

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HAUTE ÉCOLE SPECIALISÉE DE SUISSE OCCIDENTALE

Domaine santé

HENRIQUES MONTEIRO Daniela & MAMIN Cléo

*LE POSITIONNEMENT INFIRMIER FACE AU SUICIDE ASSISTÉ DANS UN
ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL*

Travail de Bachelor
Haute École de la Santé La Source

LAUSANNE

17 juillet 2023

Sous la direction de : Madame CAVALERI PENDINO Antonella

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------|
| DÉCLARATION | I |
| REMERCIEMENTS | II |
| RÉSUMÉ | III |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | IV |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. Problématique | 2 |
| 1.1 Contexte législatif..... | 2 |
| 1.2 Code déontologique..... | 4 |
| 1.3 Héviva | 5 |
| 1.4 Exit..... | 5 |
| 1.5 Littérature scientifique..... | 6 |
| 1.6 Et aujourd’hui ? | 9 |
| CONCEPTS THÉORIQUES | 12 |
| 1. Éthique | 12 |
| 1.1 Conflit éthique | 13 |
| 1.2 Droit à l’autodétermination..... | 13 |
| 2. Positionnement infirmier | 13 |
| 3. Valeurs personnelles et professionnelles | 14 |
| 3.1 Valeurs | 14 |
| 3.2 Personnelles | 14 |
| 3.3 Professionnelles..... | 14 |
| FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE | 15 |
| 1. Question de recherche | 15 |
| 2. Hypothèses | 15 |
| MÉTHODE | 16 |
| 1. Choix de l’institution, des interviewés, fonctions, anonymat et consentement . | 16 |
| 2. Méthode d’analyse des données récoltées sur le terrain | 16 |
| RÉSULTATS | 17 |
| 1. Caractéristiques institutionnelles | 17 |
| 1.1 Charte institutionnelle et cahiers des charges | 17 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 1.2 | Philosophie de soin | 17 |
| 1.3 | Historique des SA dans l'institution | 18 |
| 2. | Résultats des entretiens menés | 20 |
| 2.2 | Absence / manque de communication aux infirmières | 27 |
| 2.3 | But du projet de soin réactualisé pour le résident | 28 |
| 2.4 | Manque de ressources | 29 |
| 2.5 | Synthèse des résultats..... | 31 |
| DISCUSSION, PERSPECTIVES, RECOMMANDATIONS ET PISTES D' ACTIONS | | 32 |
| 1. | Rappel de la question de recherche | 32 |
| 2. | Discussion d'éléments intéressants..... | 32 |
| 3. | Cadre conceptuel : le leadership infirmier | 33 |
| 3.1 | Introduction | 33 |
| 3.2 | Règles et qualités essentielles du leadership | 33 |
| 3.3 | Leadership éthique | 33 |
| 3.4 | Pourquoi avoir choisi cette théorie infirmière | 34 |
| 3.5 | Conclusion | 34 |
| 4. | Apports et limites de la recherche | 35 |
| 4.1 | Pour la pratique infirmière..... | 36 |
| 4.2 | Pour la recherche infirmière..... | 36 |
| 4.3 | Pour l'enseignement | 37 |
| 5. | Recommandations pour la pratique professionnelle | 37 |
| 6. | Pistes pour des recherches ultérieures | 39 |
| CONCLUSION | | 40 |
| RÉFÉRENCES..... | | 41 |
| ANNEXES | | 44 |
| 1. | Tableau des hypothèses | 44 |
| 2. | Guides d'entretiens..... | 47 |
| 2.1 | Guide d'entretien Mme Siam | 47 |
| 2.2 | Guide d'entretien Mme Akemi | 48 |
| 2.3 | Guide d'entretien Mme Ruby..... | 50 |
| 2.4 | Guide d'entretien Mme Néa..... | 52 |
| 3. | Grille CASP de l'article scientifique..... | 54 |

DÉCLARATION

Nous avons rédigé ce Travail de Bachelor dans le cadre de notre formation en soins infirmiers à la Haute École de la Santé La Source afin d'obtenir le titre de Bachelor of Sciences HES-SO en soins infirmiers. Nous attestons avoir rédigé ce travail seules, avec l'aide de notre directrice de Bachelor.

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute École de Santé La Source et de la Directrice de Travail de Bachelor.

Lors de sa rédaction, nous avons décidé d'employer le terme « infirmière », car nous avons mené notre recherche uniquement avec des infirmières, mais cela inclut tous les genres.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement Mme Cavaleri Pendino Antonella, notre directrice de travail de Bachelor et maître d'enseignement à la Haute École de Santé La Source pour son suivi, son accompagnement et son soutien tout au long de sa rédaction.

Nous remercions ensuite Mme Siam (nom d'emprunt) , infirmière-chef de l'établissement médico-social, qui a été intéressée par notre projet de recherche, qui s'est investie tout du long et qui nous a permis que celui-ci se fasse dans son institution.

Nous remercions également les infirmières de l'établissement médico-social que nous avons interviewées et qui nous ont accordé leur temps afin de nous permettre d'accomplir notre recherche et pouvoir rédiger notre mémoire.

Pour finir, merci à Charlotte Mamin et Mélina Défago qui nous ont accordé leur temps pour la relecture de notre travail ainsi qu'à notre famille et nos amis qui nous ont soutenues tout au long de notre formation et lors de la rédaction de ce mémoire.

RÉSUMÉ

Contexte :

Durant notre formation en soins infirmiers, nous avons été confrontées à la thématique du suicide assisté (SA). De plus, l'une de nous a vécu deux SA de deux de ses proches. En Suisse, les chiffres montrent que le SA est en augmentation ces dernières années. Selon la Radio Télévision Suisse [RTS] (2023), « En 2022, 1'627 personnes ont eu recours à Exit, soit 233 de plus qu'en 2021 » en Suisse. De ce fait, nous allons éventuellement être amenées à rencontrer des patients souhaitant recourir au SA au cours de notre carrière. Cette thématique est complexe à la vue de l'évolution de la population et du contexte légal qui demande une compréhension approfondie de l'accompagnement infirmier qui en découle.

Objectifs :

L'objectif de cette recherche est d'examiner le positionnement infirmier dans le processus de suicide assisté chez le résident souffrant et faisant cette demande.

Méthode :

Nous avons mené cette recherche avec un établissement médico-social (EMS). Nous avons préparé des guides d'entretiens personnalisés à chacune des personnes interviewées. Nous avons fait les entretiens et les avons retranscrits puis ils ont été analysés. Pour approfondir nos résultats de recherche, nous avons analysé un article scientifique. Ce point est expliqué de manière plus approfondie au chapitre « méthodologie ».

Résultats :

Nous avons pu identifier chez les 4 infirmières interviewées, 3 types de positionnement sur les 4 proposées par Castelli Dransart et al. (2017) qui sont : favorable par principe, compromis professionnel et opposé par principe. De ces positionnements, l'accompagnement a été mis en évidence par toutes les infirmières car il est étroitement lié à leur positionnement.

Conclusion :

Notre recherche a permis de mettre en évidence l'importance de la prise en compte du positionnement de chacune, car celui-ci a un impact sur la qualité des soins prodigués par les infirmières. De ce fait, il est important de le considérer à sa juste valeur.

Mots-clés :

Suicide assisté, soins palliatifs, infirmière, personnes âgées, établissements médico-sociaux, résidents, accompagnement, Vaud et Suisse, interprofessionnalité, valeurs personnelles et professionnelles, éthique.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

TB : Travail de Bachelor

EMS : établissement médico-social

SA : suicide assisté

IC : infirmière cheffe

ASI : Association Suisse des Infirmières

EXIT : EXIT A.D.M.D Suisse Romande (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)

INTRODUCTION

Nous avons commencé à nous pencher sur les thématiques du Travail de Bachelor en fin de 2^e année. Lorsque nous avons vu celle du positionnement infirmier face au SA qui était proposée par le Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Système de santé, Éthique et Interprofessionnalité (LER SEI), nous avons tout de suite été attirées par celle-ci. Selon l'Office fédéral de la justice [OFJ] (2023), le SA « consiste à fournir au patient la substance mortelle qu'il ingèrera alors lui-même, sans intervention extérieure, pour mettre fin à ses jours. ». Durant un stage, l'une de nous deux a été confrontée à la demande de SA par un résident et elle a pu constater que cela avait posé un problème au sein de l'équipe soignante de l'EMS. En effet, il y a eu une polarisation dans l'équipe entre les infirmières qui entendaient la demande et celles qui estimaient que c'était un état de déprime passager du résident, probablement lié à leur différence de positionnement face au SA. Chaque personne a voulu donner son avis à propos de la situation et cela a causé une prise en soin du résident divisée, selon l'infirmière référente de la journée. C'était un sujet particulièrement sensible dans l'EMS. Contrairement à cette situation délicate, des personnes du cercle familial de l'autre d'entre nous ont également fait la demande de SA. Ils ont ressenti un soutien de la part des infirmières qui étaient à l'écoute de leurs besoins et qui ne portaient pas de jugement envers cette demande. En effet, il n'y a pas eu de conflit entre le résident et les infirmières. De ce fait, leur expérience a été perçue comme positive. Avec du recul, nous avons constaté que nous avons très peu de connaissances sur ce sujet. Nous étions conscientes que c'était une thématique d'actualité face à laquelle nous pourrions être confrontées dans notre future pratique professionnelle. C'est la raison pour laquelle ce sujet a été une évidence pour nous. De ce fait, la question suivante a émergé : Comment les infirmières se positionnent-elles face au suicide assisté ?

Dans un premier temps, nous allons énoncer la problématique tout en évoquant des aspects législatifs, déontologiques et associatifs relatifs au SA ainsi que de la littérature scientifique. Par après, nous allons définir les concepts théoriques en lien avec cette thématique et formuler la question de recherche de notre travail. Dans un deuxième temps, nous aborderons la méthode de cette recherche avec ses résultats, sa discussion ainsi que sa conclusion.

1. Problématique

Lorsque l'on parle de suicide assisté, nous devons aborder le contexte législatif, car ils sont étroitement liés. En effet, il est autorisé et réglementé en Suisse, par le Code pénal. Le Conseil fédéral a refusé, en 2011, de légiférer sur le SA. Étant donné que la Suisse est une confédération, les cantons peuvent choisir d'aller plus loin ou de préciser la législation. Cependant, il n'y a que les cantons de Genève, Neuchâtel, Vaud et Valais qui ont décidé de préciser cette loi concernant le SA.

1.1 Contexte législatif

Selon l'art. 115 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (= CP ; RS 311.0) :

« 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. »

1.1.1 *Loi sur la santé Vaud*

Comme mentionné ci-dessus, le Canton de Vaud est un des quatre cantons qui est allé plus loin dans la législation cantonale en la précisant pour son territoire. Cela a créé l'article 27d de la loi sur la santé publique Vaud : l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013. En effet, celle-ci avait pour but de contenir les demandes et ainsi éviter de tomber dans une dérive. Pour ce faire, nous avons choisi les éléments-clés de l'article 27d qui seront pertinents pour une meilleure compréhension de notre travail.

Selon l'art. 27d de la loi sur la santé publique Vaud [LSP] du 29 mai 1985 portant sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public :

«¹ Les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résident, si les conditions suivantes sont remplies :

- a. Le médecin responsable du traitement hospitalier ou de l'établissement médico-social (EMS), en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résident, vérifie que celui-ci :
 1. est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider ;
 2. souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;

- b. Des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.

⁵ Le personnel de l'établissement et le médecin responsable ou traitant impliqués ne peuvent participer, à titre professionnel, à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.

⁶ Lorsque la mise en œuvre de l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, le médecin responsable doit s'assurer que le moyen employé est soumis à prescription médicale. »

Afin de veiller à ce que cette loi soit bien appliquée, il existe le règlement d'application développé ci-dessous.

1.1.2 Règlement d'application de la loi sur la santé Vaud

Dans la séparation des pouvoirs, il y a le pouvoir législatif qui fait les lois, mais il doit également y avoir un pouvoir exécutif afin de veiller à ce qu'elles soient appliquées. C'est pour cela que la directive d'application de loi sur la santé publique concernant l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public est entrée en vigueur dans le Canton de Vaud en janvier 2013, date marquante concernant le suicide assisté, et mise à jour en janvier 2018.

Selon le point N°3 de la directive de réglementation, les points suivants peuvent être lus :

« Le médecin responsable, en concertation avec l'équipe soignante, avec le médecin traitant et, sous réserve de l'accord du patient/résident, avec les proches ainsi qu'avec, s'il existe, le représentant dans le domaine des soins, vérifie si les conditions légales mentionnées ci-après sont remplies.

- a) Le patient / résident :
 - a. Est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider ;
 - b. Persiste dans sa volonté de se suicider ;
 - c. Souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, grave et incurables
- b) Des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident »

Si ce règlement d'application n'est pas respecté, cela entraînera des sanctions.

1.2 Code déontologique

Après avoir parlé de l'aspect législatif, nous allons nous recentrer sur notre profession. Selon le code déontologique de la profession infirmière rédigé par l'Association Suisse des Infirmiers et Infirmières (ASI) et révisé en 2005, les infirmières ont « 4 responsabilités essentielles qui sont : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. » (ASI, 2006, p.1). Ces 4 responsabilités entrent en jeu lorsque l'on parle de suicide assisté. En effet, selon les croyances et les valeurs de chacune, le SA ne permet pas de promouvoir et restaurer la santé. Cependant, il permet de soulager la souffrance des résidents. C'est donc cette ambiguïté qui peut poser problème au sein des équipes soignantes.

Tout d'abord, nous nous sommes basées sur la position éthique N°1 (Commission éthique de l'ASI, 2021, p. 1-2) de l'ASI. Elle affirme que l'assistance au suicide ne figure pas parmi les missions des soins infirmiers. Bien que la confédération se soit positionnée sur le suicide assisté avec la loi, l'ASI l'a jugée insatisfaisante et a décidé de réviser sa déontologie afin de poser des limites spécifiques entre les soins infirmiers et le SA. Lorsque les résidents font une demande d'assistance au suicide à une infirmière, celle-ci pourrait se retrouver face à un conflit éthique, car elle doit trouver un compromis entre sa mission de prendre soin tout en faisant le bien et en évitant de causer du mal tout en respectant la demande et la volonté du résident quant à son droit de décider de sa mort. Cela crée donc des champs de tensions qui peuvent augmenter quand le soulagement des souffrances physiques et / ou psychologiques du résident deviennent insupportables et que sa qualité de vie paraît inexistante. Pour éviter des conséquences négatives de cette souffrance chez les infirmières, il est essentiel que celles-ci ne se sentent pas seules face à de telles questions. En dépit du fait que l'assistance au suicide ne soit pas comprise dans la mission des soins infirmiers, cela ne signifie pas pour autant qu'il faille abandonner le résident lorsqu'il fait cette demande. Effectivement, le fait de répondre à celle-ci signifie que le personnel soignant est prêt à l'accompagner et à le soigner sans porter de jugement à sa demande.

Nous nous sommes également basées sur la position éthique N°5 de l'ASI qui porte sur la détresse morale des infirmières lors de l'accompagnement des personnes en fin de vie. La mission infirmière consiste à dispenser des soins, soutenir les résidents et les accompagner dans leurs objectifs. Il est primordial que l'infirmière exerce un leadership infirmier pour répondre aux différents besoins des résidents, qui peuvent être bio-psycho-sociaux et spirituels en lien avec la fin de vie. De plus, elles doivent accompagner les résidents tout en respectant leurs demandes, leurs choix et leurs volontés. Comme mentionné précédemment, la mission infirmière n'intègre pas l'assistance au suicide, en revanche, l'accompagnement fait

partie de leurs responsabilités. Il est alors important que les infirmières respectent cette demande. Cependant, lorsque la situation est complexe, elles peuvent se retrouver dans une détresse morale. En effet, si les infirmières estiment qu'elles n'ont pas utilisé toutes les ressources nécessaires en termes de soins palliatifs, elles peuvent se sentir impuissantes face à une demande de SA. La détresse morale va entraîner un impact négatif en lien avec les soins qu'elles prodiguent. De ce fait, il est probable qu'elles associent cette demande du résident avec un échec de prise en soin de leur part.

1.3 Héviva

Pour essayer de réduire les problèmes que cette thématique peut causer, des associations telles qu'Héviva, l'association vaudoise des institutions médico-psycho-sociales, ont créé des guides de recommandations de bonnes pratiques concernant le suicide assisté pour les institutions membres de leur association. Dans ces guides, elles peuvent y trouver des recommandations, allant de l'anticipation des demandes jusqu'à l'accompagnement et le suivi de celles-ci. (Héviva, 2018)

1.4 Exit

Après avoir parlé des associations en lien avec les établissements d'intérêt public, nous devons également aborder celle du suicide assisté. En Suisse, il y en a 9, dont EXIT Suisse romande qui est une association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (A.D.M.D.) qui a été créée le 23 janvier 1982 en Suisse romande. Dès sa création, Exit a élaboré des critères d'éligibilité. Par la suite, les adhésions ont été rapides et l'augmentation du nombre de membres a été progressive. 2018 a été une année marquante pour l'Association. En effet, cette année-là, la direction se renouvelle en accueillant, Madame Gabriela Jaunin comme coprésidente. Exit décide de se moderniser et de mettre en avant l'axe de la formation et de la professionnalisation. Cela a permis d'adopter une sorte de transparence qui n'existait pas auparavant et donc à une accessibilité facilitée dans ces lieux. « En Suisse Romande, le nombre de suicides assistés en établissement médico-social a doublé en 5 ans, passant de 22 décès par année en 2015 à 50 en 2020. » (Cavaleri Pendino, 2023). Selon l'Office Fédéral de la Statistique [OFSP] (2023), en 2020, sur 510 hommes ayant eu recours au suicide assisté en Suisse, 436 étaient âgés de 65 ans et plus, et sur 741 femmes y ayant eu recours, 665 étaient âgées de 65 ans et plus, toutes associations confondues.

