

# Loi concernant les soins de fin de vie: Discussion sur les enjeux pour la recherche

François Tardif, MSc. MAP(c)  
Coordonnateur de l'ERMOS



ÉQUIPE DE RECHERCHE MICHEL-SARRAZIN  
EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SOINS PALLIATIFS

<http://www.recherchesoinspalliatifs.ca/>

**François Tardif**

**Aucun conflit d'intérêt**

- **Mise en contexte**
- **La recherche en soins palliatifs**
- **Quelques définitions**
- **La Loi et le jugement de la Cour suprême**
- **L'euthanasie ailleurs dans le monde, et ici...**
- **Outils déjà utilisés et validés**
- **Suggestions de sujets de recherche futurs**
  - **Patients, familles, intervenants, administrateurs**
- **Conclusion**

- Il s'agit d'un **sujet sensible** avec des **enjeux moraux évidents**
- Ne pas faire le débat sur l'aide médicale à mourir
- Il ne s'agit pas d'être **pour ou contre**. La loi fut acceptée et entrera en vigueur en décembre prochain
- Je veux seulement vous informer et susciter une réflexion

## Principaux arguments **POUR** l'euthanasie :

1-Mettre fin aux souffrances intolérables du patient  
(principe éthique de bienfaisance)

2- Respect des volontés du patient (principe éthique de l'autonomie décisionnelle)

## Principaux arguments **CONTRE** l'euthanasie :

1-Mettre fin à la vie d'une personne va à l'encontre de la non-malfaisance et du respect de la vie humaine

2- Peur des dérapages

# Pourquoi de la recherche?

- **Court séjour des patients en SP = traitement le plus efficace**
- **Mais comment déterminer quel est le meilleur traitement?**
- **L'expérience personnelle = primordiale**
- **Les cliniciens œuvrent fréquemment en milieux inconnus!**

- **Attitude positive des patients envers la recherche<sup>1</sup>**
- **La surprotection enlève l'autonomie décisionnelle**
- **Non-éthique de ne pas tester, dans un cadre rigoureux et scientifique, toute nouvelle intervention chez les patients**

*Nécessité de conduire des études scientifiques systématiques et rigoureuses....*

*Apporte la bonne réponse!*

1. Currow. 2010. Why don't we do more rigorous clinical research so that we can stop experimenting on patients. Journal of palliative medicine. 13 (6): 636-7.

