



College of Audiologists and
Speech-Language Pathologists of Ontario
Ordre des Audiologistes et
des Orthophonistes de l'Ontario

L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SERVICES

GUIDE À L'INTENTION DES AUDIOLOGISTES ET DES ORTHOPHONISTES

5060, rue Yonge, bureau 3080, C.P. 71
Toronto ON M4N 3N1
416-975-5347; 1-800-993-9459
www.caslpo.com

Approbation : juin 2006
Nouvelle mise en page: avril 2014

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Principes GÉNÉRAUX.....	2
QU'EST-CE QU'UN DÉPISTAGE? UNE ÉVALUATION? UN TRAITEMENT?	3
QU'EST-CE QUI NE CONSTITUE PAS UN TRAITEMENT?.....	4
QUELS SONT LES ÉLÉMENTS D'UN CONSENTEMENT VALIDE?	5
QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ?	6
LE CONSENTEMENT DU PATIENT/CLIENT EST-IL REQUIS DANS TOUS LES MILIEUX DE SERVICE?.....	7
EST-IL NÉCESSAIRE QUE LE CONSENTEMENT SOIT PAR ÉCRIT?	8
COMMENT DOIT-ON DOCUMENTER LE CONSENTEMENT REÇU?	9
COMMENT DOIT-ON DÉTERMINER SI LA PERSONNE EST CAPABLE?.....	10
DOIT-ON INFORMER LE PATIENT/CLIENT DE SON INCAPACITÉ?	12
LA COMMISSION DU CONSENTEMENT ET DE LA CAPACITÉ.....	13
LES MANDATAIRES SPÉCIAUX	14
LIGNES DIRECTRICES POUR LES MANDATAIRES SPÉCIAUX.....	15
QUE DOIT-ON FAIRE SI L'ON CROIT QUE LE MANDATAIRE SPÉCIAL N'AGIT PAS DANS L'INTÉRÊT VÉRITABLE DE LA PERSONNE INCAPABLE?.....	16
SERVICES D'URGENCE.....	17
IMMUNITÉ ET PROTECTION CONTRE LES POURSUITES	18
RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	19
RÉFÉRENCES	20
Annexe A	21

INTRODUCTION

La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* (LCSS) stipule qu'il faut obtenir le consentement pour les services de traitement. En juin 2006, le Conseil de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario (appelé ci-après « l'Ordre ») a décidé que les membres de l'Ordre doivent également obtenir le consentement pour tous les services de dépistage et d'évaluation et que, de plus, ils doivent suivre les principes de la LCSS lorsqu'ils obtiennent le consentement à ces services.

Le présent guide a pour but d'aider les membres à bien comprendre toutes les répercussions liées à l'obtention du consentement. Il représente l'interprétation de l'Ordre et ne remplace pas les dispositions de la *Loi*.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Voici les principes généraux qu'il importe de garder à l'esprit concernant l'obtention du consentement aux services.

Chaque principe est décrit plus en détail dans ce guide.

- Le consentement doit porter spécifiquement sur le service proposé. Le consentement général n'est pas acceptable pour les services d'orthophonie ou d'audiologie.
- Le consentement doit être donné volontairement.
- Le patient/client doit être informé entièrement des risques et avantages du service proposé.
- Il n'est pas nécessaire que le consentement soit donné par écrit. Il peut aussi être donné verbalement.
- Le consentement doit être documenté.
- Le consentement, même s'il est signé, n'est valide que si le patient/client a reçu toute l'information requise.
- Le consentement, signé ou verbal, peut être retiré n'importe quand.
- Le consentement peut être explicite ou implicite.
- La personne qui donne le consentement doit être mentalement capable de le faire, c'est-à-dire qu'elle doit être capable de comprendre les renseignements fournis et d'apprécier les conséquences d'une décision.
- La capacité de donner son consentement n'est pas déterminée par l'âge. Par conséquent, on peut considérer qu'un enfant a la capacité mentale de consentir. Il n'y a pas d'âge fixe auquel un enfant devient mentalement capable de donner son consentement.
- Il appartient à l'audiologiste ou à l'orthophoniste qui donne le service de déterminer si un patient/client est mentalement capable de consentir au service.
- La capacité de donner son consentement peut changer selon le type de service fourni. Un patient/client peut être considéré comme étant incapable à l'égard de certains services, mais capable à l'égard d'autres services.
- La capacité de donner son consentement peut changer dans le temps. Un patient/client peut être incapable à l'égard d'un service à un moment donné, mais capable à un autre moment.
- Si le patient/client est incapable de donner son consentement, le membre doit obtenir un consentement éclairé valide du mandataire spécial. Il y a une hiérarchie claire des mandataires spéciaux.

