

Engagement envers un exercice moral



Les publications de l'Ordre contiennent les paramètres et les normes de pratique dont les membres doivent tenir compte dans l'exercice de la profession. Elles sont élaborées en consultation avec des leaders de l'exercice professionnel et décrivent les attentes professionnelles actuelles. Il est important de prendre note que l'Ordre ou un autre organisme de réglementation pourra avoir recours à ces publications pour établir si l'on a respecté les normes appropriées d'exercice et de responsabilité professionnelle.

DÉCEMBRE 2010

table des matières

Section principale

Introduction	3
Élaboration des lignes directrices sur l'exercice moral	4
Remerciements	4
Valeurs morales soutenant l'exercice	5
Principes directeurs d'un exercice professionnel moral	6

Scénarios de cas – mise en pratique des principes

Les mauvais traitements infligés aux patients ou clients	8
Les patients ou clients en possession de leurs moyens qui refusent un plan de soins	9
La modification du champ d'exercice individuel	10
Le conflit d'intérêts	11
Le consentement et la capacité à donner son consentement	12
La divulgation relativement aux incidents critiques	13
L'obligation de diligence	14
La décision de fin de vie	16
Mettre fin à la relation entre le thérapeute respiratoire et le patient ou client	17
La médecine fondée sur des preuves	18
La collaboration interdisciplinaire	19
Le maintien de limites professionnelles	20
Fournir des soins empreints de savoir-faire culturel	22
L'affectation des ressources	24
Le mandataire spécial	25
Le transfert de responsabilité	26
Étapes pour prendre une décision morale	27

Glossaire

Références

INTRODUCTION

Tous les jours dans l'exercice de leur profession, les **thérapeutes respiratoires** doivent prendre des décisions **morales**, qu'il s'agisse de décider d'examiner un client donné avant un autre ou de parler d'une histoire personnelle ou non, afin d'établir une relation, à des décisions plus importantes, comme de discuter avec une famille des risques et avantages de poursuivre la ventilation mécanique.

Il est impossible, tant pour l'**Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario** (OTRO), tant pour les employeurs, de fournir une orientation précise pour chaque situation qu'un praticien peut connaître. Par conséquent, il est essentiel que les thérapeutes respiratoires exercent leur profession en respectant un **cadre moral** qui les aidera concernant la prise de décision. Le document **Engagement envers un exercice moral** de l'OTRO constitue un élément de base d'une série de documents d'orientation et d'appui visant à aider les praticiens à réfléchir aux choix qui s'offrent à eux et à décider des meilleures possibilités offertes.

Le document **Engagement envers un exercice moral** doit être utilisé en association avec la *Loi sur les professions de la santé réglementées (LPSR)*, la *Loi sur les thérapeutes respiratoires (LTR)* de même que les lignes directrices de pratique professionnelle, énoncés de position et politiques de l'OTRO. Ces documents constituent ensemble le cadre d'un exercice sûr, efficace et moral de la thérapie respiratoire de même que la référence en cas de plainte concernant un membre de l'Ordre.

Veillez prendre note que les mots et expressions en **gras** se retrouvent dans le glossaire à la fin du document.

ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES SUR L'EXERCICE MORAL

Le « code moral » de la pratique de l'exercice de la thérapie respiratoire était à l'origine intégré au document **Normes de pratique** de l'OTRO, qui a été rédigé en 1996, puis révisé en 2004. En 2010, un groupe de travail provenant de différents milieux de travail des quatre coins de la province s'est réuni pour réviser le document Normes de pratique. Les membres de ce groupe ont alors décidé qu'il s'avérait nécessaire de créer un autre document sur l'exercice moral de la thérapie respiratoire. Le groupe a également rencontré un éthicien médical afin de s'assurer que le contenu du présent document soit conforme à la documentation actuelle et aux principes et pratiques généralement reconnus. En juin 2010, on a fait parvenir une version préliminaire aux membres et autres intervenants clés. Les comités des relations avec les patients, de l'assurance de la qualité et de l'inscription de l'OTRO ont examiné les versions préliminaires et les documents finaux. Le Conseil de l'Ordre a approuvé la version finale en septembre 2010.

Ces lignes directrices seront examinées et révisées régulièrement, au moins tous les cinq ans, ou au besoin.

REMERCIEMENTS

L'OTRO désire remercier les membres suivants du groupe de travail qui ont contribué à l'élaboration du présent document :

Tony Raso, RRT – William Osler Health Centre, Brampton
Christina Sperling, RRT – St. Michael's Hospital, Toronto
Daniel Fryer, RRT – Windsor Regional Hospital, Windsor (membre du Comité d'inscription de l'OTRO)
Judy Dennis, RRT – Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa
Joelle Dynes, RRT – VitalAire Healthcare, London
Sue Jones, RRT – Royal Victoria Hospital, Barrie
Lily Yang, RRT – Holland Bloorview Kids Rehabilitation, Toronto
Lorella Piirik, RRT – Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay (membre du Conseil de l'OTRO)
Patrick Nellis, RRT/AA – University Health Network, Toronto

Mary Bayliss, RRT – registraire adjointe de l'OTRO
Carole Hamp, RRT – conseillère de l'exercice professionnel de l'OTRO

L'OTRO désire également exprimer sa gratitude à Kevin Reel, B.Sc. (ergothérapeute), M.Sc., éthicien médical, Southlake Regional Health Centre et York Central Hospital, Toronto.

**À la douce mémoire de Gary Tang, RRT.
L'OTRO aimerait souligner la contribution de Gary au
sein du groupe de travail sur les normes de pratique.**

VALEURS MORALES SOUTENANT L'EXERCICE

Bien qu'on les examine rarement de façon explicite, il existe différents types de valeurs dont on tient habituellement compte dans les soins de santé. Les valeurs sont les aspects intangibles et fondamentaux qui comptent pour nous, tout particulièrement dans nos relations avec les autres, des valeurs comme l'honnêteté, la politesse, le respect, la compassion et la **responsabilisation**. Bon nombre de ces valeurs soutiennent la société en général, comme l'honnêteté, la politesse et le respect. D'autres sont particulièrement **pertinentes** à l'exercice professionnel, comme la compassion et la responsabilisation. La plupart des organismes de soins de santé dressent une liste détaillée des valeurs qu'ils considèrent comme les plus importantes. Étant donné la longue liste de valeurs qui pourraient être considérées comme importantes, l'OTRO a décidé de ne pas préciser de combinaison particulière.

Pour prendre de façon quotidienne des décisions morales sur les soins, les thérapeutes respiratoires doivent être au fait de leurs propres valeurs. Ils doivent notamment être conscients de l'alignement ou du conflit de ces valeurs avec celles de leurs collègues, les valeurs des **patients ou clients** et des membres de l'équipe de soins de santé. Cela est essentiel pour gérer le sentiment moral de détresse qui survient lorsqu'il y a conflit fondamental de valeurs, parfois non exprimé de façon explicite. Un tel conflit peut provoquer de la détresse ou un sentiment de menace entre personnes, ce qui augmente généralement la tension et la détresse morale. Si l'on ne règle pas la situation, la tension peut miner la confiance au cœur de la relation thérapeutique et peut entraîner un sentiment de détresse morale. Ce dernier peut causer un malaise et se poursuivre longtemps après qu'on ait plus ou moins réglé la situation.

Les valeurs sont tellement fondamentales qu'elles n'offrent pas tellement de précision dans l'orientation de la profession. Pour répondre convenablement à ces valeurs de façon quotidienne, il faut les décrire de façon plus concrète. Les principes sont des guides servant à la prise de décision et à l'action. Ce ne sont pas des guides précis comme les règles, mais ils laissent la place aux **capacités de jugement** en se fondant sur une situation donnée. Ils incarnent une ou plusieurs valeurs tout en nous aidant à expliciter les valeurs dans la prise de décision.

PRINCIPES DIRECTEURS D'UN EXERCICE PROFESSIONNEL MORAL

Dans le but de favoriser les valeurs que nous considérons comme positives, il faut élaborer des principes qui permettront la mise en place de ces valeurs. Les principes exprimés ici sont considérés comme égaux et ont une obligation contraignante sur les praticiens. Toutefois, il arrive que ces valeurs soient conflictuelles les unes avec les autres. Lorsqu'un conflit se produit, il faut décider quel principe supplante l'autre. Dans ces situations, il est essentiel de connaître les principes et leur interaction les uns avec les autres de même que les valeurs qu'ils favorisent.

