

L'auto-référencement en physiothérapie : la mise de l'avant d'une culture éthique pour encadrer la pratique organisationnelle

COMMENTAIRE / COMMENTARY

Anne Hudon^{1,2}, pht, M.Sc., candidate au doctorat en sciences de la réadaptation

Reçu/Received: 11 Jul 2014

Publié/Published: 22 Oct 2014

Éditrices/Editors: Mona Gupta & Cécile Bensimon

2014 A Hudon, [Creative Commons Attribution 4.0 International License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Résumé

L'auto-référencement en physiothérapie, soit le fait pour un professionnel de la santé de référer un patient vers une clinique privée de physiothérapie dans laquelle ce même professionnel possède des intérêts financiers, comporte des implications éthiques importantes de nature organisationnelle. Cet article propose des pistes de solutions à cette pratique éthiquement condamnable. En plus de miser sur des stratégies législatives et déontologiques, les cliniques privées doivent adopter des balises et des activités formelles visant à améliorer la culture éthique de leur entreprise, en impliquant les propriétaires, les actionnaires et les employés.

Mots clés

physiothérapie, réadaptation, auto-référencement, culture éthique, secteur privé, conflits d'intérêts

Summary

Self-referral in physiotherapy, that is, a healthcare professional referring a patient to a private physiotherapy clinic in which the same professional has a financial interest, presents significant organizational ethical implications. This article offers potential solutions to this ethically reprehensible practice. In addition to focusing on legislative and ethical strategies, private clinics should adopt guidelines and formal activities to improve the ethical culture of their company, by involving owners, shareholders and employees.

Keywords

physiotherapy, rehabilitation, self-referral, ethical culture, private sector, conflicts of interest

Affiliations des auteurs / Author Affiliations

¹ École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada

² Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), Montréal, Canada

Correspondance / Correspondence

Anne Hudon, anne.hudon@umontreal.ca

Remerciements

L'auteur tient à remercier Bryn Williams-Jones, Marie-Josée Drolet, Maude Laliberté ainsi que les éditrices pour leurs généreux commentaires et suggestions proposés lors des versions antérieures de ce texte. Anne Hudon reçoit une bourse doctorale du Fonds de recherche du Québec en Santé (FRQ-S) ainsi que du programme MENTOR, en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le REPAR.

Conflit d'intérêts

Bryn Williams-Jones, éditeur en chef de *BioéthiqueOnline*, est membre du comité de parrainage doctoral de l'auteure.

Acknowledgements

The author wishes to thank Bryn Williams-Jones, Marie-Josée Drolet, Maude Laliberté and the editors for their generous comments and suggestions on earlier versions of this text. Anne Hudon has a doctoral fellowship from the Fonds de recherche du Québec en Santé (FRQ-S) and the MENTOR program in collaboration with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the REPAR.

Conflict of Interest

Bryn Williams-Jones, Editor-in-chief of *BioéthiqueOnline*, is a member of the author's PhD supervisory committee.

Une introduction aux pratiques d'auto-référencement en physiothérapie

Au Canada, les soins de physiothérapie sont offerts à un grand nombre de citoyens par l'entremise notamment de cliniques privées de physiothérapie. En 2011, 43 % des physiothérapeutes pratiquant comme cliniciens au Canada étaient employés dans le secteur privé [1]. Ces cliniques sont des entreprises à but lucratif qui offrent des soins dont les coûts sont défrayés par le patient lui-même ou

par son assureur. Comme toute entreprise privée, les cliniques de physiothérapie ont un intérêt d'ordre économique afin d'assurer leur viabilité. Étant donné la nature mercantile de ces cliniques, certaines problématiques éthiquement sensibles y ont été recensées dans les dernières années, notamment concernant l'autonomie de choix des patients, la confidentialité des informations transmises aux assureurs, le manque de temps pour prodiguer un traitement adéquat et l'utilisation juste des ressources, pour ne nommer que celles-ci [2-5]. La pratique d'auto-référencement – et le conflit d'intérêt (CI) financier inhérent à une telle pratique – fait partie de ces problèmes.

