

Mandat

Conseil consultatif clinique

Version 2

Numéro de version	Approuvé par la Surveillance Exécutive le
Version 1	12 mai 2016
Version 2	Version provisoire en vue de l'approbation de la Surveillance Exécutive

VERSION PROVISOIRE RÉVISÉE – Septembre 2018

Table des matières

1. Renseignements généraux et contexte	3
1.1 Mandat du Réseau ontarien des soins palliatifs	3
1.2 Orientations stratégiques et priorités du ROSP	3
1.3 Structure du Réseau ontarien des soins palliatifs	4
2. Objectifs, principes et responsabilités du Conseil consultatif clinique	5
3. Composition, rôles et responsabilités des membres individuels	6
3.1 Modèle de coprésidence et rôle	6
3.2 Composition	6
3.3 Durée du service	6
3.4 Liens et partenariats	7
3.5 Responsabilités individuelles des membres du Conseil consultatif clinique	7
3.6 Conditions touchant la participation	8
3.7 Confidentialité	8
4. Logistique et processus	8
4.1 Prise de décisions	8
4.2 Plan de travail annuel	8
4.3 Mise en place de sous-groupes	8
4.4 Fréquence des réunions	9
4.5 Ordres du jour et procès-verbaux des réunions	9
4.6 Soutien du Secrétariat	9
5. Guide de l'intervenant	9
6. Révisions	9
7. Annexes	10
7.1. Annexe A : Compétences du Conseil	10

1. Renseignements généraux et contexte

1.1 Mandat du Réseau ontarien des soins palliatifs

Mis sur pied en mars 2016, le Réseau ontarien des soins palliatifs (ROSP) est un partenariat structuré d'intervenants communautaires, de fournisseurs de services de santé et de planificateurs des réseaux de santé collaborant pour atteindre l'objectif commun d'élaborer une approche coordonnée et normalisée pour la prestation des services de soins palliatifs de grande qualité, durables et axés sur la personne à tous les Ontariens, peu importe leur âge ou la maladie dont ils sont atteints.

Le ROSP partage la vision décrite dans le rapport *Améliorer la qualité et la valeur des soins palliatifs en Ontario : Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action* (la Déclaration) :

Les adultes et les enfants atteints d'une maladie progressive limitant l'espérance de vie, leurs familles et leurs aidants naturels recevront les soins et le soutien holistiques, proactifs, opportuns et continus dont ils ont besoin, dans l'ensemble des soins précédant et suivant le décès :

- *Pour les aider à vivre comme ils l'entendent;*
 - *pour optimiser leur qualité de vie, leur confort, leur dignité et leur sécurité.*
-

Dirigé par les 14 Réseaux locaux d'intégration de services de santé (RLISS) et CCO, et en partenariat avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et la Quality Hospice Palliative Care Coalition of Ontario (la Coalition), le ROSP a reçu le mandat suivant :

- Agir comme conseiller principal auprès du gouvernement de l'Ontario pour la prestation de soins palliatifs coordonnés et de qualité dans la province;
- Assumer la responsabilité d'initiatives d'amélioration de la qualité, de l'évaluation des données et du rendement et de la coordination au niveau du réseau des soins palliatifs en Ontario;
- Soutenir la mise en œuvre régionale de soins palliatifs de grande qualité et de grande valeur.

Le travail du Conseil consultatif clinique (CCC) sera orienté par le Plan d'action du ROSP et par d'autres priorités et initiatives stratégiques approuvées par la Surveillance Exécutive.

1.2 Orientations stratégiques et priorités du ROSP

Pour atteindre ses objectifs et remplir son mandat, le ROSP établit des orientations stratégiques et des priorités claires pour orienter ses travaux visant à améliorer les soins palliatifs offerts en Ontario. Cela permet également d'évaluer les progrès réalisés. Cela comprend les tâches suivantes :