Les quatre principes (Beauchamp, 2008)

1. Respect de l'autonomie – respect du libre arbitre

L'autonomie est la capacité de penser, de décider et d'agir selon sa propre initiative et constitue le droit suprême de toute personne. Les thérapeutes respiratoires doivent donc faire tout leur possible pour aider le patient ou client à prendre ses propres décisions. Le thérapeute respiratoire doit consulter son patient ou client et obtenir son accord (consentement) avant d'effectuer toute intervention.^(Gillon, 1994) Cela nécessite une communication efficace qui, à son tour, requiert que l'on écoute le patient ou client et que l'on lui fournisse l'information dont il a besoin. Respecter l'autonomie d'une personne signifie qu'il faut respecter le droit d'une personne ayant toutes ses facultés de décider de son plan de soin, même si ce plan diffère de celui de l'équipe de soins de santé.

2. Bienfaisance – faire le bien

La bienfaisance, c'est l'obligation des professionnels de la santé d'agir de façon à bénéficier à ceux qui reçoivent les soins. La vocation du thérapeute respiratoire, comme toutes les vocations de soins de santé, a essentiellement pour but les services favorisant et maintenant le bien-être. Lorsque cela s'avère impossible, les services de thérapie respiratoire ont pour but d'offrir un soutien approprié pendant le processus de la mort. En plus des services, la façon dont on fournit ces services peut être plus ou moins « bienfaisante », c'est-à-dire que les services peuvent faire preuve de sensibilité, d'empathie, de collégialité et autres bons sentiments qui vont au-delà des « résultats cliniques ».

3. Non-malfaisance – éviter de causer du tort

Comme la plupart des traitements présentent certains risques ou ont des effets secondaires, il est important de mesurer les risques et avantages des plans de soins proposés. Suivant le principe de non-malfaisance, les thérapeutes respiratoires doivent réfléchir au tort qu'une intervention pourrait causer. Les principes de bienveillance et de non-malfaisance peuvent parfois être conflictuels. Par exemple, on peut considérer comme bienfaisant de maintenir quelqu'un en vie en continuant la ventilation ou un autre traitement, mais cela nécessite parfois de l'inconfort ou la continuation de la douleur chez la personne.

Les quatre principes (suite)

4. Distribution juste des ressources – agir de façon juste

Dans l'affectation des soins, le principe de justice stipule que des patients ou clients se trouvant dans des situations semblables devraient avoir accès aux mêmes soins et que, lorsqu'on affecte des ressources à un groupe donné, il faut en évaluer l'impact sur d'autres. Il faut appliquer la justice distributive lorsque les ressources sont limitées. Il faut alors établir les priorités et effectuer le triage des soins en se basant sur les besoins.

SCÉNARIOS DE CAS – MISE EN PRATIQUE DES PRINCIPES

Les exemples de cas suivants servent à illustrer la mise en pratique des principes dans la prise de décision et le comportement. Chaque cas est expliqué avec mention des principes, mais aussi par une brève discussion sur les valeurs sous-jacentes.

Nous incitons les thérapeutes respiratoires à utiliser l'algorithme Étapes pour prendre une décision morale situé à la page 27 pour étudier ces exemples.

Cet algorithme peut également aider lorsqu'il faut décider de la procédure à suivre en présence de problème moral dans l'exercice de la thérapie respiratoire. Il peut être utilisé en combinaison avec les procédés déjà en place de leur organisation en matière de prise de décision morale (éthicien, comité sur les questions morales d'ordre médical, etc.).



Les mauvais traitements infligés aux patients ou clients

Il est inacceptable d'infliger une forme quelconque de mauvais traitements aux patients ou clients. Cela comprend, sans s'y limiter, les mauvais traitements d'ordre émotif, verbal, physique, sexuel et financier, de même que la négligence et l'insensibilité aux croyances religieuses et culturelles. L'OTRO s'est engagé envers la prévention de tous les types de mauvais traitements pouvant se produire dans les **relations thérapeutiques** entre le thérapeute respiratoire et son patient ou client.

Un thérapeute respiratoire est appelé à effectuer une ponction de gazométrie de sang artériel d'un patient ou client au service des urgences. Le patient ou client fait preuve de violence verbale envers le thérapeute respiratoire et refuse de garder les bras immobiles. Le thérapeute respiratoire immobilise le patient ou client en lui fixant les bras sur les côtés du lit. Est-ce que cela peut être considéré comme un mauvais traitement physique et quelles étaient les autres possibilités?

Le dilemme moral est qu'il faut respecter le libre arbitre du patient ou client, ce qui entre en conflit avec le fait que le thérapeute respiratoire doit faire le bien et éviter de causer du tort.

La plupart des hôpitaux ont des politiques organisationnelles concernant les dispositifs de retenue des patients ou clients, et il faut en tenir compte lorsqu'on décide des mesures à prendre. Il faut premièrement décider s'il faut exécuter la gazométrie ou non et pour ce faire, se demander quelle est l'importance d'avoir ces résultats. S'ils sont essentiels aux soins du patient ou client, on peut décider d'anesthésier le patient ou client ou d'utiliser un dispositif de retenue. Un des risques de ces derniers est qu'ils sont parfois considérés comme des mauvais traitements physiques, car le patient ou client n'a pas consenti à l'intervention ni à l'utilisation de ces dispositifs.

En général, les prestataires de la santé ne peuvent avoir recours à aucun dispositif de retenue sans le consentement du patient ou client, sauf en cas d'urgence où il existe un risque grave de tort à la personne ou à autrui et où les autres mesures se sont avérées infructueuses. Le thérapeute respiratoire doit consulter les politiques de son organisation concernant le recours aux dispositifs de retenue.

Pour obtenir de plus amples renseignements, voyez les lignes directrices de pratique professionnelle de l'OTRO Prévention des abus infligés aux patients/clients : www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/abuse_fr.pdf.

Les patients ou clients en possession de leurs moyens qui refusent un plan de soins

Les patients ou clients sont considérés comme en possession de leurs moyens à moins de preuve du contraire. Ils ont le droit de refuser tout traitement ou intervention proposé et de retirer tout consentement donné précédemment à un ou à tous les aspects de leur plan de soins. Parfois, leur décision ne correspond pas au plan d'action que l'équipe de soins de santé considère comme l'intérêt véritable du patient ou client. Toutefois, il faut respecter la volonté du patient ou client, à moins que le praticien ait des motifs raisonnables de penser que le patient ou client ne possède pas les capacités nécessaires au consentement.

Une évaluation de la perte d'oxygène est effectuée et le thérapeute respiratoire avise une patiente ou cliente qu'elle se qualifie à recevoir de l'oxygène à domicile. Cela est une mesure qui a été éprouvée en clinique comme aidant à améliorer l'état médical des patients ou clients présentant ce problème. Toutefois, la patiente ou cliente déclare qu'elle n'en a pas besoin et refuse la recommandation. Que devrait faire le thérapeute respiratoire?

Les principes moraux en jeu dans ce scénario sont le respect du libre arbitre du patient ou client qui est en conflit avec le besoin du thérapeute respiratoire de faire le bien.

Le thérapeute respiratoire doit s'assurer que le patient ou client est tout à fait au courant des risques de sa décision, mais il doit aussi respecter la décision d'un patient ou client en possession de ses moyens. Le médecin qui a effectué l'ordonnance doit être avisé de la décision du patient ou client, de même que toute personne en cause comme l'infirmière ou infirmier. De plus, la conversation avec le patient ou client doit être soigneusement consignée.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le consentement et la capacité à consentir, voyez les lignes directrices de pratique professionnelle de l'OTRO Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement à www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/UnderConsent_fr.pdf

La modification du champ d'exercice individuel

Le champ d'exercice dans lequel un thérapeute respiratoire travaille régulièrement est considéré comme son champ d'exercice individuel. Il est essentiel que chaque thérapeute respiratoire s'assure de posséder les compétences cliniques pour exécuter ses tâches de son champ d'exercice, de façon sûre et efficace. Avec les progrès en médecine et l'évolution des rôles au travail, les thérapeutes respiratoires doivent continuellement augmenter leurs connaissances et compétences cliniques. Par exemple, le degré d'intensité des patients ou clients à l'hôpital augmente, ce qui entraîne la nécessité d'un savoir-faire plus poussé dans les urgences et soins intensifs. De plus, cela se produit dans un cadre où les organisations œuvrant dans les soins de santé ressentent de la pression d'être aussi rentables que possible. Il est donc essentiel que les thérapeutes respiratoires suivent l'évolution constante de leur propre profession tout en adoptant un rôle de leader actif afin de promouvoir le changement de l'ensemble de la profession.

Un thérapeute respiratoire travaille depuis plusieurs années au sein d'un laboratoire de diagnostics se fait dire par son employeur qu'il devra parfois travailler aux soins intensifs. Qui a la responsabilité de s'assurer que le thérapeute respiratoire est compétent pour assumer les responsabilités supplémentaires?

