

Engagement envers l'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.

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

REMARQUE : Aux fins des présentes lignes directrices, le terme client désigne tout autant un patient qu'un client.

Table des matières

Introduction aux lignes directrices et élaboration	4
Remerciements	5
Valeurs morales soutenant l'exercice moral	6
Principes directeurs d'un exercice professionnel moral	6
Scénarios de cas- mise en pratique des principes	8
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
Capacité et consentement	10
La modification du champ d'exercice individuel	11
Le conflit d'intérêts	12
La divulgation relativement aux incidents critiques	13
Diversité, équité et inclusion	14
L'obligation de diligence	16
La décision de fin de vie	19
Mettre fin à la relation entre le thérapeute respiratoire et le patient ou client	20
Médecine réfléchie et fondée sur des preuves	21
La collaboration interdisciplinaire	22
Le maintien de limites professionnelles	23
L'affectation des ressources	25
Le mandataire spécial	26
Le transfert de responsabilité	27
Médias sociaux	29
Étapes pour prendre une décision morale	31
Agents pathogènes à diffusion hématogène et autres pathogènes infectieux	32
Glossaire	34
Références	38

Introduction aux lignes directrices et élaboration

Tous les jours dans l'exercice de leur profession, les thérapeutes respiratoires doivent prendre des décisions morales. 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 « 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. 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 décembre 2010, le document final a été publié dans le site Web de l'OTRO.

Les publications de l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO) contiennent des paramètres et des normes d'exercice dont doivent tenir compte tous les thérapeutes respiratoires de l'Ontario lorsqu'ils prodiguent des soins à leurs patients ou clients et dans l'exercice de la profession. Les publications de l'OTRO sont conçues en consultation avec les leaders de l'exercice professionnel et décrivent les attentes professionnelles actuelles. Tous les membres sont tenus de respecter ces publications de l'OTRO. *Les lignes directrices Engagement envers l'exercice moral doivent être utilisées en combinaison avec la Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR), la *Loi sur les thérapeutes respiratoires* (LTR) ainsi que tous les autres énoncés de position, lignes directrices de pratique professionnelle et politiques de l'OTRO. Ensemble, ces documents fournissent le cadre de l'exercice sûr, efficace et moral de la thérapie respiratoire. Bien qu'il soit détaillé, le présent document n'est pas inclusif. Le fait qu'un scénario de pratique ne soit pas décrit ne signifie pas qu'il n'y a aucune attente ni responsabilité à son égard. Il est important de souligner que tous ces documents seront utilisés pour établir si l'on a respecté les normes de pratique et les responsabilités professionnelles.

Ces normes de pratique seront examinées de façon régulière et révisées au moins tous les cinq ans ou au besoin.

Remerciements

L'OTRO tient à remercier les membres suivants du groupe de travail qui ont contribué à la révision du présent document des Normes de pratique de l'OTRO :

Examen de l'engagement envers l'exercice moral 2010

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 de l'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 Comité de l'inscription de l'OTRO)
Patrick Nellis, RRT	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 moral

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. D'autres sont particulièrement **pertinentes** à l'exercice professionnel, comme la compassion, **la transparence** 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.

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

Publié en 1979 par les philosophes Tom Beauchamp et James Childress, *The Four Principles of Biomedical Ethics* a établi la base des décisions morales en soins de la santé. L'OTRO utilise cet ouvrage pour orienter l'exercice de la thérapie respiratoire.

Les quatre principes (Beauchamp, 2008)

1. Respect de l'autonomie - libre-arbitre

Obligation de respecter le plan de soin du patient (ou du mandataire spécial).
Dans le cadre de ce principe, les thérapeutes respiratoires doivent :

- s'assurer qu'un consentement éclairé a été obtenu avant d'amorcer toute intervention auprès d'un patient;
- fournir assez d'information pour permettre au patient de prendre une décision éclairée au sujet de ses soins;
- respecter le plan de soins du patient, même s'il est différent du plan 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. Dans le cadre de ce principe, les thérapeutes respiratoires doivent :

- fournir des services favorisant et maintenant le bien-être;
- tenir compte de la situation de chacun;
- fournir des services en faisant preuve de sensibilité, d'empathie et de collégialité.

3. Non-malfaisance – éviter de causer du tort

Obligation de réfléchir au tort qu'une intervention pourrait causer. Dans le cadre de ce principe, les thérapeutes respiratoires doivent :

- soupeser les risques et les bienfaits d'un plan de soins proposé;
- reconnaître que la bienfaisance et la non-malfaisance peuvent être conflictuels.

4. Distribution juste des ressources – agir de façon juste

Obligation d'être juste dans la répartition des bienfaits, des risques et des coûts. Dans le cadre de ce principe, les thérapeutes respiratoires doivent :

- affecter de manière juste et égale les ressources et les traitements;
- si les ressources sont limitées, effectuer le triage et établir les priorités;
- s'assurer que les patients et clients dans des situations semblables ont accès aux mêmes soins;
- lorsqu'on affecte des ressources à un groupe donné, évaluer l'impact sur d'autres.