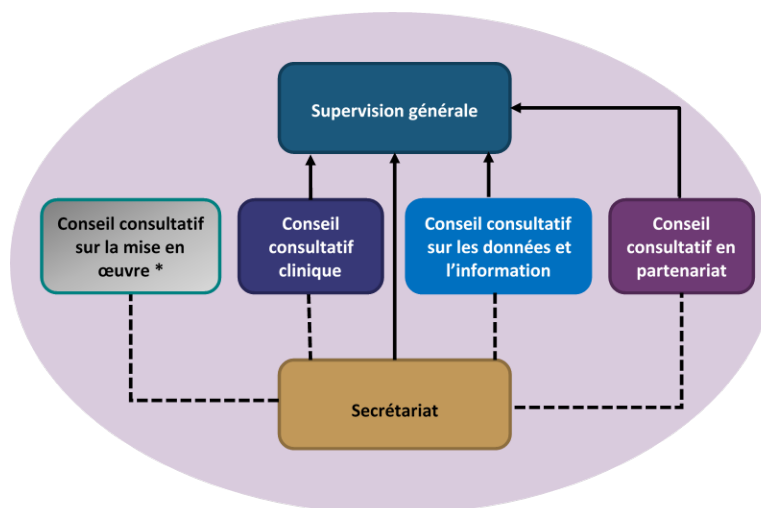
- Déterminer les priorités et les initiatives provinciales qui visent l'amélioration des soins palliatifs de toute la province et contribuer à la mise en œuvre locale de soins palliatifs coordonnés et de qualité;
- Trouver des moyens d'évaluer l'efficacité du réseau au fil du temps;
- Mobiliser les partenaires provinciaux et régionaux dans l'élaboration et la prestation continues de soins en Ontario;
- Exploiter les ressources existantes de CCO, des RLISS, de QSSO et de la Coalition.

Les orientations stratégiques et les priorités du ROSP sont définies dans son [Plan d'action](#) et d'autres priorités et initiatives stratégiques approuvées par la Surveillance Exécutive.

1.3 Structure du Réseau ontarien des soins palliatifs

La structure de gouvernance du ROSP est composée des organes directeurs suivants, soutenus par un secrétariat :

1. Surveillance Exécutive :
 - Assure la direction générale du travail du ROSP et la reddition de compte des RLISS, de la Coalition, de CCO et de QSSO.
2. Conseil consultatif du partenariat (CCP) :
 - Recueille les points de vue et les recommandations auprès des réseaux ou organismes représentés par ses membres;
 - Offre des conseils à la Surveillance Exécutive pour s'assurer que les plans relatifs à la qualité et à la coordination des soins palliatifs tiennent compte de la diversité des points de vue des partenaires.
3. Conseil consultatif clinique (CCC) :
 - Offre des conseils cliniques sur les propositions d'amélioration des soins palliatifs;
 - Offre des recommandations à la Surveillance Exécutive du ROSP sur les incidences cliniques des politiques.
4. Conseil consultatif sur les données et l'information (CCDI) :
 - Fournit des conseils stratégiques continus pour la mesure du rendement et la gestion du ROSP;
 - Formule des recommandations sur les données et l'évaluation pour la planification et la prestation efficaces des soins dans toutes les régions, tous les secteurs et toutes les populations en vue de faire progresser les priorités du ROSP.
5. Secrétariat :
 - Dirige l'exécution du mandat du ROSP;
 - Offre une expertise dans le domaine et des compétences en recherche et analyse pour contribuer au travail du ROSP et de ses organes de direction;
 - Soutient les activités opérationnelles et tactiques du ROSP.



* Le **Conseil consultatif de la mise en œuvre** a été dissous le 1^{er} août 2018. Le mécanisme de gouvernance pour la formulation de conseils destinés à la Surveillance Exécutive sur le mandat du ROSP visant à appuyer la mise en œuvre régionale est en cours d'examen.

REMARQUE : Le ROSP envisage de mettre en place un nouveau comité consultatif pour offrir des conseils sur la gestion opérationnelle de la mise en œuvre liée aux livrables du ROSP. Le mandat sera mis à jour lorsque les décisions relatives à ce comité seront confirmées.

2. Objectifs, principes et responsabilités du Conseil consultatif clinique

Le Conseil consultatif clinique et tous ses sous-groupes relèvent de la Surveillance Exécutive du ROSP.