(Pillonel, 2022)

1.5 Littérature scientifique

Nous avons lu deux articles scientifiques sur la thématique du suicide assisté, qui nous ont été transmis par notre directrice de Bachelor. Notre attention s'est particulièrement arrêtée sur celui-ci : *Stances on Assisted Suicide by Health and Social Care Professionals Working with Older Persons in Switzerland* écrit par Castelli Dransart, Scozzari et Voélin en 2017. Nous l'avons ensuite analysé avec la grille de lecture critique pour les études qualitatives afin d'avoir une réelle vision sur sa qualité. Celui-ci nous semblait pertinent tout comme celui écrit par les mêmes auteurs une année auparavant qui est : *Comment la marge peut-elle déplacer le centre en matière d'accompagnement de fin de vie ? L'exemple de l'assistance au suicide au sein d'établissements médicosociaux (EMS) en Suisse*. Ils se sont avérés être liés à notre problématique. Pour mieux vous situer, ces deux articles portent en réalité sur la même étude. Le premier article publié en 2016, expose le début de la recherche ainsi que l'hypothèse initiale concernant les modalités du mourir en EMS. En effet, l'assistance au suicide soulève la nécessité de revoir ces modalités. Le deuxième article, publié en 2017 se concentre davantage sur le positionnement des professionnels de santé et du social.

1.5.1 *Quand la mort marginale par SA bouleverse la mort naturelle – Castelli Dransart et al. 2016*

Cet article de 2016 a exposé les premiers résultats de leur étude qualitative. Elle a été menée avec des professionnels d'institutions de santé et du social qui ont été confrontés à l'assistance au suicide. Celui-ci a eu pour but d'analyser les nouvelles pratiques émergentes autour de cette pratique en institution tout en prenant en compte la mort naturelle dite normale et la mort par suicide assisté, dite marginale. La problématique qui a été mise en avant est que l'EMS est un lieu de soins public pour le résident, mais également son lieu de vie privé. Cette dualité concernant l'EMS pose des difficultés par rapport à la vie et l'assistance au suicide à domicile. De ce fait, des questions fondamentales ont émergé telles que l'autodétermination, la dignité et la qualité de vie dans ces derniers moments. Malgré le fait que le suicide assisté reste une mort marginale, celui-ci prend de plus en plus d'ampleur, notamment au niveau des institutions de soins. Il a été mis en évidence que l'acceptabilité du SA peut fluctuer selon la profession, la culture, les croyances religieuses, le genre, l'âge, l'expérience professionnelle et l'état de santé du demandeur de SA. D'après tous ces éléments, une hypothèse a été mise en avant : la transformation de l'accompagnement de fin de vie en institution en raison de ces demandes marginales. Le SA demande donc une adaptation des modalités du mourir en institution qui requiert une régulation, voire une normalisation, pour pouvoir le considérer comme un type de mort « acceptable ». La différenciation entre la mort marginale par suicide assisté et celle découlant d'une maladie ou du vieillissement du résident est complexe et il faut trouver un équilibre entre ces différents types de mort. Certaines personnes interviewées considèrent que « d'accompagner jusqu'au bout » (Communication personnelle, 19 janvier 2023) peut

comprendre le soutien du résident dans cet acte ultime de mort volontaire qu'il a souhaité. Cependant, les professionnels peuvent se retrouver confrontés à des conflits opposant leurs valeurs personnelles et / ou professionnelles avec ce type de mort. Cela peut créer des tensions, qui peuvent avoir un impact direct sur la cohésion d'équipe, voire conduire à une polarisation au sein d'un collectif de professionnels de la santé (Cavaleri Pendino, 2023). En effet, les valeurs personnelles et professionnelles sont propres à chaque individu et cela peut donc créer une polarisation des opinions.

Pour récapituler, l'assistance au suicide fait émerger des questionnements éthiques, déontologiques, relationnels et juridiques aux niveaux institutionnel et personnel des professionnels de santé. C'est donc pour cette raison qu'une mise à niveau des modalités du mourir en institution est fondamentale.

(Castelli Dransart et al., 2016)

1.5.2 Les différents positionnements des professionnels de la santé face au SA - Castelli Dransart et al. 2017)

Dans cet article de 2017, les auteurs ont prouvé qu'au vu de l'augmentation des demandes de SA en Suisse, les professionnels de la santé ainsi que du social s'y retrouvent de plus en plus confrontés. D'une part, ils se retrouvent à accompagner des personnes ayant cette demande jusqu'au jour-J et d'autre part cela peut les confronter à leurs valeurs, qu'elles soient personnelles ou professionnelles ainsi qu'à l'aspect éthique et législatif. Cette confrontation peut donc faire émerger différentes émotions chez ces professionnels et diverses questions peuvent faire surface. Il est également possible que cette confrontation les mène jusqu'à un conflit éthique. La demande de SA d'une personne peut donc avoir un impact sur la qualité de l'investissement du professionnel envers elle. En effet, certains professionnels jugent le processus de SA comme positif lorsque la collaboration interdisciplinaire est efficace. Ils ont donc pu mettre en évidence que certains aspects comme la difficulté de gestion d'information, la mauvaise communication et l'organisation pouvaient créer un ressenti négatif du processus de SA. Des ressources ont donc pu être élaborées, mises en place et évaluées. Certains professionnels les estiment comme suffisantes alors que d'autres estiment en manquer et cela leur rajoute des difficultés qui auront un impact direct sur la qualité de leur accompagnement.

Dans cette partie de l'étude, les auteurs ont pu identifier quatre types de positionnement face au suicide assisté qui sont les suivants : « favorable par principe, compromis personnel, compromis professionnel et opposé par principe » (Castelli Dransart et al., 2017).

Le premier positionnement selon Castelli Dransart et al. (2017) appelé « favorable par principe » a été déterminé par la concordance entre le suicide assisté et les valeurs personnelles et professionnelles de chaque personne. Le rôle et / ou la déontologie professionnelle ne sont donc pas remis en question. Par conséquent, le SA est compatible avec la mission professionnelle ainsi que les valeurs. De plus, dans ce type de positionnement, l'infirmière est modérément voire significativement impliquée et ce type de mort n'a pas d'impact négatif sur elle. Comme les ressources sont estimées suffisantes, cela crée une expérience positive pour les infirmières. En effet, celles-ci mettent en évidence l'importance de l'accompagnement du résident plutôt que la volonté de le voir se rétablir ou de préserver sa vie. En outre, le suicide assisté est considéré comme une forme d'accompagnement de fin de vie. Il est tout de même important de souligner que la moitié des professionnels favorables par principe dans cette étude occupaient des postes de direction. Cela peut entraîner un questionnement chez nous concernant leur positionnement. En effet, celui-ci ne serait-il pas conditionné par le simple fait qu'ils ne sont pas engagés de manière directe dans ce type d'accompagnement ?

Le deuxième positionnement selon Castelli Dransart & al (2017) appelé « compromis professionnel » a été déterminé par le degré d'incompatibilité entre le SA et la mission ou les valeurs professionnelles. Effectivement, la mort par SA est fréquemment associée à l'interruption de la continuité des soins, surtout lorsque l'accompagnement ne peut pas être poursuivi jusqu'à la fin. Dans ce type de positionnement, c'est la continuité des soins qui est mise en avant bien que cet accompagnement aille à l'encontre des valeurs professionnelles. Pour ces personnes, le SA ne peut être intégré à la mission professionnelle ni même à la mission institutionnelle étant donné que celle-ci a pour but de restaurer ou assurer une qualité de vie à son résident. Pourtant, c'est le fait de ne pas abandonner le résident qui est primordial pour elles. Elles peuvent aller jusqu'à mettre de côté leur mission professionnelle ainsi que leurs valeurs. Leur implication peut varier entre modérée et élevée de ce processus et leur appréciation est variable en raison de leurs ressources.

Le troisième positionnement selon Castelli Dransart & al (2017) appelé « compromis personnel » a été déterminé par l'incompatibilité du SA avec les valeurs personnelles. Lorsque les professionnels sont confrontés à ce type de demande, ils sont pris entre deux valeurs contraires : préserver la vie humaine et le respect du résident ainsi que son droit de prendre les décisions qui le concernent. De ce fait, les professionnels de ce type de positionnement sont impliqués de manière significative, mais cela peut avoir un impact modéré voire élevé sur

eux et leur appréciation de ce processus est plutôt perçue comme négative. Étant donné que les ressources à leur disposition ne sont pas suffisantes, ils ressentent un besoin d'amélioration.

Le quatrième positionnement selon Castelli Dransart & al (2017) appelé « opposé par principe » est minoritaire. Il a été déterminé par une incompatibilité totale entre le SA et les valeurs personnelles et professionnelles de chacun. Ces professionnels sont dans l'impossibilité de soutenir ce type de mort, même au titre d'accompagnement ou de continuité des soins. Pour eux, l'autodétermination ne doit pas inclure le droit de mettre fin à sa vie. Ce type de mort est même ressenti comme plus difficile, bien que les modalités soient plus douces que la mort naturelle, car elle est annoncée. Tout cela mène à une implication limitée dans le processus et met en lumière des questionnements concernant la pertinence de l'accompagnement, la qualité des soins et la mission professionnelle. Ces personnes ressentent ce type de mort comme un sentiment d'échec, un travail mal fait. Nous pouvons donc comprendre que leur appréciation est négative.

En somme, la perception et les réactions face à la mort par SA varient selon plusieurs aspects tels que les valeurs personnelles et professionnelles, les expériences de chacun et les ressources mises à disposition. L'impact émotionnel peut varier selon les positionnements, du sentiment de tristesse au soulagement temporaire et voir à la détresse et / ou l'anxiété. L'accompagnement est même parfois remis en question par certains professionnels tandis que d'autres l'intègrent à leur mission. Des questionnements complexes sur la mission professionnelle, l'éthique et la responsabilité de chacun ont donc émergés.

(Castelli Dransart et al., 2017)

1.6 Et aujourd'hui ?

Cette thématique a déjà fait partie de certaines recherches. Après avoir vu les trois éléments de la problématique qui sont le contexte législatif, le code déontologique et les citoyens, nous allons maintenant aborder le sujet du contexte actuel. Le suicide assisté reste une pratique relativement rare et complexe, mais sa présence au sein des institutions soulève des questions concernant le positionnement des professionnels ainsi que de leurs pratiques. Le fait qu'il se produise au sein d'une institution implique la participation de multiples acteurs, ce qui peut susciter des préoccupations. Le SA reste une mort marginale, mais un des problèmes semble être le fait qu'il se produise en institution car, selon certaines infirmières, il peut être en opposition avec la mission institutionnelle. De ce fait, il y a plus d'intervenants impliqués qu'il pourrait y en avoir à domicile et cela questionne automatiquement les positionnements et les pratiques.

Malgré le « 61,6% des voix » (24 heures, 2012) des citoyens vaudois pour légiférer sur le SA dans les hôpitaux et institutions reconnues d'intérêt public, le suicide assisté reste encore un type de mort marginale. Ce type de mort est problématique quand il se déroule dans une institution qui est considérée comme un lieu de soins.

Premièrement, ce type de mort en institution met en conflit les missions institutionnelles et son organisation. Les institutions doivent donc reconsidérer les modalités du « mourir » en leur sein. Malgré ces reconsidérations, il y a un aspect sur lequel elles ne peuvent agir que dans une certaine mesure, c'est le positionnement de ses infirmières face au SA, car elles peuvent avoir des conflits éthiques entre leurs valeurs personnelles et professionnelles. En effet, les infirmières donnent du sens à leur rôle professionnel grâce à leurs compétences ainsi que leurs croyances. Le positionnement divergent de chacune peut ensuite créer des problèmes au sein de l'équipe telle que de la polarisation des opinions et celle-ci aura comme conséquence une équipe dissociée.

Deuxièmement, lorsque le SA se passe en institution, il y a plus d'intervenants, par exemple la direction, les différentes infirmières et les intervenants externes tels que le médecin et Exit. Cela peut paraître banal, mais il doit y avoir une certaine communication et coordination entre ces différents professionnels travaillant pour le projet du résident. Il y a également tout l'aspect organisationnel qui doit être revu avec le projet de soins du résident et le challenge de respecter ses espaces, tels que sa chambre, ses choix et ses besoins.

Troisièmement, il y a un enjeu actuel important afin de savoir si un suicide assisté devrait être intégré dans l'accompagnement de fin de vie dans les EMS. L'ASI craint que les résidents fassent une demande de SA car ceux-ci estiment être un fardeau pour leurs proches et cela causerait une détresse morale chez les infirmières. En effet, il peut être difficile pour les infirmières de réussir à savoir quand est-ce qu'une demande de suicide assisté est un appel au secours du résident ou à controverse un réel désir de mourir. Des infirmières disent qu'accompagner jusqu'à la fin peut impliquer d'accompagner le résident jusqu'au moment même du suicide assisté. Pourtant, certaines directions sont claires à ce sujet, tout comme la loi, c'est interdit. Cela cause donc des mauvaises expériences dans les équipes, car elles sont mises hors de la prise en soin de leur résident alors qu'ils s'en occupent probablement depuis longtemps et soudainement, ils doivent passer le relais. Il y a donc tout un travail d'acclimatation qui doit être mise en place afin de pouvoir, peut-être un jour, intégrer le suicide assisté dans les processus d'accompagnement de la fin de vie.

Nous constatons que, d'une part, les infirmières travaillant dans une institution d'intérêt public sont, dans un certain sens, obligées d'accepter la demande d'assistance au suicide du résident et d'autre part, celle-ci peut créer des conflits internes entre leurs valeurs personnelles et professionnelles ainsi qu'avec la mission institutionnelle.

Pour étudier ce problème, nous allons définir quelques concepts théoriques essentiels à la compréhension de notre travail. Ceux-ci sont les suivants : l'aspect normatif avec le conflit éthique et le droit à l'autodétermination, le positionnement infirmier et pour finir, les valeurs personnelles et professionnelles.

CONCEPTS THÉORIQUES

Dans cette partie, nous allons définir les concepts théoriques essentiels à la compréhension de notre travail. Tout d'abord, nous aborderons la composante éthique en lien avec la problématique, nous continuerons avec le positionnement infirmier et nous terminerons par les valeurs personnelles et professionnelles.

1. Éthique

L'éthique est définie comme « un processus et pas seulement un questionnement, d'une avancée vers ce que l'on veut être, mais aussi d'un procès, c'est-à-dire un jugement de ce que l'on fait, est-ce que c'est bien ou mal ce que je fais ? » (Thiel, 2015 cité par Cavaleri Pendino 2020). Autrement dit, l'éthique c'est « comment faire pour bien faire ? » (Thiel, 2015 cité par Cavaleri Pendino 2020).

C'est donc un engagement et une réflexion basés sur les valeurs ainsi que sur les principes moraux qui orientent nos choix. Dans les soins, on parle plutôt du terme bioéthique qui d'après Cavaleri Pendino (2020) est définie comme « l'ensemble des réflexions, recherches et pratiques cherchant à résoudre des questions morales suscitées par l'avancement des sciences et des techniques biomédicales et proposant une limite aux interventions de l'Homme dans le domaine des sciences de la vie » (Communication personnelle, 26 octobre 2020). En bioéthique, il existe cinq principes centraux : « autonomie en tant qu'autodétermination, bienfaisance, non-malfaisance, justice et distributivité » (Beauchamp et Childress, 2008 cité par Cavaleri Pendino 2020). Ces principes ont été développés par Beauchamp et Childress (2008) et repris dans les Directives éthiques de l'Association suisse des infirmières et infirmiers.

Dans la pratique, il n'y a jamais d'idéal absolu. Selon Cavaleri Pendino (2021), l'éthique implique donc de « "se salir les mains" en ayant le courage de s'engager dans des situations imparfaites » (Communication personnelle). Selon elle, l'éthique cherche à répondre à quatre questions : que dois-je faire, que m'est-il demandé de faire, que puis-je faire, et qu'est-ce qui contribue à plus d'humanité ? (Communication personnelle, 2021). Il est essentiel de prendre en compte notre jugement clinique et nos compétences infirmières pour faire face à des problèmes éthiques. Le questionnement éthique vise à rétablir un sens de continuité là où la vie semble être marquée par des ruptures, des incohérences, tant pour l'individu que pour la collectivité. La souffrance morale à ce questionnement en est souvent la conséquence.