Les principes moraux en jeu sont le fait que le praticien doit faire le bien et éviter de causer du tort.

L'employeur et le thérapeute respiratoire sont tous les deux responsables de s'assurer des compétences. L'employeur doit faire tout en son possible pour faciliter l'obtention et le maintien des compétences nécessaires par le thérapeute respiratoire. Toutefois, le thérapeute respiratoire est en dernier lieu responsable de s'assurer qu'il possède les compétences nécessaires aux tâches qu'on lui demande.

Pour obtenir de plus amples renseignements, voyez l'énoncé de position de l'OTRO sur le champ d'exercice et le maintien des compétences

www.crto.on.ca/pdf/Positions/SOP.pdf

Le conflit d'intérêts

La ligne directrice de pratique professionnelle Conflit d'intérêts de l'OTRO stipule qu'il y a conflit d'intérêts si un thérapeute respiratoire se met en position où une personne raisonnable pourrait conclure qu'il ou elle :

- entreprend une activité ou
- a une relation

qui affecte ou influence son jugement professionnel. Un conflit d'intérêts peut être réel ou apparent (perçu). (OTRO, 2005). Une simple règle est que si le thérapeute respiratoire a l'impression qu'il y a conflit d'intérêts, c'est qu'il a probablement raison.

Une thérapeute respiratoire travaillant auprès des domiciles visite régulièrement un de ses patients ou clients pour changer son tube de trachéostomie. Dans ces interactions fréquentes, ils développent une relation amicale mais purement professionnelle. Le patient décède après quelques années et lègue à la thérapeute respiratoire une grosse somme d'argent. La thérapeute respiratoire n'était pas au courant de ce fait jusqu'après le décès et elle n'a jamais incité le patient ou client à modifier son testament. Est-ce qu'accepter la somme en question constituerait un conflit d'intérêts?

Le principe moral utilisé est qu'il faut agir de façon juste.

Dans ce scénario, il n'y a peut-être pas de conflit réel, car les soins offerts au client n'ont pas été affectés par le cadeau financier. Toutefois, il y a possibilité d'une perception de conflit d'intérêts et par conséquent, le thérapeute respiratoire ne doit pas accepter la somme.

Pour obtenir de plus amples renseignements, voyez la ligne directrice professionnelle Conflit d'intérêts de l'OTRO à www.crto.on.ca/pdf/PPG/conflict_of_interest.pdf.

Le consentement et la capacité à donner son consentement

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* (LCSS) stipule que le consentement peut être exprès ou implicite et qu'un patient ou client peut à tout moment retirer le consentement exprès qu'il a donné à un moment antérieur. Le consentement doit être éclairé, ce qui signifie que la personne doit recevoir et comprendre l'information concernant le traitement.^(LCSS, 1996)

Le traitement sans consentement peut uniquement avoir lieu dans des circonstances bien précises, comme en cas d'urgence. Toutefois, il faut prendre des mesures raisonnables pour obtenir le consentement avant l'urgence et il ne doit exister aucun motif de croire, pour l'équipe de soins de santé, que le patient ou client n'aurait pas consenti au traitement.

Un patient ou client présentant une grave myocardiopathie ischémique indique tout d'abord qu'il désire qu'on procède à des interventions pour lui sauver la vie si son état se détériore, et il a actuellement un « code complet ». Immédiatement avant son arrêt cardiaque complet, toutefois, il déclare clairement au thérapeute respiratoire (qui est seul avec lui) qu'il ne désire pas qu'on le réanime. Il indique qu'il sait qu'il va probablement mourir de sa maladie et qu'il ne faisait que respecter les désirs de sa femme. Sa femme entre dans la chambre juste au moment où on lance le code, et déclare qu'elle veut qu'on fasse tout ce qui est possible. Qu'est-ce que le thérapeute respiratoire aurait dû faire, à la fois au moment de la déclaration du patient ou client, et après que l'on ait lancé le code?

Le principe moral en jeu est principalement le respect du libre arbitre du patient ou client qu'il faut contrebalancer avec le besoin de faire le bien et d'éviter de causer du tort.

Le thérapeute respiratoire doit respecter le désir le plus récent du patient ou client. Il faut exprimer ces désirs à l'équipe de soins de santé et le thérapeute respiratoire doit si possible éviter de participer aux efforts de réanimation. La ligne directrice de pratique professionnelle Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement de l'OTRO décrit les étapes à prendre si les désirs que le client a exprimés sont contraires à ceux de la famille ou au plan de l'équipe de soins de santé. Une communication franche et prompte à toutes les parties concernées est essentielle, tout comme une consignation claire et objective.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le consentement, voyez les lignes directrices de pratique professionnelle de l'OTRO Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement à www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/UnderConsent_fr.pdf

La divulgation relativement aux incidents critiques

Chaque thérapeute respiratoire a une responsabilité morale, professionnelle et juridique de fournir une divulgation complète et honnête de tous les **incidents critiques** (événement négatif) dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. De plus, des modifications récentes apportées au règlement sur l'administration d'hôpital en application de la Loi sur les hôpitaux publics stipulent que les administrateurs sont tenus de mettre sur pied un moyen d'assurer la divulgation rapide de tout incident critique à toutes les personnes concernées. (Rég. O. 423/07, 2007)

Il est important de souligner que si un événement n'est pas causé par la négligence ou des soins médicaux inférieurs aux normes, mais qu'il survient en raison d'un état pathologique du patient ou client, cela ne peut être considéré comme un incident critique. L'obligation de divulgation ne s'applique pas aux erreurs qui ne font pas de tort au patient ou client (**accident évité de justesse**).

Un thérapeute respiratoire de nuit est appelé immédiatement pour aider un bébé dont la canule trachéale s'est détachée du connecteur de 15 mm. La canule est rendue dans les voies aériennes du bébé et le thérapeute respiratoire doit utiliser des forceps Magill pour la récupérer. Le bébé saigne un peu et connaît un bref moment de désaturation. On voit que le thérapeute respiratoire de jour n'a pas bien fixé la canule trachéale, ce qui a camouflé le débranchement jusqu'à ce qu'il soit trop tard. S'agit-il d'un incident critique et que devrait faire le thérapeute respiratoire concernant l'erreur de son collègue?

Les principes moraux en jeu sont d'agir de façon juste, de faire le bien et d'éviter de causer du tort.

L'incident décrit ici serait probablement défini comme un accident évité de justesse, car le bébé n'a heureusement subi aucun tort significatif. Par conséquent, il n'est pas obligatoire de divulguer l'incident à la famille du patient ou client. Toutefois, le thérapeute respiratoire doit suivre le procédé de rapport d'incident de l'hôpital. Il est également important de régler la question de fixation inappropriée de canule trachéale, car cela peut avoir contribué à son déplacement.

La *Loi sur la présentation d'excuses* a pour but de permettre aux professionnels de la santé de **présenter** des excuses sans que cela ne soit utilisé pour établir une responsabilité en relation à un incident. (Loi de 2009 sur la présentation d'excuses) Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette loi, visitez www.e-laws.gov.on.ca/html/source/statutes/french/2009/elaws_src_s09003_f.htm.

L'obligation de diligence

Aux fins du présent document, l'expression « obligation de diligence » est considérée d'un aspect moral plutôt que juridique. Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe stipule qu'un travailleur de la santé a le devoir moral de fournir des soins et d'intervenir en cas de souffrances. (POLPG, 2008)

Le document Stand on Guard for Thee de 2005 du Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto réitère le devoir moral qu'ont les professionnels de la santé envers la population. (Joint Centre for Bioethics, 2005)

Toutefois, ces deux documents indiquent que l'obligation de diligence est contextuelle et que de nombreux facteurs peuvent affecter la capacité d'un praticien de fournir des soins optimaux aux patients ou clients.

Pendant une pandémie de grippe, plusieurs garderies privées ferment leurs portes. Une thérapeute respiratoire qui travaille aux urgences d'un important hôpital universitaire est la mère monoparentale d'un enfant qui va à une de ces garderies. L'hôpital connaît une augmentation importante du nombre de visites au service des urgences et plusieurs thérapeutes respiratoires sont déjà malades. Quelle est la meilleure chose à faire pour la thérapeute respiratoire?

Le principe moral en jeu est de faire le bien et d'éviter de causer du tort.