Les quatre principes 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. Le présent document d'orientation se base sur ces quatre principes comme cadre des décisions morales en thérapie respiratoire.

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 31 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.).

Mauvais traitements infligés aux patients ou clients

Tout mauvais traitement infligé à un patient ou client est immoral et illégal. Cela comprend notamment les types de mauvais traitements suivants :

- mentaux/psychologiques
- verbaux/émotionnels
- physiques
- sexuels
- financiers
- culturels/identitaires

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 se sont dotés de politiques organisationnelles sur les dispositifs de retenue des patients ou clients. Il faut tenir compte de ces politiques lors du choix d'un plan d'action. En général, les professionnels de la santé ne peuvent utiliser de dispositif de retenue sans le consentement du patient ou client, sauf en cas d'urgence lorsqu'il y a une menace grave de tort, soit au patient ou client lui-même ou à autrui, et qu'aucune autre mesure n'a fonctionné. Un des risques de retenue du patient ou client est le fait que cela pourrait être considéré comme un mauvais traitement d'ordre physique, car le patient ou client n'a pas donné son consentement à l'intervention ni à la 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

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. Occasionnellement, 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 capacité et le 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. ^(LSSC, 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 qui avait auparavant, en présence de son épouse, déclaré qu'il souhaitait être un « code complet » change d'avis, mais le dit seulement à son thérapeute respiratoire. Le patient fait un arrêt cardiaque avant que le thérapeute respiratoire ne puisse le dire à l'équipe de soins ou la conjointe du patient, qui déclare d'effectuer la réanimation. Que doit faire le thérapeute respiratoire?

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/PPG/UnderConsent_fr.pdf

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 des restrictions financières croissantes. 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 en raison de la pandémie. 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. Bien qu'on pourrait s'attendre à ce que l'employeur fournisse de la formation et maintienne les compétences en thérapie respiratoire, 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* à www.crto.on.ca/pdf/fr/Positions/SOP_FR.pdf

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
- a une relation

qui affecte ou influence son jugement professionnel. Un conflit d'intérêts peut être réel ou apparent (perçu).^(CRTO, 2014) 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'à 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 doit faire preuve de prudence avant d'accepter un cadeau et doit obtenir un avis juridique.



Un thérapeute respiratoire travaille aux soins actifs de l'hôpital d'une petite ville et, la nuit, est la seule personne en charge. Un membre de la famille de sa conjointe est sous ventilateur dans l'unité de soins intensifs. A-t-il le droit de lui fournir des soins?

Le principe moral en jeu est de faire le bien et d'éviter de causer du tort. Fournir des soins à un membre de sa famille n'est jamais optimal. Il ne faut pas envisager cette solution s'il y a d'autres options. Toutefois, il est possible qu'il soit impossible d'éviter de fournir des soins à un membre de sa famille. Si le membre de la famille nécessite des services de thérapie

respiratoire et qu'il n'y a personne d'autre, le thérapeute respiratoire doit agir dans le meilleur intérêt du patient. S'il offre des soins, il doit s'assurer de consigner le conflit d'intérêts potentiel. Il est également essentiel que le thérapeute respiratoire fasse tout son possible pour transférer les soins à un autre thérapeute respiratoire ou un professionnel équivalent, dès que possible et de manière appropriée.

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

La divulgation relativement aux incidents critiques en matière de sécurité

Chaque thérapeute respiratoire a une responsabilité morale, professionnelle et juridique de fournir une divulgation complète de tous les **incidents** touchant la sécurité des patients qui entraînent un préjudice ou une possibilité de préjudice futur, et ce, 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.Ont.423/07, 2007) Les incidents touchant la sécurité des patients sont classés comme des incidents évités de justesse, des incidents qui ne causent pas de tort ou des incidents critiques. Bien que tous les incidents doivent être examinés afin de bien comprendre leurs causes et mettre en place des politiques de prévention pour l'avenir, les incidents évités de justesse ne sont pas habituellement divulgués aux patients ou familles.

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?



Le principe moral en jeu est 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 subi aucun tort. 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.



Un thérapeute respiratoire effectue une analyse de gaz dans le sang pour un patient dans l'unité d'AVC. Une fois terminé, il ne remonte pas le rail de lit et, pendant la préparation de l'échantillon pour le labo, le patient tombe et se fracture la hanche. Que doit alors faire le thérapeute respiratoire?

Le principe moral en jeu est de faire le bien et d'éviter de causer du tort. Le scénario décrit ci-dessus serait considéré comme un incident critique, car le patient a subi un préjudice important causé directement par la négligence du thérapeute respiratoire. Le thérapeute respiratoire doit suivre les procédures de communication en cas d'incident établies par son hôpital, et signaler immédiatement l'incident. Il faut communiquer l'incident à la famille du patient ou client. Un tel incident doit aussi servir d'occasion de croissance et d'amélioration.

