



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Rapport Consultation des intervenants

Formulaire des directives médicales anticipées

17 Mars 2015

Rapport

Consultation des intervenants
Formulaire des directives médicales anticipées

Mars 2015

Remerciements

Direction

Brigitte Laflamme

Rédaction

Régina Lavoie

Table des matières

1. Mise en contexte	1
2. Méthodologie	1
2.1. Choix des participants	1
2.2. Déroulement général	1
3. Résultats.....	1
3.1. Taux de réponse.....	1
3.2. Profil des répondants.....	1
3.3. Réponses.....	2
3.3.1.Information générale.....	2
3.3.2.Mes directives médicales anticipées.....	2
3.3.3.Autres commentaires.....	3
4. Suivi	4
 Annexe 1 - Formulaire des directives médicales anticipées	5
Annexe 2 - Document réponses	10
Annexe 3 - Définition des soins	15
Annexe 4 – Liste des membres du Comité ministériel sur les DMA	16

1. Mise en contexte

La Loi sur les soins de fin de vie, adoptée en juin 2014, précise les droits relatifs aux soins de fin de vie ainsi que l'encadrement et l'organisation de ces soins. Elle introduit également le régime des directives médicales anticipées (DMA) à l'article 51 et aux suivants. Ce dernier stipule que « toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, au moyen de directives médicales anticipées, indiquer si elle consent ou non aux soins médicaux qui pourraient être requis par son état de santé au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir ».

Il a été confié à un comité ministériel (voir l'annexe 4) formé de représentants des milieux clinique, juridique et administratif, le mandat de soutenir la mise en place du régime des DMA, tout particulièrement d'identifier et de convenir d'une définition des contextes de soins pouvant faire l'objet de DMA, et de contribuer à l'élaboration du formulaire des DMA.

Un projet de formulaire étant développé, une consultation auprès d'intervenants et de gestionnaires a eu lieu afin de valider son contenu et, par la suite, d'amorcer une consultation citoyenne.

2. Méthodologie

2.1. Choix des participants

Pour une question de faisabilité, il a été convenu de solliciter des membres qui siègent aux différents comités sur la mise en place des modalités de la Loi ainsi que certains acteurs clés du réseau. Ces personnes provenaient du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences de la santé et des services sociaux, de divers milieux hospitaliers et de la première ligne. Elles provenaient de différents domaines : gestion, éthique, soins palliatifs, cardiologie, hématologie, neurologie, pneumologie, gériatrie, chirurgie.

2.2. Déroulement général

Le sondage s'est échelonné sur la période du 5 au 11 mars 2015. Les personnes consultées par courrier électronique ont reçu le projet de formulaire (voir l'annexe 1) accompagné d'un document réponses (voir l'annexe 2).

3. Résultats

3.1. Taux de réponse

Sur une possibilité de 33 personnes sollicitées, 8 ont fait part de leurs commentaires par écrit soit 24 %.

3.2. Profil des répondants

Médecins (6) et infirmières gestionnaires (2).

3.3. Réponses

3.3.1. Information générale

Question : À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, y a-t-il des formulations au plan clinique qui méritent plus de précisions ou encore être rédigées différemment?

Commentaires

- Excellent document, clair et précis.
- Ajouter un court paragraphe sur « Quand compléter ses DMA », en insistant sur le fait qu'il est judicieux de le faire à tout âge et qu'il est préférable de ne pas attendre une détérioration de son état de santé pour y penser.
- Souligner certains passages en caractères gras (ex. : consultez vos proches).
- La consultation citoyenne sera déterminante compte tenu de la complexité du sujet et du niveau de langage utilisé qui rend le formulaire difficile à comprendre pour une partie de la population.
- Risque que la personne qui remplit ses DMA ne comprenne pas l'impact de ses choix particulièrement pour la situation clinique de fin de vie.

3.3.2. Mes directives médicales anticipées

3.3.2.1. Situation clinique fin de vie

Question : À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que la définition de la situation clinique fin de vie est adéquate?