Il arrive que les personnes aient de la difficulté à se positionner face à une thématique, car celle-ci peut mettre en conflit leurs valeurs et les principes moraux. De ce fait, elles peuvent se retrouver dans un conflit éthique.

1.1 Conflit éthique

Comme mentionné précédemment, l'ASI s'est positionnée face au SA avec la position éthique N°1. Dans celle-ci, elle a décrit le conflit éthique face auquel les infirmières peuvent se retrouver. En effet :

« les soignants receveurs d'une demande d'assistance au suicide se trouvent confrontés à un conflit moral entre leur mission soignante : faire le bien, ne pas faire de mal et le respect de la volonté du patient, son droit à décider de la manière dont il souhaite mourir. » (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2005)

Cela démontre donc que la demande de SA est une thématique pouvant mener à un conflit éthique plus ou moins important. Selon l'ASI (2005), ce conflit peut être plus conséquent lorsque la personne éprouve des souffrances physiques ou morales et que les professionnels de la santé n'arrivent plus à la soulager et que sa qualité de vie peut paraître insignifiante. De ce fait, il est important que l'infirmière qui ressent ce conflit éthique ne reste pas seule face à cela.

1.2 Droit à l'autodétermination

L'autodétermination est définie par le Larousse (s.d.) comme l'« action de prendre des décisions par soi-même ». Selon l'arrêt du Tribunal fédéral du 28 avril 2003 sur le droit à l'autodétermination consid. 6, « le droit à l'autodétermination du patient repose sur les droits de la personnalité et de la liberté personnelle » (arrêt du Tribunal fédéral 4P.265/2002 du 28 avril 2003, consid. 6). Respecter l'autodétermination des patients signifie qu'il faut reconnaître que leurs choix sont une manière pour eux d'accomplir leur destinée de manière autonome, même si d'autres possibilités existent également pour la réaliser (Hurst & Coppex, 2005 cité dans Cavaleri Pendino, 2020)

2. Positionnement infirmier

Le positionnement infirmier est essentiel afin que l'infirmière puisse travailler de manière éthique. Bubasque (2001) englobe plusieurs notions fondamentales du positionnement dont : « savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, poser sans cesse la question du sens et agir en conséquence ». De Robertis (2014) explique en quoi consiste le positionnement professionnel : « le terme positionnement vient de position : ensemble de circonstances dans lesquelles on se trouve ». Ce positionnement est donc dynamique et il évolue selon les circonstances dans lesquelles l'infirmière peut se trouver. Selon elle, le positionnement n'est

pas figé étant donné qu'il est variable selon le contexte. De Robertis (2014) exprime également que le positionnement infirmier doit dépendre de quatre axes qui sont : le contexte législatif du pays, la mission institutionnelle, la demande de la personne, dans notre cas le résident, et nos valeurs. Le positionnement sera donc déterminé en regard de ces axes. Il arrive cependant que ceux-ci soient en opposition et l'infirmière peut donc être confrontée au conflit éthique, comme mentionné précédemment.

Le positionnement infirmier permet donc à l'infirmière de prendre des décisions réfléchies tout en garantissant des soins respectueux et de qualité.

3. Valeurs personnelles et professionnelles

Nous allons maintenant aborder les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières qui vont permettre de guider notre pratique professionnelle. En effet, comme cité par Durkheim (1919) : « l'homme ne peut pas vivre au milieu des choses sans s'en faire des idées d'après lesquelles il règle sa conduite. ».

3.1 Valeurs

De manière générale, les valeurs « consistent en les croyances d'une personne quant à ce qu'elle considère important et central dans sa vie et, de ce fait, déterminent ce qu'elle cherche à réaliser et atteindre afin de pouvoir satisfaire ses principaux besoins » (Pope, Flores, Rottinghaus, 2014 cité dans les cartes des valeurs de l'UNIL, s.d.).

3.2 Personnelles

Selon le Dictionnaire français (s.d.), les valeurs personnelles sont définies comme l'« idéologie d'un individu, qui dicte ses actions ». Celles-ci sont propres à chacun, c'est-à-dire individuellement et personnellement.

3.3 Professionnelles

Les valeurs professionnelles sont les « principes qui influent sur les actions et les décisions d'une personne au cours de sa carrière professionnelle » (Dictionnaire français, 2023). Elles sont donc « indispensables pour exercer le métier d'infirmière » (Rispaill, 2017).

FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

1. Question de recherche

Après avoir posé la problématique et défini les termes nécessaires à la compréhension de notre travail, nous avons formulé la question de recherche suivante : « Comment les infirmières se positionnent-elles d'un point de vue professionnel et personnel lors d'une demande de suicide assisté ? Autrement dit, comment font-elles pour savoir où elles sont, ce qu'elles font, pourquoi elles le font et quelles sont les questions qu'elles se posent sur le sens de ce qu'elles font et comment est-ce qu'elles agissent en conséquence ? »

2. Hypothèses

Avant les entretiens réalisés, nous avons réfléchi à quelques hypothèses concernant la thématique du SA et notre problématique. Après avoir interviewé les infirmières, nous avons retravaillé sur les hypothèses pré-interview et les avons complétées. De ce fait, les deux hypothèses retenues sont celles qui étaient présentes dès le début de notre travail et également les plus pertinentes à l'heure actuelle. La première est celle des conflits entre les valeurs personnelles et professionnelles chez les infirmières après une expérience de SA (comme modalité de mort non naturelle), différente de l'accompagnement d'une mort dite naturelle. La deuxième est celle qui présente la mission de l'EMS comme un lieu de vie et de soin, mais cela est donc un paradoxe avec la mort par SA.

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons décidé de choisir la méthode qualitative qui a été réalisée avec des entretiens semi-directifs de recherche. En effet, nous ne savions pas énormément de chose et nous étions dans une optique de découverte tout en nous intéressant au sens que les infirmières donnent à leurs expériences.

MÉTHODE

1. Choix de l'institution, des interviewés, fonctions, anonymat et consentement

Nous avons contacté un EMS auquel nous avons expliqué notre projet de recherche, et il nous a donné son accord pour la mener avec eux. Nous avons ensuite discuté avec l'infirmière cheffe (IC) afin de clarifier quelles seraient les infirmières cibles avec les critères d'inclusions suivants : être infirmière et avoir été confrontée au suicide assisté (SA) au cours de son activité professionnelle dans cet EMS. De plus, nous avons décidé d'obtenir le point de vue du vécu de la direction en interviewant l'IC et au niveau de l'équipe avec les infirmières. C'est pour cela que nous avons décidé de n'interviewer que les infirmières, car nous voulions nous concentrer sur le positionnement infirmier. L'IC nous a proposé 4 infirmières dont : une qui y travaille depuis 10 ans et est clinicienne depuis une année, une autre qui est veilleuse et qui y travaille depuis 3 ans mais ayant travaillé auprès des personnes âgées auparavant, une qui est diplômée depuis 2 ans et qui s'est directement orientée vers la gériatrie dès l'obtention de son diplôme et une dernière qui quittait l'EMS en janvier et c'est pour cette raison que nous avons décidé de ne pas retenir son récit. De plus, nous avons voulu interviewer l'IC pour avoir son vécu personnel. Parmi les quatre infirmières retenues, deux sont catholiques, une protestante et une musulmane. Par la suite, l'IC a transmis aux infirmières concernées un formulaire d'information et de consentement ainsi que la demande du récit personnel et nous les a transmis. Ces témoignages nous ont permis de créer des guides d'entretiens personnalisés pour chacune d'entre-elles. Nous avons donc fait 4 entretiens semi-directifs qui se sont déroulés le 19 janvier, le 25 janvier et le 15 février 2023 et qui ont duré entre 30 minutes et 1h15. Ils ont été enregistrés puis retranscrits.

2. Méthode d'analyse des données récoltées sur le terrain

Avant d'aller sur le terrain, nous avons préparé un tableau d'hypothèses à partir des différents récits que nous avons reçus. Après les entretiens, nous avons eu quelques hypothèses qui ont été complétées selon la complexité de la thématique. Nous l'avons donc remis à jour. Ensuite, pour pouvoir analyser toutes les données que nous avons récoltées sur le terrain, nous avons repris toutes les retranscriptions afin de mettre en commun les similitudes, les différences, les points d'accord et de désaccord, ce qui posait un problème ou créait un débat dans chacun des entretiens ainsi que le positionnement de chacune. Cela nous a permis d'avoir une base commune.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques institutionnelles

L'EMS de la Résidence Grande-Fontaine se situant à Bex est un établissement reconnu d'intérêt public et a vu le jour en 1975. Il accueille 84 résidents avec des chambres simples ainsi que des chambres doubles tout en ayant 8,6 ETPS¹ d'infirmières. L'une de ses missions est d'accueillir des personnes âgées, qui ne peuvent plus vivre à domicile, de se soucier de leur bien-être à travers un accompagnement bio-psycho-social et spirituel personnalisé, tout en leur offrant un environnement favorable afin qu'elles puissent se sentir à l'aise dans leur nouveau chez eux. Dès 2025, la résidence aura un nouveau bâtiment qui accueillera 120 résidents de plus, ce qui pourrait augmenter le nombre de confrontations aux demandes de suicide assisté. Cet EMS a entendu parler d'HEVIVA pour la première fois dans les années 70-80 et ils ont décidé d'en faire partie intégrante, afin d'être mieux représenté dans le canton et également, car en étant membre, ils se sentent « plus forts » et reconnaissants. (Communication personnelle, 14 juin 2023).

1.1 Charte institutionnelle et cahiers des charges

Dans la charte de l'EMS, la vision de l'établissement est mentionnée comme : « Garantir l'accessibilité à des prestations d'accompagnement et de services en recherchant la continuité de la qualité » (Communication personnelle, 25 mai 2023). Celle-ci a plusieurs valeurs, dont le respect de la dignité, de sa liberté, de ses choix et ses attentes. Cette institution accompagne les résidents en respectant leur histoire de vie, leurs valeurs et leurs opinions. Dans le cahier des charges des infirmières de l'EMS, nous avons pu relever la mission suivante qui est importante : « Soigner, accompagner et veiller à la qualité des soins dispensés dans le respect des lois et de sa profession, de la mission et du concept d'accompagnement » (Communication personnelle, 25 mai 2023).

1.2 Philosophie de soin

Cet EMS base ses pratiques sur plusieurs concepts internes tels que : la philosophie de l'Humanité, la méthode Montessori, la théorie infirmière de Virginia Henderson et le dossier de soin informatisé du résident. En effet, ces différents concepts de soin leur permettent d'avoir une vision globale de la prise en soin du résident et ainsi pouvoir l'« accompagner au mieux dans son projet de vie » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). La collaboration interdisciplinaire est également mise en avant afin de créer une meilleure collaboration au sein de l'institution.

¹ Équivalent temps plein

1.3 Historique des SA dans l'institution

Depuis le changement de direction en 2019, l'institution a été confrontée à 3 demandes de suicide assisté. Selon les dires de l'infirmière-cheffe, l'ancien directeur qui était à sa tête depuis plus de 20 ans y était opposé par principe, selon le modèle d'analyse de Castelli Dransart et al. (2017). Elle nous a également fait part de ces quelques mots, face au suicide assisté dans l'institution avec l'ancienne direction : « Je comprenais qu'en tout cas, il y avait un gros mal-être » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Pour une infirmière, cela fait 2 ans, peut-être 3 que le sujet du suicide assisté a commencé à émerger dans l'institution. Il y avait peut-être eu d'autres cas, mais ils étaient restés très discrets, car elle n'en avait jamais entendu parler dans l'EMS. Toutes les questions concernant cette problématique ont commencé à venir à la surface lorsqu'une résidente, probablement la première situation décrite ci-dessous, a exprimé avoir envie de partir avec l'aide d'Exit, car ce n'était jamais arrivé et ils ne savaient que faire. Voici les trois situations auxquelles l'institution a dû faire face. La première situation de demande de suicide assisté aboutie était une femme souffrante décédée par SA, vers le début de l'année. La deuxième était une femme, de 89 ans, qui était dans une chambre avec son mari. Elle était atteinte de polyopathologies et a contacté Exit environ 3 ans avant la date de sa mort qui a été posée environ un mois après sa décision définitive. La troisième était un couple qui était dans le processus de demande de SA ensemble dès leur entrée en juillet 2022. Malheureusement, la femme, dans un état très inquiétant, est décédée « naturellement » (Communication personnelle, 15 février 2023) quelques jours plus tard. Monsieur, quant à lui, a fait part à l'équipe qu'il souhaitait poursuivre la procédure bien que selon l'équipe, il ne présentait pas de critère pour Exit. Monsieur est décédé fin novembre 2022 avec l'aide d'Exit.

Dans cet EMS, il y a un protocole interne de demande de SA, réfléchi et élaboré par l'IC avec l'aide du guide de recommandations d'Héviva. Celui-ci permet à chaque collaborateur de savoir ce qu'il doit faire si un résident venait à lui faire cette demande et d'aller s'y référer en cas de besoin. Les résidents ont la possibilité d'être suivis par l'équipe mobile de psychogériatrie ainsi que de bénéficier de rencontres avec différents soignants s'ils en ressentent le besoin. Lorsqu'un résident fait la requête de SA, il y a deux possibilités : soit il est déjà membre d'Exit avant son arrivée dans l'EMS, et à ce moment-là, ça sera simplement mentionné dans son dossier, soit il fait la demande de devenir membre d'Exit, auprès d'un soignant et une procédure d'inscription sera mise en place par l'Association. Si c'est le cas, les infirmières vont se référer à l'IC qui donnera au résident le numéro de la bénévoles et c'est à lui ou à ses proches de devoir se charger du processus.

Selon le protocole, la demande du résident va être entendue par un soignant, qui transmettra l'information à son supérieur hiérarchique, puis par le médecin traitant qui devra écrire une lettre au résident afin d'affirmer qu'il présente bel est bien des critères d'éligibilité ainsi que sa capacité de discernement. Par la suite, Exit effectuera de nombreuses évaluations dans le but de confirmer si le résident est dans les droits de bénéficier de cette assistance au suicide. Une fois que cela a été approuvé, Exit en informera la direction de l'institution qui transmettra ultérieurement l'information à l'infirmière-chef qui la communiquera à son équipe. Ensuite, l'IC, la direction, le médecin traitant et une bénévoles iront à la rencontre du résident et de sa famille afin d'entendre ses demandes particulières et de décider de la suite de la prise en soins jusqu'au jour-J. Le choix du lieu est un aspect organisationnel prévu à l'avance, car il y a des chambres doubles dans cet EMS. Si le / la suicidant(e) se trouve en chambre seule, cela ne changera pas. Cependant, s'il ou si elle se trouve dans une chambre double, il faudra organiser un espace pour pouvoir transférer le résident afin de garantir une certaine intimité et confidentialité nécessaire. Nous pouvons constater cela pour la première et la troisième situation qui se sont déroulées dans une grange aménagée appartenant à l'institution alors que pour la deuxième, elle s'est déroulée dans la chambre de Madame qu'elle partageait avec son mari, également institutionnalisé.

Le jour-J, l'infirmière ne peut pas être présente dans la chambre selon la loi. En effet, il n'y a que le / la bénévoles d'Exit et les membres de la famille / entourage souhaité par le suicidant. Par la suite, d'un point de vue légal, le bénévoles doit appeler la police pour qu'elle puisse venir faire le constat de décès ainsi que le médecin légiste étant donné que le SA est considéré comme une mort non naturelle. Il faudra également définir, au préalable, si le SA sera annoncé ouvertement au reste de l'établissement ou s'il faut garantir la confidentialité en l'annonçant comme un décès.

Directement, des séances d'informations ainsi que de débriefing sont mis en place. Ces séances sont données soit par un(e) bénévoles d'Exit, soit par Madame Jaunin, la co-directrice de l'Association. Ces séances permettent de discuter ouvertement du processus, dans son entièreté, tout en offrant un moment pour répondre aux éventuelles questions. Des superviseurs peuvent également être présents, à tout moment, afin de soutenir les soignants qui pourraient avoir un sentiment d'échec ou un besoin de parler. Certaines de ces séances sont obligatoires et d'autres non, mais, dans les deux cas tout le monde a le droit de quitter la pièce s'ils ne se sentent pas à l'aise avec le sujet abordé.

Il en ressort donc que la demande sera entendue puis transmise aux personnes concernées. Elle sera évaluée, selon les critères d'éligibilité, de manière pluridisciplinaire. Une fois la demande acceptée par les divers professionnels concernés, le processus ainsi que toutes les démarches relatives se mettront en route en fonction du temps nécessaire

2. Résultats des entretiens menés

Après avoir analysé les récits ainsi que les entretiens menés, nous avons pu mettre en évidence quelques thèmes qui selon nous font partie intégrante du positionnement infirmier face au SA. Nous nous sommes donc posé les questions suivantes : comment chacune des infirmières se positionne-t-elle face au SA ? Comment ont-elles accès à l'information concernant le processus du SA du résident ? Quel est l'avantage de la réactualisation du projet de soins du résident ? Quelles sont les ressources des infirmières face au processus du SA ? Afin de pouvoir y répondre, nous allons faire des liens avec nos entretiens ainsi que la littérature scientifique que nous avons sélectionnée.

