

Club FADOQ, Salle le Marquis, 30 janvier 2025

# **La planification anticipée des soins: Enjeux et solutions**



Ariane Plaisance, chercheuse, UQAR

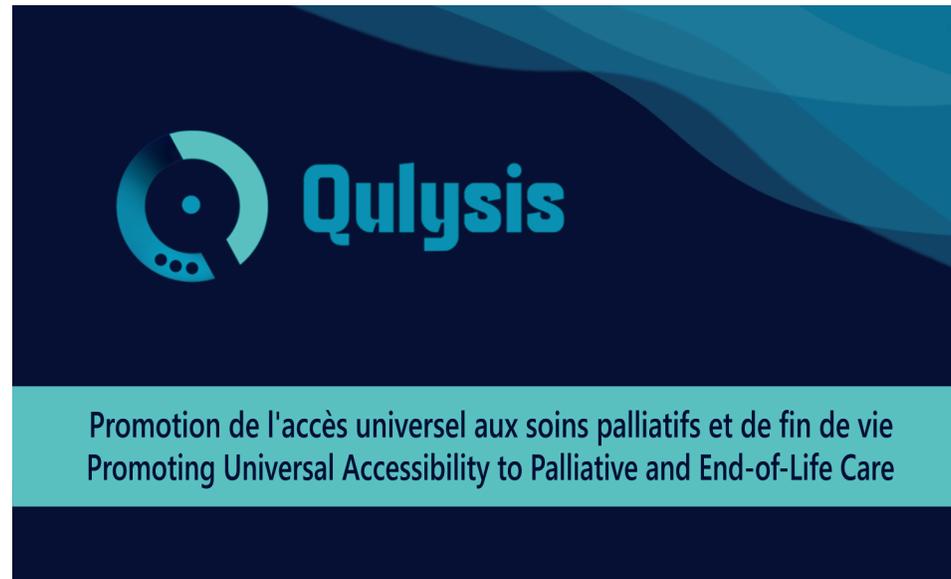
Sylvain Bérubé, citoyen expert, membre de l'équipe-projet Fin de vie

Martyne Bisson, citoyenne experte

# Conflit d'intérêt

Pour cette déclaration, je déclare un conflit d'intérêt.

Propriétaire d'une compagnie de promotion de l'accès universel aux soins palliatifs et de fin de vie



# **PLAN DE LA PRÉSENTATION**

**Mots de bienvenue 13h30 à 13h40**

**Présentation interactive 13h40 à 14h40**

1. Mise en situation
2. Présentation des moyens pour exprimer ses volontés de fin de vie
3. Présentation d'études sur ces moyens
4. Quiz

**Pause: 14h40 à 15h**

**Témoignages de Sylvain et Martyne et questions : 15h à 16h**

# 1. Mise en situation



# DISCUSSION 1

Pourquoi des situations comme celles de M. Leduc se produisent-elles?



## 2. Moyens disponibles au Québec pour exprimer ses volontés de fin de vie

### a) Le mandat de protection

- Depuis 1989
- Partage des directives au mandataire, incluant ses volontés de fin de vie
- Complété devant deux témoins par la personne concernée ou sous forme notariée
- Déposé au registre des mandats de la Chambre des notaires du Québec ou en lieu sûr.



- Permet à une personne majeure d'indiquer son accord avec cette affirmation :  
  
« Que je me déclare contre tout acharnement thérapeutique. Je souhaite mourir dignement, avec les soins de soutien et de confort requis et une médication propre à soulager mes souffrances, même si cette médication a pour effet de hâter le moment de ma mort ».
- N'a aucun effet tant qu'il n'est pas homologué et le mandataire ne peut pas agir au nom du mandant
- En 2018, 39% des Québécois·es majeur·es avaient complété un mandat de protection

## b) Le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire

- Depuis 1994: formulaires divers
- Depuis 2016: formulaire unique
- Prescription médicale: signée par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en collaboration avec la personne concernée ou son représentant.e

Santé et Services sociaux Québec 

  
DT9261

**NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**  
*Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins qui sont médicalement appropriés.*