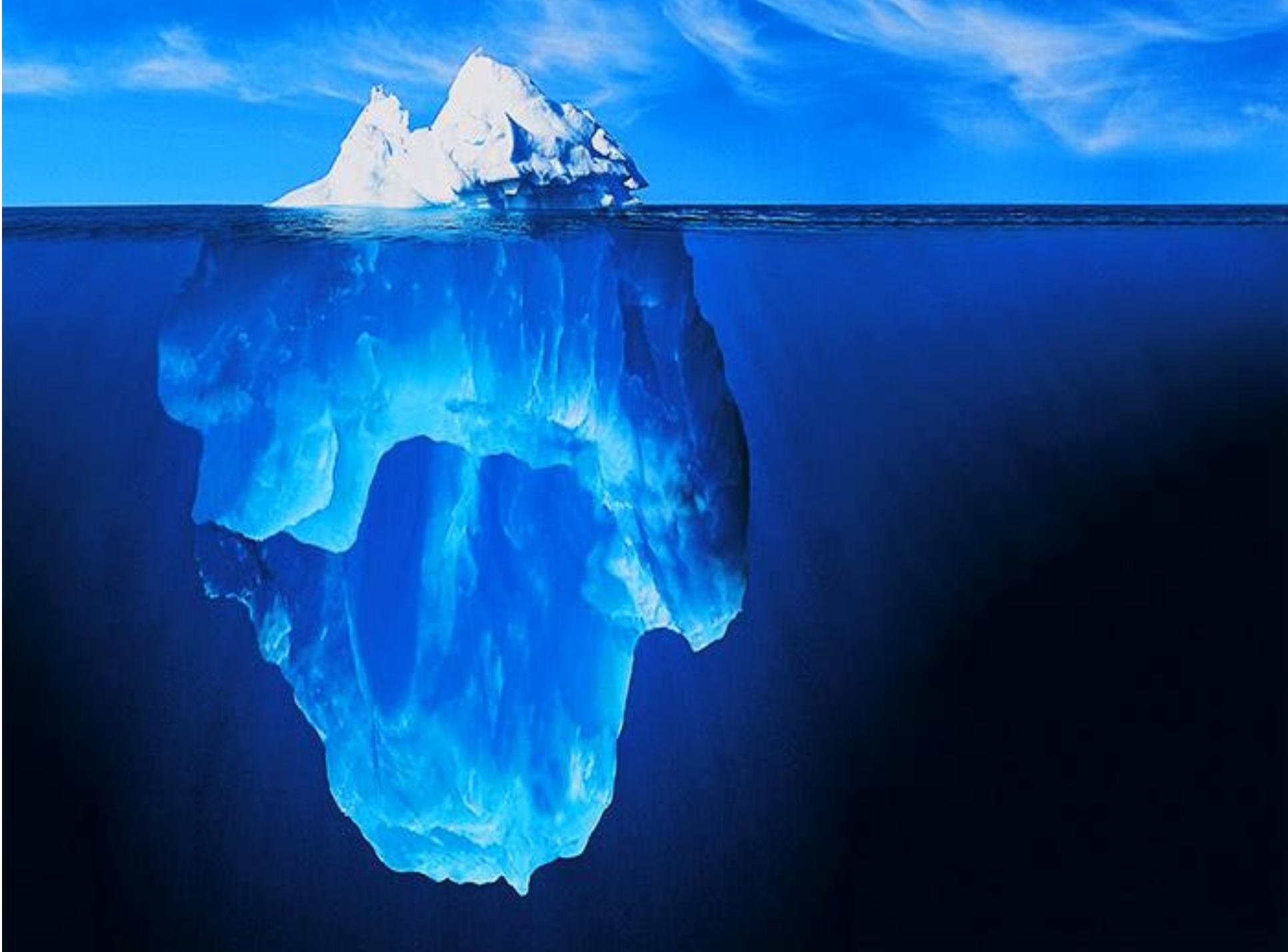
**Clientèle vulnérable**

**Polypharmacie**

**Polymorbidité**

**Proches sont toujours présents et impliqués**

**Difficulté à l'obtention d'un consentement libre et éclairé.**



## Un homme tente de tuer son père en phase terminale à l'Hôtel-Dieu de Lévis

Le 23 avril 2015 à 20h13 - La presse.ca

**(Québec) Un homme a été arrêté par la police de Lévis vers 17h30 jeudi après-midi après avoir tenté de mettre fin aux jours de son père qui reposait à l'unité de soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu de Lévis.**

Selon des sources bien informées, l'homme aurait tenté d'étrangler son père, mais aurait été arrêté par des membres du personnel de l'Hôtel-Dieu, qui auraient ensuite appelé la police. Il n'aurait pas tenté de prendre la fuite et se serait rendu aux forces de l'ordre dès leur arrivée sur place.

Le sergent Marc Allard de la police de Lévis a confirmé que le prévenu, un homme dans la cinquantaine, a été pris sur le fait alors que son père, qui est en phase terminale, est âgé d'environ 80 ans.

Le suspect était toujours au poste de police de Lévis tard jeudi soir où il était encore interrogé par les enquêteurs. La police a refusé de confirmer si l'affaire pouvait s'apparenter à **une tentative de meurtre par compassion.**

MERCREDI 2 OCTOBRE 2013

LE JOURNAL DE QUÉBEC

ACTUALITÉS

47

# Un Belge euthanasié après un changement de sexe raté

**BRUXELLES | (AFP) Un Belge de 44 ans a été euthanasié, lundi, après une opération de changement de sexe qui a échoué, son médecin ayant estimé que ses souffrances psychiques étaient devenues «insupportables», ont rapporté, hier, des médias belges.**

qui l'a interrogé la veille de sa mort.

Rêvant depuis son adolescence de devenir un homme, il avait successivement subi trois opérations (cure d'hormones, ablation des seins et changement de sexe) entre 2009 et juin 2012, mais sans en être satisfait : sa poitrine restait trop forte et le pénis qu'on lui avait placé était «raté», avait-il expliqué.

«J'avais préparé des dragées pour

**Selon vous, qu'est-ce que l'AIDE MÉDICALE À MOURIR ?**

**Selon vous, qu'est-ce que l'EUTHANASIE?**

A- Demander à un médecin de donner une injection d'une substance qui provoque la mort de son patient parce que le patient le veut.

B- Soulager les symptômes comme la douleur, sans prolonger la vie, ni l'abrèger, et procurer un confort et un support maximal aux personnes qui vivent leurs derniers jours, au terme d'une maladie qui mènera à la mort.

C- Arrêter, à la demande du patient, des traitements disproportionnés ou des moyens artificiels de prolonger la vie (comme un respirateur) pour un patient atteint d'une maladie irréversible très avancée ou à un stade terminal.