QU'EST-CE QU'UN DÉPISTAGE? UNE ÉVALUATION? UN TRAITEMENT?

L'Ordre définit « **dépistage** » comme étant l'utilisation par l'audiologiste ou l'orthophoniste de mesures conçues pour identifier les patients/clients qui pourraient présenter un problème d'audition, d'équilibre, de communication ou de déglutition ou des troubles similaires, dans le seul but de déterminer leur besoin de subir une évaluation en orthophonie ou en audiologie, ou les deux. Le dépistage n'inclut pas les gestes suivants:

- remarquer par hasard la présence d'un trouble potentiel d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou d'autres troubles similaires;
- passer en revue des données qui sont partagées au sujet du trouble potentiel d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou de troubles similaires d'une personne dans le but de fournir des renseignements instructifs généraux ou de recommander que la personne soit dirigée vers un orthophoniste ou un audiologiste afin de subir un dépistage ou une évaluation en orthophonie ou en audiologie, ou les deux.

Le dépistage peut être effectué par un membre de l'Ordre ou par du personnel de soutien. Le membre doit interpréter et communiquer les résultats du dépistage. Les résultats se limitent à conseiller le patient/client ou le mandataire spécial au sujet du besoin éventuel d'une évaluation en orthophonie ou en audiologie. Les résultats du dépistage ne doivent pas être utilisés pour la planification du traitement.

L'Ordre définit « **évaluation** » comme étant l'utilisation de mesures formelles et/ou informelles par l'audiologiste ou l'orthophoniste, conformément à son champ de pratique, afin de déterminer le fonctionnement du patient/client face à divers aspects de la communication fonctionnelle, de la déglutition ou de l'audition, et de recommander des interventions précises.

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* définit « **traitement** » comme étant tout ce qui est fait dans un but thérapeutique, préventif, palliatif, diagnostique ou esthétique, ou dans un autre but relié au domaine de la santé, y compris une série de traitements ou un plan de traitement. Un plan de traitement est un plan qui a les caractéristiques suivantes:

- il est élaboré par un ou plusieurs praticiens de la santé;
- il porte sur un ou plusieurs problèmes de santé qu'une personne présente et peut également porter sur un ou plusieurs problèmes de santé que la personne présentera vraisemblablement à l'avenir étant donné son état de santé actuel;
- il prévoit l'administration à la personne de divers traitements ou séries de traitements et peut également prévoir, en fonction de l'état de santé actuel de la personne, le refus d'administrer un traitement ou le retrait d'un traitement.

QU'EST-CE QUI NE CONSTITUE PAS UN TRAITEMENT?

Selon la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, les activités suivantes ne constituent pas un traitement:

- L'évaluation de la capacité d'une personne :
 - À consentir à un service, à son admission à un établissement de soins ou à un service d'aide personnelle,
 - À gérer ses biens,
 - À prendre soin de sa personne,
 - À tout autre égard;
- L'évaluation ou l'examen d'une personne pour déterminer son état général;
- L'obtention des antécédents en matière de santé d'une personne;
- L'admission d'une personne à un hôpital ou à un autre établissement;
- Un service d'aide personnelle.

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS D'UN CONSENTEMENT VALIDE?

L'audiologiste ou l'orthophoniste, avant de commencer à offrir le service de dépistage, d'évaluation et/ou de traitement, doit obtenir le consentement valide du patient/client. Pour être valide, le consentement:

- Doit être éclairé;
- Être donné volontairement;
- Ne doit pas être obtenu au moyen d'une déclaration inexacte ni par fraude;
- Doit porter spécifiquement sur le service proposé.