Commentaires

- Changer « même s'ils sont nécessaires au maintien de la vie » par « même s'ils peuvent être nécessaires au maintien de la vie ».
- Préciser également que la Loi permet déjà à une personne de refuser un soin ou une intervention même si ce soin s'avère nécessaire au maintien de sa vie.
- Préciser la définition de situation de fin de vie :
 - Durée : Quelques semaines ou quelques mois.
 - Fin de vie : Décès dans un avenir proche.

Question : À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que les soins identifiés relativement à la situation de fin de vie permettent de respecter les volontés exprimées par la personne concernant les traitements vitaux ayant un impact sur la durée de vie?

Commentaires

- Définir les traitements (voir l'annexe 3).
- Remplacer l'expression alimentation forcée ou artificielle par gavage (par un tube dans l'estomac). Commentaire fréquent.
- Enlever le choix de l'hydratation IV. En clinique, il existe des moyens efficaces de contrôler l'inconfort lié à la déshydratation sans recourir à l'hydratation IV, qui peut même devenir nuisible au confort.

- Ajouter une section pour une assistance par pression positive (CPAP, BiPAP). La ventilation non invasive devrait être spécifiée de façon séparée, car elle est différente de l'intubation endotrachéale avec ventilation mécanique.
- Un patient en arrêt respiratoire doit être intubé et ventilé autrement qu'avec un respirateur, les formulations aux soins A et B ne permettent pas de clarifier ce qui est désiré dans cette situation.
- Ajouter l'antibiothérapie dans les choix de traitement, car ce soin est souvent pertinent pour l'urgentologue à court terme.

3.3.2.2. Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives

Question : À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que la définition de la situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives est adéquate?

Commentaires

- Remplacer « une démence » par « une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence ».

Question : À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que les soins identifiés relativement à la situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives permettent de respecter les volontés exprimées par la personne concernant les traitements vitaux ayant un impact sur la durée de vie?

Aucun commentaire

3.3.2.3. Libellé sous la signature du déclarant

Question : En tant que clinicien qui devra appliquer les DMA, êtes-vous à l'aise avec le libellé que vous trouvez sous la signature du déclarant?

- Question concernant l'encadrement de l'autorisation du tiers à signer (ex. : pour un passeport, on voit un commissaire à l'assermentation).

3.3.3. Autres commentaires

- Crainte que les médecins soient obligés dans certaines circonstances d'offrir des soins futiles considérant la condition du patient.
- Le formulaire devrait être complété en présence d'un médecin et signé par le patient et le médecin, comme il se fait pour les niveaux de soins.
- Comment sauront les services préhospitaliers si le patient appartient à une des 2 catégories et comment auront-ils accès au registre en temps utile ?
- Pour les milieux d'urgence et préhospitaliers, ajouter une troisième situation soit un patient âgé ou malade qui ne répond pas aux deux autres situations et qui ne désire pas de réanimation ou de soins agressifs. Sans ajout d'une situation 3, l'arrivée des DMA sera peu utile dans ce milieu.
- Pourrait-il y avoir un moyen d'acheminer les DMA par voie électronique?

- Une personne qui n'a pas de condition médicale grave et incurable ou qui n'est pas en fin de vie, peut-elle faire des DMA si elle ne veut pas l'un des soins identifiés?

4. Suivi

On constate une certaine incompréhension de cette démarche qui est très personnelle, puisque certains mentionnent que le médecin devrait informer le patient et signer le formulaire. Il serait important de mentionner encore plus clairement que c'est l'entière responsabilité de la personne de remplir le formulaire même si elle peut consulter un professionnel.

Des questions demeurent à la suite de cette consultation, notamment :

- Considérant le taux de participation, doit-on prolonger la période de consultation des intervenants?
- En vue de la consultation citoyenne, doit-on présenter une version de formulaire en tenant compte des commentaires des intervenants ou s'en tenir à la même version que les intervenants?

