



Commission de la santé et des services sociaux

Consultations particulières et auditions publiques en vue
d'étudier la question du droit de mourir dans la dignité

Mémoire déposé par

Dr François Desbiens
Directeur des affaires médicales et universitaires
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Professeur adjoint de clinique au département de médecine familiale et de
médecine d'urgence, faculté de médecine, Université de Montréal

FÉVRIER 2010

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
2. Légitimité de la démarche	2
3. La définition et la pédagogie de la terminologie	4
4. La limite des sondages	6
5. La définition de la dignité	7
6. Mourir à domicile	9
7. Les soins palliatifs	10
8. L'interdisciplinarité	11
9. Les soins appropriés	11
10. Le Code criminel	13
11. Un modèle québécois des soins appropriés	14
12. Conclusion	16
BIBLIOGRAPHIE	17
REMERCIEMENTS	19

1. Introduction

J'aimerais d'abord remercier sincèrement les membres de la commission pour le privilège de cette invitation à vos délibérations. Le présent mémoire qui demeure relativement succinct compte tenu du court laps de temps disponible pour sa préparation, vise à apporter le plus simplement une aide à votre réflexion, à la définition et à l'élaboration de votre démarche d'enquête.

L'approche prônée se situera résolument dans une perspective d'expérience clinique. En effet, j'ai eu la chance à titre de médecin de famille dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue aux cours des 23 dernières années d'être exposé à plusieurs centaines de situation de fin de vie et d'y accompagner patients et familles. Ces situations ont la caractéristique de s'être déroulées dans des domaines et des situations assez variés et dans tous les spectres de la vie. C'est en effet une particularité de mes consoeurs et confrères des régions du Québec mais aussi assez souvent, plus près des grands centres d'avoir à exercer dans des domaines très variés. Ainsi, cela a inclus de rencontrer la fin de vie avant la viabilité, dans la période néonatale, dans l'enfance, en situation d'arrêt de traitement en salle d'urgence, dans un contexte de traumatisme majeur, en unité de soins intensifs dans des situations d'arrêt de traitement rendu nécessaire pour éviter l'acharnement thérapeutique, tout comme en situation de soins palliatifs lors de néoplasie en phase terminale. Cela inclus aussi le domaine du consentement aux soins ainsi que de l'aptitude aux soins telle qu'on la rencontre

en unité interne de soins de santé mentale. Je crois que cette exposition clinique variée aux différentes situations de consentement de soins de même qu'aux différents spectres de situations de fin de vie permet de dégager un point de vue clinique et une perspective globale qui je l'espère pourront vous assister dans vos travaux.

C'est en effet dans les régions plus périphériques du Québec que cette exposition est plus fréquente même si cette spécificité doit être relativisée, les soins de fin de vie demeurant tout de même assez semblables un peu partout sur notre grand territoire. Le constat de mon expérience en région sera quand même celle de dire que les soins de fin de vie de qualité peuvent être pratiqués et peuvent être accessibles partout sur le territoire du Québec en autant qu'on se donne le soin de les organiser adéquatement mais surtout de développer l'attitude de soins nécessaires qui doit les accompagner.

On retiendra aussi qu'en région, les patients sont plus souvent connus et reconnus par les soignants comme acteurs de la communauté. Ce lien est précieux pour favoriser l'humanisation des soins.

2. Légitimité de la démarche

Un des premiers questionnements que vous risquez de rencontrer sera peut être celui de la légitimité de votre démarche d'enquête. En effet, certains pourront

soutenir que le principal obstacle à la redéfinition fut-elle souhaitée ou non de l'euthanasie réside dans la définition même de l'homicide à l'article 222 du Code criminel qui est de juridiction fédérale. Ainsi, il pourrait être soutenu qu'une telle démarche ne pourrait être faite adéquatement ou de façon efficace que par ce pallier de gouvernement. Je ne partage aucunement ce point de vue et je trouve que votre démarche est tout à fait légitime et à propos principalement pour les trois raisons suivantes :

Premièrement, il y a eu aux cours des dernières années une importante évolution dans les mentalités et les perceptions entourant les soins de fin de vie, il devient important et prioritaire qu'une démarche comme celle de votre commission soit menée à bien afin d'actualiser non seulement le droit mais la perception des consensus sociaux entourant la fin de vie.