L'auto-référencement en santé se définit comme le fait, pour un professionnel, de référer un patient vers une clinique de soins dans laquelle ce même professionnel possède des intérêts financiers [6]. Les cas d'auto-référencement les plus étudiés dans les écrits en santé touchent les références des médecins vers leurs propres cliniques d'imagerie médicale, leurs laboratoires d'analyse ainsi que leurs cliniques de physiothérapie [7-12]. Tout comme pour les cliniques offrant des examens médicaux (ex. : radiographies, résonnance magnétique), les profits des cliniques privées de physiothérapie proviennent en grande partie du volume de patients qui se prévalent de leurs services.

Bien que les patients canadiens aient un accès direct en physiothérapie (c'est-à-dire qu'ils peuvent consulter un physiothérapeute sans avoir vu au préalable un médecin et donc sans référence médicale), plusieurs d'entre eux choisissent tout de même de consulter un médecin avant de rencontrer un physiothérapeute. Ainsi, les patients sont fréquemment référés en physiothérapie par un médecin en première ligne qui peut, comme il le souhaite, orienter ses patients vers certaines cliniques spécifiques afin de recevoir « les meilleurs soins possible ». Lorsque ce médecin possède des parts à titre de propriétaire ou d'actionnaire dans la ou les cliniques de physiothérapie dans lesquelles il réfère, un CI survient, car il a un intérêt financier certain à desservir ce patient.

L'auto-référencement : une pratique éthiquement condamnable

Certains auteurs abordent l'auto-référencement comme une pratique pouvant mener à des soins de meilleure qualité, en mettant de l'avant certains arguments tels qu'un meilleur suivi du dossier par le médecin référent (c.-à-d. la poursuite de la relation thérapeutique dans la clinique de physiothérapie) ou encore un accès plus rapide à une clinique connue du médecin référent. Par ailleurs, l'auto-référencement comporte des problèmes éthiques majeurs. En effet, les CI financiers en jeu ainsi que les biais qu'ils peuvent engendrer chez les professionnels de la santé ne doivent pas être négligés et suffisent à rendre cette pratique éthiquement condamnable. D'ailleurs, des évidences démontrent que les CI sérieux qui existent dans cette pratique affectent significativement le jugement clinique des professionnels de santé [13]. À titre d'exemple, des études ont montré que les visites par patient étaient de 39 % à 45 % plus élevées dans les cliniques de physiothérapie détenues par des médecins, comparativement aux cliniques de physiothérapie dont les actionnaires sont des physiothérapeutes [4]. L'auto-référencement amènerait donc une plus grande utilisation des soins, alors que la pertinence ainsi que l'utilité réelle des interventions ne seraient pas nécessairement justifiées [12]. En effet, l'auto-référencement implique plus que des motifs cliniques, car il répond à un intérêt pécuniaire propre aux entreprises, pour justifier les références des patients vers certaines cliniques de physiothérapie. Cet intérêt financier pousse ainsi les médecins référents à favoriser une plus grande utilisation ou une utilisation non légitime des ressources en santé, lesquelles s'avèrent par ailleurs grandement limitées. Ce faisant, ces pratiques limitent ou compromettent l'accès rapide à d'autres patients qui ont besoin des soins physiothérapeutiques.

La préconisation d'intérêts personnels et financiers aux dépens des intérêts des patients pourrait également nuire à la qualité des soins qui leur sont offerts [11]. En effet, dans le cas des médecins référant leurs patients vers leurs propres cliniques d'imagerie, des études ont démontré plusieurs problèmes quant à la calibration des appareils, à la qualité technique des images et à la tenue de dossiers dans ces cliniques [11]. Il est donc probable que des problèmes semblables surviennent dans les cas d'auto-référencement vers les cliniques de physiothérapie. Il est également possible de

penser qu'un médecin en position de CI choisisse de référer un patient à sa propre clinique de physiothérapie, malgré que celle-ci ne soit pas spécialisée ou adéquatement équipée pour répondre aux besoins du patient. En somme, dans ces cas, un intérêt personnel biaise le jugement du professionnel.