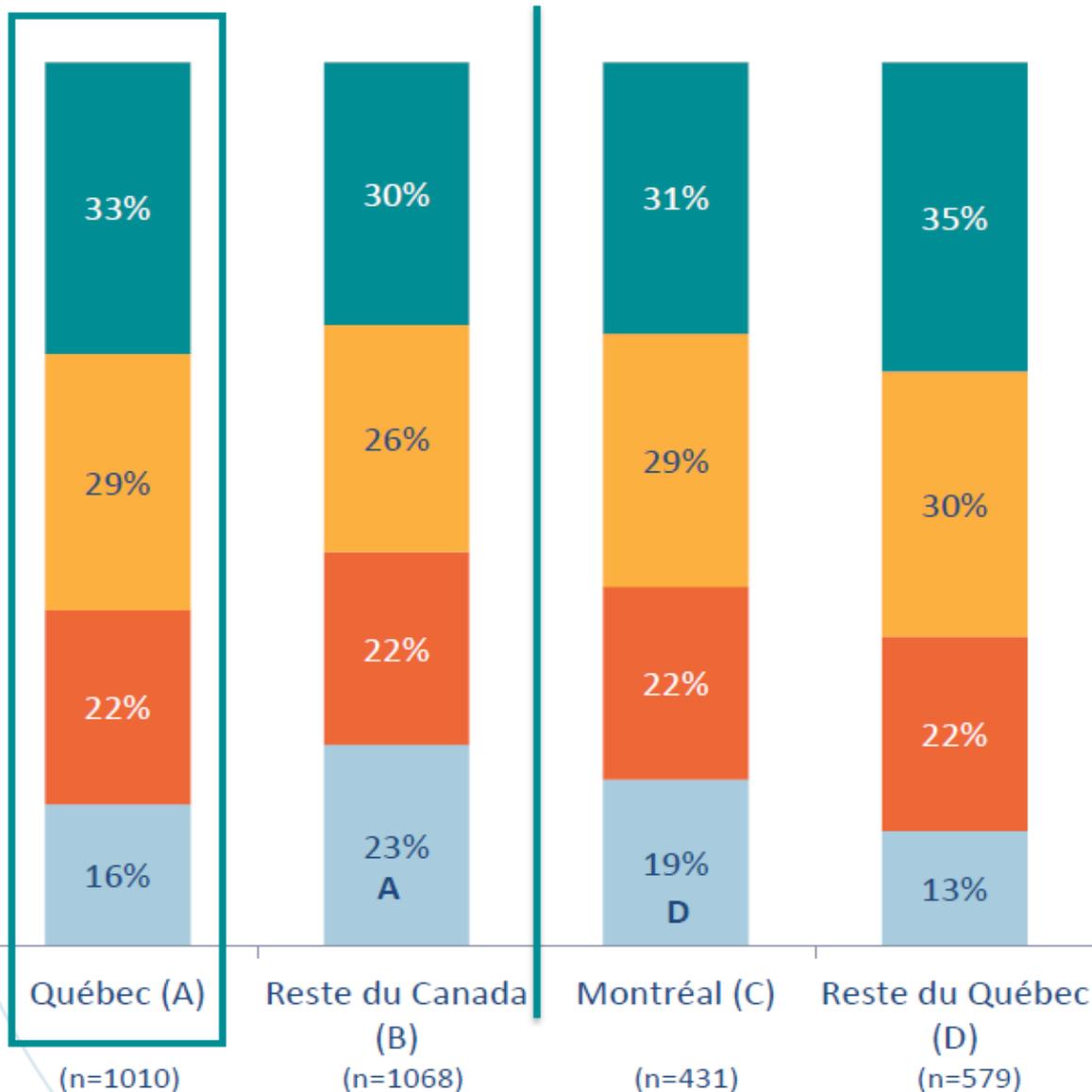
D- Permettre à une personne qui le désire de s'administrer elle-même une substance préparée par un médecin, et qui provoquera sa mort.

**Est-ce que le SUICIDE ASSISTÉ est inclus dans la loi sur les soins palliatifs? OUI/NON**

1. Allez sur **govote.at**
2. Entrez le code **743 44**

- Sondage réalisé entre le 18 septembre et le 20 septembre 2013
- 2078 répondants, 1010 au Québec
- 2 questions:
  - Selon vous, qu'est-ce que l'**AIDE MÉDICALE À MOURIR**?
  - Selon vous, qu'est-ce que l'**EUTHANASIE**?