De plus, l'aspect légal de ce questionnement ou la révision des textes entourant ces questions doit venir dans un deuxième temps. Il doit être précédé d'une démarche sociale approfondie visant à rechercher les consensus sociaux les plus clairs possibles. La redéfinition de la loi ou l'interrogation sur les textes de loi devant donner effet à ces consensus ne pouvant venir que par la suite. La société québécoise qui selon le Parlement canadien lui-même forme une nation et surtout qui est régie par un code civil distinct, doit en toute nécessité et en toute légitimité procéder à cette enquête et ce remue ménage social pour en

dégager ses propres consensus. Le fait d'ailleurs qu'elle soit régie par un Code civil distinct m'apparaît tout à fait fondamental tel qu'il sera discuté plus loin.

Finalement, il est important de dire qu'on a noté dans les sociétés qui ont débattu des questions de l'euthanasie et de dignité en fin de vie une amélioration significative des soins. Ainsi, peu importe les conclusions éthiques qui se dégageront de vos travaux, ils amèneront certainement une impulsion favorable à l'amélioration des soins de fin de vie.

3. La définition et la pédagogie de la terminologie

Il m'apparaît qu'une des étapes cruciales de votre démarche d'enquête sera de définir de la façon la plus claire possible, et ce, au préalable et d'une façon accessible à une portion la plus large possible de la population, la terminologie et les concepts qui entourent les soins de fin de vie. Il m'apparaît tant par ce que je constate sur le terrain qu'à travers les discussions que j'ai eu récemment avec des collègues que par certaines tendances décelées dans des sondages même faits auprès de professionnels compétents, qu'il existe beaucoup d'ambiguïtés quant à la définition des termes entourant les soins de fin de vie.

Notons d'abord la plus importante distinction qui doit être faite entre suicide assisté et euthanasie.

Tel que je le comprends, l'euthanasie consiste essentiellement à un geste volontaire ou non qui a pour conséquence d'abréger la vie mais dans un contexte de soins de fin de vie déjà bien déterminé avec un pronostic de vie reconnue comme ayant une finalité très courte dans le temps. Donc, l'euthanasie se rapporte beaucoup plus à un contexte de soins de fin de vie.

Le suicide assisté correspond davantage à un geste qui vise à mettre fin à la vie d'une personne qui considère sa qualité de vie compromise à un point où la vie ne vaut plus la peine d'être continuée compte tenu des souffrances morales ou physiques qu'une condition médicale lui apporte mais dans le cadre d'un pronostic de vie significatif. Cette distinction est très importante parce qu'elle se rapporte à la qualité de vie qui est une notion beaucoup plus abstraite, beaucoup plus philosophique et qui n'a peut-être pas vraiment rapport avec les soins et mérite d'être abordée séparément. Par ailleurs, plusieurs autres termes comme ceux de sédation terminale, double effet, pente glissante, acharnement thérapeutique ou traitement futile et arrêt de traitement devraient eux aussi être définis au préalable de toute consultation.

En fait, je vous encourage à procéder à une véritable pédagogie de ces termes de la façon la plus vulgarisée, accessible et large possible afin de permettre que vos travaux dégagent les consensus les plus clairs et les plus larges possibles.

Lorsque l'on discute d'euthanasie ou de soins de fin de vie, l'image la plus répandue est celle d'un adulte en phase terminale d'une pathologie néoplasique. Il sera important d'aborder la question en fonction de l'âge. En effet, les consensus sociaux risquent d'être différents selon que l'on est en période néonatale, en présence d'un enfant, d'un jeune adulte ou d'un adulte d'âge mûre. Nous n'avons pas tous les mêmes sensibilités pour chaque âge de la vie. De plus, les soins de fin de vie se rencontrent dans un nombre de pathologies et de situations cliniques de plus en plus diverses.

4. La limite des sondages

Parmi les outils que vous serez appelés à utiliser, je crois que le sondage est d'une utilité très limitée. La démarche de sondage des deux fédérations médicales FMSQ et FMOQ toutes légitimes quelles soient dans ses intentions, a bien révélé toutes les limites d'une telle démarche même auprès d'une clientèle détenant à priori une expertise significative de ces questions. Les sondages effectués par les fédérations ont révélé la difficulté d'obtenir un échantillonnage vraiment significatif et représentatif et révélé à quel point la définition même des concepts qui sont en cause ne semblent pas vraiment faire nécessairement toujours consensus parmi la population médicale sondée. De plus, la définition même de l'homicide de l'article 222 du Code criminel qui peut porter à interpréter toutes formes de gestes de types euthanasiques comme étant un

meurtre peut entraîner une retenue dans l'expression des opinions même dans un contexte de sondage dit anonyme.

