palliatifs. Ces auteurs ont constaté que l'âge, les soins infirmiers spécialisés et la religion ont été importants dans l'argumentaire pour ou contre l'euthanasie.</i></p> <p><i>Dans l'étude suivante, il est question de définir le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté afin de délimiter les tâches entre les médecins et les infirmières dans les différentes étapes du processus d'euthanasie. De plus, les associations d'infirmières néerlandaises ont soulevé 3 questions particulières :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) En 1998, 5 comités d'examen concernant l'euthanasie ont été créés et la question se pose de savoir si les soins infirmiers devraient être représentés au sein de ces comités.</i> <i>2) La question se pose également de savoir si lors d'un projet sur l'euthanasie et le suicide assisté, est-ce que les infirmières devraient collaborer avec les médecins dans le processus de décision.</i>



	<p>3) <i>Après la loi qui est entrée en vigueur en avril 2002, sur la cessation de la fin de vie et le suicide assisté sur demande du patient, un débat a été entrepris afin de savoir si les infirmières devraient être autorisées à préparer les médicaments menant à la mort et si la pose d'une aiguille à perfusion afin d'administrer ces médicaments est de leur ressort.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <i>Oui, ce sujet est pertinent, car il y a encore beaucoup de débats au niveau mondial concernant l'euthanasie et l'assistance au suicide. En Suisse, l'euthanasie n'est pas légalisée, mais l'assistance au suicide oui. Le rôle de l'infirmière n'est pas clairement défini non plus tout comme dans l'article analysé ici. C'est un sujet qui nous concerne directement étant nous-mêmes de futures professionnelles dans le domaine des soins infirmiers.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>Dans ce texte, on parle du rôle des infirmières qui reste à définir ainsi que la clarification des tâches entre les infirmières et les médecins. On parle donc bien de la discipline infirmière.</i></p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans la partie introduction, il n'y a pas de recension des écrits.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? -</p>

	<p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p>-</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p><i>Dans l'introduction, les concepts clés ne sont pas définis clairement</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p><i>Le but de l'étude est de clarifier le rôle des infirmières face à l'euthanasie et au suicide assisté. Il est également important de délimiter les tâches qui sont effectuées par les infirmières et les tâches qui sont réalisées par les médecins. L'étude a été menée auprès d'infirmières travaillant dans les hôpitaux, aux soins à domicile ainsi que dans des foyers de soins.</i></p> <p><i>Des auteurs ont ensuite décrit les résultats de cette étude dans un rapport détaillé au ministre (en néerlandais) puis ont ensuite publié un article sur le rôle des infirmières concernant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté dans les soins à domicile.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p><i>La population à l'étude est définie, ce sont les infirmières ainsi que les médecins. La clarification et la délimitation du rôle de l'infirmière face à l'assistance au suicide et l'euthanasie sont le cœur du sujet.</i></p>

	<p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p><i>Dans cette étude, l'expérience des participants, mais aussi leurs valeurs, leurs perceptions, leurs responsabilités face à l'assistance au suicide et à l'euthanasie sont explicitées.</i></p> <p><i>Auparavant d'autres études ont été faites afin de définir l'attitude des infirmières quant à la question de fin de vie et les résultats démontrent que l'âge, les soins infirmiers spécialisés et la religion joue un rôle important dans l'attitude des infirmières face à ce sujet.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>-</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>-</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>Le rôle des infirmières dans les décisions au sein des hôpitaux néerlandais, des organisations de soins à domicile et des foyers de soins médicaux en fin de vie a été étudié en utilisant deux méthodes de recherche : qualitative et quantitative.</i></p> <p><i>Au cours de la phase qualitative, les infirmières étaient interrogées sur leurs pratiques et leurs attitudes face à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté. Les données recueillies ont été significatives pour la construction d'un questionnaire utilisé pour la phase quantitative de l'étude, en particulier en ce qui concerne le rôle des infirmières. Les données qualitatives sur les attitudes des infirmières ont été moins utiles, car le</i></p>

nombre et la portée étaient limités. De plus certaines questions semblaient être trop éloignées de la pratique quotidienne de ces dernières.

Tous les hôpitaux généraux et universitaires ainsi que toutes les organisations de soins à domicile accrédités, tous les foyers et les maisons de soins infirmiers aux Pays-Bas ont été contactés par téléphone avec une demande de participation à l'étude.

Un total de 488 institutions ont été contactées, 191 ont accepté de participer (73 hôpitaux, 55 organisations de soins à domicile et 63 maisons de soins infirmiers). Plusieurs raisons ont été invoquées pour la non participation à l'étude telles que la charge de travail, d'autres priorités, être submergé par l'étude, la réorganisation, la sensibilité au sujet, aucun intérêt chez les infirmières, aucune infirmière employée dans l'organisation, participation à d'autres études, maladie du gestionnaire, la fatigue engendrée par la recherche, l'organisation ne convient pas à la participation, pas ou peu d'expérience avec les demandes d'euthanasie ou suicide assisté (en lien avec la philosophie de l'institution et la philosophie de vie des patients).

Au total, 1509 infirmières ont reçu un questionnaire. Le taux de réponse était de 1179 et ils ont ensuite été analysés.

Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?

Oui, l'échantillon a permis d'atteindre les objectifs visés, car les infirmières participantes ont été recrutées de manière très précise.

Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?

Le groupe de recherche a estimé qu'un échantillon tiré au hasard donnerait une réponse limitée à l'étude et donc les auteurs ont décidé que l'échantillon de recherche se composerait uniquement d'infirmières ayant

	<p><i>une expérience avec l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté. Les critères d'inclusion étaient les suivants :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) L'infirmière avait une expérience professionnelle de plus de deux ans</i> <i>2) L'infirmière avait travaillé auprès du patient depuis plus de deux ans</i> <i>3) L'infirmière avait été employée au minimum à 50%</i> <i>4) L'infirmière avait connu durant son parcours professionnel une demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté au cours des deux dernières années. Cependant ce dernier critère ne devait pas trop réduire le nombre de participantes.</i>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Maastricht et l'hôpital académique de Maastricht. Comme le sujet était considéré comme très sensible, la participation à l'étude a garanti l'anonymat pour les organisations et les répondants. Les participants ont reçu une copie d'une lettre du ministre de la Justice dans laquelle la participation était recommandée et la promesse a été donnée aux participantes qu'il n'y aurait aucune poursuite pénale si certaines informations sur des pratiques illégales avaient été divulguées.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Pas de risque pour les participants et les données sont analysées de manière anonyme.</i></p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Le devis de recherche : une étude qualitative puis sur la base de celle-ci une étude quantitative a été conçue afin d'analyser les réponses des infirmières quant aux trois questions à étudier (voir les questions sous introduction, problème de recherche)</i></p>

	<p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? -</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) -</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <i>Oui, car les auteurs ont exploré en premier lieu la perception de l'infirmière quant à son rôle et son attitude face à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté, puis grâce aux données recueillies, ils ont pu élaborer un questionnaire plus ciblé et plus précis afin de récolter des réponses étant au plus proche de la réalité.</i></p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Les auteurs ont élaboré des questionnaires, cependant ils n'ont pas précisé s'ils avaient passé du temps avec les infirmières ou non. Il est mentionné que les questionnaires ont été distribués aux infirmières. On peut donc en déduire que les auteurs n'ont pas passé beaucoup de temps sur le terrain.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Les outils de mesure (questionnaire) sont définis pour le questionnaire qualitatif de manière globale, c'est-à-dire que les détails des questions ne sont pas présentés dans l'article. Pour l'étude quantitative qui a été entreprise, nous avons les données complètes dans un tableau (variables, pourcentages par domaine, etc.).</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Oui.</i></p>

	<p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Les résultats de l'étude qualitative, les données provenant des études antérieures ainsi que les connaissances de l'éthique et du droit ont constitué la base du questionnaire utilisé dans l'étude quantitative</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <i>Oui, ils ont fait un questionnaire qu'ils ont remis aux infirmières qui participaient à l'étude et ils ont mesuré ce qu'ils ont voulu mesurer.</i></p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? - </p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Oui, afin de promouvoir la validité du contenu, le questionnaire a été présenté à un certain nombre d'experts dans différents domaines. Par la suite, il a été testé dans une étude pilote auprès de 106 infirmières bénévoles. Leur taux de réponse était de 85%. L'équipe de recherche a examiné les résultats du questionnaire, les ont adaptés le cas échéant et les ont de nouveau testés avec trois autres infirmières.</i></p> <p><i>La version définitive du questionnaire a été divisée en 2 parties. La première partie (la plus vaste) concerne l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. La deuxième partie se centrait plus sur des questions concernant la douleur ainsi que les indications sur la fin de vie d'un patient. En plus des questions sur le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, les participantes ont été invitées à répondre à des questions quant à leurs attitudes, leur rôle dans le processus de décision du médecin et leur implication dans les activités préparatoires pour l'administration des médicaments entraînant la mort.</i></p>

	<p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>-</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel. Le questionnaire comprenait un nombre important de catégories de réponses ouvertes et des questions ouvertes. Ces réponses ont été enregistrées dans un fichier « texte » puis codées numériquement pour permettre une analyse. Ils ont été utiles pour l'extraction de données supplémentaires et pour l'interprétation des résultats.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Oui.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? -</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? -</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui, les résultats sont présentés de manière adéquate, à l'aide d'un tableau et de paragraphes structurés.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les résultats sont décrits en paragraphes. Il y a donc trois paragraphes pour répondre aux trois questions de départ de l'étude. Dans le premier paragraphe, figure les résultats de l'étude quantitative.</i></p>

Le plus grand groupe de répondants était employé dans les hôpitaux (527), puis dans les soins à domicile (407) et dans les maisons de soins infirmiers (238)

Pour la première question concernant le comité d'examen d'euthanasie et la participation des soins infirmiers dans celui-ci, on constate que les opinions divergent : 45% sur les 1172 infirmières membres du personnel infirmier appuyé par ce comité, 8.9% étaient contre et 41.6% étaient sans opinion. Les réponses des infirmières ont montré qu'un bon nombre d'entre elles avaient des connaissances insuffisantes pour discuter de manière adéquate à la question.

Concernant la collaboration entre les infirmières et les médecins dans le processus de décision quant à l'euthanasie et le suicide assisté, près d'un quart (22.6%) des infirmières ont approuvé la proposition visant à réglementer l'obligation des médecins de consulter l'infirmière avant de prendre leurs décisions sur des situations où une infirmière est impliquée lorsque celle-ci soigne le patient au quotidien.

Quant à la troisième question qui concernait les activités préparatoires de l'infirmière pour l'administration des médicaments menant à la mort, une minorité (40.8%) des infirmières pensent que l'insertion d'une aiguille de perfusion afin d'administrer les médicaments conduisant à la mort serait une tâche infirmière acceptable. La majorité (54.1%) estime que cela ne devrait pas faire partie de leur rôle. Il y avait une différence considérable entre les soins à domicile et les maisons de soins, d'une part, et les hôpitaux de l'autre.

Plus d'un tiers (31.9%) des infirmières ont déclaré que la préparation des médicaments entraînant la mort pourrait être une tâche acceptable dans le domaine des soins infirmiers, tandis que la majorité (62.9%) y était opposée. On remarque des différences considérables entre les infirmières des soins à domicile et les infirmières travaillant dans des foyers de soins, d'une part et les hôpitaux de l'autre.

L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?

-

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <i>Oui, expliqué ci-dessus.</i></p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <i>Il n'existe pas d'études similaires identifiées dans la littérature, donc les résultats ne peuvent pas être comparés à d'autres. Cependant, les résultats d'études antérieures ont permis d'élaborer le questionnaire pour l'étude quantitative.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <i>Oui.</i></p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>Non, les limites de l'étude ne sont pas clairement explicitées. Cependant, les auteurs ont choisi des critères d'inclusion afin de cibler au mieux la population.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <i>Oui.</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <i>-</i></p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>Les résultats sont considérés comme représentatifs des infirmières néerlandaises qui ont eu des expériences d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Cependant, la discussion sur les résultats indique que ces trois questions faisant l'objet de l'étude peuvent avoir un intérêt pour un public plus large que dans les Pays-Bas. Ces résultats peuvent aider les infirmières dans d'autres pays où l'euthanasie et le suicide assisté deviendrait légal.</i></p>

	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Non.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Oui.</i></p>
--	--

Grille adaptée du Fortin n°3 (2010)

Brauer, S., Bolliger, C., & Strub, J. D. (2015). « Swiss physicians' attitudes to assisted suicide »: A qualitative and quantitative empirical study. *Swiss Medical Weekly*, 145(May), 1-8. doi :10.4414/smw.2015.14142

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? "Swiss physicians' attitudes to assisted suicide"</p> <p><i>Attitudes des médecins suisses face au suicide assisté.</i></p> <p><i>Mots clés : suicide médicalement assisté ; le suicide assisté ; régulation du suicide</i></p> <p><i>Oui les concepts clés sont définis dans le titre. Celui-ci précise que l'étude parle de suicide assisté et de l'attitude des médecins dans cette pratique.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Principe : <i>En Suisse, le suicide assisté est légal aussi longtemps que cela ne comporte pas de motifs égoïstes. Le suicide médicalement assisté est régi par des directives spécifiques émises par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Cet article parle des résultats d'une étude empirique concernant l'attitude des médecins face au suicide assisté en Suisse. Cette étude a été menée selon la volonté de l'ASSM.</i></p> <p>Méthode : <i>12 entretiens qualitatifs et une enquête écrite ont été menés, impliquant un échantillon aléatoire stratifié des médecins suisses (4837 contactés, 1318 répondants, soit un taux de réponse de 27%)</i></p> <p>Résultats : <i>En raison du taux de réponse et de la grande variation des participants d'une spécialité professionnelle à l'autre, les conclusions et les interprétations présentées doivent être considérées comme applicables uniquement au groupe de médecins qui sont intéressés ou qui sont particulièrement touchés par la question de suicide assisté.</i></p> <p><i>Parmi les participants, 77% considéraient le suicide médicalement assisté justifié, tandis que 22% étaient</i></p>

	<p><i>fondamentalement opposés. Bien que 43% pourraient imaginer des situations où ils seraient personnellement prêts à effectuer le suicide assisté, il ressort de l'étude que cette préparation potentielle ne signifie pas que tous les répondants seraient automatiquement prêts à l'exécuter dans la pratique, même si les critères juridiques sont respectés. La grande majorité des participants pense qu'il devrait n'y avoir aucune obligation d'effectuer l'aide médicale au suicide. Les opinions divergent quant à savoir si le suicide médicalement assisté doit rester limité aux cas où la personne demandeuse se rapproche de la fin de la vie. Une grande majorité des répondants considéraient le suicide assisté par un médecin justifiable, en principe, dans les situations de non fin de vie, 74% des personnes étaient en faveur du maintien du critère de fin de vie dans les lignes directrices de l'ASSM comme condition nécessaire pour le suicide médicalement assisté. Plus de 50% des participants n'ont jamais été confrontés à une demande de suicide assisté par un patient</i></p> <p>Conclusions : <i>La grande majorité des cas de suicide assisté par un médecin est considérée comme justifiable, cependant, le soutien des médecins dépend fortement de la situation spécifique du patient. L'étude indique que même les médecins exprimant la volonté potentielle d'effectuer eux-mêmes le suicide assisté ne seraient pas « capables » de le faire si tous les critères pour le suicide assisté étaient présents. Le suicide assisté semble donc être une situation exceptionnelle que les médecins devraient réaliser de leur propre volonté. Les auteurs recommandent que dans les lignes directrices sur le suicide médicalement assisté en Suisse de l'ASSM, il devrait y figurer une condition supplémentaire qui est le critère de fin de vie. Cette condition devrait être nécessaire pour le suicide médicalement assisté.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Cette étude a été menée selon la demande de l'ASSM au printemps 2013. L'objectif était d'obtenir une vue d'ensemble concernant point de vue des médecins en Suisse sur le sujet du suicide assisté et de leurs expériences dans ce domaine.</i></p> <p><i>La réalisation de l'étude a été motivée par la controverse</i></p>

qui a surgi en 2012 sur la réglementation de l'aide médicale au suicide. Les directives de l'ASSM sur « les soins de fin de vie » qui font partie du code de l'Association Médicale Suisse (FMH), prévoit la possibilité d'un suicide médicalement assisté dans des cas exceptionnels, bien que les critères spécifiés sont plus stricts que les exigences légales générales pour le suicide assisté en Suisse : « Sur la base de l'état du patient, on peut supposer que la fin de vie est imminente. Des options alternatives ont été discutées et si le patient le désire, on les met en œuvre. Le patient doit avoir la capacité décisionnelle et le désir de suicide qui est bien réfléchi, ce désir se pose sans pression externe de la part d'un tiers et la demande est persistante. Cela a été vérifié par un tiers indépendant, pas nécessairement un médecin ».

Le comité central d'éthique de l'ASSM en 2012 ajoute : « Il doit être exclu que le désir de se suicider est dû à des troubles mentaux dont souffre la personne »

Le suicide médicalement assisté est principalement compris comme la prescription ou la distribution d'un médicament en vue du suicide. D'autres actions constituant le suicide assisté sont pex d'insérer ou de laisser une canule en place dans le but de suicide par perfusion ou de fournir des instructions spécifiques afin de se suicider.

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour les personnes résidentes en Suisse, le nombre de suicides assistés est passé de 187 à 508 entre 2003 et 2012, le nombre de cas de suicide assisté impliquant des personnes ne résident pas en Suisse n'est pas connu. Au vu du manque de données précises, il est difficile d'estimer l'évolution future.

La présente étude est une évaluation qualitative avec une composante quantitative. Les conclusions et les interprétations se rapportent au groupe de médecins qui sont intéressés ou particulièrement affectés par la question du suicide assisté en Suisse.