Les prénoms des infirmières ont été anonymisés et sont fictifs afin de préserver la confidentialité de notre recherche pour notre Travail de Bachelor.

2.1.1 Madame Siam

L'infirmière-cheffe, Madame Siam est une infirmière diplômée depuis 15 ans et cela fait également 15 ans qu'elle travaille auprès des personnes âgées. Elle est passée par différents postes et est devenue cheffe il y a 3 ans. Elle est d'origine portugaise mais vit en Suisse depuis ses 8 ans. Elle est catholique non-pratiquante. Premièrement, grâce à ses années d'expérience, elle a pu suivre l'évolution du SA, ce qui a pu la surprendre à plusieurs reprises. Voici un exemple ci-dessous :

« J'avais vu moi des reportages sur des institutions ou des personnes âgées qui avaient fait appel à des associations et qui avaient dû mener leur projet dans des caravanes en face de l'EMS dans des conditions terribles. Je me souviens, à l'époque, j'étais aide-soignante et ça me choquait vraiment qu'il n'y ait pas de discussion possible avec le lieu de vie où habitait la personne et puis les mettre dans ce genre de conditions. » (Communication personnelle, 19 janvier 2023).

Mme Siam a pour but de compléter la charte institutionnelle en y introduisant la thématique du SA afin que les nouveaux collaborateurs puissent être mis au courant que le SA fait partie d'un nouveau concept de soins palliatifs selon l'établissement. En effet, elle dit « il fallait qu'on nomme que ça fait partie des points de l'accompagnement d'un résident » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). C'est pourquoi l'accompagnement est primordial dans la prise

en soin d'une demande de SA. Cela nous permet de faire l'hypothèse qu'à l'époque, ce sont les institutions qui étaient censées offrir un accompagnement de qualité aux résidents, mais qui en réalité ne le fournissaient pas. Cette thématique est donc actuelle et peut être au centre d'un débat.

Deuxièmement, elle a pu remarquer une différence de positionnement de l'EMS lorsque sa direction fut changée en 2019. Elle nous a d'abord transmis cela : « je sais que la direction de l'époque en avait pas mal peur de l'association, qu'ils viennent trouver le résident » ainsi que selon elle, « il y avait une sorte de mal-être face à la question à l'époque » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Nous pouvons donc poser l'hypothèse que l'ancienne direction n'était, a priori, pas favorable par principe selon les critères établis par Castelli Dransart et al., 2017.

Troisièmement, l'EMS a fait venir Exit afin que ses bénévoles puissent discuter avec l'équipe.

« Je pouvais en avoir peur mais en fait, il y a eu des présentations avec la bénévole et elle explique comment ils procèdent, l'évaluation qu'ils en font et ils intègrent le plus possible aussi un bout l'équipe, comment on perçoit le résident et puis voilà je pense que le protocole, leur démarche est bien faite d'évaluation, en essayant d'être assez rigoureux pour ne pas tomber dans des trucs ou des gens font juste appel à Exit sans trop réfléchir à la question et pour pas trop alourdir la démarche non plus parce que quand la personne veut de l'aide d'Exit il ne faut pas que ça dure 3 ans non plus, enfin voilà, ils arrivent à bien mener cette réflexion, cette démarche ». (Communication personnelle, 19 janvier 2023).

Cela démontre que faire venir Exit dans les locaux de l'EMS lui procurait une sorte de peur et d'appréhension comme cela pouvait être le cas avec l'ancienne direction. Mais finalement cela s'est bien déroulé, ce qui a permis de démystifier la thématique.

Quatrièmement, avec les trois situations de SA abouties de l'EMS, elle a pu mettre en avant que son équipe a commencé un cheminement face à la thématique. Lors de la première demande aboutie, elle nous a confié cela :

« On fait pas mal de rencontres avec les équipes quand le résident annonce son projet parce qu'on recueille auprès d'eux comment ils vivent cette demande. Il y en a qui se disent qu'ils ont mal accompagné le résident, que c'est pour ça qu'il en arrive à cette demande, qu'ils n'ont pas trouvé, proposé quelque chose qui lui permette de

retrouver sens à la vie, enfin on est dans des notions comme ça » (Communication personnelle, 19 janvier 2023).

Est-ce que ce ressenti de la part des équipes n'était pas étroitement lié à leur positionnement face au SA ? Par la suite, elle nous a affirmé que le suivi était bien plus rapide. En effet, elle nous a confié que ses équipes « comprennent maintenant que ce n'est pas un échec d'accompagnement » (Communication personnelle, 19 janvier 2023) mais parce que « c'est le projet du résident donc je pense que ça mène à une meilleure acceptation de ce genre de projet » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Selon nous, le SA ne lui fait pas ressentir un conflit éthique.

Avec ces différents éléments ainsi qu'avec la classification des positionnements de Castelli Dransart et al. (2017), nous pouvons supposer qu'elle est favorable par principe au SA.

2.1.2 Madame Akemi

Madame Akemi est une infirmière qui a fait ses études en soins infirmiers au Portugal. Pays où l'accompagnement infirmier est très différent d'ici en Suisse, selon elle, le suicide assisté n'y est pas envisageable. Pour elle, la confrontation à la mort est un moment difficile, mais elle semble avoir les ressources nécessaires pour l'accepter au niveau professionnel. En effet, elle nous a dit qu' « un décès, qu'il soit un suicide assisté ou une mort naturelle, est toujours difficile. » (Communication personnelle, 19 janvier 2023) et qu'« une mort, ce n'est jamais une bonne chose, n'est-ce pas si c'est la mort naturelle ou une mort de suicide assisté ça touche » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Elle a également partagé avec nous que c'est « avec le cœur serré, mais en même temps, contente de respecter leurs volontés, j'ai pu accompagner les patients du début jusqu'à la fin » (Communication personnelle, 19 janvier 2023) lors du processus de SA et elle paraissait satisfaite de cela. Elle nous a par ailleurs fait part, qu'elle n'avait pas ressenti un sentiment d'échec concernant le suivi des résidents et / ou son rôle d'infirmière. Cela met en avant que sa mission institutionnelle n'est donc pas remise en question lors de ce nouveau type d'accompagnement de fin de vie. Elle ne s'est pas non plus sentie coupable durant tout l'accompagnement, car « je sais qu'au niveau du suicide assisté, on respecte le résident, le choix du résident et pour moi c'est le plus important. » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Cela montre son positionnement face à cette thématique afin de garantir une prise en soin avec un accompagnement qu'elle juge de qualité pour ses résidents. Elle nous racontait :

« on sait que ça va être la date de départ, mais comment dire ça, on ne prépare pas, on sait que ça va se finir, mais on ne change pas l'accompagnement, c'est ça qui est intéressant, on continue notre vie, le résident continue sa vie aussi comme d'habitude

si on peut dire comme ça et après, il y a la date de départ. » (Communication personnelle, 19 janvier 2023).

Elle semble donc dire que malgré cette demande, elle est tout autant impliquée dans la prise en soins de son résident vis-à-vis de sa mission infirmière. Pour elle :

« c'est vraiment le respect de leur choix. Ils veulent mourir en dignité, ils veulent mourir sans souffrance et ça, juste les écouter et de savoir qu'ils vont partir comme ils veulent, sans souffrance et en dignité, si je fais des comme ça, c'est le travail accompli parce que quand on accompagne un résident, c'est vraiment pour les accompagner de manière bienveillante, d'une manière confortable qu'ils soient bien en fait et puis là, on voit qu'ils sont bien, qu'ils sont confortables. » (Communication personnelle, 19 janvier 2023).

Elle semble ne pas faire de différence entre une mort dite naturelle et une mort non naturelle, soit par un SA. Pour elle, le SA n'est donc pas un type de mort marginale. Elle semble être très au clair avec cette thématique et comblée par l'accompagnement de ses résidents et cela ne pose pas de problème au niveau de son positionnement et de ses valeurs.

Au vu de ses dires de son pays d'origine, qui selon elle est un pays conservateur et d'après son récit ainsi que son entretien, nous pouvons supposer qu'elle est favorable par principe au suicide assisté. En effet, elle a mis en avant que « le plus important pour moi est de respecter le choix du résident, de lui offrir, ainsi qu'à leurs proches, un accompagnement digne, individuel en respectant leurs dernières volontés et humain. » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Cela montre sa capacité à gérer ses valeurs personnelles et professionnelles avec sa mission infirmière, afin qu'il n'y ait pas de conflits intérieurs.

Tous ces éléments nous montrent que malgré les différentes difficultés émotionnelles qu'elle a pu rencontrer dans les trois processus de SA qu'elle a pu suivre, c'est « avec le cœur serré, mais en même temps, contente de respecter leurs volontés, j'ai pu accompagner les patients du début jusqu'à la fin » (Communication personnelle, 19 janvier 2023). Elle a donc réussi à concilier ses valeurs personnelles et professionnelles afin de mener sa mission infirmière. Les demandes de SA abouties ne semblent pas l'avoir menée à un conflit éthique.

C'est pour ces diverses raisons, que nous jugeons qu'elle est favorable par principe selon la grille de positionnement de Castelli Dransart et al. (2017).

2.1.3 *Madame Ruby*

Madame Ruby est une infirmière ayant fait ses études en soins infirmiers en France. Elle appartient à l'Église chrétienne et est pratiquante. Comme elle a fait ses études en France, le SA n'était pas une thématique abordée durant la formation étant donné que celle-ci n'y est pas légalisée. Elle en avait entendu parler dans l'EMS lorsqu'elle y travaillait comme aide-infirmière, institution où elle travaille maintenant comme infirmière. En se rendant compte que cette assistance au suicide était possible en Suisse et notamment dans l'EMS, elle s'est penchée sur cette thématique. Pour elle, le suicide assisté :

« c'est une évolution, car on entend un besoin qui n'était pas entendable avant, et qui là est devenu entendable, pourquoi je ne sais pas. Est-ce que c'est l'évolution des gens qui travaillent ici, des résidents qui sont entrés ou simplement de nous qui avançons dans notre vie aussi je ne sais pas, mais pour moi il y a une évolution vers le mieux-être du résident et c'est un progrès » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Elle nous a également transmis :

« je suis assez pour le progrès, je trouve que c'est bien qu'on puisse progresser, évoluer car les pratiques changent. C'est peut-être pour ça que je m'y suis plus intéressée ou investie dans la discussion avec mes collègues ou dans la recherche d'informations de comment on en est arrivé là » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Avec ce verbatim, nous pouvons dire qu'elle est impliquée dans son rôle d'infirmière et qu'elle est ouverte à entendre une nouvelle pratique.

Pour elle et d'autres infirmières, cette pratique est relativement récente. Lorsque la première demande de SA s'est faite dans l'EMS, des questions sont survenues :

« comment est-ce que j'accepte ça ? Est-ce que c'est quelque chose d'entendable, d'acceptable ? Est-ce que j'accepte de travailler le jour où ça se passe dans l'établissement ou pas ? Est-ce que je veux être dans l'équipe ou pas du tout travailler ? Est-ce que c'est dans mes valeurs ou pas ? » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Ces questions, touchant l'aspect éthique, ont chamboulé le juste-milieu de chacune entre leurs valeurs personnelles et professionnelles.

Comme elle appartient à l'Église chrétienne et qu'elle est pratiquante, elle nous a dit cela : « dans les mœurs de mes valeurs personnelles, on va dire que la vie est quelque chose de sacrée et qu'on ne devrait pas se l'ôter de quelconques façons en soi... » (Communication personnelle, 15 février 2023). Cependant, elle a également dit :

« ...en vivant avec des personnes âgées tout le temps, ma vision est aussi professionnelle et même personnelle, le jour où c'est moi que je suis comme ça ou en EMS, est-ce que j'aurai envie d'avoir le choix ? et je pense que oui. Je pense que personnellement, je suis rassurée de savoir qu'ils ont le choix et de se dire qu'on a le choix de partir si on en a envie » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Cela montre qu'elle a cheminé face à la thématique du SA et que ses valeurs personnelles ont évolué. Cela nous montre également que son positionnement face au SA a fait évoluer ses valeurs personnelles et professionnelles, qui ont fait qu'il a été possible pour elle d'accompagner les résidents dans leur projet. Pour elle :

« accompagner le résident, ça veut dire qu'on a des êtres humains, qui sont certes âgés avec des déficiences, mais qui ont toujours des capacités et mon objectif, c'est de préserver leur capacité et de les encourager, les soutenir dans leur but et dans ce qu'ils ont envie d'atteindre pour leur vie. Leur proposer les moyens, les solutions ou les aides nécessaires pour qu'ils puissent accomplir ce dont ils ont envie. » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Cependant, une situation a été compliquée pour elle, car « mes valeurs personnelles étaient beaucoup plus prédominantes car je trouvais personnellement que la situation du résident, il allait très bien et je ne voyais pas de raisons pour lesquelles il avait envie de mourir » (Communication personnelle, 15 février 2023). Finalement, ne serait-ce pas des signes de détresse morale causée par un manque de collaboration avec le médecin ? Dans cette situation, elle était opposée au suicide assisté et cela touchait ses valeurs religieuses qui ont causé un conflit éthique, qui la questionne encore aujourd'hui. Elle a pu dire :

« en tant que professionnelle de santé, mon rôle est d'accompagner les personnes, peu importe leur histoire de vie ou leur choix, j'ai donc fait de mon mieux pour accompagner le résident jusqu'au bout selon son choix. J'ai tout de même ressenti beaucoup d'interrogation concernant le but de mon accompagnement si de toute façon son objectif était de mourir. » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Ce verbatim montre l'ambivalence de positionnement quant aux demandes de SA rencontrées, ses critères ainsi que ses croyances religieuses. Nous pouvons supposer, selon Castelli Dransart et al. (2017), que le positionnement de Mme Ruby est un compromis professionnel.

2.1.4 Madame Néa

Madame Néa est infirmière depuis 6 ans. Elle a commencé à travailler dans un EMS en Valais où le SA n'y était pas autorisé. Ce n'est qu'en allant travailler dans cet EMS, dans le Canton de Vaud, qu'elle a été confrontée à ce type de demande. Elle est musulmane, croyante et pratiquante. Selon elle, « il y a 2 dates scientifiques dont on n'a pas à décider : sa date de vie et sa date de mort » (Communication personnelle, 25 janvier 2023) et ces deux dates méritent un respect et un certain soin, que le système de santé suisse doit pouvoir garantir à l'ensemble de ses habitants. Elle perçoit le SA comme « un acte violent, ça reste un acte violent. La personne ne souffre pas, elle s'endort, mais cela reste un acte violent, je trouve cela triste que les gens doivent faire appel à ça quand même » (Communication personnelle, 25 janvier 2023). Pour elle, la mort « c'est quand même la dernière étape sur terre, je trouve que c'est quelque chose qui mérite un soin assez particulier » (Communication personnelle, 25 janvier 2023). Quand elle a été informée de la décision de demande de SA d'un résident, elle s'est énormément questionnée, notamment sur « les failles dans l'accompagnement psychologique du Monsieur. » (Communication personnelle, 25 janvier 2023). Pour elle, l'accompagnement c'est « soulager, réduire un symptôme d'inconfort, rassurer, tenir la main... c'est un soin... Un soin qui demande du temps » (Communication personnelle, 25 janvier 2023). En effet, elle nous a confié qu'elle aimerait :

« croire que l'on peut offrir des soins palliatifs de qualité, tout ce qui est morphinique, la sédation profonde et palliative, moi, j'y crois, sans qu'ils aient besoin de faire, cela reste quand même un acte violent même selon la loi » (Communication personnelle, 25 janvier 2023).

Ces tentatives pour trouver une solution pour pallier l'assistance au suicide seraient probablement, pour elle, un moyen de faire en sorte que les résidents aient une mort dite naturelle. Est-ce que ses dires ne seraient-ils pas des signes de détresse morale ? Elle nous a également dit « je trouve qu'il y a assez de médicaments, et relativement efficaces par rapport à tout ce qu'on a pu voir qui a été appliqué chez d'autres résidents, plutôt assez rapide sans qu'ils aient à voilà... » (Communication personnelle, 25 janvier 2023). Par ailleurs, elle dit : « si j'avais travaillé de jour, j'aurais refusé de travailler ce jour-là » (Communication personnelle, 25 janvier 2023) ce qui est un de ses droits. Selon nous, le SA engendrerait un conflit éthique plus ou moins important chez elle.

Contrairement à cela, elle nous a transmis qu'avec les moyens d'accompagnement actuels disponibles, elle voyait parfois des résidents mourir seuls et en agonisant. Et que dans ces circonstances, elle est contente de vivre dans un pays où ce type de mort est possible, car elle-même nous a dit « si vous me demandez si je préfère mourir en agonisant dans d'atroces

souffrances ou me faire euthanasier, je vous répondrai sans hésiter l'euthanasie » (Communication personnelle, 25 janvier 2023) car « je crois qu'il y a des choses où on est beaucoup moins sur l'accompagnement (...) » (Communication personnelle, 25 janvier 2023). Selon elle, l'accompagnement est un pilier dans les soins infirmiers en EMS et elle trouve que plus les années passent et moins de temps lui est consacré. Après plusieurs discussions avec des collègues plus anciennes, elle nous a transmis que :

« l'accompagnement il y a 20-30 ans ce n'était tellement pas ça, c'était incroyable de jour comme de nuit. On avait le temps de choyer ces personnes âgées, parce qu'on a envie de choyer ces personnes âgées. Là ce n'est plus possible, que ce soit de jour ou de nuit. Voilà, moi je ne m'étonne pas que tous ces gens veuillent s'inscrire à EXIT. » (Communication personnelle, 25 janvier 2023).