Par exemple, le membre de l'Ordre ne pourrait pas obtenir le consentement à l'ensemble des services dispensés au cours d'une année donnée. Par contre, on peut obtenir le consentement aux services spécifiques qui seront administrés au cours d'un mois, d'une année ou d'une période encore plus longue.

QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ?

Pour qu'il y ait consentement éclairé, en vertu de la Loi sur le consentement aux soins de santé, le patient/client ou son mandataire spécial, avant d'accepter un service, doit avoir reçu l'information dont une personne raisonnable, dans les mêmes circonstances, aurait besoin pour prendre la décision. De plus, la personne, si elle avait des questions et voulait obtenir plus d'information, elle doit avoir reçu des réponses à ces questions. L'information qu'on doit fournir comprend :

- La nature du service;
- Les effets bénéfiques prévus du service;
- Les risques importants du service;
- Les effets secondaires importants du service;
- Les autres mesures possibles;
- Les conséquences vraisemblables de l'absence de service.

Les risques et effets secondaires importants du service désignent :

- Ceux qui sont probables ou susceptibles de se présenter;
- Ceux qui sont possibles plutôt que probables, mais qui peuvent avoir des conséquences graves;
- Toute autre chose qui serait considérée comme étant pertinente par une personne raisonnable, dans les mêmes circonstances.

EXEMPLE : un patient/client prend rendez-vous avec un membre de l'ordre et se présente à son rendez-vous au bureau du membre. Même si c'est le patient/client qui a pris le rendez-vous et qu'il s'est présenté au bureau du membre, on ne peut pas considérer qu'il a donné son consentement éclairé et valide parce qu'il n'a pas reçu l'information nécessaire au consentement.

L'audiologiste ou l'orthophoniste peut présumer que le consentement au service inclut :

- Le consentement à toute variation ou adaptation du service, si la nature, les effets bénéfiques prévus et les risques et effets secondaires importants ne sont pas sensiblement différents de ceux du service initial;
- Le consentement à la continuation du même service dans un milieu différent, si ce milieu n'entraîne pas de changement significatif de la nature, des effets bénéfiques prévus ou des risques ou effets secondaires importants du service.

LE CONSENTEMENT DU PATIENT/CLIENT EST-IL REQUIS DANS TOUS LES MILIEUX DE SERVICE?

Le besoin d'obtenir le consentement au service s'applique de la même manière dans tous les milieux de service. En milieu hospitalier, le fait que le patient/client ait été référé par un médecin n'élimine pas le besoin d'obtenir un consentement. De même en milieu communautaire, le fait que le patient/client ait été référé par un organisme comme le centre d'accès aux soins communautaires (CASC) n'est pas suffisant et n'élimine pas non plus le besoin d'obtenir le consentement. Le besoin d'obtenir le consentement s'applique également aux membres de l'Ordre qui travaillent en milieu scolaire et qui offrent des services aux enfants fréquentant l'école. Dans chaque situation, il faut obtenir le consentement aux services spécifiques qui sont fournis.

Par contre, le membre n'est pas obligé d'obtenir personnellement le consentement requis. Il peut confier à une autre personne la tâche d'obtenir le consentement aux services qu'il offre. Néanmoins, le membre conserve l'entière responsabilité de s'assurer que le consentement obtenu est valide et éclairé.

Par exemple, dans un CASC, l'administrateur du CASC pourrait également présenter l'information nécessaire sur les services d'orthophonie qui seront fournis quand il obtient le consentement du patient/client ou du mandataire spécial aux services du CASC. Si le patient/client ou le mandataire spécial donne ensuite son consentement, le membre n'est alors pas obligé d'obtenir de nouveau le consentement au moment d'entreprendre les services. Toutefois, le membre demeure entièrement responsable de s'assurer que l'information nécessaire au consentement a été fournie avec exactitude par l'administrateur du CASC et qu'on a répondu à toute demande d'information supplémentaire.

De manière similaire, lorsqu'un conseil scolaire offre les services d'un membre de l'Ordre, ce membre peut confier à une autre personne le soin d'obtenir le consentement aux services proposés, notamment à un enseignant de l'enfance en difficulté ou à un enseignant spécialisé auprès d'élèves sourds et malentendants. Le membre doit toutefois s'assurer que le consentement obtenu est valide et éclairé.