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.ontario.ca/fr/lois/loi/09a03

Diversité, équité et inclusion

Dans un cadre de soins de santé, fournir des soins de manière à protéger et respecter la dignité des patients relève d'une responsabilité à la fois professionnelle, morale et juridique. Les thérapeutes respiratoires doivent identifier, réduire et éliminer les résultats inégaux et les déséquilibres de pouvoir afin de fournir des soins aux patients et clients présentant des valeurs et croyances diverses, et ce, sans préjugés. Parmi les exemples de discrimination, mentionnons ceux fondés sur l'âge, l'identité ou l'expression de genre, l'orientation sexuelle, la culture, la race, la religion, un handicap ou un état de santé. Par conséquent, un praticien doit reconnaître les préjugés et être en mesure de fournir des soins inclusifs et équitables par l'entremise d'un processus d'acquisition de comportements et attitudes conformes.

Un thérapeute respiratoire 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 sûrs et 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 cas d'une patiente de 81 ans aux soins intensifs est discuté par l'équipe de soins, lors de sa ronde. La médecin traitant mentionne qu'avant de parler à sa famille, ils ne vont pas traiter la patiente de façon aussi robuste que s'il s'agissait d'une personne plus jeune, étant donné que « son état est normal pour une personne âgée ». S'agit-il d'une opinion biaisée?

Le principe moral en jeu est d'agir de façon juste, de faire le bien et d'éviter de causer du tort. Le *Code des droits de la personne* décrit le droit de chaque résident de l'Ontario à recevoir un traitement égal en ce qui a trait aux biens, aux services et aux installations, sans discrimination fondée sur différents motifs comme la race, l'âge, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle et un handicap. Par conséquent, les thérapeutes respiratoires sont tenus de se conformer à ce code lorsqu'ils fournissent des soins aux patients ou clients. De manière générale, cela signifie que les soins doivent être offerts de manière égale à tous, peu importe 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 ou un handicap. (Code des droits de la personne, 1990)

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)

Les deux documents reconnaissent 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, 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 cette thérapeute respiratoire?



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

Durant une éclosion grave de maladie pulmonaire, une thérapeute respiratoire refuse de venir au travail, car elle s'inquiète de contracter la maladie et de la transmettre à son père âgé. Peut-elle refuser de travailler en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*?

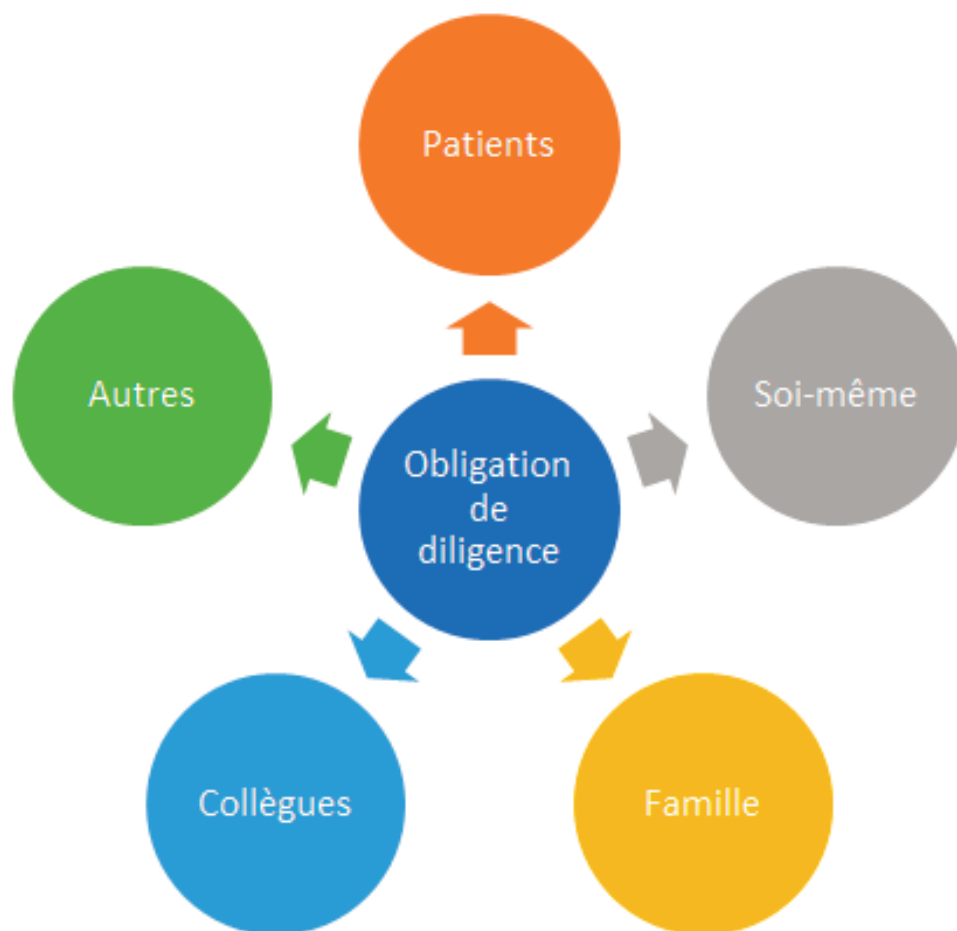


Le principe moral en jeu est d'agir de façon juste, de faire le bien et d'éviter de causer du tort. Tous les jours, les thérapeutes respiratoires offrent des soins à des patients atteints de maladies respiratoires, cela fait partie intégrante de notre travail. De plus, ce refus de services pourrait mettre en danger la vie, la santé ou la sécurité de ces patients. Par conséquent, dans cette situation, la thérapeute respiratoire est tenue de respecter les exigences de son emploi.