Annexe 1 - Formulaire des directives médicales anticipées

5 mars 2015, 12 h

Identification de la personne

DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES EN CAS D'INAPTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS FORMULAIRE

IMPORTANT : Les directives que vous inscrirez dans ce formulaire pourraient avoir des conséquences sur votre vie. Avant de le remplir, lisez attentivement l'information générale ci-après et discutez-en avec vos proches. La section Directives médicales anticipées du site www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca contient également de l'information importante pour vous guider dans votre réflexion. Si, après avoir pris connaissance de l'information disponible sur le sujet, vous hésitez à exprimer un choix il est recommandé de consulter un professionnel de la santé, un notaire ou un avocat.

SECTION 1 – INFORMATION GÉNÉRALE

Que sont les directives médicales anticipées?

Selon la Loi concernant les soins de fin de vie, les directives médicales anticipées (DMA) consistent en un écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique si elle consent ou non à certains soins médicaux qui seraient envisagés alors qu'elle serait devenue inapte à consentir à des soins.

Qu'est-ce que l'inaptitude à consentir à des soins?

L'inaptitude à consentir à des soins survient lorsqu'une personne, en raison de son état de santé, n'est plus en mesure de comprendre l'information concernant son diagnostic, le traitement proposé, la procédure, les risques et les avantages des traitements, les soins alternatifs et, de prendre une décision en toute connaissance de cause.

Qui doit constater l'inaptitude à consentir à des soins?

Le médecin ayant besoin du consentement de la personne pour lui prodiguer des soins doit évaluer son aptitude à y consentir. Il doit également noter les résultats de son évaluation au dossier médical. Le médecin n'a pas besoin d'un jugement de la cour pour déclarer une personne inapte à consentir.

Que doit faire le médecin lorsqu'une personne devient inapte à consentir aux soins?

Si la personne inapte à consentir à des soins a exprimé ses volontés au moyen de DMA, le médecin n'a pas à obtenir le consentement d'un représentant, car elles ont la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir. Elles ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les soignants ont l'obligation de les respecter. Le représentant, quant à lui, doit s'assurer que les DMA soient respectées.

Toutefois, si la personne n'a pas formulé ses DMA, le médecin fera appel à son représentant, qui devra consentir aux soins envisagés ou les refuser. Il peut s'agir du représentant légal, du conjoint ou d'un proche, selon l'ordre prévu au Code civil. Ce représentant est tenu d'agir dans l'intérêt de la personne inapte et de respecter autant que possible les volontés qu'elle aurait pu exprimer alors qu'elle était apte à le faire.

Est-ce que l'on peut exprimer n'importe quelle volonté dans des DMA?

Non. Le formulaire limite la portée des DMA à des situations précises où l'on peut se demander si certains soins, pourtant nécessaires au maintien de la vie, sont toujours appropriés compte tenu de l'état de la personne. La Loi ne permet pas d'exiger des soins.

Comment s'assurer que ses DMA soient accessibles et respectées?

Bien que les DMA puissent être déposées au dossier médical, la meilleure façon de garantir qu'elles soient accessibles et respectées est de les enregistrer au Registre des DMA. Pour toute personne inapte à consentir à des soins, le médecin se doit de consulter le Registre des DMA pour vérifier s'il en existe.

Toutefois, dans des situations d'urgence où une rapidité d'intervention est nécessaire, il se pourrait que le personnel soignant ne puisse consulter le Registre avant de débiter les premiers soins.

Initiales _____ 1

5 mars 2015, 12 h

Identification de la personne

Est-il possible de modifier ses DMA?

Il est toujours possible de modifier ses DMA, et ce, tant que la personne est apte à consentir à des soins. Il suffit de remplir un nouveau formulaire et de l'acheminer au Registre des DMA ou de le déposer au dossier médical. La directive la plus récente sera la seule directive valide.

Peut-on avoir de l'aide pour remplir le formulaire?

Les personnes qui désirent être accompagnées dans leur démarche pour exprimer leurs volontés de soins ou qui ont besoin d'une aide physique pour remplir ce formulaire, peuvent consulter un des organismes dont les coordonnées se trouvent sur le site www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca ou faire le 1-888..... Il est également possible de consulter un professionnel de la santé, un notaire ou un avocat.

Existe-t-il d'autres formes d'expression de volonté?

