



Canadian Association of MAiD
Assessors and Providers



Association canadienne des évaluateurs
et prestataires de l'AMM

Éléments d'un programme coordonné d'aide médicale à mourir : Un guide pour la prestation de l'AMM

CRÉÉ : Novembre 2023

MIS À JOUR : Juin 2024

Les informations et commentaires contenus dans cette publication ne constituent pas des conseils juridiques.
Pour lire l'intégralité de la clause de non-responsabilité juridique de l'ACEPA, veuillez consulter le
site <https://camapcanada.ca/disclaimer/>



Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA)

L'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) est la seule association de professionnels impliqués dans la prestation des soins de l'AMM au Canada. Fondée en 2016, sa mission est de soutenir les professionnels de l'AMM dans leur travail, d'éduquer le public et la communauté des soins de santé sur l'AMM, et de fournir un leadership pour déterminer les normes et lignes directrices nationales de la pratique de la prestation de l'AMM. Les membres de l'ACEPA s'efforcent d'atteindre l'excellence dans les soins prodigués aux patients, et d'en faire un exemple à suivre tant au niveau national qu'international. L'ACEPA vise à travailler avec les gouvernements du Canada à tous les niveaux, les organismes de réglementation médicaux et infirmiers provinciaux, les collèges médicaux et infirmiers nationaux, les groupes professionnels nationaux, les collègues médecins et infirmiers, et les organisations nationales qui soutiennent l'AMM.

Processus

Ce document d'orientation a été préparé en consultation avec une 50 de personnes qui participent à divers aspects de la coordination et de la mise en œuvre du MAiD, y compris le leadership opérationnel dans les provinces et territoires du Canada. Il s'appuie sur les résultats de deux ateliers d'échange de connaissances organisés à l'automne 2023 et au printemps 2024.



Santé Health
Canada Canada

**Contribution financière du gouvernement du Canada /
Financial Contribution from the Government of Canada**

**"Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement
celles de Santé Canada."**

Comment utiliser ce document

Ce document est conçu pour favoriser une meilleure communication et collaboration entre toutes les parties prenantes impliquées dans la prestation et la supervision des programmes d'aide médicale à mourir. Voici comment tirer le meilleur parti de ce guide :

1. **Comprendre l'objectif** : Ce document vise à aligner toutes les parties, des décideurs et bailleurs de fonds aux administrateurs, sur les éléments essentiels nécessaires à l'établissement et au maintien de programmes de coordination d'une aide médicale à mourir de qualité. Il sert d'outil de base pour garantir la cohérence, la clarté et l'excellence des programmes.
2. **Passer en revue la structure** : Le contenu est structuré pour vous guider à travers divers aspects de la coordination des programmes d'aide médicale à mourir, en commençant par les principes fondamentaux, les rôles et responsabilités, puis en passant aux directives opérationnelles et aux critères d'évaluation.
3. **Identifier votre rôle** : Des sections spécifiques sont adaptées aux différents rôles et responsabilités des parties prenantes. Identifiez les sections les plus pertinentes pour votre rôle, que vous soyez décideur, bailleur de fonds ou administrateur, et concentrez-vous sur ces domaines.
4. **Utiliser les outils** : Ce document comprend un outil conçu pour aider à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes d'aide médicale à mourir. Utilisez cette ressource pour vous assurer que toutes les étapes nécessaires sont prises en compte et abordées.
5. **Collaborer et communiquer** : Ce document est une plateforme pour un dialogue continu entre toutes les parties prenantes. Des réunions et discussions régulières basées sur les sections de ce guide permettent de maintenir l'alignement, d'aborder les problèmes émergents et de s'adapter aux besoins évolutifs.
6. **Fournir des commentaires** : Vos perspectives sont précieuses pour l'amélioration continue de ce document. Nous vous encourageons à fournir des commentaires sur l'utilité et l'applicabilité des directives, et à suggérer des domaines d'amélioration en fonction de vos expériences pratiques.

En utilisant ce document comme prévu, vous contribuez à une approche unifiée et efficace de la gestion et de la prestation des programmes d'aide médicale à mourir, en veillant à ce que les services soient fournis avec le plus haut standard de soins et de compassion, et en soutenant l'amélioration continue de la qualité.