	<p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <i>Oui, le sujet est tout à fait actuel. On parle dans cette étude de l'attitude des médecins face au suicide assisté. Le médecin, étant notre plus proche collaborateur dans notre future profession, il semble judicieux de prendre en considération les résultats de cette étude concernant leur point de vue face à cette pratique.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>Dans cette étude, on parle du point de vue des médecins suisses sur le sujet du suicide assisté et de leurs expériences dans ce domaine. On parle ici de la discipline médicale en particulier. Cependant, la discipline médicale reste proche de la discipline infirmière puisque les deux ont le même but quant à la situation de santé du patient.</i></p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Il ne semble pas y avoir eu une recension des écrits puisque le sujet est très récent. Cette étude doit être l'une des premières sur le sujet en Suisse.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? -</p> <p>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? -</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? -</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Oui les concepts clés de l'étude sont cités, mais ne sont pas définis clairement.</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? -</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Le but de l'étude est d'obtenir une vue d'ensemble du point de vue des médecins en Suisse sur le sujet du suicide assisté et leurs expériences dans ce domaine, à l'aide donc d'une étude empirique qualitative et quantitative.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? -</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Dans cette étude, les auteurs se sont intéressés au point de vue des médecins face à l'assistance au suicide en Suisse.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? -</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? -</p>

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>Etude qualitative (interviews)</i> <i>Echantillonnage et collecte de données : 12 entretiens structurés individuelles ont été menés auprès des médecins. Pour assurer l'équilibre, les personnes interrogées ont été sélectionnées selon les critères suivants : le plus large éventail possible de point de vue, des spécialités qui sont le plus souvent confrontées à des groupes de patients qui demandent le suicide et diverses régions de Suisse (allemande, française, italienne), les zones (rurale, urbaine) et les milieux de travail (hôpital, pratique indépendante).</i></p> <p><i>Etude quantitative (partie écrite)</i> <i>Echantillonnage et collecte des données : Pour l'enquête écrite, les adresses ont été obtenues à partir de la base de données des membres de l'Association Médicale Suisse (FMH) en février 2014. Un échantillon aléatoire stratifié disproportionné (4837) a ensuite été sélectionné, avec sur échantillonnage des minorités linguistiques (italien, français) et des spécialités présentant un intérêt particulier (médecine familiale, psychiatrie et psychothérapie, neurologie, oncologie médicale et gériatrie). Après le prétest, où les participants ont été invités à commenter les problèmes, le questionnaire allemand a été traduit en italien et en français et chacune des versions traduites a été vérifiée par deux personnes ayant une expertise dans la langue nationale en question. Attaché au questionnaire il y avait une définition du suicide assisté ainsi qu'un résumé de la réglementation en vigueur. Le sondage a été envoyé par poste entre le 7 mars et le 28 avril 2014 (n=1318). De légères différences dans la participation ont été observées entre les sexes et entre les régions de différents langages, le taux de réponse varie considérablement d'une spécialité à l'autre.</i></p>

	<p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>-</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>La méthode d'échantillonnage a été faite selon les régions et selon les spécialités des participants. Dans la partie quantitative les régions en minorité linguistique (italien et français) ont été sur échantillonnées. Ainsi que les spécialités présentant un intérêt particulier.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p><i>Par saturation des données, car les auteurs ont pris en considération tous les questionnaires qui ont été remplis par les personnes correspondant au profil de l'étude.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p><i>L'étude a été commandée par l'Académie Suisse des Sciences Médicales et les adresses des participants ont été obtenues à partir de la base de données des membres du FMH.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p><i>On peut émettre l'hypothèse que les répondants ont pu avoir des bénéfices en participant à cette étude.</i></p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p><i>Il semble que oui, au vu des résultats mentionnés plus bas.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>-</p>

	<p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>-</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>-</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p><i>Les auteurs ont passé une partie sur les terrains avec les participants durant la partie qualitative de l'étude, et par la suite, pour la partie quantitative, ils ont réalisé un questionnaire qu'ils ont envoyé par la poste.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p><i>Le questionnaire comportait des questions sur des sujets tels que :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) L'attitude de base à l'aide au suicide (les médecins ne devraient pas effectuer le suicide assisté, les médecins devraient être autorisés à effectuer le suicide assisté, les médecins devraient être tenus d'accomplir le suicide assisté).</i> <i>2) Les participants pourraient imaginer des situations où ils seraient personnellement prêts à effectuer le suicide assisté (réponses possibles : oui, probablement, probablement non, non)</i> <i>3) L'attitude de base à l'aide au suicide, en particulier dans des situations cliniques : les participants considèrent le suicide assisté justifier, en principe, dans différentes situations (réponses possibles : oui, probablement, probablement non, non)</i> <i>4) Attitude face aux critères de l'ASSM quant au suicide assisté : est-ce que les participants croient que le suicide assisté devrait être permis si le patient est proche de la fin de vie, à savoir si la mort peut se produire dans quelques jours ou quelques semaines (réponses possibles : oui, probablement,</i>

	<p><i>probablement non, non)</i></p> <p>5) Critère dans les directives de l'ASSM qui exige une 2^e opinion pas nécessairement de la part d'un médecin, sur la capacité décisionnelle du patient et si le désir de suicide est bien considéré.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p><i>Il n'y a pas vraiment de question de recherches autre que le but de l'étude en lui-même.</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p><i>Les outils ont été créés pour cette étude</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p><i>Il existe une bonne cohérence entre le but de l'étude, les outils ainsi que la manière dont ils ont été utilisés.</i></p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données /enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p><i>Les données ont été recueillies grâce aux interviews dans la partie qualitative et grâce au questionnaire envoyé par poste dans la partie quantitative.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p><i>Ceci n'est pas précisé dans cette étude.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p><i>Non, pas clairement décrit.</i></p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Analyse (pour la partie qualitative) : les données des entrevues ont été évaluées à l'aide d'une analyse inductive en 2 parties. L'analyse à partir des cas individuels a examiné les positions prises par le sujet, les types d'arguments utilisés, les sujets considérés comme importants, les concepts employés et le point de vue individuel. Dans la contre-analyse les interviews ont été comparées selon les dimensions thématiques.</i> <i>La structure thématique résultante a été utilisée tout d'abord pour décrire les opinions tenues et pour relier les positions et valeurs éthiques fondamentales qui sous-tendent les opinions exprimées.</i> <i>Le but de la partie qualitative de l'étude était d'identifier les questions et les points clés liés au sujet du suicide assisté, de documenter les positions et les raisons citées, et de se préparer pour la partie quantitative de l'étude.</i></p> <p><i>Analyse (pour les résultats) : Pour l'analyse, les résultats ont été pondérés afin de refléter le « poids réel » des différentes régions linguistiques. Dans le cas des spécialités, le poids cible n'était pas la proportion réelle de la population médicale totale représentée par les diverses spécialités, mais la proportion pour refléter le taux de réponse très variable.</i> <i>En raison du taux de réponse et de la grande variation de participants d'une spécialité à une autre, les conclusions et les interprétations présentées ici doivent être considérées comme représentatives au groupe de médecins intéressés ou particulièrement touchés par la question du suicide assisté. Donc les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des médecins en Suisse. Les résultats pondérés ne diffèrent pas vraiment des résultats non pondérés.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Pas préciser dans cette partie de l'étude.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Pas vraiment de résumé des résultats.</i></p>
---------------------	--

	<p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Les thèmes recherchés sont en cohérence avec le but de l'étude.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de pourcentages.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Oui les résultats sont présentés à l'aide d'un texte narratif séparé en plusieurs paragraphes.</i> <i>Les résultats de l'étude empirique concernent :</i></p> <p>1) <u>Les attitudes fondamentales des médecins à l'aide au suicide.</u> En ce qui concerne l'attitude de base sur l'aide au suicide, 73% de tous les participants pensent que les médecins devraient être autorisés à participer au suicide si les critères légaux sont remplis, 22% ont été fondamentalement opposés au suicide assisté et 4% ont dit que les médecins devraient être tenus d'effectuer le suicide assisté si les critères légaux sont respectés.</p> <p>3 attitudes fondamentales concernant l'aide médicale au suicide peuvent être identifiées : 43% considèrent le suicide assisté comme acceptable et pourraient imaginer des situations où ils seraient personnellement prêts à l'effectuer, 28% tolèrent le suicide assisté, mais ne pourraient pas l'effectuer eux-mêmes. Contrairement à ces 2 groupes, 21% sont fondamentalement opposés à l'aide au suicide et ne pourraient pas l'effectuer personnellement. Plus de 50% des personnes interrogées n'avaient jamais vécu une demande</p>

d'aide au suicide.

2) Attitudes à l'égard du suicide assisté par rapport à des groupes de patients spécifiques.

Les médecins ont été confrontés à 8 scénarios différents décrivant les différents types de personnes qui désirent se suicider. La question posée était : Peu importe si vous souhaitez effectuer personnellement le suicide assisté, considérez-vous qu'il est justifié pour un médecin de prescrire ou délivrer un médicament à un patient pour se suicider dans les situations suivantes ?

Dans chacun des cas la personne à sa capacité de discernement... Et donc les auteurs ont exposé diverses situations aux médecins. Dans l'ensemble, pour la majorité des personnes interrogées, le soutien au suicide assisté dépend de la situation spécifique. Cela rejoint les résultats donc de l'entretien qualitatif. Pour une minorité seulement, l'approbation ou le rejet de l'aide au suicide ne dépendra pas de la description de la personne qui en fait la demande. D'une manière générale, plus une maladie somatique est présente et en phase terminale, plus l'acceptation du suicide assisté sera acceptée.

3) Arguments éthiques utilisés pour justifier ou pour l'opposition du suicide assisté.

La grande majorité des médecins ne remet pas en cause l'acceptabilité du suicide médicalement assisté, c'est ce qu'a démontré l'enquête écrite. Les entretiens ont révélé comme justification éthique de la responsabilité médicale. Ceux-ci incluent la réduction de la souffrance comme un objectif de la médecine, qui peut également être servi comme dernière solution par le suicide assisté. L'administration d'une dose létale est perçue comme une forme de mort et non par des méthodes violentes de suicide. Le respect de l'autonomie du patient est cité dans les entretiens qualitatifs comme une justification éthique pour bénéficier du suicide assisté. Dans les entretiens, il est dit que la qualité de la relation entre le médecin et le patient est importante pour effectuer un suicide

assisté. Le médecin et le patient ont créé une relation de confiance et le médecin doit connaître très bien son patient. Cette connaissance a été jugée nécessaire afin de pouvoir dire si l'aide au suicide est admissible ou non chez un patient. Dans les entretiens qualitatifs, le rôle clé est celui du médecin généraliste. Ceci a été aussi mis en évidence dans la partie écrite de l'étude. L'importance centrale attachée au caractère volontaire et à l'autonomie des médecins a été fréquemment soulignée dans les entretiens qualitatifs.

- 4) Préparation potentielle des médecins à être impliqué dans un suicide. Le suicide assisté en Suisse reste un événement rare. La plupart des suicides assistés sont effectués par des médecins qui sont membres d'une organisation et non par les médecins qui travaillent dans les hôpitaux, maisons de soins infirmiers ou cabinet médical. En conséquence, le manque d'expériences et de confrontations pourraient être aussi une raison de la différence dans les attitudes des médecins. La recherche indique également que les médecins sont plus réticents à soutenir l'aide au suicide quand ils doivent assumer la responsabilité complète et finale, contrairement aux infirmières pex.*
- 5) Le critère de fin de vie comme une condition nécessaire pour le suicide médicalement assisté. L'enquête écrite a révélé une divergence frappante en ce qui concerne le critère de fin de vie. Selon les directives de l'ASSM, une condition nécessaire pour l'acceptabilité du suicide assisté est que la personne concernée à l'espérance de vie de seulement quelques jours ou quelques semaines. Une grande majorité des participants (74%) ont indiqué que cette condition doit être maintenue. Cela contredit donc les déclarations faites quant à l'acceptabilité du suicide assisté dans des situations spécifiques. Dans l'évaluation des situations spécifiques, seule une minorité (10%) a estimé que le suicide assisté ne devrait pas être limité aux patients en fin de vie. Une étude réalisée auparavant*

	<p><i>indique que 57% des médecins pensent qu'il faut limiter l'assistance au suicide aux personnes en phase terminale. Dans cette étude 72% des participants ont dit qu'il était justifiable de demander l'aide au suicide lorsque le patient est en phase non terminale de sa maladie.</i></p> <p><i>63% des participants étaient prêts à évaluer si la personne était proche de la fin de vie. Les proportions sont particulièrement frappantes dans le groupe de personnes potentiellement prêt à être impliqué dans le suicide assisté : la quasi-totalité (90%) serait prête à évaluer les critères de la capacité décisionnelle et du désir de mourir, mais seulement deux tiers (66%) évalueraient le critère de fin de vie. Il y a donc 12% des l'ensemble des personnes enquêtés qui serait prêt a être impliqué dans le suicide assisté sans évaluer tous les critères spécifiés dans le code professionnel.</i></p> <p><i>Ces divergences concernant la fin de vie doivent être expliquées. Comme explication possible de cet écart, il est suggéré que le critère de fin de vie ne représente une solution idéale que pour une petite minorité des participants. Ceci remettrait donc en cause le caractère contraignant des directives de l'ASSM dans la pratique médicale réelle pour la condition de fin de vie.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>-</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p><i>Les auteurs ont clairement défini leurs résultats grâce aux outils utilisés dans leur étude.</i></p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p><i>Pas d'études antérieures décrites dans cette étude.</i></p>

	<p><i>Seulement une étude réalisée en 2008 indique des résultats différents de cette étude –ci.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p><i>Oui.</i></p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p><i>Oui.</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>-</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p><i>Cette étude a permis de mettre en évidence l'ambivalence dans l'attitude des médecins face au suicide assisté en particulier en ce qui concerne les critères définis par l'ASSM.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p><i>Les auteurs recommandent que les directives de l'ASSM actuelles qui régissent le suicide assisté en Suisse devraient être examinées en ce qui concerne le critère de fin de vie comme condition pour le suicide médicalement assisté. Ce critère est déterminant dans l'inclusion ou dans l'exclusion de certains groupes de patients.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p><i>Oui, néanmoins, il manque encore des données scientifiques dans le domaine.</i></p>

Grille adaptée du Fortin n°4 (2010)

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

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p><i>Le titre précise les concepts clés : L'attitude des infirmières israélienne, le domaine des soins intensif et la mort médicalement assistée.</i></p> <p><i>Etude qualitative (on cherche l'attitude des infirmières). Il s'agit ici d'une revue de littérature concernant les attitudes infirmières face à la mort médicalement assistée.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Background : <i>Le background explique que dans les soins intensifs, la fin de vie est une chose qui est courante et qu'il existe plusieurs manières de hâter de processus de mort. Une des manières est le PAD (physician-assisted dying).</i></p> <p>But : <i>Le but est de déterminer les attitudes et les pratiques des infirmières envers le PAD</i></p> <p>Méthode : <i>Un échantillon de 71 infirmières des soins intensives ont rempli un questionnaire sur les attitudes des infirmières envers le PAD. Le questionnaire cherche à savoir si les infirmières ont effectué des mesures pour accélérer le processus de mort.</i></p> <p>Participants : <i>71 infirmières</i></p> <p>Résultats : <i>La majorité des infirmières soutiennent le PAD</i></p> <p><i>Seulement 10% des infirmières sont d'accord de participer au PAD et ont administrer les médicaments. Certaines infirmières ont été interpellées par la famille ou par le patient. Aucune infirmière n'a administré de dose létale. De plus, il n'y a pas de différence significative au niveau du sexe, de l'âge, de l'éducation, etc. Par contre, il y a une différence significative au niveau de la religion.</i></p>

	<p>Conclusions : <i>Les infirmières de soins intensifs israéliennes sont en accord avec le concept du PAD, mais ne veulent pas avoir de rôle actif dans la phase d'accélération du processus de la mort. C'est d'autant plus vrai chez les infirmières qui se considèrent comme religieuses.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>L'introduction se fait sous forme d'une revue de littérature qui met en lumière toute les études qui ont déjà été faites sur ce sujet. Le texte comprend les avis différents des professionnelles de la santé sur le sujet.</i></p> <p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <i>Il s'agit d'étudier l'attitude des infirmières israéliennes qui travaillent dans le domaine des soins intensifs face à la PAD. Les infirmières en soins intensifs sont celles qui sont le plus confrontées à des situations de vie ou de mort.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <i>Oui, le problème est pertinent, car le débat est toujours vif et d'actualité. C'est un sujet qui est très sensible, car il touche aux valeurs personnelles et professionnelles et ce n'est jamais des décisions qui sont faciles à prendre pour le personnel soignant. De plus, c'est un débat qui fait intervenir l'éthique, car il s'agit de fin de vie ou d'hâter le processus de mort.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>Oui, le problème a une signification pour la discipline infirmière, car ce sont elles qui sont au plus proches des patients. Le corps médical est aussi étroitement impliqué, car c'est le médecin qui fera part de son « pouvoir » de décision. L'ordre médical sera donné par le médecin et il reste à découvrir comment l'infirmière réagit face à ce genre d'OM.</i></p>

	<p><i>Est-ce que l'infirmière donne le médicament létal ou est-ce qu'elle intervient uniquement dans l'accompagnement du patient ?</i></p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans ce texte, une recension des écrits a été entreprise. L'introduction du texte est rédigée sous forme de revue de littérature dans lequel figure la recension des écrits. En effet, les auteurs définissent les différentes études qui ont déjà été menées sur ce sujet, mais de manière plus large. Les auteurs font une recension des écrits concernant l'attitude des professionnelles de santé face aux différents processus utilisés pour hâter la mort.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>Oui, la recension sous forme de revue de littérature fournit une bonne synthèse de l'état actuel de la question par rapport au problème de recherche et démontre de manière concrète qu'il existe peu de recherche sur le sujet du PAD. Le plus grand corps de la littérature est lié au PAS.</i></p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Oui, en effet l'auteur présente l'état actuel des connaissances sur le sujet. Dans la recension, la question de recherche sera prise de manière plus large que dans l'étude. C'est-à-dire : l'attitude des professionnelles de santé face aux différentes méthodes pour hâter le processus de mort.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? -</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Les concepts clés sont définis dans l'introduction, c'est-à-dire, le PAD, PAS, euthanasie et les attitudes des infirmières</i></p>

	<p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p><i>Oui le but est énoncé de manière claire et précise : il s'agit d'obtenir des informations sur l'attitude des infirmières israéliennes travaillant en soins intensifs par rapport au PAD ainsi qu'aux autres méthodes qui permettent de hâter le processus de la mort. Les variables qui pourraient influencer l'attitude des infirmières fourniraient des informations importantes sur les potentielles et possibles pratiques de tels actes.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>-</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p><i>Oui, la question de recherche reflète clairement la recension des écrits et découle logiquement du but. En effet, dans la revue de littérature figure une synthèse des études qui ont été réalisées.</i></p> <p><i>En effet elles traitent de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs et des perceptions. Il s'agit d'une étude qualitative.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>-</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p><i>La question de recherche s'appuie de manière générale sur la méthode sous-jacente.</i></p>



METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? <i>La population dans cette étude est définie de manière précise étant donné qu'il s'agit d'infirmière israélienne travaillant dans une unité de soins intensifs.</i></p> <p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? <i>La population est définie de manière précise : il s'agit d'un échantillon de 71 infirmières israéliennes qui travaillent dans un service de soins intensifs. Ces infirmières proviennent d'un grand hôpital d'enseignement non-sectoriel et laïque en Israël. Le détail de ces 71 infirmiers est donné dans la partie résultats. Il s'agit de 64 femmes et de 7 hommes. Environ la moitié de l'échantillon est israélien natif (n =35), les autres sont des immigrés. (n =8 en provenance d'Asie), (n=10 en provenance d'Afrique), (n=28 en provenance d'Europe), (n=3 en provenance d'Amérique) et (n1 en provenance d'autres pays)</i></p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <i>La méthode utilisée est appropriée, car les assistants de recherche ont d'abord demandé la permission d'effectuer cette étude à la directrice des soins puis ils ont reçu l'accord de la part des ICUS de chaque unité de soins. Ils ont ensuite distribué les questionnaires aux infirmières volontaires.</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? <i>Dans le texte, il n'y a pas d'explication concernant ce sujet. En effet, il n'existe pas d'information sur le nombre d'infirmières qui travaillent dans cet hôpital. Cependant dans le paragraphe sur les limites de l'étude, les auteurs décrivent qu'il s'agit d'un échantillon de commodité.</i></p>

	<p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>Dans cette étude, l'échantillonnage est une limite bien décrite par les auteurs. Le taux de réponse est inconnu et le nombre de participants est relativement faible.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p><i>La taille de l'échantillon a été déterminée de manière aléatoire (échantillon de commodité), car les assistants de recherche ont distribué les questionnaires à toutes les infirmières du grand hôpital d'enseignement non-sectoriel et laïque en Israël. Non, la taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique, les auteurs ont utilisé la saturation des données.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p><i>Oui, les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Les enquêteurs ont dans un premier temps demandé l'autorisation à la directrice des soins de l'institution. Dans un second temps, les assistants de recherche ont reçu l'accord de procéder à l'étude par les ICUS des 4 unités de soins intensifs. Les assistants de recherche ont donc distribué les questionnaires aux infirmières volontaires. L'identité des sujets n'est pas incluse dans les questionnaires.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p><i>Il n'y a pas d'élément précis dans l'article sur ce sujet, cependant, il est clair que les infirmiers qui ont participé à l'étude étaient volontaires et n'étaient pas exposés à des risques. Cependant, on peut en déduire que du fait qu'il s'agit d'un échantillon de commodité, il se peut que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population. De plus, l'échantillon est relativement faible. Le taux de refus réel n'a pas été comptabilisé.</i></p>

Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p><i>Le devis de recherche qualitatif permet à l'étude d'atteindre son but. Ici le but est de déterminer les attitudes d'une population face à une situation donnée. La méthode qualitative est indispensable pour réaliser ce genre d'étude.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>-</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>-</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p><i>La méthode de recherche est appropriée : le fait de faire une revue de littérature au début permet au lecteur de comprendre les différentes recherches qui ont déjà été menées sur ce sujet. Grâce aux questionnaires, la méthode est pertinente pour récolter des informations. Le problème est le faible échantillon utilisé dans cette étude qui pourrait diminuer la fiabilité de cette dernière.</i></p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p><i>Les auteurs ne précisent pas combien de temps ils passent sur le terrain. Si on se réfère au texte, ils disent qu'ils ont distribué les questionnaires et les ont récupérés quelques heures après.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p><i>Dans le texte, les auteurs ont décidé de travailler à l'aide d'un questionnaire sur l'attitude des infirmières concernant l'assistance à la mort. Le questionnaire comportait également les variables démographiques.</i></p>

	<p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>-</p> <p>L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ?</p> <p><i>L’auteur ne précise pas d’où proviennent les questionnaires, mais il semblerait qu’ils existaient déjà. Les auteurs de ce texte disent que les auteurs du questionnaire original établi la validité et la lisibilité du contenu. Cependant, il n’y a pas de données sur la fiabilité du questionnaire. De plus, la fiabilité de la version révisée du questionnaire n’a pas été testée.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>-</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p><i>Il est expliqué dans le texte que les auteurs ont distribué les questionnaires aux infirmières volontaires des quatre unités de soins intensifs après avoir obtenu l’accord de la directrice des soins ainsi que des ICUS. Les assistants de recherche ont récupéré les questionnaires remplis quelques heures après.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p><i>Le questionnaire a été traduit de l’anglais en hébreu pour que les infirmières répondent correctement aux questions. Les réponses aux questionnaires ont ensuite été traduites en anglais grâce à des infirmières spécialisées en soins intensifs afin de ne pas modifier la pensée des participants.</i></p> <p>Si l’étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p> <p><i>Non, l’étude ne comporte pas de variable indépendante.</i></p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Oui la méthode d'analyse est décrite. Les données ont été analysées grâce à un logiciel. (Progiciel de statistiques pour la version sciences sociales 9.0 pour Windows (SPSS Inc , Chicago , Illinois)</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas explicitement décrits dans le texte.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les points importants.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? -</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de texte.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? -</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les résultats sont résumés par un texte narratif et par des tableaux dans lesquelles sont décrits les résultats sous formes statistiques.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>Le questionnaire a été traduit en hébreu, puis de nouveau traduit en anglais pour vérifier la validité de la traduction. La validité du contenu et la lisibilité de l'instrument modifié ont été vérifiées avec plusieurs infirmières en soins intensifs expérimentés.</i></p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>-</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p><i>Les résultats ne sont pas discutés à la lumière d'études antérieures.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p><i>Les limites sont clairement définies dans le texte. En effet, il existe des limites concernant l'échantillon qui est de commodité et qui n'est donc pas forcément représentatif de la population. De plus, le taux de refus est inconnu. Pour finir, les infirmières ont répondu à un questionnaire qui est basé sur quatre vignettes ou les enjeux sont éthiques et juridiques. Cela peut avoir faussé les réponses des infirmières de peur des répercussions juridiques.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p><i>Oui</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>-</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>-</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>-</p>

Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Les auteurs décrivent un chapitre concernant les implications sur la pratique infirmière à plusieurs niveaux :

Recherche → *Au niveau de la recherche, les auteurs préconisent de faire davantage de recherche interculturelle au niveau des fournisseurs de soins de santé en unités de soins intensifs, reliés à l'influence de la religion et de la culture surtout face au PAD. De plus, le fait d'avoir des comparaisons entre des infirmières travaillant dans des domaines différents apporterait des réponses.*

Pratique → *Le risque au niveau de la pratique infirmière c'est que les décisions au niveau des soins se prennent souvent d'après aspect économique. Cela augmente le risque est d'utiliser l'EA, le PAD ou le PAS de façon croissante. Les personnes vulnérables seraient extrêmement touchées. Il risque d'avoir un conflit entre les croyances éthiques et les responsabilités juridiques.*

Education → *Selon les auteurs, les résultats de cette étude peuvent être utilisés dans l'éducation des professionnelles de santé. L'utilisation de scénarios similaires permettrait aux enseignants d'aider les étudiants à explorer leurs croyances et leurs attitudes concernant la fin de vie.*

Grille adaptée du Fortin n°5 (2010)

De Veer, A. J. E. De, Francke, A. L., & Poortvliet, E. (2008). Nurses' Involvement in End-of-life Decisions, *33*(3), 222-228.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p><i>Participation des infirmières dans les décisions de fin de vie</i></p> <p><i>MOTS CLÉS : La planification avancée des soins, les décisions de fin de vie, l'euthanasie, les infirmières, les soins palliatifs, soins terminaux, traitement retenu.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><i>Le résumé présente l'article dans les grandes lignes. Il n'est pas séparé en paragraphes clairement distincts. Il parle du contenu de l'étude. Il s'agit ici d'étudier le rôle réel des infirmières dans la prise de décision de fin de vie. Ce sont des infirmières en soins palliatifs qui ont répondu à cette question.</i></p> <p><i>Trois quarts des infirmières ont été impliqués dans la prise de décision de fin de vie au cours des deux dernières années. Les infirmières parlent souvent avec le patient, leurs familles ou encore le médecin quand il s'agit de parler de la phase terminale.</i></p> <p><i>Dans l'étude, les auteurs constatent que les médecins devraient discuter de ces décisions avec les infirmières plus souvent.</i></p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Le problème est clairement formulé. L'objectif de l'étude est de répondre aux questions suivantes :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Comment les infirmières considèrent leur rôle dans les décisions médicales avant une fin de vie dans le cas d'une cessation de traitement (retirer pex l'hydratation et la nutrition parentérales), soulager la douleur et les symptômes avec des médicaments susceptibles d'abréger la vie, ainsi que dans les cas où il y a une demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté ?</i> 2) <i>Quel est le rôle actuel des infirmières dans les décisions médicales de fin de vie ?</i> 3) <i>Quelle est la relation entre le point de vue des infirmières et leur implication réelle par rapport aux données sociodémographiques (type de milieu de soins, des années d'expérience de travail, nombre d'heures de travail par semaine, le nombre de patients en soins palliatifs terminaux, le sexe et le niveau d'éducation) ?</i> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p><i>Oui, le problème est pertinent, car les questions posées sont des questions qui ne sont pas encore réglementées dans la loi actuelle. Il est important de savoir quel est le rôle propre des infirmières face aux décisions de fin de vie et de réglementer cela dans chaque pays où l'euthanasie et le suicide assisté sont devenus légalisés.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p><i>Dans ce texte, on parle du rôle des infirmières dans la prise de décision de fin de vie chez un patient selon ses données sociodémographiques. On parle aussi de la collaboration entre le corps médical et les infirmières dans la prise de décision de fin de vie. On parle donc</i></p>

	<i>bien de la discipline infirmière.</i>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans la partie introduction, il n'y a pas de recension des écrits.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? -</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? -</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Les concepts clés sont définis. Il s'agit du rôle des infirmières dans la prise de décision de fin de vie sous diverses formes ainsi que leur implication réelle selon les données sociodémographiques.</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? <i>Le cadre de référence est le rôle et l'implication des infirmières concernant l'euthanasie et le suicide assisté.</i></p> <p>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? -</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Les buts de l'étude sont de savoir quel est le rôle des infirmières dans la prise de décision de fin de vie et comment celles-ci considèrent ce rôle. Il s'agit aussi de savoir quelle est leur implication réelle selon leurs données sociodémographiques c'est-à-dire le type de milieu où elles travaillent, les années d'expérience de travail, le nombre d'heures effectif par semaine, le nombre de patients en soins palliatifs terminaux, le sexe ainsi que le niveau d'éducation.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>La population à l'étude est clairement définie puisqu'on parle des infirmières et des médecins concernant les patients dans leur prise de décision de fin de vie.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? <i>Oui.</i></p> <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Dans la partie introduction, pas de participants spécifiquement. Il s'agit d'étudier le rôle de l'infirmière dans la prise de décision de fin de vie. On peut donc imaginer que l'expérience, les croyances, les valeurs et les perceptions de ces infirmières auront un impact sur le résultat de l'étude.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? - </p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? - </p>
--------------------------------------	--

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p>-</p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>La population étudiée était composée d'infirmières sélectionnées à partir d'un panel de soins infirmiers qui était représentatif au niveau national. Le panel est composé donc d'un groupe d'infirmières étant prêtes à remplir un questionnaire au moins 2 fois par année.</i></p> <p><i>Le niveau d'éducation de ces infirmières variait de 4 ans de formation professionnelle à 2 ou 3 ans de formation professionnelle. Les candidates pour le panel de soins infirmiers ont été recrutées à partir d'un échantillon aléatoire d'infirmières avec le « National Social Insurance Service Company ».</i></p> <p><i>En 2002, un total de 734 infirmières ont rempli un questionnaire sur les soins de fin de vie. Cependant, certaines infirmières travaillaient dans des milieux où les patients meurent rarement. De ce fait, pour l'article, les auteurs ont choisi d'inclure que les infirmières ayant travaillées dans un service de soins palliatifs avec au moins 1 patient étant décédé après une période de maladie chronique ou de vieillesse dans les 2 dernières années. Dans ces cas, il y avait probablement des situations où l'infirmière avait pu parler de décision de fin de vie.</i></p> <p><i>Cette sélection a donné lieu à 489 infirmières (67% du groupe de réponse totale)</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>-</p>

	<p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <i>Oui, l'échantillon a permis d'atteindre les objectifs visés, car les infirmières participantes ont été recrutées de manière très précise.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <i>La taille de l'échantillonnage s'est faite d'une part aléatoirement puis les auteurs ont choisi de définir des critères inclusion afin d'être plus précis sur le genre de population à étudier.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants ne sont pas explicitement dits dans le texte.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? -</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Le devis de recherche : étude quantitative basée sur un questionnaire ce qui permet de se baser sur des données scientifiques.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? -</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) -</p>

	<p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <i>Oui, car grâce aux réponses des participants, les auteurs ont élaboré divers tableaux afin de mettre en évidence les résultats</i></p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Les auteurs n'ont pas précisé s'ils étaient allés sur le terrain. Il est juste dit qu'ils ont envoyé des questionnaires aux participants.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Les outils de mesure (questionnaire) comportent des questions sur la volonté des infirmières à participer aux décisions de fin de vie ainsi que leur participation actuelle.</i></p> <p><i>La volonté des infirmières à participer aux décisions de fin de vie se réfère à savoir si l'infirmière veut être ou non consultée par le médecin lors de prise de décision en fin de vie. Quant à la participation actuelle, elle se réfère à la participation des infirmières dans le processus de fin de vie, si l'infirmière parle de ces demandes de fin de vie avec le médecin, le patient ou la famille.</i></p> <p><i>5 types de décision qui pourrait hâter la mort ou délibérément causer la mort ont été décrits :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) Retrait de traitement qui prolonge la vie (décision de non-traitement)</i> <i>2) Retrait d'une hydratation ou d'une alimentation parentérale dans le cas où le patient ne peut ni boire ni manger</i> <i>3) Soulager la douleur et les autres symptômes grâce à des opiacées ou des médicaments similaires qui pourraient raccourcir la vie</i> <i>4) L'euthanasie</i> <i>5) Le suicide médicalement assisté.</i> <p><i>De par ces 5 types de décisions, les auteurs ont donc pu déterminer la participation des infirmières dans la prise de décision de fin de vie.</i></p>

	<p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Oui, toujours en lien avec la prise de décision des infirmières en ce qui concerne la fin de vie des patients</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Ce sont les chercheurs qui ont formulé les questions. Le questionnaire a été ensuite validé par des experts dans le domaine infirmier.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <i>Oui.</i></p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Oui.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Oui, ils ont fait appel à du personnel compétent. Les questions ont été formulées par les chercheurs. 16 experts dans le domaine des soins palliatifs ont évalué individuellement le questionnaire. Ils ont été invités à formuler des observations sur la validité du contenu du questionnaire et de juger si les questions et les réponses possibles étaient sans équivoques. 8 expertes étaient infirmières dans des centres pour le cancer et les soins palliatifs et 8 autres experts étaient des chercheurs dans le domaine des décisions de fin de vie dans les universités aux Pays-Bas et en Belgique</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? -</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Ils expliquent concrètement comment ils ont analysé les résultats.</i></p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? -</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? -</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? -</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui, les résultats sont présentés à l'aide des tableaux.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Oui, les auteurs ont divisé les résultats en 3 parties distinctes.</i> <i>La première partie parle de la volonté de participation des infirmières dans les décisions de fin de vie. De manière générale, les infirmières préféreraient participer avec le médecin dans les décisions de fin de vie, selon le genre de décision entreprise. La plupart des infirmières (77%-82%) préféreraient discuter des décisions médicales lorsque le patient est en phase terminale. (pex l'arrêt d'un traitement susceptible de rallonger la vie).</i></p> <p><i>Un plus petit nombre d'infirmières aimeraient être impliquées dans les décisions lorsque la mort est causée délibérément (euthanasie ou suicide médicalement assisté)</i></p> <p><i>La deuxième partie traite du rôle des infirmières dans la prise de décision du processus de fin de vie. Le rôle actuel des infirmières dans le processus de prise de décision est mesuré par la tendance à parler de ces</i></p>

décisions de fin de vie avec les patients ou leurs familles ainsi que par le nombre de décisions de fin de vie prise au cours des 2 dernières années. Lorsque l'infirmière prend soin d'un patient en phase terminale, 38% d'entre elles ne parlent pas de cette décision. Par conséquent 62% parlent de cette décision avec le patient et la famille.

76% des infirmières travaillant en soins palliatifs terminaux ont été impliquées dans le processus de prise de décisions médicales au cours des 2 dernières années. Les infirmières ont participé à peu près à 8 cas au cours des 2 dernières années. Le plus souvent, la décision est liée à l'utilisation d'opiacés ou de médicaments similaires pour le soulagement de la douleur et d'autres symptômes, ceux-ci pouvant hâter la mort.

19% des infirmières ont joué un rôle quant à la décision de procéder à une euthanasie.

1% des infirmières ont eu une implication quant à la décision du suicide médicalement assisté.

Dans 83% des cas d'euthanasie, l'infirmière en a parlé en premier lieu avec la famille. Pour les autres décisions de fin de vie possible, le pourcentage est encore plus élevé.

Les décisions de fin de vie ont également été discutées avec le médecin. Dans 87% des cas, lorsqu'il s'agit d'euthanasie, l'infirmière en a parlé avec le patient. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un arrêt de l'hydratation et de la nutrition parentérale, seulement 49% des infirmières en ont parlé avec le patient.

La troisième partie parle des caractéristiques du contexte. Les auteurs ont étudié les interrelations entre les variables dépendantes. Toutes les variables sont liées. Le désir d'être impliqué dans le processus de prise de décision des médecins est lié à la tendance à parler de ces décisions durant les soins. Les infirmières qui ont tendance à parler des décisions de fin de vie en donnant des soins sont 2 fois plus souvent engagées dans des processus de prise de décisions.

	<p><i>Les infirmières en psychiatrie aimeraient participer à la prise de décision de fin de vie alors que les infirmières travaillant dans un foyer pour personnes âgées ne sont pas favorables.</i></p> <p><i>Les infirmières ayant un haut niveau d'éducation ainsi que celles ayant un grand pourcentage de travail préféreraient participer à la décision.</i></p> <p><i>Les infirmières en psychiatrie parlent moins de ces décisions avec le patient tandis que celles travaillant dans les maisons de soins infirmiers parlent souvent de ces décisions avec le patient.</i></p> <p><i>Les infirmières avec beaucoup d'années d'expérience, travaillant à un grand pourcentage et avec de nombreux patients en soins palliatifs terminaux ont parlé plus souvent avec les patients ou leurs familles concernant ces décisions.</i></p> <p><i>L'implication dans la prise de décision de fin de vie est liée au nombre de patients en phase terminale de vie.</i></p> <p><i>En outre, les infirmiers qui sont souvent engagés dans la prise de décision de fin de vie travaillent plus souvent dans les hôpitaux et maisons de soins infirmiers, travaillent à un haut pourcentage et sont plus souvent des hommes.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>Par des experts.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <i>Oui.</i></p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <i>Plusieurs études ont été réalisées sur ce sujet. Les résultats concordent avec les autres études.</i></p>

	<p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>-</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>Elles ne sont pas clairement définies dans l'étude. Cependant, les auteurs ont intégré des critères d'inclusion afin de mener à bien leur étude.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <i>Pas de conclusion</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p>-</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p><i>Il existe plusieurs implications pratiques de cette étude. En premier lieu, l'infirmière aimerait être impliquée par les médecins dans le processus de décision de fin de vie, ce qui n'est apparemment pas toujours le cas. Les médecins devraient par conséquent discuter plus souvent avec les infirmières concernant ces décisions.</i></p> <p><i>Puis, chaque fois qu'une infirmière joue un rôle dans la prise de décision, il est nécessaire de clarifier son rôle. En effet, les médecins sont les responsables légaux de cette prise de décision. Des lignes directrices quant au rôle de chaque partie ont été écrites en 2006, il faut encore que celles-ci soient mises en œuvre.</i></p> <p><i>Enfin, l'étude démontre que l'implication des infirmières dans cette prise de décision peut être influencée par leurs caractéristiques. C'est pour cela qu'il est important que les institutions développent des procédures afin d'assurer que les prises de décision de fin de vie soient faites de manière cohérentes et ne dépendent pas des caractéristiques démographiques des infirmières.</i></p>

	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Pas de précisions dans le texte.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? -</p>
--	--

Grille adaptée du Fortin n°6 (2010)

Dumont, S., Blondeau, D., Turcotte, V., Borasio, G. D., Currat, T., Foley, R.-A., & Beauverd, M. (2015). The use of palliative sedation: a comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. *Palliative and Support Care*, 13, 839-847. doi :10.1017/S1478951514000364

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p><i>The use of palliative sedation: A comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland</i></p> <p><i>L'utilisation de la sédation palliative : Une comparaison des attitudes des médecins francophones du Québec et de la Suisse</i></p> <p><i>MOTS-CLÉS : Sédation, lois, règlements, fin de vie, prise de décision</i></p> <p><i>Oui les concepts clés sont définis dans le titre. Celui-ci précise que l'étude parle de la sédation palliative. Il s'agit d'une comparaison des attitudes des médecins francophones venant du Québec et de la Suisse.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Objectif : <i>Les précédentes littératures ont suggéré que les lois et les règlements peuvent avoir un impact sur l'utilisation de la sédation palliative. L'étude compare les attitudes des médecins francophones exerçant dans les milieux québécois et suisses, ou différentes lois sont en place en ce qui concerne le suicide médicalement assisté.</i></p> <p>Méthode : <i>Les données ont été tirées de deux études antérieures, une par Blondeau & al. et une autre par Beauverd & al., employant le même modèle expérimental. La longueur du pronostic et le type de souffrance ont été utilisés comme variables indépendantes. L'effet de ces variables et l'effet de leur interaction sur les attitudes des médecins en Suisse et au</i></p>

	<p>Québec ont été comparés. Les observations écrites des participants ont été soumises à une analyse qualitative et résumée dans une perspective comparative.</p> <p>Résultats : L'analyse de la variance a démontré que seul le type de souffrance avait un effet sur l'attitude des médecins envers la sédation. Les résultats du test de « Wilcoxon » ont indiqué que les attitudes des médecins du Québec et de la Suisse avaient tendance à être différentes pour 2 vignettes : (1) le pronostic à long terme avec la souffrance existentielle et (2) le pronostic à court terme avec des souffrances physiques. Dans les 2 cas, les médecins suisses sont moins sujets à la sédation palliative.</p> <p>Signification des résultats : Les attitudes des médecins du Québec et de la Suisse vers la sédation palliative, en particulier en ce qui concerne le pronostic et le type de souffrance, semblent similaires. Toutefois, les résultats suggèrent que les médecins du Québec pourraient être un peu plus ouverts à la sédation palliative, même si la plupart ne sont pas favorables à cette pratique comme réponse à la souffrance existentielle de fin de vie.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>L'utilisation de la sédation est de plus en plus acceptée comme une intervention de dernier recours pour soulager les symptômes physiques intractables de fin de vie. Il y a aussi une tendance croissante, encore controversée, d'employer cette intervention comme une réponse à/de graves souffrances existentielles ou psychologiques.</i></p> <p><i>La sédation palliative est définie ici comme une pratique principalement destinée à soulager les symptômes réfractaires, qui sont, des symptômes qui ne peuvent pas être convenablement contrôlés.</i></p> <p><i>La terminologie utilisée non standardisée dans la littérature et le manque de cohérence dans la définition de la sédation ont été largement documentés. La variabilité dans l'utilisation de la sédation entre les pays</i></p>

est également signalée en raison des différences culturelles, de la ville ethnique ou de la religion.

