

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
MIREILLE TROTTIER

LES RESSOURCES ÉTHIQUES POUR SURMONTER LES ENJEUX
ÉTHIQUES : UNE ÉTUDE DE PORTÉE DESTINÉE AUX
ERGOTHÉRAPEUTES

DÉCEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Au terme de la réalisation de ce projet et de mon parcours scolaire, je tiens à remercier tout particulièrement Ginette Aubin, directrice de cet essai, professeure et directrice de comité de programme de cycles supérieurs au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Merci pour ton soutien, pour ton temps et tes commentaires qui m'ont amenée à avoir une perspective différente de l'éthique dans la pratique de l'ergothérapie. Je tiens aussi à remercier Marie-Josée Drolet, directrice de cet essai et professeure au département d'ergothérapie de l'UQTR. Merci pour le partage de ton expérience, pour ta confiance en ce projet et pour avoir fait grandir en moi un intérêt pour l'éthique.

Je désire remercier Marie Goulet et Marie-Josée Drolet, les expertes consultées durant ce projet pour l'élaboration des critères d'analyse. Vos conseils ont grandement amélioré la qualité de ces critères. Merci à Madame Jasmine Foulem, réviseuse externe de ce projet, pour l'apport de commentaires des plus pertinents et pour la rigueur de révision de cet essai.

À ma famille qui m'a soutenue tout au long de ce parcours par leurs encouragements, leur appui et leur écoute.

Un merci tout spécial à ces amies, qui ont fait de moi une meilleure personne, qui ont su comprendre mon besoin d'implication et qui ont teinté mon parcours scolaire de folies partagées, de bonheur et d'énergie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1. Définition des enjeux éthiques	3
2.2. Portrait des enjeux éthiques dans les différents domaines de la santé	4
2.3. Portrait des enjeux éthiques en ergothérapie	5
2.4. Portrait de la formation éthique en réadaptation	7
2.5. Besoin en matière de ressources éthiques en ergothérapie.....	10
2.6. Portrait des ressources disponibles en ce qui a trait à l'éthique	12
2.7. Pertinences de la recherche	13
2.8. Questions et but de la recherche	13
3. CADRE CONCEPTUEL	15
3.1. Conception de l'éthique.....	15
3.2. Définition d'enjeu éthique.....	17
3.3. Définition de ressources éthiques.....	17
3.4. Le raisonnement clinique des ergothérapeutes lors de la rencontre d'enjeux éthiques.....	18
4. MÉTHODOLOGIE	23
4.1. Recherche documentaire	23
4.1.1. Processus en étapes de Arksey et O'Malley (2005)	24
4.1.1.1. Formuler la question de recherche	24
4.1.1.2. Identifier les études pertinentes.....	24
4.1.1.3. Sélectionner les études	25
4.1.1.4. Classer les données	26
4.2. Identification des besoins et élaboration de critères d'analyse	27
4.2.1. Opérationnaliser le concept à évaluer.....	28
4.2.1.1. Pertinence éthique.....	28
4.2.1.2. Cohérence	28

	iv
4.2.1.3. Convivialité	29
4.2.1.4. Efficacité	30
4.2.2. Déterminer l'utilisation prévue pour l'outil	30
4.2.3. Constituer une banque d'énoncés	31
5. RÉSULTATS	32
5.1. Évaluer la validité de contenu des critères d'analyse des ressources	32
5.1.1. Première phase de validation.....	33
5.1.2. Seconde phase de validation	33
5.2. Processus de recherche documentaire.....	34
5.2.1. Choix des articles.....	34
5.2.2. Description des articles sélectionnés	36
5.3. Adéquation entre les ressources en éthique et les critères d'analyse	43
5.3.1. Analyse de la pertinence éthique	44
5.3.2. Analyse de la cohérence.....	46
5.3.3. Analyse de la convivialité	49
5.3.4. Analyse de l'efficacité.....	53
6. DISCUSSION	57
6.1. Buts et questions de recherche.....	57
6.2. Comparaison entre les ressources recensées et les écrits.....	57
6.2.1. Ressources consultatives	57
6.2.2. Ressources réflexives	59
6.2.3. Ressources théoriques	61
6.3. Différentes perspectives des ressources	63
6.4. Comparaison entre les critères d'analyse et la littérature	65
6.5. Forces et limites de l'étude	68
6.6. Retombées de l'étude	69
7. CONCLUSION.....	71
RÉFÉRENCES	73
ANNEXE A PREMIÈRE VERSION DES CRITÈRES D'ANALYSE.....	85
ANNEXE B DEUXIÈME VERSION DES CRITÈRES D'ANALYSE.....	86
ANNEXE C TABLEAU 17. Descriptions des articles sélectionnés.....	87
ANNEXE D TABLEAU 18. Présentation des étapes des ressources réflexives	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les énoncées sous forme de questions en fonction des critères d'analyse	34
Tableau 2. Description des ressources consultatives	39
Tableau 3. Description des ressources théoriques	40
Tableau 4. Description des ressources réflexives	42
Tableau 5. Évaluation des ressources consultatives selon la pertinence éthique	45
Tableau 6. Évaluation des ressources théoriques selon la pertinence éthique	45
Tableau 7. Évaluation des ressources réflexives selon la pertinence éthique	46
Tableau 8. Évaluation des ressources consultatives selon le critère de cohérence	48
Tableau 9. Évaluation des ressources théoriques selon le critère de cohérence	48
Tableau 10. Évaluation des ressources réflexives selon le critère de cohérence	49
Tableau 11. Évaluation des ressources consultatives selon le critère de convivialité ...	52
Tableau 12. Évaluation des ressources théoriques selon le critère de convivialité	52
Tableau 13. Évaluation des ressources réflexives selon le critère de convivialité	53
Tableau 14. Évaluation des ressources consultatives selon le critère d'efficacité	55
Tableau 15. Évaluation des ressources théoriques selon le critère d'efficacité	55
Tableau 16. Évaluation des ressources réflexives selon le critère d'efficacité.....	56
Tableau 17. Descriptions des articles sélectionnés.	87
Tableau 18. Présentation des étapes des ressources réflexives.	91

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Schématisation du raisonnement clinique des ergothérapeutes adaptée de celle proposée par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010)	19
Figure 2. Processus de la recherche documentaire	35
Figure 3. Schématisation du raisonnement clinique avec l'intégration des ressources éthiques	38

RÉSUMÉ

Problématique : Les ergothérapeutes rencontrent des enjeux éthiques dans le cadre de leur pratique (Bushby, Chan, Druif, Ho et Kinsella, 2015; Seedhouse, 2009). Les enjeux éthiques propres à l'ergothérapie commencent à être documentés (Bushby et coll., 2015) alors que les ressources éthiques le sont beaucoup moins. Il y a peu de résultats probants pour démontrer l'efficacité de la formation éthique à outiller les professionnels de la santé pour résoudre les enjeux éthiques (Purtilo, 2000). Il est donc pertinent de s'intéresser aux ressources disponibles pour la pratique professionnelle. **Objectif** : Cette recherche a pour objectif de documenter les ressources éthiques disponibles aux ergothérapeutes pour soutenir la résolution des enjeux éthiques, de cibler les besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux en vue d'en faire des critères d'analyse et de documenter l'adéquation entre les ressources éthiques et les besoins des ergothérapeutes. **Cadre conceptuel** : Le recours aux ressources éthiques sera observé sous l'angle du modèle de raisonnement clinique des ergothérapeutes proposé par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010). Ce modèle permet de décortiquer les différentes étapes de résolution de problème et ainsi de juger à quel moment les ressources éthiques entrent en jeu. **Méthode** : Une étude de portée selon la méthode proposée par Arksey et O'Malley (2005) a été utilisée pour mener la recension des ressources éthiques. L'élaboration des critères d'analyse s'est déroulée selon la méthode proposée par Waltz, Strickland et Lenz (2017) pour la création d'un outil. **Résultats** : Les ressources éthiques se regroupent selon des caractéristiques communes en trois catégories soit des ressources consultatives, les ressources théoriques et les ressources réflexives. Les critères d'analyse qui ont été créés s'intéressent à la pertinence éthique, la cohérence, la convivialité à utiliser la ressource et l'efficacité de la ressource. Les ressources consultatives répondent très bien à la pertinence, la cohérence et la convivialité, mais présentent des lacunes quant à l'efficacité. Les ressources théoriques répondent bien aux critères de pertinence éthique et d'efficacité, mais rejoignent que partiellement les critères de convivialité et de cohérence. Les ressources réflexives répondent bien aux critères de pertinence, de cohérence et d'efficacité, mais nécessitent parfois de l'éducation ce qui se conjugue moins bien avec le critère de convivialité. **Discussion** : Les catégories de ressources répondent à différents besoins de l'ergothérapeute, ils ont leurs avantages et leurs inconvénients. Plusieurs facteurs du raisonnement clinique de l'ergothérapeute influencent la manière dont les enjeux sont résolus ce qui a un impact quant à la ressource à choisir. **Conclusion** : Dans le cas de recherches ultérieures sur le sujet, il serait pertinent d'améliorer les critères d'analyse et d'apprendre aux ergothérapeutes à les utiliser pour qu'ils jugent eux-mêmes des ressources qui répondent à leurs besoins selon les enjeux qu'ils rencontrent.

Mots-clés : enjeux éthiques, ergothérapie, ressource éthique, résolution, raisonnement clinique

ABSTRACT

Background: Occupational therapists face ethical challenges in their daily practice (Bushby, Chan, Druif, Ho and Kinsella, 2015, Seedhouse, 2009). Ethical issues specific to occupational therapy begin to be documented (Bushby et al., 2015), while ethical resources are much less so. There is little evidence to demonstrate the effectiveness of ethical education in training health professionals to resolve ethical issues (Purtilo, 2000). Therefore, it is relevant to focus on the resources available for professional practice. **Objectives:** The purpose of this research is to document the ethical resources available to occupational therapists to support the resolution of ethical issues, to target the needs of occupational therapists in support of problem solving with the idea of defining them as analysis criteria and to document the adequacy between ethical resources and the needs of occupational therapists. **Conceptual Framework:** The use of ethical resources will be observed from the perspective of occupational therapists' clinical reasoning model proposed by Carrier, Levasseur, Bédard and Desrosiers (2010). This model makes it possible to separate the different stages of problem solving, and will attempt in this research to resolve ethical issues and thus judge when ethical resources come into play. **Methods:** A scoping study according to the method proposed by Arksey and O'Malley (2005) was used to conduct the review of ethical resources. The development of the analysis criteria was done according to the method proposed by Waltz, Strickland, and Lenz (2017). **Results:** Ethical resources are grouped according to common characteristics in three categories: advisory resources, theoretical resources and reflective resources. The analysis criteria that have been created focus on ethical relevance, coherence, user-friendliness and effectiveness of the resource. Advisory resources respond very well to relevance, consistency and user-friendliness, but lack of efficiency. The theoretical resources meet the criteria of ethical relevance and efficiency, but partially meet the criteria of conviviality and coherence. Reflexive resources respond well to the criteria of relevance, coherence and efficiency, but sometimes require education which is less consistent with the user-friendly criterion. **Discussion:** The categories of resources meet different needs of the occupational therapist, they have their advantages and disadvantages. Several factors of clinical reasoning influence the way in which the issues are solved, which has an impact on the resource to use. **Conclusion:** In the case of further research on this subject, it would be appropriate to improve the analysis criteria and to teach occupational therapists how to use them to judge resources that will meet their needs according to the issues they encounter.

Keywords: Ethical issues, occupational therapy, ethical resources, solve, clinical reasoning.

1. INTRODUCTION

L'ergothérapie fait partie de ces professions qui sont confrontées à des situations où des valeurs sont mises en jeu et qu'il y a une décision à prendre. Des exemples de ces situations sont le manque de temps qui limite la qualité de la pratique (Carrier, Levasseur et Mullins, 2010), la sécurité d'un client versus son autonomie (Durocher et Gibson, 2010; Goulet et Drolet, 2017) et être contraint à l'allégeance aux tiers payeurs ou l'allégeance au client (Goulet et Drolet, 2017). L'ergothérapeute doit s'engager à respecter des normes de conduite professionnelle élevée pour répondre à ces enjeux. En effet, la compétence de professionnel, telle que définie par les compétences du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (Association canadienne des Ergothérapeutes [ACE], 2012), comprend une compétence habilitante qui est de : « reconnaître et répondre de la façon appropriée aux questions d'éthique qui se posent dans la pratique » (ACE, 2012, P.11). Cette compétence est définie aussi par Bégin (2014) comme une intelligence pratique qui s'active lors de la rencontre de situation éthique. Elle consiste à réfléchir à des questionnements éthiques, à soupeser les conséquences des actions et à émettre des arguments justifiant l'action éthique.

La complexité à adopter une pratique éthique étant grandissante (Brockett et Dick, 2006; Pitman et Kinsella, 2012), pour soutenir les professionnels de la santé dans leurs démarches éthiques et dans le développement de leurs compétences éthiques, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016) a favorisé l'instauration de comités d'éthique clinique dans les milieux. Considérant que la pratique de l'ergothérapie se déroule dans divers milieux et qu'il n'y a pas de comité d'éthique clinique dans tous ces milieux, il est possible de se questionner à savoir ce qui est disponible comme ressource pour résoudre les enjeux éthiques.

Cet essai critique fait état de la problématique au fondement du questionnement de cette recherche, puis est présenté le cadre conceptuel utilisé pour expliciter les concepts de l'étude. Suivra la présentation de la méthode utilisée pour mener cette recherche et des résultats générés par celle-ci. Par la suite, un retour sera effectué par rapport aux questions et objectifs de cette recherche et seront établis des liens entre les

résultats du présent essai et ceux disponibles dans la littérature, les forces et limites de l'essai critique de même que les retombées de la recherche seront discutées. Pour terminer, les éléments clés et les avenues de recherches futures seront nommés en guise de conclusion de cet essai

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section de l'essai critique, la problématique justifiant l'étude est présentée. D'abord, des explications concernant la nature des enjeux éthiques sont proposées, et ce, en se référant aux écrits scientifiques à ce sujet. Un portrait est tracé des enjeux éthiques actuels de la pratique de l'ergothérapie. L'état de l'éducation éthique en réadaptation dans les universités du Canada est ensuite abordé. Puis, est fait un survol des ressources en éthique actuellement disponibles pour les ergothérapeutes. De cette problématisation des faits suivra la question à l'origine de cette recherche ainsi que les objectifs de recherche subséquents. Cette section se terminera par la présentation de la pertinence professionnelle, sociale et scientifique qui justifie le questionnement et le fondement de cette recherche.

2.1. Définition des enjeux éthiques

Une situation qui met en jeu des valeurs et qui suscite un questionnement quant à la bonne action à accomplir est un enjeu éthique (Drolet, 2014). Barsky (2008) donne le nom de conflit éthique à ces situations où il y a une crise dans l'interaction entre les parties prenantes. Les acteurs de la situation sont enfermés dans leurs propres intérêts et ils n'arrivent pas à percevoir le point de vue de l'autre résultant à se sentir victimes, blessés et dépourvus de pouvoir face à la situation. D'autres auteurs nomment ces situations comme étant des différends moraux, qui reflètent une croyance différente des obligations morales et des droits individuels et une conception autre de ce qui est bien (Pavlish et coll., 2013). Bushby et ses collaborateurs (2015) utilisent la définition de tension éthique proposée par Kinsella, Phelan et Bossers (2014), selon qui le terme tension éthique définit des événements dans la vie professionnelle qui soulèvent des questions morales comprenant l'incertitude des professionnels, la détresse et le dilemme. Swisher, Arslanian et Davis (2005) conceptualisent les problématiques éthiques comme une situation où l'actualisation des valeurs légitimes et désirables est mise en péril. Selon d'autres auteurs (Edelstein, DeRenzo, Waetzig, Zelizer, Mokwunye, 2009), un conflit éthique émerge lorsque les buts du patient, du professionnel ou des proches par rapport

aux soins interfèrent avec les buts d'autres parties prenantes telles que d'autres cliniciens, les membres de la famille, l'institution, les compagnies d'assurance, etc.

Les conflits éthiques sont aussi définis comme une confrontation entre les valeurs et peuvent être associés à des émotions troublantes (Molewijk, Kleinlugtenbelt, Pugh et Widdershoven, 2011). En effet, lorsqu'une attention particulière n'est pas portée à ces conflits éthiques, il peut en résulter des mécanismes de défense tels qu'une réponse émotionnelle excessive, une argumentation litigieuse et des comportements inadaptés (Agich, 2011). Lorsqu'ils ne sont pas résolus, les enjeux ont un impact négatif sur les soins offerts aux patients et sur la santé des travailleurs ce qui engendre des coûts supplémentaires (Bell et Breslin, 2008 ; Gutierrez, 2005 ; Pavlish, Brown-Saltzman, Fine et Jakel, 2013). Les résultats de l'étude de Ulrich et ses collaborateurs (2007) ont démontré que des émotions négatives sont engendrées chez les professionnels de la santé lorsqu'ils ne sont pas en mesure de résoudre les enjeux éthiques auxquels ils sont confrontés. Certaines de ces émotions engendrent l'épuisement des professionnels, ce qui affecte directement la relation avec le patient et la satisfaction au travail (Gutierrez, 2005). Il a été démontré que la résolution des enjeux éthiques, lorsqu'ils sont résolus adéquatement, favorise l'accomplissement, la satisfaction à l'emploi et la rétention des professionnels dans ce même emploi (Bell et Breslin, 2008). La rétention des professionnels est un élément pouvant s'ajouter à ceux nommés par Cohen (2006) influençant la crédibilité de la profession aux yeux du public. Selon les résultats de cette étude, il ne suffit que de quelques enjeux éthiques résolus de manière inadéquate pour miner la confiance du public envers la profession.

2.2. Portrait des enjeux éthiques dans les différents domaines de la santé

Les enjeux éthiques sont abondamment documentés au niveau de la médecine (Erbay, 2016 ; Goelen, Rigo, Fontaine, Wanrooij et De Grève, 2001 ; Kotzee, Ignatowicz et Thomas, 2017 ; Landry, 2017 ; Sade, 2016) ou des sciences infirmières (DeKeyser Ganz et Berkovitz, 2012 ; Eren, 2014 ; Ganz, Wagner et Toren, 2015 ; Pirschel, 2016 ; Preshaw, Brazil, McLaughlin et Frolic, 2016 ; Sasso, Bagnasco, Bianchi, Bressan et Carnevale, 2016 ; Sasso, Delogu, Carrozzino, Aleo et Bagnasco, 2016). Quelques

exemples d'enjeux éthiques vécus dans ces domaines sont des situations reliées aux décisions en ce qui a trait à la vie et à la mort (Bunch, 2001) par exemple à cause de l'aide médicale à mourir, des situations d'acharnement thérapeutique et de la consigne de ne pas réanimer. Ce sont des situations qui peuvent être rencontrées autant par les médecins que les infirmières.

Les écrits sur les enjeux éthiques dans différents domaines de la santé sont étoffés ; les enjeux éthiques spécifiques à ergothérapie le sont beaucoup moins, ils commencent à peine à être documentés (Bushby, Chan, Druif, Ho et Kinsella, 2015). L'âge de la profession est un facteur expliquant la quantité moindre d'écrits en ergothérapie, voire en réadaptation par rapport à ce sujet ; alors que l'ergothérapie s'établit depuis peu, la médecine et les soins infirmiers sont présents depuis un long moment, ce qui peut expliquer que les écrits soient plus nombreux (Barnitt, 1998 ; Kinsella, Park, Appiagyei, Chang, Chow, 2008).

2.3. Portrait des enjeux éthiques en ergothérapie

Les écrits concernant les enjeux éthiques en ergothérapie sont grandissants ; les types d'enjeux éthiques vécus dans la pratique sont les thèmes les plus abordés dans les écrits éthiques (Bushby et coll., 2015). Les enjeux éthiques qui sont susceptibles d'être rencontrés lors de la pratique de l'ergothérapie surviennent majoritairement dans le cadre d'une pratique avec des ressources limitées et des contraintes organisationnelles (Carrier, Levasseur et Mullins, 2010 ; Kassberg et Skär, 2008 ; Kinsella, Park, Appiagyei, Chang et Chow, 2008 ; Slater et Brandt, 2009). Une revue de littérature de Bushby et collaborateurs (2015) relevant les recherches faites sur le thème des enjeux éthiques entre les années 2000 et 2013 auprès d'ergothérapeutes, a permis d'identifier sept catégories majeures d'enjeux éthiques en ergothérapie. Il a été soulevé que la disponibilité des ressources et les problématiques systémiques sont les raisons qui engendrent le plus d'enjeux éthiques. Une période de temps inadéquate pour une pratique de qualité, les interventions avec des fonds économiques insuffisants, le manque de personnel ainsi que la charge de travail excessive sont des exemples de problématique systémique et de manque de disponibilité des ressources. Une étude de

Goulet et Drolet (2017) portant sur les enjeux éthiques en ergothérapie dans le secteur privé a permis de tirer des conclusions similaires c'est-à-dire que les barrières entravant une pratique exemplaire dans le secteur privé de l'ergothérapie sont systémiques.

Toujours selon Bushby et ses collaborateurs (2015), les autres situations qui engendrent des enjeux éthiques sont l'actualisation des valeurs et des principes éthiques, la sécurité des clients, les conflits interpersonnels, le maintien des standards professionnels et la gestion de la pratique. Aussi, des enjeux éthiques surviennent lors de l'attribution du congé d'hôpital (Atwal et Caldwell, 2003; Barnitt et Partridge, 1997; Durocher et Gibson, 2010; Slater et Brandt, 2009), lors de la planification des buts de l'intervention (Levack, 2009), lorsque les valeurs professionnelles, dont la pratique centrée sur le client, s'opposent aux demandes du milieu (Kinsella et coll., 2008; Townsend et Wilcock, 2004), lors du manque de respect auprès des personnes vulnérables, par exemple au niveau du consentement des personnes âgées ayant un trouble cognitif (Barnitt, 1998, Kassberg et Skär, 2008) et lorsqu'il y a présence d'injustice dans la répartition des ressources (Barnitt et Partridge, 1997; Kassberg et Skär, 2008; Townsend et Wilcock, 2004).

Une étude de Kyler (1998), a révélé que parmi 436 cliniciens, étudiants et assistants américains en ergothérapie, 21 % disent rencontrer des enjeux éthiques quotidiennement, 31 % hebdomadairement, 32 % mensuellement, 13 % annuellement et 3 % disent ne jamais en rencontrer. Ces résultats concordent avec ceux de Kanny et Slater (2008) selon qui les enjeux qui ont été énumérés le plus fréquemment par les ergothérapeutes sont des enjeux qui se présentent au quotidien. Ces enjeux se rapprochent de la conception proposée par Seedhouse (2009) et Barnitt (1998), soit des enjeux vécus quotidiennement et qui n'ont pas l'aspect dramatique (comme c'est souvent le cas des enjeux présentés dans la littérature, tel que des situations de vie ou de mort). L'ensemble de ces écrits, de même qu'une recherche effectuée dans le domaine de la médecine par Caldicott et Faber-Langendoen (2005) soulèvent qu'il y a un écart entre les enjeux éthiques rencontrés dans la pratique de la réadaptation et ceux présentés dans les écrits éthiques qui sont caractérisés par leur aspect héroïque ou dramatique. Les

différents auteurs en concluent que les écrits éthiques qui sont disponibles présentement dans le domaine biomédical ne seraient pas des exemples utiles pour les professionnels de la réadaptation puisque ces écrits biomédicaux présentent des exemples trop différents de ceux vécus en réadaptation et qu'ils ne vont pas de pair avec la réalité du milieu. Du fait que les ergothérapeutes rencontrent des enjeux dans leur pratique au quotidien et que la littérature éthique ne correspond pas à ce qui est vécu dans la réalité, il va de soi de se questionner à savoir quelle est la formation des ergothérapeutes pour répondre à ces enjeux éthiques.

2.4. Portrait de la formation éthique en réadaptation

Au plan professionnel, les ergothérapeutes sont des experts de l'habilitation à l'occupation (ACE, 2012), ils sont donc formés à analyser les activités et à favoriser le rendement et l'engagement occupationnels d'un client, en utilisant des modalités relatives à la réadaptation et à la compensation. Les ergothérapeutes ont des compétences professionnelles qui leur permettent d'intervenir lors d'enjeux éthiques. Ceci dit, ils ne sont pas formés à titre d'experts de la prise de décision éthique, car ce n'est pas leur champ d'expertise (Horowitz, 2003). Ils doivent tout de même composer avec des situations de nature éthique, et ce, majoritairement à des fréquences quotidiennes et hebdomadaires (Kassberg et Skär, 2008 ; Kyler, 1998).

L'éducation éthique a pour but de former les professionnels à savoir reconnaître les enjeux éthiques et à identifier des réponses appropriées à ceux-ci (Delaney, 2009). Les programmes de formation en réadaptation ont changé au Québec depuis 2009 (Ferland et Dutil, 2013). La maîtrise professionnelle est maintenant obligatoire pour pratiquer en toute légalité, ce qui a occasionné une réorganisation des cours menant à l'obtention du diplôme. Quelques études portent sur l'éducation éthique offerte au Canada dans les programmes universitaires de réadaptation (Brockett, 1996; Hudon et coll., 2014). Il s'avère que le nombre d'heures et de crédits accordés à l'éthique de même que la structure pédagogique varient d'une université à l'autre. Certaines universités offrent un cours complet centré sur l'éthique, alors que d'autres introduisent les notions dans

l'ensemble des cours. Les thèmes abordés varient entre le code d'éthique, la déontologie professionnelle, le professionnalisme, les normes et les standards de pratique.

Parmi 436 cliniciens, étudiants et assistants américains en ergothérapie de l'étude de Kyler (1998), seuls 20 % disent avoir des connaissances en éthique, 67 % rapportent avoir quelques connaissances, 7 % une connaissance incertaine et 5 % ne rien savoir à propos de l'éthique. Selon une étude réalisée par Laliberté et ses collaborateurs (2015) au Canada sur les programmes d'ergothérapie et de physiothérapie, 65 % des enseignants participant à la recherche n'ont pas de formation spécialisée en éthique. Par ailleurs, les données concernant l'efficacité de l'éducation éthique à former les futurs professionnels de la réadaptation à la résolution des enjeux éthiques sont peu nombreuses (Purtilo, 2000).