EST-IL NÉCESSAIRE QUE LE CONSENTEMENT SOIT PAR ÉCRIT?

Un consentement valide peut être verbal ou écrit. Il n'est pas nécessaire que le consentement soit par écrit. Mais le consentement, même signé, n'est valide que si le patient/client a reçu toute l'information requise avant de le donner.

Il est important de noter également qu'il n'est pas obligatoire de parler au patient/client ou au mandataire spécial ou de le rencontrer pour obtenir leur consentement. Le membre de l'Ordre doit toutefois être convaincu d'avoir obtenu le consentement tel qu'il est défini dans la *Loi sur le consentement aux soins de santé*.

Le consentement peut être explicite ou implicite. Un exemple de consentement implicite serait le cas d'une personne à qui l'on donne de l'information sur les prothèses auditives et qui, par la suite, décide par elle-même de prendre un autre rendez-vous afin d'obtenir une évaluation en vue d'une prothèse auditive.

COMMENT DOIT-ON DOCUMENTER LE CONSENTEMENT REÇU?

Selon le Règlement proposé de l'Ordre sur la tenue des dossiers (2011), les membres doivent documenter tout consentement verbal ou écrit important qu'ils reçoivent. Quand les membres de l'Ordre documentent un consentement verbal, ils doivent indiquer qu'ils ont discuté avec le patient/client de l'information nécessaire sur le service proposé et qu'ils ont reçu le consentement du patient/client.

Il faut conserver la documentation du consentement comme il est indiqué dans le Règlement proposé sur la tenue des dossiers (2011).

COMMENT DOIT-ON DÉTERMINER SI LA PERSONNE EST CAPABLE?

Il appartient à l'audiologiste ou à l'orthophoniste de déterminer si la personne est capable de consentir au service qu'il propose. Une personne est capable à l'égard d'un service si :

- Elle **comprend** l'information que vous lui donnez au sujet du service proposé. Cette information inclut, mais sans s'y limiter, la nature du service proposé, les avantages, les risques et effets secondaires prévus et les autres options possibles;

Elle est apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision.

EXEMPLE : Un audiologiste recommande une prothèse auditive pour un enfant de 10 ans ayant une perte auditive modérée. L'audiologiste lui explique dans un langage adapté et approprié ce que fait une prothèse auditive ainsi que ses risques et avantages. L'enfant semble comprendre cette information, mais refuse de consentir à utiliser une prothèse auditive. L'enfant a pris cette décision en se basant sur l'esthétique de la prothèse, mais ne comprend pas les conséquences de l'absence d'amplification sur son développement du langage et son rendement scolaire. L'enfant serait donc jugé incapable et il faudrait alors obtenir le consentement du mandataire spécial, soit ses parents.

Les membres de l'Ordre ne doivent pas présumer qu'une personne est incapable à l'égard d'un service proposé en se basant uniquement sur un ou plusieurs des facteurs suivants :

- L'existence d'un diagnostic psychiatrique ou neurologique;
- Le refus d'un service proposé allant à l'encontre des conseils du membre de l'Ordre ou d'un autre praticien;
- Une demande d'une autre solution (service);
- L'âge de la personne;
- L'existence d'un handicap, y compris un trouble de la parole, du langage ou une déficience auditive.

EXEMPLE : un orthophoniste ne peut pas présumer qu'une personne est incapable de consentir à une évaluation en se basant uniquement sur le fait que la personne a reçu un diagnostic de dépression, qu'elle est aphasique ou qu'elle a 13 ans.

Vu leur formation, les audiologistes et les orthophonistes savent qu'on ne peut pas présumer que le patient/client est incapable de donner son consentement simplement parce qu'il a un problème de communication. Mais pour une personne qui a un trouble de communication, donner son consentement peut représenter un défi important.

L'annexe A donne des conseils pour faciliter la discussion et obtenir le consentement d'un patient/client qui a un trouble de communication. On souligne l'importance de donner au patient/client toutes les occasions possibles de faire équipe avec le membre lorsque vient le moment de prendre des décisions face aux services.