Nom de l'établissement

Nom de l'utilisateur  
Prénom  
N° de dossier  
Date de naissance  
Année Mois Jour  
Sexe  
 M  F  
N° d'assurance maladie

**Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.**

<b>Aptitude à discuter des niveaux de soins</b>	
<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____ <input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans    Nom du tuteur, lien : _____	
<b>Volontés antérieures :</b> <input type="checkbox"/> Aucune disponible <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur <input type="checkbox"/> Directive médicale anticipée <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre	
<b>Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b>	
<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers.  <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>
<b>Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b>	
<b>Arrêt cardiaque (circulatoire)</b>	<b>Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)</b>
<input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	<input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)
<b>Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers</b>	
Discuté avec :	<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant    Nom _____    Lien _____
Coordonnées	

- Déposé dans le dossier médical, recommandé d'en faire des copies
- Utilisé pour opérationnaliser les volontés de fin de vie dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Appelé à changer dans les prochaines années
- Pas de statistiques provinciales sur le nombre de Québécois·es ayant complété ce formulaire, mais des statistiques régionales



## c) Les directives médicales anticipées

- Depuis le 10 décembre 2015, personne majeure et apte en prévision de l'inaptitude
- Formulaire Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Complété devant deux témoins par la personne concernée ou encore par acte notarié en minute et versées dans un registre géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- En 2024, 1.7% des Québécois·es majeur·es



S'appliquent dans trois situations :

- Situation de fin de vie
- Situation dans laquelle les fonctions cognitives sont gravement et irréversiblement compromises
- Autre situation dans laquelle les fonctions cognitives sont gravement et irréversiblement compromises

## Situation de fin de vie

Si je souffre d'une condition médicale grave et incurable et que 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 ou par tout autre support technique.
- Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique.

### 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.

## d) Demandes anticipées d'aide médicale à mourir

- Depuis le 30 octobre 2024
- Possibilité pour les personnes aptes atteintes d'une maladie grave et incurable menant éventuellement à l'inaptitude à consentir aux soins à formuler une demande anticipée d'AMM (DAAMM)
- Nécessité d'avoir un diagnostic de maladie menant à l'inaptitude et de nommer une ou des personnes de confiance

### 3. Présentation d'études sur ces moyens

- Entrevues avec 25 notaires à propos de leurs pratiques concernant la planification anticipée des soins
  - Mandat de protection
  - Directives médicales anticipées
- Financé par la Chambre des notaires du Québec



#### Participant·es

ÂGE
<b>Moyenne de 38 ans</b> (entre 26 et 72 ans)
ANNÉES DE PRATIQUE
<b>Moyenne de 11,5 ans</b> (de 2 à 32 ans de pratique)
PAYS DE NAISSANCE
Canada : 23 Autres : 2
GENRE
<b>76 % Femmes</b> <b>24 % Hommes</b>
RÉGION
Laurentides : 5 Montérégie : 5 Lanaudière : 4 Estrie : 3 Montréal : 3 Laval : 2 Abitibi-Témiscamingue : 1 Centre-du-Québec : 1 Québec : 1 Saguenay-Lac-Saint-Jean : 1