Parfois, des 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.

L'article 43(1) de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* décrit dans quelles circonstances certains types d'employés peuvent refuser le travail par crainte d'être exposés à un risque. Cette loi stipule clairement que le personnel des hôpitaux n'ont pas le droit de refuser le travail si :

- 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 important de souligner toutefois que la décision finale quant au plan de soins relève du patient/client ou de son mandataire spécial. Le consentement au traitement est obligatoire, mais il faut aussi un consentement pour refuser un traitement ou pour l'interrompre.^(LCSS, 1996)

Un nouveau-né gravement atteint de la maladie d'Aranduchenne de type 1 a besoin de ventilation non invasive à pression positive (VNIPP). Le thérapeute respiratoire se fait demander d'enlever le ventilateur. Que devrait-il faire? 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 s'est fait demander d'enlever le ventilateur. Que devrait-il faire?



Les principes moraux en cause sont le respect du libre arbitre, qui entre en conflit avec le besoin pour le thérapeute respiratoire de faire le bien et de ne pas causer de tort. Il est possible que l'équipe de soins de santé dispose de données médicales probantes entourant la survie à long terme de cet enfant et la qualité de vie pour la famille. Elle devrait discuter avec les parents des résultats attendus. 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. 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 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

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 principalement le respect du libre arbitre qu'il faut contrebalancer avec le besoin de faire le bien et d'éviter de causer du tort. Les entreprises de soins à domicile ont généralement des politiques explicites concernant l'oxygène et la cigarette. Ne pas respecter cette politique peut entraîner le retrait de l'oxygène, pour la sécurité du patient, de sa famille et de l'équipe de soins. Le thérapeute respiratoire doit suivre les politiques de l'établissement et travailler de concert avec le médecin du patient pour trouver d'autres solutions sécuritaires. Une fois que le thérapeute respiratoire s'est assuré que toutes les exigences sont respectées, il doit retirer l'oxygène et indiquer au patient de se rendre à son hôpital local. Comme toujours, la documentation est des plus importantes.

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.

Médecine réfléchie et fondée sur des preuves

Pour fournir des soins de la plus haute qualité, les thérapeutes respiratoires doivent mettre en application les lignes directrices et la recherche les plus actuelles dans leur exercice clinique. 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 et non pertinentes. Le thérapeute respiratoire a la responsabilité de faire preuve d'excellence professionnelle et d'exercer la profession de manière compétente et intègre, en veillant 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 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 suivant des paramètres considéré comme sûrs 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 interprofessionnelle

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. Chaque profession amène ses propres compétences et l'équipe travaille dans la collaboration pour que chacun puisse apprendre les uns des autres.

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) auprès de la haute administration. 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 soit un mauvais 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. Le résultat est en fait moins important que les raisons de la demande ou du refus. 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;
- Passer du temps hors de la relation thérapeutique avec un patient ou client.
- Devenir « amis » dans les médias sociaux.

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.



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 utilisé est qu'il faut 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 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. Est-ce qu'elle a manqué à ses devoirs de maintenir des limites professionnelles?

Le principe moral utilisé est qu'il faut agir de façon juste. Comme il existe un déséquilibre de pouvoir entre le personnel thérapeute et les étudiants, il n'est pas conseillé à cette thérapeute respiratoire de débiter une relation personnelle avec cette personne et d'accepter une demande d'amitié. Cela pourrait venir à l'encontre des politiques sur les conflit d'intérêts de son employeur et dépasser les limites professionnelles.

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. On s'attend à ce que le thérapeute respiratoire prenne une décision pour le plus grand bien de tous.

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 patiente 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, et de respecter le libre arbitre. 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 santé².

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?



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

Le principe moral en jeu est de faire le bien et d'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.



Une thérapeute respiratoire travaille à temps partiel à un hôpital, et de façon occasionnelle à un autre hôpital. Un soir, elle doit partir avant la fin de son quart de travail afin d'arriver à temps à son autre emploi. Le thérapeute respiratoire qui la remplace n'est pas encore arrivé. Si elle obtient la permission de son employeur de partir tôt, peut-être partir selon les normes de l'OTRO?

Le principe moral en jeu est de faire le bien et d'éviter de causer du tort. La thérapeute respiratoire est responsable de fournir des soins respiratoires jusqu'au transfert de responsabilité. Elle doit être présente physiquement pour fournir un rapport de vive voix, à moins qu'il n'existe un autre mécanisme pour ce faire. Cette situation présente un potentiel de risque important (p. ex. retard du deuxième thérapeute respiratoire).

Le fait que l'employeur donne sa permission n'est qu'une partie de l'équation. À titre de professionnel de la santé réglementé, votre responsabilité est finalement envers vos patients.