# Compréhension du terme « aide médicale à mourir »

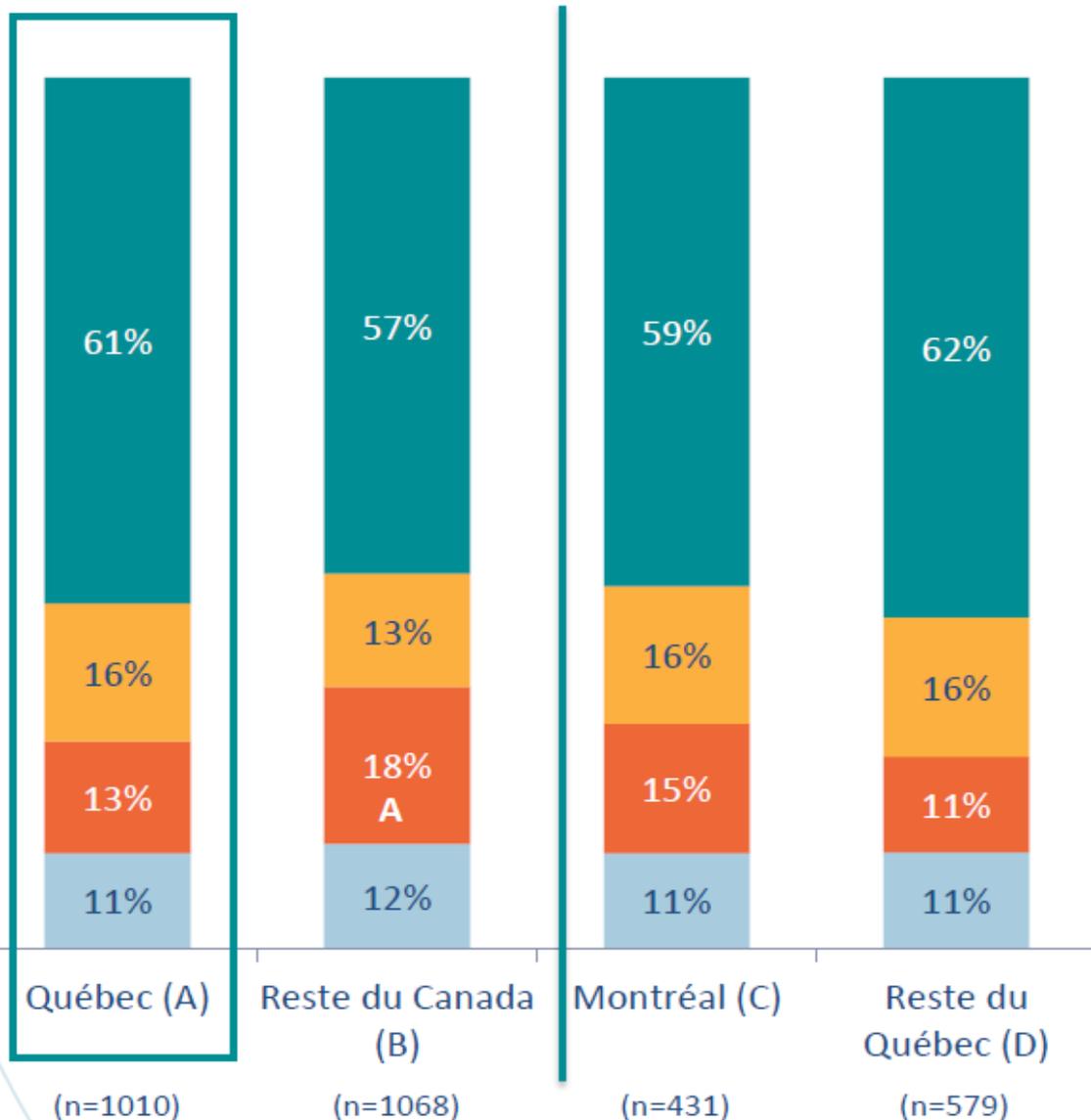


- Demander à un médecin de donner une injection d'une substance qui provoque la mort de son patient parce que le patient le veut.
- Soulager les symptômes comme la douleur, sans prolonger la vie ni l'abréger, et procurer un confort et un support maximal aux personnes qui vivent leurs derniers jours, semaines ou mois, au terme d'une maladie qui mènera finalement à la mort.
- Arrêter, à la demande du patient, des traitements disproportionnés ou des moyens artificiels de prolonger la vie (comme un respirateur) pour un patient atteint d'une maladie irréversible très avancée ou à un stade terminal.
- Permettre à une personne qui le désire de s'administrer elle-même une substance préparée par un médecin, et qui provoquera sa mort.

Base: tous les répondants

1. Selon vous, qu'est-ce que l' « AIDE MÉDICALE À MOURIR » ? Base: tous les répondants

# Compréhension du terme « euthanasie »



- Demander à un médecin de donner une injection d'une substance qui provoque la mort de son patient parce que le patient le veut.
- Arrêter, à la demande du patient, des traitements disproportionnés ou des moyens artificiels de prolonger la vie (comme un respirateur) pour un patient atteint d'une maladie irréversible très avancée ou à un stade terminal.
- Permettre à une personne qui le désire de s'administrer elle-même une substance préparée par un médecin, et qui provoquera sa mort.
- Soulager les symptômes comme la douleur, sans prolonger la vie ni l'abréger, et procurer un confort et un support maximal aux personnes qui vivent leurs derniers jours, semaines ou mois, au terme d'une maladie qui mènera finalement à la mort.

Base: tous les répondants

2. Selon vous, qu'est-ce que l'« EUTHANASIE » ?

**POURTANT, AU SENS DE LA  
LOI, IL S'AGIT DE LA MÊME  
CHOSE!**

- Question 1 : L'expression « aide médicale à mourir » semble **très floue** pour la population québécoise et est sujette à diverses interprétations.
- Question 2 : Le terme « euthanasie » apparaît **nettement plus clair** pour les Québécois, même si près de 40% d'entre eux lui attribuent un sens erroné.

- **Conclusion :**

**Il aurait donc été essentiel de clarifier les termes employés et de communiquer de façon très concrète sur le véritable sens de l'euthanasie, le suicide assisté, et d'éviter l'emploi d'une expression encore plus vague comme « aide médicale à mourir ».**

- **Malgré tout :**
- **En aucun endroit on ne parle d'euthanasie dans le texte de Loi.**
- **Cela apporte une grave lacune dans la compréhension et la portée de la Loi.**

**Pourquoi avons-nous peur d'appeler un chat,  
un chat?**

# Jugement de la Cour suprême – Janvier 2015

- **Enjeux majeurs : soins Vs actes criminels**
- **Soins = gouvernement du Québec**
- **Criminel = gouvernement du Canada**
- **Le jugement de la Cour suprême est rendu invalider l'article du Code criminel qui interdit à un médecin d'aider quelqu'un à s'enlever la vie dans des circonstances bien précises**

# Jugement de la Cour suprême – Janvier 2015

- Par contre, les titres des reportages parlent de :
  - Aide médicale à mourir, euthanasie, suicide assisté....
- Bref, il y a encore une grande disparité dans les définitions
- Le jugement stipule:  
*« Les seules conditions, c'est d'être majeur et de souffrir d'une **maladie incurable**. Il n'y a même pas d'obligation que ce soit une maladie terminale. »*
- Heureusement, la loi est plus spécifique

- Réponse à la question sur le suicide assisté
- **Le SUICIDE ASSISTÉ n'EST PAS inclus dans la Loi!!!**
- La Loi vient encadrer plusieurs pratiques dont :
  - Les soins palliatifs;
  - La sédation palliative continue;
  - L'aide médicale à mourir;
  - Les décisions anticipées.

**Soins palliatifs** : les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager les souffrances, **sans hâter ni retarder la mort**, de les aider à conserver la meilleure **qualité de vie** possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire

**Aide médicale à mourir** : un soin consistant en l'administration de médicaments (...) **par un médecin à une personne en fin de vie**, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

**Directives médicales anticipées** : instructions que donne une personne apte sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même.

