



Markus Trienké, CC BY-SA 2.0

SOINS PALLIATIFS À DOMICILE EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ

SYNTHÈSE

Synthèse d'une étude qualitative réalisée entre novembre 2018 et mai 2019 auprès de soignants œuvrant en soins palliatifs à domicile en contexte de diversité et de proches endeuillés rapportant l'expérience de leur être cher en fin de vie ayant bénéficié de soins palliatifs à domicile. Ce projet fait partie d'une étude de plus grande envergure [Expériences de fin de vie dans un Montréal pluriel](#).

Rapport complet : Soins palliatifs à domicile en contexte de diversité

OBJECTIFS

Cette étude examine la façon dont sont modulées les stratégies d'accompagnement en soins palliatifs, auprès des personnes en fin de vie et de leur entourage, pour prendre en compte le pluralisme des identités, des croyances et des pratiques des usa-

gers. Elle explore également la façon dont est vécue cette prise en charge du point de vue des personnes migrantes et non-migrantes bénéficiaires des soins palliatifs à domicile.

FAITS SAILLANTS



L'IMPORTANCE DE DIRE

Il existe un certain malaise à aborder les soins palliatifs, tant chez les soignants que chez les malades et les proches.

Lorsque les soins palliatifs sont abordés, les soignants s'assurent que la personne soit prête à les entendre.

L'option de l'aide médicale à mourir est plus facilement abordée avec certains malades québécois d'origine canadienne-française.



LA DIVERSITÉ

Les soignants et soignantes disent s'intéresser à l'unicité de chaque personne en s'attardant à leur parcours de vie.

La diversité se manifeste dans différents espaces : communication, prise de décision, dynamiques relationnelles et familiales, rapport socio-économique, rapport à la maladie, au corps, à la douleur et à la nourriture.



La PLACE FAITE AUX PROCHES

dans la prise en charge des malades semble fondamentale au sentiment de satisfaction dans l'expérience d'accompagnement.



La SATISFACTION EST UNANIME à l'égard des soins palliatifs à domicile.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Selon Montréal en statistiques (2020), 34 %¹ de la population montréalaise est née à l'extérieur du pays. Les tendances démographiques canadiennes et québécoises montrent également un vieillissement qui se diversifie (Durst et MacLean 2010; Markon 2017), alors que la mort touche davantage les personnes plus âgées. Des données issues de travaux en santé publique et en médecine sociale indiquent que les personnes migrantes utilisent significativement moins les soins palliatifs que les personnes eurodescendantes (Johnson 2013). Plusieurs facteurs, autant « culturels » que « matériels », ont été évoqués par les chercheurs pour expliquer ces faibles taux de fréquentation des personnes migrantes en soins palliatifs : barrières linguistiques, économiques ou spatiales, faible connaissance des services de santé, mais également présence de conceptions divergentes, opposées ou même conflictuelles du bien mourir entre les populations minoritaires et celles véhiculées par les institutions et services de soins palliatifs (Johnson 2013; Finestone et Inderwies 2008; Gelfand et al. 2001; Crawley 2005). Au Québec, l'intégration de la diversité en soins de fin de vie relèverait généralement du cas par cas, en fonction des intervenants et des contextes de soins (Rachédi et al. 2016). Un guide du CREGÉS (Durivage, Hébert et Nour 2012) souligne l'importance, pour les acteurs des équipes soignantes, d'adopter des attitudes réflexives par rapport à la diversité en soins palliatifs, sans toutefois verser dans le « culturalisme » ou la généralisation hâtive des pratiques ou des besoins de clientèles particulières.

METHODOLOGIE

Cette étude qualitative repose sur la collecte des expériences des participants par l'entremise d'entretiens semi-dirigés. Une analyse thématique des données a permis d'explorer les expériences d'accompagnement et de fin de vie telles que partagées par les personnes ayant pris part à la recherche.

PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée sur les territoires sociosanitaires de deux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) montréalais caractérisés par la diversité de leur population, incluant une grande proportion de personnes nées à l'extérieur du Canada. Il s'agit du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (NIM) et du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CODIM). Des soignants de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD) et de NOVA, qui offrent des soins à domicile en collaboration avec les équipes des CIUSSS, ont également participé à l'étude.

Les soignants : dix proviennent du NIM et cinq du CODIM. Les participants occupent l'une ou l'autre des catégories professionnelles suivantes : médecins ($n = 3$), travailleur.se ou intervenant.e social.e ($n = 3$), ergothérapeute ($n = 1$), infirmier.ières ($n = 6$) et psychologues ($n = 2$).