L'utilisation de la sédation varie également entre les cliniciens, ce qui peut être expliqué en partie par la grande difficulté à décider de l'utilisation de la sédation et le manque de compréhension quant à l'utilisation de la sédation comme moyen de contrôle des souffrances de fin de vie.

Des études antérieures ont montré que certains cliniciens associent la sédation palliative avec un risque d'abrégé la vie d'un patient, tandis que d'autres qui avaient administré la sédation avec plus ou moins l'intention de précipiter la mort du patient.

Parfois perçue comme une pratique plus acceptable que l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté, la sédation palliative est souvent considérée dans le contexte de la demande d'un patient pour hâter la mort. Rietjens & al. (2008) ont constaté que dans 9% des cas la sédation profonde continue a été précédée d'une demande infructueuse pour l'euthanasie. De même, Blanker & al. (2012) ont rapporté que dans 77% des cas, l'euthanasie a été discutée avec le patient avant la décision d'employer la sédation continue. Certains auteurs ont suggéré que dans des situations complexes où les patients demandent de hâter la mort, des médecins non qualifiés ou émotionnellement épuisés pourraient appliquer la sédation comme une alternative facile à l'aide au suicide ou l'euthanasie. Des résultats similaires ont été constatés par Blanker & al. (2012) qui ont montré que les demandes des patients pour l'euthanasie ont coïncidé avec une prévalence plus élevée de la pression subie par les médecins généralistes pour commencer la sédation continue, spécialement par ceux sans expérience préalable avec l'euthanasie.

Dans une étude réalisée par Anquinet & al. (2012), la variabilité de la prévalence de la sédation profonde continue semble refléter des facteurs juridiques, culturels, sociaux et organisationnels plus complexes que les différences dans les caractéristiques des patients ou des profils cliniques. De même, Rietjens & al. (2012) ont constaté que l'ouverture des médecins pour discuter de

la sédation avec les patients et famille varie en fonction des lois et de l'éthique locales.

L'étude se focalise sur la comparaison de l'utilisation de la sédation dans deux environnements socio-juridictionnelle différents : celui où l'euthanasie et le suicide médicalement assisté sont des pratiques criminelles (Québec) et l'autre où le suicide médicalement assisté est toléré et l'euthanasie interdite (Suisse).

Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?

Oui, le sujet est tout à fait actuel. On parle dans cette étude de l'attitude des médecins envers la sédation palliative. Cette attitude est comparée entre les médecins suisse et québécois sachant que les lois sont différentes entre les deux pays. Ces décisions de fin de vie restent encore très controversées et sont au cœur d'un débat très vif.

Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

Oui le sujet à l'étude à une signification particulière pour la discipline étant donné que l'on parle de la sédation. En effet, il semble important de connaître les différentes pratiques concernant la sédation et dans deux pays différents. Cet article se penche sur les pratiques des médecins, cependant, la discipline infirmière est concernée puisqu'il existe une forte collaboration entre les deux disciplines. Les décisions prises par les médecins ont un impact direct sur la pratique infirmière.

<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Les auteurs ont repris des données des études antérieures effectuées sur le sujet dans les pays respectifs.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? <i>Oui</i></p> <p>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Les études antérieures fournissent une base solide pour la conception de cette étude-ci.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? -</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Oui, les concepts clés de l'étude sont cités, mais ne sont pas définis clairement.</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? -</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Le but de l'étude est de déterminer si des attitudes différentes envers la sédation palliative peuvent être observées entre les médecins ou les lois et les réglementations sont différentes. Elle vise, plus précisément à comparer les attitudes des médecins de langue française du Québec à ceux des médecins francophones de Suisse.</i></p>

	<p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>-</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Oui</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>-</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>-</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>La population cible est composée de médecins travaillant en soins palliatifs qui ont eu la possibilité de prescrire une sédation tant dans la province du Québec que dans les cantons francophones de la Suisse. Les données concernant le Québec ont été tirées d'une étude réalisée entre 2002-2005 par Blondeau & al. (2005). Les données concernant la Suisse ont été tirées d'une étude réalisée en 2009 par Beauverd & al. (2013) dans les cantons de Vaud, Genève, Neuchâtel, Valais et Jura.</i></p> <p><i>Les participants du Québec ont travaillé dans les maisons de soins palliatifs, dans les hôpitaux avec une unité de soins palliatifs ou dans les soins palliatifs à domicile. En Suisse, ils ont pratiqué dans les unités de soins palliatifs, des équipes mobiles de soins palliatifs et dans les centres de réadaptation avec des lits de soins palliatifs.</i></p> <p><i>Les études de Blondeau & al. (2005) et de Beauverd & al. (2013) ont utilisé la même conception expérimentale en utilisant deux variables indépendantes : longueur du</i></p>

	<p><i>pronostic et type de souffrance. Quatre vignettes cliniques ont été utilisées afin de mesurer l'effet de ces variables. Ces vignettes consistaient en situation d'échantillons présentant différentes combinaisons de variables. La variable dépendante mesurée était l'attitude envers l'utilisation de la sédation palliative.</i></p> <p><i>Afin de contrôler les variables indépendantes, les auteurs ont attribué une seule vignette à chaque participant. Une définition de la sédation a été délibérément omise dans le questionnaire pour éviter les biais. Les attitudes à l'égard de l'utilisation de la sédation palliative ont été mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert à 6 points (1 → fortement en désaccord à 6→ fortement d'accord). Les participants ont ensuite répondu une question ouverte. Ils étaient invités à formuler des observations sur leur situation.</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données? <i>L'échantillon comprenait 98 médecins provenant du Québec et 77 médecins de Suisse.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée? Est-elle justifiée sur une base statistique? <i>Par saturation des données.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats? <i>Ceci n'est pas explicité dans le texte</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants? -</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés? <i>Oui, au vu des résultats mentionnés plus bas.</i></p>

	<p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>-</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>-</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>-</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p><i>Il n'y a pas de données dans cette étude concernant ce point.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p><i>Quatre vignettes cliniques ont été utilisées pour mesurer l'effet des variables indépendantes. Ces vignettes comportaient des situations d'échantillons présentant différentes combinaisons de variables. La variable dépendante mesurée était l'attitude des médecins envers l'utilisation de la sédation palliative.</i></p> <p><i>Pour contrôler les variables indépendantes, chaque participant a eu une seule vignette et une définition de la sédation a été volontairement omise afin d'éviter les biais.</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p><i>Il n'y a pas vraiment de question de recherches autre que le but de l'étude en lui-même.</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p><i>Les outils ont été créés pour cette étude.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p><i>Il existe une bonne cohérence entre le but de l'étude, les outils ainsi que la manière dont ils ont été utilisés.</i></p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Les données ont été recueillies grâce aux quatre vignettes cliniques proposées aux médecins.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Ceci n'est pas précisé dans cette étude.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <i>Oui</i></p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Les analyses statistiques ont été réalisées grâce à un logiciel. Une analyse de la variance a été réalisée au moyen de la procédure générale des modèles linéaires. Cette analyse a permis de mesurer à la fois l'effet du type de souffrance et le pronostic de longueur, ainsi que l'effet de leur interaction sur l'attitude des médecins envers la sédation. Les attitudes envers la sédation ont ensuite été comparées entre les deux juridictions pour chaque vignette. Un test de Wilcoxon a ensuite été réalisé. Ce test a été choisi en raison de la taille limitée du sous-échantillon de répondants pour chaque vignette.</i></p> <p><i>Les commentaires écrits ont été soumis à l'analyse qualitative du contenu. Deux membres de l'équipe de recherche ont analysé séparément le contenu de toutes les observations écrites et ont développé un codage ouvert. Chaque unité d'analyse (mot, phrase, paragraphe) a eu un nom de code et tirés en groupes avec des thèmes connexes. Ce processus a été poursuivi jusqu'à ce que tous les codes et les catégories soient mutuellement exclusives et couvertes toutes les variations. Un procédé comparatif de l'analyse des données a été ensuite effectué. Les deux membres de l'équipe de recherche se sont ensuite réunis pour comparer et discuter de leur codage. Chaque point de divergence a été débattu et clarifié jusqu'à ce qu'un accord sur l'ensemble des codes a été atteint.</i></p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Pas préciser dans cette partie de l'étude.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Pas vraiment de résumé des résultats.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Les thèmes recherchés sont en cohérence avec le but de l'étude.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Oui, les résultats sont présentés à l'aide d'un texte narratif séparé en plusieurs paragraphes.</i> <i>En premier lieu, il y a un paragraphe sur les participants. L'échantillon comprenait 98 médecins du Québec et 77 de la Suisse. L'échantillon du Québec était composé de 48% de femmes. Environ 47% étaient âgés de 45 ans, 41% étaient âgés de 46-55 ans et 11% âgés de 56 ans. Environ 31% avaient moins de 6 ans d'expérience en soins palliatifs, 31% avaient entre 6 et 10 d'expérience et 38% avaient plus de 10 ans d'expérience. Les résultats détaillés de l'étude du Québec ont été signalés par Blondeau & al. (2005). L'échantillon suisse était composé de 44% de femmes. Environ 34% étaient âgées de 45 ans, 31% étaient âgées de 46-55 ans et 33% étaient âgées de 56 ans. Environ 29% avaient moins de 6 ans d'expérience en SP, 20% avaient entre 6 et 10 ans d'expérience et 39% avaient plus de 10 ans d'expérience. Les résultats détaillés de l'étude suisse ont été rapportés</i></p>

par Beauverd & al. (2013).

Les analyses (test du chi carré) ont indiqué que les quatre sous-groupes du Québec et les quatre sous-groupes de la Suisse (formés à partir des quatre situations cliniques) étaient équivalents les uns des autres en termes de sexe et de l'expérience des SP, mais différents en termes d'âge. Au Québec, le nombre de sujets par vignette variait de 19 à 28 et en Suisse de 15 à 25.

Le 2^e paragraphe parle des attitudes des médecins concernant la sédation palliative. L'analyse de variance a montré que seulement le type de souffrances variables a eu un effet sur l'attitude des médecins envers la sédation. En fait, dans les deux juridictions, ni le pronostic ni les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, années d'expérience en SP) n'ont influencé les attitudes des médecins. Les résultats du test de Wilcoxon ont indiqué que les attitudes des médecins du Québec et de la Suisse avaient tendance à être différentes pour deux vignettes : à long terme le pronostic avec la souffrance existentielle et le pronostic à court terme avec la souffrance physique. Dans les deux cas, les médecins suisses sont moins enclins à utiliser la sédation palliative.

Le 3^e paragraphe parle des commentaires écrits des participants. Les commentaires écrits du Québec et de la Suisse ont été résumés dans une perspective comparative. Les contenus suivants mettent en évidence leurs principales préoccupations personnelles. Un certain nombre de participants, principalement du Québec, seraient d'accord pour dire que la sédation est appropriée lorsque le pronostic du patient est très surveillé et que la souffrance physique est intolérable et intraitable. Certains participants du Québec considèrent qu'il serait inhumain de permettre à quelqu'un de souffrir sans rien faire, en écrivant qu' « éthiquement, il est la bonne chose à faire ». D'autres participants du Québec et de la Suisse seraient plus enclins à avoir recours à la sédation seulement après que toutes les autres solutions de soulagement de la douleur aient été épuisées. Dans le cas d'un long pronostic, l'un des participants du Québec se demandait si la sédation pour soulager la souffrance

physique peut devenir une sorte d'« euthanasie active légale » tandis qu'un participant suisse a vu cela comme une situation appropriée pour le suicide assisté.

En l'absence de symptômes physiques insolubles ou de douleur non contrôlée, qui est, seulement en présence de la souffrance existentielle, près de la moitié des participants du Québec et des participants suisses ne voient pas l'intérêt de la sédation selon les cas. Les participants du Québec ont fait remarquer que de telles souffrances sont souvent présentes en fin de vie. Un participant dit « si nous avons prescrit la sédation terminale pour chaque patient qui a fait montrer « vouloir mourir » nous serions en train de mettre beaucoup de gens pour dormir ».

D'autres participants du Québec et de la Suisse ont désapprouvé la sédation pour le soulagement de la souffrance existentielle ou le pronostic du patient n'annonce pas de mort imminente. Certains participants, en particulier du Québec, ont vu l'utilisation de la sédation dans des conditions inacceptables, contraires à l'éthique, ou comme une forme d'abandon du patient par l'équipe de soins. Certains participants, principalement du Québec, ont également vu la sédation pour le soulagement de la souffrance existentielle comme une forme d'euthanasie ou de suicide. Un patient du Québec dit « le patient voit la mort comme une délivrance, ce qui pour moi brouille la ligne entre la sédation et l'euthanasie ». Dans de tels cas, les médecins suisses seraient plus favorables à discuter du suicide assisté avec le patient. Pour eux, il est inapproprié de proposer la sédation pour les patients qui veulent mourir. Certains participants québécois et suisses étaient plus ouverts à la sédation comme une « bonne alternative au suicide et quelque chose qui pourrait aider la famille à mieux accepter la situation », tandis qu'un autre participant suisse a estimé que « la sédation est une réponse acceptable parce que le premier but de traitement est de soulager un symptôme intraitable sans que cela affecte l'espérance de vie. ». Certains participants québécois ont vu la souffrance existentielle comme équivalente à des souffrances physiques et doivent donc être considérés de la même manière.

	<p><i>Les participants du Québec et de la Suisse ont estimé qu'il était important de discuter et de clarifier ce que le patient veut avant d'envisager la sédation. Comme un participant suisse a dit : « Une perte de sens ne signifie pas que vous devez être mis en sommeil, et ne pas le demander au patient ? ». Certains participants principalement du Québec étaient plus enclins vers la sédation s'il était clair que cela était ce que le patient voulait. Un participant du Québec a écrit : « Si le patient ne fait pas la demande clairement, je ne pense pas fournir la sédation en fin de vie, se serait contraire à l'éthique ». Un certain nombre de participants, surtout au Québec, étaient favorables à la sédation si le patient est en mesure de consentir la décision. Comme un participant du Québec a dit : « Je pense qu'il est bon de prescrire une sédation, mais pas de l'imposer ». Les participants du Québec et de la Suisse ont souligné l'importance d'impliquer les proches dans le processus. Certains participants surtout au Québec ont noté que le consentement de la famille du patient doit être obtenu avant que la sédation débute.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>-</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p><i>Les auteurs ont clairement défini leurs résultats grâce aux outils utilisés dans leur étude, c'est-à-dire à partir des quatre vignettes cliniques proposées aux participants.</i></p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p><i>Cette étude a été conçue grâce à diverses études, notamment celle réalisée par Blondeau & al. (2005) pour les données provenant du Québec et par Beauverd & al. (2013) pour les données provenant de la Suisse.</i></p>

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Certaines limites de cette étude comprennent les années séparant les deux études (2004-2005 / 2009-2011), le taux de réponse limité (36% en Suisse et 42% au Québec) et la population étudiée étant limitée aux médecins.

Pour faciliter l'interprétation des résultats et leurs analyses, les concepts de la souffrance physique et de la souffrance existentielle ont été séparés dans les vignettes, ce qui est rarement le cas dans la pratique clinique quotidienne.

Une autre limitation concerne le fait que seules deux variables indépendantes ont été étudiées dans l'étude : la longueur du pronostic et le type de souffrance. Enfin, les participants ont été invités à commenter leur position seulement par rapport à leur vignette spécifique, ce qui peut limiter la généralisation de ces témoignages, en dépit de leur richesse et de la pertinence.

Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Oui.

Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?

Les résultats démontrent que les attitudes des médecins envers la sédation palliative, dans deux pays différents étaient similaires, en dépit des différentes législations en vigueur concernant le suicide médicalement assisté dans leurs environnements respectifs de pratique.

Selon les résultats de l'échelle de Likert, les Québécois seraient plus ouverts à la sédation palliative que les Suisses, même si la majorité n'était pas en faveur de la sédation comme une réponse à la souffrance existentielle de fin de vie.

On constate que certains répondants suisses suggèrent le suicide assisté plutôt que la sédation palliative. Selon Raus & al. (2011), le suicide assisté est plus demandé

dans le cas de patients en phases terminales qui apprécient le contrôle au cours du processus de la mort et qui estiment que la maladie nuit ou menace de porter atteinte à leur dignité, tandis que la sédation palliative est principalement demandée chez les patients qui veulent éviter la douleur et la souffrance.

Seale (2010) a constaté que la sédation palliative a été associée à un taux de demandes des patients ou des parents pour hâter la mort. De la même façon, les médecins qui étaient en faveur de la législation du suicide assisté étaient plus susceptibles à utiliser la sédation palliative. Étant donné que l'étude a eu lieu au Royaume-Uni, où le suicide assisté est illégal, on pourrait suggérer que la sédation est parfois utilisée en réponse aux demandes de hâter la mort quand le suicide assisté et l'euthanasie ne peuvent pas être utilisés.

Certains participants du Québec seraient en faveur de la sédation pour un patient présentant une souffrance existentielle logique ou psychologique grave si le pronostic est limité. Certains participants ont même dit que la douleur psychologique et existentielle devrait avoir la même considération que la douleur physique.

Dans cette étude, certains participants du Québec et de la Suisse disent que la sédation en présence de souffrance existentielle serait une forme d'euthanasie, en particulier si le pronostic du patient est encore long.

Naturellement, le désir de hâter la mort dépend de nombreux facteurs. Des études antérieures ont démontré que certains patients qui demandent de hâter la mort étaient pour éviter d'être un fardeau pour les autres ou ils se sentaient sous certaines pressions (familiales, institutionnelles, sociales).

Des études réalisées par Blunker & al. (2012) démontrent que certains médecins généralistes ont subi des pressions de la part des patients et de leurs proches afin de débiter une sédation jusqu'à la mort alors que le pronostic vital est encore long.