**Sédation palliative continue : un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments (...) à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.**

## Loi, articles 26 - Aide médicale à mourir

Seule une personne qui satisfait aux conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

- 1° elle est majeure, apte à consentir aux soins et est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 2° elle est en fin de vie et atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 3° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 4° **elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.**

## Responsabilités du médecin avant d'administrer l'aide médicale à mourir :

La personne doit satisfaire toutes les conditions prévues :

- A. Caractère libre et éclairé de la demande
- B. Persistance de la demande
- C. en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle
- D. en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite

## **L'aide médicale à mourir :**

**Si le médecin conclut après ce processus qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit le faire lui-même (pas par une infirmière), l'accompagner et demeurer auprès de la personne jusqu'à son décès.**

**S'il refuse, il doit remettre le rapport à l'institution qui se chargera de trouver une personne pour administrer l'aide médicale à mourir.**

## L'aide médicale à mourir :

- La responsabilité revient aux institutions
- Les maisons de SP sont dispensées d'offrir l'aide médicale à mourir
- Détermination et encadrement d'une série de **responsabilités** du médecin avant d'administrer l'aide médicale à mourir:

↓ réduire le risque de dérapage

## L'application de la Loi:

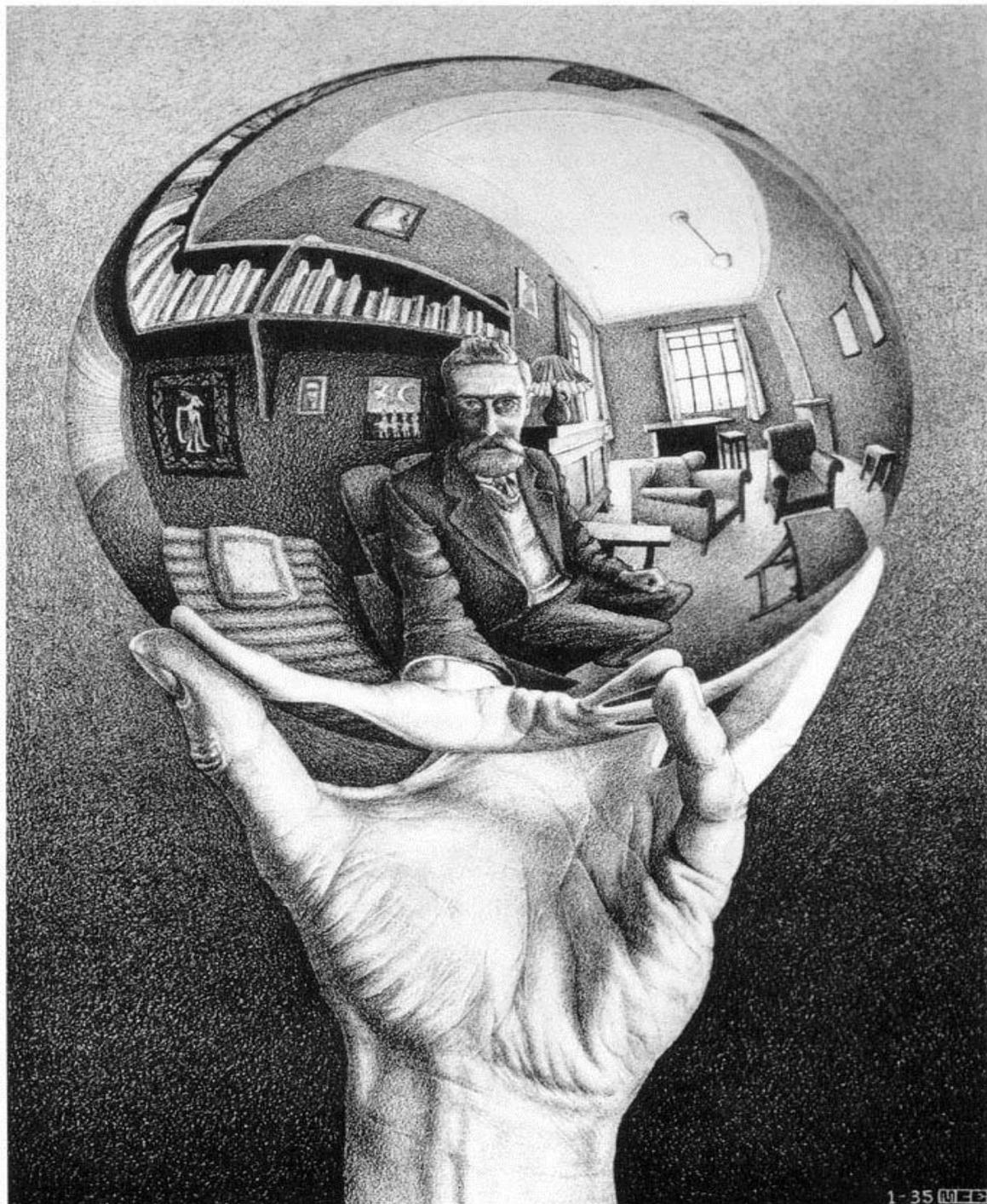
- **Auparavant, il était tabou de parler d'euthanasie car il s'agissait d'un acte illégal.**
- **Il y aura un changement dans les prochains mois....**
- **Il se peut que vous soyez face à l'expression de certains souhaits, désir en lien avec des demandes de la part de patients ou de participants à des études.**