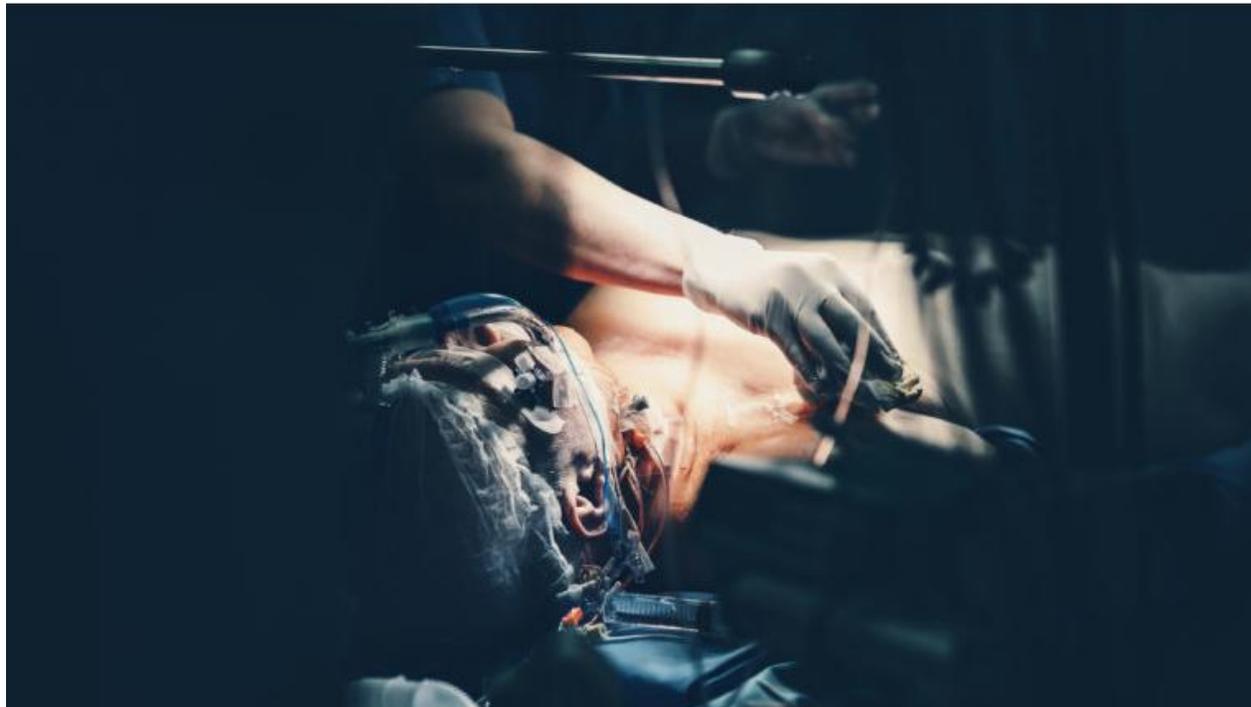
## a) Le mandat de protection

- Certaines personnes ne souhaitent pas s'opposer à l'acharnement thérapeutique dans leur mandat préférant déléguer ce choix à leur mandataire.
- Mais la vaste majorité des client·es s'opposent à l'acharnement thérapeutique et souhaitent l'indiquer dans leur mandat de protection.



## DISCUSSION 2

Qu'est-ce que l'acharnement thérapeutique selon vous?



## b) Les directives médicales anticipées

Sur les 25 notaires participant, 15 refusent de rédiger des directives médicales anticipées ou le font rarement

### RAISONS DE LA RÉTICENCE À RÉDIGER DES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

RAISONS	Nombre de répondants	EXTRAITS D'ENTREVUES
Absence de formation	4	« Beaucoup de notaires ne sont pas à l'aise pour rédiger des DMA, car ils n'ont aucune notion sur comment faire. Aussi, c'est difficile d'arrimer le droit et la vie ensemble. »
Impression que les DMA ne sont pas consultées/respectées dans les milieux de soins	4	« Mon frère est médecin spécialiste et il m'a dit que même si les DMA sont en vigueur depuis 2016, cela fait seulement deux ans que les médecins ont accès au registre. En ce moment, le registre ne fonctionne pas, les médecins n'y ont pas accès. »
Laborieux d'envoyer les DMA à la CNQ, qui les inscrit ensuite dans le registre	3	« Je ne comprends pas pourquoi il faut envoyer les formulaires de DMA à la CNQ. [...] Une fois, ça a pris six mois avant qu'une DMA soit inscrite sur le registre, car le formulaire était toujours refusé. Après beaucoup de gestion, c'est finalement le nom du client qui était très compliqué. Le processus gagnerait à être simplifié. »
Absence d'une plus-value par rapport à des DMA faites devant témoins uniquement	3	« À mon avis, les clients sont mieux de remplir le formulaire disponible en ligne avec leur médecin comme témoin que devant un notaire. »