Nous pouvons donc supposer qu'avec ces verbatims, il s'agit plutôt de signes de désespoir venant d'une infirmière face à la charge de travail, parfois compliquée, plutôt qu'un réel positionnement face à la problématique du SA. Cela expliquerait les paroles suivantes : « Moi je fais partie de ces infirmières qui risquent de vouloir me réorienter, d'arrêter la profession » (Communication personnelle, 25 janvier 2023).

Selon nous, son positionnement sous-jacent selon l'article de Castelli Dransart et al. (2017) serait plutôt qu'elle est opposée par principe et qu'elle présenterait des signes d'une détresse morale importante face à l'accompagnement des résidents dans le processus de suicide assisté.

2.2 Absence / manque de communication aux infirmières

En analysant les entretiens, nous avons pu constater qu'au niveau de la communication au sein de l'institution, cela fonctionne bien, car les infirmières reçoivent un mail pour être averties de la demande de suicide assisté ainsi que du jour-J. Cependant, nous avons pu soulever que des problèmes au niveau de l'accompagnement infirmier apparaissent, puisque les infirmières se trouvent dans une position délicate. En effet, ce sont elles qui sont directement en contact, toute la journée ou toute la nuit avec le résident. S'il n'y a pas une bonne communication pluridisciplinaire, cela peut causer des problèmes de manière indirecte au vu de l'accompagnement. Cela peut entraîner une perception du processus négative selon Castelli Dransart et al. (2017). En effet, les résidents sont dans l'établissement chez eux, et ils connaissent les infirmières particulièrement bien et un lien de confiance finit généralement par s'établir. Nous avons eu l'exemple d'une situation où cette communication pluridisciplinaire était défailante et c'est l'infirmière qui s'est retrouvée dans une position délicate où le lien qu'elle avait créé avec le résident était rompu.

Selon les dires de Ruby :

« il était sûr que c'était nous qui empêchions Exit de venir. Et puis on a beau lui dire que ce n'était pas vrai, qu'on ne l'empêchait pas du tout de venir, que ça prenait juste du temps, il était persuadé que c'était ma faute qu'il ne vienne pas. » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Pour garantir un accompagnement de qualité, un des critères est que l'infirmière soit avertie de la prise en soin du résident dont elle a la responsabilité et si cela est restreint, elle ne peut pas garantir un bon accompagnement, car elle manque de réponses à donner à son résident. De plus, comme elle est la dernière chaîne du maillon et que c'est elle qui est en contact avec lui, c'est sur elle que ça se répercute. Par conséquent, cela peut laisser une impression négative quant à cet accompagnement, ce qui la rendra réticente à faire de futures demandes. Cela pose un problème, car si elle conserve un mauvais souvenir de cette expérience, son engagement sera moindre, ce qui entraînera une baisse de la qualité de l'accompagnement, créant ainsi un cercle vicieux. Cela témoigne donc de l'importance de la communication pluridisciplinaire afin de garantir un accompagnement de qualité.

2.3 But du projet de soin réactualisé pour le résident

Le projet de soins du résident doit être constamment réévalué avec lui selon ses demandes et ses besoins. Il est arrivé que des infirmières se soient retrouvées démunies face à la demande de SA d'un résident, car comme une d'elle raconte : « si on me dit, je veux faire appel à Exit, moi je ne peux rien faire, c'est la personne, le résident qui va devoir le faire donc je vais plutôt me retrouver face à un fait accompli » (Communication personnelle, 15 février 2023). Il y a eu 2 visions différentes de la demande de mourir du résident à l'infirmière. La première étant un résident qui exprime son envie de mourir et dans ce cas l'infirmière nous dit qu'elle fera :

« un projet de soins, à aller analyser une dépression, une dénutrition, enfaite toutes les échelles que je peux avoir. On essaie de travailler sur plein de domaines différents. Si elle essaie de retrouver du sens à sa vie, lui proposer de faire du jardinage. Essayer de faire un projet de soins plus dans l'idée de lui redonner l'envie de vivre » (Communication personnelle, 15 février 2023).

alors que dans la deuxième si un résident exprime qu'il a fait appel à Exit, elle dit :

« je ne vais pas du tout mettre en place un projet de soins pour lui donner envie de vivre, mais entendre sa demande en me disant ok, voilà les démarches, moi, je vais informer l'infirmière-cheffe que la demande a été ou va être faite et puis il y a les bénévoles qui viennent et qui vont nous informer de ce qu'il va se passer et on continue comme ça » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Le but de cela étant de trouver un accompagnement personnalisé et adapté aux demandes et aux besoins du résident pour son projet. Une des questions souvent revenue à la surface était : « doit-on réellement continuer à donner des médicaments à une personne qui souhaite faire recours à une assistance au suicide ? » (Communication personnelle, 15 février 2023). Certaines infirmières nous ont exprimé leurs sentiments et leur positionnement face à cela et voici une phrase marquante qui est ressortie :

« ...c'est vrai que je préparais ses médicaments. C'était limite à contrecœur que je le faisais parce que je ne voyais plus du tout de raisonnement derrière. Je le faisais parce que voilà, c'est mon travail, je ne peux pas ne pas lui donner. Mais il n'avait pas de but en fait pour moi dans cette prise en charge » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Avec ce verbatim d'une infirmière interviewée, nous pouvons nous poser la question si ce dont elle nous fait part n'est pas un signe de détresse morale car elle ne trouve pas de sens à ses actes. Nous pensons qu'il est important d'utiliser une théorie infirmière, notamment celle du leadership infirmier dans ce cas précis et de réactualiser le projet de soins du résident pour que celui-ci soit informé de sa situation tout comme les infirmières le prenant en soins. Une infirmière a pu nous exprimer cela : « pourquoi perdre du temps à le faire alors qu'il sera bientôt parti ? ». Avec ce verbatim, nous pouvons également penser à un signe de détresse morale de sa part. De plus, les infirmières ont pu nous transmettre que la rapidité de l'intervention entre la demande et le suicide abouti était parfois rapide et que le temps nécessaire à la réactualisation du projet de soin n'était pas forcément garanti. En effet, il est arrivé que celles-ci aient été informées du SA deux semaines avant la date du décès du résident. De ce fait, l'accompagnement peut être compromis. De plus, il est important de prendre compte des horaires de travail ainsi que des jours de congé car ceux-ci ne nous permettent pas de faire un accompagnement selon les règles de l'art.

2.4 Manque de ressources

Bien que nous ayons pu prendre en compte les initiatives et les ressources proposées par l'EMS en lien avec le suicide assisté, certaines infirmières interviewées nous ont fait part de certains points que nous considérons comme un manque de ressources qui peuvent entraver un accompagnement de qualité.

Pour rappel, c'est en 2018 qu'Exit a changé de direction et a souhaité se professionnaliser et devenir des formateurs, notamment dans les institutions. C'est à ce moment que des séances de formation ont été mises en place dans cet EMS. C'est donc un point positif et profitable. Cependant, avec les horaires irréguliers des infirmières, nous avons relevé qu'il est parfois

très compliqué, malgré le nombre de séances données, qu'elles puissent toutes s'y rendre. En effet, si la réunion a lieu sur un jour de travail, il peut être difficile pour elle de s'y rendre. Si elle a lieu lors d'un jour de congé, elles préféreraient probablement profiter de ce jour et ainsi avoir une coupure avec leur vie professionnelle, comme une infirmière a pu nous le dire : « c'était juste mon seul jour de congé de la semaine » (Communication personnelle, 15 février 2023), ce qui peut être un besoin understandable.

Nous avons également pu mettre en avant un manque de temps, souvent signalé par toutes les infirmières, quel que soit le lieu de travail, et qui a un impact direct sur la qualité des soins dont l'accompagnement. Dans cet EMS, ce manque de temps nous a été démontré avec des comparaisons entre l'accompagnement d'auparavant et l'accompagnement actuel. Assurément, l'accompagnement des personnes âgées résidants dans l'EMS prend du temps et l'aspect financier est coupé. Cela engendre donc un effectif réduit ayant comme conséquence plus de résidents à charge et cela impacte la qualité de l'accompagnement étant donné la charge de travail. Il nous a été transmis ceci : « Moi, j'ai eu des collègues qui ont eu jusqu'à sept décès dans la nuit. Vous voyez l'accompagnement que ça été ! » (Communication personnelle, 15 février 2023). De plus, une infirmière disait :

« accompagner des gens qui sont en train de mourir, cela demande du temps, de l'énergie. Cela demande quand même un accompagnement assez particulier. La réalité des soins fait quand même que l'on a plus le temps pour cela. On aimerait et on n'a pas le temps. » (Communication personnelle, 15 février 2023).

Une autre infirmière disait : « pour moi l'enjeu se trouve dans l'accompagnement des soins infirmiers, de vouloir revaloriser cela. À un moment, on n'est plus assez. Si on veut accompagner des gens, il faut mettre les moyens, il faut mettre le personnel. » (Communication personnelle, 15 février 2023). Finalement, cet accompagnement inapproprié pour nos aînés ne serait-il pas causé, en majorité, par le système de santé suisse ?

En plus du manque de temps, il semblerait qu'il y ait parfois un manque de collaboration entre l'équipe pluridisciplinaire, notamment entre certains médecins et certaines infirmières. Par exemple, Néa a pu dire que certaines prescriptions, notamment concernant celles des soins palliatifs², sont parfois compliquées et dépendent du médecin en charge du résident. Ce manque de collaboration ne pourrait-il pas être un élément compromettant l'accompagnement et par conséquent, le positionnement infirmier ?

² Selon l'Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP] (2023), les soins palliatifs « englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives ». Leur but étant, au possible, d'éviter que les personnes souffrent.

Nous avons également relevé un manque de formation continue chez les infirmières, par exemple, une d'entre elles n'en a pas fait depuis 2015. Une infirmière a pu nous confier « moi, je suis confrontée jour après jour au décès. Peut-être aussi que j'ai besoin de m'en occuper de cet aspect-là, c'est riche » (Communication personnelle, 15 février 2023). Cela a créé un certain questionnement chez nous. Dans les EMS probablement plus que dans les hôpitaux, les infirmières sont confrontées au décès de leurs résidents, mais sont-elles toutes au clair avec cela ? En effet, comment des infirmières ayant des problèmes ou des lacunes avec la mort dite naturelle peuvent-elles accepter et comprendre la mort marginale par suicide assisté ? Ne serait-ce pas une lacune dans la formation initiale qui accorde peut-être plus d'importance aux soins et à la guérison tout en mettant en second plan les thématiques liées à la mort ? Cette absence de formation chez les infirmières interviewées, qu'elle soit sur la mort, sur les soins palliatifs ou sur le suicide assisté, met en évidence un manque de formation continue qu'elles pourraient utiliser comme ressources. Avec ce verbatim de Mme Siam : « (...) moi j'avais demandé à me former, à me spécialiser dans les soins à la personne âgée et puis il n'y voyait pas d'intérêt par exemple. C'était une autre vision des soins et d'accompagnement » (Communication personnelle, 19 janvier 2023), nous pouvons constater que cette demande sous l'ancienne direction a été mise en marge, car la vision des soins n'était pas la même qu'actuellement. Nous avons pu constater que certaines infirmières sont toujours preneuses de formations continues, mais qu'elles ne les ont pas encore suivies. Ne serait-il pas bénéfique de les introduire de manière systématique selon le gré de chacun ?

2.5 Synthèse des résultats

Il en ressort donc que sur les quatre infirmières interviewées, deux d'entre elles, soit la moitié, sont favorables par principe au SA, une d'entre elles fait un compromis professionnel et son positionnement peut être plus ou moins labile selon la situation dans laquelle se trouve le résident et cela peut lui causer un conflit éthique. La dernière y est opposée par principe. En effet, selon nous, elle pourrait présenter des signes de détresse morale face à cette thématique. L'accompagnement est un aspect qui est ressorti au niveau des quatre interviews et nous pouvons donc penser qu'il est étroitement lié au positionnement infirmier.

DISCUSSION, PERSPECTIVES, RECOMMANDATIONS ET PISTES D' ACTIONS

1. Rappel de la question de recherche

Pour rappel, notre question de recherche était la suivante : « Comment les infirmières se positionnent-elles d'un point de vue professionnel et personnel lors d'une demande de suicide assisté ? Autrement dit, comment font-elles pour savoir où elles sont, ce qu'elles font, pourquoi elles le font et quelles sont les questions qu'elles se posent sur le sens de ce qu'elles font et comment est-ce qu'elles agissent en conséquence ? ». Notre but étant d'analyser le positionnement des infirmières. En effet, en nous rendons aux entretiens, nous n'avions aucune idée des positionnements exactes de chacune, mais nous pouvions supposer que ceux-ci étaient divergents au vu des récits préalablement lus et au vu de l'actualité de la thématique. C'est donc pour cette raison que les recommandations d'interventions infirmières proposées ci-dessous seront basées sur un guide de recommandations élaboré par le programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.

2. Discussion d'éléments intéressants

Pour rappel, nous avons pu poser une hypothèse sur le probable positionnement de chaque infirmière selon la classification de Castelli Dransart et al. (2017). Il en est ressorti que deux d'entre elles sont favorables par principe, que pour une autre c'est un compromis professionnel et pour la dernière, celle-ci y est opposée par principe.

Nous avons également pu relever que certaines thématiques, étroitement liées au positionnement infirmier de chacune font débat, dont principalement l'accompagnement infirmier aux résidents faisant cette demande. Deux infirmières ont pu exprimer la satisfaction de leur accompagnement envers des résidents ayant cette demande, une autre a pu exprimer que son positionnement est labile et dynamique selon le sens qu'elle donne à ce qu'elle fait. La dernière exprime ne pas avoir les conditions nécessaires afin d'offrir un accompagnement qu'elle estime suffisant pour les résidents.

D'après les résultats que nous avons obtenus, nous avons pu remarquer que le potentiel d'utilisation du leadership infirmier, en lien avec le suicide assisté, n'était pas épuisé au sein de cet EMS. En effet, il serait bénéfique pour cette institution que celui-ci soit davantage développé. C'est pour cela que nous l'avons choisi comme théorie infirmière et que nous allons davantage le développer ci-dessous.

3. Cadre conceptuel : le leadership infirmier

3.1 Introduction

À la suite de nos résultats, nous avons pu mettre en avant que le positionnement infirmier était étroitement lié à la qualité de l'accompagnement selon certaines infirmières. De ce fait, l'objectif commun est d'accompagner au mieux les résidents dans leur processus de SA. Pour cela, nous avons choisi de parler du leadership infirmier qui est un concept fondamental qui a été défini comme le fait d'amener un groupe de personnes à atteindre un objectif commun. Les leaders établissent une direction et influencent les autres à suivre cette direction ; ils motivent les gens vers un objectif commun (Grace, 2018). De part cette définition, nous avons identifié le groupe de personnes comme étant les infirmières de l'EMS et l'objectif comme étant celui de proposer un accompagnement adéquat et ainsi procurer un sentiment de satisfaction des résidents en lien avec leur demande et des infirmières en lien avec leur accompagnement.

3.2 Règles et qualités essentielles du leadership

Une règle des 8C a été élaborée dans le but que le leadership infirmier soit efficient. Celle-ci comprend : la connaissance de soi-même et des autres, la confiance en soi et aux autres, la capacité de mobiliser avec respect, l'engagement actif des intervenant.es qui participent, communiquer avec respect et écoute, créer, innover, inspirer, être visionnaire, avoir les connaissances pour des prises de décisions fondées sur des résultats probants et adaptées au contexte, à la culture, à l'environnement, à la situation, la crédibilité avec le respect des normes morales et éthiques afin de ne pas commettre d'abus dans l'exercice de ses fonctions et la collectivité pour tendre vers un leadership infirmier collectif.

Les qualités nécessaires pour exercer un bon leadership sont les suivantes : être respectueuse, être capable de communiquer, être capable de feed-back descriptif, être capable de soutien et d'appui, favoriser la mise en valeur du potentiel, suggérer un travail qui présente un défi, fournir une marge de manœuvre et avoir la notion d'équipe.

(Communication personnelle, 30 mai 2023)

3.3 Leadership éthique

En nous renseignant sur les différents types de leadership, nous avons trouvé celui du leadership éthique et nous l'avons jugé comme le plus pertinent. Cependant, nous en avons trouvé d'autres tel que le leadership transformationnel et authentique mais nous les avons jugés comme complémentaires au leadership éthique. C'est donc pour cette raison que nous ne les développerons pas dans le cadre de notre travail.

