



Interprofessional Care

CORE COMPETENCY WORKING GROUP

Sponsored by HealthForceOntario

Collaboration interprofessionnelle en soins de santé

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES COMPÉTENCES FONDAMENTALES

Parrainé par ProfessionsSantéOntario

RAPPORT FINAL AU COMITÉ DE MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS DE SANTÉ (COMITÉ DE MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE DE LA CISS)

Le 20 novembre 2009

Présenté par les responsables du projet :

Ivy Oandasan, professeure agrégée, département de la médecine familiale et communautaire,
Université de Toronto

Jan Robinson, registraire et chef de la direction, Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario

Cette recherche a été financée grâce à une généreuse subvention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les points de vue qui y sont exprimés ne sont pas nécessairement ceux du ministère.

Groupe de travail sur les compétences fondamentales

Membres :

- Angela Carol, médecin de famille, médecin agréé, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Lynn Casimiro, directrice, Profession et formation interprofessionnelle, Hôpital Montfort
- Danielle Dorschner, directrice, Services nationaux, Agrément Canada
- Trish Dryden, vice-présidente adjointe, Recherche et planification, Collège Centennial
- Mary Lou Gignac, registraire et directrice générale, Ordre des diététistes de l'Ontario
- John McBride, directeur de pharmacie, Hôpital général du comté de Lennox et Addington
- Ian Nicholson, chef de service, Pratique de psychologie, University Hospital, London Health Sciences Centre
- Ellen Rukholm, chercheure universitaire, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord; professeure émérite, Université Laurentienne (ancienne directrice générale, Association canadienne des écoles de sciences infirmières)
- Lisa Schwartz, professeure agrégée, Clinical Epidemiology and Biostatistics, Université McMaster

Équipe de projet :

- Carmela Bosco, chef de projet, et administratrice déléguée, CBR Consulting
- Amorell Saunders N'Daw, coordonnatrice
- Layne Verbeek, graphiste
- Angela Elia, adjointe administrative

Citation : Oandasan, I., Robinson, J., Bosco, C., Carol, A., Casimiro, L., Dorschner, D., Gignac, M. L., McBride, J., Nicholson, I., Rukholm, E., et Schwartz, L. (2009). Rapport final du Groupe de travail sur les compétences fondamentales du Projet de CISS au Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Toronto, Université de Toronto.

Remerciements

Le Groupe de travail désire remercier les experts-conseils suivants de leur précieux appui aux activités et à la mise au point du produit final pendant toute la durée du projet.

- Maia MacNiven, Maia MacNiven Consulting
- Jane Armstrong et Amy langstaff, Environics Inc
- David Makepeace, First Generation Reels Inc
- Danny Nashman et Cate Creede, The Potential Group
- Jill Shaver, B.J. Shaver Consulting Inc

Nous tenons à remercier de façon particulière l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario de nous avoir accordé l'accès gratuit à leurs locaux pour la tenue de réunions et à des fins de restauration. Nous aimerions aussi souligner le gracieux apport des membres suivants du personnel :

- Myriam Leung
- Kristin McCausland
- Karin Micheelsen
- Ariadne Lemire
- Rod Hamilton

En dernier lieu, nous tenons à remercier les patients, les soignants et les dirigeants du système de santé de l'Ontario engagés dans le processus de participation des intervenants pour leur précieuse contribution au projet et pour leur rôle crucial dans l'articulation de la présente Charte (Promotion des compétences pour la collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Charte des attentes et des engagements).

Résumé

S'inspirant de projets en cours à l'échelle de l'Ontario, le Groupe de travail sur les compétences fondamentales (GTCF) a choisi de faire appel à des intervenants pour l'aider à mettre au point une « Charte » intitulée « *Promotion des compétences pour la collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Charte des attentes et des engagements* ». Le contenu de cette Charte, qui reflète les commentaires des intervenants, confirme l'importance d'utiliser une terminologie simple pour décrire les compétences qui sous-tendent la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario. La démarche engagée auprès des fournisseurs de soins de santé de l'Ontario relativement aux compétences qui sous-tendent la collaboration interprofessionnelle en soins de santé les enjoint à fournir aux Ontariens des soins de santé sûrs, de qualité et axés sur le patient, misant sur les connaissances, les habiletés, les attitudes et les comportements exemplifiés dans les déclarations de la Charte.

La mise au point d'une Charte des attentes et des engagements décrivant les comportements et les attitudes que doivent adopter les patients, les soignants et les dirigeants du système de santé pour perfectionner les compétences qui sous-tendent la collaboration interprofessionnelle en soins de santé une réalisation majeure unique au Canada. La Charte suit l'évolution de la vision de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé expliquée dans le document *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial* qui appuie la stratégie des ressources humaines en santé de ProfessionsSantéOntario. Cette stratégie vise à garantir l'aptitude des soignants à opter pour la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, partant des hypothèses suivantes :

- La collaboration interprofessionnelle en soins de santé est la pierre angulaire d'une prestation efficace de soins axés sur le patient.
- Le patient est un membre actif de l'équipe de soins de santé.
- Tous les soignants ont la responsabilité de pratiquer la CISS en appliquant les compétences en CISS.
- La collaboration interprofessionnelle en soins de santé peut être décrite, enseignée, pratiquée et évaluée.
- Tous les secteurs de la santé et leurs dirigeants ont la responsabilité de préconiser les compétences en CISS.

Pour garantir l'acceptation générale du concept qui sous-tend la Charte et son application, on s'est inspiré de « l'interrogation appréciative ». Cette philosophie pleinement centrée sur le dialogue visait à trouver des moyens novateurs de modifier pour le mieux le système actuel. La Charte a obtenu un taux d'approbation de plus de 90 pour 100 dans le cadre d'une série d'exercices de validation, y compris une série d'énoncés sur les comportements pour aider les fournisseurs de soins de santé à répondre aux attentes des patients ontariens quant aux types de soins qu'ils désirent. La Charte comprend une illustration et plusieurs déclarations.

Promotion des compétences pour
la collaboration interprofessionnelle en soins de santé :
Charte des attentes et des engagements





Patient Expectation

As a patient in Ontario, I expect my health care to be provided by various health caregivers who respect me and the health care choices I make. My caregivers seek to know my health experience and are prepared to work with me across settings to combine their knowledge and skills to meet my health goals.



Caregiver Commitments

As a health caregiver in Ontario, in supporting the IPC vision,

1. I will seek to know the experience of those I care for, respect and strive to understand their needs, and work with them to develop their care plans that acknowledge their choices,
2. I will understand my role and understand the role and expertise of other health caregivers,
3. I will inform those who are caring for patients with me about the care I am providing with them,
4. I will ask questions, communicate to be understood, seek input and listen respectfully to generate options for care,
5. I will be aware of how my own behaviour and attitudes impact interprofessional care and how I actively foster a culture of collaboration, and
6. I will acknowledge that there are limits to what I know and will continue to learn from others so that care can be better integrated and led by the best possible ideas.



Leader Commitments

To meet patient expectation(s) and enable caregiver commitments in Ontario, as health system leaders,

1. We will align our language, processes, structures and resources to foster an IPC culture,
2. We will create opportunities to collaborate within and across sectors to integrate IPC into practice, education, policy and research,
3. We will measure and evaluate our IPC initiatives to know what is being achieved, and
4. We will continuously improve IPC in the health care system by identifying, promoting and implementing practices that make a difference to patient care.



IPC Blueprint

Interprofessional care (IPC) is the provision of comprehensive health services to patients by multiple health caregivers who work collaboratively to deliver quality care within and across settings.

La production de la Charte et du guide de ressources qui l'accompagne illustre en quoi la collaboration à l'échelle du système de soins de santé peut donner des résultats utiles. La réussite du projet du GTCF est attribuable à la grande énergie et à l'engagement hors pair des intervenants et des patients de l'Ontario qui ont participé à toutes les étapes de production de la Charte et du guide de ressources connexe. Le GTCF recommande l'intégration de la Charte au système de soins de santé de manière à concrétiser la vision qui sous-tend la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario, comme l'indique le *Plan directeur*.

La mise en œuvre de la Charte continue d'exiger l'accent sur le leadership, la recherche et l'évaluation. La réussite de cette entreprise ne tient pas seulement à l'intérêt démontré par les intervenants, mais encore à leur engagement à promouvoir le concept d'une Charte, misant sur un leadership soutenu, sur le partenariat, sur l'harmonisation et sur l'imputabilité. Le GTCF recommande d'explorer les quatre possibilités suivantes visant à faciliter l'instauration de la Charte :

Quatre grandes recommandations

1. Créer une image de marque pour la Charte des attentes et des engagements (Promotion des compétences pour la collaboration interprofessionnelle : Charte des attentes et des engagements)
2. Catalyser le secteur des soins de santé pour le rendre responsable de la promotion et de l'habilitation de la Charte.
3. Évaluer les comportements en matière de collaboration interprofessionnelle en soins de santé à la lumière des facteurs socioéconomiques pour déterminer leurs effets sur la sécurité et les résultats de santé des patients.
4. Faire connaître le rôle et les responsabilités des patients aux fins de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé.

Ces quatre recommandations doivent servir à catalyser le système de santé pour aider l'Ontario à concrétiser sa vision de soins de santé sûrs, de qualité et axés sur le patient, de manière à mieux desservir les citoyens de la province.

Les travaux du GTCF étaient liés à la grande thématique du *Plan directeur*, qui consiste à construire l'assise de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. La Charte prévoit une terminologie systémique commune pour décrire les comportements et les attitudes souhaitées des soignants et fournit une vision des types de soins auxquels s'attendent les patients ontariens. Le système est à l'aube d'un changement de paradigme quant au mode de prestation des soins de santé. En ce sens, le GTCF incite le Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé (Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS) à garantir l'adoption de mesures relativement à la Charte dès le début de 2010. Le présent rapport fait état des rigoureux efforts investis pour assurer la participation des intervenants et l'acceptation de la

Charte dans une optique d'adoption immédiate. Le moment est propice à l'instauration d'une collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario. Il est à souhaiter que le Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS continuera de préconiser une responsabilité collective systémique à promouvoir davantage la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. La Charte soumise à l'attention du Comité de mise en œuvre de la stratégie de la CISS constitue un outil parmi d'autres qui serviront à améliorer le système de soins de santé de l'Ontario.

Table des matières

Page	
Section 1.0	Mandat.....
Section 2.0	Contexte
Section 3.0	Méthodologie et validation.....
Section 4.0	Charte.....
Section 5.0	Guide de ressources.....
Section 6.0	Évaluation.....
Section 7.0	Grandes leçons.....
Section 8.0	Recommandations.....
Section 9.0	Conclusion.....

ANNEXES

Annexe A : Méthodologie détaillée du processus de participation des intervenants

Annexe B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Annexe C : Résultats et produits du projet du GTCF

Annexe D : Évaluation des délibérations du sommet

Annexe E : Chevauchement des domaines d'exercice de la profession et CISS

Annexe F : Déclarations possibles des dirigeants de secteurs particuliers

Annexe G : Rapport des délibérations du sommet

Annexe H : L'après-sommet - Rapport de validation

SECTION 1.0 MANDAT

Le Groupe de travail sur les compétences fondamentales (GTCF) a pour mandat d'établir un cadre de compétences fondamentales favorisant la collaboration interprofessionnelle en soins de santé chez les soignants de l'Ontario. Le GTCF, qui relève du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé (Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS) chargé d'instaurer le Plan directeur provincial sur la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, regroupait des organismes de réglementation, des organismes d'accréditation, des éducateurs et des professionnels de la santé ayant un savoir-faire en FI ou un savoir-faire en matière d'acquisition de compétences professionnelles précises.

Le GTCF avait pour mandat d'instaurer un cadre de travail décrivant les compétences et les valeurs requises pour permettre à tous les fournisseurs de soins de santé d'expliquer le sens de la collaboration professionnelle en soins de santé et d'appliquer ce principe. Le projet visait les quatre objectifs suivants :

- identifier, définir et valider les compétences en CISS;
- clarifier la relation entre les compétences fondamentales en CISS et les normes d'exercice;
- déterminer des valeurs, un lexique et des principes communs pour la CISS aux fins d'utilisation à l'échelle du système de santé;
- formuler des recommandations au sujet de l'enseignement et de l'application des compétences en CISS tout au long du processus d'apprentissage.

C'est dans ce contexte que le groupe a tenté d'atteindre ses objectifs en misant sur un processus rigoureux, sur le dialogue et sur des consultations exhaustives auprès d'intervenants de tous les secteurs du système de santé.

SECTION 2.0 CONTEXTE

La publication, en 2007, de *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial*¹ avait pour but d'appuyer le mandat de ProfessionsSantéOntario et de faciliter l'examen de la stratégie provinciale sur les ressources humaines en santé, y compris la promotion de la pratique centrée sur la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Le Plan directeur reflète les points de vue des plus grands experts et décideurs ontariens en matière de santé et d'éducation. Il recommande à la province de mettre l'accent sur le partenariat, l'intégration, le partage des responsabilités, la communication et la construction d'une assise en vue d'instaurer des changements qui transformeront les effectifs de la santé et qui amélioreront la qualité des soins prodigués à la population ontarienne.

La portée des travaux du GTCF reflétait la recommandation suivante du Plan directeur : « Construire l'assise ». Pour concrétiser cette recommandation, le Plan directeur précisait ce qui suit : « Grâce à l'élaboration d'un cadre de compétences commun, les exigences auxquelles devront satisfaire les soignants voulant offrir ce type de soins de santé seront claires. »

DÉFINITIONS

Le GTCF a voulu s'assurer que tous approuvaient l'usage des termes communs utilisés, une mesure essentielle pour garantir l'harmonisation avec les travaux antérieurs (voir les encadrés ci-dessous). Le Plan directeur a guidé les travaux du GTCF et servi de point de référence pour définir d'autres termes utiles à ses travaux, y compris les suivants :

Collaboration interprofessionnelle en soins de santé - « fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. » (page 7)

Soignants - « les fournisseurs de soins membres des professions de la santé réglementées et non réglementées, les préposées et préposés au soutien personnel, les personnes soignantes, les bénévoles et les familles qui offrent des services de santé au niveau d'un organisme, de la pratique et de la collectivité. » (page 50)

Le Plan directeur décrit ainsi les compétences :

Compétence - « la compréhension et l'application de connaissances, d'aptitudes cliniques, de compétences axées sur la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, de techniques de résolution de problèmes et de jugement clinique et de compétences techniques. » (page 50)

¹ [http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20Plan directeur%20final.pdf](http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20Plan%20directeur%20final.pdf)

Dans le contexte du Plan directeur, le terme « patient » est utilisé au sens large et fait donc également référence aux clients, aux membres de la famille et aux usagers, c'est-à-dire à toute personne qui reçoit des soins.

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Dès le début de son mandat, le GTCF s'est inspiré de diverses hypothèses formulées lors d'activités provinciales sur la collaboration interprofessionnelle en soins de santé précédentes et il s'en est servi pour orienter le projet :

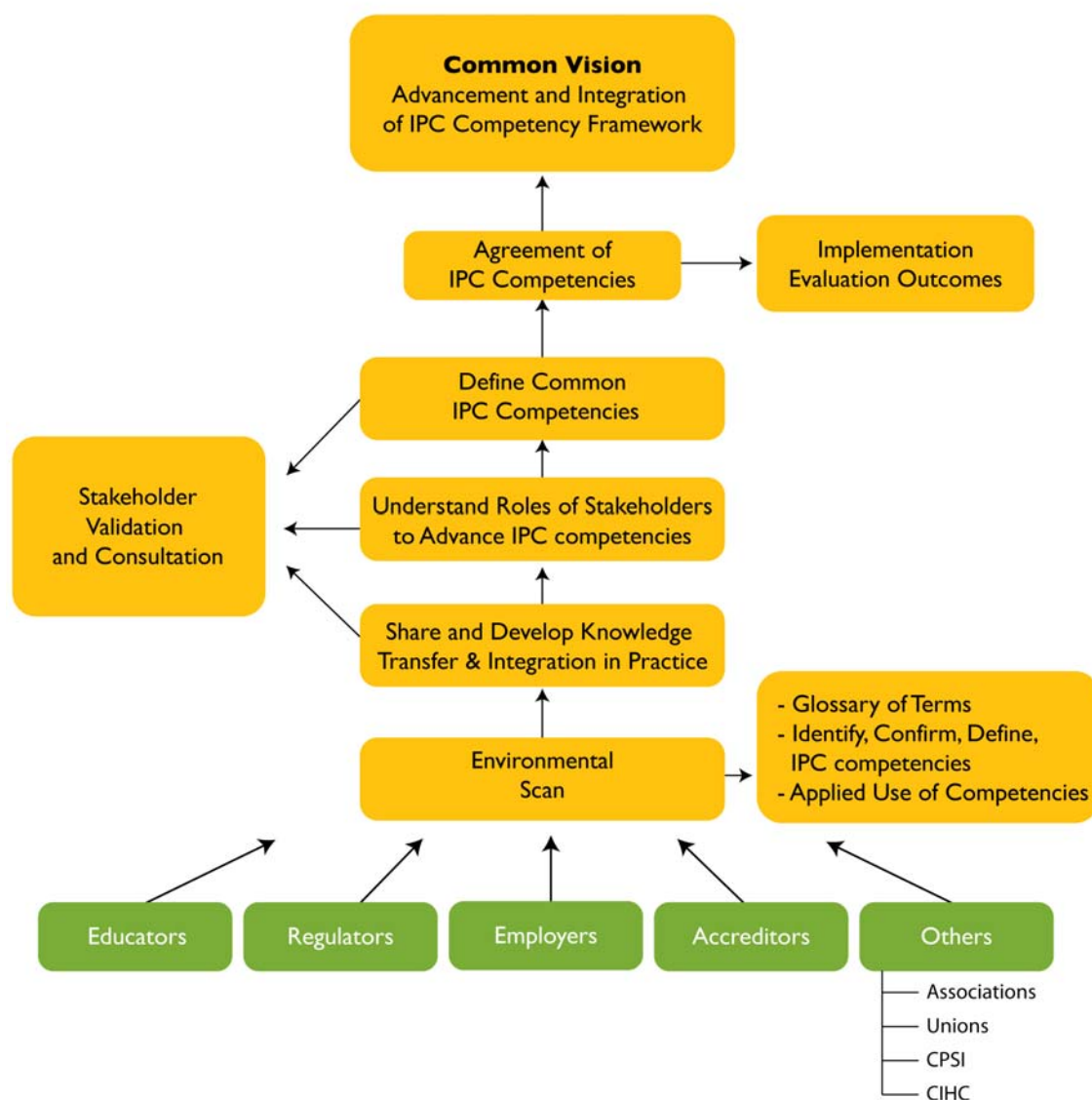
- La collaboration interprofessionnelle en soins de santé constitue la pierre angulaire des mesures visant à garantir une prestation efficace des soins axés sur le patient.
- Les patients sont des membres actifs de l'équipe qui offre les soins de santé.
- Tous les soignants doivent avoir les compétences requises pour collaborer entre professionnels, de manière à garantir une bonne collaboration interprofessionnelle en soins de santé.
- Les compétences qui sous-tendent la collaboration interprofessionnelle en soins de santé peuvent être décrites, enseignées, pratiquées et évaluées.
- La promotion des compétences qui sous-tendent la collaboration interprofessionnelle en soins de santé relève d'une responsabilité conjointe de tous les secteurs des soins de santé.