Il est important de se rappeler que les physiothérapeutes jouissent de la reconnaissance sociale associée à leur titre de « professionnels ». Il est primordial que ces derniers s'appliquent à honorer ce contrat social qui élève leur discipline au titre de profession [14]. L'expansion actuelle des cliniques privées de physiothérapie démontre bien l'entrepreneuriat grandissant dans ce domaine. L'intégrité des professionnels de la physiothérapie n'en sera que davantage mise à l'épreuve. D'ailleurs, Burnes et By défendent bien l'importance pour les entreprises d'adopter une approche entrepreneuriale éthique qui ne répond pas uniquement aux intérêts propres des dirigeants, mais qui produit des bénéfices plus larges pour le plus grand nombre de bénéficiaires [15]. Bien plus qu'une entreprise, les cliniques de physiothérapie sont le lieu de pratique de professionnels en qui la population a placé sa confiance. La complicité des administrateurs et des employés des cliniques de physiothérapie dans des stratagèmes d'auto-référencement pourrait, à moyen ou long terme, miner la confiance du public envers la profession et ses institutions [16]. D'ailleurs, plusieurs lettres ouvertes rédigées par des physiothérapeutes états-uniens dénoncent fortement la pratique d'auto-référencement qui pourrait dénaturer le lien de confiance existant entre les professionnels de la physiothérapie et le public [17-20]. Il semble donc primordial que les physiothérapeutes qui travaillent au sein de cliniques privées continuent à prioriser la santé des patients afin de maintenir la crédibilité de la profession. Car une fois la confiance du public et la crédibilité de la profession entachées, il sera d'autant plus difficile de desservir la clientèle qui pourrait déserter les cliniques de physiothérapie.

Qu'en est-il des solutions proposées pour contrer l'auto-référencement?

Deux articles assez récents traitent spécifiquement des enjeux éthiques et du CI reliés à l'auto-référencement en physiothérapie [21,22]. L'article de Saporta et Gibson analyse une histoire de cas basée sur la pratique d'auto-référencement d'un médecin vers sa propre clinique de physiothérapie [21]. Les auteurs abordent les enjeux éthiques de nature professionnelle qui surviennent entre le patient et son médecin lors de la référence, en regard de trois grands principes éthiques : la bienfaisance, l'autonomie et la véracité. Ainsi, cet article adopte une perspective « micro » des enjeux éthiques soulevés dans cette pratique. Les auteurs affirment que les patients doivent être mieux protégés contre les intérêts secondaires des professionnels et suggèrent que des réglementations plus strictes visant les médecins, et provenant des ordres professionnels, soient mises en place afin de diminuer la survenue de ce type de CI. Les auteurs suggèrent aussi des modifications à la façon de procéder des médecins. À titre d'exemple, ceux-ci devraient plutôt fournir à leurs patients une liste exhaustive des cliniques de physiothérapie offrant des services à proximité, plutôt que de les orienter vers un choix plus restreint ou même spécifique. Bien que l'auto-référencement concerne en partie la relation entre le patient et son médecin, l'article n'aborde que très superficiellement la responsabilité des physiothérapeutes impliqués dans une telle pratique.

L'article de Choudhry et ses collègues adopte quant à lui une perspective plus « macroscopique » du problème [22]. Les lois et les politiques relatives à l'auto-référencement en vigueur dans les dix provinces canadiennes y sont discutées. Par exemple, certaines provinces, comme la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, proscrivent d'emblée toute forme d'auto-référencement et interdisent les références médicales vers des cliniques de physiothérapie détenues par des membres de la famille immédiate des médecins. D'autres provinces, comme le Québec, n'interdisent pas l'auto-référencement, mais exigent des médecins qu'ils divulguent aux patients les intérêts financiers liant aux cliniques proposées, lors de la référence. Bien que ces solutions aient le potentiel de diminuer la survenue de ce type de CI, elles ne font pas l'objet de discussions sérieuses sur la place publique et d'actions tangibles au sein des milieux cliniques de physiothérapie.