Oui. Il existe différents moyens pour exprimer ses volontés. Les directives médicales anticipées constituent un moyen distinct avec leur formulaire propre. Pour plus de détails sur les autres formes d'expression de volonté, consulter le site Web www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca.

Vous avez des questions?

- Pour toute question de nature médicale, informez-vous auprès d'un professionnel de la santé.
- Pour toute question d'ordre juridique, n'hésitez pas à consulter un notaire ou un avocat.
- Pour plus d'information sur les DMA ou sur la Loi concernant les soins de vie de vie, consultez le site www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca.

Termes importants (à venir)

Définition des soins énoncés dans le formulaire :

Réanimation cardio-respiratoire :

Ventilation assistée par un respirateur :

Dialyse :

Hydratation et alimentation forcées et artificielles :

Initiales: _____ 2

5 mars 2015, 12 h

Identification de la personne

SECTION 2- MES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Les consentements ou les refus de soins que vous exprimez dans cette section ne s'appliqueront que si vous devenez inapte à consentir à des soins qui pourraient être médicalement indiqués dans les situations mentionnées ci-dessous.

Il s'agit de situations cliniques rencontrées de plus en plus souvent et où l'on peut questionner la pertinence de certains soins, même s'ils sont nécessaires au maintien de la vie. Ainsi, l'on considère qu'une personne apte peut décider à l'avance si elle consent ou refuse que ces soins lui soient prodigués si elle devenait inapte à consentir.

IMPORTANT : Les soins énoncés ci-dessous sont des traitements vitaux, par conséquent :

- Ne pas entreprendre ces soins ou les cesser pourrait diminuer la durée de votre vie.
- Consentir à ces soins pourrait prolonger la durée de votre vie, sans espoir d'amélioration de votre condition médicale.

Peu importe votre choix, les soins nécessaires pour assurer votre confort seront donnés, notamment pour le soulagement de la douleur.

Ces directives n'influencent pas les mesures temporaires de maintien des fonctions vitales qui sont nécessaires pour le don d'organe, si vous y avez consenti.

Pour chacun des soins, cochez la case (une seule) correspondant à votre volonté si ce soin est médicalement envisagé.

Situation de fin de vie

Si je souffre d'une condition médicale grave et incurable et je suis en fin de vie.

Soin A

- ☐ Je **CONSENS** à la réanimation cardio-respiratoire.
- ☐ Je **REFUSE** la réanimation cardio-respiratoire.

Soin B

- ☐ Je **CONSENS** à la ventilation assistée par un respirateur.
- ☐ Je **REFUSE** la ventilation assistée par un respirateur.

Soin C

- ☐ Je **CONSENS** à recevoir un traitement de dialyse.
- ☐ Je **REFUSE** de recevoir un traitement de dialyse.

Soin D

- ☐ Je **CONSENS** à l'alimentation forcée ou artificielle.
- ☐ Je **REFUSE** l'alimentation forcée ou artificielle.



Soin E

- ☐ Je **CONSENS** à l'hydratation forcée ou artificielle.
- ☐ Je **REFUSE** l'hydratation forcée ou artificielle.

☐

Initiales: _____ 3

5 mars 2015, 12 h

Identification de la personne

Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives

- Si je suis dans un état comateux jugé irréversible ou;
- Si je suis dans un état végétatif permanent ou;
- Si je souffre d'une atteinte très sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (par exemple, une démence à un stade avancé).

Soin A

- ☐ Je **CONSENS** à la réanimation cardio-respiratoire.
- ☐ Je **REFUSE** la réanimation cardio-respiratoire.

Soin B

- ☐ Je **CONSENS** à la ventilation assistée par un respirateur.
- ☐ Je **REFUSE** la ventilation assistée par un respirateur.

Soin C

- ☐ Je **CONSENS** à recevoir un traitement de dialyse.
- ☐ Je **REFUSE** de recevoir un traitement de dialyse.

Soin D

- ☐ Je **CONSENS** à l'alimentation forcée ou artificielle.
- ☐ Je **REFUSE** l'alimentation forcée ou artificielle.