Introduction et contexte.....	4
Recommandations.....	5
Recommandation 1 : Initier, maintenir et améliorer l’engagement auprès des Autochtones.....	5
Recommandation 2 : Établir et maintenir un système de coordination d’AMM robuste..	5
Recommandation 3 : Un processus d’admission cohérent.....	6
Recommandation 4 : Soutien provincial/territorial pour l’accès aux technologies de l’information.....	6
Recommandation 5 : Gestion de cas pour les patients ayant des complexités supplémentaires.....	7
Recommandation 6 : Connexion aux ressources établies.....	7
Recommandation 7 : Partager les meilleures pratiques et ressources.....	7
Recommandation 8 : Établir/maintenir des stratégies de rétention et de soutien.....	8
Recommandation 9 : Élaborer des formulaires d’admission standardisés pour l’AMM..	8
Recommandation 10 : Soutien financier.....	9
Recommandation 11 : Accès à l’expertise et apprentissage continu.....	9

Introduction et contexte

L'Association canadienne des évaluateurs et des prestataires de l'aide médicale à mourir (ACEPA) a organisé deux ateliers d'échange de connaissances pour engager des discussions avec des personnes impliquées dans la prestation de soins d'AMM dans les provinces et territoires du Canada. Les participants comprenaient des évaluateurs de l'AMM, des prestataires, des coordinateurs de soins, des médecins légistes, des représentants gouvernementaux, des gestionnaires de services cliniques, des psychiatres, des directeurs médicaux et des responsables médicaux et opérationnels. L'objectif de chaque atelier était de partager des informations et des pratiques exemplaires, de discuter des systèmes d'AMM, de développer des systèmes de qualité robustes qui s'améliorent en continu et peuvent bien répondre aux changements, et de déterminer les éléments clés d'un programme d'AMM coordonné.

Le 27 septembre 2023, un groupe de professionnels d'AMM venus de tout le Canada s'est réuni dans le cadre d'un projet pour partager des informations et des pratiques exemplaires, et discuter de la préparation des systèmes pour l'AMM TM-SPMI – l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Ces professionnels ont pu établir quels soutiens avaient le plus grand impact sur la capacité de soutenir les patients et les cliniciens, et identifier les domaines où un soutien supplémentaire serait bénéfique pour répondre au paysage changeant de l'AMM. Ces discussions ont également mis en lumière les disparités dans l'accès aux services d'AMM à travers le pays, y compris les défis dans les zones éloignées et rurales ainsi que ceux liés aux déficits d'infrastructure qui ont un impact significatif sur les soins, même dans les régions urbaines densément peuplées. L'atelier a souligné la nécessité d'une prestation complète et équitable de l'AMM à travers les provinces et territoires.

La discussion approfondie de cette journée a abouti à onze recommandations visant à améliorer le système d'AMM et l'expérience des patients au sein de celui-ci. Bien qu'il ait été reconnu que certaines provinces et territoires avaient mis en place certaines ou toutes ces recommandations ou des parties de celles-ci, une liste robuste de recommandations est bénéfique pour toutes les provinces et territoires.

À la suite de cet atelier initial, le 1er mai 2024, un groupe de professionnels de l'AMM, accompagné de représentants gouvernementaux de tout le pays, s'est réuni pour examiner si chacune de ces recommandations répondait aux besoins de leur province ou territoire. Ils ont discuté des réussites et des faiblesses dans la prestation de l'AMM dans leurs juridictions. Lors de ce deuxième atelier, des lacunes ont été identifiées et le groupe a clarifié des objectifs mesurables, des méthodes et des délais, ainsi que des recommandations supplémentaires qui soutiendraient ou amélioreraient la prestation de l'AMM dans chaque province ou territoire. Ce rapport comprend une liste des onze recommandations ainsi que des réflexions sur l'état actuel et les possibilités.

Recommandations

Recommandation 1 : Initier, maintenir et améliorer l'engagement auprès des Autochtones

Les participants à l'atelier ont discuté de la nécessité d'un engagement continu auprès des patients et des communautés autochtones. Un guide en santé mentale et un aîné en résidence pourraient être impliqués pour soutenir les patients autochtones et promouvoir les discussions intercommunautaires entre les groupes autochtones.

Bien que le niveau de travail/engagement varie considérablement d'une province à l'autre, un thème commun a été que l'AMM peut ne pas être en accord avec les croyances des communautés autochtones, et il existe des besoins plus pertinents qui sont prioritaires. Dans de nombreuses provinces ou territoires, l'approche devrait se concentrer sur la construction de relations, et non sur l'aide médicale à mourir. Les ressources fédérales en santé autochtone doivent être disponibles au sein des systèmes provinciaux et territoriaux, et l'importance d'une approche au cas par cas a été soulignée.

Recommandation 2 : Établir et maintenir un système de coordination d'AMM robuste

Un système de coordination d'AMM robuste commence par un mandat clairement défini qui précise les responsabilités, le champ d'action et la prise de décision, et attribue ces tâches à des individus, groupes ou organisations spécifiques. Il est également essentiel de définir les rôles des personnes travaillant avec la coordination de l'AMM et leurs responsabilités, compétences et qualifications respectives, y compris le rôle des leaders, des navigateurs/coordonateurs de l'AMM, des cliniciens et de l'administration. Il est important de construire un processus d'admission centralisé et standardisé et d'assurer un soutien administratif et informatique pour le programme et pour les cliniciens y travaillant. Cela inclut le transfert et le stockage sécurisés des fichiers ainsi que les communications électroniques.