L'une des études ayant évalué l'apport de l'éducation éthique est celle de Dieruf (2004) qui consistait à documenter le stade de développement moral de Kohlberg des étudiants en début et en fin du programme. Les résultats de l'étude démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre le résultat au test au début et à la fin du programme. L'auteure de l'article tire la conclusion que le programme qui a été évalué n'est pas un facteur influençant le développement des stades du raisonnement moral puisque les étudiants n'ont pas évolué sur le plan des stades de développement moral de Kohlberg. D'autres recherches appuient le fait que l'éducation professionnelle n'engendre pas d'augmentation significative dans les stades de développement moral des étudiants en ergothérapie (Greene, 1997; Kanny, 1996; Wittman, 1991). Des données provenant de l'étude de Penny et You (2011) abondent dans le même sens, elles révèlent que peu importe l'avancement dans le parcours scolaire des étudiants en ergothérapie, le stade de Kohlberg des normes sociales serait celui le plus utilisé par les étudiants, qu'ils aient reçu des cours ou non.

Les données scientifiques varient au sujet de l'efficacité de l'éducation, ainsi Geddes, Salvatori et Eva (2009) ont établi un lien clair entre l'éducation éthique et l'augmentation des moyennes des étudiants en ergothérapie et en physiothérapie au

résultat du DIT, soit une évaluation qui s'intéresse aux réflexions post-conventionnelles selon les stades de Kohlberg. Les auteurs de l'étude soulèvent le fait que les résultats obtenus sont différents de ceux de Dieruf (2004). Ils expliquent la différence du fait que les moyennes d'âge, le niveau d'éducation et le nombre de participants dans à leurs recherches présentent des différences notables. Ainsi, bien que les stades de raisonnement moral de Kohlberg peuvent être une référence en matière de réflexion éthique, ils ne sont pas le seul indicateur de la connaissance éthique des ergothérapeutes. Une étude empirique menée par Goulet et Drolet (2017) a permis de mettre en lumière lors de la collecte de données que les ergothérapeutes novices nomment plus d'enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique. Ce faisant, ils seraient plus habiles à les reconnaître, mais ils seraient moins habiletés à les surmonter quotidiennement. En effet, ils démontrent un plus grand besoin d'accompagnement en début de carrière pour surmonter les enjeux éthiques. Ceci est expliqué par les auteurs de l'article du fait que le sentiment de compétence, l'autodétermination et le sentiment de contrôle des ergothérapeutes sont généralement moins développés chez les ergothérapeutes novices que chez ceux plus expérimentés.

Ainsi, l'ensemble des données discutées démontrent que l'éducation éthique varie grandement selon les programmes universitaires et qu'il n'est pas possible actuellement d'attester de l'efficacité des programmes pour engendrer une modification au niveau des stades de développement moral de Kohlberg. Il a été démontré précédemment que les ergothérapeutes rencontrent des enjeux éthiques. Ce faisant, la littérature scientifique et la formation sont perçues d'emblée comme des outils utiles aux ergothérapeutes pour la résolution des enjeux éthiques. Par contre, il a aussi été démontré que ces deux outils ne correspondent pas à ce qui est vécu en pratique et qu'il n'y a pas de consensus scientifique quant à la formation éthique à fournir pour aider au développement des stades de développement moral de Kohlberg (1984). Ainsi, il est possible de se questionner à savoir de quoi les ergothérapeutes ont besoin en matière de ressources pour les soutenir dans la résolution d'enjeux éthiques.

2.5. Besoin en matière de ressources éthiques en ergothérapie

La notion de ressource en éthique peut porter à confusion étant donné la vaste étendue de modalités qu'elles peuvent prendre soit des services, des consultations, de la documentation, des théories, etc. Ce qui est considéré comme une ressource de nature éthique varie selon les auteurs. À cet effet, Schildmann, Molewijk, Benaroyo, Forde et Neitzke (2014) définissent les services éthiques comme un support qui n'est pas lié aux services institutionnalisés dans les organisations de la santé et qui supporte les professionnels de la santé et les institutions en traitant des enjeux éthiques. Par ailleurs, une définition des consultations éthiques cliniques est semblable chez plusieurs auteurs soit un service offert à un individu ou à un groupe qui est donné par un individu, une équipe ou un comité qui sont formés et organisés pour traiter les problématiques éthiques (Fletcher et Siegler, 1996 ; Tulsy et Fox, 1996 ; Vollmann, Gordon et Schildmann, 2010).

Bien que de nombreux chercheurs aient évalué les ressources éthiques en tentant d'établir des balises pour l'évaluation de ces ressources, aucun consensus scientifique n'est solidement établi dans les écrits (Bruce, Smith, Tawose et Sharp, 2014 ; Chen et coll., 2014 ; Pearlman et coll., 2016 ; Pfäfflin, Kobert et Reiter-Theil, 2009 ; Schildmann, Molewijk, Benaroyo, Forde et Neitzke, 2013 ; Schildmann et Vollmann, 2010 ; Tarzian, 2013 ; Tulsy et Fox, 1996 ; Tulsy et Stocking, 1996). Différents auteurs expliquent bien que la difficulté à évaluer les consultations éthiques provient du fait qu'elles sont diversifiées et qu'il y a un manque de standardisation dans les interventions en raison de la nature des enjeux éthiques (Chen et Chen, 2008 ; Tulsy et Fox, 1996).

Comme il a été présenté dans la problématique, les compétences des ergothérapeutes en matière de résolution des enjeux éthiques varient grandement, d'où le besoin d'avoir une ressource qui pourra être utilisée par tout ergothérapeute, peu importe leur expertise en matière de résolution d'enjeux éthiques. De ce fait, les ressources doivent présenter certaines caractéristiques afin de soutenir les ergothérapeutes dans la résolution des enjeux éthiques. Plusieurs auteurs le nomment (Bushby et coll., 2015 ; Kanny et Slater, 2008), il est primordial pour les ergothérapeutes de connaître les ressources éthiques qui sont disponibles et de les utiliser.

Il est primordial de s'assurer de la nature des enjeux, c'est-à-dire que les enjeux sont en lien avec l'éthique. Ainsi, un premier besoin des ergothérapeutes est d'avoir une ressource de nature éthique ou philosophique ou du moins s'attardant à des enjeux éthiques en vue de les aider à résoudre les problématiques éthiques. Plusieurs auteurs considèrent la nature philosophique ou éthique comme un critère de qualité pour une ressource en éthique (McCullough, Coverdale et Chervenak, 2004 ; Schildmann et Vollmann, 2010). Ce critère est primordial dans l'analyse des besoins puisqu'il est inhérent aux ressources éthiques.

De la même manière dont cela a été discuté plus haut, la ressource doit permettre la clarification d'une problématique éthique. Puisque les ergothérapeutes doivent raisonner à propos des enjeux qu'ils rencontrent, un des besoins à trait au raisonnement clinique. Le raisonnement clinique nécessite pour les professionnels de la santé d'avoir une vaste gamme de connaissances dans plusieurs domaines et non seulement dans un domaine technique précis (Edwards, Braunack-Mayer et Jones, 2005). Cet ensemble d'informations doit être organisé, puis il doit être possible pour le professionnel de générer différentes hypothèses, de les tester, de réfléchir sur sa démarche et de la valider (Higgs et Jones, 2008). Le raisonnement éthique est nommé comme une stratégie de raisonnement clinique utilisée par les professionnels de la santé (Edwards, 2001, cité dans Edwards, Braunack-Mayer et Jones, 2005).

Un autre besoin des ergothérapeutes en matière de ressource en éthique est le fait que ce soit convivial, c'est-à-dire que c'est simple, facile et intuitif. Ce besoin est expliqué du fait que l'éducation éthique varie grandement d'une université à l'autre au Canada (Brockett, 1996; Hudon et coll., 2014) et que les données sont manquantes quant à l'efficacité de la formation en éthique pour outiller les futurs professionnels à répondre aux enjeux (Purtilo, 2000).

Pour terminer, étant donné que les enjeux éthiques en ergothérapie et dans le milieu dans la santé sont vécus pour la plupart au quotidien ou de manière régulière

(Kyler, 1998 ; Seedhouse, 2009), la disponibilité de la ressource et le temps que cela requiert pour utiliser la ressource doivent être considérés.

2.6. Portrait des ressources disponibles en ce qui a trait à l'éthique

Le comité d'éthique clinique est la ressource la plus répandue dans le milieu de la santé au Québec en raison de la création et l'implantation de ceux-ci par le gouvernement du Québec depuis les trente dernières années (Gouvernement du Québec, 2017). Les comités d'éthiques cliniques peuvent aider les professionnels à clarifier les enjeux éthiques et à trouver des stratégies de résolution dans un contexte de pratique donné (Kanny et Slater, 2008). Il s'adresse à l'ensemble des professionnels, tous domaines confondus pour favoriser la conscience éthique des professionnels, pour définir des lignes directrices dans le cadre de soins, de même que de se pencher sur des problématiques éthiques particulières (Ministère de la Santé et des Services Sociaux de Québec, 2017). D'autres ressources éthiques existent dans le domaine de la santé des livres de référence, des codes d'éthique, des consultations éthiques et des cadres théoriques (voir notamment [Aulisio, Moore, Blanchard, Bailey et Smith, 2009 ; Bersoff, 2008 ; Brockett et Dick, 2006 ; Bush, Allen et Molinari, 2017 ; Drolet, 2014 ; Fournier, Spranzi, Foureux et Brunet, 2015 ; Hunt et Ells, 2013 ; Knapp, Gottlieb, Handelsman et VandeCreek, 2012]). Outre les ressources spécialisées pour la résolution des enjeux éthiques, la discussion et le support des collègues sont aussi des stratégies utilisées par les ergothérapeutes pour résoudre les enjeux (Kanny et Slater, 2008). Par contre, les contextes de pratique des ergothérapeutes à temps partiel et la rotation de personnel ne favorisent pas la cohésion de groupe et un environnement de travail propice à ces discussions (Horowitz, 2003). Par ailleurs, la pratique privée, celle basée dans la communauté et dans le système scolaire est reconnue pour avoir moins de ressources axées sur la rétroaction et le soutien des collègues (Kanny et Slater, 2008).

Les outils éthiques en réadaptation sont limités principalement à la création de cadres théoriques éthiques et de livres pour soutenir la réflexion, pour encadrer la pratique et pour faciliter la prise de décision éthique (Brockett et Dick, 2006 ; Drolet, 2014 ; Drolet et Hudon, 2015 ; Hunt et Ells, 2013 ; Kornblau et Burkhardt, 2012 ; Purtilo et

Doherty, 2011 ; Seedhouse, 2004). Les lacunes dans l'éducation et la littérature éthique en réadaptation peuvent être une explication du faible nombre de ressources éthiques existantes dans ce domaine (Laliberté et coll., 2015). Cela justifie l'exploration des ressources qui existent dans le milieu de la santé. D'ailleurs, ceci a été soulevé par plusieurs chercheurs en regard des résultats de recherche en éthique dans le domaine de la santé, voire de l'ergothérapie (Bushby et coll., 2015 ; Hudon et coll., 2014 ; Kinsella et coll., 2008). Il appert qu'aucune recherche n'a recensé, jusqu'à présent, l'ensemble des ressources éthiques actuellement disponibles pour les ergothérapeutes.

2.7. Pertinences de la recherche

Considérant que les professionnels de la santé sont confrontés quasi quotidiennement à des enjeux éthiques (Barnitt, 1998; Barnitt et Partridge, 1997; Kassberg et Skär, 2008; Seedhouse, 2009), qu'il y a des conséquences négatives au fait de ne pas résoudre les enjeux éthiques (Bell et Breslin, 2008 ; Gutierrez, 2005 ; Pavlish, Brown-Saltzman, Fine et Jakel, 2013), que les données quant à l'éducation éthique ne font pas clairement état de son efficacité pour aider les ergothérapeutes à surmonter les enjeux (Brockett, 1996 ; Dieruf, 2004 ; Geddes et coll., 2009 ; Hudon et coll., 2014 ; Penny et You, 2011), que la documentation est émergente concernant les enjeux éthiques en ergothérapie et qu'elle est à ses balbutiements concernant la résolution des enjeux éthiques (Barnitt, 1998; Penny et You, 2011), le besoin d'étudier les ressources soutenant la résolution des enjeux éthiques est criant.

2.8. Questions et but de la recherche

La question de recherche découlant de cet état de la situation est donc la suivante :
quelles sont les ressources en éthique actuellement disponibles aux ergothérapeutes pour résoudre les enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique ?

Afin d'entamer la réflexion dans cette direction, il sera pertinent d'analyser les caractéristiques des ressources éthiques en regard des besoins des ergothérapeutes. De fait, une sous-question, complémentaire à la première question à l'origine de la présente étude, s'avère pertinente dans le cadre de cet essai, soit : dans quelle mesure

les ressources éthiques sont-elles en adéquation avec les besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux éthiques ?

Il en découle que l'objectif principal de cette recherche est de recenser les ressources de nature éthique qui sont disponibles aux professionnels de la santé, en vue de déterminer leur pertinence pour la pratique de l'ergothérapie. Cet objectif général comporte donc les trois objectifs spécifiques suivants :

1. Faire état des ressources en éthique disponibles pour aborder et traiter les questions d'éthique dans divers domaines de la santé.
2. Développer des critères d'analyse des ressources en réponse aux besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux éthiques.
3. Documenter l'adéquation entre les critères établis et les ressources disponibles aux ergothérapeutes pour traiter les enjeux éthiques.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section a pour but de présenter le cadre conceptuel de cet essai. Les concepts de l'essai de même que le cadre conceptuel qui sera utilisé pour les structurer et les rendre cohérents. Afin d'utiliser un langage clair et précis, la conception de l'éthique, d'enjeux de nature éthique et de ressource éthique sera explicitée. Puis, sera présentée une conception du raisonnement clinique utilisée par les ergothérapeutes pour résoudre les problématiques rencontrées dans leur pratique.

3.1. Conception de l'éthique

Avant d'aborder la notion de ressources en éthiques qui sont utilisées pour surmonter les enjeux de cette nature, il est nécessaire d'établir ce qu'est un enjeu éthique et donc d'en faire une définition. Comme expliqué par Fortin et Gagnon (2010), le fait de conceptualiser des notions permet de préciser l'angle qui est utilisé pour observer le problème, pour construire la question de recherche de même que pour analyser les données. Puisque la nature éthique de l'enjeu a une influence majeure dans ce concept, elle sera définie en premier lieu.

L'éthique est une discipline normative qui relève de la philosophie (Drolet, 2014). L'éthique se centre sur ce qui est bien, juste ou vertueux de faire dans une situation donnée en questionnant les valeurs, les vertus, les normes et les principes (Drolet, 2014). Seedhouse (2009) suggère que la question fondamentale de l'éthique est de s'interroger à savoir comment conduire sa vie en présence des autres. C'est dans ce contexte d'élaboration de principes et de normes de vivre ensemble que l'éthique se classe dans le domaine des disciplines normatives. Tout comme la morale, le droit et la déontologie, l'éthique est une discipline normative qui cherche à critiquer et établir les bonnes conduites selon des valeurs et des principes. Par contre, l'éthique se distingue à sa manière de ces trois autres pratiques normatives et il primordial de faire cette distinction pour comprendre la nature de l'éthique et ainsi cibler les enjeux qui sont de cette nature.

À prime à bord, l'éthique peut être distinguée de la morale du fait que les assises sur lesquelles elles reposent ne sont pas les mêmes. La morale découle de coutumes ou de la religion tandis que l'éthique provient de la philosophie (Drolet, 2014). Alors que l'éthique tente de construire un argumentaire rationnel pour régir les conduites, la morale utilise plutôt des règles absolues, parfois non écrites, pour régir les actions, les comportements et les conduites à manière individuelle et collective (Drolet, 2014 ; Fortin et Parent, 2004). Une distinction est à faire dans la sémantique du terme moral selon la langue dans laquelle il est utilisé. En effet, ce terme peut être utilisé dans la langue anglaise à titre de synonyme au terme éthique (Singer, 1997), alors que le terme moral peut porter un tout autre sens dans son utilisation francophone, soit un caractère religieux.

Dans le cadre de résolution d'enjeux éthiques, un réflexe peut être de se questionner à savoir ce qui est permis et interdit de faire. Ainsi, l'avenue légale peut être perçue comme valable pour surmonter un enjeu éthique. Il est vrai de dire qu'une solution de la nature du droit peut être éthiquement bonne, pourtant le respect légal ne garantit pas la valeur éthique de l'accomplissement (Drolet, 2014), ce pourquoi il est important de distinguer les deux concepts. « Le droit correspond à un ensemble de règles qui régissent les actions en société en précisant ce qui est permis, interdit, obligatoire et ce qui relève de la punition » (Drolet, 2014, p. 30). Le droit sert à conserver l'ordre social en utilisant des formules organisées, prescriptives qui s'appliquent à tous sous forme de pression extérieure (Fortin et Parent, 2004). L'éthique, au contraire, est une discipline rationnelle qui porte un regard critique sur les lois, sans pour autant être inférieure ou supérieure aux autres domaines normatifs (Drolet, 2014).

La déontologie ressemble au droit et à la morale du fait qu'elle présente un ensemble de règles qui tracent les balises des responsabilités, des devoirs et des bonnes pratiques à adopter dans les professions s'y rattachant (Fortin et Parent, 2004). Comme mentionné par Legault (1999), l'éthos professionnel combiné au droit assurent le professionnalisme en régissant les agissements des professionnels par des obligations. Ainsi, « la déontologie professionnelle correspond à un ensemble de règles qui énoncent

des devoirs professionnels. » (Drolet, 2014, p. 35). De la même manière que le droit n'est pas synonyme d'éthique, la déontologie professionnelle ne garantit pas une réponse éthique à une situation donnée. Il y a une distinction importante à faire dans le cadre des enjeux éthiques entre l'éthique déontologique et la déontologie professionnelle. La première présente les devoirs entre les êtres humains en se basant sur les valeurs (Patenaude et Legault, 1996), alors que la deuxième comprend les codes de déontologie et les codes des professions qui établissent des conduites précises à adopter par les professionnels (Fortin et Parent, 2004).

3.2. Définition d'enjeu éthique

De prime abord, pour être de nature éthique, un enjeu doit mettre en relation des valeurs et avoir comme questionnement ce qu'il est bon, juste ou vertueux de faire dans un contexte donné (Drolet, 2014). Ainsi, pour qu'un enjeu soit éthique, il doit avoir une notion de valeur ce qui le distingue d'une problématique déontologique, de la morale et du droit (Kornblau et Burkhardt, 2012; Provencher, 2008; Purtilo et Doherty, 2011). Dans le cadre de cet essai, une situation professionnelle soulevant des questionnements quant à la bonne action à accomplir et mettant en jeu des valeurs légitimes et désirables sera considérée comme une situation d'enjeu éthique. Le terme enjeu éthique est priorisé puisqu'il est fréquemment utilisé dans la littérature, il est clair et permet d'englober un large éventail de situations.

3.3. Définition de ressources éthiques

Le but de cet essai étant de recenser les ressources éthiques, une approche sans aprioris est souhaitée afin de porter un regard le plus objectif possible à l'égard de ce qui peut être considéré comme une ressource en éthique puisque les définitions varient selon les auteurs. Le terme ressource sera utilisé pour définir tout type d'aide, de services, de théories ou de notions pratiques qui peuvent être reçus ou utilisés par le professionnel de la santé, qui outrepassent les services institutionnalisés et les organisations de la santé puisqu'il englobe une grande possibilité d'action et une variété de modalités et qui a pour but la résolution des enjeux éthiques.

3.4. Le raisonnement clinique des ergothérapeutes lors de la rencontre d'enjeux éthiques

Comme il en a été question précédemment, les enjeux éthiques sont définis comme des problématiques, des questionnements et des tensions éthiques à résoudre (Bushby et coll., 2015; Drolet, 2014). Le raisonnement clinique correspond au processus cognitif pour résoudre un problème (Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers, 2010). Il est aussi défini comme la manière dont les ergothérapeutes résolvent les problèmes et prennent des décisions dans le cadre de leur pratique (Higgs et Jones, 2008). Il oriente le processus thérapeutique, peu importe le contexte de la pratique.

Un cadre de raisonnement clinique est utilisé dans cet essai puisqu'il permet de situer à quelles étapes du processus les différentes ressources peuvent être utilisées pour résoudre les problèmes. Un modèle de raisonnement clinique qui n'est pas propre à la résolution des enjeux éthiques a été sélectionné afin de porter un regard concret sur la pratique et extérieur à l'éthique. De plus, les modèles de raisonnement clinique qui sont typiquement éthiques n'ont pas été sélectionnés puisqu'il est possible que ceux-ci soient recensés dans le cadre de l'étude.

Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010) proposent un modèle de raisonnement clinique qui est utilisé par les ergothérapeutes d'expérience (Carr et Shotwell, 2008), soit la reconnaissance des patrons. Ce type de raisonnement clinique conceptualisé par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010) est adapté et utilisé à titre de cadre conceptuel dans cet essai. La schématisation du cadre conceptuel est présentée à la figure 1. Dans ce cadre, le problème occupationnel ciblé par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010) est remplacé par l'émergence d'un enjeu éthique.

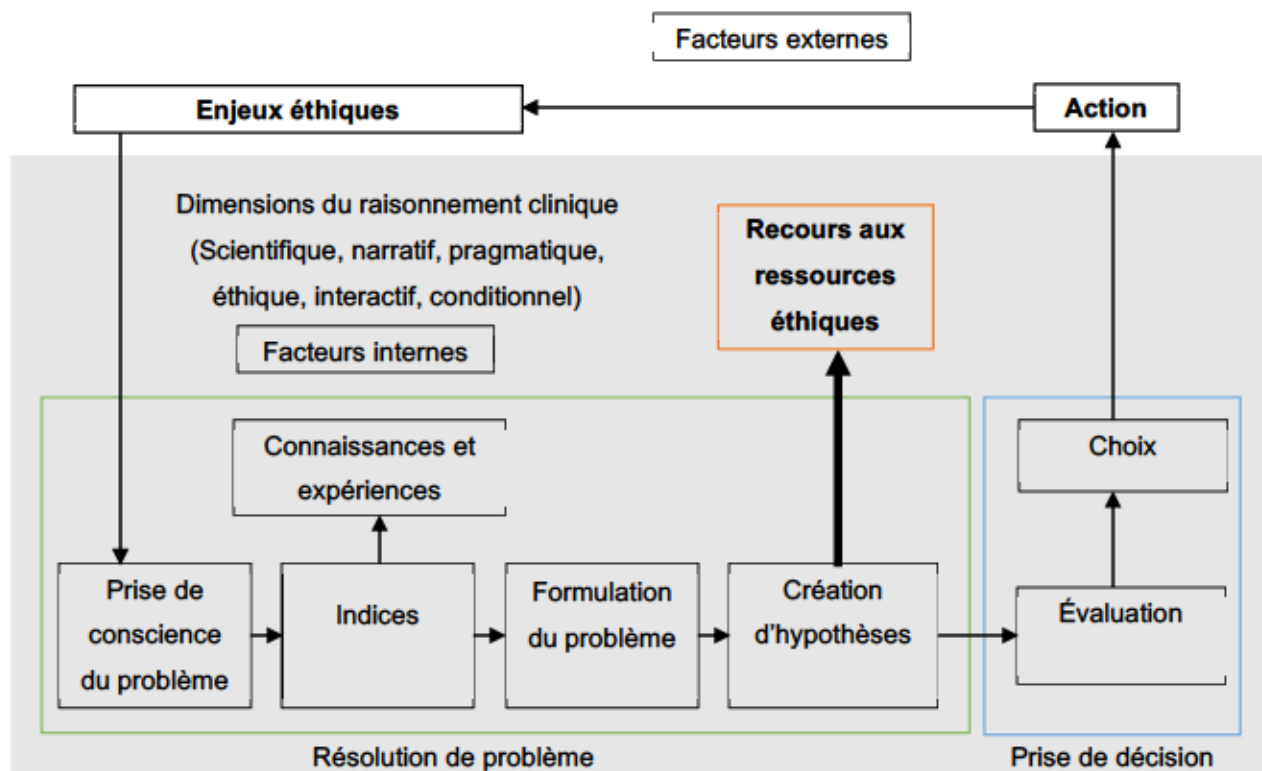


Figure 1. Schématisation du raisonnement clinique des ergothérapeutes adaptée de celle proposée par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010)

Dans ce cadre, le raisonnement clinique se divise en deux grandes sections soit la résolution de problème qui comprend quatre étapes et la prise de solution qui en comprend deux. La première étape est celle de la prise de conscience du problème. C'est à ce moment que l'ergothérapeute remarque le problème général. La deuxième étape est celle où les ergothérapeutes utilisent des indices quant à la problématique du client pour faire émerger leurs connaissances qui ont été acquises lors d'expériences antérieures qui sont semblables en certains points à la problématique actuelle. La troisième étape est la définition du problème et elle consiste à définir clairement le problème à l'aide des indices, des expériences antérieures et des connaissances, ce faisant l'ergothérapeute formule clairement le problème. Le processus se clôt par la création de différentes hypothèses possibles pour répondre à la situation problématique. Doherty (2009) propose dans un chapitre sur le raisonnement éthique clinique que ce soit à l'étape de la création d'hypothèse que l'ergothérapeute utilise les ressources éthiques qui lui sont nécessaires pour résoudre l'enjeu éthique afin d'analyser la situation et de

recevoir du support avant de prendre la décision. Cette proposition est intégrée au présent cadre conceptuel.

La partie de la prise de décision suit la partie de résolution du problème. Elle comprend deux étapes soit l'évaluation des hypothèses émises lors de la résolution de problèmes et le choix d'une hypothèse pour la mise en action. Les actions intentées modifient constamment la formulation du problème faisant ainsi du processus de résolution et de la prise de décision des phénomènes dynamiques.

