

Rapport du Président-directeur général pour la Commission sur les soins de fin de vie


YVAN GENDRON
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

15 JUIN 2016




Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Rapport du
Président-directeur général pour
la Commission sur les soins de
fin de vie



YVAN GENDRON
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

INTRODUCTION DES ÉLÉMENTS DE LA LOI ET DES OBLIGATIONS

La *Loi concernant les soins de fin de vie*, aussi connue sous le nom de *Projet de loi 52*, a été adoptée le 5 juin 2014, et est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Cette loi donne une vision globale et intégrée des soins palliatifs et de fin de vie.

À l'occasion de ce premier rapport, il est important, dans un premier temps, de faire le survol des éléments qui constituent le fondement de cette offre de services s'adressant à la clientèle désirant bénéficier d'une offre de services adaptée à ses besoins de soins de fin de vie.

La *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des personnes en fin de vie et de leurs proches. (art. 8)

Le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine les orientations guidant un établissement dans l'organisation des soins de fin de vie, y compris celles dont l'établissement doit tenir compte dans l'élaboration de la politique portant sur les soins de fin de vie. (art. 19)

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis des orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins de fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Plus récemment, elles incluent aussi les nouvelles balises promulguées par la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

Trois valeurs fondamentales doivent guider l'ensemble des services offerts en soins palliatifs et de fin de vie au Québec, soit :

- le respect de la valeur intrinsèque de chaque personne comme individu unique, le respect de sa dignité, ainsi que la reconnaissance de la valeur de la vie et du caractère inéluctable de la mort;
- la participation de la personne à toute prise de décision la concernant. À cette fin, toute décision doit recevoir le consentement libre et éclairé de la personne et se prendre dans le respect de son autonomie. Selon sa volonté, elle est informée de tout ce qui la concerne, y compris de son état véritable et du respect qui sera accordé à ses choix;
- le droit à des services empreints de compassion de la part du personnel soignant, qui soient respectueux des valeurs conférant un sens à l'existence de la personne et qui tiennent compte de sa culture, de ses croyances et ses pratiques religieuses, sans oublier celles de ses proches.

De ces valeurs partagées découlent quatre principes directeurs devant guider les gestionnaires et les intervenants de l'établissement dans leurs actions :

- la personne présentant une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau de la santé et des services sociaux pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté;

- les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification, de l'organisation et de la prestation des services, afin d'assurer un accompagnement de qualité adapté à la condition de la personne en fin de vie, et ce, dans une approche collaborative;
- le maintien et l'accompagnement des personnes jusqu'à la fin de leur vie dans leur communauté, si elles le souhaitent et si leur condition le permet, doivent être privilégiés;
- le soutien accordé aux proches pendant l'évolution de la maladie s'avère incontournable puisqu'il constitue un élément fondamental de l'approche préconisée.

CE QUE LA LOI PRÉVOIT

Tout établissement doit offrir les soins de fin de vie et veiller à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

Lorsqu'une personne en fin de vie requiert d'un établissement des soins palliatifs à domicile, mais que sa condition ou son environnement ne permet pas de les lui fournir adéquatement, l'établissement doit lui offrir de l'accueillir dans ses installations ou de la diriger vers un autre établissement ou vers une maison de soins palliatifs qui est en mesure de répondre à ses besoins. (art. 11)

Les soins palliatifs et de fin de vie doivent être offerts aux usagers, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestation de soins, selon les dispositions législatives.

L'établissement doit élaborer une procédure de transfert vers ses installations ou vers une maison de soins palliatifs pour une personne à qui il est dans l'impossibilité de prodiguer des soins de fin de vie à domicile.

Tout établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie.

Le code d'éthique adopté par un établissement en vertu de l'article 233 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* doit tenir compte des droits des personnes en fin de vie. (art. 10).

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) doit, en collaboration avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement, adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (art. 33)

Le CMDP ou son comité compétent évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables. (art. 34)

Le président-directeur général de l'établissement doit, chaque année, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de cette politique. Le rapport doit notamment indiquer le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs, le nombre de sédations palliatives continues administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées, le nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.