Soin E

- ☐ Je **CONSENS** à l'hydratation forcée ou artificielle.
- ☐ Je **REFUSE** l'hydratation forcée ou artificielle.

Initiales _____ 4

5 mars 2015, 12 h

Identification de la personne

SECTION 3 –

SIGNATURES

Pour que vos DMA soient valides, vous devez signer le formulaire devant 2 témoins.

En cas d'incapacité physique à signer ce formulaire, vous devez autoriser un tiers à le faire en présence des témoins.

En apposant votre signature vous confirmez être majeur(e) et apte, et avoir consulté l'information nécessaire à une prise de décision libre et éclairée sur la portée des DMA.

Les présentes DMA annulent et remplacent toutes autres que vous auriez formulées antérieurement.



Nom de la personne et son numéro d'assurance maladie

Signature de la personne ou du tiers

Date

Ville

SIGNATURE des témoins

Une personne peut signer en tant que témoin si elle est majeure et en état de constater l'identité de la personne qui a rempli le formulaire. Le témoin qui aurait des doutes en ce qui concerne la capacité de cette personne à prendre des décisions concernant ses soins devrait s'abstenir d'apposer sa signature. Les témoins ne peuvent agir comme tiers autorisé.

La personne a confirmé devant nous, que les DMA contenues dans ce formulaire sont effectivement ses volontés. Elle a signé ou reconnu sa signature ou celle du tiers autorisé en cas d'incapacité. Nous avons signé ce formulaire en présence de la personne.

Signature des témoins

Nom du témoin 1 en lettres moulées

Signature du témoin 1

Ville

Date

Nom du témoin 2 en lettres moulées

Signature du témoin 2

Ville

Date

Registre des directives médicales anticipées

Pour enregistrer vos DMA dans le Registre, vous devez retourner le formulaire, dans l'enveloppe ci-jointe, à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case Postale 16000
Québec (Québec) G1K 9A2

Pour plus d'informations www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca
Sans frais : 1-8xx-xxx-xxxx
Personnes malentendantes/muettes (ATS) : 1-8xx-xxx-xxxx

Initiales _____ 5

Annexe 2 - Document réponses



Bonjour,

L'objectif de cette consultation est de connaître votre avis à titre de clinicien qui aura éventuellement, au cours de sa pratique, à respecter les volontés exprimées par une personne au moyen des directives médicales anticipées (DMA). Rappelons que les DMA ont une valeur contraignante, c'est-à-dire qu'elles ont les mêmes valeurs que si la personne était apte à consentir aux soins. Vos commentaires pour la *section 2 : Mes directives médicales anticipées* sont donc particulièrement importants.

Il importe de préciser que la personne qui remplira ce formulaire pourra, si elle le souhaite, avoir accès à des informations additionnelles en consultant le site www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca. Par ailleurs, une vaste consultation auprès de la population est prévue en mars. Celle-ci nous permettra d'évaluer la compréhension de la section 1 du formulaire.

Nous vous invitons à nous transmettre vos commentaires en utilisant le présent document qui prendra environ 60 minutes de votre temps et à nous le retourner avant le lundi 16 février à 12 h. Ce document demeure entièrement confidentiel.

Consignes

- Il est important de répondre à toutes les questions sur les pages recto-verso du document.
- Si cela est possible, veuillez remplir le document sous forme de fichier électronique.
- Les commentaires ou les précisions ne sont pas limités. Veuillez écrire lisiblement si vous remplissez le document sur papier. Vous pouvez ajouter d'autres feuillets. Prenez soin à ce moment de bien identifier le numéro de chacune des questions.
- Pour toute question concernant le questionnaire, n'hésitez pas à communiquer [REDACTED]

Votre collaboration nous est vraiment précieuse et nous vous remercions d'avoir participé à cette consultation.

Une fois ce document dûment complété, vous pouvez l'envoyer par courrier électronique à [REDACTED]

N'oubliez pas de joindre vos feuillets, le cas échéant.

CONSULTATION SUR LE FORMULAIRE DES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

INFORMATION GÉNÉRALE

À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, y a-t-il des formulations au plan clinique qui méritent plus de précisions ou encore être rédigées autrement?