Il est recommandé que la sédation palliative doit être débutée après un processus rigoureux de prise de

	<p><i>décision impliquant une équipe interdisciplinaire, le patient et les proches. Peu de participants ont mentionné que la décision d'utiliser la sédation doit être discutée avec l'équipe de soins, mais il a été plutôt mentionné que ceci est discuté avec le patient et la famille.</i></p> <p><i>Certains participants des deux groupes ont souligné l'importance de clarifier les désirs d'un patient et seraient d'accord pour commencer la sédation si cela était en harmonie avec les désirs. De même, l'accord du patient a également été cité dans les deux groupes comme critère à respecter, ce qui est conforme aux études antérieures.</i></p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p><i>Les attitudes des médecins du Québec et de la Suisse vers la sédation palliative, en particulier en ce qui concerne le pronostic et le type de souffrance, semblent similaires, en dépit des différentes législations en vigueur concernant le suicide médicalement assisté dans chaque milieu de pratique.</i></p> <p><i>Toutefois, les résultats disent que les médecins québécois devraient être plus ouverts à la sédation palliative même si la majorité n'est pas favorable à cette pratique comme réponse à la souffrance existentielle de fin de vie.</i></p> <p><i>Dans un contexte où le suicide médicalement assisté est autorisé, il est possible que les médecins sont plus enclins à favoriser le suicide assisté que la sédation palliative.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p>-</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p><i>Oui</i></p>

Grille adaptée du Fortin n°7 (2010)

Gamondi, C., Pott, M., Forbes, K., & Payne, S. (2013). Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, (September 2013), 1-7. doi :10.1136/bmjspcare-2013-000483

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p><i>Le titre précise les concepts clés : expériences des familles endeuillées / suicide assisté / suisse du sud / Etude qualitative (on cherche l'expérience des familles endeuillées impliquées dans le suicide assisté en Suisse du Sud</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Background : <i>Le background explique le contexte actuel en matière de suicide assisté. En effet, en Suisse l'euthanasie est punie par la loi, mais le suicide assisté est accepté sous plusieurs conditions. Environ 300 cas par année on recourt à l'assistance au suicide. Cela laisse un grand groupe de personne en deuil et les conséquences sont pour l'instant inconnues. Cette étude veut visualiser la participation des familles lors du processus de décision et d'examiner leurs attitudes au cours de la période de deuil.</i></p> <p>But : <i>Le but est de comprendre la participation des familles dans le processus de décisions et leurs attitudes lors de la période de deuil.</i></p> <p>Méthode : <i>Il s'agit d'une étude d'entretien qualitative qui a utilisé les principes de l'analyse de la « Grounded Theory ». 11 proches de 8 patients, qui sont morts en Suisse du Sud après le suicide assisté, ont participé à des entrevues semi-structurées.</i></p> <p>Participants : <i>11 proches de 8 patients qui sont décédés avec la méthode de l'assistance au suicide</i></p> <p>Résultats : <i>La grande majorité des membres de la famille sont face à des dilemmes moraux pendant la phase de prise de décision. Leur respect de l'autonomie du patient était une justification clé pour résoudre les dilemmes. Les parents ont rapporté des sentiments</i></p>

	<p><i>d'isolement pendant et après le suicide assisté. Les membres des familles ont signalé la peur de la stigmatisation sociale et ne révèlent pas ouvertement le suicide assisté comme étant la cause de la mort. Aucune des personnes interrogées n'a reçu un soutien psychologique formel</i></p> <p>Conclusions : <i>Les familles endeuillées expriment des dilemmes moraux, les sentiments d'isolement et de secret dans la gestion de l'aide au suicide en Suisse méridionale. Ces caractéristiques semblent être sous-estimées et insuffisamment reconnues par les professionnels de la santé. La gestion des demandes de suicide assisté devrait tenir compte des besoins des membres de la famille, en plus de ceux du patient.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Oui en effet, le problème est clairement décrit : il s'agit d'étudier la participation des familles dans la prise de décision face au suicide assisté et les attitudes des familles dans la phase du deuil.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p><i>Oui, le problème est pertinent, car le débat est toujours vif et d'actualité. C'est un sujet qui est très sensible, car il touche aux valeurs personnelles et professionnelles. De plus, c'est un débat qui fait intervenir l'éthique, car il s'agit de fin de vie ou d'hâter le processus de mort. Il est évidemment intéressant d'explorer l'attitude des familles endeuillées, car il n'existe que très peu d'étude à ce sujet. Il s'avère être important également pour la discipline infirmière qui doit aussi prendre en soin les familles.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p><i>Oui, le problème a une signification pour la discipline infirmière, car ce sont elles qui sont au plus proches des patients. Lorsque le patient demande une assistance au</i></p>

	<p><i>suicide, c'est aussi elles qui doivent accompagner les familles dans les processus de deuil.</i></p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans cet article, une recension des écrits a été entreprise. Cette recension permet de comprendre l'état actuel des connaissances existant sur les attitudes des familles endeuillées.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>Oui, la recension sous forme de revue de littérature fournit une bonne synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche et démontre de manière concrète qu'il existe peu de recherche sur le sujet de l'assistance au suicide de manière générale, mais encore moins sur l'attitude des familles. Les familles sont souvent oubliées et ce sont des soignants qu' on parle dans les études.</i></p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Oui, en effet l'auteur présente l'état actuel des connaissances sur le sujet dans la recension. Cependant, il ne peut pas s'agir d'une base solide pour l'étude étant donné qu'il n'y a que très peu de recherche effectuée sur le sujet. Les données de la littérature sont insuffisantes et aucune théorie explicite n'a été établie.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? <i>Oui, la recension présente des sources primaires, car étant donné qu'il y a très peu d'étude sur le sujet, celles qui ont été réalisées sont pionnières dans ce sujet. Il s'agit donc de sources primaires.</i></p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Les concepts clés sont mis en évidence dans le titre de l'étude ainsi que dans la partie introduction où ils sont décrits dans un texte narratif qui résume l'étude. Il s'agit</i></p>

	<p><i>donc de l'implication des familles dans le processus de décision et leur capacité à faire face à la situation lors de la phase de deuil.</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p><i>Oui, le but est énoncé de manière claire et précise : il s'agit d'obtenir des informations concernant l'implication des familles dans la prise de décision de l'assistance au suicide et leurs attitudes dans la phase de deuil. C'est-à-dire comment les individus réagissent lorsqu'il s'agit de faire le deuil d'un proche qui a fait une demande d'assistance au suicide et qui a aboutit à la mort. Le but est de savoir si ces personnes vivent le deuil de la même manière qu'une autre situation de deuil dans laquelle il n'y aurait pas l'assistance au suicide.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>-</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p><i>Oui, la question de recherche reflète clairement la recension des écrits et découle logiquement du but. En effet, la question de recherche est de comprendre l'implication des familles dans la prise de décision et leurs attitudes durant la phase de deuil. La recension des écrits reprend des articles qui ont analysé les attitudes des familles en phase de deuil lors d'une assistance au suicide et démontre des situations de stress post-traumatique ou des situations de dépression. Il s'agit ici d'une étude qualitative donc elles traitent de l'expérience, des croyances, des valeurs ou des perceptions des</i></p>

	<p><i>participants.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>-</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p><i>La question de recherche s'appuie de manière générale sur la méthode sous-jacente.</i></p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ?</p> <p><i>La population dans cette étude est définie de manière précise étant donné qu'il s'agit de 11 proches de 8 patients qui sont décédés suite à une assistance au suicide en Suisse.</i></p> <p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</p> <p><i>L'échantillon est défini de manière précise : Entre 2003 et 2009, dans le sud de la Suisse, 13 cas de suicide assisté ont été identifiés à partir des dossiers médicaux conservés par l'équipe de soins palliatifs à domicile spécialisée. 11 proches associés à 8 patients décédés avec l'assistance au suicide ont participé à l'étude. (5 hommes et 6 femmes). Les critères d'inclusion étaient les suivants : être un parent d'un patient décédé suivant le suicide assisté, étant âgé de plus de 18 ans, capables de donner un consentement éclairé et de terminer une entrevue en italien ou en français.</i></p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>La méthode utilisée est appropriée, car les auteurs disent avoir utilisé la « théorie Grounded », car il s'agit d'étudier ici un nouveau sujet de recherche. Pour ce qui est de la méthode pour recruter les participants, elle est expliquée dans un autre article. La méthode est tout à fait adaptée. Les auteurs ont obtenu des infos par le biais de la police cantonale du canton du Tessin par rapport au nombre de décès par assistance au suicide ont eu lieu entre 1998 et</i></p>

	<p>2011. Puis ils obtiennent le nombre de patients ayant eu une assistance entre 2003 et 2009 par le service de soins à domicile spécialisé en soins palliatifs. Il s'avère qu'il y a 13 cas d'assistance au suicide et les auteurs en ont étudié 8 cas.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? <i>Dans le texte, il n'y a pas d'explication concernant ce sujet. Il a pris l'échantillonnage par rapport au critère d'inclusions.</i></p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <i>Dans cette étude, il n'y a pas d'explication sur ce sujet.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <i>La taille de l'échantillon a été déterminée par rapport au nombre de suicides assistés qui ont eu lieu et par le nombre de proches d'accord de répondre aux questions de l'étude et aussi par les critères d'inclusions. Il n'y a pas d'élément sur la justification de l'échantillon avec une base statistique dans cet article.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>Oui, les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats. Il s'agit d'entretien semi-structuré avec les proches qui sont anonymes. De plus, les auteurs ont demandé l'accord des participants par le biais de l'association de soins à domicile spécialisée en soins palliatifs. L'approbation du comité d'éthique local a été obtenue.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Il n'y a pas d'élément précis dans l'article sur ce sujet, cependant, les participants ne prennent pas de risque en</i></p>

	<p><i>répondant volontairement à l'étude qui a été approuvée par le comité d'éthique locale. Les entretiens ont été enregistrés, mais toutes les informations d'identifications ont été retirées.</i></p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p><i>Le devis de recherche qualitatif permet à l'étude d'atteindre son but. Ici le but est de déterminer l'implication des familles dans la prise de décision et leurs attitudes dans la phase de deuil. Le moyen de le réaliser est par le biais d'une recherche qualitative afin de comprendre les perceptions des familles.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>-</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>-</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p><i>La méthode de recherche est appropriée, le fait de faire une étude qualitative permet d'obtenir des informations sur les perceptions, les croyances, les valeurs des participants et ne peut se faire que par le biais d'entretien.</i></p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</p> <p><i>Les auteurs précisent qu'il s'agit d'entretien semi-structuré d'une durée pouvant varier entre 45 et 90 minutes (en moyenne 60 minutes)</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p><i>Dans cette étude, les auteurs ont décidé de travailler à l'aide d'entretien semi-structuré. Le guide de l'entretien a été développé d'après la littérature, ainsi que par l'expérience clinique d'un médecin avec une formation en</i></p>

	<p><i>oncologie et en soins palliatifs. Ensuite il a été modifié au cours du processus de collecte des données et l'analyse initiales, tel que recommandé par les approches qualitatives.</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>-</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <p><i>Même explication que ci-dessus. Le guide a été développé d'après la littérature et d'après ce médecin formé en oncologie et en soins palliatifs.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p> <p>-</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p><i>Oui en effet, le processus de collecte est clairement décrit. Il s'agit de faire des entretiens semi-structurés qui ont été guidés par la littérature afin de recueillir des informations. Les entrevues ont toutes été enregistrées, traduites puis retraduites et analysées et re-analysés. Toutes les informations d'identification ont été retirées. Toutes les bandes audio ont été transcrites mot par mot. Le but était aussi de poser des questions provenant de thèmes qui ont émergé dans les interviews précédentes pour permettre la génération de catégories avec un pouvoir explicatif. Pour capturer des éléments essentiels, la collecte des données a procédé systématiquement et de façon séquentielle. Chaque entretien a été analysé à un niveau micro (phrase par phrase, mot par mot) et un pool de thèmes a été obtenu lors du codage ouvert. Dans la deuxième phase de codage axial, tous les codes individuels ont été triés en tant que concepts et thèmes communs.</i></p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p><i>Oui, pour réduire les éventuels biais, deux auteurs (CG et MP) ont examiné toutes les interviews, et un processus itératif de discussion a été engagé durant toute l'étude. Les Quotes ont été sélectionnés afin de représenter les expériences typiques et aussi de mettre en évidence la diversité au sein de l'opinion des membres de la famille.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>-</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p><i>Oui, les méthodes d'analyse sont décrites. L'interprétation et l'analyse ont été effectuées selon les principes de la « terre theory ». Chaque entretien a été écouté à plusieurs reprises pour capturer l'histoire, les expressions et le ton de la voix. L'analyse a commencé à partir de la première entrevue et a influencé le prochain, ce qui permet la génération de questions et de thèmes supplémentaires. Le but était aussi de poser des questions provenant de thèmes qui ont émergé dans les interviews précédentes pour permettre la génération de catégories avec un pouvoir explicatif. Pour capturer des éléments essentiels, la collecte des données a procédé systématiquement et de façon séquentielle. Chaque entretien a été analysé à un niveau micro (phrase par phrase, mot par mot) et un pool de thèmes a été obtenu lors du codage ouvert. Dans la deuxième phase de codage axial, tous les codes individuels ont été triés en tant que concepts et thème communs.</i></p> <p><i>Dans la dernière étape, les thèmes généraux ont été regroupés en catégories définies et concepts centraux, en utilisant un procédé de codage sélectif. Deux auteurs (CG et MP) ont examiné et discuté toutes les entrevues, le codage des cadres et des affectations aux catégories. Un processus interactif de discussion a été engagé tout au long de l'étude qui a abouti à un accord substantiel entre les auteurs en termes de thèmes majeurs identifiés.</i></p>

	<p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ne sont pas explicitement décrits dans le texte.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les points importants.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Oui ici dans cette étude, les différents thèmes qui ressortent des entretiens font ressortir adéquatement la signification des données.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de texte narratif divisé en plusieurs thèmes qui correspondent aux thèmes qui ressortent des entretiens.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui, dans cette étude, les thèmes qui ressortent des entretiens sont classés de manière logique et sont bien documentés.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les résultats sont résumés par un texte narratif en plus des tableaux dans lesquelles sont décrit les résultats sont formes statistiques.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>Oui les données des participants ont été analysées par deux auteurs (CG et MP).</i></p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>-</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p><i>Les résultats ne sont pas discutés à la lumière d'études antérieures étant donné qu'il n'y en a que très peu d'étude sur ce sujet. Néanmoins, les auteurs parlent d'études antérieures qui avaient mis en évidence certaines sources de détresse ce qui a permis aux auteurs de cette étude d'approfondir les raisons de cette détresse.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>-</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p><i>Oui dans cette étude, les limites ont été définies par les auteurs : il s'agit d'un petit nombre de participants qui représente la partie sud de la Suisse et cette étude n'est pas généralisable aux parties germanophones ou francophones de la Suisse. Cela mériterait d'autres études qui permettraient de faire une analyse interculturelle. Une autre limite est qu'une partie de l'échantillon n'a pas voulu participer à ce genre d'entretien, car cela aurait été trop dur au niveau émotionnel pour eux. Ce qui fait qu'il y a un manque d'informations sur leurs expériences.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p><i>Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats. Tout est bien structuré par thèmes.</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p><i>Oui, les auteurs pensent que leurs conclusions ne sont pas transférables à l'ensemble de la Suisse.</i></p>

Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p><i>Les auteurs ne précisent pas les conséquences des résultats sur la pratique clinique.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p><i>La reconnaissance de l'expérience des membres de la famille devrait être une composante essentielle de toute recherche portant sur le suicide assisté.</i></p> <p><i>Des lignes directrices en Suisse devraient être développées afin de mieux évaluer les besoins de la famille pendant une décision de suicide assisté et d'autres recherches devraient être garanties pour étudier l'impact de ces lignes directrices.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p>-</p>
---------------------------------	--

Grille adaptée du Fortin n°8 (2010)

Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *Cmaj*, 182(9), 905-910.
doi :10.1503/cmaj.091881

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p><i>The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium.</i></p> <p><i>Les concepts clés sont le rôle infirmier / assistance à la mort.</i></p> <p><i>La population à l'étude est clairement définie dans le texte : il s'agit des infirmières en Flandre en Belgique et leur rôle face au PAS.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Background : <i>La loi belge n'autorise que les médecins à pratiquer l'euthanasie. Il s'agit dans cette étude de comprendre l'implication des infirmières dans la prise de décision et dans la préparation des médicaments.</i></p> <p>Méthode : <i>Enquête auprès de 1678 infirmières qui dans une étude antérieure avaient déclaré prendre soin d'un ou plusieurs patients qui avaient pris la décision de hâter le processus de mort. Les auteurs ont sélectionné des infirmières qui ont eu à faire à une fin de vie dans l'année précédente. (Critères de sélection)</i></p> <p>Résultats : <i>Le taux de réponse est de 76%. 128 infirmières ont pris soin d'un patient qui a reçu l'euthanasie. Dans les 128, 120 infirmières se sont occupées d'un patient qui a reçu des médicaments de fin de vie sans que celui-ci en ait fait la demande explicitement. 64% et 69% de ces infirmières ont été impliquées dans le processus de décision, cela implique un échange d'informations dans la prise de décision. Ces médicaments de fin de vie ont été administrés par l'infirmière dans 12% des cas d'euthanasie par rapport à 45% des cas de morts assistés sans demandes explicites. Dans les deux types d'aide à la mort, l'infirmière agit sous ordre médical sans que le médecin soit présent.</i></p>

	<p>Interprétation : <i>Les infirmières qui administrent des médicaments de fin de vie dans certains cas d'euthanasie sont donc exploitées au-delà de leurs marges juridiques (elles font des actes qu'elles ne devraient « juridiquement » pas faire).</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <i>Le problème est clairement formulé. Il s'agit d'étudier l'implication des infirmières dans la prise de décision, dans la préparation et dans l'administration des médicaments de fin de vie.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <i>Oui, car c'est un sujet qui est encore beaucoup débattu, qui engendre des changements de loi, qui suscite beaucoup de questionnement. De plus, ce sujet est délicat et soulève des problématiques éthiques, suscite des conflits de valeurs, etc.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <i>Dans ce texte, on parle d'infirmières qui sont impliquées dans l'administration de médicaments qui peuvent entraîner la mort, sans que cela soit leur véritable rôle. On parle donc bien de la discipline infirmière donc le problème a une signification particulière pour cette discipline.</i></p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans la partie introduction, il n'y a pas de recension des écrits. Cependant les auteurs définissent qu'il y a déjà eu beaucoup d'étude qui se concentre sur la responsabilité des médecins. Les auteurs parlent d'une étude connexe qui a été réalisée sur la pratique des médecins en Flandre sur l'euthanasie, le PAS et les médicaments létaux donnés sans demande explicite du patient. Or ici, les auteurs veulent parler de l'implication des infirmières belges dans ce processus.</i></p>

	<p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <i>Cette comparaison donne une idée de ce qui a déjà été fait dans le même sujet seulement au niveau des médecins. Ici il s'agit de comprendre ce qui se passe au niveau infirmier.</i></p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>La recension ne me semble pas complète, mais pour l'étude qu'ils ont faite cela me semble totalement adéquat et représente une base solide.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? <i>Etant donné qu'il n'y a pas de recension des écrits, il n'est pas possible de répondre à cette question.</i></p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Dans l'introduction, les concepts clés ne sont pas définis clairement dans un chapitre « concepts clés ». On peut simplement les déduire dans la question de recherche.</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <i>Les concepts clés sont totalement liés à l'étude.</i></p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Le but de l'étude est d'enquêter sur l'implication des infirmières en Belgique dans la prise de décision, dans la préparation et dans l'administration de médicaments qui pourraient engendrer la fin de vie avec ou sans la demande explicite du patient.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>La question de recherche est uniquement énoncée dans le titre et est reprise sous forme de texte dans le premier paragraphe. Il n'y a pas d'hypothèse.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>La question de recherche reflète en effet la recension des écrits puisque la recension reprend les études qui ont été menées sur les pratiques des médecins et cette étude veut aller plus loin en cherchant l'implication des infirmières dans cette pratique des médecins. (Est-ce qu'il y a des implications pour elle ? Comment est-ce qu'elle participe ? Quel est leur rôle ?)</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? - </p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <i>Les questions s'appuient sur des bases philosophiques.</i></p>
--------------------------------------	--

METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>La population visée est les 6000 infirmières en Flandre (Belgique). Les 6000 infirmières qui ont été identifiées par le gouvernement fédéral. Pas de précisions sur leur âge, leur sexe, leur valeur.</i></p> <p><i>La méthode : les 6000 infirmières ont été identifiées par une base de données du gouvernement fédéral. Ils leur ont posé des questions sur leurs attitudes à l'égard des décisions de la fin de vie. Ils ont évalué l'expérience de ces infirmières dans les 12 mois qui précèdent l'enquête. 1678 infirmières ont eu les critères d'inclusion pour participer à l'étude. Ensuite ils ont réalisé un questionnaire avec une lettre d'appui de deux grandes organisations de soins infirmiers et ils ont envoyés une lettre de rappel au besoin et ils ont re-envoyer une 2^e lettre de rappel avec le questionnaire si besoin.</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>Les auteurs ont pris ces 6000 infirmières recrutées grâce aux bases de données du gouvernement et ils ont analysé les réponses qu'ils ont eues en retour.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p><i>La taille de l'échantillon est déterminée selon les critères d'inclusion. La taille de l'échantillon a également été choisie par une base de données du gouvernement fédéral.</i></p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>La confidentialité des données a été assurée et les questionnaires ont été analysés de façon anonyme. Le comité d'éthique de l'hôpital universitaire de la Vrije Universitat Brussel a accordé l'approbation éthique de la conception de l'étude.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Pas de risque pour les participants et les données sont analysées de manière anonyme. Malgré tout, le fait de répondre à ces questions sensibles au niveau juridique est une limite de l'étude.</i></p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Le devis de recherche : étude quantitative basée sur un questionnaire ce qui permet de se baser sur des données scientifiques.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? -</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) <i>Article quantitatif qui permet de récolter les données sur l'implication des infirmières dans deux processus qui permettent de mettre fin à la vie d'un patient qui en a fait la demande explicite (=euthanasie) ou chez un patient qui n'a pas fait la demande explicite. Le choix du devis respecte donc les critères scientifiques.</i></p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? -</p>

	<p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Les auteurs ne sont pas allés sur le terrain ils ont envoyer les questionnaires aux participants par mail.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Les outils de mesure (questionnaire) sont clairement définis, les auteurs ont mis en évidence un tableau où se trouvent les variables.</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Oui, toujours en lien avec l'implication des infirmières dans la prise de décisions en ce qui concerne la fin de vie des patients.</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Non, ils ont été importés, cf. sources. Les questionnaires ont été repris d'une autre étude qui a étudié les pratiques des médecins en Flandre par rapport à l'euthanasie, le PAS et l'administration de médicament qui hâte la mort sans demande explicite du patient. Ce questionnaire a donc fait ses preuves pour être valide et fiable. Il a ensuite été modifié pour traduire au mieux la pratique infirmière sur la base d'un questionnaire utilisée dans une étude néerlandaise sur l'implication des infirmières dans l'euthanasie. le questionnaire a largement été testé .</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <i>Oui ils ont fait un questionnaire qu'ils ont envoyé et ils ont mesuré quelle est l'implication des infirmières dans la prise de décision, la préparation et l'administration de médicament qui accélère la mort. La procédure expérimentale c'est-à-dire le questionnaire est cohérente avec les outils mesurés.</i></p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Oui, c'est décrit clairement voir le lien et les références.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Oui, la validité du contenu a été établie par l'examen d'experts et par le biais d'une discussion approfondie par un groupe de discussion. Les tests cognitifs ont été menés auprès de 20 infirmières pour évaluer la compréhension des questions et des catégories de réponses, ainsi que la compréhension de la formulation des questions avec un accent particulier mis sur des décisions de fin de vie.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? -</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Ils expliquent concrètement comment ils ont analysé les résultats (combien de questionnaires, combien de réponses) ainsi que l'utilisation de test (test de Fischer) pour l'analyse statistique des résultats.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Dans la partie interprétation, les auteurs prennent en considération que les résultats ont pu être légèrement biaisés à cause du genre de question posée sur un sujet sensible et qui a des répercussions juridiques. Même si les questionnaires sont anonymes, les auteurs prennent en compte que les infirmières n'ont peut-être pas toujours répondu de manière correcte à cause de cela.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les éléments les plus significatifs de l'étude.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? -</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques ainsi que sous la forme de texte narratif.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? - </p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Oui, les résultats sont résumés par un texte narratif.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>L'auteur à fait évaluer la compréhension des questions figurants sur le questionnaire en amont, mais il n'y a pas eu d'évaluation des données en aval.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? - </p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <i>Dans cette étude, les auteures parlent de deux études : Chambaere & al. décrivent les résultats d'une enquête auprès des médecins en Flandre sur les pratiques de l'euthanasie et le suicide assisté ainsi que l'utilisation de médicaments de fin de vie sans demande explicite du patient. C'est sur cette étude que les chercheurs se basent pour aller plus loin et chercher l'implication des infirmières dans cette pratique. De plus, les auteurs parlent aussi d'une étude néerlandaise qui a été menée sur l'implication des infirmières dans l'euthanasie et en testant le questionnaire largement. Cette deuxième est</i></p>

	<p><i>utilisée pour modifier le questionnaire.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <i>Oui, dans cette étude, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses, car les deux vont dans le même sens.</i></p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>Les limites ont été définies : limitée par le biais de sélection : une réticence des répondants à signaler les actes illégaux, l'auto-rapporté la nature des données et le manque d'information du médecin traitant ou sur les doses de médicaments utilisés. On ne sait pas si nos résultats sont généralisables aux pratiques ailleurs dans le monde.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <i>Les auteurs ne disent pas savoir si leurs résultats sont généralisables aux pratiques ailleurs dans le monde.</i></p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>L'auteur n'a pas précisé les conséquences des résultats.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Les recherches futures devraient suivre de près et examiner l'implication des infirmières dans ces pratiques autant au niveau national qu'international pour permettre des comparaisons entre les pays avec et sans législation sur l'euthanasie.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Les données figurant dans la conclusion ne sont pas très détaillées. C'est à mon avis un point faible de cet article. Cependant, les données sont très riches au niveau du chapitre « interprétation ».</i></p>

Grille adaptée du Fortin n°9 (2010)

Snijdewind, M. C., Willems, D. L., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Chambaere, K. (October 01, 2015). A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. *Jama Internal Medicine*, 175, 10, 1633.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p><i>A Study of the first year of the end-of-life clinic for physician-assisted dying in the Netherlands</i></p> <p><i>Une étude de la première année (d'existence) de la clinique End-of-Life (Fin de vie) qui permet de pratiquer un suicide assisté aux Pays-Bas</i></p> <p><i>Concepts clés : euthanasie, assistance au suicide, clinique « droit de mourir »</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Background : « Droit de mourir » est une organisation aux Pays-Bas qui milite pour l'euthanasie. Celle-ci a fondé une clinique en 2012 pour « fournir » l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté pour les patients qui répondent aux exigences légales, mais dont les médecins ont rejeté plusieurs fois leur demande. Beaucoup de patients dont les demandes sont refusées ont des situations moins courantes comme une affection psychiatrique ou psychologique, la démence ou les « fatiguées de la vie ».</p> <p>But : Etudier les résultats des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté par un médecin reçu par la clinique et les facteurs associés à l'octroi ou le rejet des demandes.</p> <p>Participants : Pas de participants. Les auteurs ont effectué une analyse des formulaires de demandes de fin de vie et des fichiers d'enregistrement.</p> <p>Résultats : 645 demandes formulées par les patients, 162 demandes ont été accordées, 300 demandes ont été refusées, 124 patients sont décédés avant que la demande soit évaluée et 59 patients ont retiré leur demande. Il y avait plus de demandes accordées pour les</p>

	<p><i>patients atteints d'une affection somatique ou un déclin cognitif. Moins de demandes pour les patients atteints d'un état psychologique. 6 des 121 demandes provenant de patients atteints d'un état psychologique ont été accordées, de même que 11 sur 40 demandes de patients étaient « fatigués de la vie ».</i></p> <p>Conclusions : <i>Les médecins aux Pays-Bas sont moins favorables à accepter des demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté lorsque les patients souffrent de maladies psychologiques et lorsqu'ils sont « fatigués de la vie », que le personnel médical qui travaille pour la clinique de « fin de vie ». Les médecins et les infirmières employées par la clinique, cependant, ont souvent confirmé l'évaluation du médecin qui avait déjà soigné le patient auparavant. Ils ont rejeté près de la moitié des demandes d'euthanasie et le suicide médicalement assisté, peut-être parce que les critères juridiques de soins en raison n'ont pas été respectés.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Il s'agit d'étudier le taux de demandes d'euthanasie et d'assistance au suicide dans une nouvelle clinique qui octroient « plus facilement » l'accord de ces pratiques.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p><i>Oui, le problème est pertinent, car le débat est toujours vif et d'actualité. C'est un sujet très sensible. Il heurte la population dans ses valeurs personnelles et surtout les professionnels de santé dans leurs valeurs professionnelles.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p><i>Oui, le problème a une signification pour la discipline, car ce sont les infirmières qui sont au plus proche des patients. Malgré le fait que ce soit le médecin qui prend la décision finale, elles restent les collaboratrices les plus proches de ce dernier.</i></p>



Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Dans cet article, il n’y a pas de recension des écrits.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l’état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l’étude ? L’auteur présente-t-il l’état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l’étude ? <i>L’auteur se base à partir de tous les fichiers d’enregistrement de demandes de fin de vie de la clinique pendant 1 an.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? -</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Les concepts clés sont définis dans le titre et dans l’introduction</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s’inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l’étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l’étude ? <i>Les concepts clés sont clairement liés à l’étude.</i></p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l’étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Oui, le but est énoncé de manière claire et précise : il s’agit d’étudier les résultats des demandes d’euthanasie ou de suicide assisté qu’un médecin a reçues ainsi que les facteurs d’octroi ou de rejet des demandes dans une clinique pour « le droit de mourir » aux Pays-Bas</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l’étude, sont-elles clairement énoncées ? -</p>

	<p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Oui, la question de recherche découle logiquement du but, mais ne reflète pas la recension des écrits étant donné qu'il n'y en a pas.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <i>Oui.</i></p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? -</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? <i>La population visée n'est pas définie de façon précise puisque les auteurs ont sélectionné toutes les demandes de fin de vie faites durant une année</i></p> <p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <i>Pas de participants, les auteurs ont juste analysé les fichiers d'enregistrement</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <i>Il semblerait que c'est par saturation des données.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? -</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>Selon la recherche médicale impliquant des sujets humains, l'étude n'a pas besoin de passer par comité d'éthique. Les chercheurs ont veillé à ce que les résultats empêchent toute identification du patient ou du médecin.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Oui.</i></p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Le devis de recherche a permis à l'étude d'atteindre son but. Ici, le but est d'analyser les fichiers d'enregistrement des patients ayant fait une demande de fin de vie sur un an.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <i>Oui, le devis permet d'examiner toutes les questions de recherche ou du moins cherche à le faire aux plus proches en fonction des articles trouvés sur les bases de données tout en correspondant aux critères d'inclusions et d'exclusion fixés par les auteurs.</i></p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) -</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <i>La méthode de recherche est appropriée. En effet, afin d'analyser les demandes de fin de vie des patients dans cette clinique, les auteurs ont pris les fichiers d'enregistrement. Les données étaient précises, et à partir de celles-ci ils ont pu retirer des données pertinentes.</i></p>

	<p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Pas de temps passé avec les participants puisque les auteurs ont utilisé des fichiers d'enregistrement pour concevoir leur étude.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Dans cette étude, tous les fichiers d'enregistrement de fin de vie datant d'une année ont été utilisés. Chaque dossier contenait la demande originale par le patient, les parents, le médecin ainsi que le résultat final. Grâce à ces données, les auteurs ont pu calculer le temps écoulé entre la demande et la décision finale.</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Les questions de recherche sont les suivantes : A quelle fréquence les différents résultats possibles de demandes d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté surviennent (subvention, de rejet, de mourir avant la prise de décision est finalisé, le retrait du patient) et quels facteurs sont associés à l'issue d'une application ? Les facteurs étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques des patients (sexe, âge, statut matrimonial, les enfants, la situation de vie), les caractéristiques cliniques (condition médicale, le type de souffrance), et d'autres circonstances (temps écoulé depuis l'application était le terrain, la volonté du médecin régulier de pratiquer l'euthanasie).</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Les auteurs ont effectué toutes les analyses avec le logiciel statistique SPSS version 22.0.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? -</p>

Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>-</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p><i>Les auteurs ont veillé à ce que l'identité des médecins et les patients restent anonymes.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>-</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</p> <p><i>Sur la base des informations concernant le diagnostic, les auteurs ont codé tous les cas comme ayant une ou plusieurs des conditions médicales suivantes : le cancer, les maladies cardio-vasculaires, neurologiques (physiques), neurologiques (cognitives), pulmonaires, rhumatoïdes, autre inconfort physique, psychiatrique ou psychologique. Les conditions qui affectent la fonction cognitive d'un patient, tel que la démence peut influencer sur l'appréciation du médecin; les auteurs ont présumé que les patients qui ont un manque de compétence mentale ont souvent leurs demandes rejetées.</i></p> <p><i>Un cas a été codé « fatigué de vivre » si les patients ont déclaré leur état comme cela et si aucune autre condition médicale n'a été trouvée. Si le formulaire de demande ne contenait pas un diagnostic clair, deux chercheurs ont discuté le cas jusqu'à ce qu'un consensus ait été atteint. Si aucun accord n'a été atteint ou aucune indication d'un diagnostic n'a été trouvée, l'état de santé a été codé comme manquant. Nous avons regroupé en outre des conditions médicales en cinq catégories: (1) l'état somatique (2) état psychologique (3) somatique et l'état psychologique (4) le déclin cognitif (5) fatigué de vivre. Nous avons identifié quatre résultats différents d'une demande: le patient avait reçu l'euthanasie ou le suicide assisté, la demande avait été refusée par la clinique, le patient avait retiré la demande, ou si le patient était mort d'une cause autre que l'euthanasie ou l'aide médicale suicide (naturelle ou auto-infligée). En outre, les raisons</i></p>

	<p><i>pour lesquelles les demandes ont été retirées ne sont pas enregistrées dans les dossiers d'enregistrement.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Pas de précisions à ce sujet dans l'étude.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les points importants. Une demande peut être accordée, rejetée ou retirée si le patient est mort avant que la décision finale ait été prise.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>En effet, les thèmes font ressortir la signification des données.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Oui les résultats sont présentés sus forme de tableaux ainsi que sous la forme de texte narratif.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui.</i></p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les auteurs ont étudié 645 demandes. Il a fallu une moyenne de 5.7 mois pour qu'une demande soit accordée. Le temps qu'il a fallu à la clinique pour gérer une demande a été plus long dans la première partie de l'année que dans la seconde (4.7 vs 3.6) en raison de la faible capacité des équipes mobiles durant la 1re partie d'année. En un mois, la clinique a reçu 154 (21.7%) formulaires de demande.</i></p> <p><i>Sur les 645 demandes formulées par les patients 162 ont été accordées, 300 ont été refusées, 124 patients sont décédés avant que la demande puisse être évaluée et 59</i></p>

	<p><i>patients ont retiré leur demande.</i></p> <p><i>Les patients atteints d'une affection somatique ou un déclin cognitif avaient le pourcentage le plus élevé de demandes accordées. Les patients atteints d'un état psychologique avaient le plus petit pourcentage de demandes accordées.</i></p> <p><i>Les patients dont les demandes ont été accordées avaient un âge plus avancé que ceux dont les demandes ont été rejetées au moment de la demande.</i></p> <p><i>Les demandes qui avaient été en cours depuis plus d'un an étaient moins susceptibles d'être accordées que celles qui avaient été lancées plus récemment.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>On peut émettre l'hypothèse que les auteurs ont évalué les données par eux-mêmes.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? -</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? -</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>Les auteurs mettent une limite en évidence. Souvent, le formulaire de demande de fin de vie est rempli par le patient ou un proche, donc les informations sur l'état de santé de ce dernier ne sont fondées que par son propre rapport et non par des dossiers médicaux.</i> <i>Les auteurs ont seulement eu accès à l'information dans le dossier d'inscription qui comprenait le formulaire de demande, de décision et le résultat final. Ils ont manqué d'informations pour savoir si les patients qui sont décédés ont eu l'euthanasie ou le suicide assisté ou alors s'ils sont morts avant que leur demande ait été évaluée.</i></p>

	<p><i>Un manque d'informations a été relevé quant à savoir pourquoi les demandes ont été rejetées par les médecins, ils émettent cependant l'hypothèse que ces personnes ne répondaient pas aux critères en vigueur. Ce raisonnement peut aussi expliquer pourquoi la clinique était moins susceptible d'accorder des demandes qui avaient été en cours depuis plus d'un an que ceux qui avaient été lancés plus récemment.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <i>Oui.</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? -</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>L'étude démontre que l'euthanasie et le suicide médicalement assisté sont très controversés aux Pays-Bas pour les patients souffrant de maladies psychiatriques. Les médecins accordent ces pratiques si les critères juridiques concordent avec la demande. Ils disent aussi que les familles ont un grand rôle à jouer quant à la prise de décision. Une bonne relation entre le médecin, le patient et la famille ont aussi une grande importance.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Les résultats de l'étude mettent en évidence qu'un médecin ne fera pas en sorte que l'examen du dossier dur très long. Cette constatation est conforme à la recherche précédente. A l'avenir, le pourcentage de patients qui meurent avant l'évaluation des médecins de la clinique va diminuer car le nombre d'équipes mobiles a augmenté en 2013 et en 2014.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Oui, les données sont suffisamment riches et pertinentes pour s'appuyer sur les conclusions.</i></p>

Grille adaptée du Fortin n°10 (2010)

Tamayo-Velazquez, M.-I., Simon-Lorda, P., & Cruz-Piqueras, M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics*, 19(5), 677-691.
doi :10.1177/0969733011436203

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p><i>Euthanasia and physician- assisted suicide : Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain)</i></p> <p><i>Euthanasie et suicide médicalement assisté : Connaissances, attitudes et expériences des infirmières en Espagne</i></p> <p><i>Mots clés : Les infirmières, l'euthanasie, le suicide assisté, fin de vie, les attitudes, les expériences</i></p> <p><i>Oui les concepts clés sont définis dans le titre. Celui-ci précise qu'il s'agit d'étudier les connaissances, les attitudes et les expériences des infirmières en Andalousie concernant l'euthanasie et le suicide assisté.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><i>Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les expériences des infirmières espagnoles concernant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Dans un questionnaire en ligne rempli par 390 infirmières d'Andalousie, 59.1% ont identifié adéquatement une situation d'euthanasie et 64.1% une situation impliquant le suicide médicalement assisté.</i></p> <p><i>Prés de 69% étaient au courant que les deux pratiques étaient illégales en Espagne, tandis que 21.4% avaient reçu des demandes d'euthanasie et 7.8% pour le suicide assisté.</i></p> <p><i>Un total de 22.6% estiment que les cas d'euthanasie ont eu lieu en Espagne et 11.4% pensent la même chose pour le suicide assisté.</i></p>

	<p><i>Il y avait un plus grand soutien (70%) pour la légalisation de l'euthanasie que pour le suicide assisté (65%), combiné à une plus grande prédisposition à la réalisation de l'euthanasie (54%), si elle devait être légalisée, que de participer à l'aide au suicide (47.3%).</i></p> <p><i>Les infirmières en Andalousie devraient avoir la possibilité de bénéficier de plus d'éducation sur les questions relatives à la fin de vie, et des recherches approfondies dans ce domaine devraient être entreprises.</i></p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p><i>Actuellement la société espagnole comme dans d'autres pays est engagée dans un débat concernant la nature et les limites de décisions de fin de vie et le soi-disant droit de mourir avec dignité. En effet, le débat sur la façon dont les gens peuvent et doivent mourir existe depuis longtemps. Cependant, dans les sociétés technologiquement avancées, ce débat a pris une nouvelle dimension, ce qui n'était pas imaginable il y a seulement 10 ans.</i></p> <p><i>Il y a une discussion actuelle qui est ouverte sur la « mort digne », devrait-elle devenir un droit humain. Il existe un soutien unanime quant à la nécessité de recevoir des soins palliatifs de haute qualité et il semble aussi être important (mais pas dans tous les pays) que les personnes aient droit aux directives anticipées. Un autre aspect semble avoir l'approbation universelle : éviter les traitements qui prolongent simplement la souffrance de ceux qui sont en train de mourir autrement dit l'acharnement thérapeutique.</i></p> <p><i>Par conséquent, aujourd'hui les quatre principes centraux d'une soi-disant mort digne sont les soins palliatifs, le refus de traitement, les directives anticipées et la limitation du traitement (retrait/source). En revanche, il y a une énorme controverse quant à un autre principe potentiel : en particulier la reconnaissance de l'accès à choisir librement le moment et la forme d'une mort et d'exiger l'aide et la collaboration des autres,</i></p>

particulièrement les professionnels de santé.