# Directives médicales anticipées complétées par région

Région sociosanitaire	n
01 - Bas-Saint-Laurent	1 490
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	569
03 - Capitale-Nationale	4 061
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	1 988
05 - Estrie	3 030
06 - Montréal	4 725
07 - Outaouais	803
08 - Abitibi-Témiscamingue	542
09 - Côte-Nord	101
10 - Nord-du-Québec	47
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	148
12 - Chaudière-Appalaches	1 759
13 - Laval	1 230
14 - Lanaudière	1 723
15 - Laurentides	2 163
16 - Montérégie	4 785
17 - Nunavik	0
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0
Indéterminé	595
Hors Québec	15
<b>Total</b>	<b>29 774</b>

Région	Établissement	Nombre d'utilisateurs	Nombre de consultations
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	201	83
02	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	297	402
03	CHU de Québec – Université Laval	170	44
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	25	6
03	IUCPQ – Université Laval	57	25
04	CIUSSS de la Mauricie et Centre-du-Québec	111	250
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	295	2 361
06	CHUM	2	7
06	CUSM	8	38
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	203	347
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	209	72
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	16	1
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	26	23
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	88	297
06	Institut de cardiologie de Montréal	7	10
07	CISSS de l'Outaouais	0	0
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	27	1
09	CISSS de la Côte-Nord	52	35
10	CRSSS de la Baie-James	19	5
11	CISSS de la Gaspésie	12	9
11	CISSS des Îles	nd	-
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	134	353
13	CISSS de Laval	26	73
14	CISSS de Lanaudière	124	212
15	CISSS des Laurentides	2	12
16	CISSS de la Montérégie-Centre	39	26
16	CISSS de la Montérégie-Est	74	331
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	8	11
17	Centre de santé Inuulitsivik	nd	-
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	nd	-
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	nd	-
--	Autres (incluant CHSLD et maisons de soins palliatifs)	73	2 538
<b>Total</b>		<b>2 305</b>	<b>7 572</b>

La Commission sur les soins de fin de vie a observé qu'il persiste un manque d'appropriation de la pratique par les professionnels de la santé et des services sociaux.

Thèse de doctorat effectuée dans le cadre d'une Bourse d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé des IRSC. Stage de deux ans à la direction des services professionnels du CISSS de Chaudière-Appalaches

Exploration de l'implantation des formulaires de Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire au CISSS de Chaudière-Appalaches

a) Analyse de 589 dossiers médicaux

b) 22 entrevues avec des professionnels et des proches de patients



**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 

# Le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire

**Santé et Services sociaux Québec** 

  
DT9261

**NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**  
*Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins qui sont médicalement appropriés.*

Nom de l'établissement

Nom de l'utilisateur

Prénom

N° de dossier

Date de naissance  
Année Mois Jour

Sexe  M  F

N° d'assurance maladie

**Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.**

<b>Aptitude à discuter des niveaux de soins</b>	
<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____ <input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans    Nom du tuteur, lien : _____	
<b>Volontés antérieures :</b> <input type="checkbox"/> Aucune disponible <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur <input type="checkbox"/> Directive médicale anticipée <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre	
<b>Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b>	
<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers.  <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>
<b>Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b>	
<b>Arrêt cardiaque (circulatoire)</b>	<b>Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)</b>
<input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	<input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)
<b>Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers</b>	
Discuté avec : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant    Nom _____ Lien _____	
Coordonnées	

## a) Analyse de 589 dossiers

### A Quality Assessment of Goals of Care Forms in a Sample of Older Patients in Various Care Settings in Quebec, Canada

Ariane Plaisance <sup>1</sup>, Michèle Morin <sup>2</sup>, Stéphane Turcotte <sup>3</sup>, Brigitte Laflamme <sup>4</sup>, Daren K. Heyland <sup>5</sup>, Annie Leblanc <sup>6</sup>

1. Faculty of Nursing, Laval University, Quebec City, CAN 2. Faculty of Medicine, Laval University, Quebec City, CAN 3. Research Center, Integrated Health and Social Services Center of Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, CAN 4. Department of Palliative Care, Maison Michel-Sarrazin, Quebec City, CAN 5. Department of Critical Care Medicine, Queen's University, Kingston, CAN 6. Faculty of Family Medicine and Emergency Medicine, Laval University, Quebec City, CAN

Corresponding author: Ariane Plaisance, arianeplaisance@gmail.com

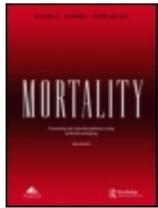
Sur les 589 dossiers audités, 96 (16%) contenaient un formulaire valide.