Selon Gött (2022), le leadership éthique :

« C'est une approche innovante du leadership par rapport au leadership classique que nous vivons tous ensemble. C'est une approche globale, réellement globale et qui répond à la question fondamentale, de quoi est-il question vraiment et qui apporte les réponses en conséquence. » (00:06).

Dans ce type de leadership, il est important de se baser sur 3 éléments fondamentaux qui composent une équipe. Dans un premier temps, il faut donner du sens à l'activité et à la place de chacun dans l'équipe (Charazac, 2017). Il est primordial que le leader reconnaisse les efforts fournis par son équipe, afin que celle-ci se sente valorisée, d'autant plus quand elle a dû sortir de sa zone de confort pour y arriver. Il faut également créer un lien (Charazac, 2017), c'est-à-dire permettre des espaces de discussions afin de créer un lien de solidarité et donc empêcher l'isolement d'une personne. Le dernier élément nécessaire à un bon leadership éthique est la capacité à maintenir un cadre (Charazac, 2017). En effet, il est important de travailler ensemble afin que chacun trouve sa place dans l'équipe et dans l'objectif commun défini préalablement. Cela permettra à l'équipe de créer un environnement favorable où elle se sent protégée.

3.4 Pourquoi avoir choisi cette théorie infirmière

3.4.1 Pourquoi le leadership infirmier ?

Nous avons décidé de choisir cette théorie infirmière car selon nous le leadership a un rôle central dans le positionnement infirmier face au SA. Celui-ci nous permet de prendre des décisions réfléchies grâce aux résultats scientifiques à l'appui. Il permet également d'avoir une cohérence entre la vision d'infirmière et nos valeurs personnelles et professionnelles étant donné qu'en le définissant clairement, il sera plus simple pour l'équipe de se positionner dans le but d'atteindre l'objectif commun. Le leadership permet également de créer un climat de travail favorisant des soins de haute qualité tout en prenant soin de son équipe. Quand celui-ci est efficace, les soins sont de qualité et l'épanouissement professionnel est augmenté.

3.5 Conclusion

Le leadership éthique est donc essentiel au sein d'une équipe et d'autant plus lorsque celle-ci se retrouve confrontée à des thématiques sensibles. En effet, il permet à l'équipe d'atteindre l'objectif posé notamment grâce à l'utilisation de ressources mises à disposition ou instaurées par la suite. Afin de pouvoir l'exercer, certaines qualités et compétences individuelles ainsi que collectives doivent être présentes pour assurer une certaine qualité des soins prodigués ainsi qu'un accompagnement optimal.

4. Apports et limites de la recherche

Ce travail de Bachelor a exigé beaucoup d'efforts et de recherches de notre part. Cependant, il nous a également permis de répondre à de nombreux questionnements sur cette thématique que nous ne connaissions que très peu. Grâce à lui, nous avons acquis une solide base de connaissances qui nous sera précieuse pour notre future pratique professionnelle concernant ce sujet. En effet, étant donné que la population est vieillissante, les demandes ne font qu'augmenter. Accepter la volonté de mourir, accompagner un résident ou un patient dans une situation de suicide assisté est loin d'être quelque chose de facile. Cela implique des aspects organisationnels, émotionnels, des questions de valeurs, des conflits éthiques et de nombreuses préoccupations spécifiques à chacun. Au commencement de ce travail, nous n'en savions que peu sur cette thématique. En effet, l'une d'entre nous, a été amenée à vivre une situation de SA lors d'un stage et a pu en faire ressortir un dysfonctionnement, que ce soit entre les infirmiers ou dans l'équipe avec des avis bien différents. D'un autre point de vue, l'autre étudiante a vécu une situation de plus près, dans un contexte personnel où tout s'est bien déroulé. La différence d'accompagnement a donc suscité une réflexion chez nous. De ce fait, nous avons pu mettre en évidence que les différents positionnements ont un impact sur l'accompagnement, ce qui nous a amenées à nous pencher davantage sur la question.

À l'heure actuelle, nous avons une conception claire du cadre légal ainsi que des critères de l'assistance au suicide. Comme décrit plus haut, nous avons des connaissances quelque peu limitées concernant cette problématique. De ce fait, les entretiens ont permis de mettre en évidence de nombreux axes problématiques et nous ont ainsi permis de pouvoir en ressortir un, afin d'axer notre travail autour de celui-ci. Devoir faire un choix parmi tous ces différents axes sa été compliqué et nous a demandé beaucoup de réflexion. Après cela nous avons pris la décision de nous centrer sur le positionnement infirmier qui, pour nous, se trouve être l'élément primordial qui nous permettra de faire face à ce genre de demande, si un jour nous venons à y être confrontées.

Malheureusement, nous avons été forcées à nous restreindre à une recherche dans le canton de Vaud. Nous avons pris la décision de n'interviewer que les infirmières d'un seul EMS ce qui empêche une vision globale de ce sujet. En outre, nous avons porté notre attention uniquement sur les infirmières et non sur tout le personnel de santé qui pourrait avoir une implication dans la prise en charge des soins. Leur point de vue aurait pu être des éléments notables qui nous auraient peut-être donné une vision différente sur la question. Cela est très important pour nous car tout au long de notre carrière, nous serons probablement, un jour ou l'autre, confrontées à ce type de demande d'accompagnement en raison de son augmentation.

L'accompagnement d'un résident dans le processus de SA est complexe car il inclut les aspects suivants : organisationnels, émotionnels, personnels avec les valeurs de chacun, éthique avec le risque d'être confronté à des questionnements propres à chacun.

4.1 Pour la pratique infirmière

Lors de notre travail, nous avons pu nous rendre compte de la difficulté de la thématique du suicide assisté en EMS. En effet, cette question suscite le débat en raison de sa sensibilité et de son impact sur les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières. De plus, des enjeux éthiques ont également émergé en raison des conflits de valeurs. À la suite des résultats de recherche sur le terrain, nous avons pu mettre en évidence un questionnement sur le rôle infirmier ainsi que sur l'impact et la qualité de l'accompagnement infirmier. Nous avons souligné deux cas concrets avec des avis divergents. Dans une première situation c'est une infirmière-clinicienne qui qualifie son accompagnement, auprès des résidents ayant fait une demande, comme optimal. Pour elle, l'accompagnement du résident ne change pas malgré la demande de SA. Dans la deuxième situation, au contraire, l'infirmière a pu exprimer que l'accompagnement d'un résident ayant fait la demande de SA était, selon elle, insuffisant. Elle estime manquer de moyens et de ressources pour qu'il soit optimal. Selon elle, un résident faisant une demande de suicide assisté, soit une mort « non-naturelle », n'exigerait pas le même accompagnement qu'une personne en fin de vie avec une mort « naturelle ». En effet, certaines infirmières nous ont exprimé leur incompréhension face à la continuité de la prise des traitements lors du processus de SA, notamment avec une date de mort fixée. Il nous est malheureusement impossible de répondre avec certitude à de nombreuses questions sur cette thématique. Cependant, comme mentionné tout au long de ce travail, différentes hypothèses peuvent être émises.

Quelle que soit la situation de soins, il n'existe pas de solution toute faite permettant d'offrir un accompagnement optimal, notamment dans les situations touchant les valeurs personnelles de chacune. Cependant, les infirmières arrivent à trouver des solutions, notamment organisationnelles, afin de parvenir à un accord tout en écoutant les besoins des résidents. Afin de prendre en charge le patient dans sa globalité, le soignant doit s'efforcer de rester neutre dans son attitude afin de garantir un accompagnement de qualité.

4.2 Pour la recherche infirmière

Au vu de l'ampleur de ce sujet et de la croissance des demandes, il est important d'augmenter les recherches infirmières. Il est évident qu'il manque d'études à ce sujet, ce qui accentue davantage la nécessité de les approfondir. De plus, il est notable de souligner que l'infirmière se trouve être le sujet principal de ce genre de prises en soin. Nous recommandons pour les

futurs travaux de Bachelor, que les étudiants se penchent sur les critères d'acceptation pour la demande de SA, sur l'accompagnement des infirmières lorsqu'un résident exprime cette demande ainsi que sur l'utilisation de l'équipe mobile de soins palliatifs.

4.3 Pour l'enseignement

Comme mentionné ci-dessus, nous avons pu constater que cette thématique était peu abordée dans la formation en soins infirmiers. Nous considérons qu'il serait essentiel d'intégrer un cours en deuxième année de formation, afin de préparer au mieux les étudiants qui pourront être confrontés un jour à une situation de SA, que ce soit lors d'un stage ou dans leur futur professionnel.

5. Recommandations pour la pratique professionnelle

D'après les résultats obtenus lors de notre recherche, nous allons maintenant vous faire part des différentes pistes d'interventions que nous avons pu identifier.

Comme première piste, nous proposons de favoriser le travail collaboratif entre les infirmières et les médecins. En effet, certaines infirmières ont pu mettre en évidence un manque de communication interdisciplinaire et cela impactait sur la qualité de la prise en soin et donc de l'accompagnement. Selon le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007) : « La collaboration avec les médecins peut mener au respect mutuel des connaissances et à la mise en commun des connaissances, ce qui contribuera finalement à l'habilitation et à l'amélioration du leadership clinique » (p. 67)

Il est arrivé que les points de vue entre le médecin et l'infirmière divergeaient sur l'état clinique du résident et cela a posé un problème. Nous pouvons donc suggérer un colloque spécifique aux demandes de SA dans le but de réunir les soignants impliqués dans la prise en soin du résident. De plus, les infirmières ont soulevé un manque de collaboration entre les bénévoles professionnels d'Exit et les infirmières car ceux-ci leur transmettaient uniquement la date du jour-J. Afin de garantir un accompagnement de qualité, il serait préférable que l'infirmière référente ait un feed-back à la suite de la rencontre entre le bénévole et le résident. C'est pourquoi il est essentiel de travailler en interdisciplinarité ainsi que de participer à des colloques régulièrement organisés dans les services, car cela permet également de discuter des situations délicates et d'avoir une vision globale des prises de positions au sein de l'équipe. Le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007) propose de « tenir des réunions et des tables rondes interprofessionnelles et faire une rotation en ce qui concerne la responsabilité de l'animation et de l'enseignement. » (p. 67). De plus, une infirmière a pu nous transmettre durant un entretien qu'il n'y avait pas de médecin gériatre dans cet EMS. Pour

nous, ce serait aussi un aspect de recommandation étroitement lié à celui de la collaboration entre médecin et infirmière car ceux-ci sont spécialisés dans les personnes âgées et étant donné que c'est un établissement qui accueille majoritairement cette population, cela serait très bénéfique d'avoir un « expert ».

Comme deuxième piste d'intervention, nous pensons qu'il serait bénéfique de maintenir les colloques déjà mis en place auparavant, pendant et après les demandes de SA car ils permettent de débriefer autour de ce type de mort marginalisée. Selon le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007), il faudrait « communiquer régulièrement en utilisant diverses méthodes et stratégies » (p. 51) et qu'il faudrait également « planifier des stratégies de communication telles que des bulletins, des réunions, des discussions ouvertes et des réunions individuelles entre le personnel et les leaders, tout au long du processus de changement » (p. 51). Lors des entretiens, des infirmières ont pu nous transmettre qu'il y avait la possibilité de faire appel à des superviseurs quand le SA est avéré. Malgré tout, nous suggérons tout de même de faire appel à ces superviseurs plus régulièrement car ils sont une ressource précieuse et selon le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007), il est important de « développer un réseau de soutien afin de maintenir l'énergie personnelle tout au long du processus de changement » (p.51)

Comme nous avons pu le constater tout au long de notre formation en soins infirmiers, l'axe de la mort ainsi que celui du suicide assisté n'est que très peu abordé. C'est pour cela que comme quatrième piste, nous pensons qu'il serait bénéfique pour les infirmières d'avoir une formation sur la mort « naturelle » afin de pallier les éventuelles lacunes car cela n'est pas inné. De plus, une formation sur la mort par suicide assisté, pourrait être une ressource supplémentaire quant à la compréhension de la thématique et pourrait permettre de garantir un accompagnement optimal. De plus, le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007) propose, au niveau individuel qu'il faudrait « être patient et ouvert aux occasions de progrès du changement » (p. 51). Selon nous, cette formation, qui pourrait être donnée sous forme d'e-learning, devrait être obligatoire lors de l'engagement dans l'EMS étant donné que c'est un établissement reconnu d'intérêt public et que les infirmières peuvent être amenées à recevoir ces demandes. Le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007) soutient cette intervention en disant qu'il faut « prévoir du temps pour la formation (...) » (p. 64).

Lors de l'entretien avec l'infirmière-cheffe, elle nous a transmis le projet de l'élaboration d'une nouvelle charte institutionnelle avec la mention de l'accompagnement dans les demandes de

SA dont les nouvelles infirmières pourraient être confrontées au long de leur carrière dans l'EMS. Pour le moment, ce sujet est abordé uniquement à l'oral lors de l'entretien d'embauche. Cependant, pour nous il est important qu'il soit mentionné par écrit le plus rapidement possible. Le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007) propose de « développer et soutenir une philosophie et un énoncé de mission qui parlent de la valeur des soins infirmiers et placent les patients en tête de liste » (p. 55).

Nous avons pu lire dans une étude de cas, qu'une infirmière avait eu l'occasion d'accompagner une résidente jusqu'à son dernier souffle « à la demande de la patiente, pendant le suicide assisté proprement dit, l'infirmière clinicienne sera présente en civil et non sur son temps de travail » (Cavaleri Pendino, 2023, p.101-102). Cela a mis en avant des bénéfiques tels que : une vision transparente de la mission d'Exit le jour-J, d'éviter une rupture thérapeutique étant donné que les résidents sont souvent institutionnalisés depuis de nombreuses années et que le jour-J, l'infirmière doit passer le rôle d'accompagnement à une personne extérieure. Cela engendrerait une rupture, un sentiment d'impuissance et d'échec chez certaines infirmières. De plus, le fait qu'un membre accompagne jusqu'au dernier souffle le résident permet d'avoir une vision sur ce qui s'est réellement passé afin de rendre la mort du résident plus acceptable pour l'infirmière qui en discutera par après avec l'équipe. C'est donc pour cette raison que nous proposons, comme dernière piste d'intervention, qu'une infirmière puisse sortir de son rôle professionnel, tout en repensant à l'organisation le jour-J, le temps de mener le processus d'accompagnement jusqu'à la fin. Le guide de développement et maintien du leadership infirmier (2007) propose de « développer des conditions de travail différentes, y compris un horaire flexible, des politiques d'horaires variables (...) » (p. 63).

6. Pistes pour des recherches ultérieures

Comme nous l'avons mentionné dans notre travail, nous pensons que la recherche sur la thématique du suicide assisté et notamment en Suisse, est encore insuffisante. Tout d'abord, pour pallier cela, nous pensons qu'il pourrait être bénéfique de continuer les recherches à ce sujet, mais nous posons l'hypothèse d'en consacrer une aux infirmières. Cependant, nous ne négligeons pas les autres professionnels de la santé car selon nous, il serait également nécessaire de mener une recherche avec tous ces professionnels ainsi que les différents EMS de différents cantons. En effet, cela donnerait une vision plus globale du suicide assisté en EMS. Ensuite, nous estimons qu'il serait également bénéfique d'avoir le vécu et le ressenti des bénévoles qui pour le moment, accompagnent ces résidents dans leurs derniers instants de vie. En somme, ces potentielles futures recherches permettraient d'avoir de la littérature scientifique sur laquelle les infirmières du terrain pourraient s'appuyer dans leur pratique professionnelle.

CONCLUSION

Notre travail de Bachelor avait pour but de découvrir le positionnement des infirmières interviewées face au suicide assisté. Les résultats que nous avons obtenus ont mis en évidence deux axes qui, selon les infirmières, sont étroitement liés. Ce sont : le positionnement et l'accompagnement infirmier. Ceux-ci nous ont permis de nous rendre compte de l'importance du positionnement face au SA car celui-ci affecte la qualité de l'accompagnement infirmier. En effet, au début de ce TB, nous ne pensions pas que le positionnement face à une thématique pouvait inclure des axes si complexes et ainsi avoir des conséquences sur la qualité de notre prise en soin. Notre rôle professionnel a donc évolué grâce à lui et il nous a poussé à chercher plus loin qu'une compréhension superficielle.

La force principale de notre TB est que nous avons mené ces entretiens de manière à découvrir ce qui se passait sur le terrain afin de comprendre le vécu des infirmières. Cette attitude de découverte nous a permis d'entendre ce qu'elles avaient à nous transmettre sans avoir d'avis fixe et / ou de préjugés sur le sujet. Cependant, nos résultats ainsi que notre conclusion sont à considérer avec prudence car, comme nous l'avons mentionné précédemment, ce sont des hypothèses de résultats qui nous sont propres et nous ne pouvons pas en faire des généralités. La faiblesse principale de ce travail serait que notre échantillonnage ne compte que quatre infirmières d'une seule institution et d'un seul canton.