L'euthanasie et le suicide médicalement assisté suscitent automatiquement le débat. Plusieurs aspects entrent en compte tels que l'abus, la religion, les impacts sur la cohérence des professions de la santé. Il suscite également des questions philosophiques, anthropologiques, sociologiques juridiques et politiques.

Le débat actuel sur le sujet en Europe est né au début des années 1990, déclenché par la législation de l'euthanasie aux Pays-Bas et la diffusion plus tard à travers le continent.

Bien qu'en Espagne, la réflexion éthique et juridique des différentes façons de « mourir dans la dignité » remonte au début du 20e siècle, la question n'est pas entrée dans un débat public ouvert jusque dans les années 1990, comme les autres pays européens.

Les recherches sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté ont principalement été centrées sur les médecins et raisons de la nature de leurs rôles et leurs responsabilités. Cependant en raison de la spécificité de l'expertise en soins infirmiers et leurs expériences dans la prestation de soins en fin de vie, les infirmières jouent un rôle majeur dans les soins aux patients mourants et les traitements qui hâtent la mort.

Alors que les infirmières peuvent apporter une contribution significative à la qualité des soins en fournissant des conseils pour les patients, les familles, les médecins, etc. même dans les pays où le suicide assisté est pénalisé et en dépit de l'implication de la profession infirmière au niveau international dans l'euthanasie, on n'en sait peu sur leurs attitudes, leurs connaissances et leurs expériences dans ce domaine.

Plusieurs recherches empiriques ont été menées sur les expériences et les attitudes des infirmières envers l'euthanasie et le suicide médicalement assisté dans les pays où ces pratiques ont été dépenalisées comme les Pays-Bas ou la Belgique, ainsi qu'aux Etats-Unis où ces pratiques sont réglementées sous certaines conditions ou dans les pays où aucune législation n'existe (Croatie,

Finlande, Pologne).

La littérature indique un manque de consensus entre les infirmières sur l'euthanasie en général, et leur implication dans le processus. Leurs sentiments sont complexes et les descriptions données du conflit personnel, l'incertitude morale, la frustration, la peur, le secret et la culpabilité semblent refléter un tableau alambiqué des valeurs personnelles et professionnelles à côté d'une série de considérations sociales, religieuses et juridiques.

En Espagne, quelques recherches ont été menées en relation avec les infirmières et les décisions en Andalousie, aucune étude empirique n'a été faite sur les infirmières dans l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

Il s'agit ici d'étudier et explorer les connaissances, les opinions et les expériences des infirmières en Andalousie par rapport à l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.

Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?

Oui, le sujet est tout à fait actuel. Comme dit ci-dessus, le débat a débuté dans les années 1990 et il est encore plus vif depuis la législation sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté au Pays-Bas et en Belgique. Il concerne en effet bien la discipline infirmière et il semble judicieux de mener des études sur leur implication dans ces pratiques afin que les infirmières puissent délimiter leur rôle dans ces décisions de fin de vie.

Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?

Dans cette étude, on cherche à explorer les connaissances, les opinions et les expériences des infirmières chez une population cible (Andalousie). Le problème a donc bien une signification particulière pour la discipline infirmière, de plus il n'existe actuellement pas de directives officielles concernant le rôle réel de l'infirmière dans les cas d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté.

Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? <i>Il n'y a pas eu de recension des écrits, puisque c'est la première étude empirique faite sur les infirmières quant à l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté. Aucune des revues de la littérature sur ces dernières pratiques ne comprend des études impliquant des infirmières en Espagne.</i></p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? -</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? -</p> <p>L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <i>Les auteurs expliquent bien dans la partie introduction où en sont les connaissances actuelles ainsi que l'implication des infirmières sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Les études réalisées jusqu'à présent sont plus centrées sur le rôle dans médecin dans cette pratique.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? -</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? <i>Oui, les concepts clés sont expliqués et définis, l'euthanasie et le suicide médicalement assistés.</i></p> <p><i>Dans l'étude, l'euthanasie fait référence à l'administration directe d'un agent létal à un patient par une autre personne (médecin) avec l'intention explicite d'entraîner la mort suite à la demande éclairée du patient.</i></p> <p><i>Le suicide médicalement assisté se réfère à mettre fin à sa propre vie volontairement et intentionnellement avec l'aide du médecin.</i></p>

	<p><i>Ces concepts sont bien résumés et ils apportent les éléments nécessaires à la compréhension de l'étude.</i></p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p><i>Le but de l'étude est d'explorer les connaissances, les opinions et les expériences des infirmières en Andalousie par rapport à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté. Cette étude semble nécessaire au vu de la situation actuelle en Espagne.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <p><i>L'hypothèse que l'on pourrait relever dans cette étude est que l'infirmière au vu de la spécificité de l'expertise dans le domaine des soins infirmiers et de ses expériences dans les prestations de soins de fin de vie joue un rôle majeur dans les soins aux patients mourants et dans le traitement hâtant la mort.</i></p> <p><i>La population à l'étude : les infirmières en Andalousie face à l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p> <p><i>Dans cette étude, les auteurs se sont intéressés aux connaissances, aux opinions et aux expériences des infirmières en Andalousie par rapport à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</p> <p>-</p>

	<p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</p> <p>-</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p><i>La conception de cette étude est une étude descriptive, transversales réalisée en ligne au moyen d'un auto questionnaire.</i></p> <p><i>Les participants à cette étude sont des professionnels de soins qui travaillent dans des centres de soins de santé primaires et spécialisés dans le système de santé andalou et appartiennent à diverses associations scientifiques : « Association Andalouse des soins infirmiers communautaires », « Association des infirmières de l'hôpital en Andalousie et « Société espagnole des soins infirmiers d'urgence ».</i></p> <p><i>Aucune forme d'échantillonnage n'a été effectuée pour cette étude, les résultats comprennent tous les professionnels qui ont accepté de remplir le questionnaire et qui ont le profil pour l'étude.</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>Aucune forme d'échantillonnage n'a été réalisée</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p><i>Par saturation des données, car les auteurs ont pris en considération tous les questionnaires qui ont été remplis</i></p>

	<i>par les personnes correspondant au profil de l'étude.</i>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <i>Cette étude a été évaluée et approuvée par le Comité de recherche de l'Ecole andalouse de santé publique à Grenade. Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude. Leur consentement à participer à l'étude leur a été demandé et les garanties ont été données concernant la confidentialité et l'anonymat des données fournies.</i></p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <i>Pas de risque pour les participants. L'outil informatique utilisé (le « Survey Monkey ») pour créer les sondages en ligne garantit la confidentialité des données obtenues en le maintenant dans un compte privé et sécurisé. L'application utilisée pour créer le questionnaire a également garanti l'anonymat des données fournies.</i></p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <i>Il semble que oui, au vu des résultats mentionnés plus bas.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? -</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) -</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? -</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Les auteurs ne sont pas allés sur le terrain. Ils ont réalisé un questionnaire en ligne puis les ont transmis à chaque</i></p>

	<p><i>association afin que ces associations les distribuent à leurs membres.</i></p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <p><i>Une fois que les chercheurs ont contacté les associations de soins infirmiers, les objectifs de l'étude ont été expliqués et ils ont aussi demandé la collaboration de leurs membres. Chaque association a transmis le questionnaire et donné les informations à ses membres. Ceci empêchait donc toute l'équipe de recherche à accéder à des informations confidentielles concernant les membres de l'association, y compris leurs adresses mail.</i></p> <p><i>Les informations transmises aux membres contenaient une explication du projet et un lien permettant d'accéder directement au questionnaire.</i></p> <p><i>L'outil informatique « Survey Monkey » a été utilisé pour créer des sondages en ligne, donc pour créer les questionnaires. Celui-ci a garanti la confidentialité des données obtenues en le maintenant dans un compte privé et sécurisé.</i></p> <p><i>Une fois que le mail a été transmis aux infirmières, elles devaient cliquer sur le lien menant directement au questionnaire. L'application utilisée pour créer le questionnaire a également garanti l'anonymat des données fournies.</i></p> <p><i>Les données ont été recueillies au cours du mois de mai 2010. Trois rappels ont été envoyés, un toutes les deux semaines.</i></p> <p><i>L'utilisation de « Survey Monkey » pour concevoir le questionnaire a permis de limiter le nombre de questionnaires remplis sur chaque ordinateur.</i></p> <p><i>Une fois le délai imparti pour l'achèvement des questionnaires a pris fin, un court questionnaire supplémentaire a été envoyé à ceux qui n'avaient pas répondu à certaines questions dans le 1er questionnaire en leur demandant de donner les raisons pour lesquelles il n'y avait pas de réponse.</i></p>

	<p><i>Le questionnaire comportait au total 35 questions. Ces questions étaient liées à l'information sociodémographique telles que l'âge, le sexe, la profession, la province, le champ et le niveau des soins donnés, en plus des connaissances, les attitudes et les expériences des professionnels des soins infirmiers concernant les décisions de fin de vie. Le questionnaire comportait des questions à choix multiples.</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Il n'y a pas vraiment de question de recherches autre que le but de l'étude en lui-même.</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Les outils ont été créés pour cette étude</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <i>Il existe une bonne cohérence entre le but de l'étude, les outils ainsi que la manière dont ils ont été utilisés.</i></p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données /enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Les données ont été recueillies grâce au questionnaire créé en ligne.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Oui, ils ont fait appel à du personnel compétent. La conception du questionnaire et son approbation a été réalisé par un examen d'un panel d'experts (deux psychologues, quatre médecins, quatre infirmières et deux travailleurs sociaux spécialisés dans les questions de fin de vie, un examen a été réalisé de manière plus approfondie par un organisme indépendant (cinq médecins et cinq infirmières travaillant avec des patients en phase terminale) et un prétest avec quatre infirmières de soins palliatifs, quatre en soins intensifs, quatre en soins primaires et trois aux soins à domicile.</i></p>

	<p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <i>Les auteurs ont travaillé sur l'étude en collaboration avec les professionnels cités plus haut, donc ils sont intervenus.</i></p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Un programme informatique a été utilisé afin d'analyser les résultats des questionnaires. Une analyse descriptive a été faite en calculant la moyenne, un écart-type, les valeurs maximales et minimales des valeurs des variables sociodémographiques ainsi que la fréquence absolue et relative des réponses. Les résultats ont été comparés sur la base du sexe des personnes et de la tranche d'âge.</i></p> <p><i>Les auteurs ont aussi regardé si les variables étaient liées, le niveau de signification p et s'il n'y avait pas de différences statistiques significatives entre les variables en question.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Pas préciser dans cette partie de l'étude</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Pas vraiment de résumé des résultats</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Les thèmes recherchés sont en cohérence avec le but de l'étude.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de pourcentages.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <i>Oui.</i></p>

Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?

Oui les résultats sont présentés à l'aide d'un texte narratif séparé en plusieurs paragraphes.

Le nombre total des membres des associations était 1428. 390 questionnaires ont été reçus, ce qui donne un taux de réponse de 27.3%. Il y avait 123 hommes (31.9%) et 263 femmes (68.1%). L'âge moyen était de 46.18 ans.

L'échantillon a été divisé en 2 groupes : les moins de 45 ans (n=144, 37.6%) et les personnes âgées de 45 ans et plus (n=239, 62.4%). Le nombre de participants qui travaillaient dans le domaine des soins primaires était de 227 personnes (59.4%), 120 personnes travaillaient dans les soins hospitaliers (31.4%) et 8 personnes (2.1%) travaillaient dans les soins primaires et spécialisés. Un total de 379 personnes travaillait dans le secteur public (97.4%), 6 (1.5%) dans le secteur privé et 2 (0.5%) dans les 2 secteurs.

Le nombre de personnes ayant pris en charge un patient en phase terminale l'année précédente était de 307 personnes (78.7%), tandis que 127 personnes (32.6%) avaient pris en charge plus de 10 patients en phase terminale durant la même période. Enfin, 24 infirmières (6.2%) avaient enregistré leur propre directive préalable.

Une fois la date limite pour la collecte des données du questionnaire avait passé, un court questionnaire supplémentaire a été envoyé à ceux qui n'avaient pas répondu à toutes les questions en leur demandant pour quelle raison.

Au total, 63 infirmières ont complété ce second questionnaire : 17 (26.9%) étaient des hommes et 45 (71.4%) étaient des femmes. Parmi ces 63 répondants, 19 (30.2%) ont dit qu'ils ne répondaient pas à cause d'un manque de temps, 5 (7.9%) ont dit qu'ils pensaient que le questionnaire était trop long et (4.8%) ont dit qu'ils ne croyaient pas que les données qu'ils fourniraient resteraient anonymes.



Paragraphe 1 : Les réponses aux questions sur l'euthanasie. Au total 59.1% (n=230) participants ont identifié correctement les pratiques d'euthanasie. 68.5% (n=267) étaient au courant que l'euthanasie est une infraction en Espagne. Plus d'infirmiers (80.49%) savaient que c'était une infraction pénale que les infirmières (63.84%). Au total, 21.4% des participants avaient reçu au moins une demande d'euthanasie d'un patient ou de leurs proches. Les infirmiers ont reçu plus de demandes que les infirmières et la différence entre les deux chiffres est statistiquement significative : 31.3% par rapport à 16.2%.

Dans l'ensemble, 22.6% (n=88) estiment que l'euthanasie avait été réalisée en Andalousie par un professionnel de santé au cours des 5 dernières années. La légalisation de l'euthanasie en Espagne est soutenue par 76% des participants et 54% seraient d'accord de l'exécuter si elle était rendue légale.

Paragraphe 2 : Les réponses aux questions sur le suicide médicalement assisté.

64.1% (n=240) ont identifié correctement les pratiques du suicide médicalement assisté. 69.7% (n=272) étaient au courant que cette pratique est illégale en Espagne. Au total, 7.8% (n=29) des participants avaient reçu au moins une demande de suicide médicalement assisté d'un patient ou de leurs proches. Les infirmiers ont reçu plus de demandes que les infirmières et la différence entre les 2 chiffres est statistiquement significative (12.7% vs 5.6%).

Dans l'ensemble, 11.4% (n=44) estiment que cette pratique a été effectuée en Andalousie au cours des 5 dernières années. La dépénalisation du suicide assisté en Espagne a été soutenue par 65% des participants, 47.3% seraient d'accord de l'exécuter si elle devenait légale. Les personnes âgées de moins de 45 ans avaient une plus grande connaissance du « statut juridique » de cette pratique que les personnes âgées et de 45 ans ou plus (77.1% contre 65.7%)

Paragraphe 3 : Les réponses à d'autres questions sur la mort assistée.

	<p><i>Les chercheurs ont demandé aux infirmières si, un patient en phase terminale devrait avoir le droit d'être aidé par un professionnel de santé pour hâter sa mort. Un total de 50.3% (N=195) ont répondu que les patients devraient avoir ce droit, et 35.6% (n=138) ont répondu que les patients ne devraient pas avoir ce droit.</i></p> <p><i>Cependant, 50.1% (n=195) ont déclaré que les patients qui reçoivent des soins palliatifs de haute qualité ne demandent pas l'aide à mourir, tandis que 28.3% (n=110) étaient en désaccord avec cette affirmation. Le sexe et l'âge ne disposaient pas d'incidence sur les réponses à ces deux variables.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</p> <p>-</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p><i>Les auteurs ont clairement défini leurs résultats grâce aux outils utilisés dans leur étude.</i></p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p><i>Les résultats de cette étude ont en effet été comparés avec d'autres études effectuées dans divers pays. On remarque qu'il y a un plus grand niveau de soutien pour la légalisation de l'euthanasie que pour le suicide médicalement assisté. De manière générale, on constate également que les deux termes ne sont pas clairement identifiés par les infirmières, ceci montre que l'éducation des infirmières face à ces pratiques reste insuffisante.</i></p> <p><i>On remarque qu'il existe une différence entre les différents pays. Souvent, les infirmières sont d'accord de légaliser l'euthanasie puis en Espagne pex elles seraient d'accord de l'effectuer, mais en Turquie, seul un tout petit pourcentage serait d'accord de l'effectuer.</i></p>

Les plus grands niveaux de soutien pour l'euthanasie ont été trouvés dans des pays tels que la Belgique, où cette pratique est déjà décriminalisée.

Il convient de souligner qu'une étude menée sur le grand public espagnol en 2009 a révélé que 63.3% des personnes étaient complètement en faveur de la dépénalisation de l'euthanasie.

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

Oui.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Certaines limites méthodologiques se sont posées lorsque cette étude a été menée. Les résultats du questionnaire peuvent avoir été affectés par certains facteurs (pex préjugés sociaux, tendance centrale ou d'apprentissage/biais de proximité). Afin de réduire au minimum leurs effets, les questions posées étaient les plus neutres que possible, et il n'y avait pas de réponses correctes ou incorrectes.

Le questionnaire est structuré, une attention particulière a été accordée à la conception, l'ordre, la compréhension et les catégories de réponses des questions, il a également été soumis à une évaluation du contenu et une étude pilote.

Bien qu'il existe certains problèmes quant à la méthode par internet, les avantages de celle-ci l'emportent largement sur les inconvénients.

Le type de questionnaire réalisé est interactif, attrayant et offre une plus grande flexibilité dans les réponses.

Pour des raisons d'anonymat et de confidentialité, il n'a pas été possible d'enregistrer le nombre exact d'infirmières qui ont eu accès au questionnaire. Il est donc possible que quelques infirmières n'aient pas ouvert le mail ou ne l'a pas reçu.

Les profils des membres ayant participé à l'étude n'ont pas été fournis.