L'objectif de soins le plus populaire était le C (assurer le confort prioritairement à prolonger la vie, choisi dans 40 % des cas.

La majorité des personnes (89 %) ne souhaitaient pas que la réanimation cardiorespiratoire ne soit tentée en cas d'arrêt cardiaque.

Aucune prise en compte des directives médicales anticipées.

## b) Entrevues avec 22 professionnels et proches de patients



**Mortality**

Promoting the interdisciplinary study of death and dying



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/cmrt20>

**Using Normalisation Process Theory to explore an interprofessional approach to Goals of Care: a qualitative study of stakeholders' perspectives**

Ariane Plaisance, Daren K Heyland, Brigitte Laflamme, Michèle Morin, Félix Pageau, Ariane Girard & Annie LeBlanc

To cite this article: Ariane Plaisance, Daren K Heyland, Brigitte Laflamme, Michèle Morin, Félix Pageau, Ariane Girard & Annie LeBlanc (2023): Using Normalisation Process Theory to explore an interprofessional approach to Goals of Care: a qualitative study of stakeholders' perspectives, *Mortality*, DOI: [10.1080/13576275.2023.2178291](https://doi.org/10.1080/13576275.2023.2178291)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13576275.2023.2178291>

Absence de responsables désignés chargés de soutenir la mise en œuvre quotidienne de cette intervention

Accès difficile aux médecins à domicile et en CHSLD

Absence d'un système informatique capable de transiter l'information

Complétion des formulaires à la toute fin de la fin tel un acte de non-réanimation pour éviter de devoir réanimer la personne mourante.

# DISCUSSION 3

## Avez-vous déjà entendu parler ou participé à la complétion d'un formulaire de niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire pour vous ou un proche?

**Santé et Services sociaux Québec**

DT9261

**NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**  
*Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins qui sont médicalement appropriés.*

Nom de l'établissement

Nom de l'utilisateur

Prénom

N° de dossier

Date de naissance  
Année Mois Jour

Sexe  
 M  F

N° d'assurance maladie

Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.

<b>Aptitude à discuter des niveaux de soins</b>	
<input type="checkbox"/> Apté <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____	
<input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans Norm du tuteur, lien : _____	
<b>Volontés antérieures</b> : <input type="checkbox"/> Aucune disponible <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur <input type="checkbox"/> Directive médicale anticipée <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre	
<b>Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b>	
<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>
<input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités	
<input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	
<input type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	
<b>Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)</b>	
<b>Arrêt cardiaque (circulatoire)</b>	<b>Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)</b>
<input type="checkbox"/> Tenter la RCR	<input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement)
<input type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR	<input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)
<b>Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers</b>	
Discuté avec : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant	Nom _____ Lien _____
Coordonnées _____	

Figure 1. Importance of Barriers to Goals of Care Discussions as Perceived by Clinicians on Medical Teaching Units

- Family members' difficulty accepting loved one's poor prognosis
- Family members' difficulty understanding limitations/ complications of life-sustaining therapies
- Lack of agreement amongst family members about goals of care
- Patients' difficulty understanding limitations/ complications of life-sustaining therapies
- Patient lacks capacity to make goals of care decisions
- Patient difficulty accepting poor prognosis
- Language barriers
- Lack of availability of substitute decision maker(s)
- Cultural differences
- Uncertainty about who is the substitute decision maker
- Uncertainty in estimating prognosis
- Lack of time
- Unaware of what other team members have said
- Health care team disagreement about goals of care
- Lack of preexisting relationship with patient/family
- Lack of training to have these conversations
- Patient does not have advance directive
- Advance directive lacks sufficient detail
- Lack of appropriate location (confidential/private)
- Desire to maintain hope
- Desire to avoid being sued



1255 professionnels de la santé de 13 sites à travers le Canada (DECIDE STUDY)

# **DISCUSSION 4**

**Quelles sont vos idées pour augmenter les connaissances et la discussion ouverte sur le sujet?**

## 4. Quiz

### VRAI OU FAUX

- Le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire peut être complété par la ou le représentant·e d'une personne devenue inapte?
- Les mandats de protection sont disponibles dans un registre consulté par les profession·nelles de la santé et des services sociaux?
- Les directives médicales anticipées permettent de demander l'aide médicale à mourir?