## L'application de la Loi:

- **Je ne vous dirai pas quoi faire dans ces situations, je ne suis pas un expert...**
- **Le mieux est de transférer la demande au service de psychologie/psycho-oncologie/services sociaux de vos institutions respectives le plus rapidement possible.**

## L'application de la Loi:

- Il se peut que la conversation, que cette demande aille contre vos valeurs profondes, vos convictions, mais il est important de l'accueillir et surtout de ne pas porter de jugement.
- Bien souvent, il s'agit de cris à l'aide qui sous-entendent un besoin de la personne qui n'est pas répondu, ou d'une souffrance intense.
- Dire que la personne sera écoutée par le personnel et que tout sera fait en leur pouvoir



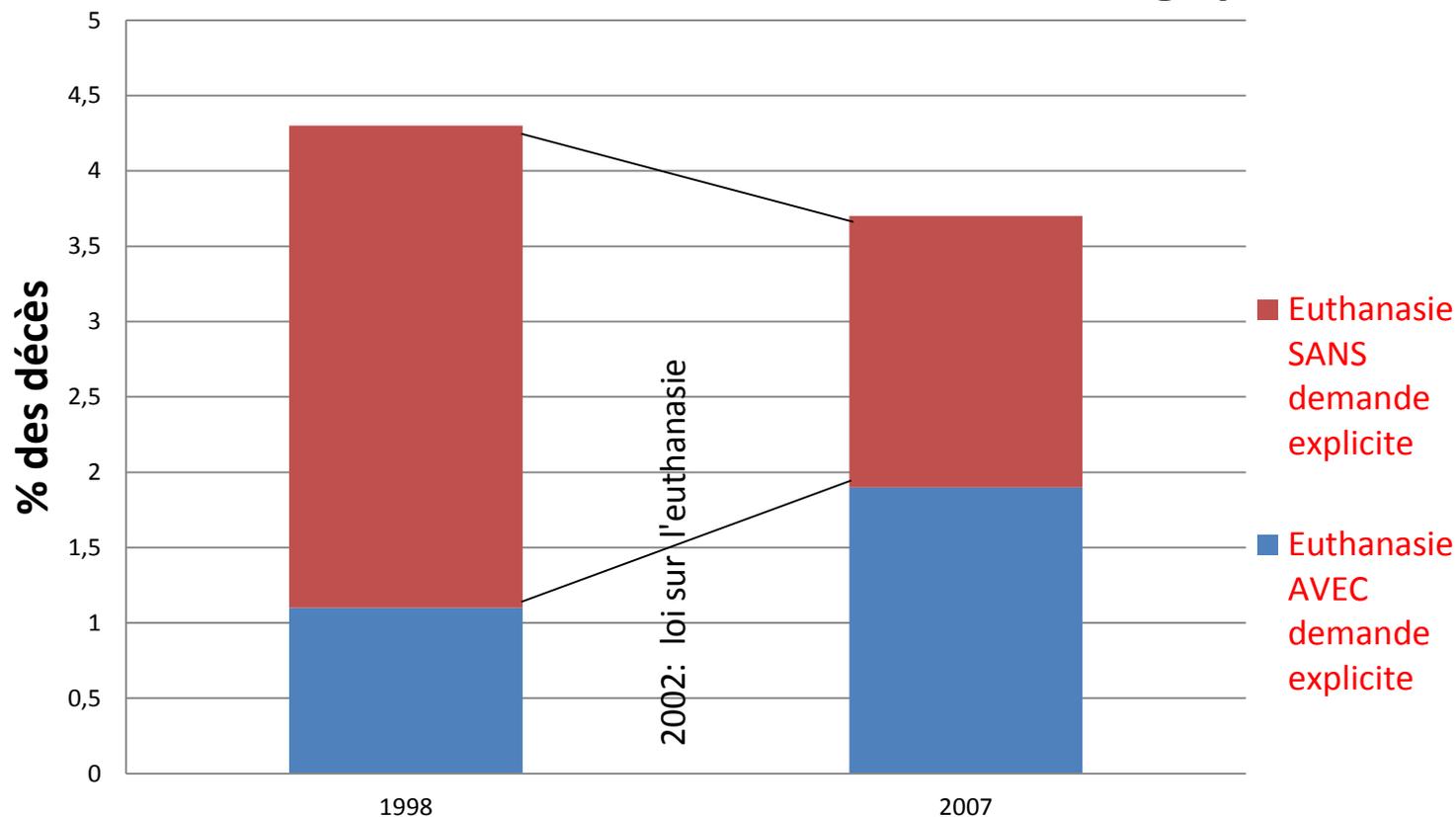
# Fréquence des pratiques médicales de fin de vie à Flandres (Belgique)

Variables	1998	2007
Décès total annuel	56 354	54 881
Décès inclus dans les analyses	1925	3623
Euthanasie ( <b>avec</b> consentement)	22 (1.1%)	69 (1.9%)
Euthanasie ( <b>sans</b> consentement)	62 (3.2%)	65 (1.8%)
Suicide assisté par un médecin	2 (0.12%)	3 (0.07%)
Total	4.4%	3.8%
Sédation palliative continue	NA	525 (14.5 %)

## Légalisation de la loi en 2002 pour la Belgique

Bilsen J et al. (2009) Medical end-of-life practices under the Euthanasia Law in Belgium. *N Engl J Med* 361(11): 1120-1.