Une pièce du casse-tête est peut-être manquante afin de réduire la survenue des CI par auto-référencement dans le domaine de la physiothérapie. En effet, bien que ces articles abordent tous deux des perspectives éthiques différentes et éclairantes sur le sujet – celle du point de vue de la relation entre le professionnel et son patient (angle micro) et celle du point de vue de la loi (analyse légaliste et macro) – aucun d'entre eux ne traite de la problématique d'auto-référencement et des solutions envisageables à la lumière du contexte organisationnel ou institutionnel (perspective méso) des soins de santé. En effet, une réflexion sur les normes éthiques mises de l'avant par les cliniques de physiothérapie en tant qu'entités de soins privées ainsi que par leurs gestionnaires, actionnaires et propriétaires, pourrait permettre de mieux gérer les CI réels, apparents ou potentiels tels que l'auto-référencement, en permettant aux acteurs œuvrant au sein de ces cliniques de mieux comprendre les effets néfastes associés à de telles pratiques. La mise en place d'une culture éthique organisationnelle au sein des cliniques privées permettrait ainsi de diminuer les pratiques éthiquement condamnables à leur source et d'éviter des dérapages éthiques graves, à plus long terme [23]. Par ailleurs, ceci nécessite une reconnaissance claire des dommages que pourrait entraîner la pratique de l'auto-référencement en physiothérapie, soit une utilisation excessive ou inutile des soins, une entrave potentielle à la qualité des soins et à la liberté de choix des patients ainsi qu'une entache à la réputation (crédibilité) de la profession, voire à la confiance du public à l'égard de la profession.

L'instauration d'une « culture éthique » : une stratégie de plus pour diminuer les CI tels que l'auto-référencement au sein des cliniques privées

Bien qu'une révision des lois concernant la pratique d'auto-référencement ajouterait un frein de plus à la prolifération de cette mauvaise pratique, le renforcement des lois canadiennes et des règlementations professionnelles en cette matière ne constitue pas l'unique solution à envisager. Bien qu'aucune étude canadienne n'ait démontré empiriquement l'insuffisance des mesures légales mises en place dans certaines provinces, une étude récente réalisée dans l'état de la Californie aux États-Unis fait la preuve de l'adaptation et de la modification des pratiques des médecins référents afin que ces derniers puissent poursuivre leurs pratiques lucratives d'auto-référencement, malgré la mise en place des lois prohibant ces pratiques depuis 1993 [24]. Cet article démontre comment plusieurs médecins utilisent certaines exceptions prévues dans la loi afin de continuer à bénéficier des pratiques rentables d'auto-référencement dans le secteur de l'imagerie médicale. De plus, Kouri et ses collègues affirment que la mise en place de remèdes politiques et légaux à cette pratique requiert une intrusion dans le fonctionnement et les opérations quotidiennes de la pratique des médecins, d'une manière largement étrangère à l'élaboration des politiques publiques actuelles [11]. À la lumière de ces résultats, il est donc probable que seul le renforcement de lois similaires au Canada n'ait pas la portée escomptée dans le cas de l'auto-référencement des médecins vers leurs pratiques privées de physiothérapie. Un renforcement des lois dans les provinces canadiennes, notamment au Québec, devrait donc être combiné à d'autres stratégies, telles que l'élaboration d'une « culture éthique » au sein des cliniques, afin de réussir à contrer l'exploitation des exceptions législatives.