SECTION 3.0 MÉTHODOLOGIE ET VALIDATION

Le GTCF a commencé ses travaux au printemps 2008. Sachant de plusieurs autres groupes de travail canadiens avaient déjà mis sur pied des projets pour définir les compétences fondamentales en CISS, le GTCF a décidé, dès l'amorce du processus, de tenir compte du travail accompli sans perdre de vue son propre mandat : établir un cadre de compétences en CISS qui répondrait aux besoins particuliers des intervenants de l'Ontario. Le plan de la figure 1 explique le parcours suivi pour définir une vision commune avec la participation des intervenants.

Figure 1 :

Approach to IPC Core Competencies



Approche concernant les compétences fondamentales en CISS

Vision commune

Avancement et intégration du cadre de compétences en CISS

Accord sur les compétences en CISS

Mise en œuvre des résultats de l'évaluation

Stakeholder Validation and Consultation

Validation et consultation des intervenants

Définir des compétences communes en CISS

Comprendre les rôles des intervenants pour promouvoir les compétences en CISS

Partager et développer le transfert et l'intégration des connaissances à l'exercice de la profession

Analyse de l'environnement - Glossaire

- Identifier, confirmer, définir les compétences en CISS

- Utilisation appliquée des compétences

Éducateurs	Organismes de réglementation	Employeurs	Organismes d'accréditation	Autres
------------	------------------------------	------------	----------------------------	--------

Le Plan directeur recommandait « que les éducateurs et les organismes de réglementation collaborent afin de définir les compétences fondamentales relatives à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé et de convenir de celles-ci ». Dès le début, les éducateurs et les organismes de réglementation ont été identifiés comme des intervenants clés qui devaient nécessairement collaborer à la mise au point des compétences en CISS². À mesure qu'avançaient les travaux, le GTCF s'est aperçu que la participation des associations, des employeurs, des organismes d'accréditation, des fournisseurs de soins de santé, des syndicats et d'autres instances s'avérait essentielle pour garantir l'adoption du cadre des compétences en CISS produit à leur intention. Pour garantir la bonne marche des travaux, il était essentiel de se familiariser avec les points de vue de toutes les parties en cause.

La section suivante décrit les activités engagées à chaque étape de l'approche pour définir les compétences en CISS, y compris le processus de validation. L'annexe A fournit d'autres précisions sur méthodologie utilisée.

A. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

Le GTCF a procédé à une analyse de l'environnement pour se familiariser davantage avec des concepts et des théories pouvant soutenir son approche et l'aider à définir un cadre des compétences en CISS pour l'Ontario. Cette analyse, qui comprenait l'étude de la documentation et de la littérature grise sur le sujet, ainsi que l'exploration des ressources sur le Web, visait quatre grands domaines :

Une description des compétences en CISS des éducateurs et des organismes de réglementation.

Les approches utiles pour mettre au point les compétences.

Des modèles d'évaluation pour la mise en œuvre de cadres.

Des procédés efficaces pour mobiliser la participation publique.

B. PARTAGE ET DISSÉMINATION DU TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET INTÉGRATION À L'EXERCICE

² Plan directeur provincial – page 26

Ayant pris connaissance des résultats de l'analyse, les membres du GTCF se sont réunis pour trouver des façons d'intégrer ce savoir à la méthodologie de production du cadre de compétences en CISS de l'Ontario. Ils ont constaté qu'il fallait élargir le processus de consultation et engager le dialogue avec les dirigeants, les spécialistes, les soignants et les patients. Ils ont donc établi de grands principes pour faciliter l'adoption et l'intégration du cadre chez les travailleurs de première ligne. Voici un aperçu des principes qui ont guidé les travaux du GTCF en ce sens :

- opter pour une terminologie claire et inclusive qui reflète bien les besoins des intervenants;
- s'assurer que toutes les compétences en CISS optimisent la qualité des soins aux patients;
- s'assurer que les compétences sont fondées sur des données probantes, axées sur le patient et mesurables;
- tenir compte des pratiques actuelles en CISS et des travaux sur les compétences dans les domaines de la santé et de l'éducation;
- donner l'exemple en privilégiant la collaboration dans toutes ses interactions avec les intervenants et les patients.

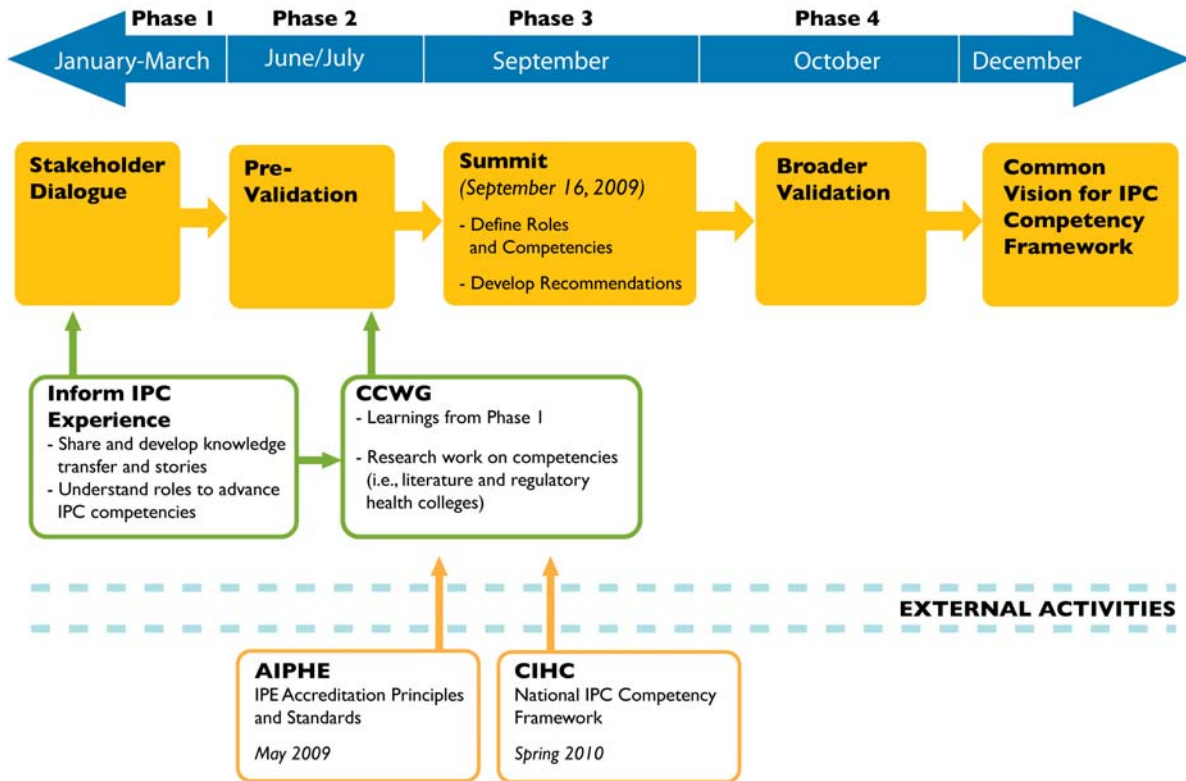
Sachant que l'intégration de la CISS au système de santé s'inscrit dans un changement de culture, le GTCF s'est inspiré de la théorie du changement afin de fixer les étapes à franchir pour lancer le processus de participation des intervenants. Aux fins de l'interrogation appréciative^{3,4}, une approche organisationnelle qu'appuie fortement le gouvernement ontarien, le « dialogue » est vu comme un mécanisme clé qui aide à trouver des moyens innovateurs d'instaurer le changement. Cette approche a été retenue aux fins du projet. La figure suivante illustre le processus de consultation utilisé.

Figure 2 :

³ L'interrogation appréciative (AI) est une méthode qui sert à gérer le changement de culture en établissant des moyens novateurs et dynamiques d'instaurer un leadership efficace et des changements positifs. Il s'agit d'une approche participative qui encourage l'imagination, l'innovation et la polyvalence, partant des éléments positifs existants. L'AI tente de déterminer ce qui fonctionne bien ou les occasions qui s'offrent d'apporter des changements positifs.

⁴ Cooperrider, D.L. et Whitney, D. Appreciative Inquiry. Collaborating for Change. Berrett-Koehler Communications Inc. 1999.

Stakeholder Validation and Consultation Engagement Process 2009



Processus de validation et de participation des intervenants aux consultations 2009

Phase 1 Phase 2 Phase 3 Phase 4

Janvier-Mars Juin-Juillet Septembre Octobre Décembre

Dialogue avec les intervenants	Pré-validation	Sommet (16 septembre 2009) - Définir les rôles et les compétences - Formuler les recommandations	Validation élargie	Vision commune pour un cadre de compétences en CISS
--------------------------------	----------------	--	--------------------	---

Éclairer l'expérience en CISS - Partager et élargir les connaissances et les anecdotes - Comprendre les rôles pour promouvoir les compétences en CISS	GTCF - Leçons de la phase 1 - Travail de recherche sur les compétences (p. ex. littérature et ordres de réglementation des professions de la santé)
---	---

<p>AFISS Principes et normes d'agrément en CISS Mai 2009</p>	<p>CPIS Cadre national de compétences en CISS Printemps 2010</p>
--	--

Remarque : L'AFISS est l'Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé et le CPIS est le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

C. COMPRENDRE LE RÔLE DES INTERVENANTS DANS LA PROMOTION DES COMPÉTENCES EN CISS

On a établi que pour garantir l'adoption des compétences fondamentales en CISS par les organismes, les systèmes et les membres de la pratique, il fallait déployer des efforts coopératifs et favoriser la participation des intervenants à l'élaboration, à l'adoption et à l'intégration pratique des compétences en CISS. Les intervenants ont été identifiés comme des individus et des groupes touchés ou intéressés par l'adoption et la mise en œuvre des mesures visant les compétences en CISS. Le processus de participation des intervenants s'est avéré une composante essentielle du travail du GTCF. En ce sens, le plan a été structuré en quatre étapes avec des stratégies et des tactiques particulières. L'annexe B fait état des instances qui ont participé aux entrevues et du nombre de points de vue exprimés. L'approche par étapes a permis au GTCF de comprendre et d'adapter la vision qui sous-tend le mode d'articulation du cadre de compétences en CISS et les mesures à prendre pour convaincre les groupes d'intervenants de la province d'y recourir.

Les discussions subséquentes ont fait ressortir divers thèmes illustrant les attentes des patients quant aux soins de santé interprofessionnels qu'ils obtiennent et aux comportements des soignants démontrant le fonctionnement pratique de la CISS. D'un commun accord, les membres du GTCF ont choisi d'utiliser la terminologie ressortant du dialogue avec les patients et les soignants pour décrire les compétences en CISS. Le GTCF a ensuite décidé de clore ses travaux en délaissant le cadre traditionnel des compétences en CISS au profit d'une « Charte » des attentes et des engagements des patients, des soignants et des dirigeants du système de santé décrivant les compétences souhaitées. La terminologie retenue pour la Charte devrait aider à produire un lexique de termes que tous les intervenants du système de santé comprendraient.

Au moment de produire les énoncés, le GTCF s'est assuré que la Charte et ses déclarations reflétaient bien les données probantes, la documentation et l'esprit des autres initiatives nationales et provinciales sur les compétences en CISS de façon à enrichir et non dédoubler les efforts. La réussite du projet de Charte tenait, en grande partie, à l'adoption d'un processus unique pour engager la participation de nombreux intervenants. Par contre, il fallait aussi porter une grande attention aux attentes des patients en matière de CISS. Les points de vue des patients ont permis d'étoffer et d'ancrer tous les dialogues avec les intervenants, créant une solide assise d'où partir pour formuler les déclarations de la Charte.

D. VISION COMMUNE ET ENTENTE SUR LES COMPÉTENCES EN CISS

Pour que tous les intervenants du système puissent comprendre et utiliser la Charte, le GTCF a conclu qu'il fallait vérifier et valider ses déclarations. Au fil des présentations, des téléconférences et des entrevues, la terminologie de la Charte a été constamment remaniée. L'une des dernières validations de la Charte a eu lieu lors d'un sommet organisé pour stimuler le processus et faire participer les dirigeants du secteur des soins de santé à la détermination des prochaines étapes. On était d'avis que ce sommet donnerait un élan à la Charte. Pour valider la Charte et ses déclarations auprès d'un plus grand public, on a aussi fait parvenir un formulaire de sondage en ligne à tous les intervenants qui avaient participé au processus de consultation, ainsi qu'aux intervenants engagés dans d'autres travaux actuels ou passés sur la CISS à l'échelle provinciale. Grâce à ce processus de validation exhaustif, nous sommes en mesure de soumettre en toute confiance la version finale dans le présent rapport.

SECTION 4.0 CHARTE

Promotion des compétences pour la collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Charte des attentes et des engagements

Conformément aux impératifs du document *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial*, la Charte utilise une terminologie commune pour décrire les attentes de l'ensemble des clients et des usagers en matière de soins interprofessionnels. Nonobstant le domaine, la question des compétences est toujours complexe. Compte tenu de son ouverture aux propos des patients et des soignants, la Charte transcende une terminologie spécifique et propose plutôt un modèle visuel et descriptif pour cerner les comportements et les attitudes nécessaires à l'instauration de la CISS.

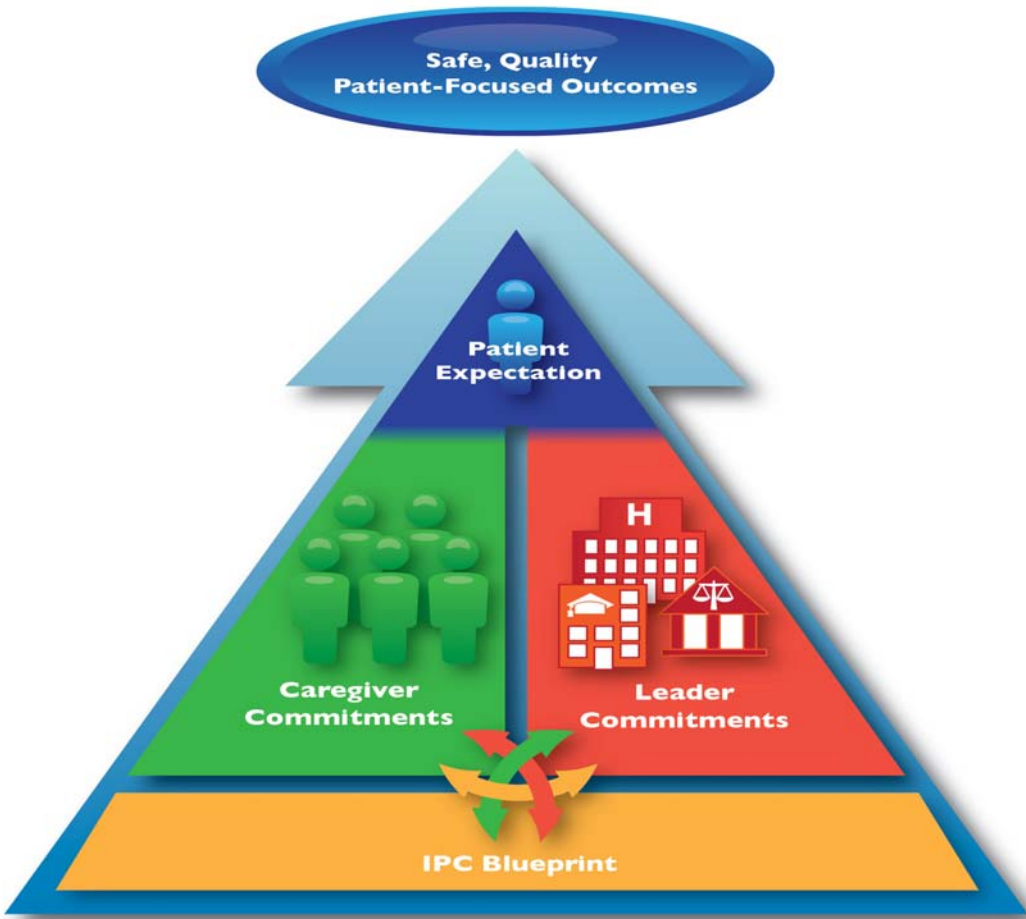
La Charte offre une plateforme commune qui aidera à établir une vision claire et un dialogue informé sur la CISS en :

- étudiant les possibilités non exploitées;
- remettant en question les soins « cloisonnés »;
- positionnant toutes les instances qui participent au dialogue;
- constituant un tremplin vers l'action.

Cette Charte constitue un mécanisme utile qui permet aux soignants de première ligne et à ceux qui influent sur eux (éducateurs, organismes de réglementation, associations, employeurs, syndicats et organismes d'accréditation) de souscrire à une vision et à une terminologie signifiantes. Elle s'oriente sur un objectif général de soins de santé sûrs, de qualité et axés sur le patient. Même si cette Charte reflète les opinions de nombreux intervenants et dirigeants, elle ne constitue qu'un élément parmi d'autres des efforts globaux du Plan directeur. Elle ne permet pas de discuter de structure, de mesures d'encouragement ou de procédés liés à la CISS.

La Charte formule une série de déclarations audacieuses. On s'attend à ce que ces déclarations soient reconnues et adoptées par les intervenants qui croient en la CISS, de ceux qui songent à

s'engager sur cette voie et que, dans le cas des autres instances, ils incitent à la participation. La Charte sous-tend également une stratégie multiniveau favorisant le leadership collectif, le dialogue, ainsi que la responsabilisation et l'imputabilité à tous les échelons du système de santé, menant à des soins de santé sûrs, de qualité et axés le patient.