## Décès médicalement assistés en Belgique



- **Augmentation constante du nombre de demandes année après année**
- **50/50 homme-femme**
- **53% avaient entre 60 et 79 ans. 27% + de 80 ans**
- **45% décès à l'hôpital, 45% au domicile**
- **Échéance du décès BREF dans 91%**
- **75% patients avaient un diagnostic de cancer**
- **1<sup>ère</sup> consultation dans 50% généraliste, 40% spécialiste, 10% SP**

- **97% souffrances physiques mentionnées**  
(cachexie, douleurs, dyspnée, dysphagie, épuisement, hémorragies, obstruction digestive, paralysies, plaies, transfusions répétées, etc.)
- **73% souffrances psychiques mentionnées**  
(dépendance, désespérance, perte de dignité, etc.)
- **Les personnes ont souvent plusieurs symptômes**
- **Beaucoup des demandes « non-urgentes » sont en lien avec des maladies neuromusculaires et cardiovasculaires**

# Fréquence d'euthanasie et autres pratiques de fin de vie au Pays-Bas

	1990	1995	2001	2005
Euthanasie ( <b>avec</b> consentement)	1.7%	2.4%	2.6%	1.7%
Euthanasie ( <b>sans</b> consentement)	0.8%	0.7%	0.7%	0.4%
Suicide assisté	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%
Total	2.7%	3.3%	3.5%	2.2%

## Légalisation de l'euthanasie en 2002 au Pays-Bas

Rietjens JAC et al. (2009) Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Inquiry* 6: 271-83.

# Cas rapportés d'euthanasie et de suicide assisté aux Pays-Bas

	1990	1995	2001	2005
Total estimé d'euthanasie et de suicide assisté	2700	3600	3800	2425
Nombre rapporté d'euthanasie et de suicide assisté	486	1466	2054	1933
<b><i>Taux rapporté</i></b>	18%	41%	54%	80%

## Légalisation de l'euthanasie en 2002 au Pays-Bas

Rietjens JAC et al. (2009) Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Inquiry* 6: 271-83.

# Utilisation des médicaments pour l'euthanasie et le suicide assisté par un médecin – Pays-Bas

Médicaments	2001 (%)	2005 (%)
Relaxants neuromusculaires	63	65
Barbituriques	11	8
Opioïdes	22	16
Benzodiazépines	0	7
Autres médicaments	1	0
Inconnus	4	3

**Pour la Belgique: 99% de barbiturique (Thiopental = propofol) = IV**

- **Wilson – Enquête Nationale sur les SP**
- **2001-2003 – publication en 2007**
- **Objective:** Pour explorer l'attitude des individus atteints d'une maladie terminale envers la légalisation de l'euthanasia ou du suicide assisté et pour identifier ceux qui désirent explicitement ce genre de mort.
- **Entrevue semi-structurée avec un questionnaire**
- **379 entrevues de complétées**

- **Wilson – Enquête Nationale sur les SP**
- **Conclusion : Parmi les patients recevant des soins palliatifs pour le cancer, le désir d’avoir recours à l’euthanasie ou au suicide assisté est associé avec les convictions religieuses, l’état fonctionnel, les symptômes physiques, psychologiques et des préoccupations sociales. Malgré que ce désir est parfois transitoire, une fois installé, il peut devenir permanent.**

- **Étude effectuée au Québec par sondage à 445 infirmières et 445 médecins du Québec en 2013.**
- **Œuvrant de près ou de loin en SP.**
- **Taux de réponse environ de 40% (limite)**
- **2 types de questionnaire :**
  - A. La patient fait une requête explicite d'euthanasie**
  - B. Le patient n'a jamais clairement exprimé ses volontés par rapport à la pratique d'un acte d'euthanasie.**

Lavoie M, Godin G, Vézina-Im LA, Blondeau D, Martineau I, Roy L. Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care. *Nurs Ethics*. 2014 Dec 8.

Lavoie M, Godin G, Vézina-Im LA, Blondeau D, Martineau I, Roy L. Psychosocial determinants of physician' intention to practise euthanasia in palliative care. *BMC Med Ethics*. 2015 Jan 22;16(1):6.

## Résultat – infirmières :

- L'intention est plutôt **favorable à l'euthanasie**
- Si l'euthanasie était légale : en faveur de la pratiquer, et ce, **PEU IMPORTE** la présence ou l'absence de la volonté du patient.
- Beaucoup en lien avec les normes subjectives (approbation de l'entourage personnel et professionnel) ainsi que des normes morales (en accord avec les principes et valeurs personnels)

## Résultat – médecins :

- L'intention est plutôt **défavorable**
- Si l'euthanasie était légale, leur intention est radicalement opposée:
  - soit favorable de la pratiquer en présence de volonté,
  - Soit défavorable en leur absence.
- **Il s'agit du principal déterminant**
- Beaucoup en lien avec les attitudes cognitives, les normes morales ainsi que la perception de contrôle

- **Chochinov : 1999 – *Will to live instrument***
- **Mesuré 2 x /jour pendant l’hospitalisation**
- **Auto-rapportée sur une échelle visuelle**
- **4 variables fortement associées : dépression, anxiété, souffle court, et la sentiment de bien-être.**

**Conclusion:** Parmi les patients mourant, le “will to live” montre des fluctuations importantes. Ces fluctuations augmentent à l’approche du décès.