Le Conseil consultatif cliniques a pour mandat de formuler des conseils et des recommandations à la Surveillance Exécutive et autres conseils consultatifs en vue d'améliorer le réseau clinique des soins palliatifs en Ontario. Il offre également des conseils sur les répercussions cliniques des politiques, des stratégies d'accès aux soins et d'amélioration de la qualité et de la structure de services du réseau de soins palliatifs de l'Ontario.

Pour assumer ce rôle, le CCC va mener à bien les tâches suivantes :

- S'acquitter de ses responsabilités liées aux orientations stratégiques et aux priorités du ROSP;
- Encourager la collaboration interprofessionnelle;
- Garder les expériences, les points de vue et les besoins des personnes confrontées à une maladie limitant l'espérance de vie et de leur famille et aidants au cœur de son travail;
- Travailler en partenariat avec les autres conseils consultatifs du ROSP pour assurer la conformité avec les orientations provinciales et les recommandations;
- Favoriser une approche axée sur la personne et faire en sorte que le travail du CCC se déroule conformément aux principes directeurs visant la transparence, l'équité, les pratiques fondées sur la recherche, la priorité accordée au rendement, la participation active et la valorisation des sommes investies;
- Collaborer avec la Table de concertation des coresponsables cliniques multidisciplinaires régionaux pour recueillir auprès des partenaires cliniques des avis, des points de vue et des recommandations susceptibles d'orienter les activités du ROSP;
- Proposer l'orientation provinciale nécessaire pour la formation et l'encadrement en matière de soins palliatifs afin de favoriser les améliorations locales et régionales et de soutenir une approche intégrée des soins palliatifs;
- Déterminer les pratiques exemplaires cliniques, les données et les lignes directrices contribuant à la mise en place de soins palliatifs de grande qualité, multidisciplinaires et axés sur les patients dans la province;
- Contribuer à l'établissement des priorités cliniques et à l'élaboration des normes de qualité pour stimuler le changement de pratiques;
- Contribuer au renforcement de la capacité multidisciplinaire durable de la direction et des services cliniques régionaux.

3. Composition, rôles et responsabilités des membres individuels

3.1 Modèle de coprésidence et rôle

Le CCC sera coprésidé par les coresponsables cliniques provinciaux du ROSP.

Les coprésidents seront responsables de l'instauration d'un environnement engageant dans lequel les membres auront une vraie possibilité de contribuer à l'ordre du jour et aux discussions. Ils animeront les rencontres de façon à favoriser la progression de l'ordre du jour en respectant le temps alloué à chacun des points.

En tant que membres d'office de la Surveillance Exécutive, les coprésidents seront chargés de faire part des points de vue et des conseils du CCC à la Surveillance Exécutive.

3.2 Composition

Le Conseil consultatif clinique se composera d'au plus 16 membres, ce qui comprend les deux coprésidents.

Les critères de sélection des membres du Conseil seront fondés sur les compétences, et reflèteront un équilibre des compétences, de l'expertise et de l'expérience nécessaires pour permettre au Conseil de s'acquitter de son mandat et de ses responsabilités. (Consulter [l'annexe A](#) pour plus de détails.)

Le Conseil devrait comprendre des membres possédant des compétences et une expertise dans les domaines suivants :

- Connaissance approfondie et à jour au niveau micro-clinique ou macro-réseau
- Facilitation des réflexions audacieuses et novatrices sur les réseaux
- Rôle de chef de file dans le domaine clinique et des programmes
- Connaissance approfondie du réseau
- Rôle de chef de file dans le domaine de l'enseignement
- Expérience en tant que fournisseur de soins de santé
- Expérience de collaboration ou compréhension des points de vue interprofessionnels
- Science de l'information relative à la santé clinique et aide à la prise de décisions
- Amélioration de la qualité ou du rendement
- Gestion du changement
- Expertise et connaissances reflétant les expériences et les points de vue des populations reconnues par la Constitution des Premières nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain, des Francophones et d'autres populations prioritaires

Un coprésident du CCDI et un du CCP, ou leurs remplaçants désignés, seront membres d'office du CCC.