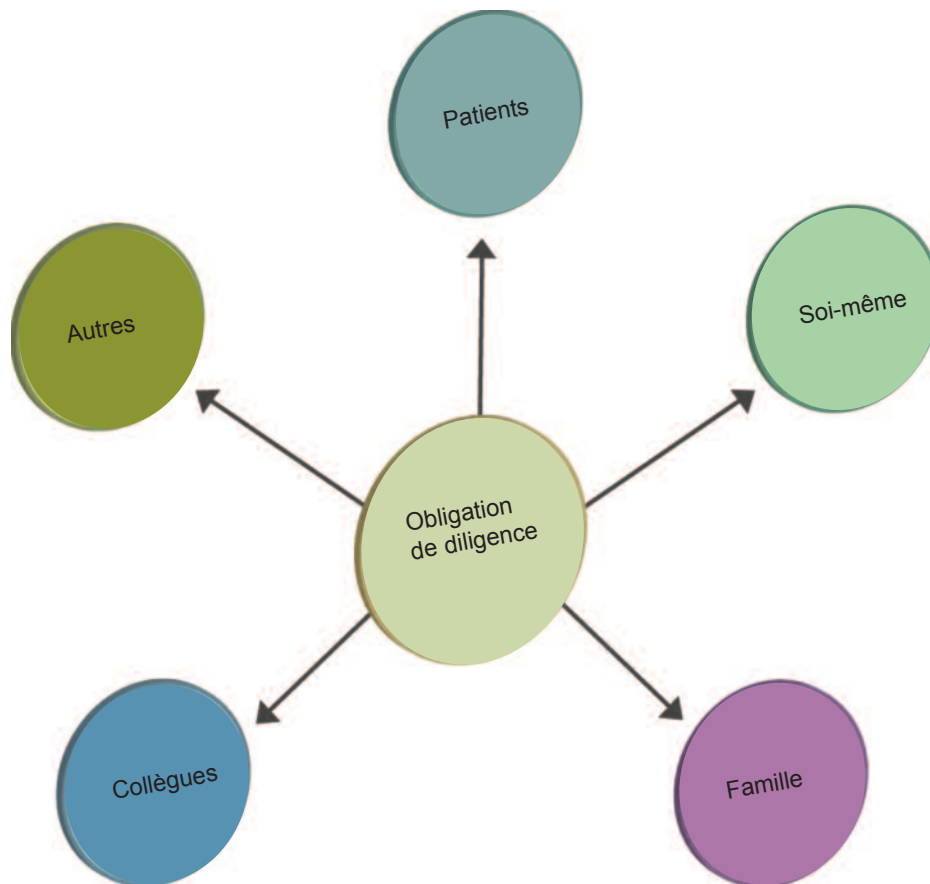
Dans cette situation, la thérapeute respiratoire doit équilibrer les besoins de ses patients ou clients et ceux de son enfant. On ne sait pas de façon claire si son absence du travail affecterait les soins offerts aux patients ou clients (d'autres employés peuvent offrir ces mêmes soins). De plus, si elle ne peut trouver un autre moyen de faire garder son enfant, elle ne peut, de façon morale ou légale, laisser son enfant seul. Nous demandons aux membres d'essayer de prévoir et régler les facteurs pouvant nuire à leur capacité d'exécuter leurs tâches professionnelles.

Ces obligations multiples peuvent causer des conflits de priorités qui sont vraiment différents d'une personne à l'autre. Par conséquent, chaque thérapeute respiratoire doit s'assurer d'équilibrer sa propre situation et l'intérêt véritable de ses patients ou clients. En situation de conflit entre différents devoirs, l'Ordre s'attend à ce que les membres s'efforcent du mieux de leurs capacités de fournir des soins moraux, sûrs et compétents aux patients ou clients. (suite)

L'obligation de diligence (suite)

L'article 43(1) de la *Loi de 1990 sur la santé et la sécurité au travail* délimite les circonstances dans lesquelles certains types d'employés peuvent refuser de travailler s'ils craignent l'exposition à un risque. Cette loi stipule clairement que les travailleurs dans les hôpitaux n'ont pas le droit de refuser le travail dans les situations suivantes :

- Si le risque est inhérent au travail de l'employé; ou
- Si le refus de travailler de l'employé met directement en danger la vie, la santé ou la sécurité d'une autre personne.¹



¹ *Loi de 1990 sur la santé et la sécurité au travail*. Assemblée législative de l'Ontario

La décision de fin de vie

Les droits juridiques des patients et clients à la fin de leur vie constituent les exigences morales minimales. Les personnes en possession de leurs moyens ont le droit de décider des soins médicaux qu'ils recevront. Si cette capacité est remise en question, elles ont le droit d'obtenir une évaluation de leurs capacités. La *Loi sur le consentement aux soins de santé* (LCSS) décrit le processus à suivre si un patient ou client est considéré comme n'étant pas en possession de ses moyens, incluant la désignation d'un **mandataire spécial**. (LCSS, 1996) Il est toutefois important de souligner que la décision finale quant au plan de soins relève du patient ou client, ou de son mandataire spécial. Le consentement au traitement est requis, en plus d'être nécessaire pour « retirer » ou « refuser » le consentement. (LCSS, 1996)

Un nouveau-né gravement atteint de la maladie d'Aran-Duchenne de type 1 a besoin de ventilation non invasive à pression positive (VNIPP). Comme le pronostic est grave, le médecin traitant indique qu'il serait « dans l'intérêt de tous » de le retirer du ventilateur à pression positive expiratoire à deux niveaux. Toutefois, les parents désirent la poursuite du traitement, dans l'espoir d'amener leur bébé à la maison. Le thérapeute respiratoire se fait demander d'enlever le ventilateur. Que devrait-il faire?

Les principes moraux en jeu sont le respect du libre arbitre du patient ou client, qui entre en conflit avec le besoin de faire le bien et d'éviter de causer du tort.

Dans ce cas-ci, les parents sont les tuteurs de l'enfant et sont donc en mesure de prendre des décisions au nom de ce dernier. L'équipe de soins de santé a probablement des inquiétudes très réelles quant à la survie prolongée du bébé et l'impact qu'auront ses soins à domicile sur la famille. L'équipe doit discuter de façon franche et ouverte avec les parents sur les résultats prévus. Si on ne peut en arriver à un accord sur le plan de soins et si l'équipe de soins de santé est d'avis que la décision des parents n'est pas dans l'intérêt véritable de l'enfant, elle peut présenter le cas auprès de la **Commission de révision du consentement et de la capacité**. Dans l'intervalle, toutefois, la décision des parents a force et le thérapeute respiratoire doit éviter de retirer le bébé de la VNIPP.

Pour obtenir de plus amples renseignements, voyez les lignes directrices de pratique professionnelle de l'OTRO Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement à

www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/UnderConsent_fr.pdf.

Mettre fin à la relation entre le thérapeute respiratoire et le patient ou client

Il est parfois nécessaire, pour un thérapeute respiratoire, de mettre fin à une relation thérapeutique avec un patient ou client. Si on cesse les services car ils ne sont plus nécessaires, il faut habituellement s'assurer de remplir la documentation appropriée et d'aviser le médecin du patient ou client. Toutefois, si le thérapeute respiratoire n'est plus en mesure de fournir des soins à une personne qui en a besoin, il doit s'assurer que les soins sont transférés à la personne ou établissement le plus apte.

Un patient ou client qui reçoit des soins d'une entreprise d'oxygénothérapie à domicile a reçu deux avertissements formels : on va lui enlever l'oxygène en raison d'inquiétudes de sécurité (usage du tabac et dangers associés à la manutention et à l'entreposage). À une visite subséquente, le thérapeute respiratoire le surprend en train de fumer dans le salon, alors que ses petits-enfants jouent à proximité. Que devrait faire le thérapeute respiratoire?

Le principe moral en jeu est le respect du libre arbitre qu'il faut contrebalancer avec le besoin de faire le bien et de ne pas causer de tort.

La plupart des entreprises d'oxygénothérapie à domicile se sont dotées de politiques et procédures entourant le retrait d'oxygène du domicile d'un patient ou client. Ces politiques doivent décrire comment et quand il faut aviser le médecin traitant de la possibilité de retrait de l'oxygène du domicile du patient ou client. Le médecin pourra fournir des indications quant à la façon de répondre aux besoins en oxygène de son patient ou client. Il faut consigner toutes les communications avec le médecin. Le patient ou client doit signer l'explication d'origine des exigences en matière de sécurité, de même que tout avertissement subséquent suite à une infraction. Lorsque le thérapeute respiratoire s'est assuré d'avoir satisfait à toutes les exigences en vertu de la politique de son employeur, il peut enlever l'équipement d'oxygénothérapie. Il doit également aviser le patient d'obtenir des soins médicaux à son hôpital local, au besoin.