Au mieux, certains sondages menés à posteriori concernant les situations de faits bien précises et bien documentées peuvent peut-être éclairer le débat dans quelques circonstances limitées.

En général cependant, les démarches de consultations plus larges comprenant des réflexions et des échanges plus approfondies me semblent se prêter beaucoup mieux à la complexité et à la délicatesse du sujet des soins de fin de vie.

Sans vouloir élaborer plus longuement, je dirais que j'entretiens autant de réserves à l'endroit des référendums qu'à l'égard des sondages. Les forums de citoyens sous toutes leurs formes me semblent la formule à privilégier.

5. La définition de la dignité

Je vous soumets l'allégorie suivante, Jasmin qui a 55 ans souffre de néoplasie du pancréas rendu en phase terminale. Il est encore conscient, désire mourir à domicile, demeure encore chez lui mais est physiquement très diminué et son médecin évalue son pronostic vital à quelques jours. Il est marié avec Lucie depuis 30 ans, ils ont trois enfants. En ce jour donc, Jasmin et Lucie après une

dernière rencontre avec leurs enfants au domicile familial, se retirent. Lucie revêt sa robe de mariage s'allonge avec son conjoint, administre une dose de sédation élevée et Jasmin s'éteint dans ses bras dans les minutes qui suivent. Je crois que peu importe les opinions personnelles qu'on puisse avoir concernant la question de l'euthanasie, tous conviendront qu'il y a une grande beauté humaniste à cette allégorie. Celle-ci permet de soulever les différentes interrogations entourant la ou les définitions qu'on pourra donner à la dignité elle-même.

Pour certains, la dignité du respect de la vie sera de ne pas interrompre son cours naturel et certes, celle-ci est très répandue dans notre société et tout à fait légitime. D'autres trouveront un genre de dérive occidentale à cette tendance à décider du moment de sa mort ou même de mettre en scène sa mort, chose qui est bien sûr tout à fait contraire aux principales croyances chrétiennes mais aussi contraires à la plupart des visions orientales. Il pourra être pour certains indigne de briser le cours de la vie ou indigne de mettre en scène sa propre mort. Par contre, d'autres trouveront futile et indigne le fait de se voir, inconscient, comateux, et d'imposer pendant de longues journées toute cette mise en scène à leur proche.

On voit ainsi que la dignité elle-même a plusieurs sens, plusieurs définitions selon plusieurs concepts, plusieurs courants de pensées et même selon chaque individu. Il vous appartiendra d'en rechercher toutes les nuances. Le véritable

défi ne serait-il pas de trouver une approche qui permet de rejoindre et respecter toutes ces visions de la dignité ? Ce qui fait cependant consensus de façon assez universelle c'est le caractère indigne de la douleur et le droit de tous au soulagement de la souffrance.

Albert Schweitzer n'a-t-il pas dit : « La douleur est le despote le plus terrible de l'humanité, plus terrible encore que la mort ».

6. Mourir à domicile

Cette allégorie soulève une autre problématique importante dans la société québécoise à laquelle je crois que vous devez vous adresser. Il existe une portion significative d'individus en fin de vie qui souhaitent mourir dans leur domicile. Mon expérience clinique m'a amené à constater que très peu y réussisse. Le facteur limitant le plus important étant les soins très lourds à apporter dans les quelques jours qui précèdent le décès. Ceci entraîne dans un grand nombre de cas hospitalisations ou admissions en maisons de soins palliatifs à cause de l'impossibilité pour l'entourage de prodiguer tous les soins de bases au domicile. Une différente conception des soins pouvant inclure l'euthanasie pourrait-elle amener un plus grand respect de ce souhait de mourir à domicile ? Je crois qu'il est important que vous sondiez à fond cet aspect du problème.

7. Les soins palliatifs

Dame Cicely Saunders les a décrits comme étant : « tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ». Lors du passage des soins actifs aux soins palliatifs, il est primordial de faire sentir aux patients et aux familles que les soins se poursuivent, que l'on arrêtera jamais de les soigner.