Le rapport doit également indiquer, le cas échéant, le nombre de sédations palliatives continues et d'aides médicales à mourir administrées à domicile ou dans les locaux d'une maison de soins palliatifs par un médecin à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Pour les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, le président-directeur général d'un établissement doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement son rapport tous les six mois. L'établissement le transmet, le plus tôt possible, à la Commission sur les soins de fin de vie et le publie sur son site Internet. (art. 73)

CE QUE LA LOI PRÉVOIT EN MATIÈRE DE CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉS

Pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie;
- Être majeure et apte à consentir aux soins;
- Être en fin de vie;
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- Se trouver dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge tolérables. (art. 26)

Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit entre autres être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le médecin doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (art. 24)

MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS

Voici les différentes activités réalisées par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au cours des six derniers mois :

- Détermination de la direction responsable soit la Direction des services professionnels de l'application de la loi sur les soins de fin de vie;
- Développement d'un programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie;
- Adoption du programme par le comité de direction du CIUSSS-EMTL;
- Formation de 1 099 médecins et professionnels;
- Élaboration du protocole interdisciplinaire 5011 - Aide médicale à mourir et d'une ordonnance individuelle préformatée 3460 - Aide médicale à mourir;
- Élaboration du protocole interdisciplinaire 5012 - Sédation palliative continue et d'une ordonnance individuelle préformatée 3461 - Sédation palliative continue;
- Élaboration d'un registre de gestion de la pharmacothérapie pour l'aide médicale à mourir;
- Publication d'informations relatives aux soins de vie sur le site web du CIUSSS à l'adresse suivante : <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/soins-services/soins-fin-de-vie/>

- Élaboration d'une section Soins de fin de vie sur l'intranet du CIUSSS-EMTL où sont déposés différents outils de travail;
- Adaptation du code d'éthique afin de tenir compte des besoins de cette clientèle;
- Mise sur pied d'un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour l'aide médicale à mourir.
- Formation d'un comité directeur des soins palliatifs de fin de vie formé des intervenants suivants:
 - Chef adjoint du département de pharmacie, volet pratique pharmaceutique, enseignement, recherche, partenariat et usage optimal du médicament
 - Chef du service de soins palliatifs
 - Conseillère à l'éthique
 - Coordinateur médical au programme d'oncologie
 - Coordinatrice clinique programme d'oncologie
 - Coordinatrice médicale du programme de soins palliatifs
 - Directeur adjoint développement et programmes spécifiques – Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
 - Directeurs adjoints volet communauté
 - Directeur adjoint volet pratiques et excellence en soins infirmiers
 - Directeur des services professionnels
 - Directrice adjointe volet administratif, accueil clinique et mécanismes d'accès communications
 - Directrice adjointe volet communauté
 - Directrice adjointe volet hospitalier et mécanismes d'accès
 - Directrice des soins infirmiers
 - Directrice du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
 - Médecin gastroentérologue
 - Médecin omnipraticien aux soins palliatifs
 - Présidente de l'exécutif du CMDP

GROUPE INTERDISCIPLINAIRE (GIS)

Dans le cadre de la *Loi sur les soins de fin de vie*, le MSSS a recommandé à chacun des CIUSSS, CIUSSS, CHU et Instituts de mettre en place au sein de leur organisation un Groupe Interdisciplinaire de Soutien (GIS). Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a donc intégré le GIS au sein de sa structure organisationnelle. Le Président-directeur général a désigné la Présidente-directrice générale adjointe, coordonnatrice du GIS.

Le GIS offre un soutien clinique, administratif, légal et éthique de proximité aux professionnels de la santé impliqués dans l'offre de l'Aide médicale à mourir (AMM). Il accompagne également les équipes interdisciplinaires dans le cheminement clinique et administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, aussi bien en établissement que hors établissement pour les patients en communauté. De plus, un soutien est offert aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Le GIS offre le **soutien aux cliniciens** :

- Soutien au médecin traitant qui reçoit une demande d'AMM d'un patient ;
- Soutien technique au médecin traitant pour l'administration de l'AMM ;
- Organisation du soutien psychosocial aux patients qui ont formulé une demande ainsi qu'à leurs proches que cette demande soit admissible ou non ;
- Organisation du soutien psychologique aux professionnels ;
- Soutien à Président-directeur général et au Directeur des Services professionnels- à la création d'un réseau de professionnels suppléants et de consultants/seconds médecins.