L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SERVICES GUIDE À L'INTENTION DES AUDIOLOGISTES ET DES ORTHOPHONISTES

Une personne peut être incapable à l'égard de certains services, comme une chirurgie majeure, mais capable de consentir à des services d'orthophonie ou à l'utilisation d'une prothèse auditive. De plus, une personne peut être incapable de consentir à un moment donné, mais capable à un autre moment.

EXEMPLE : Un patient/client qui a récemment subi un accident vasculaire cérébral peut être incapable de consentir au service au début, mais devenir capable par la suite. Les patients/clients atteints de troubles psychiatriques peuvent être capables à certains moments et incapables à d'autres moments.

Dans les situations où une personne devient capable après avoir initialement été jugée incapable et où le mandataire spécial avait fourni le consentement, c'est la décision de cette personne de donner ou de refuser le consentement qui prime.

DOIT-ON INFORMER LE PATIENT/CLIENT DE SON INCAPACITÉ?

Quand une personne est trouvée incapable de consentir à un service, la *Loi sur le consentement aux soins de santé* prévoit que tous les praticiens doivent suivre les directives de l'ordre de réglementation de leur profession relatives à l'information à fournir aux patients/clients au sujet des conséquences de la constatation d'incapacité.

Nous reconnaissons qu'une personne incapable qui est en mesure de comprendre ces implications a le droit d'en être informée. Les membres de l'Ordre ont l'obligation d'informer le patient/client d'une manière appropriée à la capacité du patient/client.

L'Ordre recommande les lignes directrices suivantes pour informer les personnes jugées incapables:

- Le membre de l'Ordre doit dire à la personne incapable qu'un mandataire spécial l'aidera à comprendre le service proposé et sera responsable de prendre la décision finale.
- Le membre de l'Ordre devrait faire participer la personne incapable, autant que possible, dans les discussions avec le mandataire spécial.
- Si le patient/client n'est pas d'accord avec le constat d'incapacité, le membre de l'Ordre doit l'informer de son droit de demander, par voie de requête, à la Commission du consentement et de la capacité, la révision de la constatation d'incapacité.
- Le membre de l'Ordre devrait aider la personne à se prévaloir de ses droits si elle manifeste le désir de le faire.

LA COMMISSION DU CONSENTEMENT ET DE LA CAPACITÉ

Toute personne trouvée incapable a le droit de contester cette constatation devant un tribunal appelé Commission du consentement et de la capacité. Avant de fournir le service, le membre de l'Ordre doit attendre qu'un des événements suivants soit survenu :

- Il s'est écoulé 48 heures depuis que le membre de l'Ordre a été avisé pour la première fois de l'intention de présenter une requête à la Commission, sans qu'une requête soit présentée.
- La personne a retiré sa requête auprès de la Commission.
- La Commission a rendu sa décision et aucune partie n'a indiqué son intention d'interjeter appel de la décision.
- L'une des parties à la requête présentée à la Commission a avisé le membre de l'Ordre qu'elle a l'intention d'interjeter appel de la décision de la Commission et le délai accordé pour interjeter appel a expiré sans qu'il soit interjeté appel.
- L'appel de la décision de la Commission a été réglé de façon définitive.

LES MANDATAIRES SPÉCIAUX

Le membre de l'Ordre aura recours à un mandataire spécial lorsqu'il propose un service auquel il ne croit pas le patient/client capable de consentir. Voici dans l'ordre la hiérarchie au sein des mandataires spéciaux :

1. Le tuteur de la personne
2. Le procureur au soin de la personne
3. Un représentant nommé par la Commission du consentement et de la capacité,
4. Le conjoint ou partenaire
5. Un enfant ou le père ou la mère de la personne, ou une société d'aide à l'enfance (cela ne s'applique pas au père ou à la mère qui n'a qu'un droit de visite)
6. Le père ou la mère qui n'a qu'un droit de visite
7. Un frère ou une sœur
8. Tout autre parent
9. Le Tuteur et curateur public.

Pour pouvoir agir comme mandataire spécial, une personne doit satisfaire à tous les critères suivants :

- Elle doit être capable de consentir au service.
- Elle doit avoir au moins 16 ans. La seule exception est si la personne de moins de 16 ans est le père ou la mère de la personne incapable.
- Une ordonnance du tribunal ou un accord de séparation ne lui interdit pas de visiter l'incapable ou de donner ou de refuser son consentement au nom de celui-ci.
- Elle doit être disponible.
- Elle doit être disposée à assumer la responsabilité de donner ou de refuser son consentement.