Pour conclure, ce travail de Bachelor nous a permis d'acquérir des connaissances sur le suicide assisté et le positionnement infirmier face à celui-ci, ce qui nous a permis de devenir en quelques sortes des expertes à notre niveau de la thématique. Ainsi, notre rôle professionnel a pu être développé pendant cette année de recherche. Nous avons le sentiment d'avoir les ressources nécessaires afin de pouvoir prendre en soin des personnes avec cette demande. Dans le cas où les ressources ne seraient pas suffisantes, nous avons des pistes de recherche et d'actions pour essayer de les obtenir. Ce TB nous a aussi permis de souligner à quel point notre positionnement face à des thématiques sensibles que nous pourrions rencontrer tout au long de notre carrière professionnelle, peut jouer un rôle dans notre prise en soin. Nous nous sommes donc aperçues à quel point le leadership et notamment le leadership éthique est important pour que nous puissions garantir des soins holistiques à nos futurs patients et nous tâcherons de l'exercer au mieux.

RÉFÉRENCES

- Castelli Dransart, D. A., Scozzari, E., & Voélin, S. (2017). Stances on Assisted Suicide by Health and Social Care Professionals Working With Older Persons in Switzerland. *Ethics & Behavior*, 27(7), 599614. <https://doi.org/10.1080/10508422.2016.1227259>
- Castelli Dransart, D., Voelin, S., & Scozzari, E. (2015). Comment la marge peut-elle déplacer le centre en matière d'accompagnement de fin de vie ? L'exemple de l'assistance au suicide au sein d'établissements médicosociaux (EMS) en Suisse. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 129144. <https://doi.org/10.7202/1037683ar>
- CAVALERI PENDINO, A., Jox, R. et Tomczyk Eds, M. (2023). Les soins palliatifs à travers les humanités médicales. Georg Editeurs.
- Définitions : Autodétermination—Dictionnaire de français Larousse.* (s. d.). Consulté 2 juillet 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autod%C3%A9termination/6667#>
- Developing and sustaining nursing leadership.* (2006). Registered Nurses' Association of Ontario.
- Dubasque. (2019, 7 novembre). Qu'est-ce que le positionnement professionnel ? Pourquoi est-il si utile ? <https://dubasque.org/quest-ce-que-le-positionnement-professionnel-pourquoi-est-il-si-utile/>
- Elsevier. (s. d.). *Soins infirmiers apprendre à mieux se connaître.* Elsevier Connect. Consulté 2 juillet 2023, à l'adresse <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsinfirmer/soins-infirmiers-apprendre-a-mieux-se-connaître>
- Hausse du nombre de suicides accompagnés par Exit en 2022.* (2023, février 3). [InfoSport]. rts.ch. <https://www.rts.ch/info/suisse/13754669-hausse-du-nombre-de-suicides-accompagnes-par-exit-en-2022.html>
- HévivA, 2018, assistance au suicide en EMS : conseils et recommandations de HévivA.
- HévivA, 2018, Assistance au suicide en EMS : résumé des conseils et recommandations de HévivA.

Institut de psychologie (IP) CePCO de l'UNIL, (s.d.). *Carte des valeurs personnelles et professionnelles*. https://www.unil.ch/files/live/sites/cepco/files/Cartes%20Valeurs/Cartes_Valeurs_CePCO.pdf

International Council of Nurses (Éd.). (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Conseil international des infirmières.

Leadership Ethique (Réalisateur). (2022, juin 13). *Le Leadership Ethique, Edel Gött (fondatrice)*. https://www.youtube.com/watch?v=3B-h_wcTL0Q

Leadership Ethique. (s. d.). Leadership Ethique. Consulté 2 juillet 2023, à l'adresse <https://leadership-ethique.com/>

Loi cantonale vaudoise de janvier 2013 sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public (= BLV, état le 1^{er} janvier 2018)

Loi cantonale vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique (= BLV, état le 1^{er} janvier 1886)

Loi fédérale du 28 avril 2003 sur le droit à l'autodétermination (4P.265/2002 du 28 avril 2003, consid. 6)

Office fédéral de la justice (s. d.). *Les différentes formes d'assistance au décès et leur réglementation légale*. Consulté 13 juin 2023, à l'adresse <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>

Office fédéral de la statistique (2023, avril 17). *Suicide assisté selon le sexe et l'âge—2003-2021 | Tableau*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/24525193>

Pillonel, P. A. (s. d.). *Une histoire de l'association EXIT A.D.M.D. Suisse romande*.

Position éthique 1. (s. d.). Consulté 13 juin 2023, à l'adresse <https://sbk-asi.ch/fr/asi/shop/publications/show/position-ethique-1>

Position éthique 5. (s. d.). Consulté 13 juin 2023, à l'adresse <https://sbk-asi.ch/fr/asi/shop/publications/show/position-ethique-5>

Que reste-t-il de notre identité ? - OASIS - Le Portail du Travail Social. (s. d.). Consulté 2 juillet 2023, à l'adresse http://travail-social.com/spip.php?page=imprimer&id_article=2#

Radio Télévision Suisse (RTS). (2023). Hausse du nombre de suicides accompagnés par Exit en 2022. <https://www.rts.ch/info/suisse/13754669-hausse-du-nombre-de-suicides-accompagnes-par-exit-en-2022.html#:~:text=En%202022%2C%201627%20personnes%20ont,Suisse%20al%C3%A9manique%20et%20Tessin%201125.>

RS 311.0—Code pénal suisse du 21 décembre 1937. (s. d.). Consulté 25 juin 2023, à l'adresse https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr

Soins palliatifs. (s. d.). Consulté 2 juillet 2023, à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html#>

Suicide assisté : Le Conseil fédéral ne veut pas d'une loi - Le Temps. (2011, juin 30). <https://www.letemps.ch/suisse/suicide-assiste-conseil-federal-ne-veut-dune-loi>

Valeur personnelle : Définition simple et facile du dictionnaire. (2021, janvier 1). <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/valeur-personnelle/>

Votation cantonale – Les Vaudois acceptent une loi sur l'aide au suicide. (2012, juin 18). 24 heures. <https://www.24heures.ch/les-vaudois-acceptent-une-loi-sur-l-aide-au-suicide-978957169327>

ANNEXES

1. Tableau des hypothèses

- Hypothèses de départ
- Hypothèses après les interviews

| Hypothèses | Objectifs | Thèmes | Sous-thèmes |
|--|---|--|--|
| <p>Manque de connaissances sur le suicide assisté / rôle d'accompagnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier leurs connaissances - Mettre en évidence les lacunes - Identifier leurs ressources - Identifier le rôle de l'accompagnement | <p>Connaissances sur le suicide assisté</p> <p>Différenciation entre suicide assisté et suicide</p> <p>Connaissances sur le rôle d'accompagnement (soins palliatifs)</p> | <p>Que savez-vous du suicide assisté</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères/ Demandes - Conditions légales - Procédures - Organismes <p>Que savez-vous du rôle d'accompagnement ?</p> |
| <p>La confrontation au suicide assisté modifie la vision de l'expérience</p> <p>Craintes liées au risque de normalisation</p> <p>Identifier les besoins des soignants pour un accompagnement optimal</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'avant/après personnel et professionnel - Interroger les craintes des soignants liées à cette démarche - Interroger sur leurs besoins | <p>Représentation du suicide assisté</p> | <p>Quelle est votre expérience personnelle/professionnelle par rapport à la mort ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par rapport au suicide ? - Par rapport au suicide assisté ? <p>Récit de l'expérience d'accompagnement au suicide assisté</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment cela s'est-il passé ? - Nature du lien avec la personne concernée ? - Temporalité ? - Avec le recul ? - Valeurs compromises ? - Lieu du décès ? - Personnes présentes ? - Échec d'accompagnement ? |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Mission de l'EMS : lieu de vie et de soins est en paradoxe avec la mort par suicide assisté</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier la vision des soignants de la mission qu'ils ont au quotidien en lien avec les demandes de suicide assisté - Interroger quels sont leurs moyens et besoins pour répondre à ces demandes - Identifier le besoin de donner un sens au suicide assisté plus qu'au suicide | <p>Mission de l'EMS – paradoxe ?</p> <p>Il y a-t-il une charte ou un protocole dans l'institution ?</p> <p>Faites-vous partie d'une association ?</p> <p>Expertise des soignants</p> | <p>Quelle est la mission de votre EMS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-il selon vous paradoxal avec cette mission d'accepter le suicide assisté ? - Est-elle compatible ? - Interprétation d'une demande de mourir - Est-ce que l'accompagnement des personnes qui demandent de mourir fait partie de la mission soignante des soins infirmiers pour vous ? <p>Faites-vous une distinction entre un suicide assisté et un suicide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, pour quelles raisons ? |
| <p>Conflits de valeurs personnelles/ professionnelles chez les soignants après une expérience de suicide assisté, différente de l'accompagnement d'une mort dite naturelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les potentielles conséquences psychologiques et morales après une expérience d'accompagnement au suicide assisté - Évaluer la santé des soignants confrontés à cette expérience | <p>Conséquences sur le personnel soignant</p> <p>Relation thérapeutique</p> | <p>Pensez-vous avoir vécu l'accompagnement au suicide assisté de la même manière qu'une mort naturelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui/non, pourquoi ? <p>Est-ce que le comportement d'un résident une fois la date du décès reçue change-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, votre vision des choses change-elle ? - Il y a-t-il un impact sur la relation thérapeutique |
| <p>Ambivalence d'opinions face au processus de suicide assisté</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les points positifs et négatifs du processus - Évaluer les différentes valeurs des soignants | <p>Valeurs personnelles et professionnelles</p> <p>Manque de connaissances</p> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Souhait involontaire de rester dans l'ignorance (dire que tout va bien) pour ne pas se faire violence face au suicide assister et se protéger</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer quelles sont les raisons de cette ignorance involontaire - Déterminer quelles seraient les conséquences sur le personnel soignant (privé et professionnel) si ce mécanisme de défense ne serait pas mis en place | <p>Représentation du suicide assisté</p> <p>Mécanisme de défense / conséquences sur le personnel soignant</p> <p>Soutien de l'équipe soignante</p> | <p>Quelle est votre expérience personnelle/professionnelle par rapport à la mort ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par rapport au suicide ? - Par rapport au suicide assisté ? <p>Y a-t-il un manque de soutien entre l'équipe pour expliquer ces mécanismes de défense ? (manque de confiance, problèmes de communication, manque de soutien, ...)</p> |
|--|--|--|--|

2. Guides d'entretiens

2.1 Guide d'entretien Mme Siam

1. Guide d'entretien

- a. Sexe :
- b. Niveau de formation :
- c. Nombres d'années d'ancienneté dans l'institution :
- d. Nombres d'années à travailler auprès de personnes âgées :
- e. Données sociodémographiques :
- f. Religion :

2. Pouvez-vous nous expliquer comment le suicide assisté est pris en compte dans votre institution ?

- a. Y a-t-il une charte pour le suicide assisté ?
- b. Y a-t-il des directives internes les concernant
- c. Y a-t-il un processus quand un résident fait une demande de suicide assisté ?
- d. Avez-vous des ressources externes ?
- e. Encadrez-vous vos collaborateurs confrontés à des situations d'accompagnement de suicide assisté tout au long de la procédure ?
- f. Avez-vous une politique d'informations ? (Informer tout le monde du suicide assisté, garder la discrétion, ...)
- g. Comment vous sentez-vous dans votre rôle d'infirmière cheffe avec le suicide assisté (positionnement) ?
- h. Avez-vous remarqué des impacts du suicide assisté sur vos collaborateurs ?
- i. Avez-vous déjà été l'infirmière référente lors d'une situation de demande de suicide assisté ?
 - i. Si oui, en tant qu'infirmière cheffe ?
 - ii. Si oui, comment l'avez-vous vécu ?
 - iii. Si non, auriez-vous envie d'en être une ?

3. Après le suicide assisté :

- a. Avez-vous des séances de débriefing avec vos collaborateurs qui ont accompagné des résidents lors du suicide assisté ?

4. Dans le futur :

- a. Depuis que le suicide assisté est « accepté » dans votre institution, avez-vous remarquer des points qui ont été améliorés et qui ont permis à votre équipe d'être « plus à l'aise » et qu'il y ait moins de conflits éthique et professionnel ?
 - i. Si oui, lesquels ?

1. Guide d'entretien

- a. Sexe :
- b. Niveau de formation :
- c. Nombres d'années d'ancienneté dans l'institution :
- d. Nombres d'années à travailler auprès de personnes âgées :
- e. Données sociodémographiques :
- f. Religion :

2. Pouvez-vous nous expliquer vos connaissances générales sur le SA :

- a. Vous disiez être « informée est au clair » avec Exit, racontez-nous comment vous avez eu ses informations ?
 - i. Vous êtes au clair par rapport à quoi ?
- b. Que comprenez-vous du suicide assisté ? (Conditions légales, demande, procédure)
- c. Racontez-nous qu'elles sont vos valeurs et votre rôle par rapport aux autres personnes (ex : direction, ASSC, auxiliaire) et leur position (niveau d'implication)
 - i. Valeurs personnelles + professionnelles + institutionnelles
- d. Est-ce que pour vous, le suicide assisté fait partie de la mission soignante des soins infirmiers ? (Est-ce qu'il est acceptable dans votre profession d'infirmier ?
- e. Qu'est-ce qui pourrait être le plus dur pour vous, la demande de suicide assisté de votre résident ou la « missions d'EXIT » ?
- f. Est-ce que pour vous le sujet du suicide assisté est un sujet sur lequel vous pouvez parler dans l'EMS ?

3. Pouvez-vous nous raconter l'histoire d'un résident qui a fait une demande de suicide assisté qui a abouti :

- a. Est-ce que vous compreniez la situation de ce / cette résident(e) (sa maladie, son évolution, ses douleurs) ?
- b. Comment le/la résident(e) a-t-il exprimé sa demande pour la 1^e fois, durant un entretien, un soin ? À qui le résident en a parlé en 1^{er} ? Comment cela s'est passé ?
- c. Comment avez-vous réagi à la suite de cette demande de suicide assisté ?
- d. Quand est-ce que cela s'est déroulé (date précise ?)
- e. Racontez-nous comment est le comportement du patient avec les soignants avant et après avoir eu une date de décès ?
- f. Est-ce que vous pouvez nous raconter ce que vous vouliez dire avec « j'ai pu les accompagner du début jusqu'à la fin » ?

- g. Où est-ce que le suicide assisté s'est fait ? (EMS, autre lieu)
- h. Racontez-nous comment vous avez utilisé les ressources externes, s'il y en a eu ?
 - i. **Avez-vous utilisé des ressources pour M. qui était fâché pour proposer quelque chose d'autre ? (Théorie de la transition comme ressource, crise d'entrée en EMS avec phase de transition)**
- i. Qui était présent lors du suicide assisté ?
- j. Y a-t-il des moments qui vous ont marqué tout au long de la procédure ?
- k. Avez-vous déjà eu des demandes de suicide assistée qui n'ont pas abouties ?
 - i. Si oui, qu'elles ont été les raisons ?
 - ii. Comment l'avez-vous vécu ?

4. Après le suicide assisté :

- a. Comment vous êtes-vous sentie face à ce suicide assisté d'un(e) résident(e) ?
 - i. Est-ce que vous vous êtes senti(e) touchée émotionnellement ?
 - ii. Est-ce que vous vous êtes sentie seule dans l'accompagnement ?
 - iii. Est-ce que vous avez pu percevoir un rôle de leadership (coordination des différents intervenants) ?
- b. Quelles émotions avez-vous pu ressentir sur le moment ou par après ?
- c. Vous aviez dit dans le récit « le cœur serré mais contente de les accompagner » :
 - i. Quelles sont les valeurs qui vous font être contente ? (Respect du choix et de la volonté ou autre ?)
 - ii. Pouvez-vous nous raconter ce que vous vouliez dire avec « avoir le cœur serré » ? Quelles sont les valeurs qui vous ont fait ressentir cela ?
- d. Vous êtes-vous sentie coupable de cette demande de suicide assisté ?
- e. Racontez-nous-en quoi l'organisation de ce suicide assisté était « superbe » ? Qu'est-ce qui a été mis en place par la direction et l'institution ?
- f. Racontez-nous ce que vous vouliez dire par « chance de participer à 2 séances d'informations d'Exit » et racontez-nous comment elles se passent ?
 - i. Est-ce que la direction organise de telles rencontres pour préparer les soignants ?
- g. Est-ce que votre institution est présente pour vous et les autres soignants face à des situations de suicide assisté ?
 - i. Si oui, de quelle manière ?
- h. Avez-vous pu participer à un débriefing pour parler de la situation de suicide assisté à laquelle vous avez été confronté(e) ?

- i. Avez-vous eu des répercussions directes ou indirecte du suicide assisté d'un(e) résident(e) sur vous (en tant que soignant) ?
- j. Depuis votre expérience avec le suicide assisté, avez-vous modifié votre manière de perception de cette thématique ?

5. Dans le futur :

- a. Vous sentez-vous d'accompagner d'autre(s) demande de suicide assisté ?
 - i. Si oui, à quelles conditions ? et quels seraient vos besoins (personnel, institutionnel, ...)
 - ii. Si non, pourquoi ?