Le raisonnement clinique est influencé par des dimensions du fait qu'il est dépendant d'un contexte social (Fleming et Mattingly, 2008). Plusieurs dimensions sont utilisées dans le cadre du raisonnement clinique, la dimension utilisée varie selon l'aspect du problème qui est analysé (Chapparo et Ranka, 2008; Crabtree et Lyons, 1997; Schell, 2009). Ainsi, six dimensions sont proposées dans la conception du raisonnement clinique fait par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010). La dimension scientifique réfère au moment où les ergothérapeutes réfléchissent à la condition du client ou à l'aspect scientifique de la situation. La dimension narrative est liée à l'histoire du client ou de la situation dans le but de mieux la comprendre. Les aspects pratiques et cliniques qui modifient la pratique sont ceux liés à la dimension pragmatique. La dimension éthique, pour sa part, est un aspect de la réflexion à propos des actions désirables à prendre dans une perspective éthique. La dimension interactive réfère aux interactions avec le client et toute autre partie prenante. Pour terminer, la dimension conditionnelle du raisonnement clinique en ergothérapie réfère à viser un but commun qui est adapté au client et qui le demeurera dans le présent et dans le futur. Les dimensions sont conçues comme des éléments statiques et sont en toile de fond du raisonnement clinique ce pour quoi ils font partie de l'encadré grisonnant de la figure 1.

À l'opposé, des facteurs externes et internes au raisonnement clinique sont dynamiques, interagissent entre eux et influencent le raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Les facteurs internes sont le niveau d'expertise de l'ergothérapeute et le contexte personnel. Le niveau d'expertise de l'ergothérapeute peut aller de novice à

expert, et ce, en fonction du domaine de pratique (Schell, 2009). Certains ergothérapeutes peuvent être experts d'un domaine alors qu'ils sont novices dans l'autre. L'ergothérapeute développe son expertise grâce à des expériences professionnelles, personnelles et grâce à la réflexion sur ses expériences (Gibson et coll., 2000). Cette expérience est utile dès les premières étapes du raisonnement clinique puisqu'elle permet d'accumuler une variété de schémas mnémoniques. Ces derniers sont plus nombreux et mieux développés chez les experts ce qui leur permet de reconnaître des patrons semblables d'une situation à l'autre. Les patrons et les schémas mnémoniques sont utilisés en partie lors du rappel par des indices (Carr et Shotwell, 2008). Le recours à ces indices se retrouve dans les étapes du processus de raisonnement clinique (Schell, 2009).

Le contexte personnel de l'ergothérapeute tel que conceptualisé par Carrier, Levasseur, Bédard et Desrosiers (2010) peut avoir une influence sur les domaines, autant de manières isolées que simultanées (Chapparo et Ranka, 2008; Crabtree et Lyons, 1997; Schell, 2009). Le contexte personnel de l'ergothérapeute se divise en quatre sections soit la perception de sa capacité et de son efficacité à traiter les clients (Smith, Higgs et Ellis, 2008), ses connaissances, sa perception du rôle de l'ergothérapeute de même que ses croyances et son intérêt par rapport au client (Chapparo et Ranka, 2008). Les décisions qui sont prises sont influencées par les facteurs personnels du thérapeute (Smith et coll., 2008).

Les facteurs externes au raisonnement clinique de l'ergothérapeute sont liés au client et au contexte de pratique. Étant donné que la pratique ergothérapique s'adresse à différents types de clients, allant de l'individu aux organismes (ACE, 2012), le client dans le contexte de cet essai sera considéré selon une étendue de possibilité et non seulement comme un individu. Dans une autre mesure, les caractéristiques du client ont un impact sur la manière dont les ergothérapeutes conçoivent le problème (Rogers et Holm, 1991). À la suite d'interaction avec le client, le thérapeute trace un portrait clinique plus complet de la situation ce qui permet la formulation du problème (Rogers et Holm,

1991; Schell, 2009). Cette formulation du problème est un portrait global des besoins du client et de son contexte personnel et environnemental (Higgs et Jones, 2008).

Bien que le contexte de pratique soit un facteur externe dans le cadre du raisonnement clinique, il est considéré par Barris (1987) comme un élément plus influent sur le raisonnement que les facteurs personnels de l'ergothérapeute. Tel que présenté dans le Modèle canadien du Processus de Pratique (MCP) par Craik, Davis et Polatajko (2013), le thérapeute doit considérer les facteurs personnels et environnementaux, mais doit aussi porter une attention particulière au contexte de pratique qui s'établit une fois que le client et le thérapeute entament la relation thérapeutique. Selon les données présentées par Carrier et collaborateurs (2010), le contexte de pratique aurait une influence sur les dimensions scientifique, pragmatique et éthique (Crabtree et Lyons, 1997; Kanny et Slater, 2008; Schell, 2009).

4. MÉTHODOLOGIE

Cette section présente la méthode de recherche qui a été utilisée dans le cadre de cette étude. Tout d'abord sera présentée la méthodologie utilisée pour répondre au premier objectif de la recherche puis sera présentée la méthodologie pour répondre au deuxième objectif de la recherche.

4.1. Recherche documentaire

La présente section est liée au premier objectif de la recherche qui vise à faire état des ressources éthiques disponibles aux ergothérapeutes. L'étude de portée a été sélectionnée comme stratégie méthodologique dans le cadre de cet essai, car elle permet de résumer les écrits théoriques et empiriques afin d'apporter un regard nouveau sur un phénomène ou sur une problématique dans le milieu de la santé (Broome, 1993, cité dans Whittlemore et Knafl, 2005). Ce type d'étude permet donc de tracer un portrait et de comprendre une problématique complexe présente dans le milieu de la santé. La décision de ne pas entreprendre une revue systématique dans la présente étude est expliquée du fait qu'aucune recherche semblable n'a été produite pour l'instant en ergothérapie et qu'il est préférable de mener une étude de portée en premier lieu afin d'explorer la quantité d'articles qui seront trouvés justifiants par la suite la pertinence d'une étude plus poussée. Du fait que les ressources éthiques sont limitées en ergothérapie, pour répondre à cette question il sera nécessaire d'ouvrir les horizons de recherche à l'ensemble des domaines de la santé, voire à la bioéthique, cette branche de l'éthique appliquée qui s'intéresse aux enjeux éthiques en santé (Beauchamp et Childress, 2013). Des domaines de la santé tels que la médecine et les soins infirmiers ont une littérature abondante concernant les enjeux éthiques, ce pour quoi les recherches sont dans cet essai étendues à ces secteurs. Bien que les enjeux rencontrés dans les autres domaines de la santé se distinguent en partie de ceux vécus par les ergothérapeutes, il est ici présumé que certains enjeux sont probablement communs aux ergothérapeutes. Ainsi, des outils pertinents ont probablement été développés dans ces domaines et pourraient éventuellement être adaptés à la pratique de l'ergothérapie.

4.1.1. Processus en étapes de Arksey et O'Malley (2005)

Pour répondre au premier objectif de cet essai, soit de faire état des ressources éthiques disponibles pour les ergothérapeutes, la méthode proposée par Arksey et O'Malley (2005) est utilisée. Les cinq étapes proposées par ces auteurs ont été utilisées afin de structurer la recherche soit, formuler la question de recherche, rechercher et identifier les études pertinentes, sélectionner les études, classer les données, examiner, résumer et présenter les résultats. Le processus de recherche selon ces étapes est présenté dans les sections subséquentes.

4.1.1.1. Formuler la question de recherche

Cette étape a été présentée préalablement dans la problématique. La question de recherche est : quelles sont les ressources en éthique actuellement disponibles aux ergothérapeutes pour résoudre les enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique ?

4.1.1.2. Identifier les études pertinentes

Les thèmes liés à cette recherche documentaire sont les suivants : les enjeux éthiques, un type de ressource en éthique, la résolution ou la prise de décision en ce qui concerne une problématique et l'ensemble de ces thèmes se retrouvant dans le contexte de la santé, que ce soit des professions ou des organisations. Afin d'élargir la recherche à divers domaines de la santé et non seulement à l'ergothérapie, plusieurs bases de données ont été consultées. Le choix d'une base de données francophone est expliqué du fait que la problématique est observée dans un contexte de pratique québécois qui comprend le français comme langue de travail. Ainsi, l'ajout d'une base de données francophone permet de couvrir plus efficacement les articles francophones pertinents à cette recherche.

Les mots-clés et les opérateurs booléens sélectionnés ayant permis de mener la recherche dans les bases de données sont : *(ethic* problem OR ethic* issue OR ethic* situation OR moral* issue OR moral* problem OR moral* situation OR ethic* distress OR ethic* dilemma) AND (strateg* OR method* OR resource OR tool OR toolkit OR model OR framework) AND (resol* OR solv* OR decision making OR deliberation OR action)*

AND (healthcare OR hospital OR rehabilitation OR readaptation OR "occupational therap*" OR nurs* OR medic* OR "speech therapy" OR "physical therap*" OR psycholog* OR nutrition* OR pharmac*).

Les thèmes utilisés en français sont les mêmes, par contre les mots-clés ont été traduits pour convenir à la langue de la base de données : « enjeux éthiques » ou « problème éthique » ou « détresse éthique » ET (modèle ou méthode ou ressource ou outil ou cadre) ET (résolution ou surmonter ou prise de décision ou délibération) ET (réadaptation ou réhabilitation ou ergothérap* ou physiothérap* ou infirmier* ou médec* ou orthophon* ou nutrition* ou psycholog* ou pharmac*)

Les bases de données utilisées sont les suivantes: *CINAHL with Full Text, PsycINFO, Academic Search Complete, MEDLINE with Full Text, SocINDEX, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC, Religion and Philosophy Collection* et *Érudit* ont été utilisées. Ces bases de données ont été principalement sélectionnées en raison des nombreux domaines de la santé qu'elles permettent de couvrir. Aussi, certaines d'entre elles se rapportent au champ de la philosophie ou des sciences sociales ce qui permet d'étendre la provenance des articles à d'autres milieux tout en demeurant dans le vif du sujet.

Par ailleurs, des recherches manuelles ont été menées afin d'ajouter des ressources qui étaient préalablement connues de l'auteure principale ou qui ont été portées à son attention à la suite de discussion avec les directrices de cet essai critique et à partir des listes de références des articles sélectionnés à priori.

4.1.1.3. Sélectionner les études

Afin de sélectionner les études, un intervalle de temps de onze ans a été établi limitant la recherche aux articles publiés entre 2006 et 2017. De plus, seuls les articles écrits en anglais et en français sont conservés. La sélection des études s'est produite selon peu de critères de sélection étant donné la nature d'une étude de portée soit d'obtenir un portrait compréhensif de la situation (Arksey et O'Malley, 2005). Étant donné

que certains critères ont émergé à la sélection des articles, ils sont présentés dans la section résultat.

4.1.1.4. Classer les données

À la suite de la sélection des articles, certaines données pertinentes sont recueillies et classées dans deux tableaux différents en vue de leur analyse. Le premier tableau comprend des caractéristiques nominales à propos de l'étude et de l'article, particulièrement le numéro attribué à l'article, l'auteur, la date de publication, le lieu de l'étude, la discipline, le type de ressource, une section commentaire principalement orientée sur les forces et limites de l'étude et de la ressource. Ces informations se retrouvent dans le Tableau 17 à l'Annexe C.

Le deuxième tableau consiste en la présentation des ressources selon leur type c'est-à-dire selon la modalité principale qui est utilisée par la ressource pour répondre à l'enjeu, par exemple la consultation d'une personne ou d'un comité, la réflexion personnelle, un modèle par étape, un arbre décisionnel, etc. Ainsi chaque type aura un tableau présentant l'ensemble des ressources de ce type. Les informations se trouvant dans les tableaux 2, 3 et 4 et consistent au le nom de la ressource et une brève description de celle-ci.

4.1.1.5. Analyser et synthétiser les données

Une des dernières étapes de la méthode proposée par Arksey et O'Malley (2005) consiste à analyser les données et à les synthétiser de manière cohérente afin d'en faire ressortir les éléments pertinents. Les données seront analysées à l'aide des critères créés dans le cadre du deuxième objectif de cette recherche. Ainsi chaque ressource sera analysée à l'aide des critères, ce qui sera présenté sous forme de tableau. Cette étape est la dernière parmi celles proposées par Arksey et O'Malley (2005) qui se retrouve dans la section méthodologie, les deux étapes restantes soit la sélection des articles et l'analyse de ceux-ci se retrouvent dans les résultats à section 5.2

4.2. Identification des besoins et élaboration de critères d'analyse

La présente section est liée au deuxième objectif de la recherche qui vise à développer des critères qui permettront d'analyser les ressources en réponse aux besoins des ergothérapeutes. Les critères sont créés pour faciliter l'analyse des ressources éthiques recensées et ainsi répondre au troisième objectif soit de documenter l'adéquation entre les ressources et les besoins des ergothérapeutes.

Des outils existent dans la littérature pour évaluer la qualité des ressources éthiques. Ces outils permettent d'analyser la qualité des ressources éthiques par les rapports qui ont été produits à la suite de la résolution des enjeux éthiques. D'autres outils d'analyse des ressources se concentrent plutôt sur la satisfaction des utilisateurs (clients ou professionnels) (White et coll., 1997). L'efficacité de la ressource fait partie des éléments les plus évalués dans la littérature à savoir les raisons de son utilisation et une quantification des services offerts, ce qui ne pouvait être accompli ici étant donné le devis de recherche de cette étude. Ces outils ne correspondent pas en tout point aux besoins des ergothérapeutes ce pour quoi des critères ont été élaborés. Par contre, les outils proposés dans la littérature favorisent l'émergence de catégories et aident à structurer l'élaboration des critères.

La méthode utilisée pour élaborer les critères est inspirée de celle proposée par Waltz, Strickland et Lenz (2017) pour la création d'un outil. Dans le cadre du présent projet, l'administration et l'évaluation de la validité et fidélité ne seront pas accomplies afin que le projet demeure de l'ampleur d'un essai critique. Les étapes proposées par les auteurs sont les suivantes :

- 1) Opérationnaliser le concept à l'évaluation;
- 2) Déterminer l'utilisation prévue pour l'outil;
- 3) Constituer une banque d'énoncés;
- 4) Évaluer la validité de contenu;
- 5) Réviser l'outil pour ensuite administrer l'outil dans le cadre d'un projet pilote;

6) Évaluer la validité et la fidélité de l'outil.

4.2.1. Opérationnaliser le concept à évaluer

Les concepts à opérationnaliser sont les besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux éthiques afin d'en faire des critères. Il a été nécessaire de faire un retour sur les principales caractéristiques des enjeux éthiques vécus en ergothérapie comme celles qui ont été présentées dans la problématique afin de bien cerner les besoins. En documentant les enjeux éthiques vécus en ergothérapie et leurs besoins en matière de soutien, de grandes catégories ont émergé ce qui a été à la base de l'opérationnalisation des concepts. L'opérationnalisation a mené à quatre concepts soit la pertinence éthique, la cohérence, la convivialité et l'efficacité.

4.2.1.1. Pertinence éthique

À la suite de l'analyse des besoins, la pertinence éthique de la ressource a été ciblée comme le critère premier qui se doit d'être satisfait. En effet, l'éthique étant une discipline normative de nature philosophique, les fondements des ressources doivent également être de nature philosophique, voire éthique. Ainsi, les ressources reposant sur des notions relatives au droit, à la morale ou à la déontologie peuvent être utilisées par les ergothérapeutes pour répondre aux enjeux, mais d'une manière qui ne relève pas de l'éthique. Par exemple, se référer uniquement aux lignes directrices du code de déontologie des ergothérapeutes ou à une loi pour résoudre un enjeu ou encore décider de l'action à faire en se basant sur des croyances religieuses ne serait pas des stratégies qui relèvent du domaine de l'éthique. Il s'ensuit que, ces stratégies ne sont pas considérées comme des ressources éthiques qui répondent aux besoins des ergothérapeutes. Autrement dit, comme les problématiques d'intérêt ici sont éthiques, de façon cohérente les ressources éthiques doivent être de nature éthique.

4.2.1.2. Cohérence

Le critère de cohérence comprend les éléments pour assurer la résolution du problème de manière réfléchie, organisée et sensée pour les professionnels qui l'utilisent.

Comme il a été mentionné dans la problématique, la cohérence de la ressource est assurée en offrant une réflexion cohérente au professionnel de la santé. Pour ce faire, la ressource devrait favoriser l'organisation des informations, devrait permettre la généralisation des hypothèses et favoriser la réflexion à propos de la démarche clinique. Afin de générer des hypothèses en assurant la cohérence de la réflexion, la ressource doit mettre en lumière des arguments et des contre-arguments qui sont fiables et valides (McCullough et coll., 2004; Pearlman et coll., 2016). Pour assurer la validité des arguments, DeGrazia et Beauchamps (2001) proposent certains critères sur lesquels un argument éthique devrait être basé. En ce sens, lorsque les arguments éthiques sont formulés pour réfléchir et répondre à la situation, ils devraient se baser sur des standards de pratique élevés, des principes éthiques, des théories éthiques, des éléments casuistiques, des réflexions équilibrées ou des vertus professionnelles. Selon ces auteurs, des arguments qui ne seraient pas valides se baseraient sur des faits historiques, l'opinion de la majorité, des lois, des opinions d'experts, etc. Par ailleurs, un argument qui sera convaincant pour les professionnels de la santé en est un qui correspondra à leurs valeurs, à leurs croyances, à leurs motivations, tout en étant approprié à l'auditoire (Drolet, Lalancette, et Caty, 2015). Afin de s'assurer que les propos sont adaptés à l'auditoire, il sera pertinent de savoir si le stade du développement éthique de Kohlberg (1984) est pris en considération dans le fonctionnement de la ressource, car ce stade est propre à chaque personne et il influence les décisions prises de l'avant par le professionnel. Par ailleurs, la manière dont la problématique est clarifiée par la ressource s'avère être un des trois critères les plus utilisés pour critiquer les ressources éthiques selon une revue systématique produite à ce sujet par Schildmann et Vollmann (2010). De plus, un outil créé par Pearlman et ses collaborateurs. (2016) détaille plusieurs éléments clés qui ont inspiré la création de questions particulièrement pour ce critère.

4.2.1.3. Convivialité

Afin de qualifier la convivialité de la ressource, soit que son utilisation est simple, facile et intuitive, il est nécessaire de s'attarder aux connaissances requises pour l'utiliser, au développement des connaissances qu'elle favorise, de même que l'utilisation qui peut

en être fait par d'autres professionnels. En effet, le fait que la formation éthique varie d'une université à l'autre et que les compétences à résoudre les enjeux varient chez les professionnels (Brockett, 1996; Goulet et Drolet, 2017; Hudon et coll., 2014), il est nécessaire que la ressource soit facile à comprendre et à utiliser. Les ressources doivent être conviviales du fait que les enjeux éthiques dans le domaine de la santé, et particulièrement en ergothérapie, peuvent provenir et s'adresser autant aux individus, à l'équipe, aux organisations et aux systèmes (Bushby et coll., 2015; Glaser, 1994). Ce faisant, la ressource doit être suffisamment conviviale et ne pas être trop spécifique à la pratique de l'ergothérapie afin d'être utilisée par des ergothérapeutes et par d'autres professionnels de la santé qui font partie de l'équipe.

4.2.1.4. Efficacité

Les situations d'enjeux éthiques qui sont susceptibles d'être rencontrées lors de la pratique de l'ergothérapie surviennent majoritairement dans le cadre d'une pratique avec des ressources limitées et des contraintes organisationnelles (Carrier, Levasseur et Mullins, 2010; Kassberg et Skär, 2008; Kinsella et coll., 2008; Slater et Brandt, 2009), justifiant le besoin des ergothérapeutes d'avoir une ressource qui est rapidement accessible et qui engendre peu de coûts associés. De nombreux chercheurs ont évalué les ressources éthiques par des critères administratifs comprenant la performance, l'accessibilité et la disponibilité de la ressource (Pedersen, Hurst, Schildmann, Schuster et Molewijk, 2010; Pfäfflin, Kobert et Reiter-Theil, 2009; White et coll., 1997; Williamson, 2007), ceci démontrant bien la pertinence d'avoir un critère d'efficacité. Par ailleurs, il a été démontré dans l'analyse des besoins dans la problématique que le manque de temps et de ressources sont des enjeux majeurs pour les ergothérapeutes, justifiant d'autant plus la présence de ces questions.

4.2.2. Déterminer l'utilisation prévue pour l'outil

Les critères ont pour but d'être utilisés dans le cadre du troisième objectif de recherche soit de documenter l'adéquation entre les besoins des ergothérapeutes et les ressources éthiques.

4.2.3. Constituer une banque d'énoncés

Afin de préciser les critères qui ont émergé lors de l'opérationnalisation et les rendre mesurables, une banque d'énoncés a été créée pour chacun. Les énoncés ont été élaborés en combinant des éléments appartenant à la littérature et grâce à la réflexion préalable de critères par une des directrices de cet essai et à l'expérience de recherche portant sur les enjeux éthiques de l'auteure principale de cet essai. Ces énoncés permettent donc de définir ce que chaque critère comprend. Les énoncés ont été produits sous forme de question qui permet une appréciation qualitative et subjective ce qui rend les critères mesurables. Ainsi, une banque de onze énoncés a été séparée en quatre critères à savoir pertinence éthique, cohérence, convivialité et efficacité. La première version d'énoncés est présentée à l'Annexe A, la deuxième version est présentée à l'Annexe B et la version finale des énoncés est présentée dans le Tableau 1 à la section 5.1 qui suit.

5. RÉSULTATS

Dans cette section sont présentés en premier lieu les critères d'analyse des ressources éthiques qui ont été élaborés. En deuxième lieu sont présentés les résultats de la recherche documentaire. En troisième lieu l'adéquation entre les ressources recensées et les critères d'analyse est exposée.

5.1. Évaluer la validité de contenu des critères d'analyse des ressources

Ici est présenté le résultat de la dernière étape du processus d'élaboration des critères qui est inspiré du processus de Waltz et ses collaborateurs (2017). Ainsi cette étape consiste à la révision de la grille par deux experts dans le domaine de l'éthique. La version préliminaire des critères se trouve à l'Annexe A. Cette première version a été envoyée au premier expert afin d'obtenir ses commentaires et suggestions sur les différents critères proposés. La première révision a permis d'apporter des correctifs aux critères, la version corrigée se trouve à l'Annexe B. Un deuxième tour de révision a été effectué par le deuxième expert suite auquel d'autres améliorations ont été apportées. L'évaluation de la validité de contenu a été faite qualitativement, soit à l'aide de commentaires des experts sur les différents énoncés et sur les catégories suggérées. Les commentaires pour chaque phase de révision se retrouvent ci-dessous. La version finale des critères qui ont émergé à la suite des révisions est présentée dans le Tableau 1 ci-dessous. La version révisée des critères comprend quatorze énoncés divisés respectivement en trois énoncés pour la pertinence éthique, en quatre énoncés de cohérence, en quatre énoncés pour la convivialité et en trois énoncés d'efficacité. Il est à noter que ces critères d'analyse des besoins sont une proposition par l'auteure du présent essai critique. Ils ne sont pas exhaustifs quant à l'ensemble des qualités qu'une ressource peut détenir pour répondre aux besoins des ergothérapeutes. Ils permettent plutôt de porter un regard critique sur les ressources existantes en lien avec les besoins des ergothérapeutes lorsqu'ils rencontrent des enjeux éthiques dans leur pratique.

5.1.1. Première phase de validation

La première phase de validation a soulevé les éléments suivants à améliorer selon chaque critère :

- 1) Pertinence éthique
 - Clarifier, à l'aide d'exemples, la différence entre l'éthique, la morale, la déontologie et le droit.
 - Ajout de question en lien avec les stades de développement éthique de Kohlberg.
- 2) Cohérence,
 - Préciser ce qui est entendu par « résolution de problème » et de l'appuyer de la littérature.
 - Donner de plus amples explications quant à la question portant sur la cohérence qui se base sur les écrits de DeGrazia et Beauchamps (2001).
 - Rendre disponibles les éléments de DeGrazia et Beauchamps (2001)
- 3) Convivialité
 - Définir ce qui est entendu par convivialité
 - L'écart dans l'habileté à résoudre des enjeux parmi les ergothérapeutes devrait se trouver dans la pertinence éthique plutôt que dans la convivialité.
 - Remplacer le terme « acceptable » en précisant ce qui était recherché par le terme « compréhension facile de la ressource ».
- 4) Efficacité
 - Démontrer la cohérence entre la disponibilité de la ressource, du professionnel et des ressources financières et humaines en général
 - Réviser le nom du critère « disponibilité »
 - Un ajout d'énoncé a été suggéré quant aux coûts associés en lien avec l'utilisation de la ressource.

5.1.2. Seconde phase de validation

La seconde phase de validation a particulièrement permis de préciser la terminologie de certains énoncés, particulièrement :

- Pertinence du nom du critère de cohérence/exhaustivité à savoir si exhaustivité correspondait bien à ce qui était énoncé dans ce critère.
- Ajouter la notion des autres professionnels à la question 8.
- Ajouter le terme raisonnable quant à la question 14 portant sur les coûts.

Tableau 1.

Les énoncées sous forme de questions en fonction des critères d'analyse

Critère de pertinence éthique	<p>Q1 : la ressource est-elle basée sur des théories et fondements éthiques ou philosophiques ?</p> <p>Q2 : les théories ou fondements éthiques ou philosophiques qui sont au fondement de la ressource sont-elles nommées et expliquées ?</p> <p>Q3 : la ressource permet-elle d'identifier les valeurs en jeu et les parties prenantes de ces valeurs ?</p>
Critère de cohérence	<p>Q4 : la ressource éthique permet-elle d'identifier clairement les éléments de la problématique qui sont en jeu ?</p> <p>Q5 : la ressource utilise-t-elle des arguments valides et cohérents comme ceux proposés par DeGrazia et Beauchamps (2001) ?</p> <p>Q6 : le stade de développement moral de Kohlberg (1984) de l'utilisateur est-il considéré dans la ressource ?</p> <p>Q7 : la ressource propose-t-elle des possibilités d'actions ou favorise-t-elle l'élaboration d'actions par la personne qui l'utilise ?</p>
Critère de convivialité	<p>Q8 : la ressource est-elle facile à comprendre (vulgarisée et utilisant un niveau de langage adéquat) pour les professionnels ?</p> <p>Q9 : la ressource nécessite-t-elle une formation spécifique pour être utilisée par les professionnels ?</p> <p>Q10 : la ressource favorise-t-elle le développement de connaissances en éthique ?</p> <p>Q11 : la ressource peut-elle être utilisée avec des enjeux éthiques de différents niveaux (individuel, équipe, organisation, système) ?</p>
Critère d'efficacité	<p>Q12 : quelle est la durée approximative de la consultation de la ressource éthique (incluant la préparation, le temps direct et le suivi) ?</p> <p>Q13 : la ressource est disponible à quelle fréquence ?</p> <p>Q14 : l'utilisation de la ressource engendre-t-elle des coûts associés ? Si oui, sont-ils raisonnables ?</p>

5.2. Processus de recherche documentaire

Cette portion des résultats réfère au premier objectif de cet essai critique soit de faire état des ressources en éthique qui sont disponibles pour surmonter les enjeux éthiques dans divers domaines de la santé.