Il est important de souligner que si le thérapeute respiratoire change d'employeur (p. ex., il va d'une entreprise d'oxygénothérapie à domicile à une autre), il ne doit en aucune façon tenter d'inciter le patient ou client à changer également d'entreprise. Le thérapeute doit considérer les besoins du patient ou client comme supérieurs aux siens. Toutefois, chaque thérapeute respiratoire a le droit d'exercer sa profession dans un milieu sûr et doit également tenir compte de la sécurité des autres.

La médecine fondée sur des preuves

Fournir des soins répondant à l'intérêt véritable du patient ou client nécessite l'intégration de connaissances provenant des meilleures et plus récentes recherches disponibles. La médecine fondée sur les preuves remet en question l'idée que les praticiens doivent continuer à suivre des méthodes médicales « acceptées » mais sans fondement.

Dans le but d'assurer la mise en application de connaissances fondées sur des preuves, le thérapeute respiratoire doit se familiariser avec les techniques d'examen de documentation et être en mesure d'utiliser les ressources à sa disposition (p. ex., bibliothèques d'hôpital et électronique). Il est également primordial que le praticien réfléchisse régulièrement à ses besoins en matière de **compétences** et cherche constamment à se perfectionner sur le plan professionnel.

Un spécialiste en médecine interne ordonne un volume respiratoire trop élevé (>10 mL/kg) pour un patient ou client atteint du SDRA et n'a pas rédigé d'ordonnance de ventilation des GSA. L'hôpital s'est doté d'une politique visant la mise en place du protocole sur la ventilation mécanique pour les patients ou clients atteints de SDRA qui répondent aux critères d'inclusion, élaboré par le National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). Que devrait faire le thérapeute respiratoire?

Le principe moral en jeu ici est de faire le bien et d'éviter de causer du tort.

Premièrement, le thérapeute respiratoire doit agir dans l'intérêt véritable du patient ou client. Si le praticien a une bonne raison de remettre en question une ordonnance médicale, il doit en aviser immédiatement la personne qui l'a rédigée. Parfois, une explication soignée et bien étayée de la part du thérapeute respiratoire suffit à faire modifier l'ordonnance. Sinon, le thérapeute respiratoire devra évaluer le tort possible de l'ordonnance sur le patient ou client. Dans ce cas-ci, si le thérapeute respiratoire n'est pas certain de l'issue de la discussion avec le médecin qui a rédigé l'ordonnance, il peut passer au niveau administratif suivant (p. ex., chef du personnel, administrateur en disponibilité, etc.) Dans l'intervalle, il faut régler le volume respiratoire à un niveau considéré comme sûr et consigner soigneusement le tout. Tous les autres membres du personnel fournissant des soins (p. ex., infirmière ou infirmier de chevet) doivent également être avisés.

La collaboration interdisciplinaire

La collaboration interdisciplinaire désigne l'interaction positive entre deux ou plusieurs professionnels de la santé qui unissent leurs compétences et connaissances uniques afin d'aider les patients ou clients et leur famille à prendre des décisions sur la santé. (ACIS, 2005) Il existe un grand nombre d'études confirmant les bienfaits de la collaboration interdisciplinaire sur les patients ou clients, les professionnels de la santé et le système de santé dans son ensemble.

L'objectif global de la collaboration interdisciplinaire est de maximiser l'accès, par les patients ou clients, aux compétences et connaissances d'un grand nombre de professionnels de la santé. Dans certaines circonstances, l'accès optimal aux soins est le plus grand lorsqu'on veille à ce que le plus grand nombre possible de praticiens puissent fournir un service donné. Dans d'autres situations, l'intérêt véritable des patients ou clients est assuré lorsqu'un groupe sélect d'« experts » offrent un service bien précis.

Les infirmières du service de soins intensifs d'un hôpital communautaire abordent leur administration (sans consultation du service de thérapie respiratoire) demandant d'avoir le droit d'exécuter des insertions de cathéter artériel (tâche qui a été réservée jusque là aux thérapeutes respiratoires). Les thérapeutes respiratoires s'objectent (sans consulter le service des soins infirmiers intensifs). Qu'est-ce qu'il aurait fallu faire pour assurer un processus collaboratif et quel résultat serait dans l'intérêt véritable du patient (soins optimaux)?

Les principes moraux en jeu sont de faire le bien et de ne pas causer de tort, de même que le besoin d'agir de façon juste.

Bien que le processus décrit dans le scénario ne soit vraiment pas un bon exemple de collaboration interdisciplinaire, on peut voir que les deux côtés ont un argument valable dans l'intérêt véritable des patients ou clients. Dans certains milieux, laisser les infirmières ou infirmiers exécuter l'insertion de cathéter artériel permet d'augmenter l'accès à cette intervention. Dans d'autres situations, réserver cette intervention uniquement aux thérapeutes respiratoires permet d'assurer que seuls les praticiens les plus exercés et compétents l'exécutent. La préoccupation principale doit toujours être d'assurer des soins optimaux aux patients ou clients, plutôt qu'une « protection de son territoire ».

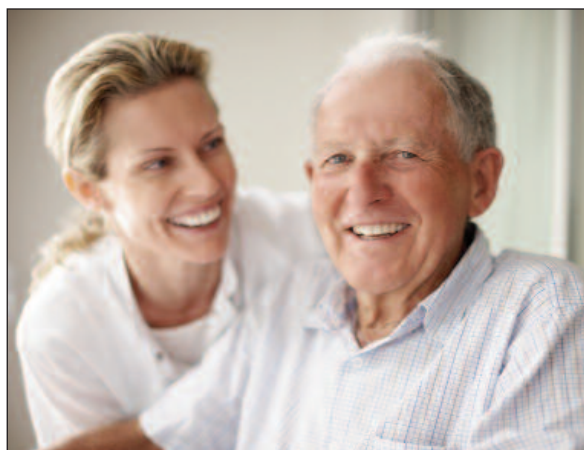
Le maintien de limites professionnelles

La **relation thérapeutique** entre un thérapeute respiratoire et son patient ou client en est une d'empathie, de confiance et de respect. Il est important de reconnaître qu'il existe au sein de cette relation un déséquilibre de pouvoir inhérent. Le thérapeute respiratoire a accès à des connaissances spécialisées et à de l'information confidentielle que le patient ou client ne possède pas. Le thérapeute respiratoire a également le pouvoir de se porter à la défense du patient ou client. Par conséquent, il est essentiel que les thérapeutes respiratoires respectent la relation qu'ils ont avec leurs patients ou clients par le biais d'une communication efficace, de soins axés sur le patient ou client et du maintien de **limites professionnelles**.

Dans une relation thérapeutique entre un patient ou client, l'intérêt véritable de cette personne passe toujours en premier, à moins que répondre à cet intérêt mette en danger le bien-être d'autrui. En raison de la vulnérabilité du patient ou client, c'est le thérapeute respiratoire qui est tenu de gérer la relation de façon appropriée. Voici quelques exemples où le thérapeute respiratoire ne respecte pas les limites professionnelles dans sa relation thérapeutique :

- Révélation de problèmes personnels au patient ou client;
- Acceptation de cadeaux d'un patient ou client pouvant changer la nature de la relation et influencer le niveau ou la nature des soins; ou
- Passer du temps hors de la relation thérapeutique avec un patient ou client.

Les thérapeutes respiratoires ont également des **relations professionnelles** avec les autres membres de l'équipe de soins de santé, avec qui ils interagissent alors qu'ils remplissent leurs devoirs. Dans certaines de ces relations, on retrouve un déséquilibre de pouvoir dans les relations des thérapeutes respiratoires (p. ex., un thérapeute respiratoire surveillant des étudiants, un thérapeute en charge de superviser de nouveaux thérapeutes respiratoires). Il est essentiel que le thérapeute respiratoire se conforme aux mêmes normes de maintien des relations professionnelles que dans leurs rapports thérapeutiques.



(suite)

Le maintien de limites professionnelles (suite)

Une thérapeute respiratoire travaillant dans un laboratoire de sommeil se fait demander pour sortir avec un patient ou client qui a été évalué à son laboratoire une semaine avant. Elle accepte et ils s'épousent quelques temps plus tard. Est-ce qu'elle a manqué à ses devoirs de maintenir des limites professionnelles?

Le principe moral en jeu est d'agir de façon juste.

Malheureusement, même si on agit de façon juste, la perception peut être toute autre (on peut par exemple donner l'impression de donner un traitement privilégié). Si le patient ou client continue de recevoir des soins au laboratoire de sommeil où travaille la thérapeute respiratoire, on peut considérer que la thérapeute respiratoire n'a pas respecté les limites professionnelles. La seule façon d'avoir une relation personnelle et que cela soit admissible est de mettre officiellement fin à la relation thérapeutique et de consigner le tout bien clairement.