IPC Charter

Déclarations de la Charte

Attentes du patients

En tant que patient vivant en Ontario :

Je m'attends à ce que mes soins de santé soient offerts par divers soignants qui me respectent moi ainsi que mes choix de soins de santé. Ces soignants se renseignent sur mes antécédents médicaux, sont prêts à collaborer avec moi dans tous les contextes médicaux et à conjuguer leurs connaissances et compétences pour m'aider à atteindre mes objectifs en matière de santé.

Engagements du soignant

En tant que soignant exerçant en Ontario et adhérant à la vision établie pour la CISS :

- 1) Je chercherai à connaître les antécédents des personnes dont je prends soin, à respecter et à comprendre leurs besoins et à travailler avec elles pour établir un plan de soins tenant compte de leurs choix.*
- 2) Je connaîtrai bien mon rôle et me renseignerai sur le rôle et le savoir-faire des autres soignants et fournisseurs de soins.*
- 3) J'informerai les autres membres de l'équipe de soignants des soins que je prodigue à mes patients.*
- 4) Je poserai des questions, je communiquerai pour être bien compris, je solliciterai le point de vue des autres et je les écouterai avec attention afin de proposer des options de soins.*
- 5) Je prêterai une attention particulière aux conséquences de mes comportements et de mes attitudes sur les soins interprofessionnels et à la façon dont je prône activement une culture de collaboration.*
- 6) Je reconnaitrai les limites de mes connaissances et continuerai d'apprendre auprès des autres pour favoriser une meilleure intégration des soins fondée sur les meilleures idées envisageables.*

Engagements des dirigeants

À titre de dirigeants du système de santé et afin de répondre aux attentes des patients et de permettre aux soignants de l'Ontario de respecter leurs engagements :

- 1. Nous harmoniserons notre terminologie, nos méthodes, nos structures et nos ressources pour encourager une culture de CISS.*
- 2. Nous trouverons des façons de collaborer à l'intérieur des secteurs et entre les secteurs pour assurer la bonne intégration de la CISS à la pratique, à la formation, aux politiques et à la recherche.*
- 3. Nous évaluerons nos initiatives de CISS pour savoir ce qui en voie d'être réalisé.*
- 4. Nous améliorerons constamment la CISS à l'échelle du système de santé en misant sur la détermination, la promotion et l'instauration de pratiques qui pourront faire une différence au niveau des soins aux patients.*

Plan directeur provincial sur la CISS

La collaboration interprofessionnelle en soins de santé consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci.

SECTION 5.0 GUIDE DE RESSOURCES

Un guide de ressources a été produit pour accompagner la Charte et permettre aux personnes et organismes œuvrant au sein du système de soins de santé de l'Ontario de s'appuyer sur lui, de l'utiliser et de l'intégrer dans leurs travaux.

Le Guide de ressources comprend des outils et des cadres permettant aux intervenants de comprendre :

CE QU'EST la Charte ...,
QUI elle touche ...,
COMMENT l'utiliser ... et
DANS QUELLE MESURE la CISS est mise en pratique.

Au fil du guide, vous trouverez ;

1. des outils de communication pour décrire CE DONT traite la Charte;
2. des suggestions sur LA FAÇON de partager la Charte avec divers intervenants;
3. des idées sur LA MANIÈRE d'utiliser la Charte dans l'exercice de vos fonctions, dans le cadre de vos études ou dans votre secteur;
4. un cadre permettant de voir DANS QUELLE MESURE la terminologie associée à la CISS est comparable dans tous les secteurs de la santé et de la formation;
5. des outils d'évaluation de la réflexion personnelle pour aider à savoir DANS QUELLE MESURE la CISS est mise en pratique dans un milieu particulier.

La promotion de la Charte représente une étape clé dans le mouvement qui, depuis dix ans, vise à créer dans notre système de soins de santé une culture qui valorise la collaboration interprofessionnelle en soins de santé (axés sur les patients).

OUTILS DU GUIDE DE RESSOURCES

A. Outils contextuels (page 3)

1. Vidéo sur les attentes du patient
2. Vidéo sur les engagements du soignant

B. Outils de communication pour l'image de marque

1. Affiches sur la Charte de la CISS (pages 6-8)
2. Affiche d'une équipe de soignants (page 9)
3. Macaron individuel (page 10)

C. Outils d'application

1. Questionnaire – Évaluation du soignant (pages 12-14)
2. Questionnaire – Évaluation de l'équipe soignante (pages 15-17)
3. Lexique commun à tous les secteurs des soins de santé sur les compétences en CISS (pages 18-23)
4. Tableaux des possibilités de contributions de chaque secteur (pages 24-25)

Le guide de ressources accompagne le rapport principal.

SECTION 6.0 ÉVALUATION

Aperçu

On a évalué les activités menées et le progrès réalisé par le GTCF pour obtenir les résultats mandatés. Deux vidéos ont été produites et pourraient éventuellement servir d'outils de communication pour informer les intervenants des attentes des patients et des engagements des soignants à l'égard de la CISS. Seize rapports ont été rédigés pour documenter les activités et les résultats du GTCF. Ces rapports ont permis de clarifier les enjeux et les facteurs qui, de l'avis des intervenants, influent sur l'intégration des compétences en CISS. Ils soulignent également les occasions qui s'offrent d'adopter une approche collaborative permettant d'intégrer et d'instaurer la Charte des compétences en CISS à l'échelle du système. La participation des intervenants s'est avérée essentielle à la bonne marche des travaux du GTCF.

Dans le cadre de cette évaluation, on a voulu établir dans quelle mesure le GTCF avait réussi à atteindre ses objectifs et à donner les résultats escomptés. Les indicateurs illustrant l'adoption systémique de la Charte sont inclus à titre de référence à la Section 7.0 - Recommandations.

Évaluation du processus et du contenu

Un plan de travail⁵ a été produit, y compris un plan de participation des intervenants⁶ décrivant l'approche adoptée par le GTCF pour atteindre les buts et résultats fixés. Selon le plan initial, le GTCF devait avoir terminé le projet en septembre 2009. Ce délai a été reporté à décembre 2009 pour mieux tirer profit de la participation, de l'enthousiasme et de l'engagement des intervenants envers la mise au point d'une Charte. On a exploité maintes occasions pour valider le travail du GTCF, garantir l'harmonisation des efforts et réduire des chevauchements. Les tableaux ci-dessous font état des objectifs visés et des résultats atteints.

Tableau 1 : Objectifs

Objectifs	Processus engagé pour atteindre les objectifs	Calendrier	Résultats atteints
1. Mener des	- Analyse de l'environnement portant sur compétences en CISS et les définitions	Juin à décembre	3 rapports de recherche 1 document

⁵ Le plan de travail a été remanié et présenté à ProfessionsSantéOntario en juillet 2009 dans le cadre du deuxième rapport intérimaire du GTCF.

⁶ Le plan de participation des intervenants a été remis au Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS et à ProfessionsSantéOntario le 6 juillet 2009 dans le cadre du deuxième rapport intérimaire du GTCF.

recherches	utilisées par les organismes de réglementation et les éducateurs - Examen des études de cas sur les compétences propres aux professions de la santé - Examen des procédés d'évaluation de programme et de participation - Activités menées par le chercheur en politiques embauché et par l'équipe de projet	2008	d'information 1 aperçu
2. Consulter les intervenants de l'Ontario	- Élaboration et instauration du plan de participation des intervenants en quatre étapes - Activités menées par une firme de sondages, vidéographe pour filmer les séances des groupes de consultation, embauche d'un cabinet spécialisé en gestion du changement pour les séances de consultation avec les intervenants et la planification du sommet, de l'animation du sommet et l'aide à l'équipe de projet pour rédiger les rapports et procéder au sondage de validation post-sommet.	Janvier à novembre 2009	Plan de participation des intervenants Cinq rapports sur les consultations avec les intervenants, soit des patients, des soignants, des dirigeants et des informateurs Rapport de pré-validation pour mettre à l'essai la première ébauche des déclarations sur les compétences Rapport sur les délibérations du sommet Rapport sommaire du sondage de validation post-sommet Deux vidéos sur les patients et les soignants
3. Mettre au point un « cadre de compétences en CISS »	Élaboration et rédaction d'un « cadre de travail » (la Charte) et d'un guide de ressources par les coresponsables et l'équipe de projet, selon les directives du GTCF.	Juin à novembre 2009	Production de la Charte et des déclarations Mise au point de neuf ressources pour le guide de ressources
4. Formuler des recommandations sur la mise en œuvre systémique	Formulation de recommandations par le GTCF à partir des consultations avec des intervenants.	Novembre 2009	Recommandations incluses dans le rapport final

Tableau 2 : Résultats

Résultats prévus	Résultats obtenus	Résultats atteints
1. Cadre de travail sur les compétences en ICSS	Charte et déclarations sur les CISS	✓
2. Principes	Section 2.0 du rapport final	✓
3. Trousse d'outils	Guide de ressources – neuf outils	✓
4. Recommandations, y compris des indicateurs pour la mise en œuvre de la Charte sur les CISS à l'échelle du système	Section 7.0 du rapport final	✓
5. Évaluation	Section 6.0 du rapport final	✓

L'annexe C fournit d'autres renseignements sur les résultats du projet sur la CISS.

Évaluation du plan de participation des intervenants

Le processus de participation des intervenants s'est avéré un aspect clé des travaux du GTCF. Puisque le plan prévoyait quatre étapes, chacune a été analysée, y compris les activités prévues pour le concrétiser et les résultats atteints. Les principaux résultats de l'analyse ont révélé ce qui suit :

- Les intervenants étaient très dynamiques et se montraient intéressés et prêts à participer.
- Les intervenants étaient désireux de participer aux travaux permanents et aux activités futures du GTCF.
- Les intervenants participaient activement à tous les aspects des résultats visés par le GTCF.
- Les activités prévues ont eu lieu et les résultats attendus ont été atteints, surpassant dans chaque cas les attentes du GTCF.

L'annexe B présente une évaluation détaillée des quatre étapes du plan de participation des intervenants.

Observations ayant trait à la participation des intervenants

i) Sommet pour promouvoir les compétences en CISS

Un sommet ayant pour but de promouvoir les compétences en CISS en Ontario s'est tenu le 16 septembre 2009. Cet événement visait à donner un élan au projet et à encourager les dirigeants du secteur de la santé⁷ à aider à définir des mesures actives pour promouvoir la Charte sur la CISS.

⁷ Le secteur réunit un groupe ou des groupes de personnes qui exercent une influence sur les prises de décisions, la gestion et la prestation des soins de santé et le système d'éducation, y compris les organismes de réglementation, les éducateurs, les employeurs, les établissements communautaires, les organismes d'accréditation, les associations, les syndicats, les fournisseurs de soins de santé et le gouvernement.

En mai 2009, des invitations électroniques ont été lancées à quelque 150 dirigeants des domaines de la santé et de l'éducation affiliés à divers secteurs de la santé en Ontario. De ce nombre, 120 ont choisi de participer. Les résultats de l'évaluation du sommet, avec un taux de réponse de 48 pour 100, ont révélé ce qui suit :

- 55 pour 100 des répondants étaient d'accord que le sommet avait atteint ses objectifs et était une réussite, alors que 41 pour 100 étaient tout à fait d'accord;
- Pour ce qui est d'appuyer la Charte, 42 pour 100 étaient d'accord, alors que 53 pour 100 étaient tout à fait d'accord;
- 84 pour 100 des répondants étaient d'avis que les dirigeants du système de santé ont un rôle à jouer en vue de promouvoir les compétences en CISS auprès de tous les soignants.

L'annexe D présente les faits saillants de l'analyse de l'évaluation du sommet.

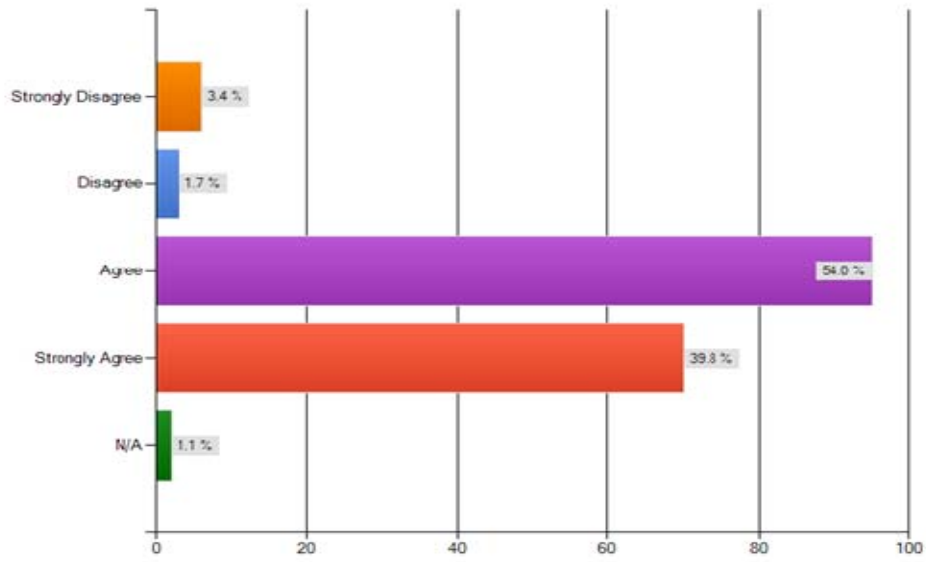
ii) Sondage de validation post-sommet

Un sondage en ligne a été mené entre le 15 octobre et le 13 novembre 2009 pour obtenir les commentaires et l'aval de plus de 330 intervenants sur la Charte sur les compétences en CISS et ses énoncés. Le sondage s'adressait aux personnes qui avaient participé à tous les autres processus de participation et d'élaboration du Plan directeur provincial sur la CISS de 2007 du GTCF. Ces intervenants représentaient divers secteurs, dont ceux de l'éducation, de la pratique clinique, des associations et des organismes d'accréditation, de même que des employeurs et des groupes de patients ontariens.

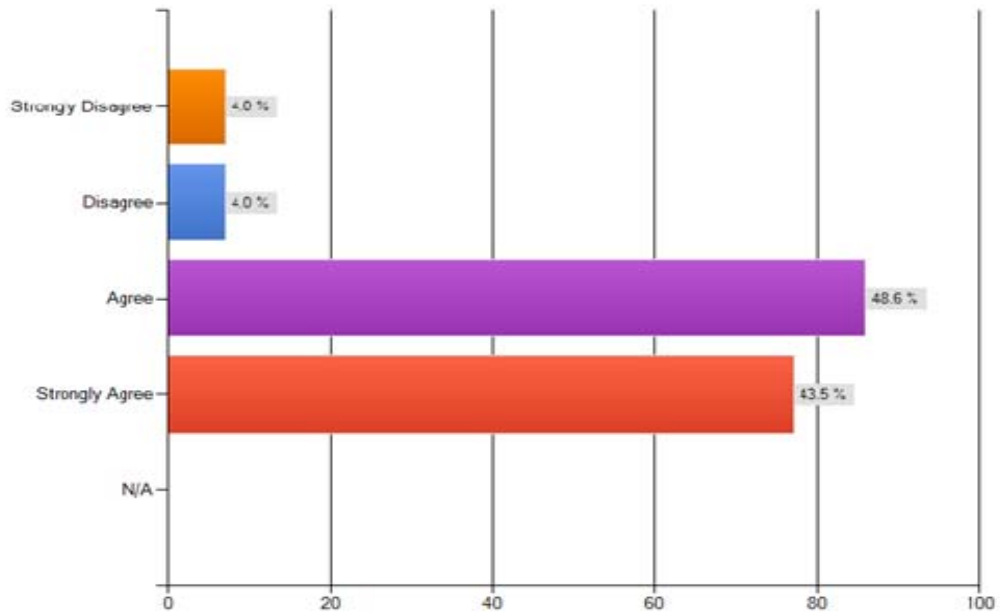
L'analyse des données brutes du sondage indique un taux de réponse de 54 pour 100. Des 81 répondants identifiés, 18 représentaient des associations, 22 étaient des éducateurs et 11 des soignants, quatre représentaient des groupes de patients, 21 étaient des employeurs, trois représentaient des organismes de réglementation et on comptait deux représentants des RLISS.

Un des résultats clés du sondage révèle qu'en gros, 90 pour 100 des 177 répondants étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec la Charte et ses déclarations. Les tableaux ci-dessous présentent les faits saillants du sondage :

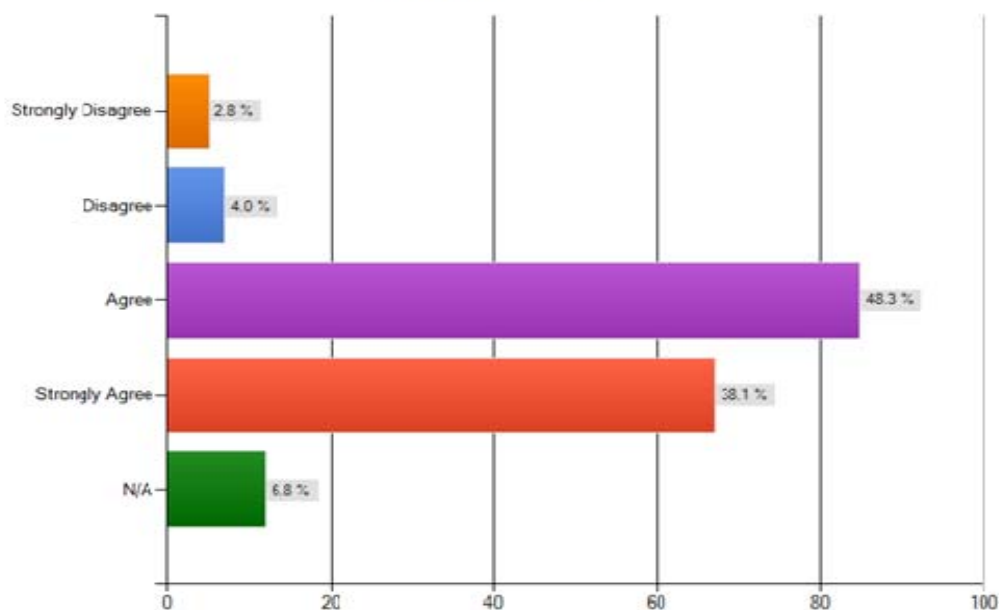
In general, I support the Charter and the statements



The statements in the Charter are clear and can be easily understood.



As a health system leader in Ontario, I could see myself utilizing this Charter within my organization/setting.



First table

En général, j'appuie la Charte et ses énoncés.

Pas du tout d'accord	3,4 %
Pas d'accord	1,7 %
D'accord	54,0 %
Tout à fait d'accord	39,8 %
S/O	1,1 %

Second table

Les énoncés de la Charte sont clairs et faciles à comprendre.