Pour déterminer quel mandataire spécial arrive en tête de liste des personnes figurant dans la liste hiérarchique, le membre de l'Ordre n'a qu'à demander à la personne si elle est au courant d'une personne qui viendrait avant elle dans la liste. Normalement, on obtiendra le consentement de la part de la personne arrivant en tête de liste à moins que :

1. La personne arrivant en tête de liste ne soit pas capable, disponible ou ne soit pas prête à agir dans ce rôle. Dans ce cas, on passera à la personne suivante dans la liste hiérarchique.
2. Si deux personnes ou plus du même rang ne s'entendent pas quant au service, et que leurs revendications ont priorité sur toutes les autres, le Tuteur et curateur public prendra la décision à leur place.

LIGNES DIRECTRICES POUR LES MANDATAIRES SPÉCIAUX

Le mandataire spécial doit déterminer quel est l'intérêt véritable de la personne incapable. Pour ce faire, le mandataire spécial doit tenir compte des points suivants:

- Les valeurs et les croyances de la personne incapable;
- Tout désir antérieur exprimé par la personne incapable alors qu'elle était capable;
- S'il est vraisemblable que le service améliorera l'état ou le bien-être de la personne incapable, l'empêchera de se détériorer ou ralentira le rythme de la détérioration;
- S'il est vraisemblable ou non que l'état ou le bien-être de l'incapable s'améliorera, restera le même ou se détériorera sans le service;
- Si les effets bénéfiques prévus du service l'emportent ou non sur les risques;
- Si un service moins contraignant ou moins perturbateur aurait ou non un effet aussi bénéfique que celui proposé.

QUE DOIT-ON FAIRE SI L'ON CROIT QUE LE MANDATAIRE SPÉCIAL N'AGIT PAS DANS L'INTÉRÊT VÉRITABLE DE LA PERSONNE INCAPABLE?

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* donne aux audiologistes et aux orthophonistes membres de l'Ordre le droit de présenter une requête à la Commission du consentement et de la capacité s'ils estiment que le mandataire spécial n'agit pas dans l'intérêt véritable de la personne incapable comme il est décrit ci-dessus. La Commission décidera si le mandataire spécial s'est conformé à la loi. Cette disposition constitue un changement important par rapport à la loi antérieure qui n'offrait aucun conseil aux praticiens sur la marche à suivre dans cette situation.

SERVICES D'URGENCE

Les praticiens ne sont pas autorisés à prendre des décisions sur les services au nom des patients/clients sauf en cas d'urgence lorsqu'aucune personne autorisée n'est disponible pour prendre une décision. On peut considérer qu'il y a urgence si la personne pour laquelle le service est proposé semble éprouver de grandes souffrances ou risque, si le service ne lui est pas administré promptement, de subir un préjudice physique grave. Dans ces situations, le service peut être administré sans le consentement. Il est très improbable que les services des membres de l'Ordre pourraient être qualifiés de services d'urgence.

IMMUNITÉ ET PROTECTION CONTRE LES POURSUITES

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* protège les praticiens de la santé contre les poursuites dans bien des situations. Lorsque le praticien agit de bonne foi, il ne peut être tenu responsable si:

- Un service est administré une fois le consentement donné;
- Un service n'est pas administré parce que la personne a refusé de donner son consentement;
- Un service n'est pas administré ou est retiré conformément à un plan de service auquel la personne a consenti;
- Un service d'urgence, tel qu'il est défini dans la Loi, est administré sans le consentement.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Les articles suivants portent sur des aspects précis du consentement aux services et pourraient offrir des précisions utiles aux membres de l'Ordre:

- Dilemmes en matière de consentement aux services d'évaluation ou de dépistage », *OAOO Aujourd'hui (CASLPO Today)*, août 2007.
- Consentement désormais requis pour offrir des services d'évaluation et de dépistage, *OAOO Aujourd'hui (CASLPO Today)*, novembre 2006
- Vous êtes confus concernant le consentement?, *OAOO Aujourd'hui (CASLPO Today)*, août 2006.