Les proches endeuillés : quinze entretiens ont été réalisés auprès de seize proches endeuillés (moyenne d'âge de 57,8 ans) racontant l'expérience de fin de vie de quinze défunts majoritairement des conjoint.es ($n = 12$) ou de parents ($n = 4$). Ce sont onze femmes et cinq hommes qui ont participé à l'entretien. Huit d'entre ces personnes étaient nées à l'extérieur du Canada.

Les défunts : il s'agit de quinze défunts (moyenne d'âge de 69 ans). Sept étaient des femmes et huit, des hommes. Huit étaient nés à l'extérieur du Canada : Algérie, Rwanda, Syrie, Roumanie, Trinidad, France. Ils étaient tous des primo-arrivants. Le cancer est la maladie qui a le plus souvent emporté ces personnes ($n = 13$).

Tous étaient tenants d'une des trois grandes religions monothéistes, tout en exprimant une grande variabilité d'adhésion et de pratiques.

¹ Selon le recensement de 2016



Photo : Paul van de Velde, CC BY 2.0

Des données issues de travaux en santé publique et en médecine sociale indiquent que les personnes migrantes utilisent significativement moins les soins palliatifs que les personnes euro-descendantes.

RÉSULTATS

Tous les défunts ont bénéficié de soins palliatifs à domicile. Cependant, les soins palliatifs à domicile sont intervenus selon deux scénarios qui semblent avoir modulé la durée des services :

▶ **Après l'épuisement des possibilités thérapeutiques visant à prolonger la vie ($n = 13$) (pour une durée d'une semaine à quelques mois).**

▶ **De façon parallèle aux soins visant à prolonger la vie ($n = 2$) (pour une durée de neuf mois à cinq ans).**

Les analyses descriptive et comparative des entretiens réalisés auprès des soignants et des proches montrent des éléments de convergences et de divergences sur quelques thématiques :

▶ **Importance de dire ;**

▶ **Diversité ;**

▶ **Place faite aux proches;**

▶ **Perceptions des soins palliatifs à domicile.**

IMPORTANCE DE DIRE, DE NOMMER LES SOINS

Malaise entourant les termes soins palliatifs

Seules deux médecins abordent les soins palliatifs de front avec les patients. Aucun des autres intervenants rencontrés ne mentionne d'emblée les soins palliatifs, peu importe leur profession, leur équipe ou le quartier dans lequel ils travaillent. C'est généralement à partir de l'évaluation du patient qu'ils estiment dans quelle mesure ils peuvent aborder ou non les soins palliatifs. D'autres éléments paraissent difficiles à aborder comme les niveaux de soins et le choix du lieu du mourir notamment.

« Des fois, il est probable que comme soignant on évite ces sujets-là ou en tout cas qu'on essaie de ne pas les aborder lors d'une première visite, à moins qu'il y ait des portes qui s'ouvrent. Mais peut-être aussi que ces appréhensions-là nous empêchent de discuter de front de certains enjeux qu'on sait difficiles alors que ça ne le serait pas. » (Médecin, non-migrante, NIM)

Ce malaise est d'autant plus grand chez les soignés lorsqu'il existe encore des possibles thérapeutiques permettant de prolonger la vie.

« On s'est fait souvent dire par les médecins, les spécialistes ou les infirmières pivots : « ne vous inquiétez pas si celui-là ne fonctionne pas, il y a d'autres traitements. » Donc, on est rassuré d'un côté, même si un traitement ne marche pas, on en a un autre, mais je veux dire un moment donné la liste elle n'est pas exhaustive là je veux dire. Puis le foie aussi. Donc on est un petit peu sur un nuage quoi, on sort de là on est motivé, même s'il y a une mauvaise nouvelle, bon, le médecin est là pour nous rassurer, l'infirmière est là pour nous rassurer, donc... » (Éric, 57 ans, migrant, proche)

Taire les soins palliatifs

Selon les soignants rencontrés, le fait de taire est lié à la mauvaise représentation des soins palliatifs chez les patients et à une certaine peur, puisque ces termes sont généralement associés à la mort prochaine. Ainsi, les soignants parlent davantage de suivi des symptômes, de confort et de soutien. Certains expliquent que la mention des termes « soins palliatifs » peut créer une rupture avec la famille.

« J'ai des patients des fois ils ne comprennent même pas qu'ils sont en soins palliatifs, « ah ça va aller mieux, ça va aller mieux, ça va... », mais le médecin vous as-tu dit ce que vous aviez ? « Ah non le médecin ne m'a pas parlé ». Ça je trouve ça bien embêtant parce que moi je le sais que je m'en vais t'accompagner dans la mort, là. Mais toi tu ne le sais même pas que tu vas mourir puis moi je n'ai pas le droit de le dire, ça je n'aime pas ça. » (Infirmière, non-migrante, NIM).