Pas du tout d'accord	4,0 %
Pas d'accord	4,0 %
D'accord	48,6 %
Tout à fait d'accord	43,5 %
S/O	

Third table

En tant que dirigeant au sein du système de santé de l'Ontario, je peux m'imaginer en train d'utiliser la Charte dans mon milieu de travail/mon organisme.

Pas du tout d'accord	2,8 %
Pas d'accord	4,0 %
D'accord	48,3 %
Tout à fait d'accord	38,1 %
S/O	6,8 %

La moitié des 93 répondants ont fourni des commentaires écrits. Il s'agissait généralement de suggestions terminologiques sur la façon de clarifier la formulation particulière de certains énoncés et de recommandations sur la mise en œuvre générale de la CISS. L'annexe H présente un rapport complet du sondage de validation post-sommet.

iii) Résumé des observations

L'un des grands objectifs du GTCF était de collaborer directement avec les intervenants afin de définir ensemble le rôle qu'ils pourraient jouer pour faciliter l'adoption, l'intégration et la mise en œuvre des compétences qui sous-tendent la CISS à l'échelle systémique. Le GTCF voulait que les intervenants comprennent bien les rôles et les compétences propres à la CISS et trouvent comment les promouvoir.

À mesure qu'avançaient les travaux du GTCF, un grand nombre d'intervenants se sont dits intéressés à participer à d'autres activités. Entre autres grands messages, ils ont souligné l'importance d'assurer la concordance entre le cadre de compétences en CISS et les systèmes de santé et d'éducation en place et de prévoir assez de ressources pour garantir l'adoption et l'intégration efficaces des compétences en CISS.

Comme l'indiquent clairement les résultats du sommet et le processus de validation post-sommet, les intervenants ontariens sont très intéressés à appuyer le concept de la Charte sur la CISS. Ils soulignent néanmoins que l'application de la Charte sur la CISS à l'échelle systémique doit être fondée sur le leadership, le partenariat, l'harmonisation et l'imputabilité.

Efficacité du GTCF

Partant des perceptions des membres du GTCF et suivant la fin de leurs travaux, un sondage en ligne a été mené à la mi-novembre 2009 pour voir ce qu'ils pensaient de l'efficacité et de l'efficience du GTCF et du processus engagé pour réaliser ses buts et objectifs.

Sept des neuf membres (taux de réponse de 78 pour 100) ont participé au sondage. Voici un aperçu des grandes conclusions :

- Cent pour 100 des répondants convenaient que les membres du GTCF avaient bien travaillé ensemble pour les raisons suivantes :
 - Les membres affirmaient que groupe de travail avait atteint ses objectifs.
 - Les membres avaient eu suffisamment de temps pour examiner et modifier l'ordre du jour des réunions.
 - Tous les membres avaient eu une chance égale de participer et de discuter lors des réunions, y compris au niveau des prises de décisions et de la résolution de problèmes.
 - On avait fourni assez de renseignements sur tous les sujets aux membres pour leur permettre d'avoir des discussions stratégiques.
 - Les coresponsables avaient offert le bon niveau de direction et de supervision sur chaque question.
- Cent pour 100 des membres se disaient très satisfaits du mode d'administration du projet, y compris la distribution préalable du matériel, le respect des échéanciers, le degré de

- Les membres ont qualifié de réussite totale les aspects suivants du travail :
 - Ils disaient avoir vécu une expérience d'équipe et été partie prenante d'un leadership partagé.
 - La Charte reflétait leur vision et leurs attentes à l'égard des compétences en CISS.
 - Les intervenants s'étaient montrés très intéressés et avaient beaucoup participé.
 - Le travail du GTCF exemplifiait ce à quoi devrait ressembler un vrai modèle de collaboration.
- Tous les membres ont convenu que les buts et objectifs qui sous-tendaient l'élaboration de la Charte avaient été atteints.
- Lorsqu'on a demandé aux membres de coter le projet du GTCF selon un barème de 1 à 5 (allant de médiocre à exceptionnel), six membres lui ont accordé la cote « exceptionnel » et un membre qui a accordé la cote « excellent ».

On a demandé aux membres de commenter sur ce que le GTCF aurait pu faire d'autre, à leur avis, pour être plus efficace, et de fournir d'autres commentaires généraux. Voici un aperçu de ce qu'ils avaient à dire :

- *Les discussions étaient de haut niveau et les commentaires constructifs. Les coresponsables et le personnel ont fait un excellent travail et nous ont donné l'impression d'avoir vraiment réussi à faire une différence.*
- *Pour garantir la bonne application de la Charte, je crois que beaucoup de membres du GTCF, sinon tous, seraient heureux de poursuivre d'une façon ou de l'autre leur travail de manière à pouvoir contribuer davantage à l'instauration de soins de santé collaboratifs axés sur les patients en Ontario.*
- *J'ai adoré mon expérience au sein du GTCF. Jan et Ivy ont été d'excellents chefs d'équipe – j'avais l'impression que nous avons tous la chance de contribuer quelque chose de valable. L'équipe était synergique et répondait de façon très ouverte et honnête aux questions soulevées de temps à autre, sans compter que les dirigeants faisaient preuve d'une grande souplesse. Ce fut un excellent modèle de collaboration interprofessionnelle! Ce fut un privilège de faire partie du GTCF et je vous en remercie!*
- *J'ai été honoré d'avoir eu la chance de participer à ce projet et de côtoyer des collègues aussi solides, réfléchis et renseignés.*
- *Grâce au leadership exceptionnel des coresponsables et du personnel de soutien du projet, nous avons réussi à surpasser les objectifs fixés – la Charte contribuera grandement à la vie de tous les Ontariens. Ce fut un plaisir de participer au processus comme membre du GTCF. Merci de m'avoir donné l'occasion de servir.*
- *Parce qu'il était mené par des bénévoles, le projet s'avérait plus concret, plus pratique et plus réalisable à mes yeux. Tous les membres ont fait un excellent travail, surtout le chef de projet et les coresponsables. Même si je me suis joint sur le tard, j'ai toujours eu*

- *Respect et excellent leadership. J'ai beaucoup aimé le travail et l'esprit d'équipe qui régnait. Une expérience agréable, productive et inspirante.*

Résumé

L'évaluation a été menée de façon minutieuse et complète. On a eu recours à plusieurs méthodes et niveaux d'évaluation. L'analyse des données recueillies lors de l'évaluation indique que le GTCF a réalisé ses buts et objectifs et atteint les résultats escomptés. Cette approche rigoureuse a permis de recueillir des données éloquentes confirmant l'atteinte d'un consensus sur l'esprit et les déclarations de la Charte.

SECTION 7.0 GRANDES LEÇONS

Quand le GTCF a commencé ses travaux, il était clair que son mandat était évolutif. Le GTCF a été confronté à de nombreux défis. Il a eu des difficultés à planifier ses approches et ses activités pour garder l'accent sur la participation des intervenants à l'intérieur des délais fixés. Le recours à la méthode de « l'interrogation appréciative » s'est avéré fort utile pour mousser la participation et éclairer les orientations.

Même si, au départ, le GTCF avait déjà une idée des concepts et des théories qu'il voulait explorer pour arriver à définir les compétences en CISS, ces théories et concepts divergeaient des points de vue des intervenants et des patients. Ces perspectives contrastantes incluaient la terminologie utilisée pour décrire les compétences en CISS, les attentes des soignants et des dirigeants du système de santé en matière de CISS, ainsi que les rôles que les soignants et les dirigeants se devaient de jouer pour faciliter l'adoption des compétences en CISS à tous les échelons du système de santé.

Jetant un regard en arrière, le GTCF a su tirer des leçons de son expérience et les regrouper sous les grands thèmes ci-dessous. Ces thèmes ont influencé et orienté inexorablement l'évolution de la Charte sur la CISS et du guide de ressources.

1) Terminologie de la CISS

Le processus de participation des intervenants a permis au GTCF de prendre connaissance des opinions variées sur la terminologie requise pour définir et décrire les compétences en CISS dans divers secteurs des soins de santé (c.-à-d. les instances de réglementation et les éducateurs). En outre, les soignants et les dirigeants du système de santé ont opté pour une terminologie différente pour décrire les compétences en CISS, ce qui reflétait leurs contextes de travail particuliers. Entre autres grandes observations, les consultations ont révélé que la terminologie utilisée pour décrire les compétences en CISS devait être simple, claire et conforme aux pratiques actuelles pour être acceptée d'emblée par les intervenants. Suivant ces discussions, l'encadrement des « compétences en CISS » a dévié et on a délaissé la notion d'un cadre-type traditionnel des compétences au profit d'un modèle descriptif, soit une Charte avec de grandes déclarations générales décrivant les

comportements et les attitudes que doivent adopter les soignants et les dirigeants du système de santé pour favoriser la CISS. Les intervenants ont approuvé cette approche lors du processus de validation post-sommet de novembre 2009.

Un thème secondaire est ressorti des consultations auprès des intervenants, soit l'importance de mieux comprendre les compétences en CISS et les domaines chevauchants dans l'exercice de la profession entre les professions de la santé réglementées, plus précisément les liens entre les compétences et l'exercice de la profession et les effets sur la propension des soignants à privilégier la CISS dans des contextes réglementés. Cette situation nébuleuse continue d'alimenter le débat. L'occasion se présente d'encourager les soignants à dialoguer, partant de faits concrets, et à trouver des façons d'expliquer le fonctionnement de la CISS dans le cadre d'exercice actuel de leur profession. L'annexe E constitue un outil parmi d'autres qui peut aider à favoriser et à améliorer le dialogue en ce sens.

2) Autonomie des patients

Beaucoup d'intervenants ont exprimé des opinions divergentes quant au rôle, à l'autonomie et aux responsabilités des patients en matière de CISS. La plupart étaient d'avis que les patients devaient jouer un rôle actif dans leurs soins de santé et être plus imputables et engagés pour faciliter une prestation efficace des soins. Le GTCF a débuté ses travaux en s'engageant à écouter la voix des patients. Leurs efforts actifs pour mieux connaître les points de vue des patients ont donné lieu aux réflexions suivantes :

- Les patients ne comprennent pas tous très bien en quoi consiste la CISS et comment sa mise en œuvre peut améliorer leurs résultats de santé.
- Les patients ne définissent pas quel rôle ils doivent jouer dans le contexte de la CISS, mais ils décrivent leurs attentes à l'endroit des soignants qui dispensent les soins.

Les intervenants s'attendent à ce que les patients jouent un rôle actif au niveau de la CISS, mais le GTCF a constaté que, pour leur part, les patients interrogés dans le cadre du projet n'avaient pas exprimé le désir de jouer un rôle actif à ce chapitre. Ceci l'a porté à conclure que les patients ne sont peut-être pas prêts à agir et qu'il n'existe peut-être aucune terminologie utile pour décrire leur rôle au sein de l'équipe des soignants à l'heure actuelle. Selon le GTCF, il est essentiel que les patients jouent un rôle actif dans leurs soins de santé. Il faudra du temps et un changement de culture avant que les patients se sentent prêts à définir leur rôle et commencent à faire preuve d'autonomie à l'intérieur des paramètres de la CISS. Cette question devra être approfondie dans un contexte autre que celui du projet actuel.

3) Rôles et responsabilités liés à la promotion des compétences en CISS

Les opinions varient quant aux rôles et responsabilités des intervenants dans la promotion des compétences en CISS à tous les échelons du système de santé. Les soignants consultés ont défini leur rôle à partir de leur « sphère d'influence » et de l'idée qu'ils se font de la CISS. Les dirigeants du système de santé se voyaient comme des facilitateurs chargés d'offrir aux soignants l'appui et les ressources nécessaires pour concrétiser les objectifs de la CISS. Les rôles et responsabilités axés sur la promotion des compétences en CISS ne s'appliquent pas tous à tous les contextes de prestation de soins. Il est difficile d'imposer des rôles et des responsabilités quand on ne s'entend

pas sur qui doit faire quoi pour promouvoir les compétences en CISS. Le GTCF croit qu'il faut d'abord encourager un dialogue menant à une vision consensuelle des rôles et responsabilités établie par les soignants et les secteurs eux-mêmes. La Charte constitue un outil de discussion parmi d'autres. L'annexe E – Chevauchement des domaines d'exercice de la profession et CISS – en est un autre. Ensemble, ils aident à expliquer la CISS et à préciser les rôles des intervenants dans le contexte des compétences en CISS et de ses applications pratiques.

4) Stratégie élargie pour appuyer l'évolution de la CISS

Les membres du GTCF ont vite constaté que leur travail constituait une composante parmi bien d'autres de la stratégie élargie du Plan directeur sur la CISS. De fait, beaucoup d'éléments doivent être pris en compte pour instaurer la CISS et la Charte sur la CISS. Ce rapport offre un moyen parmi d'autres d'appuyer l'évolution de cette vision.

Tout au long des travaux du GTCF, il était clair que les intervenants étaient très intéressés au dossier et qu'ils s'engageaient pleinement à respecter le Plan directeur sur la CISS de l'Ontario.

SECTION 8.0 RECOMMANDATIONS

Le GTCF croit fortement que ses recommandations serviront à appuyer la stratégie sur les ressources humaines en santé du gouvernement de l'Ontario, passant par ProfessionsSantéOntario, et qu'elles faciliteront la mise en œuvre du document *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial*. Fortes du travail accompli par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les équipes de santé familiale et les programmes d'éducation et de soins interprofessionnels⁸ établis par le gouvernement depuis 2006, les recommandations suivantes devraient s'intégrer harmonieusement aux procédés de soins interprofessionnels à tous les niveaux du système de santé. Le comité reconnaît que ses travaux portent uniquement sur les comportements et les attitudes et qu'ils n'abordent pas d'autres sujets dans le contexte des impératifs socioéconomiques de la CISS. Le GTCF est d'avis que la réussite passera par un engagement et par des partenariats soutenus dans tous les secteurs et à tous les niveaux. C'est l'approche qu'il favorise.

1. Mise en œuvre de la Charte

Avant d'amorcer la mise en œuvre de la Charte, il faut créer une « image de marque » pour la Charte et le guide de ressources. Dans le cadre du processus consultatif du GTCF, les soignants ont beaucoup discuté du fait que même si, dans certains points de service comme les équipes Santé famille, on s'affaire à instaurer la CISS, un grand nombre de soignants éprouvent encore des difficultés et ont du mal à obtenir les ressources et les outils nécessaires pour implanter efficacement la CISS. Le GTCF a mis au point la Charte et le guide de ressources pour encourager et aider tous les intervenants à privilégier la CISS dans tous les contextes. Cela dit, le fait d'établir une Charte et un guide de ressources ne saurait garantir à lui seul leur bonne intégration. Pour cela, il faut aussi vendre l'idée aux intervenants, misant sur la communication et la publicité. S'inspirant des projets de CISS en vigueur, le GTCF recommande donc ce qui suit :

1(a) Publier et faire connaître la Charte sur la CISS – Il faut mettre au point des outils de communication, comme des affiches et des vidéos, pour faire connaître la Charte (voir le guide de ressources), puis rendre le tout accessible aux intervenants dans tous les contextes où s'offrent des soins de santé (comme les salles d'attente des équipes Santé famille). Ces démarches aideront à renseigner les intervenantes et les inciteront à adopter les comportements et des attitudes visés par dans la Charte dans leur milieu de travail. On pourrait aussi songer à d'autres outils de communication, comme des signets et des macarons. Les mesures prévues pour publiciser la Charte donnent la chance de collaborer avec les intervenants et de les encourager à faire connaître les produits de communication à leurs clientèles sur leurs propres sites Web.

⁸ Fonds pour la collaboration et la formation interprofessionnelles en soins de santé (FCFISS)
Fonds pour l'utilisation optimale des compétences des professionnels de la santé (FUOCPS) d
Fonds pour la collaboration interprofessionnelle, le mentorat, le préceptorat, le leadership et l'encadrement (CIMPLE)
Fonds d'innovation pour la formation interprofessionnelle en matière de santé (FIFIS)
Groupe des initiatives de collaboration interprofessionnelle en soins de santé, ProfessionsSantéOntario
<http://www.professionssanteontario.ca/WhatIsHFO/AboutInterprofessionalCare/InterprofessionalCareEducationFund.aspx>

1(b) Faire connaître le guide de ressources et en encourager l'usage – Outre la Charte, tous les intervenants devraient avoir accès au guide de ressources. Ce guide entend faciliter l'intégration de la Charte aux travaux courants des individus et des organismes en encourageant le dialogue sur les soins interprofessionnels parmi les intervenants. Le guide propose diverses approches favorisant les interactions entre les soignants et les dirigeants pour promouvoir la CISS.

1(c) Demander aux secteurs de définir eux-mêmes leurs engagements – Les membres du GTCF étaient d'avis qu'il revenait aux secteurs de formuler leurs énoncés sectoriels en précisant leurs engagements particuliers envers la promotion de la Charte, compte tenu de leurs contextes de travail et de leurs mandats particuliers (c.-à-d. associations professionnelles et éducation permanente). Tout au long du processus engagé par le GTCF pour faire participer les intervenants, dont les organismes de réglementation, les associations, les employeurs et les organismes d'accréditation, les intervenants ont appuyé l'idée de confier aux secteurs la responsabilité de leurs propres énoncés sectoriels. Des versions préliminaires de ces énoncés ont été rédigées dans le cadre du sommet de septembre 2009 (voir l'annexe F). Il a été proposé de faire circuler ces versions préliminaires des énoncés parmi les groupes d'intervenants associés à chaque secteur, y compris le gouvernement, pour obtenir d'autres rétroactions, et de demander aux secteurs de définir aussi leurs engagements. Un tel mécanisme permet de responsabiliser les secteurs quant à l'application de la Charte.

2. Viabilité de la Charte

La mise en œuvre efficace de la Charte aux termes du Plan directeur provincial sur la CISS, repose sur le leadership, le partenariat, l'imputabilité, l'harmonisation et la viabilité. Les intervenants sont de plus en plus motivés à soutenir l'application de la Charte pour permettre aux soignants de prendre la tangente de la CISS. De plus, les dirigeants du système de santé conviennent de la nécessité d'un dialogue intersectoriel permanent pour continuer d'harmoniser les efforts amorcés lors du processus de participation du GTCF. C'est en ce sens que vont les recommandations suivantes du GTCF :

2(a) Organiser la tenue annuelle de forums sur la CISS – Le dialogue intersectoriel est recommandé parce qu'il permet de surveiller l'adoption de la Charte et l'intégration de la CISS dans les points de service. Il y aurait lieu d'examiner les occasions qui s'offrent d'organiser des forums annuels d'intervenants qui permettraient non seulement de mettre en commun des connaissances, mais qui seraient clairement mandatés pour examiner les réalisations à ce jour et les résultats visés à l'intérieur de délais précis. Pour ce faire, on pourrait songer à jumeler des forums existants sur la santé et l'éducation, comme les réunions annuelles des équipes Santé famille, les événements organisés par les RLISS, la réunion annuelle des Ordres de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario, les forums universitaires en sciences de la santé comme OHA Health Achieve.