Le système de coordination doit fournir une formation au personnel pour soutenir les individus demandant une évaluation de l'AMM qui rencontrent des vulnérabilités cognitives, communicatives, institutionnelles, médicales, économiques ou sociales affectant leur capacité à participer aux processus d'évaluation de l'éligibilité à l'AMM, des transferts chaleureux pour les patients en crise vers des soutiens système appropriés et des connexions avec les prestataires de soins primaires existants.

De nombreuses provinces et territoires estiment que cette recommandation répondrait ou a le potentiel de répondre à leurs besoins. Cependant, le manque de communication et de connexion entre les différents éléments du gouvernement (autorités sanitaires, ministère, département de la santé) dans la plupart des provinces et territoires signifie qu'il existe des niveaux très différents de soutien et d'engagement à travers le Canada. Cela inclut l'infrastructure informationnelle et l'accès, les services fournis par le coordinateur/navigateur de l'AMM ainsi que le soutien pour ce rôle, et le financement pour la formation et les cliniciens effectuant des travaux d'AMM.

La plupart des provinces et territoires estiment actuellement disposer de ou travailler à un système robuste qui inclut la plupart ou la totalité des critères identifiés, avec de la place pour une formation ou un soutien supplémentaires spécifiquement liés aux troubles mentaux dans le futur. Le manque de financement et de soutien gouvernemental est un obstacle distinct à un service plus efficace, coordonné et centré sur le patient dans certaines provinces et territoires.

Recommandation 3 : Un processus d'admission cohérent

Un processus d'admission standardisé offre cohérence et stabilité aux patients et aux professionnels. Ce processus devrait adopter une approche « sans fausse route », garantir la portée professionnelle appropriée pour le rôle de navigation/coordination, et permettre l'implication du prestataire de soins primaires de patient et l'accès à l'information et aux dossiers électroniques lorsque cela est possible.

La plupart des provinces et territoires estiment que cette recommandation répondrait ou a le potentiel de répondre à leurs besoins. Beaucoup ont déjà établi un processus d'admission cohérent. Il y a une forte reconnaissance de la nécessité d'une approche « sans fausse route » qui soutient les patients, qui existe dans la plupart des provinces et territoires. Bien que le terme utilisé pour désigner l'individu qui agit comme navigateur/coordinateur de l'AMM varie, les responsabilités de ce rôle sont quelque peu cohérentes. Il est crucial d'assurer que le rôle professionnel de l'individu correspond au rôle défini. Dans chaque province/territoire, le processus doit permettre et encourager l'implication de l'équipe de soins primaires du patient lorsqu'elle est souhaitée par le patient et appropriée. L'accès aux dossiers médicaux électroniques (DME) et aux bases de données provinciales/territoriales/régionales établies est essentiel, comme détaillé dans la Recommandation 4. Dans plusieurs provinces/territoires, le navigateur/coordinateur de l'AMM bénéficierait grandement d'un processus ou document de consentement clair garantissant sa capacité à se connecter avec l'équipe de soins du patient ou à accéder à leurs dossiers.

Recommandation 4 : Soutien provincial/territorial pour l'accès aux technologies de l'information

Faciliter l'utilisation des systèmes de courriels sécurisés ou de messagerie pour partager et transférer les informations démographiques et de santé des patients, fournir un accès à tous les DME et bases de données provinciales/territoriales/régionales au sein et entre les juridictions (par le biais d'un accord de partage), permettre les références électroniques, et, lorsque cela est possible, établir un DME lié à l'AMM. Cela inclurait des lettres standardisées informant les patients, les cliniciens référents ou les prestataires de soins primaires des résultats des évaluations, le cas échéant.

La plupart des provinces et territoires ont indiqué que cette recommandation répondait à leurs besoins. La plupart ont un accès raisonnable aux DME et, dans certains cas, aux bases de données régionales. Cela dit, il y a un espace significatif pour améliorer l'accès dans certaines provinces, et bien que des discussions initiales soient en cours dans certaines provinces, le

partage entre provinces et territoires est très limité. Un DME lié à l'AMM n'est pas disponible dans la plupart des provinces et territoires, bien qu'il soit exploré ou développé dans certains cas, et l'utilisation de lettres standardisées est également limitée. Dans certains cas, une expansion supplémentaire des systèmes existants et de l'accès serait bénéfique pour mieux traiter les patients ayant des complexités accrues, les patients qui n'ont pas une mort naturelle raisonnablement prévisible, ou, dans le futur, les patients pour lesquels un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Des programmes plus larges aideront à améliorer l'efficacité, réduisant ainsi la duplication des demandes actives de patients dans plusieurs lieux ou les demandes précédentes inconnues des évaluateurs actuels.