Le GIS offre l'**encadrement et le suivi des activités** :

- Révision annuelle de l'ensemble des activités;
- Propositions d'amélioration du processus;
- Participation à une table nationale de l'ensemble des GIS - communication et partage - fils de discussion et courriels - communauté de pratique.

Le GIS offre le **soutien à l'information s'adressant aux intervenants et aux citoyens**;

- Aide à l'implantation et à la formation.

Le GIS offre le **soutien administratif**

- Participation, rédaction et mise à jour du protocole clinique sur l'AMM du CMDP;
- Soutien à l'acheminement des différents formulaires;
- Soutien à la rédaction des rapports annuels;
- Participation, rédaction et mise à jour de la politique et du programme de soins de fin de vie.

Le GIS est composé des intervenants suivants :

- Aidant naturel
- Conseillères en éthique (2)
- Conseillères juridiques (2)
- Coordinatrice médicale du programme de soins palliatifs
- Infirmière
- Infirmières en soins palliatifs (2)
- Intervenant en soins spirituels
- Médecins (4)
- Médecin-interniste
- Patient partenaire
- PDGA
- Pharmacien
- Proche patient
- Psychiatre
- Psychologue
- Travailleurs sociaux (2)

Afin de s'assurer d'une plus grande flexibilité de mobilisation, le GIS a convenu de former un exécutif formé de quelques membres qui se rendent disponibles en tout temps auprès des personnes qui sollicitent leur soutien. Cet exécutif a d'ailleurs été contacté à plusieurs reprises, et ce, à la satisfaction des intervenants, de la clientèle et de leurs familles et de leurs proches. Leurs interventions s'effectuent tant préalablement, pendant et en suivi aux interventions. Ils participent à des rencontres téléphoniques des répondants en soins palliatifs de fin de vie, ainsi qu'à la communauté de pratique provinciale.

La direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques et la direction de l'enseignement soutiennent l'ensemble des intervenants du GIS dans la réalisation de leurs responsabilités.

Nous estimons qu'une démarche éthique est fort utile et suscite l'éveil à la sensibilité éthique de chacun et conséquemment en ce qui concerne l'approche et le soutien auprès des personnes vulnérables. Ainsi, nous nous assurons que le GIS a recherché dans tous les cas d'aide

médicale à mourir, la justesse des actions en permettant aux malades de s'exprimer en toute liberté.

PLAINTES FORMULÉES AUPRÈS DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ

Selon l'article 9.1, il existe une possibilité de recours juridique basé sur les critères d'éligibilité. Dans le cas où l'utilisateur est insatisfait du refus de son admissibilité à l'aide médicale à mourir, il doit être informé des recours légaux et pouvoir être dirigé vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. De plus, des précisions peuvent être obtenues en consultant les affaires juridiques du CIUSSS-EMTL.

Selon l'article 48 de la Loi 2, l'établissement est tenu de vérifier si la commissaire a reçu des plaintes et nous notons qu'aucune plainte n'a été formulée.

FORMATION

À la suite de l'adoption de la Loi, les besoins de formations offertes aux professionnels de notre établissement ont été évalués et font partie du Plan de développement 2015-2020. Il est fort important d'assurer tout le soutien nécessaire à nos intervenants à l'aide d'outils et de sessions de formation adaptés à leurs besoins.

En plus des quatre formations obligatoires dispensées en webinaire par le MSSS auxquelles ont participé 667 personnes, le CIUSSS-EMTL a offert d'autres sessions de formation, avec le même plan de formation, s'adressant à toute la communauté du CIUSSS. Les séances de formations spécifiquement sur l'aide médicale à mourir ont eu une durée d'environ deux heures.