2(b) Investir dans le perfectionnement du leadership en CISS – Il est essentiel que tous les intervenants fassent preuve de leadership pour garantir la bonne intégration du Plan directeur provincial sur la CISS au moyen de la Charte et du guide de ressources. Les intervenants devraient explorer les occasions novatrices qui s'offrent de cerner des domaines permettant aux secteurs d'exercer un leadership actif avec les ressources actuelles pour soutenir la mise en œuvre du Plan

directeur provincial. À titre d'exemple, les organismes de réglementation et les comités consultatifs des professionnels de la santé des RLISS pourraient examiner les meilleures façons de renseigner les employeurs et les fournisseurs sur les champs d'activités aux termes de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*.

3. Évaluation de la Charte sur la CISS et du guide de ressources

Tous les intervenants conviennent de la nécessité d'évaluations permanentes pour vérifier la bonne intégration de la Charte à tous les échelons des systèmes de santé et de formation en santé.

Puisqu'ils ont tous un intérêt direct, les intervenants devraient être tenus responsables des efforts qu'ils engagent pour que les patients aient accès à des soins collaboratifs, pour que les soignants disposent des ressources et de l'aide nécessaires à la CISS et pour que les dirigeants du système de santé fassent preuve de leadership en vue de garantir l'adoption de procédés favorisant la CISS.

Les stratégies d'évaluation définies aux fins de la mise en œuvre de la Charte devraient mettre l'accent sur l'évaluation des éléments suivants :

- L'impact des déclarations sur les comportements de la Charte sur la qualité des soins aux patients liés aux questions de sécurité et aux résultats;
- Le degré de participation au dialogue transsectoriel sur la CISS et ses effets;
- Les effets de la recherche sur la promotion d'une culture de la pratique axée sur la CISS, partant des comportements en CISS, en vue d'accroître les compétences en CISS.

Il importe d'établir des indicateurs d'évaluation pour mesurer et évaluer le progrès accompli et les réalisations à court, moyen et long termes. Le GTCF propose, à titre d'exemple, les indicateurs suivants :

Évaluation	Exemples d'indicateurs
Court terme (1 an)	Charte
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'ordres de réglementation qui adoptent la Charte ou qui l'intègrent à leurs propres activités - Nombre d'organismes de soins de santé et d'établissements d'enseignement qui adoptent ou appuient publiquement ou officiellement la Charte - Nombre de visites à la page sur la Charte du site Web de ProfessionsSantéOntario
Moyen terme (2-3 ans)	Guide de ressources
	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de fois que le guide de ressources a été téléchargé - Nombre d'organismes qui fournissent un lien vers le guide de ressources sur leur site Web - Nombre d'organismes, dans divers secteurs, qui utilisent un ou plusieurs outils dans le cadre de leur travail
Long terme (plus de 3 ans)	Système

	<p>Indicateurs ayant trait aux soins aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affirment disposer d'une équipe de fournisseurs de soins de santé • Peuvent nommer les membres de leur équipe selon la profession • Disent que leurs soignants se parlent et collaborent • Disent que leurs objectifs font partie du plan de soins de l'équipe • Disent qu'ils n'ont pas eu à décrire à répétition leurs expériences de santé • Croient que leur équipe les appuie et vise à offrir des soins sécuritaires et de qualité <p>Indicateurs ayant trait aux soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont familiers avec la CISS • Ont vu la Charte • Peuvent décrire les principaux comportements et attitudes propres à la CISS • Affirment que les besoins des patients ont priorité • Disent que les équipes ne sont pas « cloisonnées » • Peuvent nommer tous les soignants qui font partie de l'équipe d'un patient • Ont suivi un cours pour perfectionner leurs habiletés en matière de CISS • Ont consulté des études ayant trait à la CISS • Ont donné des présentations sur le projet de CISS <p>Indicateurs transsectoriels pour les dirigeants et secteurs du système de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peuvent décrire leur rôle particulier du secteur dans la promotion de la CISS • Peuvent mentionner au moins un projet auquel ils (l'organisme) participent et qui appuie la CISS au niveau du patient/soignant • Affichent des renseignements sur la CISS sur leur site Web • Participent au dialogue sur la CISS engagé à l'échelle systémique • Ont un plan stratégique qui fournit des orientations en matière de CISS • Nombre d'occasions s'offrant d'instaurer et de mener à bien des dialogues avec d'autres secteurs • Disponibilité des ressources pour accroître les compétences en CISS • Optimisent les facteurs humains et environnementaux aux fins de la sécurité des patients et des rapports • Ont établi des liens et des partenariats avec d'autres organismes pour planifier, encourager et soutenir les travaux d'équipes interdisciplinaires à l'étendue de tous services. <p>Indicateurs ayant trait au changement de culture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'organismes, y compris le gouvernement, dotés d'ententes de responsabilité et de rapports faisant état de projets axés sur la CISS • Nombre d'universités et de collèges qui offrent une formation en
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'organismes qui intègrent la CISS à leurs politiques et programmes actuels
--	--

4. Renforcement du Plan directeur provincial en matière de CISS

Même si les déclarations de la Charte reprennent la terminologie utilisée par tous les intervenants – patients, soignants et dirigeants du système de santé – pour articuler leurs attentes et leurs engagements envers la promotion de la Charte, il faut que les autres déclarations continuent de refléter les points de vue de tous les intervenants à mesure que le système de santé évolue vers une culture de collaboration. Les travaux du GTCF ont démontré que les déclarations se doivent d'évoluer au rythme des pratiques actuelles. On a souvent donné l'exemple du rôle changeant des patients qui sont appelés à devenir plus autonomes et responsables à l'égard de leurs plans de soins. Ces concepts devront être peaufinés à mesure que cette culture de collaboration prendra forme.

4(a) Modifier la formulation pour renforcer le Plan directeur provincial sur la CISS – Il va de soi que le point de mire de la CISS, c'est le « patient ». Ceci s'observe dans les déclarations sur la CISS et les déclarations des patients qui figurent dans la Charte. Le processus consultatif engagé par le GTCF a clairement démontré que le patient n'est pas la seule personne à participer à ses soins, puisque les membres de sa famille sont aussi touchés. Même si la définition actuelle de soignant comprend la famille, il pourrait être utile de relier davantage ce terme au patient. Par ailleurs, certains ont questionné l'usage de l'expression « axé sur le patient » et il y aurait lieu de sonder d'autres points de vue à ce sujet.

4(b) Donner un rôle actif aux patients en matière de CISS – La déclaration du patient décrit ses *attentes* à l'égard des soins qui lui sont prodigués par l'équipe de soignants, mais non ses responsabilités au sein de l'équipe de soignants. Le GTCF recommande de revoir, au fil du temps, la déclaration des « attentes des patients » dans l'espoir qu'on leur attribuera un rôle plus actif qui sera reflété dans les déclarations, une fois qu'on les aura consultés à ce sujet. La responsabilité du patient pourrait faire l'objet d'une déclaration parallèle dans la Charte. Ce dernier décrirait l'*engagement du patient* à devenir un membre actif de son équipe de soignants, ce qui suppose une responsabilité partagée avec les autres membres de l'équipe. La participation des patients sera nécessaire pour garantir que l'articulation et la bonne compréhension des concepts d'autonomie et de responsabilité du patient. Il s'agit d'un facteur de réussite essentiel pour instaurer un changement de culture menant à une CISS axée sur le patient. L'avènement d'une communauté de patients habilités à définir leur rôle au niveau des soins de santé favorisera grandement l'atteinte de résultats optimaux en santé.

4(c) Modifier la formulation des déclarations de la Charte – À l'heure actuelle, les déclarations décrivant ce que les patients, les soignants et les dirigeants du système de santé veulent faire pour promouvoir la Charte sur la CISS sont rédigés au futur. On recommande de revoir les déclarations de la Charte sur la CISS dans trois ans pour voir s'ils demeurent pertinents à mesure que le système de santé évolue. Si les analyses confirment l'adoption généralisée de la CISS, il y aurait lieu de réécrire ces déclarations au présent. À titre d'exemple, au point (4) des déclarations des

soignants dans la Charte, on remplacerait « **Je vais poser** des questions, communiquer de façon à me faire comprendre, solliciter des points de vue et écouter respectueusement en vue de déterminer les choix de soins qui s’offrent à moi » par « **Je pose** des questions, je communique de façon à me faire comprendre, je sollicite des points de vue et j’écoute respectueusement en vue de déterminer les choix de soins qui s’offrent à moi ». Cette modification terminologique refléterait le changement de culture et confirmerait que les comportements et les attitudes décrits dans la Charte constituent dorénavant la norme régissant la prestation de soins de santé.

4(d) Lancement du portail de la Charte sur la CISS – Il est essentiel de tirer profit du site Web de ProfessionsSantéOntario pour établir un dépôt central sur la CISS à l’intention des secteurs, des soignants et des patients, et d’en faire l’endroit « où se rendre » pour obtenir des renseignements sur la CISS en Ontario. Le site Web pourrait afficher la Charte, les ressources et les outils sur la CISS et constituer un « guichet unique » pour enseigner les compétences en CISS et comment les acquérir. Il pourrait aussi constituer une base centralisée hébergeant les descriptions des rôles de diverses professions, peut-être par les organismes de réglementation et les associations.

4(e) Lancement d’une campagne provinciale sur la CISS – Le GTCF a constaté que la mise au point et le lancement de la Charte et du Plan directeur en août 2007 ont bien fait progresser le projet. La mise sur pied d’une campagne provinciale sur la CISS pourrait aider à maintenir cet élan et confirmer l’engagement des intervenants et du gouvernement envers une culture axée sur la CISS à l’échelle du système de santé. En accord avec les priorités actuelles en matière de soins de santé, la Charte et le guide de ressources pourraient servir à habiliter les patients et tous les intervenants pour leur permettre d’intégrer collectivement la CISS à leurs activités quotidiennes.

GRANDES RECOMMANDATIONS

Conscient des nombreuses priorités qui incombent au gouvernement, le GTCF convient que même si, idéalement, toutes les recommandations formulées dans le présent rapport devraient être adoptées, seules quelques-unes pourraient être réalisables à l'heure actuelle. Par conséquent, le GTCF recommande quatre mesures essentielles pour assurer l'évolution stratégique des travaux inhérents à la Charte et permettre au gouvernement ontarien de témoigner son appui soutenu à la CISS, conformément au Plan directeur provincial. Les quatre recommandations principales s'énoncent ainsi :

Quatre recommandations principales

1. Établir une image de marque pour la Charte des compétences en CISS.
2. Responsabiliser le secteur des soins de santé afin qu'il participe aux efforts de promotion et d'instauration de la Charte.
3. Évaluer les comportements à l'égard de la CISS à la lumière des facteurs socioéconomiques pour déterminer leurs effets sur la sécurité et les résultats de santé des patients.
4. Définir le rôle actif que doivent jouer les patients au niveau de la CISS.

SECTION 9.0 CONCLUSION

L'intérêt, l'enthousiasme et l'énergie engendrés par le projet de promotion de la CISS en Ontario sont palpables. Forts de la participation soutenue des intervenants, les travaux menés au fil des trois dernières années, partant du sommet de 2006 sur la promotion de la CISS, passant par la production d'un Plan directeur provincial sur la CISS en 2007 et aboutissant à une la Charte sur la CISS, illustrent le solide engagement du gouvernement à garantir que le changement culturel et le mouvement ontarien à l'appui de la CISS reflètent bien les points de vue des intervenants.

Cette Charte appuie l'évolution du Plan directeur et fournit une terminologie commune utilisable par tous les intervenants – patients, éducateurs, soignants, organismes de réglementation, associations, employeurs, syndicats, gouvernement et autres. En prêtant l'oreille à ce que les patients avaient à dire, on a réussi à trouver une formulation pour la Charte qui concorde avec les propos des patients décrivant ce à quoi devraient ressembler des soins de santé prodigués par une équipe de soins de santé exemplaire. Partant du vocabulaire utilisé par les soignants et validé lors de consultations intenses, la Charte décrit des comportements qui illustrent l'application de la CISS à l'aide d'une terminologie simple. Après avoir saisi l'esprit de la Charte, les responsables des soins de santé ont pu articuler leur engagement à promouvoir la CISS et leurs déclarations d'engagement sont joints à la Charte. Grâce à un exercice de validation exhaustif et élargi, le gouvernement peut avoir l'assurance que la Charte est prête à être instaurée à grande échelle.

L'Ontario atteindra bientôt le point de non-retour sur la route de la CISS, mais pour arriver à bon port, un engagement permanent est requis. Ce rapport contient quatre grandes recommandations qui, d'après le GTCF, justifient amplement l'investissement en temps et en ressources. Nous croyons que ces quatre étapes favoriseront l'avancement du projet sur la CISS. Le processus que nous avons engagé était à l'écoute des intervenants du système de santé. Ce sont eux qui ont influencé la formulation de la Charte sur les attentes des patients et sur l'engagement des soignants et des dirigeants à mettre en pratique la CISS.

Au nom de tous ces intervenants, le GTCF demande au Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS qu'il recommande au gouvernement de continuer d'investir du temps et des ressources pour dynamiser le changement de culture menant à la CISS. Il lui demande aussi de donner suite aux quatre grandes recommandations formulées dans le présent rapport. La vision qui sous-tend la CISS est en voie de devenir une réalité.

Annexes

Annexe A: Méthodologie détaillée du processus de participation des intervenants

Pour assurer la mise en œuvre efficace des compétences fondamentales en CISS à l'échelle des systèmes, des organismes et de la pratique, une approche coordonnée et coopérative s'avérait essentielle pour inciter les intervenants à définir, adopter et intégrer des compétences en CISS.

Qui sont les intervenants?

Aux fins des travaux du GTCF, les intervenants ont été définis comme des individus ou des groupes intéressés ou visés par l'adoption et la mise en œuvre d'activités ayant trait aux compétences en CISS⁹. Partant des travaux d'examen de la littérature grise^{10, 11, 12} et des stratégies de participation mises au point dans le plan directeur¹³, on a établi deux types d'intervenants : les « influenceurs » et les « adopteurs » (voir le tableau A).

Tableau A

Caractéristiques proposées selon le type d'intervenant

Influenceur

- Motive, dirige et prend les devants
- Élabore et fournit des ressources pour enseigner en quoi consiste la CISS et favoriser la CISS (c.-à-d. les décideurs, les partenaires, les responsables de la mise en œuvre, les facilitateurs, les champions)
- Peut contester l'approche de changement de culture de la CISS (c.-à-d. les opposants)
- Prend des décisions touchant la planification, la gestion et la coordination des services de santé et doit rendre compte des services offerts pour répondre aux besoins des usagers (c.-à-d. l'imputabilité organisationnelle)
- Facilite l'élaboration de politiques en matière de CISS
- Communique les politiques sur la CISS et éduque les gens en ce sens
- Assure le transfert des connaissances sur les pratiques exemplaires

Adopteur

- A recours aux ressources pour appuyer les compétences en CISS
- Enseigne les habiletés requises pour mettre en pratique la CISS
- Intègre les habiletés à la pratique
- Fournit un accès direct aux services de soins de santé
- Évalue et applique à l'échelle de la pratique

⁹ Centre for Disease Control and Prevention.

http://www.cdc.gov/healthyYouth/evaluation/pdf/sp_kit/identifying_stakeholders_worksheet.doc

¹⁰ Un guide des processus de collaboration à l'élaboration des politiques en santé et de leurs implications au niveau de l'action. Rôle en matière de politiques de santé. Ralliement des organismes bénévoles comme leaders engagés. Association canadienne de santé publique - <http://www.project-voice.ca/French/02%20-%20Tools/Process%20Guide.pdf>

¹¹ RLISS du centre-ville de Toronto. Stratégie de participation communautaire. Février 2006.

¹² RLISS du centre-est. Cadre de participation communautaire et de planification des services de santé locaux. Juin 2006

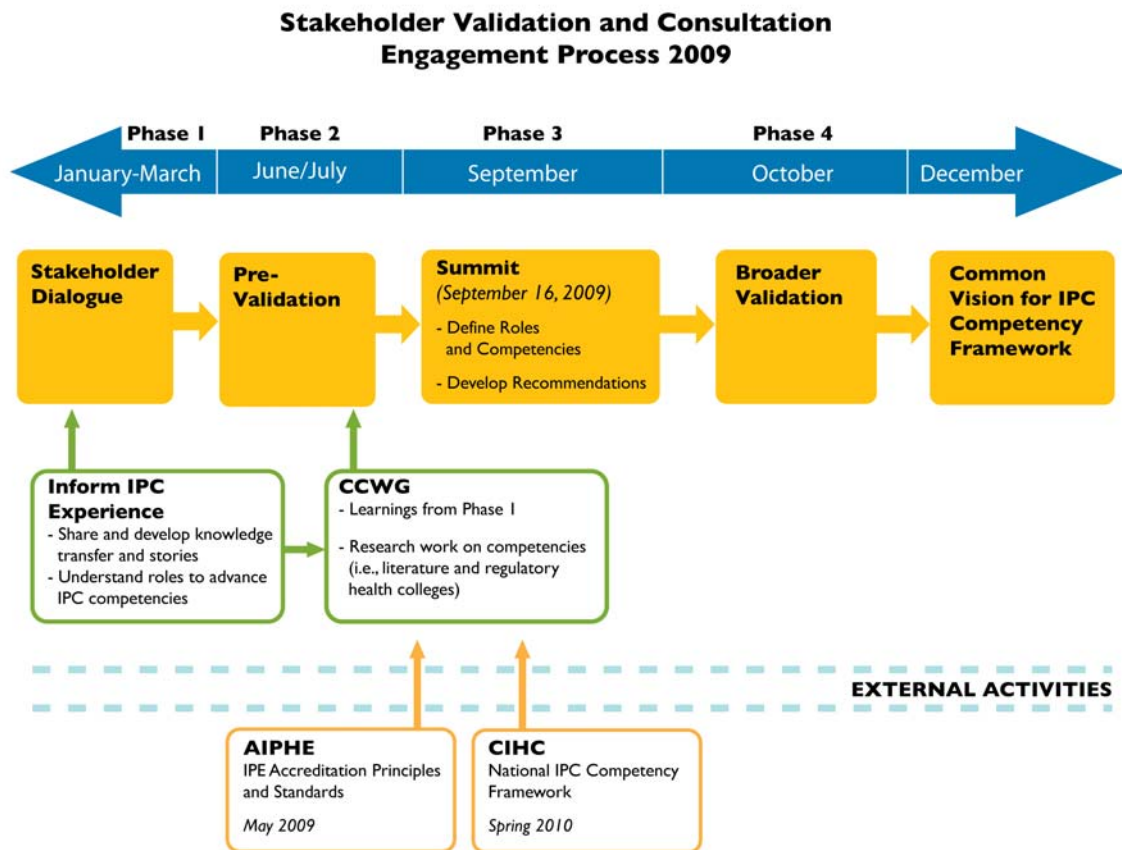
¹³ ProfessionsSantéOntario. Projet sur la CISS. Analyse des consultations avec les intervenants en CISS. Mars 2007.