Les soins palliatifs se sont développés aux cours des dernières années de façon importante au Québec et partout en occident. Ils permettent de façon indéniable d'améliorer et de soulager une très grande partie des douleurs et des souffrances morales et physiques qui entraînent la fin de vie. Certains diront même qu'il existe peu de situations où, avec des soins palliatifs appropriés, on ne peut pas apporter réponse et soulagement aux inquiétudes et souffrances des patients, il y a une part de vérité indéniable à cette affirmation mais il demeure tout aussi vrai que tout intervenant de soins palliatifs doit admettre qu'il existe des situations moins fréquentes mais réelles où les souffrances sont telles ou le degré de déchéance est tel qu'aucun soulagement adéquat ou décent ne peut être offert au patient. J'éviterai ici toute description graphique mais j'en suis profondément convaincu.

Je crois qu'il vous faut apporter une attention toute particulière à distinguer le débat sur les ressources du débat éthique entourant les soins palliatifs.

Je vous invite de plus à vous interrogez sur la formation des médecins mais aussi des autres professionnels qui peuvent être amenés à prodiguer des soins auprès des patients en fin de vie. Il existe plusieurs programmes et types de formations en soins palliatifs, certes un grand nombre de médecins sont formés en soins palliatifs cependant elle n'est pas présente dans tous les programmes universitaires de médecine alors qu'à peu près tout médecin exerçant dans un cadre clinique peut être appelé à participer à des soins palliatifs et devrait avoir une formation adéquate en ce sens. On peut encore constater qu'un nombre significatif de médecins continuent d'éprouver des difficultés avec les soins de fin de vie.

8. L'interdisciplinarité

Celle-ci occupe une place grandissante dans notre système de soins et les soins palliatifs n'y échappent pas. Les infirmières au premier titre sont aux premières loges des soins et directement concernées par ce débat éthique et doivent y être incluses.

9. Les soins appropriés

J'ai eu la chance de participer au sein du conseil d'administration du Collège des médecins du Québec à une partie des débats entourant l'élaboration de la position du Collège sur l'euthanasie qui s'articule autour des soins appropriés. Il faut d'abord souligner la qualité de la démarche initiée par le Collège des

médecins du Québec qui s'est échelonnée sur trois ans, qui s'est accompagnée d'une expertise éthique importante qui est le fruit d'une longue réflexion et qui débouche sur une approche intéressante et novatrice qui me semble la plus porteuse de solutions véritables et concrètes pour améliorer la situation de relative blocage actuel.

Alors que St-Augustin considérait inacceptable en toute circonstance le fait d'enlever la vie, St-Thomas d'Aquin philosophe et théologien incontournable de la chrétienté est à l'origine d'un tournant majeur en introduisant la doctrine du « double effet » en vertu de laquelle il justifie la légitime défense.

C'est essentiellement en vertu de cette doctrine que la plupart des actes médicaux en fin de vie¹ sont acceptés par tous. Le débat éthique qui s'ensuit pour déterminer où se situe la frontière entre ce qui est acceptable ou pas me semble déconnecté de la réalité clinique.

Peut-on justifier la sédation terminale sans alimentation ou hydratation dans un cas de souffrance extrême et exclure une intervention de type euthanasique alors que le résultat provoqué est le même à l'intérieur de quelques heures ? L'insuffisant rénale sous dialyse qui met fin à ses rendez-vous et meurt quelques jours plus tard a-t-il commis seulement un arrêt de traitement ou un suicide ?

¹ Voir Aumonier p.46

Personnellement, je crois que St-Thomas d'Aquin pourrait être interprété de façon plus large mais là n'est pas la question. En abordant le débat sous cet angle, on assiste à un blocage.

D'où la beauté du concept de soins appropriés qui se colle à la réalité clinique et permet les nuances et l'adaptabilité aux croyances et conceptions de chacun.

L'approche de soins appropriés permet d'adapter, de nuancer, de respecter en fonction de la situation clinique.

10. Le Code criminel

Il est difficile de définir et encadrer une question éthique dans un texte de loi. On constate, que l'on soit pour ou contre, que le projet de loi C-407 souffre de cette difficulté car il ne peut correspondre à toutes les situations. Je me permets de soumettre une piste. Pourrait-on imaginer un septième paragraphe à l'article 222 qui se lirait comme suit :

« Lorsqu'elle agit dans le cadre d'une situation de soins appropriés tel qu'encadrée par le droit d'une province (le droit civil au Québec) et qu'elle agit en respectant l'encadrement déontologique de sa profession en vertu du droit d'une province (le droit civil au Québec) ».