5.2.1. Choix des articles

La recherche des articles dans les bases de données a eu lieu le 16 juillet 2017. Le nombre d'articles trouvés au total sur les bases de données anglophones et

francophones était de 2332, diminuant à 1767 sans les doublons. À la suite de la lecture des titres, ce sont 287 articles qui ont été conservés pour terminer avec une sélection de 31 articles pour la lecture complète et l'analyse. Le processus de sélection des articles est présenté dans la figure 1. D'autres ressources ont été proposées par la réviseure externe de cet essai, une d'entre elles a été ajoutée à la suite du processus pour obtenir un nombre final de 32 articles.

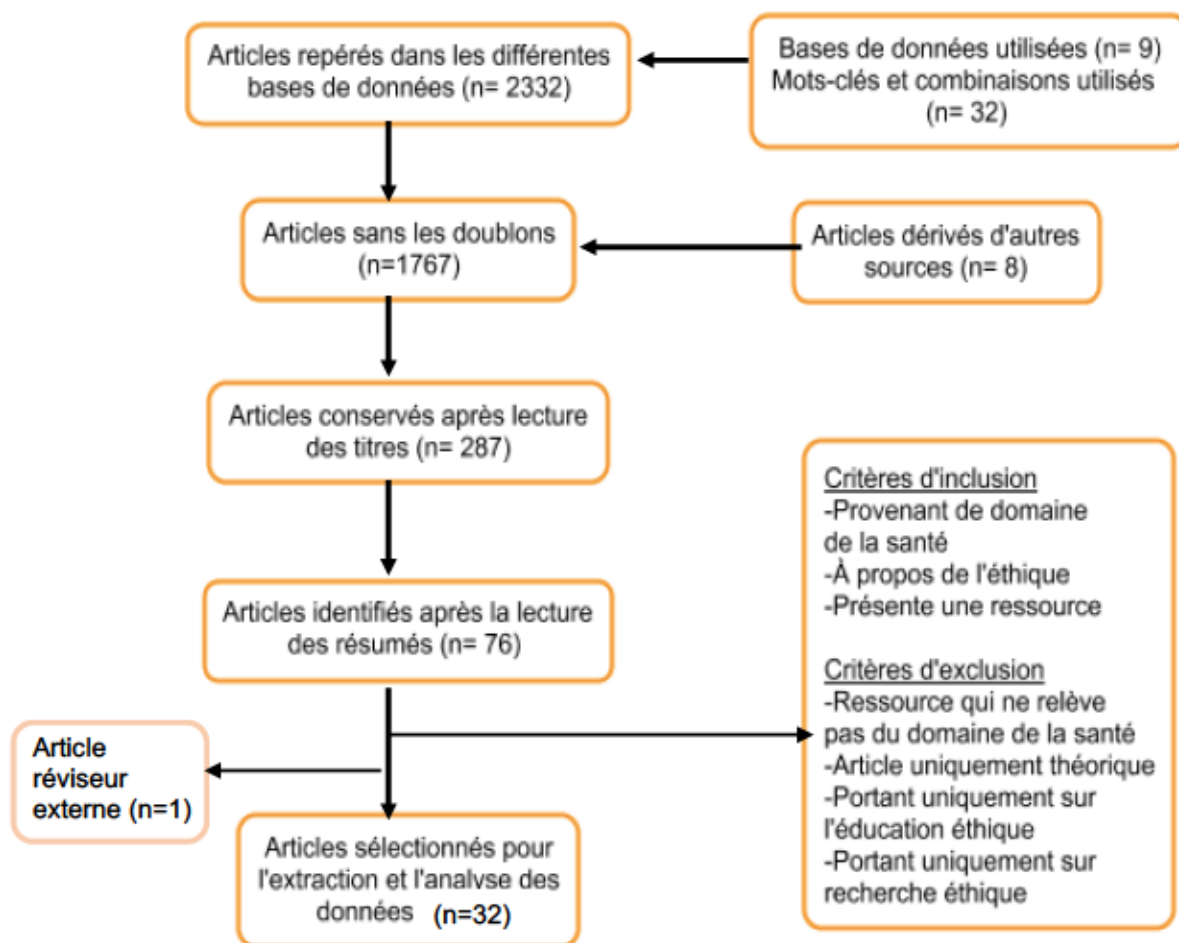


Figure 2. *Processus de la recherche documentaire*

Nombre d'articles trouvés pour chaque base de données :

- PsycINFO (EBSCO) (634);
- Academic Search Complete (EBSCO) (607);
- CINAHL with Full Text (EBSCO) (605);
- Érudit (210);
- SocINDEX (92);
- MEDLINE with Full Text (EBSCO) (79);
- Psychology and Behavioral Sciences Collection (72);
- ERIC (21);
- Religion and Philosophy Collection (12).

Les critères d'inclusion étaient que les articles devaient présenter une ressource servant à la résolution d'un enjeu éthique et que l'article se devait d'être à propos du milieu de la santé, tous domaines confondus.

Les critères d'exclusion pour cette recherche documentaire étaient les articles présentant uniquement une théorie sans ressource appliquée à la pratique. Les articles portant uniquement sur des ressources en éthiques au niveau de l'éducation éthique étaient rejetés de même que les articles portant uniquement sur l'éthique de la recherche. Les articles portant sur des ressources de résolution d'enjeux éthiques dans un domaine autre que la santé tel que l'administration des affaires et l'informatique n'ont pas été conservés. Les articles résolvant un cas spécifique, en utilisant une ressource, mais sans la présenter, ont été rejetés.

5.2.2. Description des articles sélectionnés

Dans cette section se trouve une description des articles trouvés. Les données sont organisées sous forme de tableau à l'Annexe C. Le grand nombre de mots-clés et de base de données a permis d'élargir la provenance des articles. Ce faisant, ce sont 32 articles qui ont été conservés de plusieurs provenances dont l'Australie (Delany, Edwards, Jensen et Skinner, 2010; Ferrie, 2006), du Canada (Brockett et Dick, 2006 ; Drolet et Hudon, 2015 ; Ho, Spencer et McGuire, 2015 ; Hunt et Ells, 2013 ; Saint-Arnaud, 2007), du Royaume-Uni et de la France (Cowan et Haslam, 2008 ; Fournier et coll., 2009 ; Gillon, 2015 ; Mino, Copel et Zucker, 2008), de même que des États-Unis (Aulisio et coll.,

2009 ; Barsky, 2008 ; Bolin, Mechler, Holcomb et Williams, 2008 ; Brabender et Fallon, 2009 ; Enck, 2014 ; Hamilton, 2012 ; Jankowski, Seastrum, Swidler et Shelton, 2009 ; Jurchak et Eagan-Bengston, 2012 ; Kirsch, 2009 ; Knapp, Gottlieb et Handelsman, 2015 ; Ortiz, 2012 ; Rushton, 2006 ; Schloss, 2012 ; Sokol, 2009 ; Van Denend et Finlayson, 2007).

Les domaines de pratique recensés sont variés soit la médecine (Bolin et coll., 2008 ; Cowan et Haslam, 2008 ; Enck, 2014 ; Ghazal, Saleem et Amlani, 2014 ; Gillon, 2015 ; Ho et coll., 2015 ; Knox, 2014 ; Schloss, 2012 ; Svantesson, Löfmark, Thorsén, Kallenberg et Ahlström, 2008), les soins infirmiers (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012 ; Park, 2012 ; Rushton, 2006 ; Toren et Wagner, 2010), la réadaptation (Brockett et Dick, 2006 ; Delany et coll., 2010 ; Drolet et Hudon, 2015 ; Hunt et Ells, 2013 ; Kirsch, 2009 ; Van Denend et Finlayson, 2007), le travail social (Barsky, 2008 ; Jankowski et coll., 2009), la psychiatrie et psychologie (Brabender et Fallon, 2009 ; Knapp et coll., 2015), les soins dentaires (Ortiz, 2012 ; Schloss, 2012), la nutrition (Ferrie, 2006), le commerce médical (Hamilton, 2012) ainsi que des soins de santé en général (Aulisio et coll., 2009 ; Fournier et coll., 2009 ; Mino et coll., 2008 ; Saint-Arnaud, 2007 ; Sokol, 2009).

Les ressources recensées ont diverses modalités, c'est-à-dire diverses manières de considérer le problème et d'y répondre, par exemple des lignes téléphoniques, des modèles par étapes, des listes à cocher, etc. Les similitudes entre certaines modalités ont permis de créer trois grandes catégories de ressources éthiques. Les ressources sont donc soit consultatives, théoriques ou réflexives. La dernière catégorie comprend deux sous catégories soit la résolution de problème et la prise de décision. Les ressources sont analysées en fonction du cadre conceptuel c'est-à-dire en fonction du raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Afin de mieux situer les ressources éthiques dans le raisonnement clinique, la schématisation du cadre conceptuel est présentée de nouveau à la figure 3 et les différentes catégories de ressources y ont été ajoutées.

Plusieurs modèles utilisent les principes de Beauchamp et Childress (2013), deux philosophes américains qui ont appliqué des théories philosophiques au domaine de la

santé (Knapp et coll., 2015). Leurs principes comprennent la bienfaisance (agir pour promouvoir le bien-être de l'autre), la non-malfaisance (ne pas agir pour créer volontairement des torts à la personne), le respect de l'autonomie du patient (promouvoir les situations qui permettent au patient de faire un choix éclairé, respecter les décisions prises par le patient), la justice (inclus la justice procédurale, traiter les personnes équitablement, la justice distributive) et la relation entre le patient et le professionnel (agir avec les obligations professionnelles en conservant les promesses). Plusieurs ressources, peu importe le type, sont basées sur ces principes ou les utilisent.

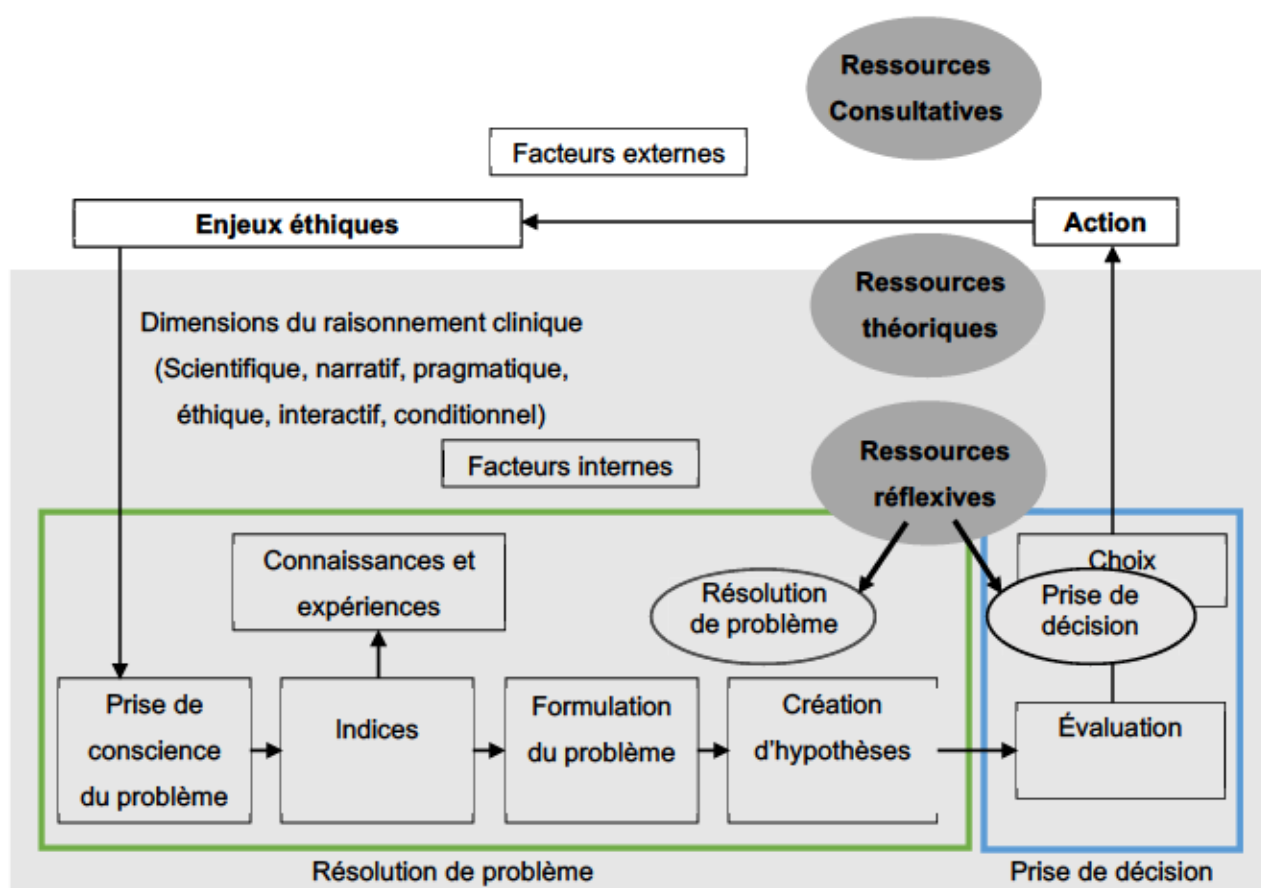


Figure 3 Schématisation du raisonnement clinique avec l'intégration des ressources éthiques

La première catégorie concerne les ressources consultatives, c'est-à-dire qu'il y a une ou plusieurs personnes qui offrent un service de consultation éthique, et ce, selon

différentes modalités que ce soit en vis-à-vis, par téléphone ou dans le cadre d'une réunion. Les ressources consultatives se retrouvent à l'extérieur du raisonnement clinique du fait qu'elles ne reposent pas uniquement sur celui-ci et du fait qu'elles sont de nature consultative. Ces ressources, au nombre de sept, sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2.
Description des ressources consultatives

#article, auteur(s), Nom de la ressource	Description
1 (Aulisio et coll., 2009) Service de consultation à trois volets	Modèle de consultation à 3 volets : comité complet, petite équipe adaptative, individuelle. Le type de consultation est décidé en cas par cas.
5 (Cowan et Haslam, 2008) Ligne téléphonique	Ligne téléphonique disponible 24 h/24 h avec des experts médicaux légaux pour répondre aux questions.
6 (Fournier et coll., 2009) Comité d'éthique clinique	Un comité d'éthique clinique qui informe la majeure partie du temps les patients qu'il y a une consultation éthique à propos de leur cas. Les patients assistent parfois.
9 (Bolin et coll., 2008) Comité d'éthique téléphonique	Comité d'éthique clinique en région éloignée qui se fait par téléphone par un comité valide et fondé éthiquement
20 (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012) Rondes éthiques	Des rondes éthiques sont faites toutes les semaines c'est-à-dire une réunion avec la directrice des infirmières, une infirmière éthicienne de même que l'infirmière responsable du cas ou du patient.
24 (Mino et coll., 2008) 2 comités et séminaire éthique	La ressource éthique se décline en trois volets : 1. Séminaire de travail : invités aux 6 mois à réfléchir aux enjeux éthiques. 2. Institutional Plenary Group : 20 membres qui se rejoignent tous les 3 mois pour statuer sur les problématiques éthiques au niveau institutionnel, médical ou administratif. 3. Le groupe d'intervention, constitué de 3 membres, agit dès qu'il reçoit une demande.
27 (Svantesson et coll., 2008) Rondes éthiques	Rencontre qui a lieu une fois par semaine avec les professionnels au dossier et un éthicien pour animer les discussions sans donner de réponses.

La deuxième catégorie réfère aux ressources théoriques, soit celles qui utilisent principalement une théorie ou une approche que le professionnel doit appliquer à la situation. Cette catégorie est la plus hétéroclite des trois étant donné les diverses théories que les auteurs peuvent présenter. L'approche des principes 4 universels (Gillon, 2015 ; Ho et coll., 2015 ; Jankowski et coll., 2009 ; Knox, 2014), l'éthique narrative (Ho et coll., 2015), l'éthique des vertus (Cowan et Haslam, 2008 ; Drolet et Hudon, 2015) sont des théories et approches utilisées à différents endroits. Les six ressources de type théoriques sont présentées dans le Tableau 3 ci-dessous. Les théories et principes éthiques offrent un langage pour le diagnostic, la communication et la résolution de

problème éthique ce pour quoi les ressources théoriques se retrouvent en toile de fond du raisonnement clinique de l'ergothérapeute. En effet, ces ressources ne proposent pas d'outils, de structure particulière ou d'étapes pour résoudre les enjeux, mais plutôt des concepts à appliquer à des situations. Ces ressources sont donc utilisées en soutien aux dimensions du raisonnement clinique. Les ressources éthiques théoriques soutiennent particulièrement la dimension éthique du raisonnement clinique, elles fournissent de la théorie et des approches sur lesquelles fonder le raisonnement clinique.

Tableau 3.
Description des ressources théoriques

#article, auteur(s), Nom de la ressource	Description
2 (Gillon, 2015) Théorie des quatre principes	Propose une interprétation de la théorie des quatre principes de Beauchamp et Childress (2013) qui repose sur la bienfaisance non-malfaisance, respect de l'autonomie et la justice est utilisé comme base.
7 (Brabender et Fallon, 2009) Théorie des principes et 3 théories éthiques	Une combinaison de l'éthique des principes (bienfaisance, non-malfaisance, justice, autonomie, fidélité) qui permet de reconnaître le conflit éthique avec trois théories éthiques soit l'éthique des vertus qui permet au professionnel d'agir en lien avec ses valeurs, l'éthique féministe qui permet au professionnel d'observer les enjeux de pouvoir et de privilèges et l'éthique casuistique qui permet de constater les pratiques communes.
17 (Ho et coll., 2015) Modèle des quatre carrés (4 box) avec approche narrative	Présentation de la méthode des 4 boîtes développée par Jonsen, Siegler et Winslade, (2010). La ressource a pour but d'aider le professionnel à prendre une décision clinique en restant dans les limites de l'éthique. Elle consiste en 4 boîtes qui ont chacun une fonction spécifique, boîte 1 : Informations médicales, boîte 2 : les préférences du patient et les capacités à comprendre sa situation, boîte 3 : La qualité de vie, boîte 4 : le contexte.
19 (Jankowski et al., 2009) Modèle centré sur le problème	Modèle avec trois options selon la nature de l'enjeu. 1) problématique centrée sur la personne, 2) problématique centrée sur le système, 3) mélange entre la problématique centrée sur la personne et le système. Cette ressource considère grandement l'environnement.
23 (Knox, 2014) Modèle des 4 C	4 grands concepts adaptés de différents modèles. Les 4 C : contexte, conséquences, concern (préoccupation) et conflits, avec 24 sous-questions, 6 par concepts pour orienter la réflexion des professionnels qui l'utilisent.
30 (Drolet et Hudon, 2015) Cadre éthique quadripartite	Cadre à 4 quadrants visant l'analyse complète d'un enjeu éthique en utilisant l'utilitarisme, le déontologisme, l'éthique des vertus et l'ontologie axiologique et des approches inductives et déductives.

La troisième et dernière catégorie est celle des ressources réflexives. Ces 19 ressources sont dites réflexives étant donné qu'elles proposent des étapes pour orienter ou favoriser la réflexion éthique. Ainsi, elles soutiennent l'étape de la résolution de problème et de la prise de décision lors du raisonnement clinique de l'ergothérapeute face à un enjeu éthique. Elles soutiennent ces étapes du raisonnement clinique du fait qu'elles présentent généralement la même structure et le même processus que dans le cadre du raisonnement. Par exemple, un ergothérapeute qui rencontre une problématique va formuler la question des hypothèses possibles pour répondre au problème. Ces mêmes étapes sont présentes dans les ressources réflexives, ainsi elles correspondent au raisonnement clinique de l'ergothérapeute et le soutien en offrant aux ergothérapeutes des questions à répondre ou une structure pour réfléchir à l'enjeu éthique. La catégorie de ressource réflexive se divise donc en deux, soit neuf modèles de résolution de problème et dix modèles de prise de décision. La distinction entre les deux groupes est au niveau de la mise en action. Ce faisant, les modèles de résolution de problème sont ceux qui se concentrent uniquement sur la réflexion et l'analyse de la problématique, sans encadrer l'agir pour la résolution de l'enjeu. Les ressources qui comprennent des étapes de mises en action et de réflexion post action ont été considérées comme des modèles de prise de décision du fait qu'ils accompagnent le professionnel dans sa démarche du début de la réflexion jusqu'à la fin de l'action. Les ressources sont considérées dans la même grande catégorie étant donné que les modèles de prise de décision comprennent des étapes de résolution de problème avant les étapes d'action ce qui fait des ressources semblables en plusieurs points.

L'ensemble de ces ressources ont des étapes claires qui se succèdent pour faciliter la réflexion et la résolution des enjeux. Certaines ressources proposent plusieurs sous-questions en lien avec chaque étape afin d'orienter la réflexion et de favoriser la réflexion chez les professionnels de la santé (Delany et coll., 2010; Enck, 2014; Ferrie, 2006; Schloss, 2012). D'autres ressources au contraire ont peu de sous-questions et consistent plutôt en l'application de valeurs ou de principes éthiques à une problématique (Ghazal et coll., 2014 ; Hamilton, 2012 ; Knapp et coll., 2015 ; Ortiz, 2012 ; Van Denend et Finlayson, 2007). Deux modèles, un de résolution de problème (Barsky, 2008) et l'autre

de prise de décision (Hunt et Ells, 2013), sont différents du fait qu'ils sont les seuls à être centré sur le client. Quintin et Boire-Lavigne (2013) pour leur part portent une attention particulière à l'expérience vécue par l'ensemble des parties prenantes dans le cadre d'un enjeu éthique. Par ailleurs, la ressource proposée par Rushton (2006) se concentre à reconnaître la présence d'enjeu éthique dans le milieu de travail, ceci promouvant le maintien d'un environnement éthiquement sain. Pour terminer, la majorité des ressources de prise de décision ont une étape finale ayant pour but de réfléchir à la pratique éthique, ceci dit, seuls trois de ces modèles ont des questions claires à savoir comment appliquer la situation à des cas similaires afin de prévenir des problématiques semblables (Park, 2012 ; Rushton, 2006 ; Toren et Wagner, 2010). Les ressources sont présentées dans le Tableau 4 ci-dessous, les modèles de résolution de problème en premier, suivis des modèles de prise de décision. Les étapes respectives des ressources sont présentées dans le Tableau 18 qui se trouve à l'Annexe D. La ressource présentée par Sokol (2009) est incluse dans ce type de ressource éthique puisqu'elle soutient le raisonnement clinique de l'ergothérapeute, toutefois la modalité utilisée est différente des autres ressources de ce groupe puisqu'elle ne consiste pas en des étapes précises, mais plutôt en une liste de questions à cocher afin de réfléchir à la situation. Ce faisant, cette ressource ne se retrouve pas dans le Tableau 18, car il n'y a pas d'étapes à présenter.

Tableau 4.
Description des ressources réflexives

#article, auteur(s), Nom de la ressource	Description
3 (Schloss, 2012) Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Application du modèle par étape d'Orr-Shelton dans le cadre d'un dilemme éthique. Comprends des étapes et pistes de réflexion. Le clinicien doit avoir des connaissances de base en éthique pour l'utiliser.
10 (Barsky, 2008) Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Approche centrée sur les intérêts du client. La ressource est utilisée dans le cadre de discussions avec le client et permet de convaincre.
11 (Delany et coll., 2010) Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Ces trois étapes comportent plusieurs sous-questions auxquelles le professionnel répond pour orienter sa réflexion.
13 (Ferrie, 2006) Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Modèle qui pose plusieurs questions par rapport aux théories éthiques impliquées.
14 (Enck, 2014) Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Le modèle cible la nature de l'enjeu (éthique, légale, institutionnelle ou sociale) et pose plusieurs questions à savoir si la problématique peut être résolue autrement

15 (Brockett et Dick, 2006)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Cadre de référence avec quelques questionnements. Utilisation du PEO pour mieux comprendre la problématique éthique en cause
22 (Sokol, 2009)	Liste à cocher	Présentation d'une liste d'enjeux auxquels les professionnels peuvent être confrontés dans leur pratique et ils cochent pour chaque client quels enjeux sont en train de survenir. Une étape de la démarche clinique.
29 (Van Denend et Finlayson, 2007)	Modèle CELIBATE résolution de problème en 10 étapes	Modèle basé sur les principes et des codes d'éthique (Clinical Ethics and Legal Issues Bait All Therapists Equally)
31 (Ortiz, 2012)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Modèle qui applique directement les 4 principes (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice) à une problématique
4 (Saint-Arnaud, 2007)	Modèle de prise de décision en 10 étapes	10 étapes à utiliser en équipe interdisciplinaire qui permet de se pencher sur une problématique en équipe et de générer des recommandations éthiquement acceptables.
8 (Kirsch, 2009)	Modèle RIPS de prise de décision en 4 étapes	Modèle de prise de décisions RIPS (Realm-Individual Process-Situation) combiné à un modèle en 4 étapes de prise de décision éthique
12 (Hamilton, 2012)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Modèle par étape avec quelques sous-questions qui se basent majoritairement sur un code d'éthique.
16 (Ghazal et coll., 2014)	Modèle MORAL de prise de décision en 5 étapes	Le modèle MORAL ne comprend pas de sous-questions, il oriente les réflexions. La ressource se base sur l'éthique de Kant.
18 (Hunt et Ells, 2013)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Patient-Centered Care Ethics Analysis Model for Rehabilitation (PCEAM-R), le modèle est centré sur le client. Celui-ci est impliqué dans la résolution de la problématique.
21 (Knapp et coll., 2015)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Modèle qui utilise l'approche des 4 principes. Ce modèle détaille le processus cognitif de la résolution du problème plus que la portée éthique du problème.
25 (Park, 2012)	Modèle de prise de décision éthique en 6 étapes	Modèle qui a été produit à la suite d'une recension des écrits et qui explique en détail les étapes de réflexion
26 (Rushton, 2006)	Modèle de prise de décision des 4 A,	Modèle qui oriente plus l'action que la réflexion lors d'enjeu éthique. Il favorise l'établissement d'un environnement de travail sain éthiquement.
28 (Toren et Wagner, 2010)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Les étapes sont appliquées à un enjeu éthique pour un gestionnaire de la santé, mais sont applicables à d'autres contextes. Cette ressource propose de réfléchir à l'application de la réflexion à d'autres cas similaires d'enjeux éthiques.
32 (Quintin et Boire-Lavigne, 2013)	Modèle de prise de décision en 4 étapes	Le souci de l'expérience de l'autre est intégré dans les étapes de sorte que l'expérience de tous les acteurs impliqués est questionnée à chaque étape.