- A recours au système de santé (c.-à-d., pour l'intérêt personnel, l'intérêt public et l'intérêt économique)
- Relate ses expériences en matière de CISS (c.-à-d. les données probantes pour le transfert des connaissances)

Le processus de participation des intervenants s'est déroulé en quatre étapes. Des stratégies et des tactiques ont été établies pour chacune. Les quatre grandes étapes ci-dessous sont illustrées à la figure 1 :

- Étape 1 – Dialogue avec les intervenants
- Étape 2 – Pré-validation
- Étape 3 – Validation générale
- Étape 4 – Vision commune pour le cadre de compétences en CISS

Figure 1 :



Nota : AFISS – Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé et CPIS – Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

Étape 1: Dialogue avec les intervenants

Le dialogue avec les intervenants devait permettre de mieux comprendre la nature des compétences en matière de CISS selon divers points de vue et de cerner les défis et les occasions s'offrant de les promouvoir. De plus, pour inciter les intervenants à investir collectivement dans les compétences en CISS, on jugeait essentiel d'agir vite pour mettre au point les compétences en CISS en Ontario

L'approche consistait à faire des recherches et à recueillir de l'information pour cerner les obstacles pouvant nuire à l'intégration, pour établir des liens entre les compétences en CISS d'un secteur à l'autre et pour sonder les points de vue des meneurs d'opinion et des spécialistes.

1. Patients - Cinq rencontres ont eu lieu avec des groupes de consultation réunissant des patients de diverses régions de la province. Ces personnes ont été recrutées parce qu'elles avaient plusieurs problèmes de santé et qu'elles avaient fait affaire avec plusieurs fournisseurs de soins et eu des expériences dans divers types d'établissements de soins de santé (N= 28). On a produit une vidéo sur les patients pour capter leur dialogue.

2. Soignants – Deux rencontres ont eu lieu avec des groupes de soignants représentant divers types d'établissements de santé (équipes de santé familiale, soins actifs, soins de réhabilitation, etc.) et diverses régions de la province (N=19). Les groupes de consultation ont regardé la vidéo portant sur les patients, puis on a filmé leurs réactions aux options exprimées par les patients dans leur vidéo.

3. Influenceurs et adopteurs sectoriels - trois rencontres ont eu lieu avec des groupes variés de personnes représentant divers secteurs des soins de santé (organismes de réglementation, éducateurs, employeurs). Ils ont regardé les vidéos pour se familiariser avec les points de vue des patients et des soignants dans le but de mieux comprendre le rôle des compétences en CISS et les possibilités qui s'offrent de les instaurer à l'échelle des secteurs (N= 32).

4. Dirigeants du système de santé – Des entrevues téléphoniques individuelles ont eu lieu avec 17 dirigeants du système de santé dans une gamme de secteurs. Ces entrevues visaient à recueillir de l'information et à déterminer en quoi les informateurs identifiés comme des meneurs au sein de leurs organismes se voient comme des facilitateurs ayant les capacités voulues pour promouvoir les compétences en CISS et établir où orienter les efforts pour mieux appuyer les efforts en ce sens.

Étape 2 : Définir les compétences fondamentales en CISS – Réorientation vers la Charte des attentes et des engagements

Grâce au fructueux dialogue découlant du processus de participation des intervenants, plusieurs solides messages ont été formulés pour préciser l'éventuelle vision de la CISS à son meilleur et pour expliquer comment les soignants dispensent les soins interprofessionnels. Les vidéos produites auparavant ont étalé ces perspectives à l'aide de

narratifs captivants. Les discussions menées après les entrevues et les séances de consultation ont fait ressortir plusieurs thèmes. Ces thèmes décrivent les attentes des patients qui reçoivent des soins interprofessionnels et les comportements des soignants qui dispensent ces soins. Les membres du GTCF étaient tous d'avis qu'il fallait produire une série d'énoncés décrivant clairement les expériences des patients et des soignants. L'un des commentaires les plus fréquents émis par toutes les instances en cause portait sur la nécessité d'une terminologie simple, contrairement au vocabulaire actuel utilisé pour décrire les compétences.

Par conséquent, le GTCF a choisi de modifier le mode traditionnel d'examen des compétences en CISS et d'opter plutôt pour une méthode conviviale que tous les secteurs du système de santé comprendraient facilement. Le GTCF a modifié le nom de cadre des compétences en CISS pour en faire une « Charte » des attentes et des engagements des patients, des soignants et des dirigeants du système de santé. Ce faisant, il voulait surtout produire un document unique pouvant servir à tous, y inclus les soignants. On voulait une Charte qui énoncerait non seulement les engagements des soignants, mais aussi ceux des dirigeants et responsables du système de santé.

Phase 3 : Pré-validation

Pour que ce document unique puisse être à tout le monde, il fallait qu'on s'entende sur la terminologie à utiliser. Aux yeux du GTCF, l'atteinte d'un consensus parmi les nombreux intervenants de l'Ontario confirmait le succès d'une telle mesure. Lors de l'étape 3, une approche de validation auprès d'un échantillonnage d'intervenants, y compris des patients, des soignants, des organismes de réglementation, des éducateurs et des dirigeants a permis de vérifier la justesse des choix terminologiques de la Charte. Le libellé de la Charte a continué de faire l'objet de constantes révisions au fil des présentations et des entrevues.

Le sommet

Pour garantir la prise en compte des opinions et perspectives des dirigeants du système de santé et du système d'éducation et pour encourager les soignants à adopter la Charte et à privilégier la CISS, il était essentiel d'obtenir leurs conseils et avis. Les points de vue des responsables des organismes d'accréditation et de réglementation, des employeurs, des éducateurs et du secteur des politiques présentaient un intérêt particulier. On a donc invité des représentants de tous ces domaines à participer, en septembre 2009, à un sommet sur l'engagement visant à promouvoir les compétences fondamentales en CISS en Ontario. Véritable tremplin, ce sommet devait aider à faire connaître la Charte et à générer l'énergie et l'enthousiasme requis pour inciter d'autres instances à l'adopter, de manière à favoriser la collaboration entre les dirigeants des secteurs de la santé, des soins de santé et de l'éducation sur la santé. La terminologie de la Charte a été examinée tout au long du sommet pour qu'on puisse la valider et on s'est inspiré des commentaires des dirigeants du secteur de santé pour mettre au point le produit final.

Phase 4 : Validation élargie

Une validation élargie de la Charte s'avérait nécessaire dans l'esprit de l'approche du GTCF, soit une grande consultation sur la détermination des compétences fondamentales requises pour permettre aux soignants d'adopter la CISS. Comme l'indique la figure 1, il

s'agissait de la dernière étape à franchir. On a donc procédé à un sondage en ligne auprès des intervenants qui avaient participé aux premières étapes du processus du GTCF et de ceux qui avaient aidé à mettre au point le Plan directeur provincial sur la CISS en 2007. Ce sondage en ligne a constitué le dernier processus de validation et les résultats ont servi à peaufiner la terminologie de la version finale de la Charte.

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
<p>Étape 1 – Dialogue avec les intervenants</p> <p>But : Comprendre les compétences en CISS au niveau du système et de la pratique</p>	<p>Organiser quatre séances avec des groupes de consultation à l'échelle de l'Ontario partant des critères de recrutement établis</p>	<p>- Trouver des patients de partout en Ontario pour participer</p> <p>- Trouver des patients qui satisfont aux critères des séances</p>	<p>- Cinq séances de consultation avec des intervenants ont eu lieu entre février et mars 2009</p> <p>- Trois patients se sont montrés intéressés à participer davantage aux travaux du GTCF (c.-à-d. affiche des patients)</p> <p>- Une cinquième séance de consultation a été organisée pour recueillir d'autres points de vue de patients</p>	<p>- Expérience positive quant aux communications et à la coordination assurées par leurs soignants</p> <p>- Patients disent faire confiance aux soignants qui collaborent entre eux et les considèrent comme un membre de l'équipe</p>	<p>- Le fait que les patients aient accepté de se faire filmer sur vidéo</p>

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
	Mener 10 entrevues avec des informateurs, y compris des dirigeants d'équipes Santé famille.	- Manque de disponibilité des informateurs, compte tenu de leur horaire chargé	- 17 entrevues ont eu lieu, y compris avec quatre dirigeants d'équipes Santé famille en mars et avril 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Consensus sur la nécessité de définir les compétences en CISS - Besoin d'un cadre souple, d'outils et d'une terminologie simple en matière de CISS - Nécessité d'un dialogue transsectoriel - Haut degré d'intérêt et participation soutenue aux travaux du GTCF - Recommandation que la date du sommet soit repoussée à l'automne 	Liste plus longue d'informateurs représentant divers secteurs des systèmes de la santé et de l'éducation qui sert à planifier les séances avec les intervenants et le sommet

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
	Organiser deux séances de consultation avec des fournisseurs de soins de santé, partant de critères reflétant leurs expériences de travail dans des contextes de CISS	<ul style="list-style-type: none"> - Produire une liste d'invités regroupant des fournisseurs de soins de santé de milieux qui ont recours à la CISS - Volonté de participer et disponibilité des fournisseurs de soins, compte tenu de leur horaire chargé 	- GTCF a produit une liste de 65 fournisseurs de soins de santé dont 40 ont été invités à participer – 19 fournisseurs ont participé aux séances de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Les fournisseurs de soins de santé veulent participer au processus de validation post-sommet - Les fournisseurs soulignent la nécessité d'une terminologie simple pour décrire la CISS et d'une plus grande sensibilisation à la CISS - Les travaux du GTCF engendrent de l'enthousiasme et de l'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> - Les fournisseurs de soins de santé acceptent d'être filmés sur vidéo pendant les séances - Le visionnement de la vidéo avec les patients mène à un dialogue constructif entre les fournisseurs lors des séances - Les soignants demandent qu'on partage les adresses de courriel afin qu'ils puissent communiquer entre eux - On utilise le réseau de contacts du GTCF pour mousser la participation des fournisseurs

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
	Organiser deux à trois séances de consultation avec des dirigeants	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de divers niveaux d'intérêt - Choix d'une terminologie qui plaît aux intervenants - Disponibilité des dirigeants, compte tenu de leur horaire chargé 	<ul style="list-style-type: none"> - 140 dirigeants ont été invités à participer à une réunion en personne et 40 pour 100 ont répondu à l'appel - 29 dirigeants ont participé à trois séances en mars 2009 	<ul style="list-style-type: none"> Mêmes résultats que lors des entrevues avec les informateurs indiqués ci-dessus - Se montrent intéressés aux activités du GTCF - Les intervenants veulent avoir plus de temps pour participer à l'élaboration de la Charte 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de la liste des intervenants consultés pour le Plan directeur sur la CISS afin de trouver des participants pour les séances avec les dirigeants - Le fait de connaître les réactions aux vidéos sur les patients et les soignants et d'avoir fait distribuer le matériel d'avance permet un dialogue constructif lors des séances avec les dirigeants
Étape 2 – Pré-validation	Organiser une petite séance de groupe contrôlée	Disponibilité des patients et des fournisseurs en raison du préavis de deux semaines pour la pré-validation	La séance a eu lieu en juin 2009 : - Séance avec un groupe de patients - Quatre patients en personne	Appui à la production de la première ébauche des déclarations des patients et des soignants, et formulation de recommandations touchant la formulation des	On arrive à accommoder les horaires des patients et des fournisseurs de soins de santé en organisant des séances en soirée et des téléconférences
But : Obtenir des rétroactions sur les déclarations	Un groupe de six patients Un groupe de soignants				

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
préliminaires			- Séances avec les fournisseurs – 19 invitations à participer à une entrevue téléphonique – sept participent - réunion avec les membres du Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS - réunion avec le GTCISS en mai	recommandations et suggestions quant aux outils de la ressource	
Étape 3 – Sommet	- Planifier le sommet du 27 avril 2009 - Établir un groupe consultatif de planification du sommet - Définir les critères pour la liste des invités afin de garantir	Déplacement de la date du sommet au mois de septembre à la demande des fournisseurs qui veulent avoir plus de temps Disponibilité	Invitations envoyées à 140 intervenants dont 120 acceptent de participer au sommet	Taux de réponse de 43 pour 100 chez les 89 personnes (dirigeants invités seulement) qui ont assisté au sommet. L'évaluation du sommet révèle que près de 100 pour 100 des	- Représentation équilibrée des responsables sectoriels participant au sommet - Pas prévu au début, mais tenue d'entrevues téléphoniques en août et

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
- Atteindre un consensus sur la terminologie commune des compétences en CISS et dialogue transsectoriel	une participation représentative des responsables sectoriels - Inviter 60 à 75 personnes	des participants en raison de leur horaire chargé		participants appuient la Charte et ses déclarations et conviennent que les dirigeants du système de santé ont un rôle à jouer dans l'adoption des compétences en CISS par tous les soignants	septembre 2009 avec des participants choisis (15) avant le sommet pour déterminer si les participants avaient des questions avant la tenue du sommet - Participation du coprésident du Comité de mise en œuvre stratégique de la CISS, le Dr Joshua Tepper, à la planification du sommet
Le fait d'aligner la liste de distribution a donné un plus grand taux de réponse					
Étape 4 – Validation post-sommet But : Atteindre un consensus final sur la Charte et ses	Mener un sondage en ligne auprès des participants des étapes 1 à 3 à l'automne 2009	Possibilité que les personnes ne participent pas toutes au sondage	Sondage en ligne mené du 15 octobre au 12 novembre 2009 Sondage	177 ont répondu Taux de réponse de 54 pour 100 90 pour 100 sont d'accord avec la Charte et ses déclarations	Plus longue liste de distribution, ce qui fait augmenter le taux de réponse et expédition d'avis de

ANNEXE B : Évaluation détaillée du plan de participation des intervenants

Étape du plan de participation des intervenants	Objectifs	Défis	Niveau de participation	Résultats	Facteurs de réussite
déclarations			envoyé à 330 personnes ayant participé aux activités ayant trait à la CISS entre 2006 et 2009		rappel le 2 novembre

ANNEXE C : Résultats et produits du projet du GTCF (mai 2008 à décembre 2009)

Activité/Tâche	But	Résultat	Produit
Analyse de l'environnement portant sur les compétences et des définitions liées à la CISS auprès des organismes de réglementation et des éducateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les termes, les principes, les valeurs et les définitions de compétences ayant trait à la CISS - Déterminer si les ordres de réglementation des professionnels et les éducateurs ont recours à des définitions et à des descriptions communes des compétences en matière de CISS 	<ul style="list-style-type: none"> - Il ne semblait pas y avoir de définition unique des compétences en CISS. Par contre, on semblait utiliser plusieurs termes communs, comme connaissances, compétences et attitudes - La terminologie et les formulations utilisées par divers organismes de réglementation varient d'une plateforme à l'autre - L'expression à utiliser est « compétences en CISS », qui figure dans le Plan directeur 	<p>Rapport : Rapport d'analyse sur les définitions des compétences, des principes et des valeurs – Octobre 2008</p> <p>Rapport : Aperçu des compétences en matière de CISS des ordres de réglementation des professionnels de l'Ontario – Octobre 2008</p>
Examen des études de cas sur les compétences au niveau des professions de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Établir quels procédés se sont avérés efficaces ou non et utiliser ce savoir pour produire des cadres de travail et déterminer ce qui pourrait être applicable aux travaux du GTCF afin de les enrichir 	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats ont révélé que la plupart des groupes utilisaient des approches semblables et obtenaient des résultats similaires. Plus les intervenants s'engageaient tôt dans le processus, plus les résultats étaient positifs. 	<p>Rapport – Décembre 2008</p>
Examen des modèles d'évaluation des programmes sur la CISS et du processus de participation du public	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner les méthodologies mises en vigueur pour atteindre les résultats souhaités, ainsi que les indicateurs systémiques qui sous-tendent la mise en œuvre et la participation du public 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivant une discussion, tous les membres du GTCF se sont entendus sur le choix d'une méthode d'évaluation pour le projet - Les membres du GTCF ont pris connaissance de stratégies utiles pour mettre sur pied des programmes de participation du public efficaces 	<p>Document d'information – Novembre 2008</p> <p>Aperçu des processus et des stratégies de participation du public – Octobre 2008</p>

<p>Plan stratégique sur la participation des intervenants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir un plan d'activités en quatre étapes permettant de valider les résultats et produits du GTCF de janvier à septembre 2009 - Obtenir l'appui des intervenants et valider les travaux du GTCF -Encourager le dialogue entre les intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> - Énormément de rétroactions et un taux élevé de participation des intervenants, d'où la nécessité de prolonger le calendrier du projet de septembre à décembre 2009 	<p>Plan des intervenants – Juin 2009</p> <p>Sommaire des consultations auprès des intervenants – Juin 2009</p>
---	---	--	--

	<p>Étape 1 : Dialogue avec les intervenants – compréhension des rôles et compétences en CISS par le biais de séances avec des groupes de consultation et d’entrevues téléphoniques</p>	<p>Organisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cinq séances avec des groupes de consultation de patients (28 patients) - Deux séances avec des fournisseurs de soins de santé (19 fournisseurs) - trois séances avec des dirigeants (32 dirigeants) - 17 entrevues avec des informateurs <p>Les intervenants soulignent la nécessité de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - terminologie simple pour parler des compétences en CISS - bonne compréhension des rôles en vue de concrétiser la CISS - patient au cœur des activités - solide leadership pour favoriser et faciliter les compétences en CISS - ressources et outils pour aider les soignants à mettre en pratique la CISS - dialogue transsectoriel <p>Produire une version provisoire de la Charte et des déclarations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vidéo des Patients portant sur les attentes des patients - Vidéo des soignants portant sur les engagements des soignants - Quatre rapports sur chacune de séances avec les intervenants qui ont eu lieu - Groupe consultatif des patients – Avril 2009 - Séances avec les informateurs, les fournisseurs et les dirigeants – Mai 2009
--	--	---	---