Médias sociaux

Les médias sociaux peuvent avoir un effet positif sur la communauté des professionnels des soins de la santé facilitant la communication, la collaboration et la dissémination des connaissances. Toutefois, il est important de se rappeler que certaines personnes peuvent interpréter le contenu comme inadéquat ou considérer que l'utilisation de telles plates-formes manque de professionnalisme.

De nombreux établissements se sont dotés de politiques concernant l'utilisation des médias sociaux qui reflètent leurs attentes et leurs valeurs. Il est important, pour toute personne associée à ces établissements, de respecter les lignes directrices lorsque ses gestes sont enregistrés.

Les thérapeutes respiratoires ont l'obligation morale et professionnelle de se comporter de façon à maintenir et à rehausser l'image et la réputation de leur profession auprès du public, de manière à favoriser le maintien de la confiance. L'OTRO souhaite rappeler aux thérapeutes respiratoires qu'ils sont tenus de se conformer aux attentes de la profession, notamment les attentes législatives, et d'utiliser leur jugement professionnel pour s'assurer que leurs publications dans les médias sociaux correspondent aux normes d'exercice de l'OTRO et document sur l'engagement envers un exercice moral.

Avant de faire une publication, tenez compte de ces valeurs :

- **Responsabilité et intégrité** : Vos publications pourraient être interprétées comme le reflet direct de vous-même, de votre établissement et de votre profession, et pourrait nuire à notre réputation. Votre vie personnelle et votre vie professionnelle sont inter-reliées. Tenez compte de vos intentions et des conséquences possibles.
- **Professionalisme** : À titre de travailleur de la santé réglementé, vos publications peuvent être perçues comme des conseils médicaux ou professionnels. Soupelez les risques et les bienfaits des renseignements que vous partagez. Vous devez toujours maintenir une image professionnelle sur vos comptes de médias sociaux. Ne pas le faire pourrait constituer un manquement professionnel. [Au sujet des normes de pratique de l'OTRO](#)
- **Confidentialité et protection des renseignements personnels** : Breaches are Les manquements sont souvent involontaires, par erreur. Les photos et le texte peuvent contenir des détails confidentiels permettant d'identifier un patient, sa famille ou l'établissement. Cela peut avoir des conséquences graves, non seulement pour vous, mais pour l'établissement tenu de respecter la législation en matière de protection des renseignements personnels. Confidentialité : [Norme 11 | Normes de pratique de l'OTRO](#)
- **Limites avec les patients ou clients** : Évitez les relations doubles avec les patients et les familles.
- **Communiquez avec respect!** Votre profil en ligne devrait refléter votre rôle comme professionnel.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'effet des médias sociaux sur l'exercice de la thérapie respiratoire, consultez les documents suivants :

Normes de pratique de l'OTRO

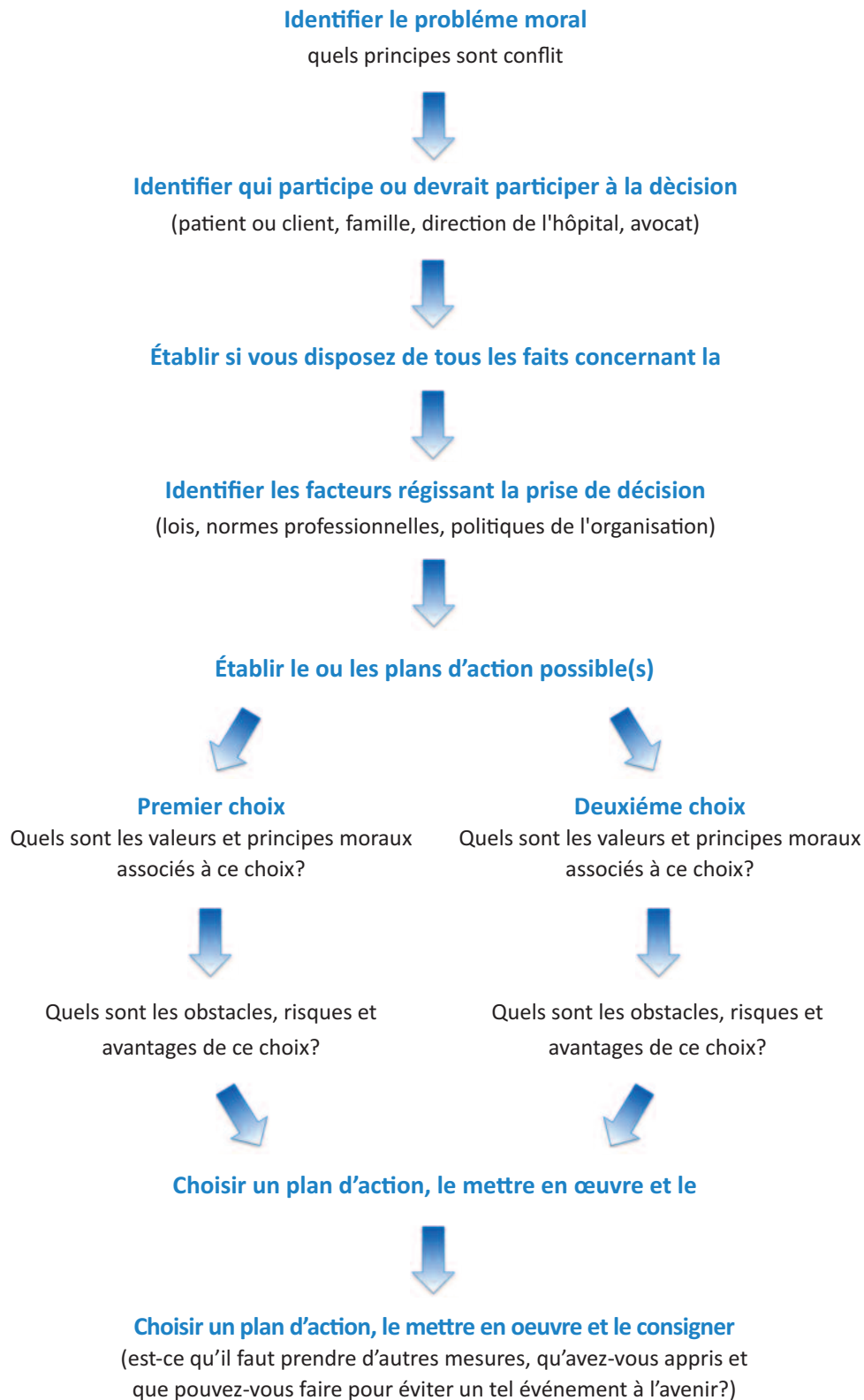
- **Norme 3.6 :** Évitez de faire des déclarations fausses, trompeuses ou offensives, contraires à l'intérêt public ou à l'honneur et à la dignité de la profession, verbalement ou par écrit;
- **Norme 8.6 :** Abstenez-vous de faire des déclarations sur un remède, un traitement, un dispositif ou une intervention pour lesquels il n'y a pas de faits scientifiques acceptés ou de base empirique;
- **Norme 12.7 :** Communiquez par voie électronique et dans les médias sociaux de façon à respecter les relations professionnelles et thérapeutiques;
- **Norme 13.26 :** Comportez-vous de manière professionnelle afin de présenter une image positive de la thérapie respiratoire à la communauté.