5.3. Adéquation entre les ressources en éthique et les critères d'analyse

Cette dernière section des résultats concerne le troisième objectif de cette recherche soit de documenter l'adéquation entre les critères établis en fonction des besoins et les ressources disponibles aux ergothérapeutes pour traiter les enjeux éthiques.

5.3.1. Analyse de la pertinence éthique

Concernant le premier critère, il est important de souligner que les ressources ont été évaluées au meilleur de ce qui pouvait être analysé en fonction des informations disponibles à la lecture des articles scientifiques. Tout d'abord, pour la première question de la catégorie de la pertinence éthique, quelques articles n'ont pas répondu aux critères de fondement éthique puisqu'il n'était pas éthique ou il n'était pas suffisamment apparent pour le juger comme étant éthique (Cowan et Haslam, 2008 ; Hamilton, 2012 ; Ortiz, 2012). Il est à noter que les fondements éthiques ont été jugés de telle sorte que si la ressource se fondait uniquement sur des principes légaux, religieux ou déontologiques elle n'était pas considérée éthique, par contre dès qu'il y avait une portion purement éthique dans la ressource alors le critère des fondements éthiques était jugé comme répondu.

Seule la moitié des ressources explicitent leurs fondements éthiques afin de savoir sur quelles théories ou approches de l'éthique ils se basent. Plus de la moitié des ressources de type réflexives (12/19) et théoriques (4/6) nomment les fondements éthiques sur lesquels ils se basent contrairement aux ressources consultatives (2/7).

Pour la troisième question, il est à noter que six ressources répondent négativement à la troisième question à savoir si les parties prenantes et leurs valeurs sont impliquées (Brabender et Fallon, 2009 ; Gillon, 2015 ; Ho et coll., 2015 ; Jankowski et coll., 2009 ; Rushton, 2006 ; Sokol, 2009). Ces six ressources se concentraient uniquement sur le professionnel, sur le système ou le problème, ce pour quoi ce ne sont pas toutes les parties prenantes qui sont impliquées. Ce sont principalement les ressources théoriques qui cadrent peu avec cette question. Les tableaux 5, 6, et 7 du critère de pertinence éthique pour chaque type de ressource se trouvent ci-dessous.

Tableau 5.
Évaluation des ressources consultatives selon la pertinence éthique

#article, auteur(s),	Ressources en éthique	Q1 ¹	Q2	Q3
1 (Auliso et coll., 2009)	Service de consultation à trois volets	Oui	Non	Oui
5 (Cowan et Haslam, 2008)	Ligne téléphonique	Nd	Non	Oui
6 (Fournier et coll., 2009)	Comité d'éthique clinique	Oui	Non	Oui
9 (Bolin et coll., 2008)	Comité d'éthique téléphonique	Oui	Non	Oui
20 (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012)	Rondes éthiques	Oui	Non	Oui
24 (Mino et coll., 2008)	2 comités et séminaire éthique	Oui	Oui	Oui
27 (Svantesson et coll., 2008)	Rondes éthiques	Oui	Oui	Oui

Tableau 6.
Évaluation des ressources théoriques selon la pertinence éthique

#article, auteur(s),	Ressources en éthique	Q1	Q2	Q3
2 (Gillon, 2015)	Approche des quatre principes	Oui	Oui	Non
7 (Brabender et Fallon, 2009)	Combinaison approche des principes et 3 théories éthiques	Oui	Oui	Non
17 (Ho et coll., 2015)	Quatre carrés (4 box), narrative	Oui	Non	Non
19 (Jankowski et coll., 2009)	Modèle centré sur le problème	Oui	Non	Non
23 (Knox, 2014)	Modèle des 4 C	Oui	Oui	Oui
30 (Drolet et Hudon, 2015)	Cadre éthique quadripartite	Oui	Oui	Oui

¹ Q1 : la ressource est-elle basée sur des théories et fondements éthiques ou philosophiques ; Q2 : les théories ou fondements éthiques ou philosophiques qui sont au fondement de la ressource sont-elles nommées et expliquées ; Q3 : la ressource permet-elle d'identifier les valeurs en jeu et les parties prenantes de ces valeurs.

Tableau 7.
Évaluation des ressources réflexives selon la pertinence éthique

#article, auteur(s),	Ressources en éthique	Q1	Q2	Q3
3 (Schloss, 2012)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Oui	Oui	Oui
10 (Barsky, 2008)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Oui	Oui	Oui
11 (Delany et coll., 2010)	Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Oui	Oui	Oui
13 (Ferrie, 2006)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Oui	Non	Oui
14 (Enck, 2014)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Oui	Oui	Oui
15 (Brockett et Dick, 2006)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Oui	Non	Oui
22 (Sokol, 2009)	Liste à cocher	Oui	Non	Non
29 (Van Denend et Finlayson, 2007)	Modèle CELIBATE de résolution de problème en 10 étapes	Oui	Non	Oui
31 (Ortiz, 2012)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Non	Non	Oui
4 (Saint-Arnaud, 2007)	Modèle de prise de décision en 10 étapes	Oui	Oui	Oui
8 (Kirsch, 2009)	Modèle RIPS de prise de décision en 4 étapes	Oui	Oui	Oui
12 (Hamilton, 2012)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Non :	Non	Oui
16 (Ghazal et coll., 2014)	Modèle MORAL de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui	Oui
18 (Hunt et Ells, 2013)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Oui	Oui
21 (Knapp et coll., 2015)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui	Oui
25 (Park, 2012)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Oui	Oui
26 (Rushton, 2006)	Modèle de prise de décision des 4 A	Oui	Non	Non
28 (Toren et Wagner, 2010)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Non	Oui
32 (Quintin et Boire-Lavigne, 2013)	Modèle de prise de décision en 4 étapes	Oui	Oui	Oui

5.3.2. Analyse de la cohérence

Le deuxième critère étant celui de la cohérence, il est beaucoup moins bien répondu que le critère de la pertinence éthique. En ce qui concerne la quatrième question à savoir si la ressource permet d'observer la problématique dans son ensemble, les ressources basées sur l'approche des 4 principes de Beauchamps et Childress (2013) ont moins bien satisfait le critère étant donné qu'elles se concentrent principalement sur quatre valeurs et ne questionnent pas les autres valeurs impliquées dans la situation (Brabender et Fallon, 2009 ; Cowan et Haslam, 2008 ; Gillon, 2015 ; Ho et coll., 2015 ; Jankowski et coll., 2009). Aussi, les approches qui se concentrent sur une éthique

narrative et centrée sur le client ne tracent pas non plus un portrait clair de la situation étant donné qu'elles considèrent particulièrement la perspective du client (Ho et coll., 2015 ; Hunt et Ells, 2013 ; Jankowski et coll., 2009).

Pour la cinquième question à savoir si les arguments sont cohérents selon ce qu'il a été présenté plus haut, seulement deux articles ne répondent pas pleinement à ce critère. En effet, la ressource présentée dans l'article de Enck (2014) distingue dès le début les enjeux qui sont de nature éthique, légale ou institutionnelle ceci limitant la cohérence de la réflexion puisqu'il est possible que l'aspect légal ou institutionnel soit à considérer dans la réflexion éthique. Un autre article présentant des éléments d'incohérences dans la réflexion est celui de Kirsch (2009). Les arguments éthiques en partie utilisés dans cette ressource ne sont pas valides selon ce qui a été établi par DeGrazia et Beauchamps (2001). La ressource présentée dans cet article utilise un processus de questionnement de Kidder (1995) qui comprend plusieurs incohérences, dont fonder un jugement sur l'opinion de la majorité.

Aucun article ou ressource ne s'attarde aux stades de développement moral de Kohlberg. Des questionnements seront soulevés à ce sujet dans la section discussion.

La dernière question de cette section est : la ressource propose-t-elle des possibilités d'actions ou favorise-t-elle l'élaboration d'actions par la personne qui l'utilise ? Quatre ressources, toutes consultatives, proposent des recommandations directement aux professionnels (Aulisio et coll., 2009 ; Cowan et Haslam, 2008 ; Fournier et coll., 2009 ; Gillon, 2015). Neuf ressources orientent la réflexion personnelle ou d'équipe ce qui soutient l'analyse de la situation, mais qui ne donne ni de recommandations, ni ne favorise la formulation de pistes d'action. Ces ressources favorisent l'analyse de la problématique éthique, la réponse à la question dans le cadre de ces ressources est donc une réflexion personnelle (Brabender et Fallon, 2009 ; Delany et coll., 2010 ; Drolet et Hudon, 2015 ; Ferrie, 2006 ; Gillon, 2015 ; Ho et coll., 2015 ; Knox, 2014 ; Mino et coll., 2008 ; Sokol, 2009). Les 19 ressources restantes favorisent la formulation d'hypothèses ou de piste d'action par les professionnels ou l'équipe qui utilisent la ressource. Les

modèles de réflexion éthique de Delany et ses collaborateurs (2010), de Kirsch (2009) et de Quintin et Boire-Lavigne (2013) proposent respectivement des modèles qui permettent d'avoir une vision approfondie sur le problème éthique en cernant les valeurs impliquées pour toutes les personnes concernées et la perception de chacun quant à leur situation. Les résultats de ce critère se retrouvent dans les tableaux 8, 9 et 10 ci-dessous.

Tableau 8.
Évaluation des ressources consultatives selon le critère de cohérence

#article, auteur(s),	Ressources en éthique	Q4 ²	Q5	Q6	Q7
1 (Aulisio et coll., 2009)	Service de consultation à trois volets	Oui	Oui	Non	Recommandations
5 (Cowan et Haslam, 2008)	Ligne téléphonique	Non	Nd	Non	Recommandations
6 (Fournier et coll., 2009)	Comité d'éthique clinique	Oui	Oui	Non	Recommandations
9 (Bolin et coll., 2008)	Comité d'éthique téléphonique	Oui	Oui	Non	Recommandations
20 (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012)	Rondes éthiques	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
24 (Mino et coll., 2008)	2 comités et séminaire éthique	Oui	Oui	Non	Réflexion en équipe
27 (Svantesson et coll., 2008)	Rondes éthiques	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses

Tableau 9.
Évaluation des ressources théoriques selon le critère de cohérence

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q4	Q5	Q6	Q7
2 (Gillon, 2015)	Approche des quatre principes	Non	Oui	Non	Réflexion personnelle
7 (Brabender et Fallon, 2009)	Approche des principes et 3 théories éthiques	Non	Oui	Non	Réflexion personnelle
17 (Ho et coll., 2015)	Quatre carrés (4 box), narrative	Non	Oui	Non	Réflexion personnelle
19 (Jankowski et coll., 2009)	Modèle centré sur le problème	Non	Oui ;	Non	Formulation d'hypothèses
23 (Knox, 2014)	Modèle des 4 C	Oui	Oui	Non	Réflexion personnelle
30 (Drolet et Hudon, 2015)	Cadre éthique quadripartite	Oui	Oui	Non	Réflexion personnelle

² Q4 : la ressource éthique permet-elle d'identifier clairement les éléments de la problématique qui sont en jeu ; Q5 : la ressource utilise-t-elle des arguments valides et cohérents comme ceux proposés par DeGrazia and Beauchamps (2001) ; Q6 : le stade de développement moral de Kohlberg (1984) de l'utilisateur est-il considéré dans la ressource ; Q7 : la ressource propose-t-elle des possibilités d'actions ou favorise-t-elle l'élaboration d'actions par la personne qui l'utilise.

Tableau 10.
Évaluation des ressources réflexives selon le critère de cohérence

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q4	Q5	Q6	Q7
3 (Schloss, 2012)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Oui	Oui	Non	Formule d'hypothèses
10 (Barsky, 2008)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Non	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
11 (Delany et coll., 2010)	Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Oui	Oui	Non	Réflexion personnelle
13 (Ferrie, 2006)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Oui	Oui	Non	Réflexion personnelle
14 (Enck, 2014)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Oui	Non	Non	Formulation d'hypothèses
15 (Brockett et Dick, 2006)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
22 (Sokol, 2009)	Liste à cocher	Non	nd	Non	Réflexion personnelle
29 (Van Denend et Finlayson, 2007)	Modèle CELIBATE de résolution de problème en 10 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
31 (Ortiz, 2012)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
4 (Saint-Arnaud, 2007)	Modèle de prise de décision en 10 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
8 (Kirsch, 2009)	Modèle RIPS de prise de décision en 4 étapes	Oui	Non ; Test Kiddler	Non	Formulation d'hypothèses
12 (Hamilton, 2012)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
16 (Ghazal et coll., 2014)	Modèle MORAL de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui ;	Non	Formulation d'hypothèses
18 (Hunt et Ells, 2013)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Non	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
21 (Knapp et coll., 2015)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
25 (Park, 2012)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
26 (Rushton, 2006)	Modèle des 4 A de prise de décision	Non	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
28 (Toren et Wagner, 2010)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses
32 Quintin et Boire-Lavigne, 2013)	Modèle de prise de décision éthique en 4 étapes	Oui	Oui	Non	Formulation d'hypothèses

5.3.3. Analyse de la convivialité

En ce qui concerne le critère de convivialité, les réponses varient grandement d'une ressource à l'autre. La huitième question à savoir si la ressource est facile à comprendre et dans un langage vulgarisé est en grande majorité positive. Seules deux

ressources (Aulisio et coll., 2009 ; Brabender et Fallon, 2009) sont jugées trop peu vulgarisées pour être bien comprises par un professionnel. Certaines ressources sont plus vulgarisées que d'autres, mais elles demeurent tout de même accessibles aux professionnels qui n'ont pas nécessairement d'éducation éthique.

La neuvième question est au sujet de la formation éthique nécessaire pour utiliser la ressource. Les ressources consultatives répondent très bien à ce critère puisqu'un expert ou un consultant les aidera à comprendre les éléments qui nécessiteraient de l'éducation éthique. Les ressources qui ont été jugées comme nécessitant de l'éducation sont principalement des ressources de réflexion personnelle par étapes (Aulisio et coll., 2009 ; Brabender et Fallon, 2009 ; Enck, 2014 ; Ghazal et coll., 2014 ; Gillon, 2015 ; Hamilton, 2012 ; Saint-Arnaud, 2007). Elles nécessitent de l'éducation, car les questions dans ces ressources réfèrent à des théories ou des principes que le professionnel doit connaître pour répondre adéquatement aux questions. Les ressources utilisant des réflexions personnelles, qui ne nécessitent pas d'éducation, sont pour la plupart celles qui proposent des questions très claires auxquelles le professionnel peut répondre sans devoir se référer à des théories qu'il devrait connaître (Delany et coll., 2010 ; Ferrie, 2006 ; Schloss, 2012).

La dixième question, qui a pour but de juger si la ressource favorise l'éducation éthique, est positive pour neuf ressources éthiques (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012 ; Kirsch, 2009 ; Knox, 2014 ; Mino et coll., 2008 ; Park, 2012 ; Quintin et Boire-Lavigne, 2013 ; Svantesson et coll., 2008). Certaines ressources consultatives (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012 ; Mino et coll., 2008 ; Svantesson et coll., 2008) ont été jugées comme favorisant l'éducation éthique, car elles impliquent le professionnel avec des éthiciens formés qui posent des questions éthiques selon le contexte et favorisent la réflexion sur des théories éthiques. Les réflexions personnelles ne favorisent pas l'éducation éthique du fait qu'elles suggèrent des questions fixes au professionnel et que celui-ci doit y répondre aux meilleurs de ses connaissances sans avoir à en apprendre plus sur l'éthique. Un peu moins de la moitié des ressources consultatives (3/7) favorisent l'éducation éthique alors que c'est une proportion beaucoup plus petite pour les

ressources réflexives avec 3 ressources sur une possibilité de 19 (Kirsch, 2009 ; Park, 2012 ; Quintin et Boire-Lavigne, 2013). Ceci s'explique du fait que les ressources réflexives favorisent parfois la pratique réflexive en questionnant les étapes à améliorer dans la démarche. Par contre, elles ne se centrent pas spécifiquement sur des apprentissages éthiques.

La dernière question de cette section à savoir si la ressource s'adresse à des enjeux individuels ou de niveaux différents est plus difficile à répondre étant donné la grande variabilité des modalités recensées. Ainsi, 17 ressources ont été jugées comme étant utiles pour répondre à différents niveaux d'enjeux éthiques (Aulisio et coll., 2009 ; Bolin et coll., 2008 ; Delany et coll., 2010 ; Fournier et coll., 2009 ; Ghazal et coll., 2014 ; Jankowski et coll., 2009 ; Jurchak et Eagan-Bengston, 2012 ; Kirsch, 2009 ; Schloss, 2012). Lorsque la ressource pouvait avoir deux niveaux d'enjeux ou plus, elle était considérée comme répondant à différents niveaux d'enjeux éthiques. La plupart d'entre elles s'adressent à des enjeux de niveau individuel et d'équipe. Quelques ressources ciblent les enjeux qui impliquent l'institution ou des enjeux plus macroscopiques que l'équipe principalement à l'aide de question qui cible spécifiquement ces niveaux organisationnels (Aulisio et coll., 2009 ; Delany et coll., 2010 ; Drolet et Hudon, 2015 ; Jankowski et coll., 2009 ; Kirsch, 2009 ; Mino et coll., 2008 ; Park, 2012 ; Rushton, 2006). Les huit ressources qui répondent négativement à ce critère sont pour la plupart des réflexions personnelles et elles se concentrent principalement sur les valeurs du client et du professionnel. Dans le cadre de ces réflexions, les barrières institutionnelles, matérielles ou monétaires sont nommées et elles sont considérées comme une barrière à l'action. Ce faisant, ces ressources ne sont pas considérées comme pouvant s'adresser à différents niveaux d'enjeux éthiques puisqu'elles éliminent d'emblée les possibilités d'action face à ces barrières.

Contrairement aux autres ressources consultatives, la ressource présentée par (Cowan et Haslam, 2008) n'a pas été classée comment répondant à différents enjeux du fait que la consultation téléphonique est grandement orientée sur les problématiques telles que perçues par le professionnel de la santé uniquement, ainsi il a été jugé que

cela ne permet pas d'adresser des problématiques d'un autre niveau que celui individuel. Les résultats du critère de convivialité se retrouvent dans les tableaux 11, 12 et 13 ci-dessous.

Tableau 11.
Évaluation des ressources consultatives selon le critère de convivialité

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q8 ³	Q9	Q10	Q11
1 (Aulisio et coll., 2009)	Service de consultation à trois volets	Non	Oui	Non	Oui
5 (Cowan et Haslam, 2008)	Ligne téléphonique	Oui	Non	Non	Non individuelle
6 (Fournier et coll., 2009)	Comité d'éthique clinique	Oui	Non	Non	Oui
9 (Bolin et coll., 2008)	Comité d'éthique téléphonique	Oui	Non	Non	Oui
20 (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012)	Rondes éthiques	Oui	Non	Oui	Oui
24 (Mino et coll., 2008)	2 comités et séminaire éthique	Oui	Non	Oui	Oui ; systémique
27 (Svantesson et coll., 2008)	Rondes éthiques	Oui	Non	Oui	Oui

Tableau 12.
Évaluation des ressources théoriques selon le critère de convivialité

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q8	Q9	Q10	Q11
2 (Gillon, 2015)	Approche des quatre principes	Oui	Oui	Non	Non ; réflexion personnelle
7 (Brabender et Fallon, 2009)	Combinaison approche des principes et 3 théories	Non	Oui	Non	Non ; réflexion personnelle
17 (Ho et coll., 2015)	Quatre carrés, narrative	Oui	Non	Non	Non
19 (Jankowski et coll., 2009)	Modèle centré sur le problème	Oui	Non	Non	Oui niveau ciblé au début
23 (Knox, 2014)	Modèle des 4 C	Oui	Non	Oui	Oui ; individuel et équipe
30 (Drolet et Hudon, 2015)	Cadre éthique quadripartite	Oui	Oui	Non	Oui

³ Q8 : la ressource est-elle facile à comprendre (vulgarisée et utilisant un niveau de langage adéquat) pour les professionnels ; Q9 : la ressource nécessite-t-elle une formation spécifique pour être utilisée par les professionnels ; Q10 : la ressource favorise-t-elle le développement de connaissances en éthique ; Q11 : la ressource peut-elle être utilisée avec des enjeux éthiques de différents niveaux (individuel, équipe, organisation, système).

Tableau 13.
Évaluation des ressources réflexives selon le critère de convivialité

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q8	Q9	Q10	Q11
3 (Schloss, 2012)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Oui	N/d	Non	Oui
10 (Barsky, 2008)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Oui	Non	Non	Non
11 (Delany et coll., 2010)	Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Oui	Non	Non	Oui ; questions pour connaître le niveau
13 (Ferrie, 2006)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Oui	Non	Non	Non ; réflexion personnelle
14 (Enck, 2014)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Oui	Oui	Non	Non
15 (Brockett et Dick, 2006)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Oui	Non	Non	Non ; réflexion personnelle
22 (Sokol, 2009)	Liste à cocher	Oui	Non	Non	Non
29 (Van Denend et Finlayson, 2007)	Modèle CELIBATE de résolution de problème en 10 étapes	Oui	Oui	Non	Non
31 (Ortiz, 2012)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Oui	Oui	Non	Non
4 (Saint-Arnaud, 2007)	Modèle de prise de décision en 10 étapes	Oui	Oui	Non	Non ; équipe interdisciplinaire
8 (Kirsch, 2009)	Modèle RIPS de prise de décision en 4 étapes	Oui	Non	Oui	Oui ciblé au début de la réflexion
12 (Hamilton, 2012)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui	Non	Non ; réflexion personnelle
16 (Ghazal et coll., 2014)	Modèle MORAL de prise de décision en 5 étapes	Oui	Oui	Non	Oui Individuel et équipe
18 (Hunt et Ells, 2013)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Non	Non	Non individuelle
21 (Knapp et coll., 2015)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Oui	Non	Non	Oui ; individuel et équipe
25 (Park, 2012)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Non	Oui	Oui le niveau est réfléchi à la fin
26 (Rushton, 2006)	Modèle des 4 A de prise de décision	Oui	Non	Non	Oui ; le niveau est ciblé.
28 (Toren et Wagner, 2010)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Oui	Oui	Non	Non
32 (Quintin et Boire-Lavigne, 2013)	Modèle de prise de décision en 4 étapes	Oui	Non	Oui	Oui ; même éthique organisationnelle

5.3.4. Analyse de l'efficacité

Tout d'abord, il est difficile de répondre objectivement à la douzième question, c'est-à-dire le temps qui est nécessaire pour utiliser la ressource, puisque cela dépend de nombreux facteurs. Ainsi, il a été jugé que les modalités requérant un expert ou une réunion avec plusieurs professionnels sont plus longues à utiliser, car elles nécessitent de la préparation et du temps de présence à une ou plusieurs réunions (Aulisio et coll.,

2009 ; Bolin et coll., 2008 ; Cowan et Haslam, 2008 ; Fournier et coll., 2009 ; Jurchak et Eagan-Bengston, 2012). Les autres ressources qui consistent majoritairement en des réflexions individuelles ont été jugées comme moins longues à utiliser, car elles consistent à une réflexion qui est orientée à l'aide de questions à répondre ce qui peut se faire relativement rapidement et il n'y a pas la nécessité de rencontrer quelqu'un. La subjectivité de cette question est discutée dans les limites de cette étude. La ressource la plus rapide consiste à une liste à cocher avec différentes possibilités d'enjeux éthiques (Sokol, 2009), la courte durée de cette réflexion soulève des questionnements quant à l'analyse complète de la situation qu'elle permet.

La treizième question qui est par rapport à la disponibilité pour l'utilisation est aussi difficile à juger du fait que cela est rarement nommé dans les articles scientifiques recensés. Les services de consultation, les lignes téléphoniques et les comités d'éthique clinique disent être disponibles pour les urgences en tout temps, mais les balises à savoir ce qui est considéré comme une urgence ne sont pas nommées et il n'est pas possible de savoir à quelle fréquence ils sont disponibles lorsque ce n'est pas une urgence. Les ressources réflexives ont été classées comme étant toujours disponibles, car le professionnel peut réfléchir par lui-même en tout temps. Il est nécessaire d'émettre un bémol toutefois, car la collecte de données et les discussions avec les parties prenantes pour répondre à certaines questions ne sont pas nécessairement disponibles en tout temps.

En ce qui concerne les coûts d'utilisation de la ressource, seuls les services téléphoniques ont été considérés comme plus coûteux que les autres, car en plus de nécessiter le matériel téléphonique, ils nécessitent un expert ou un groupe qui se consulte ce qui engendre des frais (Bolin et coll., 2008 ; Cowan et Haslam, 2008). Toutes les autres ressources sont considérées comme acceptables financièrement. Les données brutes du critère d'efficacité se trouvent dans les tableaux 14, 15 et 16 ci-dessous.