	<p>Étape 2 : Pré-validation – recueillir des commentaires sur la première ébauche des déclarations de la Charte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue, en juin 2009, de deux téléconférences avec sept soignants et quatre patients ayant participé à l'étape 1 - Les participants approuvent, en général, l'orientation, la terminologie et l'idée d'une « ébauche » des déclarations de la Charte. - La pré-validation aide à établir le processus de planification de l'étape 3. 	<p>Rapport sommaire sur la pré-validation Rapport sommaire – Juin 2009</p>
	<p>Étape 3 : Organiser un sommet pour établir un consensus – buts du sommet -</p> <ul style="list-style-type: none"> - solliciter les rétroactions des dirigeants sur les déclarations formulées jusqu'ici - mettre au point les déclarations des dirigeants - faciliter l'appui collectif - encourager un dialogue transsectoriel - solliciter des points de vue quant aux prochaines mesures visant la Charte 	<ul style="list-style-type: none"> - Environ 120 participants ont assisté au sommet - Taux de réponse de 48 pour 100 au niveau du formulaire d'évaluation du sommet et quasiment tous sont d'avis que le sommet a atteint ses objectifs - Tous les répondants appuient la Charte et les déclarations présentés lors du sommet - Tous les répondants soulignent l'énergie et le l'enthousiasme qu'engendre l'adoption de la Charte - Il faut poursuivre le dialogue et définir des mesures concrètes pour promouvoir la Charte - Il faut peaufiner la Charte et les déclarations, et mettre au point des outils et des ressources 	<p>Rapport sur les délibérations du sommet – Octobre 2009</p> <p>Rapport d'évaluation sur le sommet – Octobre 2009</p>

	Étape 4 : Validation post-sommet - sondage en ligne pour recueillir des commentaires sur la dernière ébauche de la Charte et des déclarations	- Sondage en ligne mené entre le 15 octobre et le 6 novembre 2009 (prolongé jusqu'au 12 novembre suivant des demandes en ce sens) - Près de 90 pour 100 des répondants ont donné leur accord de principe à l'ébauche de la Charte et des déclarations et 50 pour 100 ont fourni des commentaires visant à peaufiner davantage les déclarations	Rapport sur la validation post-sommet – Novembre 2009
Charte sur la CISS et guide de ressources	Fournir une large gamme d'outils et de ressources pour appuyer et favoriser l'adoption de la Charte au sein de divers organismes et dans divers points de service	- Neuf ressources ont été produites pour appuyer la Charte - Les ressources ont été mises au point à l'intention d'une gamme d'utilisateurs	Rapport final du GTCF – Décembre 2009 Guide de ressources – Décembre 2009
Évaluation	- Évaluer le travail accompli par le GTCF - Formuler des recommandations quant aux indicateurs d'évaluation qui mesurent l'adoption systémique de la Charte sur la CISS et de ses outils	- Évaluation du GTCF - Recommandations portant sur les indicateurs à l'intention du gouvernement	Rapport final du GTCF – Décembre 2009
Recommandations	Assurer la viabilité des mesures d'intégration et de mise en œuvre systémiques de la Charte sur la CISS	Recommandations portant sur les indicateurs à l'intention du gouvernement	Rapport final du GTCF – Décembre 2009

ANNEXE D :

Évaluation des délibérations du sommet

Sommaire du sondage

Ce sommaire reflète les points de vue exprimés dans les formulaires de rétroactions remplis par 43 des 89 participants au sommet (taux de réponse de 48 pour 100). Voici quelques faits saillants tirés du sommaire :

- Le sommet a atteint ses objectifs et réalisé ses attentes, car près de 100 pour 100 des répondants ont déclaré que le sommet était une grande réussite.
- Cent pour 100 étaient d'avis que les dirigeants du système de santé ont un rôle à jouer en vue d'aider tous les soignants à acquérir les compétences voulues en CISS.
- Presque tous les répondants :
 - appuyaient la Charte et les déclarations présentées
 - appuyaient les énoncés sectoriels produits dans le cadre du sommet
 - soulignaient l'énergie et l'élan que semblait générer l'adoption de la Charte

Six répondants n'étaient pas d'accord avec l'énoncé « les mesures de promotion de la Charte déterminées sont réalisables ». Ils indiquaient que la discussion n'avait pas été assez poussée pour permettre de déterminer ces mesures (pas assez concrètes) et qu'on n'avait pas eu assez de temps pour mettre au point des mesures.

Voici un aperçu des commentaires généraux exprimés par les participants :

- Un sommet bien organisé et bien mené, y compris l'animation. Le processus était excellent, puisqu'il a permis d'atteindre les buts et les résultats visés par le sommet.
- Les discussions se sont avérées productives, mais le mot d'ordre, c'était « faisons ce qu'il faut pour que ça fonctionne ».
- Ce fut un plaisir de participer et nous avons hâte au processus de validation post-sommet qui nous permettra d'examiner la Charte une fois terminée.
- Certains indiquent qu'il aurait peut-être été utile que les patients et les soignants puissent exprimer leurs points de vue, en personne, au sommet.

La plupart des participants ont apprécié les discussions en petits groupes. Par contre, selon trois répondants, la discussion en gros groupe organisée en fin d'après-midi n'a pas été productive.

**Formulaire d'évaluation des rétroactions
Sommet sur les compétences pour favoriser
la promotion des compétences en CISS en Ontario
16 septembre 2009**

Vos rétroactions sont grandement appréciées puisqu'elles nous aideront à évaluer le sommet et à poursuivre nos efforts en vue de peaufiner la Charte sur les compétences en CISS et de continuer à planifier nos activités.

Prière de cocher une seule case par point :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Je crois que les dirigeants du système de santé ont un rôle à jouer pour inciter tous les soignants à acquérir des compétences en CISS.			7	36
2. Je crois que la Charte et les déclarations présentées lors du sommet faciliteront l'acquisition de compétences en CISS à l'échelle des systèmes de santé et d'éducation.		1	19	23
3. J'appuie la déclaration collective présentée par les dirigeants du secteur de la santé.			24	15
4. De manière générale, j'appuie la Charte et je suis prêt à l'appliquer au sein de mon organisme.		1	18	23
5. Je crois que nous avons défini des mesures réalisables, qui nous aideront à faire la promotion de la Charte sur les compétences en CISS.		6	29	7
6. Je suis prêt à collaborer avec tous les échelons et niveaux du secteur de la santé pour faire connaître les compétences en CISS.			12	30
7. Je crois que tous les dirigeants du système de santé ont un rôle à jouer pour connaître la Charte sur les compétences en CISS.			6	36
8. Je crois qu'un dialogue intersectoriel plus poussé est requis pour nous aider à promouvoir les compétences en CISS.			8	34
9. Je crois que les activités de planification et d'exécution du sommet se sont avérées efficaces parce que :				
- elles ont permis de regrouper une gamme variée d'intervenants intéressés à promouvoir les compétences en CISS.		1	19	22
- le format en petits groupes s'est avéré efficace pour discuter des compétences en CISS et déterminer les mesures à prendre.			21	20
- les vidéos sur les patients et les fournisseurs de soins se sont avérées utiles pour expliquer le rôle des fournisseurs de soins et donner un meilleur aperçu des attentes des patients quant au rôle à confier aux fournisseurs de soins de santé.		1	17	23
- l'information présentée était clairement articulée.			23	17
- il s'agissait d'une présentation structurée et équilibrée des secteurs qui exploitait à bon escient l'expérience et l'expertise des dirigeants du système de santé (participants).		2	19	20

10. Je crois que le sommet a réussi à :				
- atteindre son objectif, qui consiste à donner un élan au mouvement et à garantir que le secteur de la santé est déterminé à poursuivre le dialogue.		1	24	18
- susciter un appui en faveur de mesures actives pour façonner et habiliter la Charte sur la CISS.		1	24	16
- mousser l'énergie et l'enthousiasme engendrés par l'adoption de la Charte.			17	25
- encourager la collaboration entre les dirigeants du système de santé.		3	19	19

ANNEXE E :

Chevauchement des domaines d'exercice de la profession et CISS

La *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) de l'Ontario, qui est en vigueur depuis 1993, a établi un modèle législatif pour l'exercice de la profession. Ce modèle présente les caractéristiques suivantes :

- Il présente des exercices de la profession associés à des professions particulières décrites dans des lois et qui s'appliquent spécifiquement à certaines professions;
- Il indique que les professionnels inscrits ont un exercice de la profession individuel se rapportant à leur champ d'expertise particulier qui s'inscrit dans un exercice de la profession plus large.
- Chaque profession a été autorisée (ou non) à poser des actes autorisés ou à s'adonner à des activités à risque élevé spécifiques qui sont définies dans la Loi les régissant comme étant des actes qu'ils ont le droit de poser ou des activités ils ont le droit de mener.

Il s'agit d'un système complexe. Puisque certains éléments relèvent d'un règlement et d'autres du domaine public, bien des gens ont du mal à déterminer qui peut faire quoi. On sait que les soignants et les employeurs peuvent avoir des difficultés à établir ce qui constitue un chevauchement de domaines au niveau des fournisseurs de soins de santé réglementés dans les points de service. Même si le présent document ne saurait répondre à toutes les questions, il aide à faire mieux connaître la réalité des exercices de la pratique et leurs liens avec les compétences. Pour implanter plus solidement la CISS sur « le terrain », il faut être au courant des mythes et vérités entourant les exercices de la pratique. Les intervenants ont clairement indiqué que la clé du succès tient à l'existence d'outils qui mettent l'accent sur les points communs plutôt que sur les différences et qui favorisent une terminologie commune. Cette annexe constitue une ressource parmi d'autres qui cherche à faciliter le dialogue sur cet important sujet.

Actes autorisés aux termes de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* associés au compendium en CISS

Qu'entend-on par « exercice de la profession » ?

Pour bien comprendre la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, les lois régissant des professions particulières et les pratiques des professions de la santé réglementées (restreintes ou non) touchant la mise en commun des activités, il faut savoir ce qu'on entend par « exercice de la profession » et être familier avec les idées connexes décrites dans le modèle de la LPSR.

Comment définit-on et utilise-t-on l'exercice de la profession?

La *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) ne donne aucune définition générique de l'expression « exercice de la profession ».

Par contre, toute personne qui a examiné une loi régissant une certaine profession (c'est-à-dire les activités d'une profession particulière) constate rapidement que la notion d'exercice de la profession est abordée dès les premiers articles. Cette section vise à expliquer ce à quoi s'adonnent généralement les membres d'une profession.

À titre d'exemple, l'article 3 de la *Loi sur les physiothérapeutes* décrit ainsi l'exercice de la profession ayant trait à la physiothérapie :

3. L'exercice de la physiothérapie consiste dans l'évaluation de la fonction physique ainsi que dans le traitement et la prévention des dysfonctions physiques, blessures ou douleurs et dans la rééducation relative à ces dysfonctions, blessures ou douleurs, en vue de développer, de maintenir, de restaurer ou d'accroître la fonction physique ou de soulager la douleur.

Comme l'illustre le tableau sommaire qui suit, chaque profession relève d'une loi particulière qui définit de ce qui constitue l'exercice de la profession dans le contexte de cette profession.

Comme l'explique Bohnen¹⁴, pour comprendre la LPSR, il faut se rappeler deux choses au sujet des énoncés d'exercice de la profession :

- Premièrement, ils donnent une *description* des activités de la profession;
- Deuxièmement, puisqu'ils sont descriptifs, les énoncés sur l'exercice de la pratique *n'accordent pas* à une profession le droit exclusif de fournir les services inhérents à l'exercice de cette profession.

Une caractéristique fondamentale de la LPSRE qui la distingue des lois précédentes tient à sa détermination que les exercices de la profession sont des énoncés descriptifs et que les activités ne sont clairement pas l'apanage d'une profession. Elles sont plutôt partagées. Les anciennes lois protégeaient l'exercice de la pratique et aucune profession n'était autorisée à empiéter sur les champs d'activités protégés d'une autre profession.

Nota : Le modèle de « l'exercice de la profession » protégée existe encore en Ontario, mais pas dans le secteur des soins de santé. La médecine vétérinaire est encore protégée par un énoncé

¹⁴ Bohnen, L. S. *Regulated Health Professions Act: A practical guide*, 1994. p. 22

d'exercice de la profession qui accorde aux vétérinaires des compétences exclusives sur tous les soins de santé prodigués aux animaux.

Si la première étape à franchir consiste à comprendre les énoncés sur l'exercice de la profession, il ne s'agit que d'une composante parmi d'autres qu'il faut arriver à saisir.

La deuxième étape consiste à bien comprendre les liens entre le concept d'exercice de la profession et les actes autorisés que les professions ont le droit de poser.

Somme toute, c'est la combinaison de la description juridique d'exercice de la profession et l'autorisation légale donnée à une profession lui permettant de poser des actes assortis de restrictions qui en viennent à définir les aspects pratiques de l'exercice de la profession”.

Qu'est-ce qu'un acte autorisé?

Pour comprendre en quoi consiste l'exercice de la profession, il faut aussi comprendre les énoncés juridiques qui les sous-tendent et l'aptitude de la profession à poser des actes restreints. Ceci exige des connaissances de base en la matière, ce qui fait l'objet des prochains paragraphes.

La notion d'acte autorisé constitue la deuxième caractéristique de la LPSR et celle qui la distingue des lois antérieures. Comme susmentionné, les anciens modèles conféraient des champs d'exercice exclusifs aux professions et seuls les membres d'une profession avaient le droit de poser des actes relevant de son exercice.

Jugeant cette approche trop restrictive, la Health Professions Legislative Review (HPLR) a mis au point un modèle d'exercice de la profession descriptif pour régler, en partie, le problème. Les auteurs ont constaté du même coup que même si on permettait aux professions de s'adonner à diverses activités communes, certains actes de soins de santé présentaient des risques inhérents et ne pouvaient être posés par n'importe qui.

C'est cette notion qui a donné lieu au concept des « actes autorisés ». En gros, les actes autorisés sont des activités dont l'exercice pose un degré de risque relativement grave et ne peuvent donc être posés par n'importe qui. Treize de ces actes autorisés ont été identifiés (et un autre – la psychothérapie – s'est ajouté à la liste depuis). Certains de ces actes étaient assez généraux (p. ex., les interventions sur le tissu situé sous le derme), alors que d'autres étaient plus spécifiques (p. ex., la prescription d'un appareil d'aide auditive).

Dans les deux cas, ces activités ou actes autorisés à risque étaient énumérés à l'article 27 de la LPSR et accompagnés d'une restriction précisant que seules les personnes suivantes avaient le droit de poser ces actes autorisés :

- personne autorisée à poser cet acte en vertu d'une loi sur les professions de la santé;
- personne autorisée à poser cet acte en raison d'une délégation qui lui a été accordée par une personne autorisée à poser cet acte.

Les choses sont d'autant brouillées que les actes autorisés peuvent aussi être posés dans d'autres circonstances, y compris les plus courantes mentionnées ci-dessous :

- quand un règlement gouvernemental exempte l'activité des restrictions s'y appliquant normalement;

- quand il s'agit d'un cas d'exception (que l'acte est posé dans des circonstances exceptionnelles (comme une urgence).

C'est la combinaison des exercices de la profession partagés et des restrictions imposées aux actes autorisés qui rendent la LPSR polyvalente tout en protégeant les membres du public qui font l'objet d'actes à risque.

Autres précisions sur les actes autorisés

Nous avons déjà indiqué que pour bien comprendre l'exercice d'une profession, il faut aussi comprendre son énoncé d'exercice descriptif et l'autorité légale qui autorise la profession à mener les activités faisant l'objet de restrictions.

Nous avons précisé que les professionnels de la santé réglementés peuvent poser des actes autorisés lorsqu'une loi sur une profession de la santé les autorise à ce faire.

L'autorisation légale permettant à un professionnel de la santé de poser un acte assujéti à un contrôle est communément appelée « acte autorisé ».

Il y a plusieurs aspects des actes autorisés dont il faut tenir compte. D'une part, ce ne sont pas toutes les professions qui posent des actes autorisés – puisque les énoncés des exercices de la profession sont descriptifs plutôt que normatifs, les membres de professions qui ne posent pas d'actes autorisés peuvent néanmoins offrir une large gamme de services de soins de santé.

Par ailleurs, quand une profession a le droit de poser un acte autorisé, cet acte doit faire partie de l'énoncé descriptif d'exercice de cette profession. Puisque la description de certains actes autorisés est très précise et que celle d'autres actes est très floue, il se peut qu'on doive modifier la formulation d'un acte qu'une profession est autorisée à poser pour mieux refléter le champ d'action de cette profession. Dans d'autres cas, aucune modification n'est requise.

Cela veut dire qu'un acte autorisé que la profession a le droit de poser sera soit complet, soit partiel :

- Complet – Une profession est autorisée à poser l'acte complet décrit au paragraphe 27(2) de la LPSR. À titre d'exemple, les physiothérapeutes sont autorisés à poser l'acte autorisé complet décrit comme « la manipulation des articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel d'un particulier au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude ».
- Partiel – Une profession est autorisée à poser une sous-composante ou une partie d'un acte autorisé complet, tel que décrit au paragraphe 27(2) de la LPSR. À titre d'exemple, les physiothérapeutes sont autorisés à effectuer une « aspiration trachéale ». Par contre, cet acte autorisé constitue une sous-composante des six actes autorisés généraux décrits ci-dessous :
 - Introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt,
 - (i) au-delà du conduit auditif externe,
 - (ii) au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales,
 - (iii) au-delà du larynx,
 - (iv) au-delà du méat urinaire,
 - (v) au-delà des grandes lèvres,
 - (vi) au-delà de la marge de l'anus,

(vii) dans une ouverture artificielle dans le corps.

Même si les expressions « acte autorisé complet et « acte autorisé partiel » ne sont pas utilisées et définies dans la LPSR, ce sont des concepts utiles qui font ressortir divers points importants :

- Premièrement, les actes qu'une profession est légalement autorisée à poser doivent faire partie de l'énoncé de l'exercice de cette profession – c'est pourquoi les professions ont le droit de poser des actes autorisés partiels.
- Deuxièmement, compte tenu de la portée élargie de certains actes autorisés et de la nature différente, et souvent chevauchante, des descriptions légales d'exercices de la profession, il se peut que diverses professions soient autorisées à poser certaines parties d'un même acte autorisé. Ainsi, l'acte partiel qu'une profession est autorisée à poser tend à être différent de l'acte partiel qu'une autre profession a le droit de poser. À titre d'exemple, les professions qui sont autorisées à poser des parties d'un acte autorisé de procédures portant sur la pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme peuvent être régies par une loi de réglementation légèrement différente.