Quant aux codes de déontologie, ceux-ci visent surtout à baliser la conduite des professionnels et à aborder les enjeux éthiques sur un plan individuel. Par ailleurs, la pratique d'auto-référencement, bien que profitant souvent à des intérêts personnels, s'inscrit davantage dans un cadre organisationnel pour lequel il existe souvent peu de stratégies mises en place afin d'assurer une conduite et une prise de décision éthique par l'ensemble des acteurs. À titre d'exemple, il est important de rappeler que les médecins qui réfèrent leurs patients à des cliniques privées de physiothérapie bénéficient également de la complicité des physiothérapeutes qui gèrent et qui travaillent au sein de ces cliniques. La responsabilité éthique ne repose donc pas uniquement sur la conduite des médecins référents, mais bien sur l'ensemble des acteurs impliqués dans cette pratique éthiquement condamnable. À cet effet, une stratégie visant à cibler uniquement le respect des codes de déontologie par les professionnels

de la santé, de manière individualisée, n'est pas suffisante à elle seule, comme c'est également le cas pour l'encadrement juridique. De plus, les politiques de divulgation des CI dans les codes de déontologie présentent certaines lacunes. En effet, certains patients interpréteraient plutôt cette divulgation comme un gage de qualité de la clinique visée ou encore ne sauraient refuser de se plier à la référence, de peur de déplaire à leur médecin [10,22]. Une solution intéressante afin de diminuer la survenue des pratiques d'auto-référencement en physiothérapie consisterait donc à influencer les dynamiques institutionnelles, au niveau organisationnel, par la mise en place d'une culture éthique reconnue par tous, au sein du milieu [23]. Cette nouvelle stratégie pourrait ainsi être combinée à une amélioration de l'encadrement légal et déontologique.

La culture éthique d'une institution est définie comme le partage, par l'ensemble des acteurs de l'entreprise, de valeurs, de croyances et de normes à respecter à propos des pratiques de cette institution [25]. Elle vise un alignement entre la mission, la vision et les valeurs de l'entreprise (ex. : offrir des soins de qualité aux patients) avec les prises de décisions et les comportements qui concernent tous les acteurs qui y sont impliqués. D'ailleurs, un climat organisationnel éthique sain est considéré comme un facteur clé relié à la conduite éthique des gestionnaires, des employés ainsi que de l'entreprise dans son ensemble [26]. Les cliniques de physiothérapie gagneraient grandement à mettre sur pied des politiques éthiques internes à leur établissement. À l'instar de toutes les cliniques privées dans le système de santé, elles jonglent avec des intérêts divergents : maximiser les profits versus offrir des soins adéquats et la meilleure qualité de soins qui soit aux patients. Cette dualité normative justifie l'utilité de mettre en place des normes éthiques organisationnelles claires pouvant guider les administrateurs et les employés dans leurs choix quotidiens et visant à favoriser un climat éthique sain. L'implantation d'une culture éthique organisationnelle, supportée par des engagements et des politiques éthiques à même les milieux semble donc essentielle afin d'influencer la prise de décision et les comportements éthiques des cliniques privées de physiothérapie [26].

D'un point de vue plus pratique, les cliniques privées de physiothérapie devraient sérieusement réexaminer leur mission, leur vision et les valeurs qu'elles souhaitent mettre de l'avant [27]. Le conseil d'administration, les gestionnaires ainsi que les employés des cliniques devraient participer à ce processus afin que l'ensemble des acteurs s'arrime aux valeurs choisies et que toute la structure de fonctionnement ainsi que les processus mis en place dans la clinique (ex. : la gestion des références par les médecins ou les infrastructures pouvant mener à des CI) soutiennent ces valeurs [23]. Des formations portant sur les implications potentiellement négatives d'une culture éthiquement malsaine (ex. : détresse morale des employés, diminution de la confiance du public en l'établissement) pourraient également être offertes à tous les gestionnaires et employés. De façon plus particulière, des balises éthiques spécifiques sur les comportements institutionnels souhaités pourraient aussi être mises en place. Ces balises devraient être connues de tous et facilement accessibles pour que tous puissent s'y référer et que le public puisse reconnaître l'engagement social des cliniques privées face à l'ensemble de la société.