3.3 Durée du service

Les membres du Conseil consultatif clinique seront nommés pour une période de deux ans. À la fin de chaque période de deux ans, les coprésidents étudieront la composition du Conseil et présenteront des recommandations à la Surveillance Exécutive à ce sujet pour la période suivante de deux ans. Les membres existants du CCC peuvent être invités à continuer pendant la période de deux ans suivante sans limite du nombre de mandat.

Si un membre renonce à sa place au sein du CCC avant la fin de la période de deux ans, les coprésidents décideront s'il doit être remplacé en prenant en compte la composition restante du Conseil et les compétences, l'expertise et l'expérience nécessaires pour mener à bien le travail du Conseil et les livrables du Plan d'action pendant le reste de la période. Le nouveau membre sera en poste seulement jusqu'à la révision de la composition du Conseil à la fin de la période en cours.

3.4 Liens et partenariats

Les liens avec les 14 Réseaux régionaux des soins palliatifs seront facilités par la collaboration avec la table des coresponsables cliniques multidisciplinaires régionaux.

Les membres offriront au CCC une vision plus générale découlant des organismes, des secteurs et des réseaux sur lesquels ils fondent leurs pratiques et ils transmettront à ces secteurs, organismes et réseaux de l'information sur le ROSP et les activités du CCC dont la divulgation a été approuvée.

3.5 Responsabilités individuelles des membres du Conseil consultatif clinique

Les membres du Conseil consultatif clinique devront faire preuve d'un fort engagement à l'égard de la vision et le mandat du ROSP et, en harmonie et en partenariat avec les coresponsables cliniques multidisciplinaires régionaux et leurs collègues directeurs de réseaux régionaux ainsi qu'en accord avec la Déclaration et l'orientation stratégique du ROSP, devront assurer la promotion des soins palliatifs dans le territoire de leur RLISS respectif.

Les membres du Conseil consultatif clinique ne représentent pas un territoire déterminé, mais sont plutôt invités à contribuer à l'ensemble du réseau en mettant à profit leur expertise et en faisant preuve d'un désir véritable de faire progresser le réseau dans son ensemble (et non pas seulement un secteur, un service, un intérêt professionnel ou une région géographique).

Les membres du Conseil consultatif clinique devront :

- participer régulièrement aux réunions du Conseil consultatif clinique;
- se préparer aux réunions en lisant les documents transmis au préalable;
- participer pleinement aux discussions;
- écouter activement et contribuer à un échange ouvert d'information et d'idées;
- proposer des sujets pour les ordres du jour à venir;
- connaître le mandat d'autres conseils consultatifs du ROSP pour comprendre comment les travaux de ces conseils complètent le travail du Conseil consultatif clinique;
- faire preuve d'esprit critique vis-à-vis des réseaux :
 - en remettant en question le statu quo de la pratique clinique et de la prestation des services de soins palliatifs;
 - en déterminant les possibilités et les difficultés;
 - en offrant des conseils stratégiques et des points de vue sur les améliorations cliniques.
- contribuer à titre de membre d'un comité spécial ou d'un autre groupe de travail, ou sous-comité du CCC ou d'autres conseils consultatifs du ROSP, au besoin;
- déclarer tous les conflits d'intérêts perçus ou potentiels avant de participer à une discussion portant sur le sujet à l'origine du conflit. La déclaration des conflits d'intérêts réels ou perçus n'empêche pas les membres de participer aux discussions, mais ils ne doivent pas voter sur une question pour laquelle il y a un conflit déclaré.
- promouvoir le ROSP auprès de leur organisme ou secteur respectif.

3.6 Conditions touchant la participation

La participation régulière aux réunions est nécessaire pour garantir la continuité et permettre la prise de décisions. Le manque d'assiduité d'un membre sans motif valable sera pris en compte et pourrait entraîner la convocation du membre par les coprésidents pour discuter du maintien de son rôle au sein du Conseil. L'envoi de suppléants ne sera pas autorisé.

Les membres devraient de préférence participer en personne aux réunions, tant que le déplacement jusqu'au lieu de réunion ne pose pas de difficulté; toutefois, un service de téléconférence ou de vidéoconférence sera mis en place pour favoriser une participation maximale.