RÉFÉRENCES

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. [*Énoncé de principe sur le consentement aux services de dépistage et d'évaluation*](#), 2007.

Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario. Règlement proposé sur la tenue des dossiers (en anglais seulement) = [*Proposed Regulation for Records*](#), 2011.

[*Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*](#) (LCSS).

ANNEXE A

Conseils pour faciliter la discussion sur le consentement aux services avec les personnes ayant un trouble de communication

L'obtention du consentement du patient/client est au cœur des soins centrés sur le patient/client. Mais pour une personne qui a un trouble de communication, donner son consentement peut représenter un défi important. En tant que professionnels en communication, les audiologistes et les orthophonistes doivent veiller à ce que toutes les mesures raisonnables soient prises pour permettre au patient/client de comprendre les options de service et d'exprimer ses désirs pendant l'obtention du consentement aux services. L'existence d'un handicap, y compris un trouble de la parole, du langage ou une déficience auditive, n'est pas suffisante pour présumer que le patient/client est incapable de donner son consentement.

Le patient/client est présumé capable de donner son consentement à moins que le membre de l'Ordre ait des motifs raisonnables de croire autrement. La Loi sur le consentement aux soins de santé stipule que pour être considéré capable de donner son consentement, le patient/client doit avoir la capacité de comprendre l'information fournie et d'apprécier les conséquences de sa décision.

Le membre ne peut pas conclure que le patient/client est incapable uniquement parce qu'il prend une décision à laquelle le membre ne s'attendait pas ou qui va à l'encontre de ses recommandations. Il est important de reconnaître cela. Le membre doit respecter les désirs du patient/client. Il peut, par la discussion, tenter de mieux comprendre les raisons qui ont mené le patient/client à prendre cette décision..

Voici quelques suggestions pour faciliter la discussion sur le consentement éclairé:

1. Donnez au patient/client toutes les chances possibles d'utiliser son mode de communication le plus efficace. Les membres doivent faire leur possible pour obtenir la formation et les habiletés appropriées en techniques de communication et utiliser les aides appropriées. Voici quelques exemples d'aides disponibles:

- « Books Beyond Words » est une série de livres d'images qui ont été conçus pour faciliter la communication des personnes ayant un trouble de communication. Les livres comprennent des textes et des directives à l'appui. Ce matériel convient tant aux enfants qu'aux adultes. Visitez

www.rcpsych.ac.uk/publications/booksbeyondwords.aspx.

- L'Aphasia Institute (www.aphasia.ca/training/index.shtml) a mis au point une ressource intitulée « Pictographic Communication Resources Binder (PCR) ». La ressource est organisée par thèmes et s'adresse aux adultes. L'Institut offre également une série de livrets qui donnent des conseils sur la communication avec les divers professionnels du monde médical et du counseling. Ces ressources peuvent être utilisées non seulement avec les personnes aphasiques, mais aussi avec toute

L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SERVICES GUIDE À L'INTENTION DES AUDIOLOGISTES ET DES ORTHOPHONISTES

personne ayant un trouble de communication. L'Institut offre également des cours sur la conversation accompagnée pour les adultes aphasiques.