2.3 Guide d'entretien Mme Ruby

1. Guide d'entretien

- a. Sexe :
- b. Niveau de formation :
- c. Nombres d'années d'ancienneté dans l'institution :
- d. Nombres d'années à travailler auprès de personnes âgées :
- e. Données sociodémographiques :
- f. Religion :

2. Pouvez-vous nous expliquer vos connaissances générales sur le SA:

- a. Que comprenez-vous du suicide assisté ? (Conditions légales, demande, procédure)
- b. Est-ce que pour vous, le suicide assisté fait partie de la mission soignante des soins infirmiers ? (Est-ce qu'il est acceptable dans votre profession d'infirmier ?)
- c. Qu'est-ce qui pourrait être le plus dur pour vous, la demande de suicide assisté de votre résident ou la « missions d'EXIT »

3. Par rapport à la situation de Mm et Mme B que vous nous avez raconté, nous allons vous poser quelques questions en rebondissant sur certains de vos dire.

- a. Vous dites ne pas avoir été là, car vous étiez en congé maternité mais savez-vous comment le/la résident(e) a-t-il exprimé sa demande pour la 1^e fois ? et auprès de vous ? Vous en a-t-il parlé ouvertement directement ?
- b. Vous dites, « J'ai repris mon service en octobre et j'ai reçu comme information que le couple avait commencé la procédure d'exit ensemble » (est-ce qu'il y a des manières d'annoncer aux soignants une telle demande d'un résident ?)
- c. Comment avez-vous réagi à la suite de cette demande de suicide assisté ? Vous dites « Mes valeurs ont été touchées » Il y a-t-il eu un conflit entre vos valeurs personnelles et professionnelle → Quelles sont vos valeurs personnelle

et professionnelle ? Quel est le cahier des charges d'une infirmière selon vous ?

- d. Vous dites qu'il y a eu un entretien avec le résident et l'ICUS, quel est le protocole que les soignants doivent suivre après une demande d'un résident et sont-ils accompagnés ?
- e. Quand est-ce que cela s'est déroulé (date précise ?)
- f. Où est-ce que le suicide assisté s'est fait ? (EMS, autre lieu)
- g. Qui était présent lors du suicide assisté ?
- h. Y a-t-il des moments qui vous ont marqué tout au long de la procédure ?
- i. Avez-vous déjà eu des demandes de suicide assisté qui n'ont pas abouties ?
- j. Si oui, qu'elles ont été les raisons ?
- k. Comment l'avez-vous vécu ?
- l. Est-ce que vous compreniez la situation de ce/ cette résident(e) (sa maladie, son évolution, ses douleurs) ?
 - i. Vous dites que cette situation vous laisse un peu perplexe, qu'est-ce qui vous heurte réellement dans celle-ci ? Quelles questions, vous posez-vous ?

4. Après le suicide assisté :

- a. Comment vous êtes-vous sentie face à ce suicide assisté d'un(e) résident(e) ?
 - i. Est-ce que vous vous êtes senti(e) touchée émotionnellement ?
- b. Quelles émotions avez-vous pu ressentir sur le moment ou par après ?
- c. Vous êtes-vous sentie coupable de cette demande de suicide assisté ?
- d. Est-ce que votre institution est présente pour vous et les autres soignants face à des situations de suicide assisté ?
 - i. Si oui, de quelle manière ?
 - ii. Vous dites « Beaucoup d'interrogation sur mon accompagnement si le but était de mourir » → Est-ce que les soignants ont assez de connaissances sur les missions d'Exit (à votre avis) ? Il y a-t-il des séances Exit ?
- e. Avez-vous pu participer à un débriefing pour parler de la situation de suicide assisté à laquelle vous avez été confronté(e) ?
- f. Avez-vous eu des répercussions directes ou indirectes du suicide assisté d'un(e) résident(e) sur vous (en tant que soignant) ?
- g. Depuis votre expérience avec le suicide assisté, avez-vous modifié votre manière de perception de cette thématique ?

5. Dans le futur :

- a. Vous sentez-vous d'accompagner d'autre(s) demande de suicide assisté ?
 - i. Si oui, à quelles conditions ? et quels seraient vos besoins (personnel, institutionnel, ...)
 - ii. Si non, pourquoi ?

2.4 Guide d'entretien Mme Néa

5. Guide d'entretien

- a. Sexe :
- b. Niveau de formation :
- c. Nombres d'années d'ancienneté dans l'institution :
- d. Nombres d'années à travailler auprès de personnes âgées :
- e. Données sociodémographiques :
- f. Religion :

6. Pouvez-vous nous expliquer vos connaissances générales sur le SA :

- a. Que comprenez-vous du suicide assisté ? (Conditions légales, demande, procédure)
- b. Est-ce que pour vous, le suicide assisté fait partie de la mission soignante des soins infirmiers ? (Est-ce qu'il est acceptable dans votre profession d'infirmier ?
 - i. Qu'est-ce que vous comprenez du suicide assisté ? il y a t'il une différence avec l'euthanasie ?
- c. Qu'est-ce qui pourrait être le plus dur pour vous, la demande de suicide assisté de votre résident ou la « missions d'EXIT »

7. Pouvez-vous nous raconter l'histoire du résident qui a fait ça demande de suicide assisté qui a abouti :

- a. Est-ce que vous compreniez la situation de ce / cette résident(e) (sa maladie, son évolution, ses douleurs) ?
- b. Comment le/la résident(e) a-t-il exprimé sa demande pour la 1^e fois ? Comment cela s'est passé ?
- c. Comment avez-vous réagi à la suite de cette demande de suicide assisté ?
 - i. Cela heurte t'il vos croyance/ valeurs ?
 - ii. Quelle sont-elles ?
 - iii. Quand vous dites : « Je le prends parfois comme un échec... » → pour quelle raison le suicide assisté est un échec ?
- d. Quand est-ce que cela s'est déroulé (date précise ?)
- e. Où est-ce que le suicide assisté s'est fait ? (EMS, autre lieu)
- f. Qui était présent lors du suicide assisté ?

- g. Y a-t-il des moments qui vous ont marqué tout au long de la procédure ?
 - i. Vous parlez de sédations palliatives, est-ce que vous en avez déjà suivies ? est-ce que dans cette situation, cela aurait pu être proposé ?
- h. Avez-vous déjà eu des demandes de suicide assisté qui n'ont pas abouties ?
- i. Si oui, qu'elles ont été les raisons ?
- j. Comment l'avez-vous vécu ?

8. Après le suicide assisté :

- a. Comment vous êtes-vous senti(e) face à ce suicide assisté d'un(e) résident(e) ?
 - i. Est-ce que vous vous êtes senti(e) touché(e) émotionnellement ?
- b. Quelles émotions avez-vous pu ressentir sur le moment ou par après ?
- c. Vous êtes-vous senti(e) coupable de cette demande de suicide assisté ?
- d. Est-ce que votre institution est présente pour vous et les autres soignants face à des situations de suicide assisté ?
 - i. Si oui, de quelle manière ?
 - ii. Vous dites « Je n'ai pas travaillé durant cette période et que peu participé au cheminement de pensée de Mr. qui a été euthanasié » → est-ce que le positionnement infirmier par rapport au patient peut changer la vision du suicide assisté ? (Infirmier référent qui participe activement au processus) + séance d'information pour les soignants pour avoir toutes les informations face au suicide assisté (euthanasie)
- e. Avez-vous pu participer à un débriefing pour parler de la situation de suicide assisté à laquelle vous avez été confronté(e) ?
 - i. Quand parlez de faille dans l'accompagnement psychologique, qu'est-ce qui était une faille ?
- f. Avez-vous eu des répercussions directes ou indirectes du suicide assisté d'un(e) résident(e) sur vous (en tant que soignant) ?
- g. Depuis votre expérience avec le suicide assisté, avez-vous modifié votre manière de perception de cette thématique ?

9. Dans le futur :

- a. Vous sentez-vous d'accompagner d'autre(s) demande de suicide assisté ?
 - i. Si oui, à quelles conditions ? et quels seraient vos besoins (personnel, institutionnel, ...)
 - ii. Si non, pourquoi ?

3. Grille CASP de l'article scientifique

Références APA 7 de l'article:

Castelli Dransart, D. A., Scozzari, E., & Voélin, S. (2017). Stances on Assisted Suicide by Health and Social Care Professionals Working With Older Persons in Switzerland. *Ethics & Behavior*, 27(7), 599-614.

| Éléments d'évaluation | Questions à se poser pour faire la critique de l'article |
|--|--|
| <p>Titre et abstract</p> <p>Clairs et complets ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Selon nous, l'abstract donne une vision globale du contenu de l'article, de la recherche menée tout en mentionnant quelques pistes de résultats obtenus.</p> <p>Le titre précise clairement la population cible de l'étude qui sont les professionnels de santé et des services sociaux qui travaillent avec les personnes âgées en Suisse ainsi que le concept de l'article décrit comme le positionnement autour du suicide assisté.</p> <p>Le problème est identifié comme des questions relatives aux missions professionnelles et aux valeurs et principes de chacun. La méthode est partiellement mentionnée car ils disent avoir examiné 40 professionnels de santé et du social confrontés au suicide assisté des personnes âgées d'EMS, aide sociale et soins à domicile mais il manque des données sur la récolte de données (entretiens, questionnaires). Les résultats sont énumérés (favorable par principe, compromis professionnel, compromis personnel et opposé par principe). La discussion est mentionnée.</p> |

| Introduction | |
|---|--|
| <p>Problème de recherche</p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Le phénomène de l'étude est bien défini et est placé dans le contexte actuel (augmentation des demandes de suicide assisté en institution en Suisse Romande).</p> <p>Le problème est justifié dans notre question de recherche concernant le positionnement infirmier face au SA dans les EMS. Cet article nous a permis d'augmenter nos connaissances de départ. Nous savons que c'est une demande à laquelle nous serons de plus en plus confrontés dans notre pratique professionnelle voire personnelle.</p> <p>Le problème a une réelle signification pour notre discipline infirmière car la demande pourra nous être adressée directement dans notre pratique professionnelle et nous devons avoir des connaissances du cadre légal, des processus à mener et de l'accompagnement.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>But de l'étude:</p> <p>Est-ce que le but de l'étude et / ou la question de recherche sont clairement formulés ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Selon nous, le but de l'étude est énoncé de manière claire et précise. Grâce aux différentes méthodes de récoltes de données : des interviews avec des entretiens semi-directifs, un questionnaire a été rempli à la fin de l'entretien avec les données sociodémographiques, la formation et leur expérience avec le SA, cet article traite de l'expérience de 40 participants dont un médecin, huit directeur d'institution ou organisation socio médicale, dix infirmiers chef, huit infirmiers, 10 aides-soignants et trois animateurs, travaillant dans les 15 institutions dont cinq à Fribourg et 10 dans le Canton de Vaud qui ont répondu favorablement, ils avaient comme âge moyen 52 ans et la majorité avait plus de 25 ans d'expérience professionnelle face aux suicide assistés, tout en prenant en compte leurs croyances et leurs valeurs personnelles et professionnelles. Le choix des cantons a été minutieusement réfléchi par l'équipe de recherche. Malgré que le canton de Fribourg n'ayant pas légiférer sur le SA, celui-ci utilise tout de même les recommandations de bonnes pratiques de l'organisation faitière d'hébergement pour personnes âgées (AFIPA). Au contraire, le canton de Vaud a légiféré en 2013 afin d'encadrer le pratique du SA en EMS. Ceci permettant de comparer le positionnement des deux cantons avec et sans législation concernant le SA.</p> <p>Selon nous, le PICo de recherche serait le suivant :</p> <p>P : Les professionnels de santé et du social</p> <p>I : Le positionnement des professionnels de santé et du social face au suicide assisté des personnes âgées</p> <p>Co : En Suisse</p> <p>Selon nous, le but de cette recherche est de comprendre le positionnement et le vécu des différents professionnels de santé et du social face au suicide assisté qui est demandé par les personnes âgées vivant en Suisse.</p> |
|--|--|

| Méthode | |
|---|---|
| <p>Devis de l'étude:</p> <p>Clair?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Nous savons que cet article provient d'une étude qualitative. Les entretiens semi-structurés ont été réalisés avec 40 professionnels de la santé ainsi que du social dans 15 institutions dans les Cantons de Vaud (10) et de Fribourg (5).</p> |
| <p>Population et échantillon :</p> <p>N = 40</p> <p>Décrits en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Dans les méthodes de l'article, la population recherchée est mentionnée de manière claire et complète. La recherche a été menée sur 2 cantons (Vaud et Fribourg).</p> <p>Toutes les maisons de retraite et les services spécialisés des personnes âgées des registres officiels cantonaux ont été invités à participer à l'étude, dont 15 institutions qui ont répondu positivement.</p> <p>Par après, les professionnels confrontés au suicide assisté ont été interviewés sur leur lieu de travail, avec des entretiens semi-directifs. Après cela, ils ont dû répondre à un questionnaire sur des informations sociodémographiques, formation et expériences antérieures avec le suicide assisté. La méthode d'échantillonnage est appropriée au but de l'étude.</p> <p>Les critères d'inclusions sont définis : faire partie d'une institution du registre officiel cantonal, avoir été impliqué dans le processus d'assistance au suicide</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Considérations éthiques</p> <p>Adéquates ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Sauf erreur de notre part, nous n'avons pas trouvé d'informations concernant le protocole de recherche à une commission éthique, tout comme le consentement libre et éclairé. Nous n'avons également pas trouvé d'informations concernant l'anonymat.</p> |
| <p>Méthodes de collecte des données</p> <p>Adéquates ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Selon nous, les méthodes de récolte de données sont appropriées et bien décrites. En effet, nous savons qu'ils ont invité à participer des institutions de santé et du social inscrites dans le registre cantonal, qu'après acceptation, les professionnels ont été interviewés s'ils l'acceptaient et que par après, un questionnaire leur a été transmis afin de compléter la récolte de données.</p> |
| <p>Analyse de données:</p> <p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Selon nous, l'analyse de données est adéquate car elles sont organisées de manière pertinente et elles sont suffisamment décrites car elles nous permettent de comprendre le travail qu'ils ont effectué.</p> <p>La méthode correspond à la méthode de recherche car nous avons des chiffres qui nous permettent d'avoir des données et pour nous cela est pertinent. Nous pouvons voir quelques thèmes tels que l'ancienneté dans le poste actuel, une formation continue sur la fin de vie et le vieillissement et cela peut nous donner quelques pistes.</p> |

| Résultats | |
|---|---|
| <p>Présentation des résultats</p> <p>Adéquate ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>Cette étude a mis en avant les différentes positions que les professionnels peuvent prendre face à une demande de suicide assisté par une personne âgée. Ils ont en mi 5 en avant 5 catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La plus ou moins grande concordance entre le suicide assisté et les valeurs personnelles des professionnels et la mission déontologique 2. Le taux d'implication dans le processus de demande des personnes âgées. En effet, les professionnels pouvaient être : très impliqués, impliqués de manière modérée ou peu impliqué voir pas du tout 3. L'impact du suicide assisté sur le plan personnel, relationnel, organisationnel ou professionnel des personnes impliquées entre tristesse et soulagement temporaire. L'impact peut être plus ou moins important sur les professionnels ou sur l'institution. 4. L'évaluation de la demande par les professionnels. 5. l'évaluation des ressources à disposition des professionnels. <p>De plus, ils ont pu mettre en avant 4 types de positions qui ont été prises par les professionnels qui sont : favorable en principe, compromis professionnels, compromis personnel ou alors opposé par principe.</p> <p>Les résultats étaient cohérents et représentatifs avec les questionnements posés de manière non directe. En effet, après chaque résultat nous retrouvions des chiffres afin d'avoir une idée du nombre de personnes que cela concernait. Ils ont mis en évidence 4 positionnements face au SA qui sont : favorables par principe, compromis professionnel, compromis personnel et opposé par principe. De ces positionnements, ils ont donc pu mettre en évidence des comportements ainsi qu'un niveau d'implication qui étaient étroitement lié à leur positionnement.</p> |

| Discussion, Conclusion et Implications | |
|--|---|
| <p>Interprétation des résultats</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p>La conclusion de l'étude découle logiquement des résultats qui ont été cités plus haut dans cette grille et selon nous, ils ont interprété de manière objective et amènent à une réflexion éthique, morale et professionnelle. Ils ont également permis d'identifier les différents types de positionnements des professionnels face au suicide assisté. Les résultats obtenus ont été comparés avec les résultats d'études antérieures qui sont dans le même sens que ceux obtenus en 2012.</p> <p>Les résultats obtenus vont nous permettre d'améliorer notre pratique professionnelle ainsi que l'enseignement car c'est une thématique qui va prendre de plus en plus d'ampleur et face à laquelle nous serons de plus en plus confrontés dans notre futur.</p> <p>Les résultats ainsi que la conclusion de cette étude sont amenés de manière logique et pertinente. En effet, nous trouvons que le cadre de l'étude est approprié au type de recherche qui a été effectué. Selon nous, les résultats sont suffisamment complets. Nous pouvons peut-être supposer qu'ils auraient été différents si toutes les personnes et les institutions invitées à participer à la recherche auraient répondu de manière positive mais cela reste une hypothèse.</p> |

Inspiré de :

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007) at Mc Master University, Canada.

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème ed.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.