Une thérapeute respiratoire inscrite (RRT) ayant un rôle d'instructeur clinique dans un hôpital universitaire reçoit dans Facebook une « demande d'amitié » d'un étudiant en thérapie respiratoire qui étudie à l'hôpital. La thérapeute respiratoire accepte et ils commencent à échanger en ligne et s'envoient des photos et des commentaires personnels. La thérapeute respiratoire a-t-elle dépassé les limites professionnelles?

Le principe moral en jeu est d'agir de façon juste.

Comme il existe un déséquilibre de pouvoir entre le personnel thérapeute et les étudiants, cette thérapeute respiratoire n'a pas le droit d'avoir une relation personnelle. Il s'agit très certainement d'une infraction aux limites professionnelles, peu importe la nature des commentaires et des photos.

Fournir des soins empreints de savoir-faire culturel

Dans le milieu des soins de santé, le savoir-faire culturel désigne la capacité à offrir des soins médicaux appropriés et efficaces aux personnes appartenant à différents groupes culturels. Les thérapeutes respiratoires fournissent des soins à des patients ou clients qui ont des valeurs, des croyances ou modes de comportement différents. Un praticien doit acquérir un savoir-faire lui permettant de fournir des soins équitables en acquérant un ensemble harmonieux de comportements et attitudes. Cette progression commence par une sensibilisation sur la manifestation de la diversité et l'impact de cette diversité sur la prestation de soins de santé. Fournir des soins empreints de savoir-faire culturel permettra au thérapeute respiratoire d'offrir des soins optimaux à tous les patients ou clients tout en respectant les lois et recommandations.

Un thérapeute respiratoire de sexe masculin est présent à un accouchement, mais on lui dit qu'il n'a pas le droit d'aller dans la salle d'accouchement en raison des croyances culturelles de la mère empêchant la présence d'un homme autre que son mari et le médecin. Toutefois, ce thérapeute respiratoire est le seul pouvant fournir des soins de réanimation. Devrait-il passer outre à la demande de la mère et demeurer dans la salle d'accouchement?

Les principes moraux en cause sont le respect du libre arbitre et le besoin de faire le bien et de ne pas causer de tort.

Si possible, on doit essayer de répondre aux désirs de la mère tout en s'assurant d'offrir des soins optimaux au nouveau-né. Par exemple, une équipe de réanimation peut rester dans une pièce adjacente pour recevoir le bébé immédiatement après l'accouchement.

8 étapes du savoir-faire des professionnels de la santé (Santé IWK, 2006)

1. Examiner ses valeurs, comportements, croyances et présomptions.
2. Reconnaître le racisme et les comportements qui causent le racisme.
3. Participer à des activités qui vous aideront à ajuster votre façon de penser, vous permettant d'entendre et de comprendre d'autres visions du monde et d'autres perspectives.
4. Se familiariser avec les éléments culturels de base de la communauté à qui vous offrez des services.
5. Inciter les patients ou clients à décrire comment leur réalité est semblable à ce que vous avez appris de leurs éléments culturels de base (ou comment elle en diffère).
6. Apprendre comment les autres cultures définissent, désignent et comprennent les maladies et le traitement.
7. Établir une relation de confiance avec ses patients ou clients et avec ses collègues en faisant preuve d'ouverture, de compréhension et d'une volonté à écouter les autres perceptions.
8. Créer un milieu accueillant reflétant la communauté diverse à laquelle vous offrez des services.

Le Code des droits de la personne de l'Ontario

Le Code des droits de la personne de l'Ontario décrit le droit de chaque résident de l'Ontario de se faire traiter de façon égale en ce qui a trait aux produits, services et installations, sans discrimination fondée sur certains motifs comme la race, l'âge, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle et un handicap. Les thérapeutes respiratoires doivent donc fournir des soins dans le respect de ce code. Dans l'ensemble, cela signifie que les services doivent être offerts à tous de façon égale, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial et à un handicap. (Code des droits de la personne de l'Ontario, 1990).



Affectation des ressources

Certaines urgences (p. ex., une pandémie) de même que des restrictions des ressources humaines et financières rend la gestion des conflits de tâches encore plus essentielle et ce, pour chacun des professionnels de la santé. En raison de la pression extrême qu'un tel événement peut imposer sur le système de la santé, il faut souvent élaborer des **stratégies d'intervention en cas d'intensification** pour s'assurer de répondre aux besoins du plus grand nombre possible de patients ou clients, avec les ressources disponibles. Dans ces situations, les principes de base de traitement moral des patients ou clients demeurent. Toutefois, il est parfois nécessaire de modifier son point de vue, de considérer ce qui répond le mieux aux besoins du plus grand nombre plutôt qu'aux besoins individuels. Même les situations moins urgentes nécessitent parfois une utilisation judicieuse des ressources limitées.

Un patient ou client qui a subi une blessure à la tête est transporté d'un hôpital communautaire à un centre de soins tertiaires. Il y a deux thérapeutes respiratoires de nuit à l'hôpital communautaire et un se fait demander d'accompagner le patient non intubé pendant le transport. Cela signifie qu'un seul thérapeute respiratoire reste pour tout l'hôpital. Quelle est la meilleure procédure à suivre?

Les principes moraux en jeu sont de faire le bien et de ne pas causer de tort, de même que le besoin d'agir de façon juste.

Il y a un grand nombre de variables à examiner pour décider si le thérapeute doit accompagner un patient ou client ou rester à l'hôpital. De nombreux établissements ont élaboré des politiques stipulant certains critères afin d'aider les thérapeutes respiratoires à établir les priorités dans de telles situations. Il n'y a pas une seule bonne réponse, cela dépend de facteurs tels la probabilité qu'un patient ou client transporté ne soit pas en mesure de protéger ses voies respiratoires, le niveau actuel de gravité des patients de l'hôpital, etc.

Le mandataire spécial

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* (LCSS) définit la capacité comme étant l'aptitude à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision et l'aptitude à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. (LCSS, 1996) Comme nous l'avons déjà mentionné, si un patient ou client est considéré comme atteint d'incapacité en ce qui a trait à ses soins médicaux, un mandataire spécial peut fournir ou refuser son consentement au nom de ce patient ou client. Il est important de souligner, toutefois, que le mandataire spécial doit respecter les désirs du patient ou client s'ils ont été exprimés alors qu'il ou elle était en possession de ses moyens. S'il n'y a eu aucun **désir exprimé alors que la personne était en possession de ses moyens**, le mandataire spécial doit agir en fonction de l'intérêt véritable du patient ou client.

Une femme de 35 ans atteinte de sclérose en plaques en stade ultime est admise aux soins intensifs, atteinte de détresse respiratoire. Elle ne peut communiquer et l'équipe de soins de santé ne sait pas quels sont ses désirs. Toutefois, son mari agissant en capacité de mandataire spécial, exige que sa femme soit branchée à un appareil de survie. On appelle le thérapeute respiratoire pour l'intubation. Le mandataire spécial agit-il dans l'intérêt véritable de la patiente ou cliente? Et que devrait faire le thérapeute respiratoire?

Les principes moraux en jeu sont de faire le bien et de ne pas causer de tort, de même que le besoin d'agir de façon juste.

Premièrement, il est difficile d'établir si le mari agit dans l'intérêt véritable de sa femme, car on ne sait pas si elle a exprimé des désirs alors qu'elle était en possession de ses moyens, ni ce que ces désirs seraient, le cas échéant. Son médecin de famille le sait peut-être, car il est possible qu'ils aient eu une conversation à ce sujet étant donné l'issue probable de sa maladie. Un autre aspect dont il faut tenir compte est à savoir si sa détresse respiratoire est le résultat d'un problème guérissable, comme une pneumonie ou si elle est causée par la progression de sa maladie. Si possible, le thérapeute doit éviter l'intubation jusqu'à ce qu'on établisse quel est l'intérêt véritable de la patiente ou cliente.

Le transfert de responsabilité

La communication d'information entre fournisseurs de soins de santé est une composante essentielle des soins offerts aux patients ou clients. Selon une étude effectuée en 2003 par la U.S. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, près de 70 % de tous les événements sentinelles sont causés par une non-communication. (Alvarado, K. et autres, 2006) C'est pendant le transfert de responsabilité (parfois désigné par « transfert de soins ») qu'il existe le plus grand risque de tort pour le patient ou client.