2. Utilisez les techniques suivantes pour faciliter la compréhension quand cela est approprié :
 - Utilisez un langage adapté à l'âge et aux habiletés du patient/client.
 - Utilisez un langage adapté au contexte culturel et linguistique du patient/client comme il est proposé dans *l'Énoncé de principe sur la prestation de services aux populations culturellement et linguistiquement diverses*.
 - Expliquez tous les concepts le plus simplement possible.
 - Assurez-vous que le patient/client entend assez pour participer à la discussion. Prévoyez des aménagements au besoin, tels que des dispositifs techniques pour malentendants (p. ex. Pocketalker), de la documentation écrite supplémentaire, un éclairage adéquat et un environnement non bruyant.
 - Proposez d'autres méthodes de communication au patient/client dont le trouble de communication pourrait masquer la capacité de donner son consentement.
 - Offrez des aides visuelles pendant la discussion pour favoriser la conversation et tenez compte de toute difficulté visuelle, notamment : (a) utilisez des aides de grande dimension ayant un contraste suffisant pour permettre à la personne de voir, ou placer ces aides de manière à tenir compte du champ visuel déficient; (b) offrez du matériel écrit préparé d'avance pour appuyer la discussion; (c) mettez par écrit les points principaux durant la discussion; (d) offrez des illustrations à l'appui de la discussion, p. ex. des pictogrammes et des symboles adaptés à l'âge ou un format « livre de contes »; (e) utilisez n'importe quelle combinaison des éléments mentionnés ci-dessus et qui convient le mieux au patient/client.
 - Demandez au patient/client de paraphraser la discussion pour confirmer ce qu'il a compris. Des techniques pour faciliter la paraphrase sont décrites ci-dessous au point 3.
 - Donnez au patient/client suffisamment de temps pour assimiler l'information et poser des questions. Dans certains cas, il peut être utile de lui permettre de communiquer avec vous après la séance pour passer en revue un point ou poser une question non soulevé durant la séance face à face.
 - Après la présentation de chaque composante, vérifiez si le patient/client a bien compris pour réduire au minimum les difficultés de mémoire.
 - Encouragez le patient/client à se faire accompagner pendant ces discussions par une personne qui pourra lui offrir un soutien, mais assurez-vous que la discussion cible le patient/client. C'est le patient/client, à la fin, qui doit prendre des décisions éclairées au sujet des services offerts.

Après la discussion, remettez de la documentation adaptée aux besoins d'un patient/client ayant un trouble de communication pour lui permettre de revoir la documentation à sa

L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SERVICES GUIDE À L'INTENTION DES AUDIOLOGISTES ET DES ORTHOPHONISTES

convenance et dans son environnement personnel. Assurez-vous que le niveau de complexité de la documentation est adapté aux habiletés cognitives du patient/client. Selon les habiletés de communication du patient/client et des personnes les plus proches, pensez à offrir l'information dans d'autres formats, p. ex. par écrit, au moyen de symboles illustrés, d'enregistrements sonores et de présentations à l'ordinateur.

3. Faites appel aux techniques suivantes pour faciliter la communication, s'il y a lieu :

- Structurez le dialogue de manière à donner au patient/client toutes les occasions possibles de poser des questions et de donner son point de vue pendant la discussion. Voici quelques techniques pour favoriser cette approche : (a) nombreuses invitations directes de participer à la discussion (« Qu'est-ce que vous en pensez? ») et invitations indirectes (« J'aimerais bien savoir ce que vous en pensez. ») et (b) pauses fréquentes suffisamment longues pour donner au patient/client qui se sent incertain ou hésitant l'occasion de participer et de poser des questions.
- Utilisez des techniques pour appuyer la communication, p. ex. faites des dessins interactifs; pointez vers des illustrations ou des représentations symboliques pertinentes; pointez vers des mots-clés fournis; utilisez la communication gestuelle; utilisez des reconstitutions d'activité ou des jeux adaptés à l'âge ou utilisez des réponses oui-non.
- Laissez le patient/client vous dire ce qu'il a compris au sujet de l'évaluation et des choix de traitement à chaque étape de la discussion (p. ex. présentez chaque option visuellement et donnez-lui la chance de vous indiquer ce qu'il a compris en utilisant son mode de communication préféré).

RÉSUMÉ

Les audiologistes et les orthophonistes, vu leur formation unique et spécialisée en troubles de communication, doivent veiller à ce que les patients/clients, indépendamment de leurs problèmes de communication, soient capables de donner leur consentement éclairé aux services fournis. Il faut donner au patient/client toutes les occasions possibles d'établir un partenariat avec le membre lorsque vient le moment de prendre des décisions concernant une intervention.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

Cronk, E. A. (2001). "Informed consent in 2001: don't leave the office without it". *Dispatch*, Royal College of Dental Surgeons of Ontario: Toronto.

Department of Health. (2001). "Seeking consent: working with older people." & "Seeking consent: working with children." London (www.doh.gov.uk/consent).

Kagan, A. & Kimelman, M. D. Z. (1995). "Informed consent in aphasia research: myth or reality?" *Clinical Aphasiology*, 23:65-75.

Small, J. A., Gutman, G., Makela, S., & Hillhouse, B. (2003). "Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's Disease during activities of daily living." *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46: 353-367.