- **Breitbart – juin 1998-janvier 1999**
- **Étude prospective avec le : *Schedule of Attitudes toward hastened death (SAHD)***
- **Instrument validé (en anglais seulement).**
- **Conclusion:** Le désir afin d'accélérer la mort au sein de la population de patients atteints de cancer avancé n'est pas rare. La dépression et le désespoir sont les prédicteurs les plus puissants en lien avec le désir d'accélérer la mort.

## Qualité de vie :

- ***McGill Quality of Life questionnaire (MQoL)***
- ***Satisfaction with life Scale***

## Échelle de la performance :

- ***ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group performance status)***
- ***Karnofsky Performance Status Scale***

Cohen, SR, Mount, BM, Bruera, E, Provost, M, Rowe, J, and Tong, K, *Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain*. Palliat Med, 1997. 11(1): p. 3-20.

Blais, M-C, Vallerand, R, Pelletier, L, and N, B, *L'Échelle de satisfaction de vie: Validation canadiennefrançaise du "Satisfaction With Life Scale"*. Canadian Journal of Behavioural Science - Revue canadienne de science comportementale, 1989. 21(2): p. 210-223.

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991; 7:6-9.

Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. J Clin Oncology. 1984; 2:187-193.

## Dépistage de la détresse :

- ***Outil de dépistage de la détresse (ODD)***
- ***Emotional distress : Profile of Mood States (POMS-SF)***
- ***Patient-Health Questionnaire (PHQ-9)***

## Anxiété et dépression :

- ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***

## Symptômes généraux :

- ***Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)***

Canadian Partnership Against Cancer Corp. (CPACC). 2009. *Guide to implementing Screening for distress, the 6th vital sign. Moving towards person-centered care. Part A: Background recommendations, and implementation.*

Shacham, S, *A shortened version of the Profile of Mood States.* J Pers Assess, 1983. 47(3): p. 305-6.

Kroenke, K, Spitzer, RL, and Williams, JB, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.* J Gen Intern Med, 2001. 16(9): p. 606-13.

Zigmond, AS; Snaith, RP (1983). "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6): 361–370

Chang, VT, Hwang, SS, and Feuerman, M, *Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale.* Cancer, 2000. 88(9): p. 2164-71.



**Prédisons l'avenir....**

Plutôt **souffrir** que **mourir**,  
C'est la devise des **hommes**

*-Jean de la Fontaine*

**Question: comment l'homo québécois en est-il venu à défier ce principe millénaire?**

## **Whole-Exome Sequencing Reveals a Rapid Change in the Frequency of Rare Functional Variants in a Founding Population of Humans.**

Ferrans Casals, et al., Centre de Recherche du CHU Sainte-Justine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

In this work, we analyze the whole-exome sequences of French-Canadian individuals, a founder population with a unique demographic history that includes an original population bottleneck less than 20 generations ago, followed by a demographic explosion, and the whole exomes of French individuals sampled from France.

The genetic pool of French-Canadians shows reduced levels of diversity, higher homozygosity, and an excess of rare variants with low variant sharing with Europeans.

Furthermore, the French-Canadian population contains a larger proportion of putatively damaging functional variants, which could partially explain the increased incidence of genetic disease in the province.

# Recherches futures en SP : Acte directement

- **TOUS les actes doivent être obligatoirement compilés et exhaustivement décrits :**

- Qui a fait la demande?
- Qui passe à l'acte?
- Quelles médications sont utilisées?
- Quelles doses sont administrées?
- Quels sont les délais entre la demande et l'injection?

# Recherches futures en SP : PATIENT

- **Éléments médicaux**
- **Fonctionnement physique et psychologique**
- **Données sociodémographiques (incluant antécédents de dépression et de troubles psychologiques)**
- **Locus de contrôle interne**
- **Éléments narcissiques (type de personnalité)**

# Recherches futures en SP : FAMILLE / PROCHES

- **Détresse vécue**
- **Deuil pathologique (est-il différent?)**
- **Fardeau émotionnel**
- **Fardeau financier**

# Recherches futures en SP : INTERVENANTS



ÉQUIPE DE RECHERCHE MICHEL-SARRAZIN  
EN ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE ET SOINS PALLIATIFS

- **Détresse vécue**
- **Sentiment et perception de compétence**
- **Collaboration et consensus des membres de l'équipe incluant : TS, Pharmaciens, inf, md, soins spirituels, bénévoles, préposés, etc..**

# Recherches futures en SP : ADMINISTRATEURS

- **Attitudes envers l'acte**
- **Changement dans le personnel (roulement)**
- **Inconfort perçu**
- **Retombées sur les équipes (nbr d'absences au travail et des raisons)**
- **Informations véhiculées à l'interne**
- **Nombre de demandes qui sont référées à l'établissement**



- **Zone de turbulence devant nous**
- **Changement sociétal important**
- **C'est le MD lui-même qui doit poser l'acte**
- **Ne pas juger la personne qui fait la demande**
- **Nouveau créneau pour la recherche en SP fort intéressant**

# **Pour participer à nos activités scientifiques : Contactez-moi!**

**François Tardif**

**Coordonnateur de l'ERMOS**

[Francois.tardif@crhdq.chuq.qc.ca](mailto:Francois.tardif@crhdq.chuq.qc.ca)

**418-525-4444 poste: 16163**

[\*\*recherchesoinspalliatifs.ca\*\*](http://recherchesoinspalliatifs.ca)