Néanmoins, malgré ces hésitations, les soins palliatifs seraient évoqués (de manière variable) auprès d'une majorité de patients.

La mise en place des soins palliatifs suite à l'épuisement des possibles thérapeutiques corrobore l'idée que les soins palliatifs soient associés à la mort prochaine.

Dans les histoires documentées, la mort est survenue quelques semaines ou mois (pour quelques-uns) après l'arrivée de soins palliatifs à domicile. Pourtant, deux personnes en ont bénéficié parallèlement aux soins visant à prolonger la vie. Dans ces cas de figure, il est possible de croire que le fait de taire les soins palliatifs ait pu bénéficier aux malades et à leur proche tout au long de la trajectoire de la maladie. Comme en témoigne l'histoire de Fatima, qui a bénéficié de soins palliatifs à domicile tout au long de sa maladie sans que ces soins ne soient nommés :

«J'étais frustré, elle [l'oncologue] ne me parlait que des soins palliatifs [à l'hôpital], j'ai dit je n'ai pas besoin de soins palliatifs, ma femme elle parle, elle mange, elle est juste paralysée, mais elle a la tête, elle réfléchit, elle parle avec nous, elle est joyeuse, elle rit, elle n'est pas malade. Elle est malade, mais elle est consciente [...] Ma femme, elle avait l'espoir de guérir, moi je voulais, je la laisse dans cet espoir-là, ça ne fait rien, elle a l'espoir, même si elle ne guérit pas, mais on l'a vécue cette maladie avec, avec une joie, pas une tristesse.» (Mohammed, 59 ans, migrant, proche)

Dire les choses telles qu'elles sont

Les médecins plus à l'aise d'aborder les soins palliatifs avec leur patient les présentent de façon à mettre de l'avant leurs avantages (dont le soulagement des symptômes). Si ces médecins estiment qu'il importe de dire les choses telles qu'elles sont, elles s'assurent que le patient soit prêt à les entendre.

Des proches estiment de grande importance le fait d'être informés de ce qui se trame, tout en ayant l'espace pour conserver l'espoir.

«Les médecins ont annoncé que «la tumeur avait disparu au complet, comme tout est beau, tout est parti il n'y a plus rien». Cependant, selon la participante, les médecins avaient omis de leur dire que le cancer allait revenir : «les spécialistes nous ne le disent pas, mais on en est venus à bout là, attendez-vous qu'à peu près dans deux ans vous allez faire une rechute. C'est sûr ça va revenir parce que vous étiez au stade 3, fait que probablement qu'à moins d'un miracle, je veux dire vous allez mourir de ça un jour, tu sais. Ils ne nous disent pas ça.» (Nathalie, 40 ans, non-migrante, proche)

Si ces médecins estiment qu'il importe de dire les choses telles qu'elles sont, elles s'assurent que le patient soit prêt à les entendre.



Le silence entourant l'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir (AMM) a été abordée par les soignants avec certains malades québécois d'origine canadienne-française et plus rarement avec les migrants.

Le sujet survient lorsqu'une personne partage son désir de mort avec le soignant ou encore, lorsque le malade est transféré en maison de soins palliatifs où ce soin n'est que rarement offert (au moment de l'étude).

Selon les soignants, les demandes viennent plus généralement des Québécois d'origine canadienne-française.

Les proches ne sont pas tous d'avis qu'il faille aborder le sujet, spécialement ceux pour qui la religion occupe une place importante :

« C'est un péché pour nous [musulmans], on [ne] peut pas faire ça, on [n']a pas parlé de ça. »

(Mohammed, 59 ans, migrant, proche)

Pourtant, parmi les quinze défunts, cinq ont formulé le souhait de recevoir l'aide médicale à mourir, dont deux migrantes. De celles-ci, deux personnes (non-migrantes) ont bénéficié de l'aide médicale à mourir, et trois demandes n'ont pas abouti pour différentes raisons, dont l'opposition du proche, l'imminence de la mort ou la mort est survenue avant la date prévue de l'AMM.