L'étude de Berman atteste d'ailleurs que les entreprises privées définissent mal et trop peu clairement les activités visant à répondre aux enjeux éthiques vécus au sein de leur entreprise [28]. La mise en place de balises et d'activités formelles permettrait de mettre en lumière les orientations éthiques des cliniques et de préciser leurs façons d'aborder les situations de CI telles que les situations d'auto-référencement. En pratique, ce cadre éthique pourrait même être instauré par un regroupement plus large d'administrateurs provenant de diverses cliniques privées, afin d'en faire profiter un grand nombre de cliniques de plus petite envergure, qui ne disposeraient pas des ressources nécessaires pour établir un tel cadre. À titre d'exemple, la Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec (FPPPQ) – dont la majorité des cliniques de physiothérapie privée sont membres – pourrait aider à soutenir de telles initiatives.

Les stratégies organisationnelles proposées ici ont donc le potentiel de solidifier la réponse à la problématique d'auto-référencement, en se combinant aux stratégies législatives punitives et

déontologiques individuelles. En effet, elles favorisent une approche éducationnelle auprès des acteurs visés, plutôt qu'une approche purement répressive. En discutant ouvertement des problématiques d'auto-référencement au sein des milieux et en soutenant une tolérance zéro face à ces pratiques auprès des médecins sollicitant les cliniques, les gestionnaires et les employés de cliniques de physiothérapie favoriseraient ainsi une plus grande sensibilisation à ces pratiques auprès de tous les acteurs impliqués, dont les patients. De plus, cette politique de transparence par l'instauration d'une culture éthique ne placerait pas à l'écart les enjeux néfastes relatifs aux CI, mais les exposerait plutôt afin de promouvoir l'engagement de tous les partis envers des pratiques de référencement et de prise en charge saines, qui ne mettent en péril ni la qualité des traitements, ni la réputation de la profession. Ces mécanismes volontaires d'autogestion des CI potentiels par les cliniques de physiothérapie seraient d'ailleurs plus susceptibles d'encourager le maintien d'une qualité des soins pour les patients, contrairement à la seule mise en place de stratégies législatives qui visent surtout à enrayer les problèmes de sur-utilisation [11]. Enfin, aux yeux du public, la mise en place d'une culture éthique et de balises formelles par les cliniques démontrerait clairement l'engagement de ces institutions et de leurs membres envers la collectivité, afin d'assurer une pratique éthique et saine.

Conclusion

En définitive, la pratique d'auto-référencement vers les cliniques de physiothérapie privées comporte des implications éthiques importantes de nature organisationnelle. Afin de diminuer les CI associés à cette pratique, en plus de miser sur des stratégies législatives et déontologiques, les cliniques devraient adopter des balises et des activités formelles visant à améliorer la culture éthique de l'entreprise, en impliquant les propriétaires, actionnaires et employés. Ces entreprises doivent se responsabiliser éthiquement. Cette prise en charge éthique permettra d'éviter les conséquences désastreuses d'une culture organisationnelle uniquement orientée vers les profits. Elle permettra également de préserver la confiance du public envers l'ensemble de la profession et de ses institutions, qu'elles soient privées ou publiques, en plus d'offrir des services de qualité aux personnes qui en ont réellement besoin. Il est temps que les cliniques de physiothérapie manifestent leur volonté de respecter des normes éthiques élevées et agissent fermement en ce sens; leur crédibilité sociale auprès de la communauté n'en sera qu'améliorée.