Ce texte n'a que la prétention d'être indicatif d'une approche à envisager.

11. Un modèle québécois des soins appropriés

Je crois qu'il existe un véritable modèle québécois de soins appropriés qui s'est bâti sur le terrain clinique aux cours des 20 dernières années et qui apportent une piste extrêmement fertile pour la recherche d'une solution en ce qui concerne le droit de mourir dans la dignité.

Il y a eu une évolution très importante des mentalités dans le consentement aux soins et dans les relations entre médecins et patients aux cours des 20 dernières années. J'ai été formé moi-même à la mentalité que l'on pourrait qualifier de paternaliste où le médecin informait de façon bienveillante la famille et le patient de son pronostic et de sa décision quant aux soins appropriés à lui dispenser. À la faveur de la réforme de notre code civil qui a établi un nouveau régime de consentement aux soins et de l'évolution des mentalités, il s'est installée une toute nouvelle expérience éthique à travers la communication obligatoire entre médecins, patients et familles. L'expérience clinique du consentement aux soins mais surtout de l'arrêt de traitement face à l'acharnement thérapeutique à montrer à quel point ce modèle peut être fertile d'enseignement pouvant nous aider dans les soins de fin de vie. À tous les jours au Québec, des médecins, des patients et des familles décident de procéder à des arrêts de traitement jugés futiles ou exagérés. Le processus décisionnel en est un de communications d'échanges auxquelles les patients, familles et médecins sont obligés. Dans la réalité, ce processus a prouvé qu'il permettait de résoudre presque toutes les

situations de décision d'arrêt de traitement. Contrairement à ce qu'on puisse penser face aux différentes craintes qu'on pourrait avoir, il existe très rarement de situations de blocages menant à un cul-de-sac. Mon expérience clinique me permet de témoigner qu'avec la patience nécessaire et l'ouverture à la communication nécessaire il ne m'est pas arrivé de rencontrer de situation où il n'était pas possible de trouver un terrain d'entente entre médecin, famille et patient.

Contrairement à ce qu'on ait pu penser ou craindre, il n'existe aucune dérive de pente glissante ou d'eugénisme manifeste malgré cette nouvelle philosophie d'arrêt de traitement visant à éviter l'acharnement thérapeutique.

De plus, contrairement à ce qu'on pourrait craindre dans l'immense majorité des cas, une entente est toujours possible avec suffisamment de communication et de patience. Le respect de la vie et de la fin de vie comportent encore suffisamment de respect et d'aura solennelle pour que tous se réunissent autour du processus et se mettent à la recherche de la décision appropriée. C'est ainsi qu'on assiste à aucune pente glissante et c'est ainsi que des familles même parfois divisées sur des lignes de croyances finissent dans l'immense majorité des cas par trouver consensus et arriver à des décisions harmonieuses.

Ainsi, la réforme de notre Code civil et son régime de consentement aux soins ont installé une pratique clinique novatrice en matière d'arrêt de traitement basée sur une interaction médecin, patient, famille qui permet d'arriver à des conduites qui sont vécues de façon harmonieuse. En s'inspirant de cette expérience québécoise, on peut imaginer un modèle de soins appropriés en fin de vie novateur et respectueux de tous.

12. Conclusion

La démarche que vous entreprenez est certes des plus délicates. Déjà, il est relativement difficile au Québec de débattre de santé sans soulever les passions. Une grande partie de ces passions viennent du fait que le système de soins québécois porte une grande charge identitaire et collective. Pas très loin après la nation et la langue, les québécois en général s'identifient à leur système de santé même s'ils semblent entretenir avec celui-ci une relation que l'on pourrait qualifier de « passionnelle ». Les discussions sur la santé sont cependant aussi passionnelles parce qu'au niveau inconscient cela nous ramène à notre vulnérabilité. « Que l'on soit né sur l'or ou sur l'argile, on est si fragile », disait le poète.

Nul doute qu'une enquête comme celle que vous entreprenez, qui s'attaquera directement à ce sujet, ne manquera pas de soulever les passions.

BIBLIOGRAPHIE

Association médicale canadienne. 2007. « L'euthanasie et l'aide au suicide ». *Politique DP 07-01*. En ligne <http://www.amc.ca/>.

Aumonier, Nicolas, Bernard Beignier et Philippe Letelier. 2001. *L'euthanasie, no 3595*. Collection *Que sais-je ?* Paris : PUF, 128 p.