Les formations ont rejoint les intervenants suivants :

Dates	Formation AMM	Nombre de personnes
2015		
3 décembre	Médecins	44
10 décembre	Médecins, Infirmières	18
2016		
27 janvier	Radio-oncologie, Infirmières	18
29 janvier	Médecins, Infirmières	98
11 février	Chirurgiens et résidents	36

26 février et 8 avril	Médecins, Commissaire aux plaintes et à la qualité, Infirmières, Résidents	218
9 mars	Hémato-oncologie, Personnel de laboratoire, Résidents, Étudiant, Infirmières	28
9 mars	Gastroentérologues et Infirmières	13
14 mars	ORL et Résidents	20
17 mars	Psychiatres et résidents	12
31 mars	Médecins et résidents	50
1 ^{er} avril	Pneumologues, Inhalothérapeutes, Infirmières	20
7 avril	Médecins, Infirmières, Travailleurs sociaux, Résidents	50
23 avril	Chirurgiens, Infirmières, Gestionnaires	226
17 mai	Chefs d'unité, assistantes-infirmières-chef (AIC), Coordinateurs de soins	72
26 mai	Chefs d'unité, assistantes-infirmières-chef (AIC), Coordinateurs de soins	176
TOTAL		1 099

Ces formations ont été organisées pour démystifier l'offre de services afin de soutenir les médecins et les membres des différentes équipes. Des membres du GIS, notamment une éthicienne-conseil, une avocate-conseil, un pharmacien et des médecins, ont assuré une présence à toutes les formations afin d'exposer le mandat du GIS, de répondre directement aux questions et d'assurer un suivi auprès des personnes ayant formulé des préoccupations.

DEMANDES RÉALISÉES

En vue de l'application de la *Loi sur les soins de fin de vie*, nous avons interrogé les médecins, sous forme de consultation confidentielle, afin de connaître leur opinion en vue d'être sollicités pour participer à l'aide médicale à mourir.

Voici les informations reliées aux activités de soins de fin de vie depuis l'implantation de ces activités.



Direction générale des services de santé et médecine universitaire

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice : 2015-2016

du : 2015-12-10

au : 2016-06-09

Activité	Information demandée	Site ou installation ⁶				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016. Informations complémentaires: * 262 = Nombre d'usagers suivis dans les lits dédiés en soins palliatifs, ** 275 = Nombre d'usagers suivis en cliniques externes de soins palliatifs, *** 430 = Nombre d'usagers suivis sur les unités de soins par l'équipe de soins palliatifs.	262* 275** 430***				NA
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.		294			NA
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile ³ pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.			582		NA
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs ⁴ pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016. Informations complémentaires: Nous n'avons pas de Maison de soins palliatifs dans notre CIUSSS.				N/A	NA
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées			A		6
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			B		19
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées			C		15
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁵ Informations complémentaires: 3 personnes ont changé d'avis et 1 personne est décédée avant l'administration du soin suite à une complication aigüe et inattendue liée à sa maladie.			D		4

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates des périodes à considérer pendant les dispositions transitoires (art. 73) seront les suivantes: du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016, du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016, du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017, du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017. L'établissement transmet, le plus tôt possible, le rapport à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 73).

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

N/A: n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système MED-ECHO, par exemple, a une Directive de codage — Soins palliatifs (21.3) — Classifications médicales MED-ECHO, en vigueur le 1^{er} avril 2006 et révisée le 1^{er} juillet 2013.

2 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV.

3 — Indiquer la source de données utilisées sur la ligne Informations complémentaires. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 — Services en soins palliatifs — Programme Santé physique.

4 — Indiquer la source de données utilisées sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 — Les motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir devront être indiqués dans le rapport sur la ligne Informations complémentaires. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le ministre.

6 — Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'usagers et non l'intensité des services.