Recommandation 5 : Gestion de cas pour les patients ayant des complexités supplémentaires

Impliquer et utiliser des travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas, des navigateurs et/ou des coordinateurs de l'AMM. Assurer que les rôles et responsabilités de la gestion de cas sont clairs. Cela aidera les patients à naviguer ou à les relier à d'autres agences et services (y compris, mais sans s'y limiter, les ressources en santé mentale, le logement, l'insécurité alimentaire, la traduction, les ressources de deuil, et les processus de services sociaux) en utilisant une approche tenant compte des traumatismes.

Cette recommandation a répondu aux besoins de la plupart des provinces et territoires. La plupart ont mis en place un processus de gestion de cas, bien que pas toujours formalisé, pour les patients de l'AMM, ce qui leur permet de fournir ou de relier le patient aux services existants, et, le cas échéant, de mettre fin à l'engagement. La manière dont cela est géré diffère dans une certaine mesure, en fonction de la taille de la province ou du territoire, de l'ampleur des services disponibles, de l'existence d'une équipe interdisciplinaire et des autres systèmes en place.

Recommandation 6 : Connexion aux ressources établies

Offrir des occasions pour l'identification de crises, l'intervention en cas de suicide et la formation tenant compte des traumatismes pour les membres de l'équipe de coordination de l'AMM, et établir un programme de transfert chaleureux pour les situations de crise. Les membres de l'équipe doivent être au courant des programmes existants et avoir la capacité de connecter les patients à l'admission pour ces services.

La plupart des provinces et territoires estiment que cette recommandation répond à leurs besoins et ont un processus établi pour connecter les patients aux ressources établies, ayant fait ou explorant des formations supplémentaires au besoin.

Recommandation 7 : Partager les meilleures pratiques et ressources

Les coordinateurs de l'AMM sont encouragés à avoir des occasions régulières de partage à travers des réunions formelles, au moins une fois par an, mais aussi de manière informelle à travers des réseaux et des forums en ligne sécurisés comme le Forum des coordinateurs de l'AMM de l'ACEPA disponible pour les membres de l'ACEPA. Ces réunions informelles et

formelles offrent une occasion de partager des processus, des outils et des ressources, de signaler les lacunes et les pratiques exemplaires et de partager ces apprentissages avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéraux afin que des changements itératifs avec une réflexion et une modification substantielles puissent se produire au fil du temps et d'une manière qui reflète l'expérience pratique.

Encore une fois, la majorité des provinces et territoires estiment que cette recommandation répond à leurs besoins. Les responsables opérationnels de la plupart des provinces et territoires se rencontrent déjà régulièrement, généralement au moins une fois par trimestre; cependant, il peut s'agir d'une approche très différente en fonction de la taille de l'équipe, de la composition régionale, et de la province ou du territoire. Dans certains cas, ils rencontrent également leur gouvernement provincial ou territorial et pourraient utiliser ces connexions pour partager les pratiques et ressources exemplaires. Il peut y avoir des obstacles financiers et autres à la tenue de certaines de ces réunions. Les réunions nationales, telles que la conférence de l'ACEPA, offrent une bonne occasion pour les responsables opérationnels et les équipes de l'AMM de partager les pratiques exemplaires, d'identifier les lacunes et les défis, et de tirer parti des expériences des autres provinces et territoires.

Recommandation 8 : Établir/maintenir des stratégies de rétention et de soutien

Reconnaître à tous les professionnels fournissant des services liés à l'AMM que ce travail est difficile et émotionnellement éprouvant. Établir et maintenir des pratiques de travail sécuritaires et un accès à des programmes d'assistance qui engagent et soutiennent le personnel.

Presque toutes les provinces et territoires estiment que cette recommandation répond à leurs besoins et ont établi des stratégies de rétention et un soutien pour leurs équipes d'AMM. Cela inclut une reconnaissance que ce travail peut être difficile et émotionnellement éprouvant et peut créer des tensions, dans certains cas, pour ceux dont le travail a été axé sur la création d'accès aux services. L'occasion de participer à des séances de débriefage et de vérification, ainsi que le soutien approprié pour l'équipe, est cruciale. Comme pour tous les membres du personnel de la santé, une conception du travail qui diminue le risque d'épuisement professionnel (considération de la charge de travail, du contrôle, de la récompense, de l'équité, de l'alignement avec les valeurs et du sentiment de communauté), et un soutien pour le développement professionnel devraient être disponibles.