Références

1. [Physiotherapists Database](#), 2011. CIHI. 2011.
2. Praestgaard J, Gard G. [Ethical issues in physiotherapy-Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice](#). Physiotherapy Theory and Practice. 2012;1-17.
3. Delany C. [In private practice, informed consent is interpreted as providing explanations rather than offering choices: a qualitative study](#). Australian Journal of Physiotherapy. 2007;53(3):171.
4. Mitchell JM, Scott E. [Physician ownership of physical therapy services - Effects on Charges, Utilization, Profits, and Service Characteristics](#). JAMA: the journal of the American Medical Association. 1992;268(15):2055-9.
5. Hudon A, Drolet M-J, Williams-Jones B. The ethical issues raised by private practice physiotherapy are more diverse than first meets the eye: recommendations from a literature review. Physiotherapy Canada. 2014(In press).
6. Morreim EH. [Physician investment and self-referral: philosophical analysis of a contentious debate](#). Journal of Medicine and Philosophy. 1990;15(4):425-48.
7. Mitchell JM, Sunshine JH. [Consequences of physicians' ownership of health care facilities—joint ventures in radiation therapy](#). New England Journal of Medicine. 1992;327(21):1497-501.
8. Mitchell JM, Sass TR. [Physician ownership of ancillary services: indirect demand inducement or quality assurance?](#) Journal of Health Economics. 1995;14(3):263-89.

9. Hillman BJ, Joseph CA, Mabry MR, Sunshine JH, Kennedy SD, Noether M. [Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice—a comparison of self-referring and radiologist-referring physicians](#). New England Journal of Medicine. 1990;323(23):1604-8.
10. Morreim EH. [Conflicts of interest: Profits and Problems in Physician Referrals](#). JAMA: the journal of the American Medical Association. 1989;262(3):390-4.
11. Kouri BE, Parsons RG, Alpert HR. [Physician self-referral for diagnostic imaging: review of the empiric literature](#). American Journal of Roentgenology. 2002;179(4):843-50.
12. Levin DC, Rao VM. [Turf wars in radiology: the overutilization of imaging resulting from self-referral](#). Journal of the American College of Radiology. 2004;1(3):169-72.
13. Litman M. [Self-referral and kickbacks: fiduciary law and the regulation of “trafficking in patients”](#). Canadian Medical Association Journal. 2004;170(7):1119-20.
14. Sullivan W, Benner P. [Challenges to professionalism: Work integrity and the call to renew and strengthen the social contract of the professions](#). American Journal of Critical Care. 2005;14(1):78-84.
15. Burnes B, By RT. [Leadership and change: The case for greater ethical clarity](#). Journal of business ethics. 2012;108(2):239-52.
16. Wojciechowski M. Physician ownership of physical therapy services. PTMagazine. 2005:34-40.
17. Schaefer K. POPTS deprive patients of choice. PTMagazine. 2004(March):8.
18. Leventhal A. POPTS and referrals. PTMagazine. 2005(September):9.
19. Viel JP. POPTS are wrong. PTMagazine. 2004(April):8.
20. Saffels N. Address physician employing non-PTs. PTMagazine. 2004(January):8.
21. Saporta A, Gibson BE. [Ethics of Self-Referral for Profit: Case Example of a Physician-Owned Physiotherapy Clinic](#). Physiotherapy Canada. 2007;59(4):266-71.
22. Choudhry S, Choudhry NK, Brown AD. [Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral](#). Canadian Medical Association Journal. 2004;170(7):1115-8.
23. Silverman HJ, editor [Organizational ethics in healthcare organizations: Proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity](#). HEC forum; 2000: Springer.
24. Mitchell JM. [The prevalence of physician self-referral arrangements after Stark II: evidence from advanced diagnostic imaging](#). Health Affairs. 2007;26(3):w415-w24.
25. Victor B, Cullen JB. [The organizational bases of ethical work climates](#). Administrative Science Quarterly. 1988:101-25.
26. Blome C, Paulraj A. [Ethical Climate and Purchasing Social Responsibility: A Benevolence Focus](#). Journal of Business Ethics. 2012:1-19.
27. Davies HT, Nutley SM, Mannion R. [Organisational culture and quality of health care](#). Quality in Health Care. 2000;9(2):111-9.
28. Berman E, West J, Cava A. [Ethics Management in Municipal Governments and Large Firms Exploring Similarities and Differences](#). Administration & Society. 1994;26(2):185-203.