☒ Oui Commentaires

☐ Non

Si vous avez répondu Non, passez directement à la question 1.

MES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

1. Situation clinique fin de vie

À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que la définition de la **situation clinique fin de vie** est adéquate?

☒ Oui

Si vous avez répondu Oui à la question 1, passez directement à la question suivante (page 3).

☐ Non Commentaires

À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que les soins identifiés relativement à la **situation clinique fin de vie** permettent de respecter les volontés exprimées par la personne concernant des traitements vitaux ayant un impact sur la durée de sa vie?

☐ Oui

Si vous avez répondu Oui, passez directement à la question 2.

☐ Non **Commentaires**

2. Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives

À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, considérez-vous que la définition de la **situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives** est adéquate?

☐ Oui

Si vous avez répondu Oui à la question 2, passez directement à la question suivante (page 4).

☐ Non **Commentaires**

À partir des situations et des besoins rencontrés dans votre pratique, est-ce que les soins associés relativement à la **situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives** permettent de respecter les volontés exprimées par la personne concernant des traitements vitaux ayant un impact sur la durée de sa vie?

☐ Oui

Si vous avez répondu Oui, passez à la section suivante.

☐ Non Commentaires

LIBELLÉ SOUS LA SIGNATURE DU DÉCLARANT

En tant que clinicien qui devra appliquer les DMA, êtes-vous à l'aise avec le libellé que vous trouvez sous la signature du déclarant?

☐ Oui

Si vous avez répondu Oui, vous avez maintenant complété le questionnaire.

☐ Non Commentaires

AUTRES COMMENTAIRES

Annexe 3 - Définition des soins

Réanimation cardio-respiratoire (RCR)

Interventions médicales visant à redémarrer la fonction cardiaque et la respiration d'une personne lorsque son coeur s'est arrêté et ses poumons ont cessé de fonctionner. La RCR comprend notamment le recours au bouche-à-bouche, aux compressions thoraciques, à la défibrillation ou à un respirateur (ou ventilateur).

Ventilation assistée par un respirateur

Appareil pouvant supporter la respiration d'une personne devenue incapable de respirer d'elle-même.

Dialyse

Intervention médicale permettant de nettoyer le sang lorsque les reins ne peuvent plus le faire.

Alimentation et hydratation artificielle

Alimenter une personne qui ne peut plus le faire à l'aide d'un tube introduit dans l'estomac ou encore en installant un cathéter dans une veine.

Alimentation et hydratation forcée

Forcer une personne à s'alimenter ou à s'hydrater contre son gré exprimé en paroles ou par gestes.

Annexe 4 – Liste des membres du Comité ministériel sur les DMA



COMITÉ MINISTÉRIEL PORTANT SUR LES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Membres ministériels

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Présidente

M^{me} Brigitte Laflamme

Gestionnaire de l'équipe de projet
Soins palliatifs et de fin de vie

[Redacted]

M^{me} Stéphanie Goulet

Direction de l'éthique et de la qualité

[Redacted]

M^{me} Rosie Jobin

Direction des communications

[Redacted]

M^{me} Régina Lavoie

Équipe de projet

Soins palliatifs et de fin de vie

[Redacted]

D^r Daniel Lefrançois

Direction nationale des urgences

[Redacted]

M^{me} Nathalie Surprenant

Direction générale des technologies de
l'information

[Redacted]

Ministère de la Justice

M^{re} Patricia Lavoie

Direction des affaires juridiques

[Redacted]

Membres partenaires

M^{me} Suzanne Durand

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

[Redacted]

M^{re} Jean Lambert

Chambre des notaires du Québec

[Redacted]

D^{re} Michèle Marchand

Collège des médecins du Québec

[Redacted]

D^{re} Christiane Martel

Réseau des soins palliatifs du Québec

[Redacted]

M^{re} Jean-Pierre Ménard

Barreau du Québec

[Redacted]

M^{me} Caroline Poulin

Régie de l'assurance-maladie du Québec

[Redacted]

M^{me} Mélanie Tardif

Institut national d'excellence en santé et services
sociaux

[Redacted]