Recommandation 9 : Élaborer des formulaires d'admission standardisés pour l'AMM

Établir un formulaire d'admission à l'AMM standardisé et, si nécessaire, un formulaire de référence pour les soins primaires standardisé et/ou un formulaire d'historique de santé du patient pour les soins primaires.

Cette recommandation a répondu ou pourrait répondre aux besoins de presque toutes les provinces et territoires. La plupart ont déjà ou travaillent à l'élaboration de formulaires d'admission à l'AMM standardisés, et certains utilisent un formulaire pour les soins primaires. Dans les provinces et territoires où il n'y a pas de formulaire pour les soins primaires, le

prestataire de soins primaires devrait être tenu informé de manière appropriée par d'autres canaux. Les formulaires existants ont été ou sont en cours de mise à jour pour inclure des détails supplémentaires qui aideront avec les demandes ayant une complexité accrue.

Recommandation 10 : Soutien financier

Un financement permettant un programme de coordination de l'AMM robuste, incluant tous les aspects de l'admission, de l'évaluation et de la prestation de l'AMM. Cela inclut le financement des services des infirmières praticiennes sans restriction géographique, de population ou de rôle. Le financement des déplacements pour les cliniciens, en tenant compte du temps, du coût et de l'efficacité, est vital. Le financement doit également soutenir les infirmières pour l'établissement d'un accès intraveineux avec intégration dans tous les milieux (soins aigus, soins communautaires, soins de longue durée), permettre l'accès à des équipements avancés d'accès veineux (par exemple, dispositifs intraosseux ou échographie), englobant le développement professionnel, et impliquer les apprenants et mentors, ainsi que soutenir la consultation des cliniciens avec des experts. De plus, le financement doit soutenir l'établissement d'un comité de révision de cas volontaire (non contraignant) (voir la recommandation 11).

Bien que la plupart des provinces et territoires conviennent que c'est une mesure appropriée, beaucoup indiquent que le financement est insuffisant pour la prestation actuelle et présente parfois des restrictions; des investissements supplémentaires sont donc nécessaires dans de nombreux domaines, y compris le développement professionnel et l'engagement des apprenants et des mentors. Dans certains cas, des travaux sont en cours avec les ministères provinciaux/territoriaux pour combler les lacunes dans la réalisation des objectifs identifiés pour ces recommandations. Dans certaines provinces ou territoires où le financement est jugé acceptable, il a été noté que la capacité et la pression pour participer à d'autres formations et possibilités de développement jouent également un rôle dans la capacité à soutenir le programme d'AMM. En outre, les lacunes qui existent peuvent être significatives et préjudiciables à la prestation des services aux patients.

Recommandation 11 : Accès à l'expertise et apprentissage continu

Encourager et soutenir les évaluateurs et prestataires de l'AMM existants et potentiels pour compléter le curriculum canadien d'AMM et participer à des panels d'experts volontaires (non contraignants) qui fournissent soutien, mentorat, ressources, et une communauté de pratique, selon les besoins et les disponibilités. L'adhésion à l'ACEPA est encouragée pour offrir aux cliniciens des occasions de réseautage et d'apprentissage.

Presque toutes les provinces et territoires ont indiqué que cette recommandation répond à leurs besoins, et, dans certains cas, une occasion de révision de cas existe déjà ou est en cours de développement. Il est important de noter que bien que le prestataire de soins primaires ou le spécialiste d'un patient puisse fournir une évaluation, il est peu probable que tous aient complété le curriculum d'AMM. Occasionnellement, certaines autorités sanitaires ont réussi à

obtenir des financements pour des panels de révision de cas, ce qui a été utile. Sans financement, ces panels peuvent être plus informels.

Fiches de suivi des évaluations et des actions

Éléments clés du programme coordonné d'AMM

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
1. Engagement auprès des Autochtones					
1. Des propositions pour un accompagnateur en santé mentale et un aîné en résidence pour soutenir les patients autochtones sont des concepts explorés dans certaines communautés.					
2. Promotion de discussions intercommunautaires entre les groupes autochtones en raison de divergences de croyances au sujet de l'AMM.					