Tableau 14.
Évaluation des ressources consultatives en fonction du critère d'efficacité

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q12 ⁴	Q13	Q14
1 (Aulisio et coll., 2009)	Service de consultation à trois volets	1-2 h	Prise en charge 24 h/24 h, non urgent 1x/ mois	Oui, raisonnable
5 (Cowan et Haslam, 2008)	Ligne téléphonique	30 minutes	Disponible 24 h	Oui, trop couteux précisé, doit avoir un abonnement
6 (Fournier et coll., 2009)	Comité d'éthique clinique	1-2 h	Délais importants	Oui, raisonnable
9 (Bolin et coll., 2008)	Comité d'éthique téléphonique	1-2 h	24 h/7	Oui, service d'appels sécurisés nécessaire
20 (Jurchak et Eagan-Bengston, 2012)	Rondes éthiques	Durée rencontre	1 fois/semaine	Oui, plus dispendieux pour le temps de rencontre
24 (Mino et coll., 2008)	2 comités et séminaire éthique	1-2 h	24 h à quelques jours	Oui, implique beaucoup de gens
27 (Svantesson et coll., 2008)	Rondes éthiques	2 h	1 fois/semaine	Oui, implique beaucoup de gens

Tableau 15.
Évaluation des ressources théoriques en fonction du critère d'efficacité

#article, auteur(s)	Ressources en éthique	Q12	Q13	Q14
2 (Gillon, 2015)	Approche des quatre principes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
7 (Brabender et Fallon, 2009)	Combinaison approche des principes et 3 théories éthiques	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
17 (Ho et coll., 2015)	Quatre carrés (4 box), narrative	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
19 (Jankowski et coll., 2009)	Modèle centré sur le problème	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
23 (Knox, 2014)	Modèle des 4 C	Quelques minutes	Toujours	Oui, raisonnable
30 (Drolet et Hudon, 2015)	Cadre éthique quadripartite	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable

⁴ Q12 : quelle est la durée approximative de la consultation de la ressource éthique (incluant la préparation, le temps direct et le suivi); Q13 : la ressource est disponible à quelle fréquence; Q14 : l'utilisation de la ressource engendre-t-elle des coûts associés? Si oui, sont-ils raisonnables?

Tableau 16.
Évaluation des ressources réflexives en fonction du critère d'efficacité

#article, auteur(s) éthique	Ressources en	Q12	Q13	Q14
3 (Schloss, 2012)	Modèle résolution de problème en 5 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
10 (Barsky, 2008)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Nd : réflexion	Selon client	Oui, raisonnable
11 (Delany et coll., 2010)	Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Plusieurs questions à répondre	Toujours	Oui, raisonnable
13 (Ferrie, 2006)	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Réflexion rapide, peu de sous-questions	Toujours	Oui, raisonnable
14 (Enck, 2014)	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Réflexion rapide, peu de sous-questions	Toujours	Oui, raisonnable
15 (Brockett et Dick, 2006)	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
22 (Sokol, 2009)	Liste à cocher	30 secondes	Toujours	Oui, raisonnable
29 (Van Denend et Finlayson, 2007)	Modèle CELIBATE de résolution de problème en 10 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
31 (Ortiz, 2012)	Modèle résolution de problème en 6 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
4 (Saint-Arnaud, 2007)	Modèle de prise de décision en 10 étapes	Rencontre plusieurs professionnels	Délais importants	Oui, raisonnable
8 (Kirsch, 2009)	Modèle RIPS prise de décision en 4 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
12 (Hamilton, 2012)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Réflexion rapide, peu de sous-questions	Toujours	Oui, raisonnable
16 (Ghazal et coll., 2014)	Modèle MORAL de prise de décision en 5 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
18 (Hunt et Ells, 2013)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Réflexion personnelle	Toujours	Oui, raisonnable
21 (Knapp et coll., 2015)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
25 (Park, 2012)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
26 (Rushton, 2006)	Modèle des 4 A de prise de décision	nd : processus personnel	Toujours	Oui, raisonnable
28 (Toren et Wagner, 2010)	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable
32 (Quintin et Boire-Lavigne, 2013)	Modèle de prise de décision en 4 étapes	Nd : réflexion	Toujours	Oui, raisonnable

6. DISCUSSION

Cette section de l'essai critique a comme finalité de discuter des résultats qui ont été présentés dans la section précédente. Un retour sur les objectifs et les questions de recherche sera effectué avant d'entamer la réflexion sur les différents résultats. Ceci sera suivi par une discussion quant aux ressources recensées par rapport à ce qui existe dans la littérature. Suivra une discussion quant aux critères qui ont été créés en fonction des besoins des ergothérapeutes. Pour terminer les forces, limites et retombées de l'étude seront présentées.

6.1. Buts et questions de recherche

Cette étude avait pour but de recenser les ressources éthiques qui existent dans les différents domaines de la santé et de documenter si ces ressources répondent aux besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux éthiques. Ainsi, les trois grands objectifs de l'étude étaient de recenser les ressources disponibles aux ergothérapeutes, de créer des critères en fonction des besoins de l'ergothérapeute qui permettent de documenter l'adéquation entre les ressources et les besoins. Une étude de portée a été réalisée afin de recenser les ressources en éthique qui existent dans le domaine de la santé. Par la suite des critères ont été créés en se basant sur une méthode de création d'outils. Ceci a été fait dans le but d'apporter des réponses aux questions de recherche soit : quelles sont les ressources en éthique actuellement disponibles aux ergothérapeutes pour résoudre les enjeux éthiques rencontrés dans leur pratique ? La deuxième question est : dans quelle mesure les ressources éthiques sont en adéquation avec les besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux éthiques ?

6.2. Comparaison entre les ressources recensées et les écrits

6.2.1. Ressources consultatives

Étant donné que la recension couvrait un large éventail de ressources, elles seront comparées avec la littérature selon les trois grandes catégories dans lesquelles elles ont été classées soit consultatives, théoriques ou réflexives.

Les ressources consultatives répondent très bien au critère de convivialité, car elles facilitent l'analyse et la réflexion quant aux problématiques éthiques. Ce type de ressource est celui qui favorise le plus l'éducation éthique en raison de la présence d'un expert pour clarifier la situation. Des résultats semblables sont présentés dans l'article de Svantesson, Löfmark, Thorsén, Kallenberg et Ahlström (2008) soit que plusieurs professionnels ont soulevé le fait que l'expert en éthique permettait de tracer un portrait clair de la situation et pouvait aider à ce que l'ensemble de la situation éthique soit couvert. Les ressources consultatives répondent aussi très bien aux critères de l'éthique et de la cohérence, mais font mauvaise figure en ce qui concerne l'efficacité. Ceci est expliqué par la manière dont l'efficacité a été perçue dans cet essai et sera discuté plus en profondeur lors de la discussion en lien avec le critère d'efficacité.

Les ressources consultatives prennent en considération les différents niveaux d'enjeux éthiques et les facteurs externes du raisonnement clinique. Six des sept ressources consultatives s'attardent à différents niveaux d'enjeux éthiques alors que ce ratio atteint seulement la moitié des ressources théoriques (3/6) et moins de la moitié pour les ressources réflexives (8/19). Le cadre de pratique, les ressources limitées et les contraintes organisationnelles sont les principaux éléments générant des enjeux éthiques dans la pratique de l'ergothérapie (Carrier, Levasseur et Mullins, 2010 ; Kassberg et Skär, 2008 ; Kinsella, Park, Appiagyei, Chang et Chow, 2008 ; Slater et Brandt, 2009) et ils correspondent à des facteurs externes influençant le raisonnement clinique (Barris, 1987 ; Carrier, Levasseur, Bédard, et Desrosiers, 2010). Ainsi, les ressources consultatives sont celles qui s'intéressent le plus aux facteurs qui génèrent des enjeux éthiques dans la pratique de l'ergothérapie. Les ressources qui ne considèrent pas différents niveaux d'enjeu se centrent principalement sur les enjeux de niveau individuel. De là une question est soulevée, comment le professionnel peut résoudre un enjeu de niveau systémique si la ressource considère uniquement les enjeux individuels ?

Il serait pertinent pour l'ergothérapeute d'être en mesure de reconnaître à quel niveau (individuel, en groupe, organisationnel, systémique) l'enjeu se situe afin d'utiliser

une ressource qui prend en considération les éléments du niveau. Des enjeux individuels seront répondus à l'aide de ressources qui considèrent un seul niveau comme plusieurs ressources réflexives. Les enjeux éthiques qui portent sur des problématiques systémiques, organisationnelles ou de groupe pourront être résolus à l'aide de ressources qui s'intéressent à ces éléments comme les ressources consultatives. White, Dunn et Homer (1997) ont pour leur part classé les consultations éthiques selon trois niveaux d'intensité en fonction de l'ampleur que revêt l'enjeu éthique. Le premier niveau consiste à répondre à une question éthique relativement simple par un seul membre de l'équipe de consultation éthique. Le deuxième niveau de consultation est de faciliter le processus de prise de décision éthique de l'équipe, de la famille ou du client, et ce, à l'aide d'un membre de l'équipe de consultation éthique qui est disponible sur appel. La ligne téléphonique de consultation proposée par Cowan et Haslam (2008) pourrait être une ressource utile pour résoudre les enjeux de deuxième niveau, car elle ne laisse pas le professionnel complètement seul pour répondre aux questions contrairement aux ressources de réflexion personnelle, mais ne nécessite pas un comité complet. Le troisième et dernier niveau de consultation est utilisé dans le cadre de dilemmes éthiques et est dispensé par l'équipe complète du service de consultation. Cette manière de classer les enjeux éthiques en fonction de leur intensité pourrait permettre une combinaison entre les ressources théoriques et réflexives pour le premier niveau d'intensité des enjeux éthiques et l'utilisation des ressources consultatives pour le deuxième et troisième niveau d'intensité des enjeux éthiques.

6.2.2. Ressources réflexives

En ce qui concerne les ressources réflexives, elles aident le professionnel dans son raisonnement clinique en structurant la réflexion à l'aide d'étapes de raisonnement qui ressemblent aux mêmes étapes que l'ergothérapeute fait d'emblée face à la résolution d'un problème occupationnel. Les résultats de Park (2012) soutiennent cette idée. La recension des écrits de Park (2012) comprend une analyse plus poussée des modèles de prise de décision et de résolution de problème éthique et décortique chaque étape afin de cibler celles qui sont plus ardues pour le professionnel et ainsi développer son outil en soutien au raisonnement clinique. En effet, les étapes de résolution des

enjeux éthiques qu'elle propose ont été élaborées en vue de créer un outil qui vient en aide au professionnel lors des points clés du raisonnement clinique dans le cadre de la résolution des enjeux éthiques.

Park (2012) soulève un point pertinent quant aux ressources qui utilisent l'éthique des soins, comme celle de Kirsch (2009). Elle mentionne que cette approche de l'éthique correspond à certaines valeurs des soins infirmiers et est reconnue dans la pratique, ce qui est aussi le cas pour l'ergothérapie. Par contre, elle soulève que cette vision éthique n'est pas respectée dans toutes les professions de la santé ce qui peut limiter le professionnel dans la résolution des enjeux avec les autres professionnels. Du fait que les enjeux éthiques en ergothérapie sont vécus individuellement, mais aussi en équipe et de manière organisationnelle (Bushby et coll., 2015 ; Glaser, 1994), il est pertinent de considérer ce que les autres professionnels prônent comme approche éthique.

L'éthique des soins est utilisée en ergothérapie du fait qu'elle rejoint certains concepts communs à l'ergothérapie, dont la vulnérabilité des clients et les enjeux de pouvoir (Drolet, 2014). L'éthique des soins met l'accent sur le souci de l'autre de manière plus prononcée que d'autres théories éthiques (Drolet, 2014). Considérant que les caractéristiques du client sont des facteurs externes qui influencent le raisonnement clinique de l'ergothérapeute (Rogers et Holm, 1991), l'éthique des soins peut influencer autrement le raisonnement clinique des ergothérapeutes. Ce faisant, il est nécessaire de considérer l'approche utilisée dans les ressources puisque cette approche aura une influence sur le raisonnement clinique de l'ergothérapeute. À ce niveau, Fournier et ses collaborateurs (2009) soulèvent quatre situations qui pourraient être problématiques lors de la participation du client à la résolution des enjeux éthiques et qui pourraient être rencontrées dans la pratique des ergothérapeutes particulièrement les enjeux au sujet de l'autonomie du patient ou ceux concernant le consentement.

Les ressources réflexives répondent mieux au critère d'efficacité puisqu'elles sont peu dispendieuses et cela peut être moins long de procéder à une réflexion personnelle que de consulter d'autres membres de l'équipe. Bien qu'elles puissent être peu

coûteuses, ces ressources dépendent grandement de l'éducation du professionnel au sujet de l'éthique pour être en mesure de l'utiliser adéquatement. En ce sens, un professionnel qui ne serait pas accoutumé à résoudre des enjeux éthiques ne sera pas nécessairement en mesure d'utiliser efficacement ce type de réflexion éthique. Les ressources réflexives ne nécessitent pas nécessairement de l'enseignement pour utiliser la ressource. Toutefois, ne pas avoir de questions ou de formation à savoir comment utiliser ces étapes, il est possible que le professionnel réponde simplement aux questions sans avoir un regard éthique sur la situation. Ceci est susceptible de survenir avec des modèles qui ne mettent pas explicitement en relation les valeurs en jeu ou qui ne procèdent pas à une étape de questionnement clair sur l'éthique. St-Arnaud (2009) soulève dans un chapitre à propos des ressources éthiques que les ressources de délibérations, équivalentes aux ressources réflexives dans cet essai, sont des modèles de résolution de problèmes appliqués à un problème éthique. Elles ne comprennent pas de section d'analyse rationnelle intégrant des notions éthiques. Une force des ressources de prise de décision est qu'elles proposent une étape de révision après l'action et ainsi une réflexion rétrospective. Ce type de réflexion fait partie de la pratique réflexive et favorise les apprentissages et le développement professionnel (Kinsella, 2000).

Les avantages des ressources réflexives sont donc leur disponibilité à être utilisée et le fait que certaines orientent le questionnement éthique à l'aide de questions claires ce qui comble les besoins des ergothérapeutes en matière d'éducation éthique. Ainsi, des ressources de prise de décision comme celles de Kirsh (2009), de Quintin et Boire-Lavigne, (2013) et de Park (2012), qui sont disponible rapidement, qui orientent la réflexion à l'aide de questions claires par rapport à l'éthique et qui favorisent la réflexion rétrospective font partie des ressources réflexives à mettre de l'avant.

6.2.3. Ressources théoriques

Les ressources théoriques de Brabender et Fallon (2009) et de Drolet et Hudon (2015) conjuguent différentes théories éthiques ce qui permet d'avoir des fondements éthiques solides et de répondre à des enjeux que les ressources basées sur les principes universels ne sont en mesure de répondre. En effet, certaines ressources (Gillon, 2015 ;

Knapp et coll., 2015 ; Knox, 2014 ; Ortiz, 2012), tous types confondus, s'en remettent aux principes universels apportés par Beauchamp et Childress (2013). Ces principes universels sont considérés comme un point de départ pour plusieurs auteurs pour la création de ressources éthiques. Une lacune commune de ces ressources est qu'elles sont plutôt abstraites et donnent un large éventail de possibilités étant donné que ce sont des principes universels. Concrètement, les principes universels sont utiles et ils guident la pratique au quotidien, mais ils ne permettent pas nécessairement, le temps venu, de résoudre les enjeux éthiques complexes. Aussi, les principes peuvent même se retrouver en contradiction dans le cadre d'enjeux éthiques. Saint-Arnaud (2009) s'oppose à ces principes universels et se basent plutôt sur une démarche qui combine plusieurs théories éthiques dont l'éthique des soins, l'éthique des vertus ou l'éthique narrative tout comme les ressources de Brabender et Fallon (2009) et de Drolet et Hudon (2015).

Les ressources réflexives et théoriques impliquent le raisonnement clinique du professionnel à un autre niveau que les ressources consultatives. En ce sens, elles reposent en grande partie sur le raisonnement clinique de l'ergothérapeute alors que la réflexion est partagée dans une autre mesure dans le cadre des ressources consultatives. En effet, le raisonnement clinique est influencé par les facteurs internes à l'ergothérapeute et donc les réflexions éthiques sont influencées par des opinions, des présupposés et des valeurs qui sont propres au professionnel, ce qui est à tenir en compte, car ces éléments influenceront la réflexion éthique (Knapp et coll., 2015).

L'expérience est nommée comme étant un des facteurs internes influençant le raisonnement clinique de l'ergothérapeute (Carrier, Levasseur, Bédard, et Desrosiers, 2010 ; Smith et coll., 2008). Les ergothérapeutes novices bénéficieraient peut-être plus des ressources consultatives pour les soutenir dans leurs démarches alors que les ergothérapeutes expertes bénéficieront davantage des ressources théoriques et réflexives. Ceci s'explique à l'aide des résultats de l'étude de Goulet et Drolet (2017) qui soulève le fait que les novices ont tendance à générer des solutions qui s'adressent au système tandis que les experts sont plus enclins à s'investir individuellement dans la résolution d'enjeux éthiques en raison d'un sentiment de compétence et de contrôle qui

est plus intériorisé. Les ergothérapeutes novices ont besoin d'accompagnement en début de carrière (Goulet et Drolet, 2017), ce qui pourrait être répondu par l'accompagnement donné par les ressources consultatives. Du fait que l'ergothérapeute expert s'investit individuellement dans la résolution des enjeux, les ressources réflexives pourraient être d'une grande aide pour soutenir leur raisonnement clinique. Si le besoin de soutien à la réflexion est encore moins nécessaire, les experts pourront se tourner vers les ressources théoriques qui suggèrent des bases théoriques sur lesquelles se fonder pour orienter sa réflexion, mais qui orientent beaucoup moins le professionnel dans le processus de mise en action.

Un outil pour aider les professionnels à perfectionner leur raisonnement dans des situations complexes est la concordance de script (Hornos, Pleguezuelos, Brailovsky, Harillo, Dory et Charlin, 2013). Cet outil permet aux professionnels de comparer leur jugement dans le cadre d'une situation donnée à celui d'un panel d'experts. Adapté à des problématiques éthiques, l'outil pourrait devenir une ressource éthique et un outil de formation à la résolution des enjeux éthiques puisqu'il permettrait de développer le raisonnement clinique par rapport à un panel d'experts en éthique. Il se situerait entre les ressources consultatives et les ressources réflexives et théoriques puisqu'il combine le raisonnement clinique personnel de l'ergothérapeute à celui d'un expert. Cet outil pourrait avoir un très bon potentiel pour être adapté à la résolution de problématique éthique.

6.3. Différentes perspectives des ressources

Certaines ressources (Barsky, 2008 ; Fournier et coll., 2009 ; Ho et coll., 2015 ; Hunt et Ells, 2013 ; Quintin et Boire-Lavigne, 2013) invitent les parties prenantes et plus particulièrement les clients à participer pour résoudre l'enjeu éthique lorsqu'ils sont concernés. Ceci n'avait pas été abordé encore jusqu'à présent, toutes les ressources étaient uniquement réfléchies pour les professionnels. Il est vrai qu'une approche centrée sur le client ou narrative redonne la parole aux clients, ce qui devrait être considéré dans la résolution des enjeux éthiques. L'approche centrée sur le client étant une approche mise de l'avant en ergothérapie (ACE, 2012), il serait pertinent de considérer aussi l'apport du client dans la résolution d'enjeux éthiques vécus en ergothérapie. Pavlish et

ses collaborateurs recommandent eux aussi de considérer la voix du patient. Comment une ressource peut-elle intégrer la vision du client, celle du professionnel tout en répondant à des enjeux de différents niveaux par exemple à des enjeux institutionnels, est-ce possible ?

Rushton (2006) présente un modèle de prise de décision quant aux problématiques éthiques qui vise à développer un environnement de travail qui est éthiquement sain. Pour favoriser ce type d'environnement, le professionnel doit réfléchir à sa part de responsabilité quant à un enjeu éthique et se mettre en action. Le modèle propose plusieurs questions en ce qui concerne la responsabilité du professionnel par rapport à la situation, ce qui permet d'orienter la réflexion et l'action. Des questions du modèle pourraient être utilisées par les ergothérapeutes pour agir à titre d'agent de changement dans leur milieu de travail. Les exemples de question vont comme suit : quelle est l'étendue de ma responsabilité ? Quand les autres ne rencontrent pas leurs responsabilités, quelle est l'étendue de ma responsabilité pour compenser pour leurs omissions ? Quand j'aide quelqu'un à prendre une décision et que la décision crée préjudice au patient, quelle est l'étendue de ma responsabilité ? Ce modèle est l'un des seuls parmi ceux recensés à mettre en perspective la responsabilité du professionnel dans le contexte, ce qui favorise le développement d'un environnement sain. Le modèle pourrait être utilisé en combinaison avec la liste à cocher de Sokol (2009). Cette dernière permet de faire un dépistage de la présence d'enjeux éthiques avant que ceux-ci ne gagnent en intensité puis le modèle de Rushton (2006) pourrait permettre une analyse plus approfondie si la liste à cocher a relevé la présence d'enjeux. Pavlish (2013) soutient aussi cette idée que des dispositions devraient être mises en place avant la survenue des enjeux éthiques pour maintenir un environnement de travail éthiquement sain.

À la lumière de ces discussions, il est possible de constater que les forces des ressources sont souvent les faiblesses des autres, que certaines ressources facilitent la résolution dans le cadre d'un contexte d'enjeu particulier et que les ressources servent différemment à l'ergothérapeute qui l'utilise en raison de ses facteurs personnels. Puisque les ergothérapeutes sont des experts en habilitation de l'occupation (ACE, 2012)

et non des éthiciens, ne serait-il pas possible de les former à reconnaître les enjeux éthiques et à choisir la ressource appropriée selon leurs propres besoins et selon le contexte de l'enjeu ? Cette démarche de reconnaissance du problème et de choix des interventions en fonction de ce problème correspond déjà à ce que fait l'ergothérapeute au quotidien dans le cadre de son raisonnement clinique, il ne suffirait que d'adapter la démarche à une problématique éthique et d'entraîner les ergothérapeutes à reconnaître les facteurs externes et internes qui influencent leur raisonnement afin d'utiliser la ressource la plus appropriée pour le soutenir. Ce n'est donc pas une ressource en particulier qui se démarque des autres et qui est mise de l'avant, car une ressource éthique à elle seule ne peut pas être efficace dans toutes circonstances. La tâche reviendrait donc au professionnel de trouver la bonne ressource pour résoudre l'enjeu éthique qui est vécu.

6.4. Comparaison entre les critères d'analyse et la littérature

Tout d'abord, concernant les critères qui ont été élaborés et ce qui existe déjà dans la littérature, il est possible de remarquer plusieurs disparités. Les critères de la présente recherche sont sous forme de questions précises qui se répondent de manière dichotomique et qualitative alors que les principaux outils existants qui sont utilisés pour critiquer les ressources éthiques sont beaucoup plus nuancés. Par exemple, les critères de cet essai se répondent par oui ou non, sans qualifier l'intensité alors que l'outil proposé par Pearlman et ses collaborateurs (2016) propose quatre niveaux d'intensité de satisfaction de critère : inadéquat, quelque peu adéquat, majoritairement adéquat et adéquat.

Afin de créer des critères de qualité permettant de juger la qualité de la consultation, Pearlman et ses collaborateurs (2016) se sont basés sur les standards de consultation éthique dans la littérature et sur ce qui était attendu des consultations éthiques selon le modèle de service offert dans le milieu. Les critères de Pearlman et ses collaborateurs (2016) sont pertinents pour évaluer concrètement la qualité des consultations donc pour évaluer et qualifier la performance d'une ressource. Ils n'ont pas été créés pour les mêmes fins que le présent essai. Ainsi les critères de cet essai

pourraient être utilisés par les ergothérapeutes lorsqu'ils rencontrent un enjeu éthique afin de sélectionner la ressource à utiliser en fonction de leurs besoins et par la suite les critères de Pearlman et ses collaborateurs (2016) pourraient être utilisés pour juger de la qualité de la ressource à savoir si elle a réellement favorisé la résolution de l'enjeu.

Les critères d'analyse des besoins des ergothérapeutes sont les seuls qui ont été produits à la connaissance de l'auteur, en se basant sur les besoins et les problématiques que rencontrent les ergothérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à des enjeux éthiques tels que rapportés dans les écrits. Les critères sont donc une proposition de l'auteure et nécessitent plusieurs ajustements.

En ce qui concerne le critère de pertinence éthique, soit celui référant aux fondements éthiques de la ressource, il devrait être précisé afin de faire une distinction entre les ressources qui ont des fondements éthiques et les ressources qui appliquent certains principes éthiques à des modèles déjà existants de réflexion ou de résolution de problème. Ce faisant, l'analyse éthique des ressources serait plus précise. Une recherche documentaire a été produite par Drolet et Hudon (2015) dans le cadre d'un projet qui a mené à la création d'un outil qui aide à l'analyse de problématiques éthiques. Parmi leurs observations, la difficulté à analyser les fondements éthiques est un point commun avec le présent essai. Cela s'explique du fait que peu de ressources éthiques ont des fondements purement éthiques ou philosophiques. Une grande latitude a été gardée dans l'évaluation de ce critère dans le présent essai alors que Drolet et Hudon (2015) ont considéré les fondements éthiques de manière plus pure. Ce faisant, 95 % des textes qu'elles ont recensés ne font pas de référence à des connaissances éthiques ou philosophiques ou ils mélangent les codes d'éthique professionnels et les règles éthiques. En optant pour plus de latitude quant aux fondements, ce sont près de la majorité (29/32) des articles qui ont une référence à une théorie ou des fondements éthiques connus. Par contre, ce sont seulement 17 ressources sur les 32 qui explicitent clairement leurs fondements éthiques, soit un résultat plus près de ceux trouvés par Drolet et Hudon (2015).

Pour ce qui est du critère de cohérence, la question 6 quant aux stades de Kohlberg a soulevé un questionnement. Certains auteurs nomment les lois, les codes déontologiques, les valeurs professionnelles comme des barèmes qui dirigent l'agir éthique. Ceci recommande le professionnel à un stade de l'autorité et du maintien de l'ordre social Kohlberg (1984). Il n'est pas mauvais d'exiger des professionnels un stade de développement moral de ce niveau, par contre le fait de se référer aux lois et aux conventions ne favorise pas une émancipation des professionnels vers un stade supérieur étant donné que la ressource en elle-même, qui peut être perçue comme la bonne chose à faire absolue, maintient le professionnel dans ce stade de l'ordre social. Aucune ressource n'a concrètement intégré les stades de développement moral de Kohlberg (1984), par contre le stade de développement moral auquel le professionnel se situe fait partie des facteurs internes influençant son raisonnement clinique. Ce faisant, il serait pertinent de les considérer dans les ressources éthiques.