A

Version en français : *Formulaire de consentement à la sédation palliative continue* — AH-880 DT 9231 (2015-12)

Version en anglais : *Continuous palliative sedation consent form* — AH-880A DT 9235 (2015-12)

B

Version en français : *Formulaire de demande d'aide médicale à mourir* — AH-881 DT 9232 (2015-12)

Version en anglais : *Request for medical aid in dying* — AH-881A DT 9236 (2015-12)

C

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1* — AH-882-2 DT 9233 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1* — AH-882A-1 DT 9239 (2015-12)

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2* — AH-882-2 DT 9223 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 2* — AH-882A-2 DT 9239 (2015-12)

D

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1* — AH-882-2 DT 9233 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1* — AH-882A-1 DT 9239 (2015-12)

Version en français : *Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir* — AH-883 DT 9234 (2015-12)

Version en anglais : *Opinion of second physician regarding the fulfillment of criteria for obtaining medical aid in dying* — AH-883A DT 9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne

ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Nous avons instauré un processus d'analyse ayant pour objectif but l'amélioration continue de la qualité de nos activités et interventions dans le respect de nos patients, de leurs familles et proches, ainsi que de nos intervenants.

L'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a fait une étude auprès de ses membres à la suite des premiers mois d'activités du programme. L'exécutif du CMDP propose des modifications de certains éléments des formulaires de demandes d'aide médicale à mourir, car certains peuvent porter à interprétation quant à l'information recueillie, mais n'ayant aucun impact sur l'offre de services. Ces propositions de modifications de formulaires seront transmises à la Commission sur les soins de fin de vie. Il est à noter qu'aucune proposition n'a trait à une problématique reliée à la procédure spécifique de sédation palliative continue ou d'aide médicale à mourir. Cette étude a permis d'évaluer la qualité de l'acte et avait pour objectif d'apporter les correctifs et les ajustements nécessaires.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'il fallait adapter notre processus d'appel téléphonique afin d'éviter un risque de bris de communication dans la demande d'intervention, et ce, pour les demandes de soutien par le GIS ou pour la réalisation d'une demande d'aide médicale à mourir. Ce qui nous permet d'assurer, sans risque de retard, le transfert de l'appel vers les personnes responsables du GIS en dehors des heures régulières de travail ou pendant les vacances. Il faut assurer une grande étanchéité au processus de demande d'aide médicale à mourir, afin de respecter le droit des individus à en faire la demande et aux intervenants de réaliser leurs responsabilités et actions conséquentes dans le temps requis en tout respect.

Nous constatons que notre stratégie de créer un exécutif du GIS afin d'être disponible pour les différentes demandes de soutien est tout à fait pertinente et fort appréciée. Il nous apparaît aussi évident qu'il faut assurer une saine représentativité du GIS élargi pour couvrir tous les professionnels ou intervenants concernés. La participation d'un patient partenaire qui aura été sélectionné selon des critères établis précédemment y est essentielle.

Il est à noter qu'il est fort important d'assurer une formation spécifique pour tous les intervenants. On note un très grand volume de personnes qui se sont présentées aux sessions de formation. Ceux-ci ont apprécié la formation reçue, les échanges réalisés ainsi que le soutien des formateurs et de leurs collègues. Cette activité est primordiale et doit être poursuivie. Les prochaines seront davantage orientées vers les intervenants les plus concernés par la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir.

Finalement, considérant que l'application du programme de soins de fin de vie s'effectue en même temps que la grande réforme des établissements de la santé et des services sociaux, il nous apparaît essentiel d'assurer une vigilance accrue dans le partage et le transfert des rôles et des responsabilités des différents intervenants. Cette stratégie a pour objectif la fluidité des interventions, la cohérence de nos actions, et l'étanchéité de nos procédures. Le tout, afin d'assurer une réalisation optimale des interventions dans le respect des droits de chacun, particulièrement de la personne qui fait la demande d'aide médicale à mourir, notre patient.

CONCLUSION

En tant que Président-directeur général, je tiens à souligner la contribution remarquable de l'ensemble des intervenants dans la réalisation des activités de soins de fin de vie. Tous ont démontré la sensibilité et le respect attendu par notre clientèle, leurs familles et leurs proches. Je les en remercie sincèrement.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 