On constate qu'un thérapeute respiratoire a partagé des conseils de traitement non traditionnels et non prouvés pour la COVID-19, présentant des herbes comme « remède possible ». S'il s'agit de son opinion et que c'est publié sur sa page personnelle, est-ce que c'est préoccupant?

Bien que chacun ait droit à ses propres philosophies et croyances, à titre de professionnel de la santé, il y a une obligation morale et professionnelle de faire preuve de sensibilité et de conscience par rapport à son public. Un thérapeute respiratoire est toujours tenu de maintenir une norme personnelle et professionnelle supérieure. Les renseignements que vous publiez, même s'ils appartiennent à d'autres, doivent être valides et justes. Si les renseignements qu'ils publient sont considérés comme venant à l'encontre des lignes directrices en matière de santé publique et qu'ils ne s'y conforment pas, vous contrevenez aux normes de l'OTRO (*norme 8 – Pratique fondée sur les preuves*).

Étapes pour prendre une décision morale



Agents à diffusion hémotogène et autres agents infectieux

Les thérapeutes respiratoires ont l'**obligation morale** de protéger le public de la transmission potentielle de pathogènes à diffusion hémotogène et d'autres maladies infectieuses. L'Ordre encourage tous les membres à prendre toutes les précautions possibles pour empêcher la transmission des infections, à leurs patients et à d'autres personnes. Voici la position de l'Ordre :

- Les membres doivent être vigilants et se conformer de manière rigoureuse aux pratiques de routine et aux précautions supplémentaires. De plus, ils doivent porter l'équipement de protection individuelle (EPI) au besoin.^{3, 4, 5}
- On conseille aux membres offrant des soins directs aux patients de maintenir leur dossier d'immunisation à jour (hépatite, grippe⁶, rougeole, oreillons, rubéole, tuberculose, varicelle).
- Les thérapeutes respiratoires ont l'obligation morale de connaître leur état sérologique en ce qui a trait aux agents pathogènes à diffusion hémotogène comme le VIH et l'hépatite, mais ils n'ont pas l'obligation de le révéler à leurs patients⁷.
- Les thérapeutes respiratoires ont l'obligation morale de connaître leur état sérologique en ce qui a trait aux agents infectieux comme la tuberculose et la varicelle, mais ils n'ont pas l'obligation de le révéler à leurs patients.
- Les membres atteints d'un agent pathogène infectieux doivent demander de l'aide afin d'évaluer les risques de transmission de ce type d'agent à d'autres personnes. L'Ordre peut fournir des conseils sur l'exercice professionnel et des liens menant à des ressources (par exemple, aux programmes et services sur les maladies infectieuses de Santé publique Ontario), afin d'aider les membres à prendre des décisions sûres et morales concernant l'exercice de leur profession.
- Les membres atteints d'un agent pathogène infectieux (tout particulièrement s'ils exécutent des interventions à haut risque susceptibles de contact⁸) doivent prendre toutes les précautions nécessaires, notamment modifier leurs façons de faire au besoin pour éviter la transmission.