« [...] je sais que oui on offre cette option, mais c'est difficile à accepter et à quel moment on l'accepte, à quel moment on peut dire que la personne est vraiment... que c'est ça qu'est-ce qu'elle veut ? Est-ce que son désir est justifié ? Il y a, son... Il y a beaucoup à discuter sur ça. En plus ce n'est pas accepté d'un point de vue religieux quoi. Même dans la religion catholique ce n'est pas accepté. »

(Grigore, 60 ans, migrant, proche)

DIVERSITÉ

La diversité est évoquée, par les soignants des deux CIUSSS, par-delà le fait ethnique, religieux ou culturel. Cette diversité est multiple et s'exprime à travers le parcours de soins, les symptômes, la maladie, les configurations et dynamiques familiales, la communication, la prise de décision, l'expression de la douleur et le rapport à la nourriture. Aussi, la diversité se voit et se vit différemment selon le quartier montréalais d'intervention.

La diversité : un enjeu d'individualité

La diversité ethnique, religieuse ou culturelle est parfois difficilement abordée par des soignants puisqu'ils disent s'intéresser à l'unicité de chaque patient en s'attardant à leur parcours de vie. Selon eux, l'individualisation de la compréhension de la culture de chacun est de mise puisqu'il existe plusieurs nuances.

Cela dit, pour certains soignants, le travail en contexte de diversité nécessite clairement des ajustements et adaptations de leur part, alors que d'autres relèguent davantage cette question aux rapports individuels.

Cette différence de point de vue génère néanmoins un constat commun : le travail du soignant se fait sur mesure, en fonction des besoins de chacun où l'adaptation au malade et à ses proches est fondamentale.

Les proches accordent beaucoup d'importance au fait d'être pris en compte par le soignant et à la relation de confiance nouée avec ce dernier. Ils soulignent également leur besoin de reconnaissance dans leur unicité, dans leur différence, que ce soit à l'égard de leur âge, de leur confession religieuse, de leur genre, de la maladie, de leur rôle (de proche notamment). Ce que semblent leur offrir les équipes de soins palliatifs à domicile.

« I can appreciate because they got to know my mom and they got to see what she likes and dislikes and they worked around it with me and my brother, so to what she needed, so yeah. »

(Shenika, 29 ans, non-migrante, proche)

Espaces où se manifeste la diversité selon les soignants – en bref

Communication	Absence de langue commune présente un défi récurrent sans être un problème d'emblée (selon notamment les rôles des différents intervenants). Mobilisation des proches pour la traduction, mais aussi diverses stratégies ponctuelles.
Prise de décision	Importante place des proches dans les décisions. Rapport au religieux influence parfois les décisions en fin de vie.
Dynamiques relationnelles et familiales	Présence d'un réseau souvent plus large que la famille nucléaire. Les proches établissent des règles, balisant comment les soins doivent être dispensés. Règles parfois interprétées par les soignants comme étant associées au lieu d'origine de la famille ou à la culture familiale.
Rapport socio-économique	Accès aux services (privés) variable en fonction des ressources.
Rapport à la maladie	Pratiques parfois plus interventionnistes des proches (migrants ou non-migrants) associées à divers facteurs dont le religieux, l'âge du patient, la présence de conflits avec l'équipe soignante ou avec l'entourage.
Rapport au corps et à la douleur	Expression variable des symptômes, de la douleur et de la souffrance. Réticences aux antalgiques (peur de perte de niveau de conscience ou de provoquer la mort).
Rapport à la nourriture	Importance de la place de la nourriture pour les proches dans l'accompagnement en fin de vie.

Le travail du soignant se fait sur mesure, en fonction des besoins de chacun où l'adaptation au malade et à ces proches est fondamentale.



LA PLACE FAITE AUX PROCHES

Les soins palliatifs à domicile sont généralement rendus possibles grâce à la présence de proches. Lorsque ces derniers ne sont pas présents ou lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'assurer l'accompagnement (absence de proche ou proche âgé, malade, présence de jeunes enfants), des aides privées (ex. préposées aux bénéficiaires, aide-ménagère) sont nécessaires ou alors un transfert en unité de soins palliatifs doit être envisagé. En l'état actuel, les soins à domicile pour les personnes esseulées sont plus difficiles à instaurer dans la durée.

Dans la perspective de certains soignants, travailler en contexte de diversité signifie que la famille proche, élargie et même la communauté seront mobilisées comme réseau d'entraide.

Plusieurs proches qui ont accompagné leur être cher étaient à la retraite. Quant aux travailleurs, ils ont pu bénéficier d'un aménagement de leur horaire de travail.

La mobilisation d'un réseau d'entraide plus large que la famille nucléaire est toutefois variable. Deux migrants ont pu compter sur les membres de la famille du pays d'origine venus prêter main-forte (père, mère, sœur et cousine) ou des membres de la communauté co-nationale les ont soutenus en complément du soutien quotidien de leurs enfants. Ces apports ne sont toutefois pas généralisés pour les migrants et encore moins pour les non-migrants

LA PERCEPTION DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

La satisfaction des patients et des proches à l'égard des soins palliatifs à domicile est unanime. La facilité d'avoir un interlocuteur en cas de doute ou de problèmes est largement soulignée. L'établissement du lien de confiance semble ici primordial.