3.7 Confidentialité

Les membres du Conseil peuvent avoir accès à de l'information que le ROSP souhaite garder confidentielle. Chaque membre respectera la confidentialité des sujets portés à l'attention du comité ou de ses sous-comités ou groupes de travail. Les documents de réunion, y compris les diapositives, qui sont confidentiels seront clairement définis à chaque réunion ou par écrit (notamment par courriel). Lorsque ces documents ne seront plus confidentiels et qu'ils pourront être diffusés à l'externe, les membres en seront informés par les coprésidents.

4. Logistique et processus

4.1 Prise de décisions

Le Conseil consultatif clinique fera tout son possible pour assurer une prise de décisions efficace et efficiente, obtenue grâce au consensus. Le consensus est défini comme une entente générale des membres du Conseil consultatif clinique ou comme un ensemble d'hypothèses communes et l'accord de tous les membres du Conseil consultatif clinique ou de la plupart des membres de continuer en procédant d'une façon bien particulière. Si aucun consensus ne peut être atteint, les règles suivantes s'appliqueront :

- a) La prise de décision sur le sujet sera reportée jusqu'à ce que des renseignements complémentaires soient fournis si on juge que des précisions sont nécessaires pour prendre une décision;
- b) En dernier recours, la décision sera prise par le biais d'un vote officiel fondé sur les règles du Robert's rules of Order. Pour tenir un scrutin, au moins deux-tiers des membres actuels du Conseil (y compris les coprésidents) doivent être présents lors de la réunion. Lorsqu'un vote a lieu, la motion sera adoptée à la majorité simple (50 % + 1) des membres actuels du Conseil (y compris les coprésidents).

4.2 Plan de travail annuel

Le CCC élaborera un plan de travail annuel fondé sur les livrables du Plan d'action du ROSP et d'autres initiatives visant à remplir son mandat. Le plan de travail sera élaboré au cours du dernier trimestre (de janvier à mars) de chaque exercice et sera présenté à la Supervision générale en vue de son approbation. Le calendrier des réunions du CCC pour l'année à venir sera élaboré en fonction du Plan de travail approuvé.

4.3 Mise en place de sous-groupes

Pour profiter des connaissances, des compétences et de l'expertise ciblées pour une tâche ou un livrable précis du Conseil consultatif clinique, des groupes de travail, des comités de spécialistes et autres peuvent être formés au besoin. Avant de former un tel groupe, les coprésidents s'assureront que le travail sera en harmonie

avec le mandat du CCC et les livrables du Plan d'action du ROSP et vérifieront auprès du directeur du Secrétariat du ROSP la disponibilité des ressources du Secrétariat pour appuyer ce travail.

Les membres d'un sous-groupe seront choisis selon des compétences, de l'expertise et des connaissances précises nécessaires pour mener à bien les travaux du sous-groupe ainsi que les engagements du ROSP à l'égard de la participation de représentants francophones et des Premières nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain. Le CCC peut demander l'avis du Conseil consultatif du partenariat pour choisir les membres d'un sous-groupe. Des mesures seront prises pour favoriser la contribution importante des patients, des familles et des aidants à ces travaux.

4.4 Fréquence des réunions

Le Conseil consultatif clinique se réunira au moins quatre fois par an. Des réunions supplémentaires seront organisées selon les livrables du Plan de travail annuel et à la demande des coprésidents. Le calendrier régulier de réunions sera établi chaque année en fonction du Plan de travail annuel du CCC et du rôle permanent de conseiller auprès de la Surveillance Exécutive du ROSP.

4.5 Ordres du jour et procès-verbaux des réunions

Des efforts seront déployés pour faire en sorte que l'ordre du jour des réunions et les documents connexes soient préparés et distribués une semaine avant les réunions du Conseil consultatif clinique. Les ordres du jour doivent être approuvés au préalable par les Coprésidents.

Les procès-verbaux des réunions reflèteront toutes les décisions prises par les membres, notamment les renseignements détaillés sur les motions et, si cette méthode officielle est employée, sur les votes. Les procès-verbaux seront envoyés avec l'ordre du jour de la réunion suivante.

Pour aider les membres à communiquer avec leurs réseaux et organismes respectifs après une réunion, un compte rendu sera préparé et distribué aux membres du CCC par courriel dans les cinq jours ouvrables suivant la réunion. Ce courriel contiendra des précisions sur les documents de la réunion du CCC qui ne doivent pas être diffusés à l'externe.