³ Voir Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario In All Health Care Settings 3^e édition (CCPMI, 2012) [cliquez ici](#)

⁴ Pour consulter le document sur les produits de connaissance du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) de Santé publique Ontario (2012) [cliquez ici](#)

⁵ Pour voir les Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires Prévention et lutte contre les infections de l'OTRO (2011) [cliquez ici](#)

⁶ La vaccination annuelle contre la grippe devrait être une condition à l'emploi continu ou à la nomination auprès d'une organisation de soins de santé ([CCPMI, 2012, p.32](#))

⁷ Pour obtenir le protocole de surveillance des maladies à diffusion hémotogène destiné aux hôpitaux de l'Ontario : [cliquez ici](#)

⁸ Pour consulter les catégories d'interventions susceptibles de contact, voir le document : Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) Guideline for Management of Healthcare Workers Who Are Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and/or Human Immunodeficiency Virus (2010) [cliquez ici](#)

N° 3 voir le document Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario, In All Health Care Settings, 3^e édition (CCPMI, 2012) [bp-ipac-hc-settings.pdf \(publichealthontario.ca\)](#)

N° 4 comme n° 3

N° 5 Voir les lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires sur la lutte contre les infections (2016) [Layout 1 \(crto.on.ca\)](#)

N° 6 Gouvernement du Canada. (2016) [Immunization of workers: Canadian Immunization Guide - Canada.ca](#)

N° 7 Pour obtenir le protocole de surveillance des maladies à diffusion hémotogène destiné aux hôpitaux de l'Ontario (2018) [Protocole lié aux maladies à diffusion hémotogène \(novembre 2018\).pdf \(oha.com\)](#)

N° 8 [Clinical Infectious Diseases, volume 41, numéro 1, 1^{er} juillet 2005, page 136](#)
<https://doi.org/10.1086/431928>

Un thérapeute respiratoire ayant reçu un diagnostic de VIH est-il tenu de révéler ce diagnostic à ses patients?



Le thérapeute respiratoire n'est pas légalement tenu de révéler son état sérologique à ses patients au moment d'obtenir un consentement éclairé pour une intervention, car les travailleurs de la santé ont droit à la confidentialité et à la protection de leurs renseignements médicaux personnels. Toutefois, d'un point de vue moral et professionnel, il faut déployer tous les efforts nécessaires pour protéger le patient d'un risque de préjudice, ce qui peut comprendre la modification de l'exercice de la profession. Les politiques en matière de divulgation peuvent varier d'un établissement à un autre.

Si, à un moment donné pendant le traitement, un patient est exposé au sang ou à un liquide corporel d'un thérapeute respiratoire, il faut effectuer un suivi conformément au processus de l'établissement et le patient doit être informé de la nature de l'exposition. Il faut aussi effectuer des tests après l'exposition et assurer le traitement, bien qu'on prendra tous les efforts nécessaires pour protéger l'identité du thérapeute respiratoire.

Glossaire

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.

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 *Loi de 2009 sur la présentation d'excuses* a pour but de rehausser la transparence et les communications ouvertes entre les professionnels de la santé, les patients et la population.^(Loi sur la présentation d'excuses., 2009)

Autonomie

Reconnaissance que les patients ou clients ont le droit d'accepter ou de refuser tout thérapeute respiratoire et tout soin recommandé ou ordonné.

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 :

« 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. »

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.

Glossaire

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)].

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 *Loi sur le consentement aux soins de santé*.

Conflit d'intérêts

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 :

- 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;
- 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;

Il est important de souligner qu'un conflit d'intérêts peut-être réel ou apparent (perçu).

Incidents critiques

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.^(Reg. Ont. 423/07, 2007)

Moral / cadre moral

Se rapportant aux normes professionnelles acceptées ou aux principes de comportement moral ou immoral.

Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)

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.

Glossaire

Dépositaire de renseignements sur la santé

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.

Équipe de soins de santé

Pairs, collègues et autres professionnels de la santé et personnel de soutien (réglementés et non réglementés).

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)

Jugement

Le jugement est le processus cognitif de prendre une décision ou de faire une observation.

Connaissance

Ensemble d'information appliquée directement à l'exécution d'une fonction.

Désirs exprimés alors que la personne était capable

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* 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.

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).

Patient ou client

Personne ayant besoin de soins ou services ou son mandataire spécial.

Relations professionnelles

Relations établies entre un professionnel de la santé et ses pairs et collègues dans le but d'exécuter leurs tâches professionnelles.

Glossaire

Loi sur les professions de la santé réglementées (LPSR)

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.

Pertinent

Ayant une influence importante et démontrable.

Thérapeute respiratoire (RT) ou thérapeute respiratoire inscrit (RRT)

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).

Loi sur les thérapeutes respiratoires (LTR)

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.

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 *Loi sur le consentement aux soins de santé* 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. (LSSC, 1996)

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.

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.

Transparence

Acte de se faire facilement comprendre, d'être franc et direct dans toutes ses interactions, de communiquer les renseignements, les connaissances et les résultats.