C'est également pendant ce transfert que les manquements à la confidentialité des renseignements personnels des patients ou clients se produisent souvent. Ce n'est pas seulement la question de manquer ou de mal comprendre l'information qui doit être transmise, mais aussi la question que parfois certains membres du personnel qui ne devraient pas être mis au courant le sont. Il est essentiel, lorsqu'on divulgue des renseignements personnels sur la santé, de se rappeler de qui fait partie du **cercle de soins** du patient ou client. Cette expression n'est pas définie dans la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, mais on admet généralement qu'elle désigne l'ensemble des fournisseurs de soins de santé qui offrent des soins et services aux fins de traitement primaire des patients ou clients. Elle désigne également les activités connexes comme les travaux de laboratoire et la consultation auprès d'autres fournisseurs de soins de santé.²

Certaines organisations se sont dotées de méthodes normalisées fondées sur les preuves afin d'améliorer l'efficacité et la coordination des communications dans le transfert de responsabilité. Certains services d'hôpital ont un format genre liste de vérification (code, exigences de lutte contre les infections, préoccupations quant aux risques) afin de s'assurer de ne rien oublier d'important lors du changement. L'OTRO incite les membres à évaluer leur propre processus de transfert de responsabilité et à personnaliser possiblement les outils utilisés au sein de leur établissement.

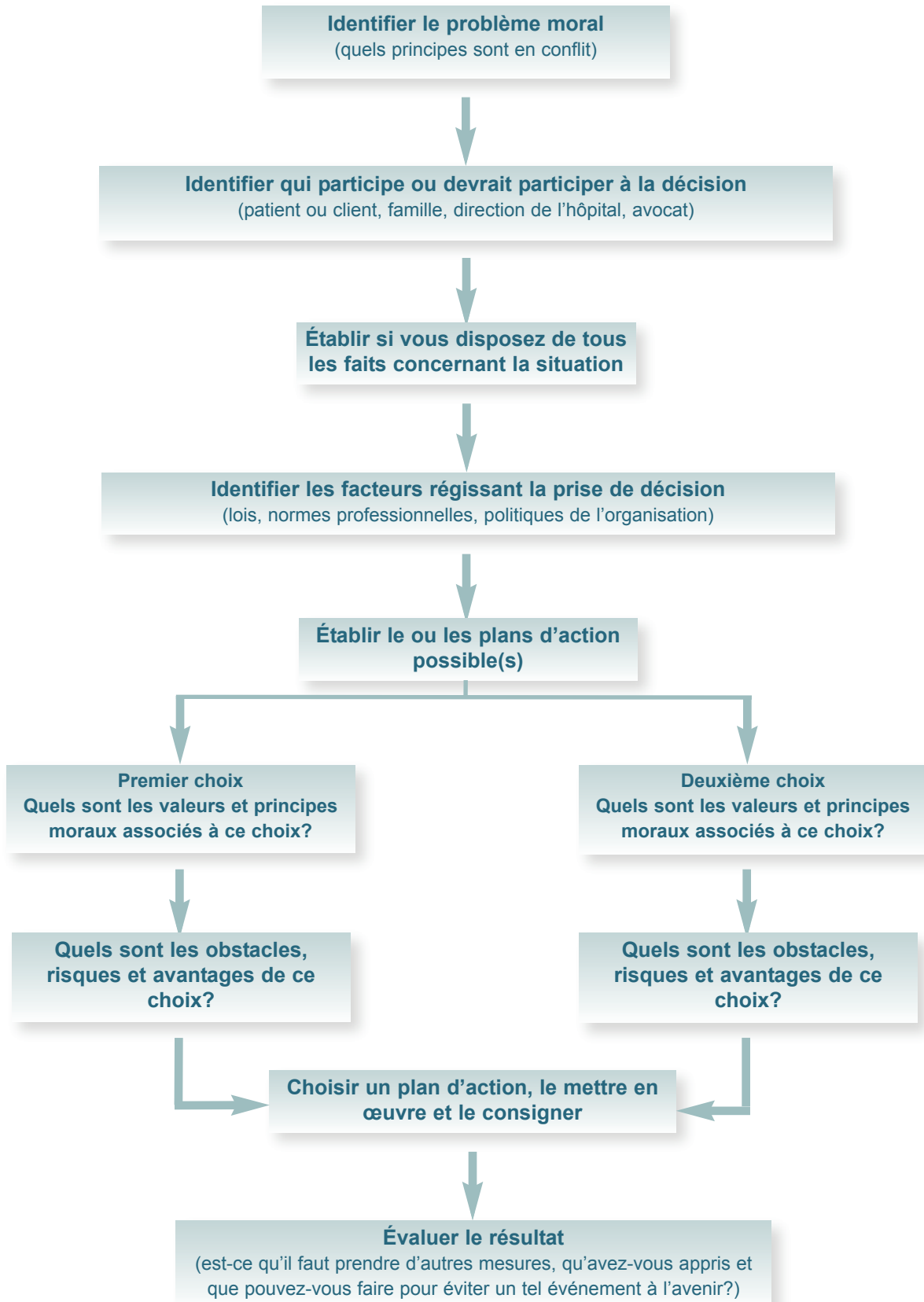
Au cours d'un rapport verbal dans la salle des employés, un thérapeute respiratoire révèle à toutes les personnes présentes qu'une patiente ou cliente qui était venue aux urgences précédemment est revenue suite à une tentative de suicide. La porte est ouverte et il y a dans le couloir un va-et-vient du personnel infirmier qui arrive au travail ou qui termine. En outre, la patiente ou cliente est la belle-sœur du technicien en échographie qui est dans la salle du personnel au moment où le thérapeute respiratoire raconte l'histoire. Quelles valeurs et principes moraux ont été enfreints et quelles mesures peut-on prendre pour éviter que cela se produise?

Le principe moral en jeu est qu'il faut faire le bien et éviter de causer du tort.

Le thérapeute respiratoire parlant ainsi a fait preuve de manque de respect envers la dignité du patient ou client en question. De plus, il a enfreint à la confidentialité du patient ou client, car il n'a pas divulgué l'information de façon à la protéger des personnes hors du cercle de soins. Il faut s'efforcer de s'assurer que l'information que l'on divulgue est exacte, complète et de réduire les risques de divulgation inappropriée de renseignements personnels sur la santé.

² Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety.

Étapes pour prendre une décision morale



GLOSSAIRE

Accident évité de justesse	Ces incidents sont identifiés comme des erreurs, mais ne causent pas de tort au patient ou client. Par conséquent, il n'est pas toujours nécessaire de les divulguer au patient ou client et ils sont généralement traités au niveau organisationnel. Le but est d'identifier l'erreur et de rectifier la raison pour laquelle elle s'est produite (p. ex., erreur de système).
Autonomie	Reconnaissance que les patients ou clients ont le droit d'accepter ou de refuser tout thérapeute respiratoire et tout soin recommandé ou ordonné.
Capacité de jugement	Désigne le processus cognitif associé à une décision ou à la prise de décision.
Cercle de soins	L'expression « cercle de soins » n'est pas définie dans la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé ni dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE). Cette expression est surgie dans une série de questions et réponses préparée par Industrie Canada intitulée Outils de sensibilisation à la LPRPDE initiative prévue pour le secteur de la santé. Elle y est alors définie comme suit : « <i>Personnes et activités qui sont liées aux soins et aux traitements que reçoit une personne. Sont donc compris les dispensateurs de soins de santé qui fournissent des soins et des services pour le bien être thérapeutique principal d'un patient ainsi que les activités liées à ces soins et services, comme les analyses de laboratoire et la consultation de cas entre professionnels de santé.</i> »
Code des droits de la personne	Les thérapeutes respiratoires ont la responsabilité de comprendre et respecter les personnes sans égard aux différences comme la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial et un handicap. (Code des droits de la personne de l'Ontario, 1990)
Commission de révision du consentement et de la capacité	Organisme indépendant mis sur pied par le gouvernement provincial de l'Ontario en vertu de la <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i> .
Compétent/compétence	Qui possède les connaissances, les compétences, les capacités et le jugement nécessaire afin d'exercer la profession de façon sûre, efficace et morale, et de mettre ces connaissances, ces compétences, ces capacités et ce jugement en pratique afin d'assurer des résultats sûrs, efficaces et moraux pour le patient ou client.
Confidentialité	Au Canada, les professionnels de la santé ont un devoir moral et juridique de confidentialité auprès de leurs patients. Toutefois, ce droit à la confidentialité n'est pas absolu. Un dépositaire de renseignements sur la santé peut révéler des renseignements personnels sur la santé s'il y a motif raisonnable de croire qu'il y a danger [LCRPS, art. 40(1)].