En ce qui concerne le critère d'efficacité, il est difficile de juger le temps que cela peut prendre pour avoir une consultation et le temps que cela peut prendre de réfléchir à un enjeu. L'ensemble des ressources ont été jugées à la question 14 à savoir si elles étaient raisonnables en matière de coûts associés. Les ressources consultatives engendrent plus de coûts associés que les deux autres types de ressources. En effet, elles nécessitent des consultants et du temps de réunion qui peut être plus long que le temps requis pour utiliser une ressource individuelle par étapes par exemple. Par contre, les ressources consultatives et particulièrement les comités d'éthique clinique ont aussi une mission d'éducation éthique et de sensibilisation du personnel à l'éthique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Il est proposé par Pavlish, Brown-Saltzman, Fine, et Jakel (2013) que cette éducation fasse partie des actions à mettre en place pour avoir une approche préventive face aux enjeux éthiques. L'utilisation d'une telle approche prévient la venue d'enjeux éthiques, favorise une résolution plus rapide et efficace des enjeux éthiques lorsqu'ils surviennent et permet de diminuer les impacts négatifs de ceux-ci (Pavlish et coll., 2013). Ainsi, la prévention en matière d'éthique prévient par le fait même les coûts associés à la résolution des enjeux éthiques (Pavlish et coll., 2013). Donc, peut-être que les comités d'éthique clinique engendrent plus de coûts lors de la

résolution d'enjeux éthiques particuliers toutefois, il est possible que bien des impacts négatifs et des coûts associés aient été sauvés grâce au volet préventif de ces ressources. Considérant que le critère d'efficacité a été créé principalement du fait que les enjeux sont présents dans le quotidien de la pratique des ergothérapeutes, bien qu'une ressource peut être disponible rapidement et quotidiennement, il est à se questionner sur l'efficacité de la pratique lorsque des enjeux éthiques reviennent au quotidien. Ne serait-il pas plus efficace de traiter le problème en amont comme le propose Pavlish et ses collaborateurs (2013) ? Ne serait-il pas plus efficace de se donner des méthodes de travail pour que ce genre de situation ne se présente pas quotidiennement ou du moins qu'elles soient résolues sans avoir à utiliser une ressource au quotidien ?

6.5. Forces et limites de l'étude

La principale force de l'étude provient du fait qu'elle est unique en son genre, en ce sens qu'aucune autre étude à la connaissance de l'auteure a recensé les différentes ressources dans le domaine de la santé sans égard à la modalité utilisée par la ressource. Par ailleurs, le fait de prendre en considération les besoins de l'ergothérapeute en matière de soutien à la résolution des enjeux est aussi une perspective nouvelle et propre à cet essai. Aussi, les critères qui ont émergé à la suite de l'évaluation des besoins et la révision par les experts permet de limiter quelques biais d'analyse qui seraient propres à l'auteure. Les critères ont permis de porter un regard plus objectif sur les ressources qu'une simple analyse personnelle.

En ce qui concerne les limites de l'étude, les articles des revues professionnelles sont peu présents dans les bases de données ce qui fait en sorte que certaines ressources bien appliquées à la pratique ne se retrouvaient pas dans les articles scientifiques qui ont été lus. Les revues professionnelles présentent des ressources qui s'adressent aux cliniciens ce qui aurait pu être très pertinent dans la présente étude. Toujours concernant la recherche documentaire, il aurait été pertinent d'exclure les articles qui utilisent une ressource créée par quelqu'un d'autre que les auteurs de l'article. Ce critère d'exclusion est présenté dans l'article de Park (2012) et il permet de

sélectionner des articles dont les ressources sont présentées de manière étoffée et sont disponibles plus facilement pour la consultation étant donné que ce sont les mêmes auteurs pour l'article et la ressource.

Le fait que les parties prenantes ne sont pas considérées est aussi une limite à soulever dans l'étude. En effet, seuls les besoins des ergothérapeutes en matière de soutien à la résolution des enjeux ont été considérés. Il aurait été pertinent de cibler quelques besoins des clients et des familles en matière de soutien à la résolution des enjeux afin de juger les ressources avec une perspective plus étendue.

Pour terminer, les critères ont biaisé à certains points l'analyse des ressources éthiques du fait que les questions laissent parfois place à l'interprétation de l'utilisateur des critères. Aussi, les critères ont été élaborés pour être répondus par oui ou par non, mais certains d'entre eux répondent partiellement aux besoins des ergothérapeutes. Ce faisant, il serait nécessaire de proposer une gradation afin de qualifier dans quelle mesure le critère est répondu ou non. Ceci permettrait une analyse beaucoup plus juste de la ressource éthique.

6.6. Retombées de l'étude

Cette recherche peut avoir des retombées principalement sur la pratique de l'ergothérapie et sur la recherche. Concernant la pratique de l'ergothérapie, l'étude aura permis de recenser un certain nombre de ressources éthiques qui répondent à certains besoins des ergothérapeutes. Ces ressources pourraient contribuer à la création d'une boîte à outils éthiques qui serait disponible aux ergothérapeutes. Il serait intéressant que les ressources recensées fassent partie d'une liste de ressources et de la rendre disponible aux ergothérapeutes en pratique afin qu'ils soient informés de ce qui existe dans la littérature et des points forts et faibles de ces différentes ressources.

Au sujet de la recherche, les critères d'analyse qui ont été créés ouvrent la porte à plus de recherches pour documenter l'ensemble des besoins des ergothérapeutes et pour valider une liste de critères d'analyse plus exhaustive à l'aide de données récoltées

auprès des ergothérapeutes. Plus de recherches sont nécessaires, mais il n'en demeure pas moins que les critères qui ont été créés pourraient être utilisés par les ergothérapeutes comme guide pour juger quelles ressources répondent le mieux à leurs besoins personnels en matière de soutien lorsqu'ils rencontrent un enjeu éthique particulier. Aussi, les critères ont été élaborés pour juger des besoins des ergothérapeutes lorsque les enjeux éthiques sont présents, dans un aspect de promotion et de prévention des enjeux éthiques il serait pertinent de poursuivre les recherches pour observer les facteurs de risque à la survenue d'un enjeu éthique et de documenter les besoins des ergothérapeutes en amont de la présence des enjeux éthiques comme le propose Pavlish et ses collaborateurs (2013).

7. CONCLUSION

Cette recherche visait à recenser les différentes ressources éthiques disponibles aux ergothérapeutes et à documenter l'adéquation entre les besoins des ergothérapeutes et ces mêmes ressources. Les résultats de l'étude démontrent qu'il existe différents types de ressources éthiques et qu'il est possible de les regrouper en trois catégories soit consultatives, théoriques et réflexives en fonction de caractéristiques communes. Afin de documenter l'adéquation entre les besoins des ergothérapeutes et les ressources disponibles des critères d'analyse ont été développés. Les critères de pertinence éthique, de cohérence, de convivialité et d'efficacité ont été créés pour juger des ressources éthiques. Les ressources consultatives répondent très bien aux critères de pertinence éthique, de cohérence et de convivialité, mais ne correspondent pas bien aux besoins des ergothérapeutes en matière d'efficacité. Les ressources réflexives répondent assez bien aux critères de pertinence et de cohérence. Par contre, ne favorisant pas l'éducation éthique et la résolution d'enjeux éthiques de différents niveaux, elles font mauvaise figure quant au critère de convivialité. Un de leur avantage principal est leur efficacité à être utilisée du fait qu'elles sont pratiquement toujours disponibles. Pour terminer, les ressources théoriques répondent assez bien aux besoins de pertinence éthique. Elles ne répondent pas entièrement au besoin de cohérence du fait qu'elles orientent peu la réflexion ce qui n'aide pas à tracer un portrait complet de la situation. Elles nécessitent aussi de l'éducation éthique pour être utilisées adéquatement donc ne remplissent pas complètement le besoin des ergothérapeutes d'avoir une ressource conviviale. Leur efficacité est semblable à celle des ressources réflexives.

Le travail a permis de cibler quelles ressources répondent mieux à chaque critère, il a été possible de remarquer que ces critères ne sont pas exhaustifs et qu'ils ont leurs forces et leurs faiblesses respectives. Il est possible de tirer la conclusion que chaque type de ressources présentent leurs avantages et inconvénients et que chaque ressource aura un impact différent selon l'enjeu éthique qui est traité et selon le professionnel qui l'utilise. À la lumière de cette conclusion un questionnement demeure, est-ce que les besoins en matière de soutien à la résolution des enjeux éthiques sont les mêmes pour l'ensemble des disciplines du domaine de la santé, ceci expliquant que des ressources

provenant de différents domaines aient de nombreux points communs ou est-ce que les besoins de chaque discipline n'ont pas été suffisamment ciblés de sorte que la ressource est trop générale pour répondre efficacement à leurs besoins ?

RÉFÉRENCES

- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Ottawa : ON : CAOT Publications ACE.
- Atwal, A. et Caldwell, K. (2003). Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(4), 244-251. doi:10.1046/j.1440-1630.2003.00374.x
- Aulisio, M. P., Moore, J., Blanchard, M., Bailey, M. et Smith, D. (2009). Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18(4), 371-383. doi:10.1017/S0963180109090574
- Barnitt, R. (1998). Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *Journal Of Medical Ethics*, 24(3), 193-199.
- Barnitt, R., et Partridge, C. (1997). Ethical reasoning in physical therapy and occupational therapy. *Physiotherapy Research International*, 2(3), 178-194. doi:10.1002/pri.99
- Barris, R. (1987). Clinical Reasoning in Psychosocial Occupational Therapy: The Evaluation Process. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 7(3), 147-162. doi:10.1177/153944928700700302
- Barsky, A. (2008). A Conflict Resolution Approach to Teaching Ethical Decision Making: Bridging Conflicting Values. *Journal of Jewish Communal Service*, 83(2/3), 164-169.
- Beauchamp, T. L., et Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7^e édition) New York: Oxford University Press.
- Bégin, L. (2014). *Cinq questions d'éthique organisationnelle*. Montréal (Qc) : Nota bene.
- Bell, J., et Breslin, J. M. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation*, 10(4), 94-99.
- Bersoff, D. N. (2008). *Ethical conflicts in psychology* (4^e édition) Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Bolin, J. N., Mechler, K., Holcomb, J. et Williams, J. (2008). An Alternative Strategy for Resolving Ethical Dilemmas in Rural Healthcare. *American Journal of Bioethics*, 8(4), 63-65. doi:10.1080/15265160802147231

- Brabender, V. M. et Fallon, A. (2009). Ethical hot spots of combined individual and group therapy: Applying four ethical systems. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(1), 127-147. doi:10.1521/ijgp.2009.59.1.127
- Brockett, M. (1996). Ethics, Moral Reasoning and Professional Virtue in Occupational Therapy Education. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(3), 197-205.
- Brockett, M. et Dick, R. (2006). *The Canadian framework for ethical occupational therapy practice*. Ottawa, ON : CAOT Publications.
- Bruce, C. R., Smith, M. L., Tawose, O. M. et Sharp, R. R. (2014). Practical guidance for charting ethics consultations. *HEC Forum : An Interdisciplinary Journal On Hospitals' Ethical And Legal Issues*, 26(1), 79-93. doi:10.1007/s10730-013-9228-y
- Bunch, E. H. (2001). Hidden and emerging drama in a Norwegian critical care unit: ethical dilemmas in the context of ambiguity. *Nursing Ethics*, 8(1), 57-67. doi:09697330010080010710.1191/096973301668044815
- Bush, S. S., Allen, R. S., III, et Molinari, V. A., III. (2017). *Ethical practice in geropsychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., et Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221.
- Caldicott, C. V. et Faber-Langendoen, K. (2005). Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. *Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges*, 80(9), 866-873.
- Carr, M. et Shotwell, M. (2008). Information processing theory and professional reasoning. Dans B. A. B. Schell et J. W. Schell (Dir.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (pp. 36-68). Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., et Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian occupational therapy journal*, 57(6), 356-365.
- Carrier, A., Levasseur, M. et Mullins, G. (2010). Accessibility of Occupational Therapy Community Services: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376. doi:10.3109/07380577.2010.510170

- Chapparo, C., et Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. Dans J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (Dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (3^e éd. pp. 265-278). Edinburgh New York: Elsevier, Butterworth Heinemann.
- Chen, Y.Y., Chu, T.-S., Kao, Y.-H., Tsai, P.-R., Huang, T.-S., et Ko, W.-J. (2014). To evaluate the effectiveness of health care ethics consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization. *BMC Medical Ethics*, 15, 1-1. doi:10.1186/1472-6939-15-1
- Chen, Y. Y., et Chen, Y. C. (2008). Evaluating ethics consultation: randomised controlled trial is not the right tool. *Journal Of Medical Ethics*, 34(8), 594. doi:10.1136/jme.2007.022277
- Cohen, J. J. (2006). Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Medical Education*, 40(7), 607-617.
- Cowan, J., et Haslam, J. (2008). Medical Protection Society. It's good to talk: telephone help-lines for health professionals can support effective and safe working practices. *Clinical Governance: An International Journal*, 13(4), 320-325.
- Crabtree, M., et Lyons, M. (1997). Focal Points and Relationships: A Study of Clinical Reasoning. *The British Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 57-64. doi:10.1177/030802269706000204
- Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd. pp. 269-290, traduit par N. Cantin). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- DeGrazia, D., et Beauchamps, T. L. (2001). Philosophy. Dans J. Sugarman et D. P. Sulmasy (Dir.), *Methods of medical ethics* (pp. 31-46). Washington DC : Georgetown University Press
- DeKeyser Ganz, F., et Berkovitz, K. (2012). Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1516-1525. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05897.x
- Delaney, C. (2009). Ethics education will help clarify issues. *The Australian Journal Of Physiotherapy*, 55(1), 72-72.
- Delany, C. M., Edwards, I., Jensen, G. M., et Skinner, E. (2010). Closing the gap between ethics knowledge and practice through active engagement: an applied model of physical therapy ethics. *Physical Therapy*, 90(7), 1068-1078. doi:10.2522/ptj.20090379

- Dieruf, K. (2004). Ethical decision-making by students in physical and occupational therapy. *Journal Of Allied Health*, 33(1), 24-30.
- Doherty, R. F. (2009). Ethical practice. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn, et B. A. B. Schell (Dir.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11^e éd. pp. 413-425). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2^e éd). Québec (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J. et Hudon, A. (2015). Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(1), 51-62. doi:10.1007/s11019-014-9576-7
- Drolet, M.-J., Lalancette, M. et Caty, M.-È. (2015). *ABC de l'argumentation : pour les professionnels de la santé et toute autre personne qui souhaite convaincre*. Québec (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Durocher, E. et Gibson, B. E. (2010). Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 2-7. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00826.x
- Edwards, I., Braunack-Mayer, A. et Jones, M. (2005). Ethical reasoning as a clinical-reasoning strategy in physiotherapy. *Physiotherapy*, 91(4), 229-236. doi:10.1016/j.physio.2005.01.010
- Enck, G. (2014). Six-step framework for ethical decision making. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19(1), 62-64. doi:10.1177/1355819613511599
- Erbay, H. (2016). Some Ethical Issues in Prehospital Emergency Medicine. *Turkish Journal Of Emergency Medicine*, 14(4), 193-198. doi:10.5505/1304.7361.2014.32656
- Eren, N. (2014). Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nursing Ethics*, 21(3), 359-373. doi:10.1177/0969733013500161
- Ferland, F. et Dutil, É. (2013). *Histoire de l'ergothérapie au Québec histoire d'une profession*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Ferrie, S. (2006). A quick guide to ethical theory in healthcare: solving ethical dilemmas in nutrition support situations. *Nutrition in Clinical Practice*, 21(2), 113-117.
- Fleming, M. H. et Mattingly, C. (2008). Action and narrative : Two dynamics of clinical reasoning. Dans J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (Dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (3^e éd., pp. 55-64). Edinburgh New York: Elsevier, Butterworth Heinemann.

- Fletcher, J. C., et Siegler, M. (1996). What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *The Journal Of Clinical Ethics*, 7(2), 122-126.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fortin, P. et Parent, P.-P. (2004). *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles : guide de formation*. Paris : L'Harmattan.
- Fournier, V., Rari, E., Forde, R., Neitzke, G., Pegoraro, R. et Newson, A. J. (2009). Clinical ethics consultation in Europe: a comparative and ethical review of the role of patients. *Clinical Ethics*, 4(3), 131-138. doi:10.1258/ce.2009.009020
- Fournier, V., Spranzi, M., Foureur, N. et Brunet, L. (2015). The "Commitment Model" for Clinical Ethics Consultations: Society's Involvement in the Solution of Individual Cases. *Journal of Clinical Ethics*, 26(4), 286-296.
- Ganz, F. D., Wagner, N. et Toren, O. (2015). Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *Nursing Ethics*, 22(1), 43-51. doi:10.1177/0969733013515490
- Geddes, E. L., Salvatori, P. et Eva, K. W. (2009). Does moral judgement improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training? *Learning in Health & Social Care*, 8(2), 92-102. doi:10.1111/j.1473-6861.2008.00205.x
- Ghazal, L., Saleem, Z. et Amlani, G. (2014). Resolving ethical dilemma: an application of a theoretical model. *Khyber Medical University Journal*, 6(3), 135-138.
- Gibson, D., Velde, B., Hoff, T., Kvashay, D., Manross, P. L. et Moreau, V. (2000). Clinical Reasoning of a Novice versus an Experienced Occupational Therapist: A Qualitative Study. *Occupational Therapy in Health Care*, 12(4), 15. doi:10.1080/J003v12n04_02
- Gillon, R. (2015). Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *Journal Of Medical Ethics*, 41(1), 111-116. doi:10.1136/medethics-2014-102287
- Glaser, J. W. (1994). *Three Realms of Ethics: Individual, Institutional, Societal*.
- Goelen, G., Rigo, A., Fontaine, C., Wanrooij, B. et De Grève, J. (2001). Moral issues in day-to-day palliative medicine and their relevance for the education of European general practitioners. *Journal Of Cancer Education : The Official Journal Of The American Association For Cancer Education*, 16(1), 12-14.
- Goulet, M. et Drolet, M.-J. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *BioéthiqueOnline*, 6, 6.

- Gouvernement du Québec. (2017). Survol de l'éthique en santé et services sociaux Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ethique/ethique-en-sante-et-services-sociaux/survol-de-l-ethique-en-sante-et-services-sociaux/>
- Greene, D. (1997). The Use of Service Learning in Client Environments To Enhance Ethical Reasoning in Students. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), 844-852.
- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.
- Hamilton, C. W. (2012). The right way to avoid doing wrong: a multistep model for making ethical decisions. *AMWA Journal : American Medical Writers Association Journal*, 27(1), 3-6.
- Higgs, J., & Jones, M. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus, et N. Christensen (Dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (3^e éd. pp. 3-19). Edinburgh New York: Elsevier, Butterworth Heinemann.
- Ho, A., Spencer, M. et McGuire, M. (2015). When Frail Individuals or Their Families Request Nonindicated Interventions: Usefulness of the Four-Box Ethical Approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1674-1678. doi:10.1111/jgs.13531
- Hornos, H. E., Pleguezuelos, M. E., Brailovsky, A. C., Harillo, D. L., Dory, D. V. et Charlin, D. B. (2013). The Practicum Script Concordance Test: An Online Continuing Professional Development Format to Foster Reflection on Clinical Practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(1), 59-66. doi:10.1002/chp.21166
- Horowitz, B. P. (2003). Ethical Decision-Making Challenges in Clinical Practice. *Occupational Therapy in Health Care*, 16(4), 1-14. doi:10.1080/J003v16n04_01
- Hudon, A., Lalibert, M., Hunt, M., Sonier, V., Williams-Jones, B., Mazer, B., . . . Ehrmann Feldman, D. (2014). What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada. *Disability & Rehabilitation*, 36(9), 775-780. doi:10.3109/09638288.2013.813082
- Hunt, M. R., et Ells, C. (2013). A patient-centered care ethics analysis model for rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(9), 818-827. doi:10.1097/PHM.0b013e318292309b

- Jankowski, J., Seastrum, T., Swidler, R. N. et Shelton, W. (2009). For lack of a better plan: a framework for ethical, legal, and clinical challenges in complex inpatient discharge planning. *HEC Forum : An Interdisciplinary Journal On Hospitals' Ethical And Legal Issues*, 21(4), 311-326. doi:10.1007/s10730-009-9117-6
- Jonsen, A. R., Siegler, M. et Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics : a practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (7^e éd.). New York : McGraw-Hill Professional.
- Jurchak, M. et Eagan-Bengston, E. (2012). The inquiry of ethics rounds. Dans M. Hickey et P. B. Kritek (Dir.), *Change leadership in nursing: How change occurs in a complex hospital system*. (pp. 164-172). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Kanny, E. M. (1996). *Occupational therapists' ethical reasoning: Assessing student and practitioner responses to ethical dilemmas*. (Ph.D., University of Washington).
- Kanny, W. M. et Slater, D. Y. (2008). Ethical reasoning. Dans B. A. B. Schell et J. W. Schell (Dir.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy* (pp. 188-209). Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kassberg, A.-C., et Skär, L. (2008). Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(4), 204-211. doi:10.1080/11038120802087618
- Kidder, R. M. (1995). *How good people make tough choices*. New York: Morrow.
- Kinsella, E., Park, A., Appiagyei, J., Chang, E. et Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-183.
- Kirsch, N. R. (2009). Ethical decision making: application of a problem-solving model. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 25(4), 282-291.
- Knapp, S. J., Gottlieb, M. C. et Handelsman, M. M. (2015). The ethical decision-making model *Ethical dilemmas in psychotherapy: Positive approaches to decision making*. (pp. 25-45). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Knapp, S. J., Gottlieb, M. C., Handelsman, M. M. et VandeCreek, L. D. (2012). *APA handbook of ethics in psychology, Vol 1: Moral foundations and common themes*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Knox, J. B. L. (2014). The 4C model: A reflective tool for the analysis of ethical cases at the neonatal intensive-care unit. *Clinical Ethics*, 9(4), 120-126. doi:10.1177/1477750914558551

- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development : the nature and validity of moral stages*. San Francisco : Harper & Row.
- Kornblau, B. L. et Burkhardt, A. (2012). *Ethics in rehabilitation : a clinical perspective* (2^e éd.). Thorofare, N.J.: SLACK.
- Kotzee, B., Ignatowicz, A. et Thomas, H. (2017). Virtue in Medical Practice: An Exploratory Study. *HEC Forum*, 29(1), 1-19. doi : 10.1007/s10730-016-9308-x
- Kyler, P. (1998). Putting everyday ethics into action. *OT Practice*, 3(5), 36-40.
- Laliberté, M., Hudon, A., Mazer, B., Hunt, M. R., Ehrmann Feldman, D. et Williams-Jones, B. (2015). An in-depth analysis of ethics teaching in Canadian physiotherapy and occupational therapy programs. *Disability and rehabilitation*, 37(24), 2305-23011. doi:10.3109/09638288.2015.1015687
- Landry, C. (2017). Not knowing the "right thing to do:" Moral distress and tolerating uncertainty in medicine. *Clinical Ethics*, 12(1), 37-44. doi:10.1177/1477750916661978
- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Levack, W. M. M. (2009). Ethics in goal planning for rehabilitation: a utilitarian perspective. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 345-351. doi:10.1177/0269215509103286
- McCullough, L. B., Coverdale, J. H. et Chervenak, F. A. (2004). Argument-based medical ethics: a formal tool for critically appraising the normative medical ethics literature. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 191(4), 1097-1102.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec. (2017). *Éthique en santé et services sociaux*. Gouvernement du Québec Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ethique/ethique-en-sante-et-services-sociaux/survol-de-l-ethique-en-sante-et-services-sociaux/>
- Mino, J., Copel, L. et Zucker, J. (2008). A French perspective on hospital ethics committees. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(3), 300-307.
- Molewijk, B., Kleinlugtenbelt, D., Pugh, S. M., & Widdershoven, G. (2011). Emotions and clinical ethics support. A moral inquiry into emotions in moral case deliberation. *HEC forum*, 23(4), 257-268.
- Nash, R. J. (1996). *Real world ethics : frameworks for educators and human service professionals*. New York: Teachers College Press.

- Ortiz, M. (2012). Solving ethical dilemmas in dental hygiene practice. *RDH*, 32(4), 46-52.
- Park, E.-J. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics*, 19(1), 139-159. doi:10.1177/0969733011413491
- Patenaude, J. et Legault, G. A. (1996). *Enjeux de l'éthique professionnelle*. Sainte-Foy [Québec] : Presses de l'Université du Québec.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Fine, A. et Jakel, P. (2013). Making the call: a proactive ethics framework. *HEC forum*, 25(3)25, 269-283.
- Pearlman, R. A., Foglia, M. B., Fox, E., Cohen, J. H., Chanko, B. L. et Berkowitz, K. A. (2016). Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records. *The American Journal of Bioethics*, 16(3), 3-14. doi:10.1080/15265161.2015.1134704
- Pedersen, R., Hurst, S. A., Schildmann, J., Schuster, S. et Molewijk, B. (2010). The development of a descriptive evaluation tool for clinical ethics case consultations. *Clinical Ethics*, 5(3), 136-141. doi:10.1258/ce.2010.010025
- Penny, N. H. et You, D. (2011). Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions. *Occupational Therapy in Health Care*, 2011, Vol.25(2-3), p.150-163, 25(2-3), 150-163. doi:10.3109/07380577.2011.565544
- Pfäfflin, M., Kobert, K. et Reiter-Theil, S. (2009). Evaluating clinical ethics consultation: a European perspective. *Cambridge Quarterly Of Healthcare Ethics: CQ : The International Journal Of Healthcare Ethics Committees*, 18(4), 406-419. doi:10.1017/S0963180109090604
- Pirschel, C. (2016). Ethical Dilemmas at the End of Life. *ONS Connect*, 31(9), 10-14.
- Pitman, A. et Kinsella, E. A. (2012). Engaging phronesis in professional education and practice. Dans E. A. Kinsella et A. Pitman (Dir.), *Phronesis As Professional Knowledge : Practical Wisdom in the Professions* (pp. 1-11). Rotterdam : Sense Publishers.
- Preshaw, D. H. L., Brazil, K., McLaughlin, D. et Frolic, A. (2016). Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(5), 490-506. doi:10.1177/0969733015576357
- Provencher, M. (2008). *Petit cours d'éthique et politique*. Montréal : Chenelière-éducation.
- Purtilo, R. B. (2000). Moral courage in times of change: Visions for the future. *Journal of Physical Therapy Education*, 14(3), 4.