3. Établissement de relations, sans commencer par l'AMM.					
4. Ressources du système de santé fédéral pour les Autochtones disponibles dans les systèmes provinciaux.					
5. Approche au cas par cas.					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

2. Établir et maintenir un système de coordination de l'AMM robuste

1. Un mandat défini précisant la portée du programme, les rapports et la responsabilité du programme, la structure de prise de décision, le financement, les responsabilités, l'intégration, puis le financement de ce mandat défini.					
2. Un groupe interdisciplinaire de professionnels ayant une expertise en AMM. Cela inclut des responsables cliniques et opérationnels, des coordinateurs/ navigateurs, des infirmières autorisées, des travailleurs sociaux agréés, des médecins et des infirmières praticiennes évaluateurs et prestataires de l'AMM, des professionnels du soutien administratif, des TI, de la					

<p>confidentialité, de la qualité, de la gestion de projet et de la recherche.</p>					
<p>3. Une définition cohérente du rôle de coordinateur/navigateur de l'AMM devrait être appliquée. Ce sont des professionnels de la santé réglementés qui soutiennent l'accueil, le triage, la coordination, la collecte des dossiers et le soutien des patients tout au long de leur parcours d'AMM.</p>					
<p>4. Un processus d'accueil robuste et standardisé pour les patients, facilité par les navigateurs/coordonateurs de l'AMM, réduisant ainsi le fardeau administratif des évaluateurs.</p> <p>Le processus mesure le temps entre la demande initiale et le décès, et s'assure que les processus permettent flexibilité et efficacité, éliminant ainsi les obstacles à l'accès.</p>					

<p>5. Soutien pour que les navigateurs/coordonateurs et évaluateurs de l'AMM aient accès à tous les systèmes de dossiers de santé provinciaux/régionaux disponibles pour recueillir les informations appropriées afin de soutenir l'évaluation de l'admissibilité.</p>					
<p>6. Soutien administratif et technique pour construire un système de dossiers de patients, faciliter l'accès aux recommandations, mises à jour de statut, évaluations précédentes et tout dossier médical collecté pour améliorer l'efficacité et réduire la duplication. Le transfert sécurisé d'informations par courriel est essentiel, car un système est requis qui soit portable, convivial, rapide, et efficace, et qui s'intègre aux pratiques de travail typiques en comprenant que de nombreux évaluateurs travaillent dans d'autres parties de notre système de santé.</p>					

<p>7. Soutien pour la formation supplémentaire du personnel en lien avec le soutien des patients ayant des troubles mentaux, des complexités et des vulnérabilités.</p>					
<p>8. Connexion avec les services de crise pour un transfert en douceur de tout patient en crise aiguë cherchant des soins.</p>					
<p>9. Les professionnels de l'AMM, y compris les évaluateurs, prestataires et coordinateurs/navigateurs, devraient s'intégrer aux cliniciens établis dans le cercle de soins du patient lorsque cela est approprié.</p>					
<p>10. Des indicateurs définis incluant, sans s'y limiter : le nombre de recommandations, le temps de traitement des recommandations, le temps de connexion avec un évaluateur, le résultat de la recommandation, le temps jusqu'au résultat, les ressources requises.</p>					

<p>11. Soutiens à la traduction, à l'interprétation et à la communication financés et universellement disponibles.</p>					
<p>12. Informations pour les patients disponibles en ligne et en version imprimée, dans les langues les plus courantes de la région en plus des langues officielles du Canada.</p>					
<p>13. Soutien gouvernemental et financement pour un système de coordination robuste, le soutien aux patients, les professionnels et l'infrastructure nécessaires pour soutenir ce système.</p>					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

3. Un processus d'admission cohérent

<p>1. Comprendre la complexité de ce travail garantit que les tâches d'évaluation sont effectuées par des médecins/infirmières praticiennes, la navigation/la coordination par des professionnels de la santé réglementés ayant une formation avancée en AMM. Les responsables opérationnels incluent des professionnels de la santé ayant une expertise en gestion des opérations et/ou en développement de programmes, et les rôles de leadership clinique incluent les évaluateurs et prestataires de l'AMM.</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>2. Une approche « sans fausse route » devrait être adoptée. La reconnaissance de la demande sensible faite pour soutenir les patients nécessite de poser des questions difficiles une seule fois avant de recevoir des informations de soutien.</p>					
<p>3. Une approche intégrée des soins qui reconnaît les ressources limitées en expertise en AMM et permet la coordination/l'évaluation/le soutien infirmier pour accompagner les patients dans tout milieu de soins aux fins d'évaluation et de prestation de l'AMM.</p>					
<p>4. Engagement des prestataires de soins primaires pour assurer le partage des informations et le soutien intégré du patient dans son parcours d'évaluation pour l'AMM.</p>					

<p>5. Les navigateurs/ coordinateurs de l'AMM sont dotés des outils, du temps et des ressources nécessaires pour recueillir des informations et des documents de soutien qui aideront à évaluer l'admissibilité d'un patient demandant l'AMM.</p>					
<p>6. Les navigateurs/ coordinateurs et évaluateurs de l'AMM disposent des ressources informatiques nécessaires pour accéder à tous les systèmes de dossiers provinciaux/régionaux disponibles et stocker les dossiers/évaluations précédentes dans le DME provincial, accessible à tout membre de l'équipe faisant partie du cercle de soins du patient.</p>					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