	<p><i>La méthodologie utilisée ne permet pas l'extrapolation des résultats à la profession infirmière entière, mais les participants étaient au nombre de 400 infirmières, ceci représente une source d'information précieuse.</i></p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</p> <p>-</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</p> <p><i>Non, car c'est la première étude effectuée sur le sujet en Espagne.</i></p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p><i>Les découvertes faites dans cette enquête ont permis de mieux comprendre les connaissances, les attitudes et les expériences des infirmières, tout en démontrant la nécessité de mener des recherches approfondies dans ce domaine.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</p> <p><i>Pas très clair. Les auteurs disent que d'autres méthodes peuvent aider à mener une enquête plus approfondie sur certains des résultats détaillés dans cette étude-ci et de regarder plus profondément dans un certain nombre de questions, comme le rôle des infirmières dans les pratiques d'euthanasie et de suicide assisté, les caractéristiques des demandes de hâter la mort et les moyens dans lesquels les infirmières gèrent ces demandes.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p> <p><i>Oui, néanmoins, il manque encore des données scientifiques dans le domaine.</i></p>

Grille adaptée du Fortin n°11 (2010)

Van Bruchem-Van De Scheur, G. G., Van Der Arend, A. J., Huijer 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. doi :10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</p> <p><i>Euthanasie et suicide assisté dans les hôpitaux néerlandais : le rôle des infirmières.</i></p> <p><i>Mots clés : l'euthanasie, les lignes directrices, les hôpitaux, les infirmières, le suicide médicalement assisté, rôle</i></p> <p><i>Il s'agit ici d'étudier les questions relatives à la législation et à la réglementation du rôle des infirmières dans les décisions médicales de fin de vie dans les hôpitaux, les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers.</i></p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>But : <i>Il s'agit d'une étude sur le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté dans les hôpitaux. Cette étude a été réalisée dans un cadre plus large concernant le rôle des infirmières dans les décisions médicales de fin de vie</i></p> <p>Contexte : <i>Les questions relatives à la législation et à la réglementation en ce qui concerne le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Le ministre néerlandais de la Santé a demandé que l'étude se focalise sur le rôle des infirmières dans les décisions médicales de fin de vie dans les hôpitaux, les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers.</i></p> <p>Méthode : <i>Un questionnaire a été envoyé en 2003 à 692 infirmières travaillant dans 73 centres hospitaliers. Les réponses appropriées pour l'analyse étaient de 532 infirmières (76.9%). Par la suite, les données ont été analysées quantitativement en utilisant un logiciel informatique adéquat.</i></p>

	<p>Résultats : Dans presque la moitié des cas (45.1%), l'infirmière a été la première personne à qui les patients ont discuté de leur demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté. La consultation entre les médecins et les infirmières a lieu dans la plupart des cas (78.8%). Dans plusieurs situations (15.4%), les infirmières administrent elles-mêmes le médicament conduisant à la mort avec ou sans le médecin. Il n'est pas évident que les hôpitaux aient une marche à suivre concernant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.</p> <p>Conclusion : Dans le processus de décision, il est nécessaire que la consultation entre les médecins et les infirmières s'améliore. Quant à l'administration des médicaments « mortels », le médecin doit assumer sa responsabilité et il ne doit pas laisser cette tâche à l'infirmière. Une marche à suivre pourrait jouer un rôle important pour améliorer la collaboration entre les médecins et les infirmières. Cela pourrait également éviter des malentendus au niveau de la procédure, de l'éthique et au niveau juridique.</p> <p>Pertinence pour la pratique : Dans la pratique clinique, les infirmières sont souvent étroitement associées à la dernière étape de la vie d'une personne. Par conséquent, elles peuvent être fréquemment confrontées à des demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Les résultats fournissent des informations pertinentes et peuvent aider les infirmières à définir leur rôle dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, en particulier dans le cas où ces pratiques devraient être légalisées.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <p>Le problème est clairement formulé. En effet, le débat actuel sur l'euthanasie aux Pays-Bas se centre surtout sur les responsabilités éthiques et juridiques des médecins. Cependant, le rôle des infirmières n'a pas clairement été étudié. Ce ne fut que sur le plan professionnel que les accords concernant le rôle des infirmières ont été fait par la mise en place de marche à suivre conjointes entre les médecins et les infirmières. Il s'agit donc de clarifier le rôle des infirmières concernant l'euthanasie et le suicide</p>

	<p><i>médicalement assisté, mais avant d'établir une réglementation, le ministre de la Santé a demandé en premier lieu de faire une étude sur la pratique factuelle dans les décisions médicales de fin de vie dans les hôpitaux, les soins à domicile ainsi que les foyers de soins.</i></p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p><i>Oui, le problème est pertinent. Cette étude porte sur un sujet actuel puisque les réglementations concernant l'assistance au suicide et l'euthanasie ne sont pas clairement définies. Etant future professionnelles, il semble essentiel de pouvoir se positionner face à ses pratiques.</i></p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p><i>Dans cette étude, les auteurs aimeraient comprendre quel est le rôle actuel des infirmières face à l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. On parle donc bien de la discipline infirmière.</i></p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ?</p> <p><i>Aux Pays-Bas, plusieurs enquêtes ont été menées afin de déterminer le nombre et les principales caractéristiques concernant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Cependant, ces études se sont portées sur le rôle des médecins et seules quelques informations ont été fournies sur le rôle des infirmières. De plus, l'information était « indirecte » puisqu'elle ne provenait pas des infirmières elles-mêmes.</i></p> <p><i>Quelques études qualitatives ont été effectuées sur le point de vue des infirmières.</i></p> <p><i>L'étude présentée ici est la première étude de l'enquête à explorer à large spectre le point de vue des infirmières concernant leur rôle dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.</i></p>

	<p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <p><i>Les études démontrent que les infirmières, en raison de leur implication quotidienne et des compétences spécifiques ont une position particulière face à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté. Elles sont souvent les premières à recevoir une demande d'euthanasie. Dans la prise de décision, elles pourraient avoir un rôle important dans l'analyse de la demande des patients, pex pour déterminer si la demande cacherait un appel à l'aide.</i></p> <p><i>Plusieurs études démontrent qu'il n'est pas évident que les infirmières participent à la prise de décisions.</i></p> <p><i>D'autres études montrent encore qu'il arrive parfois que l'infirmière administre les médicaments létaux avec ou sans le médecin.</i></p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p><i>Moyennement.</i></p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</p> <p><i>Il semblerait que ce soit le cas.</i></p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>-</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>-</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <i>Oui, le but de l'étude est de découvrir quel est le rôle actuel des infirmières face à l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Suite aux résultats de cette étude, une réglementation claire pourrait être écrite.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <i>La population à l'étude est définie, ce sont les infirmières, leur rôle face à l'euthanasie et le suicide médicalement assisté en collaboration avec le médecin.</i></p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <i>Dans cette étude, les auteurs ont cherché à connaître l'opinion des infirmières face à leur rôle actuel dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.</i></p> <p>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? -</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? -</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <i>Tous les hôpitaux généraux et universitaires des Pays-Bas ont été contactés par téléphone en leur demandant de participer à l'étude. Sur les 105 centres hospitaliers, 73 (69.5%) ont accepté de participer. Plusieurs raisons ont été mentionnées quant à la non-participation.</i></p>

	<p><i>Les auteurs ont instauré plusieurs critères d'inclusion :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Expérience en tant qu'infirmière de plus de 2 ans</i> 2) <i>Employé au moins à 50%</i> 3) <i>Avait connu une demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté dans les 2 dernières années</i> <p><i>Le groupe de recherche a estimé que choisir l'échantillon au hasard donnerait une réponse limitée à l'étude. C'est pour cette raison que l'échantillon serait composé d'infirmières expérimentées en matière d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté.</i></p> <p><i>L'analyse a été effectuée auprès de 532 (76.9%) infirmières.</i></p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</p> <p>-</p> <p>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p><i>L'échantillonnage a effectivement permis de répondre au problème à l'étude. On effet, les auteurs ont estimé que le nombre de questionnaires rendu était suffisant.</i></p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p><i>La taille de l'échantillon a été déterminée grâce aux critères d'inclusion que les chercheurs ont décidé d'instaurer.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p><i>Le comité d'éthique de recherche de l'Université de Maastricht et l'hôpital universitaire de Maastricht ont approuvé l'étude. Etant donné que le sujet était considéré comme très sensible, la participation a été promue par :</i></p>

	<p>1) <i>La garantie de l’anonymat pour les participants</i></p> <p>2) <i>Les personnes concernées ont reçu une copie d’une lettre du ministre de la Justice dans laquelle la participation a été recommandée et la promesse explicite a été faite que les participants seraient protégés contre toutes poursuites pénales, si ceux-ci devaient divulguer des informations sur des pratiques illégales.</i></p> <p>L’étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p><i>Pas de risques pour les participants. Dans la lettre du ministre de la Justice, il est stipulé que « D’après les conclusions de cette étude, lorsque cela est nécessaire et souhaitable, des recommandations peuvent être faites en ce qui concerne l’élaboration des politiques et/ou la législation concernant le rôle des infirmières. Pour cette raison, je demande votre collaboration à cette étude (...) La coopération à l’étude est entièrement volontaire. Le refus n’a absolument aucune conséquence pour vous. Vous pouvez décider de ne pas participer à l’étude à tout moment et sans donner de raison. Les résultats de l’étude ne seront pas réductibles à des personnes individuelles. Les informations sur un cas spécifique, fourni par vous, ne seront pas signalées au ministère public. »</i></p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l’étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p><i>Le devis de recherche : la méthode utilisée dans cette étude était à la fois qualitative et quantitative. Au cours de la partie qualitative, les infirmières ont été interrogées pour explorer leurs pratiques. Les résultats ont permis la construction du questionnaire pour la partie quantitative de l’étude.</i></p> <p>Le devis fournit-il un moyen d’examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <p>-</p>

	<p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</p> <p>-</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <i>Oui.</i></p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <i>Les questionnaires ont été envoyés aux personnes qui désiraient participer à l'étude puis les auteurs ont passé du temps afin d'analyser et d'élaborer les questionnaires.</i></p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <i>Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les résultats de l'étude qualitative, ainsi que les données provenant d'études et des connaissances de l'éthique et du droit, ont servi de base pour la construction du questionnaire. Afin de promouvoir la validité du contenu, le questionnaire a été présenté aux experts concernant le contenu et le questionnaire de construction ainsi que les statistiques.</i></p> <p><i>Par la suite, il a été mis à l'essai avec 106 infirmières, qui avaient indiqué dans l'étude qualitative, leur volonté de tester le questionnaire. Le taux de réponse était de 85%. L'équipe de recherche a examiné les résultats du questionnaire, a été adaptée et à nouveau testé avec 3 infirmières.</i></p> <p><i>La première partie, la plus large, concerne l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Cette partie contenait 153 questions. Le questionnaire contenait principalement des questions fermées auxquelles une catégorie de réponse ouverte a été ajoutée afin d'éviter les données manquantes. Il était nécessaire d'intégrer cette catégorie au vu de la complexité du sujet. Le questionnaire n'a pas été testé statistiquement. De simples statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter le rôle des infirmières dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté ainsi que dans l'administration de médicaments létaux. Les participants devaient préciser leurs plus</i></p>

	<p><i>récents cas au plus anciens. Ces cas ont eu lieu dans les années entre 2001-2003.</i></p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <i>Il n'y a pas vraiment de question de recherche autre que le but de l'étude en lui-même.</i></p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <i>Les questionnaires ont été créés pour l'étude, mais les auteurs se sont inspirés d'études précédentes faites sur le sujet.</i></p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <i>Il existe en effet une bonne cohérence entre le but de l'étude, les outils et la façon dont ils ont été utilisés.</i></p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données / enregistrement est-il décrit clairement ? <i>Les données ont été collectées grâce aux questionnaires qualitatifs puis de par ce questionnaire, les auteurs ont pu construire un questionnaire quantitatif.</i></p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <i>Oui, afin de promouvoir la validité du contenu, le questionnaire a été présenté à des experts puis l'étude a ensuite été mise à l'essai auprès de 106 infirmières, l'adaptant ensuite une nouvelle fois au besoin.</i></p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <i>Les auteurs ont travaillé sur l'étude en collaboration avec les hôpitaux généraux et universitaires des Pays-Bas étant d'accord de participer à l'étude. Ils ont aussi collaboré avec les participants à l'étude, donc ils sont intervenus.</i></p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <i>Les données ont été analysées en utilisant un programme informatique. Comme la pratique de l'euthanasie peut être une situation complexe ou délicate, l'étude comportait plusieurs catégories de réponses et questions ouvertes. Les réponses ont été décrites et codées. Cela semblait être utile afin d'obtenir des données supplémentaires et pour l'interprétation des résultats.</i></p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <i>Oui, étant donné que le questionnaire comportait des questions et réponses ouvertes, ceux-ci ont été décrits et codés. Il est stipulé que ceux-ci pouvaient apporter des données supplémentaires et serviraient à l'interprétation des résultats.</i></p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <i>Pas vraiment de résumé des résultats.</i></p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <i>Ce n'est pas très clair.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? <i>Les résultats sont présentés à l'aide de pourcentages.</i></p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? -</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <i>Les résultats sont résumés par un texte narratif séparé en plusieurs paragraphes.</i></p> <p><i>Paragraphe 1 : Il décrit les participants à l'étude. A partir des 532 questionnaires avec une ou plusieurs parties utiles pour l'analyse, 404 cas dans lesquels les patients</i></p>

ont demandé l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté ont été analysés. Les participants étaient âgés de 22-59 ans (moyenne de 38.1 ans). La plupart (85.4%) étaient des femmes. Les participants avaient une moyenne de 14 années d'expérience dans le domaine des soins infirmiers.

Dans le questionnaire, la partie sur les « lignes directrices » a également été analysée

Paragraphe 2 : Les demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Dans 23.4% des 381 cas, les médecins ont été la première personne avec qui les patients ont discuté de leur demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté. Dans 45.1% des cas, les patients ont parlé avec l'infirmière d'abord et dans 22.3% des cas, ont fait leur demande lorsque le médecin et l'infirmière étaient présents, pex durant la visite médicale.

Dans cette analyse, 23 des 404 cas ont été ignorés, parce que le patient a exprimé la demande au médecin dans une clinique externe avant d'être admis dans le service. L'infirmière n'a donc pas eu l'occasion d'être la première personne avec qui les patients ont discuté de leur demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté.

Lorsque le patient a parlé avec les participants eux-mêmes n=60) la majorité (78.3%) de ces infirmières a informé le patient sur la procédure concernant l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté. Les 3 aspects les plus mentionnés étaient (n=47) :

- 1) Les exigences légales au niveau des soins (70.2%)*
- 2) Les politiques/directives de l'institution concernant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté (51.1%)*
- 3) Les possibilités de soins palliatifs (46.8%)*

Paragraphe 3 : Le processus de prise de décision. Consultation entre les médecins et les infirmières au cours du processus de prise de décision a eu lieu à 78.8% des 359 cas. Dans 14.2% ce ne fut pas le cas et 7% cela était inconnu.

Dans cette analyse, 45 des 404 cas ont été ignorés pour les raisons suivantes :

- 1) Les cas où la prise de décision et l'administration de médicaments létaux n'a pas eu lieu dans la même institution. (n =17)*
- 2) Un cas où la prise de décision et l'administration n'a pas eu lieu sur la même salle (n=1)*
- 3) Le patient est décédé au cours du processus de décision (n=7)*

La décision avait déjà été prise avant que le patient soit dans le service. Par conséquent, les infirmières ne pouvaient pas jouer un rôle dans le processus de décision (n=20).

Les 3 raisons les plus souvent citées pour un manque de consultation étaient (n=51) : c'était ce que le patient voulait (35.3%), la demande du patient était tellement évidente que la consultation était inutile (31.4%), les médecins ont considéré que la demande d'euthanasie était une affaire entre eux et le patient (31.4%).

Distinction entre demandes acceptées (n= 264) et demandes non acceptées (n=95), les infirmières avaient plus souvent un rôle dans les demandes acceptées (81.4%) que dans les demandes non acceptées (71.6%).

Dans 29.5% des 224 cas dans lesquels les infirmières avaient été impliquées dans le processus de prise de décision, ils avaient pris l'initiative de soulever la question avec les médecins. 67% des cas, les médecins avaient impliqué les infirmières dans le processus de prise de décision et dans 3.5% c'était inconnu.

En tenant compte de la distinction entre les demandes acceptées et non acceptées, les médecins ont pris l'initiative le plus souvent (73.1%) que les infirmières (23.4%) dans les requêtes acceptées (n=171). Dans les demandes non acceptées (n=53), les infirmières avaient pris l'initiative le plus souvent (49.1%) que les médecins (47.2%), bien que les différences étaient petites.

Paragraphe 4 : Administration des médicaments létaux. Dans 262 des 404 cas de demande, l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté a été réalisé. Mais l'analyse est limitée à 143 cas, parce que dans ces cas, les participants étaient présents eux-mêmes lors de l'administration des médicaments létaux. Dans 80.4% des 143 cas, l'infirmière était présente lors de l'administration des médicaments létaux et avait un rôle dans le processus de prise de décision. Dans 18.9%, ce ne fut pas le cas et 0.7% était inconnu.

Dans 83.2% des 143 cas, les médecins administraient les médicaments létaux. Dans 2 cas (1.4%), les patients ont pris les médicaments mortels, prescrits par le médecin. Dans 5 cas (3.5%), les infirmières ont administré les médicaments mortels et dans 17 cas (11.9%) les infirmières ont administré les médicaments létaux conjointement avec le médecin.

Dans 9.8% des 143 cas, les infirmières n'étaient pas convaincues que le médecin était conforme aux exigences en vigueur. La majorité de ces infirmières ont indiqué qu'ils avaient une connaissance insuffisante des exigences en vigueur et/ou qu'il était question d'avoir foi au médecin.

Paragraphe 5 : Les directives sur l'euthanasie dans les hôpitaux. De 527 à 532 questionnaires contenaient une ou plusieurs parties utiles pour l'analyse, la partie sur les directives pourrait être analysée. Plus de la moitié (65.3%) des 527 infirmières ont dit que leur hôpital avait leurs propres directives écrites sur le traitement des demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Selon 3.2% des infirmières, leur hôpital n'avait pas de directives, 28.1% des infirmières ne savaient pas si leur hôpital avait des directives, 2.8% des infirmières ont indiqué que les directives étaient en construction, deux infirmières (0.4%) n'ont pas répondu à la question ou ont donné une réponse n'ayant pas de rapport avec la question et une infirmière (0.2%) a indiqué que seul son service avait des directives, mais pas l'institution.

Lorsqu'il y avait des directives (n=345) une grande majorité des infirmières (81.7%) ont indiqué que les directives étaient présentes dans le service. Selon 8.7%

	<p><i>des infirmières, les directives ne sont pas présentes dans le service, 9% des infirmières ne savaient pas s'il y avait des directives dans le service et certaines infirmières (0.6%) n'ont pas répondu à la question. Plus de la moitié des 345 infirmières (57.1%) ont indiqué que les directives décrivent leur rôle, 9.9% des infirmières ont indiqué que leur rôle n'était pas décrit, 32.2% ne savaient pas si leur rôle était décrit dans les directives et certaines infirmières (0.9%) n'ont pas répondu à la question.</i></p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <i>Ceci n'est pas précisé dans le chapitre « résultats ». On présume que ce sont les chercheurs qui ont analysé les questionnaires.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? <i>Les auteurs ont clairement défini leurs résultats grâce aux outils utilisés dans leur étude.</i></p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <i>Il est difficile de comparer les résultats par rapport aux études antérieures, car dans celles-ci tous les cas, peu importe si oui ou non l'infirmière avait fourni des soins ou cours du processus de décision. Tandis ce que dans cette étude-ci, les auteurs ont plus ciblé leur échantillonnage.</i></p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <i>Oui, grâce aux résultats, les auteurs ont pu en tirer une bonne conclusion.</i></p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <i>L'analyse de l'étude a été limitée aux cas d'euthanasie et de suicide médicalement assisté dans lequel l'infirmière a fourni des soins au cours du processus de décision et par conséquent aurait joué un rôle dans ce processus.</i></p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <i>Oui.</i></p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? -</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? <i>Les résultats sont considérés comme représentatifs des infirmières dans les hôpitaux néerlandais ayant eu une expérience dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Cependant, les données de cette étude pourraient avoir un intérêt international, même dans les pays où l'euthanasie n'est pas autorisée par la loi. Les résultats de cette étude peuvent aider les infirmières dans d'autres pays afin de définir leur rôle dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, si ceux-ci devenaient légaux.</i></p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <i>Une future étude pourrait être intéressante, concernant l'analyse de ces directives institutionnelles, y compris le rôle attribué aux infirmières.</i></p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <i>Oui.</i></p>