Qu'est-ce qu'un acte délégué?

On a aussi constaté que le droit de poser un acte autorisé peut être donné par délégation par une personne autorisée à poser cet acte.

Même si le terme « délégation » n'est pas défini dans la LPSR, on comprend qu'il s'agit d'un transfert d'autorité d'une personne ayant le droit de poser un acte autorisé à une personne qui n'a habituellement pas le droit de poser un tel acte. Cette délégation doit se faire uniquement lorsqu'approprié et s'il est dans l'intérêt supérieur du patient qu'une personne non autorisée aux termes d'une loi réglementant les professions de la santé pose cet acte autorisé.

Les questions entourant la délégation, à savoir quand et comment, de qui à qui et dans quelles circonstances, s'avèrent très complexes. Pour en savoir plus sur cet intéressant sujet, prière de consulter le document *An Interprofessional Guide on the Use of Orders, Directives and Delegation to Regulated Health Professions in Ontario* publié par les Ordres de réglementation des professions de la santé de l'Ontario en allant à :

<http://www.regulatedhealthprofessions.on.ca/WHOWEARE/default.asp>

Chevauchement des domaines d'exercice de la pratique (parmi les professions de la santé réglementées)

Nous avons constaté que même si chaque profession a un exercice de la pratique qui lui est propre, les chevauchements de certains domaines d'exercice sont fréquents. De fait, il peut arriver que plusieurs professions aient le droit d'exécuter des composantes différentes d'un même acte autorisé. Le chevauchement des domaines d'exercice de la pratique veut aussi dire que des professions différentes peuvent être autorisées à exécuter des composantes d'actes autorisés qui se chevauchent ou qui sont identiques.

Lorsque les actes autorisés que les professions ont le droit de poser se chevauchent, elles ont donc le droit, essentiellement, de s'adonner aux mêmes activités. Un cas qui exemplifie bien ceci est celui des professions des chiropraticiens et des physiothérapeutes qui sont tous deux autorisés à poser l'acte de "manipulation des articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel d'un particulier au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude".

Ceci donne souvent lieu à une question, à savoir si les professions autorisées à poser des actes identiques ou semblables devraient être assujetties à des normes de rendement identiques ou semblables à l'égard de ces actes.

Qu'entend-on par domaine public?

Nous avons déjà souligné l'importance des efforts investis pour faire adopter l'énoncé descriptif d'exercice de la profession au niveau de la LPSR. Nous avons indiqué que les énoncés d'exercice de la profession éliminent le droit exclusif des professions d'offrir les services précisés dans leur énoncé d'exercice de la profession et permettent à d'autres professions de s'adonner à ces mêmes activités quand les portées se chevauchent.

Malgré tout, on tend souvent à sous-estimer les effets de cette réorientation vers des énoncés descriptifs d'exercice de la profession. L'une des incidences majeures d'une telle approche tient au fait que, contrairement aux énoncés normatifs, les énoncés descriptifs permettent à diverses professions de la santé de s'adonner aux mêmes activités et situent un grand nombre d'activités de soins de santé dans le domaine public.

Ce qu'on tente d'expliquer, c'est qu'en raison de la réorientation vers des énoncés descriptifs, les activités de soins de santé qui étaient autrefois l'apanage d'une profession de la santé réglementée (et qui ne pouvaient être menées que par les membres de cette profession) ne sont plus restreintes la plupart du temps, c'est-à-dire qu'elles font partie du domaine public.

Le concept de « domaine public » vient du vocabulaire des droits de propriété intellectuelle, où la notion fait référence à un contenu qui n'appartient à personne ou que personne ne contrôle, et que n'importe qui peut utiliser librement à toute fin. Cette signification ne change pas lorsqu'on l'applique au contexte de la réglementation en santé. Si une activité relève du domaine public, n'importe qui peut s'y adonner et il n'y a aucune restriction s'applique. À quelques exceptions près, la plupart des soins de santé ont fait leur entrée dans le domaine public quand la LPSR a adopté un modèle d'énoncé d'exercice de la profession descriptif plutôt que normatif.

Il y a deux exceptions à la règle générale qui dicte qu'en matière de prestation des soins de santé, n'importe qui peut faire n'importe quoi. Nous avons déjà parlé de la première restriction, soit celle qui s'applique aux actes autorisés. Comme mentionné, les personnes ont seulement le droit de s'adonner à des activités à risque définies comme des actes autorisés dans de rares circonstances. Cette règle vise à protéger la population et à empêcher que des personnes incompetentes s'adonnent à des activités à risque.

La seconde exception à cette règle est celle du « risque de lésion » inscrite dans la LPSR. Cet article (30) explique clairement ce qu'on entend en précisant qu'aucune personne, autre qu'un membre qui donne un traitement ou des conseils entrant dans l'exercice de sa profession, ne doit donner de traitement ou de conseils ayant trait à la santé d'une personne dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir qu'un préjudice corporel grave puisse découler du traitement ou des conseils ou d'une omission dans le traitement ou les conseils. Quoique cette clause ne sorte pas les soins de santé du domaine public, elle vise à protéger les gens contre quiconque pourrait leur nuire en s'adonnant à des activités qui relèvent du domaine public.

Sommaire des actes autorisés ¹⁵														
Ordre	1. La communication d'un diagnostic.	2. La pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme.	3. L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction.	4. La manipulation vertébrale	5. L'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation.	6. L'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt dans une ouverture naturelle ou artificielle du corps.	7. L'application des formes d'énergie ou le fait d'en ordonner l'application.	8. La prescription, la délivrance, la vente ou la composition de médicaments.	9. La prescription ou la délivrance de verres de contact ou de lunettes.	10. La prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.	11. L'appareillage ou la délivrance de prothèses dentaires, d'appareils d'orthodontie ou de périodontie.	12. La direction du travail des parturientes ou la pratique d'accouchements.	13. L'administration de tests de provocation d'allergie.	14. Le traitement au moyen d'une technique de psychothérapie ¹⁶
Audiologistes et orthophonistes										Complet				
Podologues et podiatres	Partiel ¹⁷	Partiel			Partiel			Partiel						
Chiropraticiens	Partiel			Complet		Partiel								
Hygiénistes dentaires		Partiel									Partiel			
Technologues dentaires														
Dentistes	Partiel	Partiel	Partiel		Complet		Complet	Partiel			Complet			
Denturologistes											Partiel			
Diététique														

¹⁵ Voir le tableau 1 ci-dessous pour le libellé des actes autorisés.

¹⁶ Nota : Cette loi n'est pas encore en vigueur.

¹⁷ Les podiatres ont des composantes de diagnostic.

Sommaire des actes autorisés ¹⁵														
Ordre	1. La communication d'un diagnostic.	2. La pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme.	3. L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction.	4. La manipulation vertébrale	5. L'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation.	6. L'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt dans une ouverture naturelle ou artificielle du corps.	7. L'application des formes d'énergie ou le fait d'en ordonner l'application.	8. La prescription, la délivrance, la vente ou la composition de médicaments.	9. La prescription ou la délivrance de verres de contact ou de lunettes.	10. La prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.	11. L'appareillage ou la délivrance de prothèses dentaires, d'appareils d'orthodontie ou de périodontie.	12. La direction du travail des parturientes ou la pratique d'accouchements.	13. L'administration de tests de provocation d'allergie.	14. Le traitement au moyen d'une technique de psychothérapie ¹⁶
Homéopathes ¹⁸														
Massothérapeutes														
Technologies de laboratoire médical		Partiel												
Technologues en radiation médicale		Partiel			Partiel	Partiel								
Sage-femmes		Partiel			Partiel	Partiel		Partiel				Partiel		
Naturopathes ¹⁹	Partiel	Partiel		Partiel	Partiel	Partiel								
Infirmières et infirmiers	Partiel ²⁰	Partiel			Partiel	Partiel	Partiel ²¹	Partiel ²²						Complet
Ergothérapeutes														Complet
Opticiens									Partiel					

¹⁸ La *Loi sur les homéopathes* n'est pas encore en vigueur.

¹⁹ La *Loi sur les naturopathes* n'est pas encore en vigueur.

²⁰ Seulement pour les infirmières et infirmiers de catégorie avancée.

²¹ Seulement pour les infirmières et infirmiers de catégorie avancée.

²² Seulement pour les infirmières et infirmiers de catégorie avancée.

Sommaire des actes autorisés¹⁵

Ordre	1. La communication d'un diagnostic.	2. La pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme.	3. L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction.	4. La manipulation vertébrale	5. L'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation.	6. L'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt dans une ouverture naturelle ou artificielle du corps.	7. L'application des formes d'énergie ou le fait d'en ordonner l'application.	8. La prescription, la délivrance, la vente ou la composition de médicaments.	9. La prescription ou la délivrance de verres de contact ou de lunettes.	10. La prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.	11. L'appareillage ou la délivrance de prothèses dentaires, d'appareils d'orthodontie ou de périodontie.	12. La direction du travail des parturientes ou la pratique d'accouchements.	13. L'administration de tests de provocation d'allergie.	14. Le traitement au moyen d'une technique de psychothérapie ¹⁶
Optométristes	Partiel						Partiel	Partiel	Complet					
Pharmaciens								Partiel						
Médecins et chirurgiens	Complet	Complet	Complet	Complet	Complet	Complet	Complet	Complet	Complet	Complet		Complet	Complet	Complet
Physiothérapeutes	Partiel ²³	Partiel ²⁴		Complet	Partiel ²⁵	Partiel	Partiel ²⁶							
Psychologues	Partiel													Complet
Psychothérapeutes ²⁷														Complet
Thérapeutes respiratoires		Partiel			Partiel	Partiel								
Médecine traditionnelle chinoise et acupuncteurs ²⁸	Partiel	Partiel												

²³ Proposé

²⁴ Proposé

²⁵ Proposé

²⁶ Proposé

²⁷ La *Loi sur les psychothérapeutes* n'est pas encore en vigueur.

²⁸ La *Loi sur la médecine chinoise traditionnelle et l'acupuncture* n'est pas encore en vigueur.

Tableau 1 – Libellé de la loi

Par «acte autorisé», on entend l'un ou l'autre des actes suivants accomplis à l'égard d'un particulier :

1. La communication à un particulier, ou à son représentant, d'un diagnostic attribuant ses symptômes à tels maladies ou troubles, lorsque les circonstances laissent raisonnablement prévoir que le particulier ou son représentant s'appuiera sur ce diagnostic.
2. La pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme, sous la surface des muqueuses, à la surface de la cornée ou des dents, ou au-delà, y compris le détartrage des dents.
3. L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction.
4. La manipulation des articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel d'un particulier au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude.
5. L'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation.
6. L'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt :
 - i. au-delà du conduit auditif externe,
 - ii. au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales,
 - iii. au-delà du larynx,
 - iv. au-delà du méat urinaire,
 - v. au-delà des grandes lèvres,
 - vi. au-delà de la marge de l'anus,
 - vii. dans une ouverture artificielle dans le corps.
7. L'application des formes d'énergie prescrites par les règlements pris en application de la présente loi ou le fait d'en ordonner l'application.
8. La prescription, la délivrance, la vente ou la composition de médicaments au sens de la définition qu'en donne la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, ou la surveillance de la section d'une pharmacie où sont conservés ces médicaments.
9. La prescription ou la délivrance d'appareils de correction visuelle pour les malvoyants, de verres de contact ou de lunettes, autres que de simples lentilles grossissantes, dans le cas de troubles visuels ou oculaires.
10. La prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.
11. L'appareillage ou la délivrance de prothèses dentaires, d'appareils d'orthodontie ou de périodontie, ou de dispositifs qui se portent dans la bouche en vue de prévenir tout fonctionnement anormal de la denture.
12. La direction du travail des parturientes ou la pratique d'accouchements.

13. L'administration de tests de provocation d'allergie d'un type particulier selon lesquels un résultat positif constitue une réaction allergique significative.
1991, chap. 18, par. 27 (2); 2007, chap. 10, annexe L, art. 32.

Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, le paragraphe (2) est modifié par le paragraphe 19 (1) de l'annexe R du chapitre 10 des Lois de l'Ontario de 2007 par adjonction de la disposition suivante :

14. Traiter, au moyen d'une technique de psychothérapie appliquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, un désordre grave dont souffre un particulier sur les plans de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation affective, de la perception ou de la mémoire et qui est susceptible de porter gravement atteinte à son jugement, à son intuition, à son comportement, à sa capacité de communiquer ou à son fonctionnement social.

ANNEXE F : Déclarations possibles des dirigeants de secteurs particuliers

Déclarations – Secteurs particuliers	Formulées dans le cadre du sommet
Educatrices	<p>En tant que dirigeants du secteur de la santé de l’Ontario œuvrant en milieu universitaire, nous nous engageons à appuyer la vision de la CISS. Pour ce faire, nous allons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>travailler en collaboration au sein de notre secteur et avec les autres secteurs</i> • <i>promouvoir/appuyer/faciliter/évaluer et récompenser les projets de CISS efficaces dans les domaines de l’enseignement, de la recherche et des services</i> • <i>abattre les obstacles et encourager la transformation systémique requise pour appuyer la CISS</i> <p>À titre de dirigeants du secteur de l’éducation de l’Ontario, nous nous engageons à collaborer afin de donner la chance aux apprenants de tous les niveaux d’explorer des possibilités et de vivre des expériences leur permettant de répondre aux “attentes des patients” et de respecter “les engagements des soignants” en matière de CISS partout où des services éducatifs et des soins de santé sont offerts.</p>
Employeurs	<p>En tant qu’employeurs du domaine de la santé, nous convenons que le statu quo n’est pas un état désirable ou viable et nous acceptons de prendre en charge les changements transformationnels requis au sein de notre organisme en adoptant cette Charte.</p> <p>En tant que dirigeants du secteur de la santé de l’Ontario, nous nous engageons à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>intégrer la Charte à la vision et aux grandes valeurs de notre organisme</i> • <i>démontrer clairement aux autres instances du système que nous engageons des mesures en ce sens</i> • <i>participer aux efforts pour transformer le système en exploitant à bon escient les connaissances au sein de notre organisme</i>
RLISS	<p>En tant que dirigeants du secteur de la santé de l’Ontario à l’échelle des RLISS, nous nous engageons à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>donner le bon exemple (à l’interne comme à l’externe)</i> • <i>renforcer la capacité (éduquer, sensibiliser) et définir des attentes claires (grâce aux analyses comparatives/métriques/fonds) relativement aux ressources, aux capacités en ressources humaines et aux infrastructures nécessaires à l’acquisition des compétences en CISS.</i>

Déclarations – Secteurs particuliers	Formulées dans le cadre du sommet
Associations	<p>En tant qu'associations, nous nous engageons à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>adopter publiquement à la Charte et à éduquer nos membres pour garantir une bonne harmonisation</i> • <i>prendre la direction du changement de culture des fournisseurs de soins de santé menant à l'instauration d'une CISS viable</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>faire preuve de leadership auprès des partenaires de façon à appuyer le changement de culture à l'échelle des professions et à favoriser la CISS</i> ○ <i>mettre l'accent sur des partenariats coopératifs pour promouvoir une culture de CISS à l'échelle des professions qui souhaitent l'avènement des changements systémiques nécessaires à l'instauration de la vision de la CISS</i> • <i>habiliter nos membres en leur fournissant de l'information et des ressources sur la CISS</i> • <i>déterminer les obstacles systémiques qui se posent et chercher des solutions</i> • <i>sensibiliser les gens, misant sur l'éducation et le perfectionnement professionnel</i> • <i>revendiquer pour faire abolir les obstacles</i> • <i>déceler les obstacles et mettre au point des outils pour les surmonter</i> • <i>donner l'exemple de la collaboration au niveau de nos associations en travaillant ensemble</i> • <i>faciliter la bonne compréhension des rôles</i>
Organismes de réglementation	<p>En tant qu'organismes de réglementation, nous collaborerons pour mettre au point une série de principes en matière de CISS. En notre qualité de responsables de la réglementation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nous reconnaissons l'importance des compétences en CISS dans la pratique professionnelle • nous reconnaissons que ceci est dans l'intérêt supérieur du public ontarien • nous nous engageons à prendre les devants afin d'instaurer et de promouvoir des partenariats avec les intervenants pour enchâsser la CISS dans la pratique et dans les secteurs de l'éducation et de la recherche • nous sommes engagés à faire appel à la technologie et à d'autres systèmes pour que nos membres soient plus en mesure d'instaurer et de mettre en pratique la CISS

Déclarations – Secteurs particuliers	Formulées dans le cadre du sommet
	<ul style="list-style-type: none"> • nous nous engageons à mettre au point des mécanismes favorisant l’adoption et l’application de la CISS • nous nous engageons à collaborer avec d’autres ordres (et avec l’un et l’autre) pour promouvoir la CISS en Ontario
Organismes d’accréditation	<p>Nous nous engageons à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>sensibiliser les instances qui mettent au point les normes sur la CISS et la terminologie connexe</i> • <i>améliorer nos normes et programmes actuels en matière de CISS en ayant soin d’inclure des indicateurs et des mesures pour évaluer les résultats</i> • <i>faire appel aux mesures exemplaires en CISS pour appuyer la mise au point des normes</i> • <i>donner une marge de manœuvre suffisante aux organismes pour leur permettre d’instaurer et d’améliorer la CISS</i> • <i>encourager les organismes à valoriser la CISS et leur donner le temps et la latitude nécessaires pour la mettre en œuvre</i>
Gouvernement	<p>En tant que ministère, nous collaborerons avec les intervenants de l’Ontario, avec les patients et avec d’autres instances gouvernementales pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>définir les mécanismes nécessaires en vue de favoriser et de promouvoir la CISS</i> • <i>déterminer les résultats, les mesures et les structures voulues pour assurer une CISS efficace</i> • <i>continuer d’appuyer des projets innovateurs pour combler les écarts de savoir en matière de CISS et pour faciliter l’intégration de la CISS à nos propres systèmes, y compris un financement ciblé pour confirmer l’importance prioritaire accordée à ce projet</i> • <i>mettre au point des outils stratégiques, y compris des filtres et des normes pour garantir que tous les systèmes sont en mesure d’adopter la CISS et pour éliminer les obstacles</i> • <i>confirmer le rôle unique du gouvernement dans l’établissement d’un forum public pour présenter et partager les efforts de chaque organisme en matière de responsabilités partagées et d’imputabilité</i>