4. Soutien provincial/territorial pour l'accès aux technologies de l'information

1. Établissement/entretien d'un système de courriel sécurisé permettant le transfert d'informations personnelles de santé entre cliniciens de manière sécurisée. Les cliniciens devraient avoir un accès gratuit à ce système et une personne/organisation désignée pour faciliter leur inscription afin de ne pas décourager l'utilisation.					
2. Un DME spécifique à l'AMM devrait être mis en place pour suivre les demandes, partager des informations sur les demandes précédentes ou les documents recueillis lors des demandes antérieures. Cela pourrait également être utilisé pour aider au suivi des patients, ce qui soutiendra également la surveillance fédérale de l'AMM.					

<p>3. Les recommandations électroniques pourraient également être facilitées par l'utilisation d'un système de DME provincial/régional spécifique aux références liées à l'AMM. Cela soutiendrait également l'organisation en tant que gardien des soins de santé, réduisant ainsi le fardeau des évaluateurs indépendants qui doivent mettre en place des systèmes de gestion des dossiers indépendants des organisations formelles lorsque ceux-ci n'existent pas.</p>					
<p>4. Les évaluateurs et les prestataires de l'AMM utiliseraient l'accès au DME pour obtenir les informations recueillies par les navigateurs/coordonateurs de l'AMM.</p>					

<p>5. Établissement de lettres standardisées à fournir à chaque patient et à leur clinicien référent, si approprié, ou à leur prestataire de soins primaires sur le résultat de leur évaluation. Cela inclurait qui contacter pour la prestation pour les patients admissibles, la justification de l'inadmissibilité pour les patients non admissibles, et toute recommandation pour soutenir une future référence ou pour réduire les souffrances actuelles.</p>					
<p>6. Expansion des systèmes existants et accès amélioré pour mieux répondre à la Voie 2, ou TM-SPMI.</p>					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

5. Mise en place de la gestion de cas pour les patients de la Voie 2

<p>1. Les gestionnaires de cas seraient des navigateurs /coordinateurs de l'AMM désignés pour ce rôle. Ils utiliseraient les compétences des navigateurs/coordinateurs ayant une formation avancée en troubles mentaux et des travailleurs sociaux qui, de par leur formation professionnelle, possèdent des compétences avancées pour naviguer dans les programmes de soutien et appuyer les patients.</p>					
<p>2. Les gestionnaires de cas/travailleurs sociaux pourraient soutenir les patients qui ont du mal à faire face à leur demande d'AMM, ou les orienter vers des agences et services sociaux ou de soutien plus larges, les aider dans les processus</p>					

de logement ou de services sociaux, ou les mettre en lien avec des ressources pour l'insécurité alimentaire.					
3. Les gestionnaires de cas aideraient les patients à compléter les processus d'admission qui nécessitent que le patient remplisse ou recueille des informations.					
4. Les gestionnaires de cas offriraient de la stabilité tout au long du processus et un lien avec une seule personne ou une petite équipe. Cela permettrait aux patients de savoir qui appeler, de répondre à leurs questions sur le processus et d'être un point de repère constant tandis que les évaluateurs et les consultants travaillent à fournir leur expertise pour l'évaluation du patient.					

<p>5. Les gestionnaires de cas aideraient en reliant les patients à toutes les ressources en santé mentale disponibles qui pourraient répondre à leurs besoins.</p>					
<p>6. Les gestionnaires de cas utiliseraient une approche tenant compte des traumatismes, écouterait les histoires des patients et les impliqueraient activement dans le processus, agissant en tant que ressource et soutien.</p>					
<p>7. Fournir des connexions et des possibilités pour une thérapie du deuil.</p>					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

6. Connexion aux ressources établies

1. Tous les membres de l'équipe au sein d'un centre de coordination de l'AMM devraient être formés à l'identification des crises et être capables de faire un transfert en douceur vers des programmes d'intervention en cas de crise déjà établis.					
2. Les services de coordination des soins devraient être informés des programmes provinciaux/territoriaux pour orienter les patients vers des services de soins primaires ou des listes d'attente, et être capables de soutenir un patient avec un transfert en douceur vers les services d'accueil établis pour ces services.					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

7. Partager les meilleures pratiques et ressources

<p>1. Une réunion annuelle des responsables opérationnels devrait être établie, et les membres encouragés à partager les processus, outils et ressources.</p>					
<p>2. Partager un rapport des réunions des responsables opérationnels pour identifier les lacunes et les meilleures pratiques, et transmettre ces apprentissages aux gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral afin que des changements itératifs, avec une réflexion et des modifications substantielles, puissent se produire au fil du temps et de manière à refléter l'expérience pratique.</p>					

3. Participer à des réunions nationales, telles que la conférence de l'ACEPA, qui offrent une bonne occasion pour les responsables opérationnels et les équipes de l'AMM de partager les meilleures pratiques, d'identifier les lacunes et les défis, et de tirer parti des expériences d'autres provinces et territoires.