# Conclusion générale

Chacun des moyens a des limites et un champ d'application spécifique

Utile de les compléter, mais

- garder une copie avec soi
- partager leur contenu avec nos proches et les professionnelles
- en parler!

L'augmentation des connaissances sur les interventions de maintien des fonctions vitales, les différentes pratiques de fin de vie et les limites de la planification anticipée des soins est primordial pour assurer une fin de vie en respect des valeurs et préférences.

# Remerciements



*Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches*



Chaire interdisciplinaire  
sur la **santé** et les **services sociaux**  
pour les **populations rurales**

# Références

Curateur public du Québec. 2022. *Mon Mandat de Protection Guide et Formulaire*. Disponible à [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/curateur-public/pdf/form\\_broc\\_mandat.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/curateur-public/pdf/form_broc_mandat.pdf)

Curateur public du Québec. 2018. Sondage sur la notoriété du mandat de protection. Disponible à [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/curateur-public/pdf/etud\\_stat\\_rech\\_mem/sond\\_notor\\_mandat\\_201803.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/curateur-public/pdf/etud_stat_rech_mem/sond_notor_mandat_201803.pdf)

Gouvernement du Québec. 2023.

Gouvernement du Québec. 2014. Loi Concernant Les Soins de Fin de Vie. Disponible à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001>

Régie de l'assurance maladie du Québec. Exprimer mes directives sur les soins en cas d'inaptitude. Disponible à <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/exprimer-directives-soins-cas-inaptitude>

Commission sur les soins de fin de vie. 2019. Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec. Disponible à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3760636>

INESSS, Institut national d'excellence en santé et services sociaux. 2016. Les niveaux de soins : normes et standards de qualité. Disponible à <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/les-niveaux-de-soins.html>

Ministère de la santé et des services sociaux. Formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire. Disponible à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7/\\$FILE/AH-744\\_DT9261\(2016-01\)D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7/$FILE/AH-744_DT9261(2016-01)D.pdf)

# Références

Plaisance, A., Lalonde, S-A., 2024. Planification anticipée des soins. Expertise notariale à consolider. Disponible à <https://console.vpaper.ca/cnq-entracte/magazine-entracte-hiver-2024/page/1/#1/>

Plaisance, Ariane, Michèle Morin, Stéphane Turcotte, Brigitte Laflamme, Daren K. Heyland, and Annie Leblanc. 2023. “A Quality Assessment of Goals of Care Forms in a Sample of Older Patients in Various Care Settings in Quebec, Canada.” *Cureus* 15 (1). Disponible à <https://www.cureus.com/articles/123162-a-quality-assessment-of-goals-of-care-forms-in-a-sample-of-older-patients-in-various-care-settings-in-quebec-canada#!/>

Plaisance, Ariane, Daren K. Heyland, Brigitte Laflamme, Michèle Morin, Félix Pageau, Ariane Girard, and Annie LeBlanc. 2023. “Using Normalisation Process Theory to Explore an Interprofessional Approach to Goals of Care: A Qualitative Study of Stakeholders’ Perspectives.” *Mortality (Abingdon, England)*, February, 1–14. Disponible à <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13576275.2023.2178291>



# Qulyysis

Promotion de l'accès universel aux soins palliatifs et de fin de vie  
Promoting Universal Accessibility to Palliative and End-of-Life Care

[www.qulyysis.com](http://www.qulyysis.com)



**Ariane Plaisance PhD**  
Directrice/Director  
(+1) 418 903 3058  
[contact@qulyysis.com](mailto:contact@qulyysis.com)