Références

1. Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E, Fram, N., Boblin, S., Poole, N., Lucas, J., & Forsyth, S. (2006). *Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety*. *Healthcare Quarterly*, 9(Sp), 75 – 79. Extrait de : <http://www.longwoods.com/product.php?productid=18464&cat=452&page=1>
2. Anderson, J., Deravin, L. (2020). *Transfer of Responsibility and Accountability of Patient Care*. *Journal of Hospital Administration*, vol 9,n° 6 Extrait de : <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jha/article/view/19657/12128n> ([sciedupress.com](http://www.sciedupress.com))
3. Loi sur la présentation d'excuses. (2009). *Assemblée législative de l'Ontario*. Extrait de : [Projet de loi 108, Loi sur la présentation d'excuses, 2009 - Assemblée législative de l'Ontario \(ola.org\)](http://www.ola.org)
4. Baker, G.R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 25 mai 2004; 170 (11).
5. Beauchamp TL, Childress JF. (2008). *Principles of biomedical ethics, 6th ed*. Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
6. Code d'éthique et de professionnalisme de l'Association médicale canadienne (2018). Extrait de : <https://www.who.int/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings> - PD19-03.pdf
7. Institut canadien pour la sécurité des patients. (2011) *Canadian Disclosure Guidelines*. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>
8. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). (2014) *Lignes directrices de pratique professionnelle Conflit d'intérêts*. Extrait de : www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/conflict_of_interest_fr.pdf
9. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). (2014). *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
10. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). (2019). *Communications. Normes de pratique*. [Norme 3 | Normes de pratique de l'OTRO](#)

Références


11. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). (2019). *Confidentiality. Normes de pratique*. [Norme 11 | Normes de pratique de l'OTRO](#)
12. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO) (2019). *Limites professionnelles. Normes de pratique*. [Norme 12 | Normes de pratique de l'OTRO](#)
13. Denise Sese, MD, Mahwish U. Ahmad, MD, MPH and Prabalini Rajendram, MD. *Ethical considerations during the COVID-19 pandemic*. Cleveland Clinic Journal of Medicine. Juin 2020. Extrait de : [Ethical considerations during the COVID-19 pandemic | Cleveland Clinic Journal of Medicine \(ccjm.org\)](#)
14. Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Care (EICP). (2005). *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*. Extrait de : [Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires \(ACIS\) au Canada \(rnao.ca\)](#)
15. Gillon R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *British Medical Journal*, 309(6948), 184-8.
16. Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS). (1996). *Assemblée législative de l'Ontario*. Extrait de : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/96h02>
17. Health Ethics <https://healthethics.ca/the-duty-to-provide-care/> to Provide Care – Health Ethics
18. Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée. (2015) *Cercle de soins : Communication de renseignements personnels sur la santé pour la fourniture de soins de santé*. Extrait de : <https://www.ipc.on.ca/wp-content/uploads/Resources/circle-of-care.pdf>
19. International Nurse Regulator Collaborative. *Social Media Use: Common Expectations for Nurses*. (2016, December). Retrieved from: <https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/incr-social-media-use-common-expectations-for-nurses.pdf>
20. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2020) *Sentinel Event Statistics*. Extrait de : <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents>

Références

21. Liddell K, Skopek JM, Palmer S, et al. Who gets the ventilator? Important legal rights in a pandemic. *Journal of Medical Ethics* 2020;46:421-426.
22. 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 : <https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/default.aspx>
23. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2020). *Planification et intervention en cas d'urgence*. Extrait de : <https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/default.aspx>
24. Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K. et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med* 17, 25 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
25. Loi sur la santé et la sécurité au travail. (1990). *Assemblée législative de l'Ontario*. Extrait de : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>
26. Gouvernement de l'Ontario. (2020). *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Extrait de : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/04p03>
27. Santé Ontario. (2021). *Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances*. Extrait de : [Équité, inclusion, diversité et anti-racisme | Santé Ontario](#)
28. 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 : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h19>
29. Commission ontarienne des droits de la personne. *La discrimination fondée sur l'âge et les services de santé*. Extrait de : <https://www.who.int/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settingsheet>) | [Ontario Human Rights Commission \(ohrc.on.ca\)](#)
30. Rég. Ont. 423/07. (2007). *Assemblée législative de l'Ontario*. Extrait de : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/r07423>

Références

31. Agence de la santé publique du Canada (2019). *Ligne directrice pour la prévention de la transmission de virus à diffusion hémotogène par des travailleurs de la santé infectés en milieux de soins*. Extrait de : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/infectious-diseases/nosocomial-occupational-infections/prevention-transmission-bloodborne-viruses-healthcare-workers/ligne_directrice_access-fra.pdf
32. Reach. *Beyond Domestic Abuse*. Extrait de : [6 Different Types of Abuse - REACH \(reachma.org\)](https://reachma.org)
33. 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*.
34. Organisation mondiale de la santé. (2017) *Déclaration conjointe des Nations Unies Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins*. Extrait de : [https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings \(who.int\)](https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings)



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 :

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

Tél. : 416-591-7800
Sans frais : 1-800-261-0528

Télec. : 416-591-7890
Courriel : questions@crto.on.ca