GLOSSAIRE (suite)

<p>Conflit d'intérêts</p>	<p>Il y a conflit d'intérêt lorsqu'un thérapeute respiratoire s'engage dans une activité, une entreprise privée ou personnelle, ou a une relation dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les intérêts privés ou personnels du thérapeute respiratoire entrent, pourraient entrer ou pourraient raisonnable être perçus comme entrant en conflit direct ou indirect avec ses devoirs ou responsabilités à titre de professionnel de la santé; duties or responsibilities as a healthcare professional; and/or • les intérêts privés ou personnels du thérapeute respiratoire influencent, pourraient influencer ou pourraient raisonnablement être perçus comme influençant les devoirs ou responsabilités professionnels du membre; <p>Il est important de souligner qu'un conflit d'intérêts peut-être réel ou apparent (perçu).</p>
<p>Connaissances</p>	<p>Ensemble d'information appliquée directement à l'exécution d'une fonction.</p>
<p>Désirs exprimés alors que la personne était capable</p>	<p>La <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i> désigne les désirs exprimés alors que la personne était capable, ce qui signifie les désirs exprimés par un patient ou client. La loi reconnaît qu'une personne peut, tant qu'elle est capable, exprimer des désirs concernant des décisions de traitement qui devront être prises en son nom si elle devient incapable.</p>
<p>Dépositaire de renseignements sur la santé</p>	<p>Désigne dans la LPRPS une personne ou une organisation qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé [LPRPS, art. 3(1)]. Il s'agit généralement de l'employeur.</p>
<p>Équipe de soins de santé</p>	<p>Pairs, collègues et autres professionnels de la santé et personnel de soutien (réglementés et non réglementés).</p>
<p>Incidents critiques</p>	<p>Événement non prévu qui se produit lorsqu'un patient ou client reçoit un traitement à l'hôpital et qui cause la mort, une blessure ou du tort au patient ou client et qui n'est pas causé par un état pathologique du patient ou client ni par un risque connu associé au traitement. (Rég. Ont. 423/07, 2007)</p>
<p>Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)</p>	<p>La LCSS stipule les exigences que doivent respecter les professionnels de la santé proposant un traitement ou plan de soins de s'assurer de recevoir un consentement éclairé du patient ou client ou de son mandataire spécial avant de procéder.</p>
<p>Loi sur les professions de la santé réglementées (LPSR)</p>	<p>Loi adoptée en 1991 stipulant le but général du modèle réglementaire des professionnels de la santé de l'Ontario. Elle identifie les 14 actes contrôlés qui pourraient s'avérer nocifs s'ils sont exécutés par des personnes non qualifiées et dresse la liste des professions auto-réglementées en vertu de cette loi.</p>
<p>Loi sur les thérapeutes respiratoires (LTR)</p>	<p>Loi adoptée en 1991 qui stipule, entre autres, la portée d'exercice de la profession de thérapeute respiratoire en Ontario et les actes contrôlés que ces derniers sont autorisés à exécuter.</p>

GLOSSAIRE (suite)

Mandataire spécial	Personne qui doit parfois aider à la prise de décision concernant un patient ou client hospitalisé considéré comme incapable à prendre des décisions à l'égard du traitement. La <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i> comporte un guide aidant à identifier qui est le mandataire spécial, en se basant sur une hiérarchie. La personne la plus élevée dans la hiérarchie qui peut et qui consent à prendre des décisions concernant les soins du patient ou client devient le mandataire spécial. (LCSS, 1996)
Moral/cadre moral	Se rapporte aux normes de conduite professionnelle admises ainsi qu'aux principes d'admissibilité ou d'inadmissibilité d'un comportement.
Patient ou client	Personne ayant besoin de soins ou services ou son mandataire spécial.
Pertinent	Ayant une influence importante et démontrable.
Présentation d'excuses, Loi sur la présentation d'excuses	Manifestation de sympathie ou de regret, fait pour une personne de se dire désolée ou tout autre acte ou toute autre expression évoquant de la contrition ou de la commisération, que l'acte ou l'expression constitue ou non un aveu explicite ou implicite de faute ou de responsabilité dans l'affaire en cause. La <i>Loi de 2009 sur la présentation d'excuses</i> a pour but de rehausser la transparence et les communications ouvertes entre les professionnels de la santé, les patients et la population. Loi de 2009 sur la présentation d'excuses
Relations professionnelles	Relations établies entre un professionnel de la santé et ses pairs et collègues dans le but d'exécuter leurs tâches professionnelles.
Relation thérapeutique	Relation qu'un professionnel de la santé établit avec un patient ou client, ou avec des membres de sa famille, dans le but d'exécuter ses tâches professionnelles.
Responsabilité	Prendre la responsabilité de ses décisions et de ses actions, y compris celles prises de façon indépendante et collective à titre de membre de l'équipe de soins de santé; accepter les conséquences de ses décisions et de ses actions et agir en fonction de l'intérêt véritable du patient ou du client.
Stratégie d'intervention en cas d'intensification	Stratégie utilisée pour s'assurer que les personnes qui bénéficieront le plus des soins peuvent les recevoir. Cela comprend le respect des principes de triage, la réaffectation de patient ou client et de personnel et la modification des normes de soins.
Thérapeute respiratoire ou thérapeute respiratoire inscrit	Désigne les thérapeutes respiratoires diplômés (GRT) et les thérapeutes respiratoires inscrits (RRT) qui ont suivi un cours et qui ont réussi l'examen du Conseil canadien des soins respiratoires (CCSR).

Références

1. Centre de soins de santé IWK, province de la Nouvelle-Écosse. (2006). *A Cultural Competence Guide for Primary Care Providers in Nova Scotia*. Extrait de : www.healthteamnovascotia.ca/cultural_competence/Cultural_Competence_guide_for_Primary_Health_Care_Professionals.pdf.
2. *Loi de 2009 sur la présentation d'excuses*. Assemblée législative de l'Ontario. Extrait de : www.elaws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_09a03_e.htm.
3. Baker, G.R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. Le 25 mai 2004; 170 (11).
4. Beauchamp TL, Childress JF. (2008). *Principles of Biomedical Ethics, 6th ed.* Oxford, England: Oxford University Press.
5. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO) (2005). *Lignes directrices professionnelles Conflit d'intérêts*. Extrait de : www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/conflict_of_interest_fr.pdf.
6. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). (2004). *Lignes directrices de pratique professionnelle Responsabilités en vertu de la législation en matière de consentement*. Extrait de : www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/UnderConsent_fr.pdf.
7. Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) (2005). *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*. Extrait de : www.eicp.ca/en/principles/sept/EICP-Principles%20and%20Framework%20Sept.pdf.
8. Gillon, R. (1994). *Education and Debate*. *British Medical Journal*, 309 (6948), 184-8.
9. Gillon R. (1994). *Medical Ethics: four principles plus attention to scope*. *British Medical Journal*, 309(6948), 184-8.
10. *Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)*. (1996). Assemblée législative de l'Ontario. Extrait de : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm.
11. Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E, Fram, N., Boblin, S., Poole, N., Lucas, J. et Forsyth, S. (2006). *Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety*. *Healthcare Quarterly*, 9(Sp), 75 – 79. Extrait de : www.longwoods.com/product.php?productid=18464&cat=452&page=1.
12. Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée. (2009). *Cercle de soins : Communication de renseignements personnels sur la santé pour la fourniture de soins de santé*. Extrait de : www.ipc.on.ca/images/Resourcess/circle-care.pdf.
13. Groupe de travail sur la pandémie de grippe du Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto. (2005). *Stand on Guard for Thee: ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*. Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto.

Références (suite)

14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2003). Sentinel Event Statistics. Extrait de : www.jointcommission.org/SentinelEvents
15. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2008). *Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe*. Chap. 2, 2 – 10. Extrait de : www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/ohpip2/plan_full.pdf.
16. *Loi de 1990 sur la santé et la sécurité au travail (1990)*. Assemblée législative de l'Ontario. Extrait de : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90o01_e.htm.
17. *Code des droits de la personne de l'Ontario (1990)*. Assemblée législative de l'Ontario. L.R.O. 1990, art.1c, H.19. Extrait de : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90h19_e.htm.
18. Règlement de l'Ont. 423/07. (2007). Assemblée législative de l'Ontario. Extrait de : www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/english/2007/elaws_src_regs_r07423_e.htm.

NOTES :

NOTES :

NOTES :



College of Respiratory Therapists of Ontario
Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

Septembre 2010

Le présent document sera révisé à mesure de l'apparition de nouvelles données ou de l'évolution de la profession. Si vous désirez nous faire part de vos commentaires, veuillez les adresser à :

Conseillère de l'exercice professionnel
Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario
180 rue Dundas Ouest, bureau 2103
Toronto (Ontario)
M5G 1Z8

Tél. : (416) 591-7800
Télec. : (416) 591-7890

Sans frais : 1 800 261-0528
Courriel : questions@crto.on.ca