4.6 Soutien du Secrétariat

Le personnel du Secrétariat du ROSP apportera un soutien opérationnel et logistique aux membres du Conseil consultatif clinique et à ses sous-groupes, et par conséquent, participera à toutes les réunions.

5. Guide de l'intervenant

Pour garantir l'adéquation et l'uniformité des messages du ROSP pour répondre aux demandes des médias et aux autres demandes externes sur le travail du ROSP et du CCC, les membres du Conseil consultatif clinique doivent transmettre les demandes des médias au Directeur du Secrétariat du ROSP et informer les coprésidents du CCC.

6. Révisions

Le présent mandat fera l'objet d'une révision au minimum à la fin de chaque période de deux ans. Pour cela, on demandera l'avis des coprésidents et des membres du CCC. Toute recommandation de révision du mandat devra être approuvée par la Surveillance Exécutive du ROSP.

7. Annexes

7.1. Annexe A : Compétences du Conseil

Les compétences des membres du Conseil consultatif clinique peuvent comprendre les domaines suivants :

- **Rôle de direction dans le domaine clinique et des programmes**
 - Connaissance et compréhension approfondies des pratiques exemplaires et des principes directeurs touchant les soins palliatifs
 - Communications efficaces et capacité de présenter et d'accueillir divers points de vue et de gérer les opinions conflictuelles
 - Capacité d'offrir une perspective régionale objective aux discussions
 - Connaissance et compréhension approfondies des besoins en matière de soins palliatifs dans la province
 - Capacité de travailler avec des fournisseurs provenant de secteurs multiples afin d'élaborer un plan commun et d'obtenir un consensus
 - Expérience des négociations
 - Expérience des approches collaboratives
- **Connaissance approfondie du réseau**
 - Connaissance et expérience en matière de participation et de développement communautaires
 - Capacité d'établir des relations de travail efficaces et de comprendre le réseau élargi de soins de santé ainsi que les fonctions des intervenants connexes, notamment dans le secteur des soins primaires, des services de soutien communautaire, des soins spirituels, de la pharmacie, etc.
 - Connaissance et expérience de la planification régionale
 - Capacité de réfléchir sur le réseau
 - Connaissance et compréhension des politiques et lois en vigueur touchant les soins de santé
- **Rôle de direction dans le domaine de l'enseignement**
 - Connaissance et compréhension approfondies des recherches touchant les soins palliatifs, des pratiques exemplaires fondées sur la recherche et des principes directeurs
 - Expérience approfondie de l'application des connaissances et de leur transfert dans la pratique
- **Science de l'information relative à la santé clinique et aide à la prise de décisions**
 - Connaissance et expérience de l'interprétation et de l'analyse des données
- **Amélioration de la qualité et du rendement**
 - Connaissance et expérience de l'amélioration de la qualité et de l'évaluation des programmes
 - Connaissance et expérience touchant la recherche, les pratiques exemplaires, la formation et le transfert des connaissances
- **Gestion du changement**
 - Connaissance et expérience de la gestion du changement
- **Expérience de soignant**
 - Connaissance et expertise de la prestation des services de soins palliatifs cliniques
 - Connaissance et expérience du rôle de soignant
- **Équité en matière de santé et compétence culturelle**
 - Expérience de la prestation des soins palliatifs dans divers contextes (milieu communautaire et à domicile, établissements, soins résidentiels, régions rurales et éloignées)

Réseau ontarien des soins palliatifs

- Connaissance et expérience de la collaboration avec les Premières nations, les Inuits, les Métis, les Autochtones en milieu urbain, les Francophones, les populations pédiatriques et les populations vulnérables et marginalisées
- Capacité de reconnaître les différences culturelles et d'adapter les services de soins de santé pour répondre aux besoins culturels particuliers à tous les niveaux des soins
- Connaissance et compréhension des problèmes particuliers auxquels sont confrontées diverses populations qui ont de la difficulté à avoir accès aux services de soins de santé en raison de certains obstacles comme l'itinérance, la pauvreté, les barrières linguistiques et l'exclusion sociale.