Beaudoin Jean-Louis. Code civil du Québec. Wilson et Lafleur. 2009-2010. Code criminel, Corwell. 2010.

C407. Projet de loi. Loi modifiant le Code criminel « droit de mourir dignement ».

Collège des médecins du Québec. Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie. Octobre 2008. CMQ.ORG.

Collège des médecins du Québec. Code de déontologie. En ligne <http://www.cmq.org/>.

Collège des médecins de famille du Canada. La déclaration sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide. En ligne <http://www.cfpc.ca/>.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. FMOQ. Consultation sur l'euthanasie. 2009. En ligne <http://www.fmoq.org/>.

Fédération des médecins spécialistes du Québec FMSQ. Sondage sur l'euthanasie 2009. En ligne <http://www.fmsq.org/>.

Hebdos Québec. Enquête réalisée par Léger Marketing sur les enjeux et les faits de société. Mars 2009. En ligne <http://www.hebdos.com>.

McIntyre, Alison. 2004. « Doctrine of Double Effect ». *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. En ligne <http://www.plato.stanford.edu/entries/double-effect/>.

Payot, Antoine, Sylvie Gendron, Francine Lefebvre et Hubert Doucet. 2007. « Deciding to resuscitate extremely premature babies : How do parents and neonatologists engage in the decision ? ». *Social Science & Medicine*, vol.64, p. 1487-1500.

Quill, Thomothy E. 2004. « Dying and Decision Making : Evolution of End-of-Life Options ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 350, no 20, p. 2 029-2 032.

Quill, Thomothy E. 2007. « Legal Regulation of Physician-Assited Death-The Latest Report Cards » *The new England Journal of Medicine*, vol. 356, no 19. p. 1 911-1 913.

Quill, Thomothy E., Bernard Lo et Dan W. Brock. 1997. « Palliative Options of Last Resort : A comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Volutary Active Euthanasia ». *Journal of American Medical Association*, vol. 278, no 23, p. 2 099- 2 104.

Sommerville, Margaret. *Le Canari éthique*, Liber 2000. chap 5. Faire face à la mort, les enjeux éthiques de l'euthanasie. P 125 à 156.

Van der Heide Agnes, Luc Deliens, Karin Faisst, Tore Nilstun, Michael Norup, Eugenio Paci, Gerrit van der Wal et Paul J. van der Mass. 2003. « End-of-life decision-making in six European countries : descriptive study ». *The Lancet*, vol. 326, p. 345-350.

Ven der Heide, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Mette L. Rurup, Hilde M. Buiting, Johannes J. M. Van Delden, Johanna E. Hanssen-de Wolf, Anke G.J.M. Janssen, H.Roeline W. Pasman, Judith A. C. Rietjens, Cornelis J. M. Prins, Ingeborg M. Deerenberg, Joseph K, M, Gevers, Paul J. Van der Mass et Gerrit van der Wal. 2007. « End-of-life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act ». *The New England Journal of Medicine*, vol. 356, no 19, p. 1 957-1 965.

REMERCIEMENTS

Je désire remercier tout particulièrement les collègues qui ont accepté d'échanger et de partager de diverses façons au cours des derniers jours.

Dre Michèle Benoit, médecin de famille au CSSS de Rouyn-Noranda et médecin responsable (et inspiratrice) de la maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda.

Dr Antoine Boivin, médecin de famille au CSSS de Rouyn-Noranda et du département de santé communautaire de l'Abitibi-Témiscamingue. Candidat au doctorat Radboud University Nijmegen Medical Centre, aux Pays-Bas.

Dre Josée Courchesne, médecin de famille membre du conseil d'administration du Collège des médecins du Québec et membre du groupe de travail en éthique clinique du CMQ.

Mme Anik Courtois, agente administrative de la direction des affaires médicales et universitaires, ASSS Abitibi-Témiscamingue.

Dre Michèle Marchand, conseillère en éthique clinique auprès de la direction générale du Collège des médecins du Québec. Secrétaire du groupe de travail en éthique clinique du CMQ.

Dre Julie Lalancette, médecin de famille membre du conseil d'administration du Collège des médecins du Québec et présidente du groupe de travail en éthique clinique du CMQ.

Dr Jean Pelletier, médecin de famille directeur du département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec.

Dre Julia Sohi, médecin de famille au CSSS de Rouyn-Noranda, candidate à la maîtrise à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue « Le choix des soins : un dialogue qui chemine ».