--

--

--

--

--

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

8. Établir/maintenir des stratégies de rétention et de soutien

1. Reconnaissance que ce travail peut être difficile et émotionnellement éprouvant.					
2. Établissement/entretien de pratiques de travail sécuritaires qui protègent le personnel/les cliniciens contre les comportements abusifs.					
3. Accès aux programmes d'aide au personnel.					

<p>4. Soutien à la conception des postes pour réduire le risque d'épuisement professionnel (prise en compte de la charge de travail, du contrôle, de la reconnaissance, de l'équité, de l'alignement avec les valeurs et du sentiment d'appartenance à une communauté).</p>					
<p>5. Soutien au développement professionnel continu par l'adhésion à des associations professionnelles, la participation à des événements de formation, et l'accès à des opportunités éducatives continues.</p>					
<p>6. Participation à des séances de débriefage et à des suivis, ainsi que des ressources appropriées pour l'équipe.</p>					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

9. Élaborer des formulaires d'admission standardisés pour l'AMM

1. Formulaire de demande/santé/admission du patient					
2. Formulaire du fournisseur de soins primaires					
3. Formulaires mis à jour en préparation pour l'AMM TM-SPMI.					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
10. Soutien financier					
1. Financement pour un programme de coordination de l'AMM robuste.					
2. Financement pour les services professionnels des infirmières praticiennes, sans restriction géographique, de population ou de rôle en ce qui concerne l'AMM, dans le cadre de la pratique provinciale des infirmières praticiennes.					

<p>3. Soutien aux déplacements, incluant la prise en compte du temps professionnel ainsi que du mode de transport le plus efficace et des coûts associés (ex. : avion, traversier, automobile, train).</p>					
<p>4. Financement pour soutenir les infirmières dans l'établissement d'un accès intraveineux en dehors des établissements de soins aigus. Reconnaissant que certains employeurs limitent la pratique en raison d'objections de conscience, la possibilité d'embaucher des infirmières pour cet objectif permet d'augmenter l'accès.</p>					

<p>5. Financement pour les Centres de coordination afin d'accéder à et d'utiliser des équipements avancés pour l'accès veineux (ex. : intraosseux, échographie, etc.).</p>					
<p>6. Financement pour le développement professionnel afin de soutenir les meilleures pratiques et la résilience.</p>					

<p>7. Soutien financier pour tous les aspects de l'évaluation de l'AMM, y compris la révision des dossiers, la planification, la documentation, la collecte et le retour des médicaments, etc.</p>					
<p>8. Soutien financier pour engager les apprenants et les mentors.</p>					

<p>9. Soutien financier pour la consultation des cliniciens avec des consultants spécialisés dans les conditions causant de la souffrance ou dans l'évaluation avancée de la capacité.</p>					
<p>10. Financement pour soutenir une table volontaire non contraignante pour les cas complexes (voir la recommandation #11).</p>					

Notes :

	État - J'ai cela - J'ai besoin de cela - J'en ai besoin mais cela nécessite du travail	Action requise	Ressources à accéder	Ceci implique-t-il des changements en matière de financement?	Qui dans ma province/mon territoire doit être impliqué dans ce travail?
--	--	-----------------------	-----------------------------	--	--

11. Accès à l'expertise et apprentissage continu

<p>1. Les évaluateurs et les prestataires, ainsi que les évaluateurs et prestataires potentiels, devraient être encouragés à compléter le Programme canadien d'AMM – l'un des principaux produits éducatifs de l'ACEPA.</p>					
<p>2. Établissement de comités de révision de cas volontaires (non contraignants) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solliciter des conseils sur des patients complexes. • Recevoir le soutien d'un groupe de pairs, favorisant ainsi la résilience. • Bénéficier des recommandations de 					

professionnels supplémentaires dans des cas complexes.

- Développer le potentiel de leadership chez les cliniciens.
- Soutenir les initiatives d'amélioration continue de la qualité.
- Établir un meilleur accès aux consultations d'expertise et aux recommandations pour réduire la souffrance.
- Soutenir les relations de mentorat et développer des réseaux entre communautés et régions.
- Utiliser les services de coordination de l'AMM pour trier et ainsi maximiser la disponibilité de l'expertise.

Notes :