- Purtilo, R. B. et Doherty, R. F. (2011). *Ethical dimensions in the health professions* (5^e éd.). St. Louis, Missouri : Elsevier/Saunders.
- Quintin, J. et Boire-Lavigne, A. M. (2013). Exercer une délibération en éthique clinique avec le souci de l'expérience des personnes. *Cahier Professeur Éthique Profession MD III*.
- Rogers, J. C. et Holm, M. B. (1991). Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 45(11), 1045.
- Rushton, C. H. (2006). Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN Advanced Critical Care*, 17(2), 161-168.
- Sade, R. M. (2016). Ethical and Legal Issues in Pediatrics. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 44(2), 228-230. doi:10.1177/1073110516654117
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé : guide pour l'intégration de l'éthique dans les pratiques infirmière*. Montréal (Québec) : Gaëtan Morin.
- Saint-Arnaud, J. (2007). La démarche réflexive et interdisciplinaire en éthique de la santé : un outil d'intégration des savoirs et des pratiques. *Éthique & Santé*, 4(4), 200-206. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S1765-4629\(07\)79750-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1765-4629(07)79750-7)
- Sasso, L., Bagnasco, A., Bianchi, M., Bressan, V. et Carnevale, F. (2016). Moral distress in undergraduate nursing students. *Nursing Ethics*, 23(5), 523-534. doi:10.1177/0969733015574926
- Sasso, L., Delogu, B., Carrozzino, R., Aleo, G. et Bagnasco, A. (2016). Ethical issues of prison nursing : A qualitative study in Northern Italy. *Nursing Ethics*. 1-17
- Schell, B. A. B. (2009). Professional reasoning in practice. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn et B. A. B. Schell (Dir.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11^e éd. pp. 384-397). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Schildmann, J., Molewijk, B., Benaroyo, L., Forde, R. et Neitzke, G. (2013). Evaluation of clinical ethics support services and its normativity. *Journal Of Medical Ethics*, 39(11), 681-685.
- Schildmann, J., Molewijk, B., Benaroyo, L., Forde, R. et Neitzke, G. (2014). Evaluation of Clinical Ethics Support Services: Theory, methodology & results. *Bioethics*, 28(9), iv-iv. doi:10.1111/bioe.12136

- Schildmann, J. et Vollmann, J. (2010). Evaluation of Clinical Ethics Consultation: A systematic Review and Critical Appraisal of Research Methods and Outcome Criteria. Dans J. Vollmann, J.-S. Gordon et J. Schildmann (Dir.), *Clinical Ethics Consultation : Theories and Methods, Implementation, Evaluation*. Farnham, Surrey, UK : Routledge.
- Schloss, A. J. (2012). A systematic format for resolving ethical issues in clinical periodontics. *The Journal Of The American College Of Dentists*, 79(3), 42-47.
- Seedhouse, D. (2004). *Health promotion : philosophy, prejudice, and practice* (2^e éd.). New York : J. Wiley.
- Seedhouse, D. (2009). *Ethics : the heart of health care* (3^e éd.). Chichester, Angleterre : Wiley-Blackwell : Values Exchange.
- Singer, P. (1997). *Questions d'éthique pratique*. Paris : Bayard.
- Slater, D. et Brandt, L. (2009). Combating moral distress. *OT Practice*, 14(2), 13-16.
- Smith, M., Higgs, J. et Ellis, E. (2008). Factors influencing clinical decision making. Dans J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (Dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (3^e éd. pp. 89-100). Edinburgh New York: Elsevier, Butterworth Heinemann.
- Sokol, D. K. (2009). Rethinking ward rounds. *BMJ*, 338(mar04 3). doi:10.1136/bmj.b879
- Svantesson, M., Löfmark, R., Thorsén, H., Kallenberg, K. et Ahlström, G. (2008). Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *Journal Of Medical Ethics*, 34(5), 399. doi:10.1136/jme.2006.019810
- Swisher, L. L., Arslanian, L. E. et Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual-Process-Situation (RIPS) Model of Ethical Decision-Making. *HPA Resource*, 5(3), 1-8.
- Tarzian, A. J. (2013). Health care ethics consultation: an update on core competencies and emerging standards from the American Society For Bioethics and Humanities' core competencies update task force. *The American Journal Of Bioethics: AJOB*, 13(2), 3-13. doi:10.1080/15265161.2012.750388
- Toren, O. et Wagner, N. (2010). Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. *Nursing Ethics*, 17(3), 393-402. doi:10.1177/0969733009355106
- Townsend, E. et Wilcock, A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. doi:10.1177/000841740407100203

- Tulsky, J. A. et Fox, E. (1996). Evaluating ethics consultation: framing the questions. *The Journal Of Clinical Ethics*, 7(2), 109-115.
- Tulsky, J. A. et Stocking, C. B. (1996). Obstacles and opportunities in the design of ethics consultation evaluation. *The Journal Of Clinical Ethics*, 7(2), 139-145.
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. et Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1708-1719. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.050
- Van Denend, T. et Finlayson, M. (2007). Ethical decision making in clinical research: application of CELIBATE. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 92-95.
- Vollmann, J., Gordon, J.-S. et Schildmann, J. (2010). *Clinical Ethics Consultation : Theories and Methods, Implementation, Evaluation*. Farnham, Surrey, UK : Routledge.
- Waltz, C. F., Strickland, O. et Lenz, E. R. (2017). *Measurement in Nursing and Health Research* (5^e éd.). New York : Springer Publishing Company.
- White, J. C., Dunn, P. M. et Homer, L. (1997). A practical instrument to evaluate ethics consultations. *HEC Forum : An Interdisciplinary Journal On Hospitals' Ethical And Legal Issues*, 9(3), 228-246.
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Williamson, L. (2007). Empirical assessments of clinical ethics services: implications for clinical ethics committees. *Clinical Ethics*, 2(4), 187-192. doi:10.1258/147775007783560184
- Wittman, P. P. (1991). *Cognitive developmental level and clinical behaviors in occupational therapy students: An exploratory investigation*. (Dissertation), ProQuest Information & Learning, US.

ANNEXE A

PREMIÈRE VERSION DES CRITÈRES D'ANALYSE

1. Pertinence éthique

- La ressource est-elle basée sur des théories et fondements éthiques ou philosophiques ?
- Les théories ou fondements éthiques ou philosophiques qui sont au fondement de la ressource sont-elles nommées et expliquées ?
- La ressource permet-elle d'identifier les valeurs en jeu et les parties prenantes de ces valeurs ?

2. Cohérence et exhaustivité

- La ressource éthique permet-elle d'identifier clairement les éléments de la problématique qui sont en jeu ?
- La ressource utilise-t-elle des arguments valides et cohérents ?
- La ressource propose-t-elle des possibilités d'actions ou elle favorise l'élaboration d'actions par la personne qui l'utilise ?

3. Convivialité

- La ressource est-elle facile à comprendre (acceptable) pour un professionnel qui n'a pas ou peu de connaissances en éthique ?
- La ressource nécessite-t-elle une formation spécifique pour être utilisée par les professionnels ?
- La ressource peut-elle être utilisée avec des enjeux éthiques de différents niveaux (individuel, équipe, organisation, système) ?

4. Disponibilité

- Quelle est la durée approximative de la consultation de la ressource éthique ? (Incluant la préparation, le temps direct et le suivi).
- La ressource est disponible à quelle fréquence ?

ANNEXE B

DEUXIÈME VERSION DES CRITÈRES D'ANALYSE

1. Pertinence éthique

- La ressource est-elle basée sur des théories et fondements éthiques ou philosophiques ?
- Les théories ou fondements éthiques ou philosophiques qui sont au fondement de la ressource sont-elles nommées et expliquées ?
- La ressource permet-elle d'identifier les valeurs en jeu et les parties prenantes de ces valeurs ?

2. Cohérence et exhaustivité

- La ressource éthique permet-elle d'identifier clairement les éléments de la problématique qui sont en jeu ?
- La ressource utilise-t-elle des arguments valides et cohérents, tels que ceux proposés par DeGrazia et Beauchamps (2001) ?
- Le stade de développement éthique de Kohlberg (1986) de l'utilisateur est-il considéré dans la ressource ?
- La ressource propose-t-elle des possibilités d'actions ou favorise-t-elle l'élaboration d'actions par la personne qui l'utilise ?

3. Convivialité

- La ressource est-elle facile à comprendre (vulgarisée et utilisant un niveau de langage adéquat) pour les professionnels ?
- La ressource nécessite-t-elle une formation spécifique pour être utilisée par les professionnels ?
- La ressource favorise-t-elle le développement de connaissances en éthique ?
- La ressource peut-elle être utilisée avec des enjeux éthiques de différents niveaux (individuel, équipe, organisation, système) ?

4. Efficacité

- Quelle est la durée approximative de la consultation de la ressource éthique (incluant la préparation, le temps direct et le suivi) ?
- La ressource est disponible à quelle fréquence ?
- L'utilisation de la ressource engendre-t-elle des coûts associés ? Si oui, sont-ils raisonnables ?

ANNEXE C

Tableau 17.
Descriptions des articles sélectionnés

#	Auteur, année de publication	Pays concernés	Discipline/profession/domaine	Type de ressource	Forces et limites de l'article et de la ressource
1	(Aulisio et coll., 2009)	États-Unis	Milieu hospitalier, 3 ^e ligne.	Consultation à trois volets (comité complet, petite équipe adaptative, individuelle)	Limite dans la méthodologie, ressource bien présentée.
2	(Gillon, 2015)	Grande-Bretagne	Médecine	Approche des quatre principes	Opinion d'expert, arguments à l'aide des écrits scientifiques, la ressource est peu présentée.
3	(Schloss, 2012)	États-Unis	Médecine dentaire	Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Les fondements de la ressource sont bien présentés, la ressource n'est pas assez présentée pour être utilisée en clinique.
4	(Saint-Arnaud, 2007)	Canada	Soins santé généraux	Modèle de prise de décision interdisciplinaire par étapes (10) avec une approche dialectique.	Proposition d'une démarche réflexive par étapes. L'article comprend beaucoup d'explications théoriques à chaque étape justifiant l'étape, mais peu d'explications comment utiliser chaque étape.
5	(Cowan et Haslam, 2008)	Grande-Bretagne	Médecine	Ligne téléphonique 24 h/7 avec expert consultant	La satisfaction de la réponse qui est donnée n'est pas évaluée.
6	(Fournier et coll., 2009)	Europe	Soins santé généraux	Comité d'éthique clinique avec et sans participation client.	Soulèvent des éléments pour la participation du client au comité
7	(Brabender et Fallon, 2009)	États-Unis	Psychiatrie	Combinaison des principes (bienfaisance, non-malfaisance, justice, autonomie, fidélité) et de 3 théories (vertu, féministe et casuistique)	Article présente beaucoup les fondements de la ressource, mais peu les manières de l'utiliser.
8	(Kirsch, 2009)	États-Unis	Physiothérapie	Modèle RIPS combiné à 4 étapes de prise de décision	Ressources pertinentes pour l'équilibre entre l'éthique et les étapes permettant de structurer la réflexion et facilitant l'approche clinique.

Tableau 17. Suite

9	(Bolin et coll., 2008)	États-Unis	Médecine	Comité d'éthique téléphonique	Aspect intéressant pour les professionnels éloignés.
10	(Barsky, 2008)	États-Unis	Travail social	Modèle de résolution de problème 4 étapes	Participation de la clientèle dans la réflexion. Peu de fondements éthiques et beaucoup de liens avec la religion dans l'article.
11	(Delany et coll., 2010)	Australie	Physiothérapie	Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Le but de la ressource est de diminuer l'écart entre la littérature éthique et la pratique qui aurait pour conséquence de résoudre les enjeux éthiques.
12	(Hamilton, 2012)	États-Unis	Marketing médical	Modèle de prise de décision RIPS en 4 étapes	Propose une image du modèle qui est accrocheuse. Modèle très simple et décrit brièvement, peu de fondements éthiques.
13	(Ferrie, 2006)	Australie	Nutrition	Modèle de résolution de problème en 5 étapes avec sous-questions pour orienter la réflexion.	Modèle qui nécessite de l'éducation pour être utilisé, car pose des questions sur théories éthiques impliquées (elles doivent être connues)
14	(Enck, 2014)	États-Unis	Médecine	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	L'étape de l'identification peut détourner le professionnel du sujet car les choix sont donnés entre une problématique éthique, légale, institutionnelle ou sociale alors que l'enjeu éthique peut tout de même être de différent niveau.
15	(Brockett et Dick, 2006)	Canada	Ergothérapie	Cadre de référence en étapes avec quelques sous-questions	La manière de séparer la problématique éthique avec un cadre de référence en ergothérapie (PEO) peut être intéressante pour structurer l'idée et pour faciliter la compréhension des ergothérapeutes.
16	(Ghazal et coll., 2014)	Pakistan	Médecine	Modèle de prise de décision en 5 étapes (MORAL)	Offre une structure de réflexion toutefois le professionnel doit connaître les « critères éthiques » pour être en mesure de choisir parmi ceux-ci.
17	(Ho et coll., 2015)	Canada	Médecine	Réflexion personnelle avec modèle des 4 boîtes	Le fondement éthique de cette ressource vient de l'éthique narrative et des soins centrés sur le client. Seules les valeurs du client sont considérées.
18	(Hunt et Ells, 2013)	Canada	Réadaptation	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Modèle centré sur le client qui est très utile dans le cas d'une problématique qui confronte peu le professionnel face à ses valeurs personnelles et qui est très spécifique à un client.
19	(Jankowski et coll., 2009)	États-Unis	Travail social	Modèle de prise de décision trois options selon l'enjeu	La ressource oriente la réflexion selon le problème, elle est toutefois expliquée très brièvement dans cet article scientifique.

Tableau 17. Suite

20	(Jurchak et Eagan-Bengston, 2012)	États-Unis	Sciences infirmières	Rondes éthiques	Intéressant par profession et le moment prédéfini pour répondre aux besoins éthiques.
21	(Knapp et coll., 2015)	États-Unis	Psychologie	Modèle de prise de décision en 5 étapes	L'article présente bien l'évolution de certaines ressources éthiques, la ressource est semblable aux autres ressources par étapes.
22	(Sokol, 2009)	États-Unis	Soins de santé généraux	Liste à cocher	Présentation très brève de la ressource limitant l'explication des fondements. Littérature grise : observation d'expert. La ressource est différente de toutes les autres.
23	(Knox, 2014)	Danemark	Médecine et soins infirmiers	Approche des 4 C (contexte, conséquences, [préoccupation] et conflits) avec 24 sous-questions	Méthodologie de la création de la ressource est bien présentée et les explications sont cohérentes, elle ressemble en plusieurs points à l'analyse des besoins en matière de ressource éthique qui a été faite pour l'ergothérapie. La principale limite de la ressource c'est qu'elle oriente peu dans les actions à prendre.
24	(Mino et coll., 2008)	France	Soins de santé généraux	Projet éthique (2 types de comités et un séminaire)	Ressource très intéressante par rapport à la culture française, laisse une grande autonomie professionnelle au médecin.
25	(Park, 2012)	Corée	Soins infirmiers	Modèle de prise de décision en 6 étapes	Ressource pertinente pour la recherche qui a été effectuée dans la littérature. La méthodologie est très bien présentée.
26	(Rushton, 2006)	États-Unis	Soins infirmiers en soins aigus	Méthode de prise de décision selon quatre étapes (A)	La ressource ne résout pas nécessairement l'enjeu éthique, mais elle a pour but d'agir lorsqu'il y a un enjeu éthique qui est vécu dans l'environnement de travail. Les 4 A sont ask, affirm, assess, act.
27	(Svantesson et coll., 2008)	Suède	Soins infirmiers et médecine	Rondes éthiques	Article très bien détaillé et précis dans les informations.
28	(Toren et Wagner, 2010)	Israël	Infirmier(e)s gestionnaire	Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Composantes du modèle apportent une distinction différente, particulièrement l'application de la solution à des cas semblables.

Tableau 17. Suite

29	(Van Denend et Finlayson, 2007)	États-Unis	Ergothérapie	Modèle CELIBATE de résolution de problème en 10 étapes	Les fondements du modèle relèvent plus de la déontologie que de l'éthique, mais proposent tout de même des éléments éthiques pour analyser la situation. Donne une grande place aux devoirs professionnels et aux lois.
30	(Drolet et Hudon, 2015)	Canada	Physiothérapie et ergothérapie	Cadre éthique quadripartite	Outil d'analyse pertinent et bonne démonstration de son utilisation dans la pratique. Théorie éthique très poussée, nécessite des connaissances éthiques pour comprendre,
31	(Ortiz, 2012)	États-Unis	Hygiène dentaire	Modèle de résolution de problème en étapes	Modèle qui s'appuie entièrement sur les 4 principes (bienfaisance, autonomie, justice et non-malveillance)
32	(Quintin et Boire-Lavigne, 2013)	Canada	Médecine	Modèle de prise de décision en 4 étapes	Modèle qui considère le sens de l'expérience des enjeux éthique selon les différents acteurs et qui met de l'avant la pratique réflexive quant à l'exercice de délibération

ANNEXE D

Tableau 18.
Présentation des étapes des ressources réflexives

#3 (Schloss, 2012)	#10 (Barsky, 2008)	#11 (Delany et coll., 2010)	#13 (Ferrie, 2006)
Modèle de résolution de problème en 5 étapes	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Modèle de résolution de problème en 3 étapes	Modèle de résolution de problème en 5 étapes
Formuler une question éthique.	(approche centrée sur les intérêts)	Écoute active Exemple de questions : Comment le patient et l'équipe de soins projettent leur histoire ? Comment se décrivent-ils dans l'histoire ? Pourquoi disent-ils l'histoire de cette manière ?	Clairement nommer la ou les questions du cas
Rédiger l'histoire narrative.			Établir s'il y a des lignes directrices qui sont pertinentes dans le cas
Présenter la problématique.	Séparer la personne du problème	Pensée réflexive Exemple de questions : Quels buts et valeurs je mets de l'avant dans un traitement précis en tant que physiothérapeute? Quels buts et valeurs sont inhérents au traitement? Quelle est l'influence de mon langage et de mes méthodes de traitement sur le patient et les autres?	Obtenir les informations objectives qui sont nécessaires
Discuter de la problématique.	Centrer la personne sur les intérêts dans la situation plutôt que sur leurs positions	Raisonnement critique. Comment l'enjeu éthique est vécu dans les domaines suivants : domaine du patient et du thérapeute, domaine de l'organisation, domaine sociétal	Définir les termes importants dans la situation
Donner les possibilités d'action qui demeurent éthique dans la situation.	Aider la personne à générer des options comportant des gains mutuels. Aider la personne à choisir des solutions basées sur des critères objectifs.		Considérer toutes les informations et discuter avec les parties prenantes.

Tableau 18. Suite

#14 (Enck, 2014)	#15 (Brockett et Dick, 2006)	#29 (Van Denend et Finlayson, 2007)	#31 (Ortiz, 2012)
Modèle de résolution de problème en 6 étapes	Modèle de résolution de problème en 4 étapes	Modèle CELIBATE de résolution de problème en 10 étapes	Modèle de résolution de problème en 6 étapes
<p>Information : obtenir le plus d'informations possibles à propos de l'histoire sociale et médicale du patient</p> <p>Identification : Évaluer si la question est de nature éthique</p> <p>Clarification : Clarifier qui est impliqué dans la situation et ce qu'ils en comprennent. Formuler une question éthique.</p> <p>Évaluer : considérations médicales, les préférences, intérêts, valeurs et qualité de vie du client</p> <p>Recommandation : faire une recommandation que tous peuvent comprendre</p> <p>Documentation : Noter la recommandation, faire le suivi et demander de la rétroaction à propos de la recommandation.</p>	<p>Connaissance de soi : prendre conscience de son PEO et en comment il interagit avec celui des autres</p> <p>Sensibilité éthique : approfondir le sujet en observant qui est impliqué, identifier les barrières légales qui favorisent ou limitent l'action éthique</p> <p>a. L'occupation du raisonnement éthique : Déterminer le but du client, aider les personnes impliquées à mieux comprendre la situation</p> <p>b. Atteindre un jugement ou une décision éthique</p> <p>Motivation éthique et caractère éthique : Décider des actions qui vont de paires avec la décision éthique.</p>	<p>Identifier le problème</p> <p>Identifier les faits</p> <p>Identifier les parties concernées</p> <p>Identifier la nature de leurs intérêts</p> <p>Examiner les dilemmes éthiques potentiels</p> <p>Examiner les dilemmes légaux potentiels</p> <p>Demander si plus d'information est nécessaire</p> <p>Faire un remue-méninge des étapes possibles de l'action</p> <p>Analyser les étapes</p> <p>Choisir un plan d'action pour chacune des étapes</p>	<p>Identifier le problème éthique</p> <p>Recueillir les informations</p> <p>Liste les options</p> <p>Appliquer les principes éthiques aux options</p> <p>Faire un choix</p> <p>Implanter la décision</p>

Tableau 18. Suite

#4 (Saint-Arnaud, 2007)	#8 (Kirsch, 2009)	#12 (Hamilton, 2012)
Modèle de prise de décision en 10 étapes	Modèle de prise de décision RIPS en 4 étapes	Modèle de prise de décision en 5 étapes RIGHT
<p>Identifier les problèmes d'éthique en cause</p> <p>Recueillir l'information sur les faits et identifier les faits qui sont pertinents au regard de la problématique à traiter</p> <p>Identifier les personnes impliquées et leurs rôles et leurs buts.</p> <p>Identifier les options possibles en termes d'interventions.</p> <p>Identifier les normes et les contraintes légales, sociales, déontologiques, institutionnelles et gouvernementales</p> <p>Repérer les lignes directrices, les études de cas, les principes et théories éthiques pour analyser et solutionner le problème en cause</p> <p>Procéder à l'analyse en établissant des liens entre les faits pertinents et les repères éthiques appropriés</p> <p>Proposer options éthiquement acceptables et les discuter en visant un consensus sur une option à privilégier</p> <p>Choisir une des options de manière consensuelle et la mettre en application</p> <p>. Faire l'évaluation de l'intervention et l'intégrer à un rapport</p>	<p>Reconnaître et définir la problématique éthique</p> <p>Reconnaître le domaine, le processus personnel et le type d'enjeu éthique.</p> <p>Réfléchir</p> <p>Exemple de questions : Que faut-il savoir à propos de la situation, le patient et la famille? Adaptation du test de Kiddler: le test légal, le stretch test, l'évaluation de la page couverture, de la mère, des valeurs professionnelles.</p> <p>Choisir la bonne action à faire selon une des trois approches : approche centrée sur les règles, approche centrée sur la finalité, approche centrée sur le <i>care</i>.</p> <p>Implanter, évaluer, réévaluer</p> <p>Exemple de questions : Qu'est-ce que le professionnel a appris ?</p>	<p>« R » reconnaître la situation éthique</p> <p>« I » <i>investigate the facts</i> pour examiner les faits et les suppositions</p> <p>« G » <i>gauge the situation and decide</i> pour évaluer la situation et décider</p> <p>« H » <i>handle the situation and decide</i> pour prendre en main la situation et implanter une décision</p> <p>« T » <i>tailor the decision</i> pour adapter la décision (évaluer et réviser)</p>

Tableau 18. Suite

#16 (Ghazal et coll., 2014)	#18 (Hunt et Ells, 2013)	#21 (Knapp et coll., 2015)	#25 (Park, 2012)
Modèle de prise de décision en 5 étapes MORAL	Modèle de prise de décision en 6 étapes (<i>Patient-Centered Care Ethics Analysis Model for Rehabilitation, PCEAM-R</i>)	Modèle de prise de décision en 5 étapes	Modèle de prise de décision en 6 étapes
« M » Massage the dilemma qui consiste à obtenir les informations	Approche centrée sur le client	Identifier le problème	Identification de la problématique éthique
« O » outline options qui consiste à énumérer les différentes options	Identifier le problème éthique : quel est l'enjeu et pour qui?	Développer des hypothèses de solutions (écouter et discuter)	Collecte d'information additionnelle pour identifier le problème et développer des solutions
« R » review criteria and resolve qui consiste à revoir les critères éthiques et à résoudre le dilemme	Collecter les informations : Que doit-on savoir pour évaluer la problématique?	Analyser et évaluer	Développement d'alternatives pour l'analyse et la comparaison
« A » affirm position and act pour prendre la décision finale et la mettre en action	Revoir et analyser : Doit-on reformuler la problématique et qu'est-ce qui nous aiderait à mieux la comprendre?	Agir ou performer	Sélection des meilleures alternatives et la justification
« L » look back qui consiste à avoir une pratique réflexive.	Identifier et peser les options : Quelles sont les options et les justifications qui les soutiennent?	Porter un regard critique et évaluer les résultats.	Développement de divers moyens d'implanter la décision et l'action éthique
	Prendre une décision : Quelles est la meilleure décision et comment l'implanter?		L'évaluation des effets et le développement de stratégies pour éviter des problèmes semblables
	Évaluer et faire un suivi : Quel a été le résultat et qu'est-ce qu'on a appris		

Tableau 18. Suite

#26 (Rushton, 2006)	#28 (Toren et Wagner, 2010)	#32 (Quintin et Boire-Lavigne, 2013)
Modèle de prise de décision des 4 A	Modèle de prise de décision éthique en 6 étapes	Modèle de prise de décision en 4 étapes
Ask : devenir conscient qu'il y a la présence de détresse éthique	Définir le dilemme éthique	Le questionnement (qui, quoi)
Affirm : Affirmer sa détresse éthique et son engagement à l'adresser	Clarifier les valeurs personnelles, les principes éthiques et les lois impliquées	La délibération pour chaque personne concernée :
Assess : Identifier les sources de détresse, identifier l'intensité de la détresse, observer l'inclination d'agir	Identifier les actions possibles	Savoir : identifier les faits, le vécu et le sens
Act : Préparer à agir, agir, anticiper et préparer les échecs, préparer et s'occuper des effets indésirables, continuer d'implanter le modèle pour résoudre les enjeux.	Choisir une action	Devoir : Identifier les valeurs, les normes, les enjeux éthiques
	Initier des discussions à propos des enjeux qui ne sont pas résolus	Pouvoir et prévoir : concevoir les possibilités d'action
	Généraliser la solution à des cas similaires	La décision et sa justification : faire un plan d'action et le justifier selon le raisonnement éthique
		Le bilan : pratique réflexive par rapport à l'exercice de délibération.