C'est merveilleux, ils étaient vraiment très compréhensifs, je les ai remerciés, c'était agréable.

(Mohammed, 59 ans, migrant, proche)

Denis dit avoir reçu un « service incroyable » au CLSC, ils ont bénéficié d'un « gros appui. »

(Denis, 64 ans, non-migrant, proche)

« Les soins palliatifs une chance ça existe. Parce que quand tu n'as pas beaucoup de monde autour de toi c'est comme le pilier. »

(Brigitte, 57 ans, non-migrante, proche)

La facilité d'avoir un interlocuteur en cas de doute ou de problèmes est largement soulignée. L'établissement du lien de confiance semble ici primordial.

DISCUSSION

Cette étude s'est intéressée aux expériences des soignants des équipes de soins palliatifs en contexte de diversité et à celles des personnes migrantes et non-migrantes ayant bénéficié de soins palliatifs à domicile (proches et malades). Or, il nous a été difficile de rejoindre les personnes migrantes par l'entremise des canaux dont nous disposions. Différentes questions persistent à savoir si ces personnes ont moins accès aux soins palliatifs à domicile que la population née au pays, ou si elles ont été sous représentées dans le cadre de l'étude.

En l'état, les résultats de cette étude montrent que les soins palliatifs à domicile ont bénéficié à des personnes majoritairement atteintes de cancer, qu'elles aient été ou non migrantes. Si des efforts sont faits pour élargir l'offre de services à toute personne dont l'état de santé le requiert, le repérage des personnes qui pourraient en bénéficier et qui souffrent d'autres maladies que le cancer reste un défi (Guertin et al. 2021).

La diversité paraît plus large que celle liée au pays de naissance. La diversité de croyances, d'âge, de maladie, de pratiques, de dynamiques familiales

gagne à être considérée dans son aspect singulier et pluriel. Néanmoins, porter une attention particulière à l'intersection de différents éléments où le cumul pourrait engendrer des difficultés d'accès supplémentaires (âge, langue, type de maladie, faiblesse du réseau informel, statut socio-économique, niveau d'éducation, nombre d'années au pays, etc.) s'avère pertinent pour d'éventuelles recherches.

Les proches soulignent la relation privilégiée que leur proche et eux-mêmes ont pu nouer avec un ou des soignants de l'équipe de soins palliatifs à domicile. Cette relation leur a été d'un grand soutien.

Enfin, les proches jouent un grand rôle dans l'accompagnement de la personne malade tout au long de la trajectoire de la maladie et de la fin de vie. Bien que l'expérience de la maladie, du mourir et de la mort puisse être singulière, elle implique bien souvent un collectif, celui de la famille. Sans les proches, le maintien à domicile est largement compromis. Néanmoins, la présence des services formels et la création de liens de confiance avec ceux-ci s'avèrent essentielles pour les proches (Le Gall, Samson et Fortin 2021). C'est pourquoi une approche centrée sur la personne inclusive de ses proches semble une avenue féconde.

RÉFÉRENCES

Crawley, LaVera. M., 2005. « Racial, Cultural, and Ethnic Factors Influencing End-of-Life Care ». *Journal of palliative medicine*, 8 (supplement 1): s-58-s-69.

Durivage, Patrick, Marijo Hébert et Karine Nour, 2012. *Intervenir auprès des personnes âgées en soins palliatifs; Guide de pratique sur le soutien psychosocial à domicile*. 1re Édition. Montréal : Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), CSSS Cavendish-CAU.

Durst, Douglas et Michael Maclean. 2010. *Diversity and Aging among Immigrant Seniors in Canada: Changing Faces and Greying Temples*. Brush Education.

Finestone, Albert J. et Gail Inderwies. 2008. « Death and Dying in the US: the Barriers to the Benefits of Palliative and Hospice Care ». *Clinical interventions in aging* 3 (3): 595.

Gelfans, Donald E. Hector Balcazar, Jeanne Parzuchowski et Susana Lenox. 2001. « Mexicans and Care for the Terminally Ill: Family, Hospice, and the Church ». *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 18 (6): 391-396.

Guertin, Marie-Hélène, Marjorie Tremblay, Émilie Allard, Elisa Pucella, Denis Hamel et Arnaud Duhoux. 2021. *Indicateurs de soins palliatifs : mise à jour des résultats pour la population adulte du Québec (2002-2016)*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

Johnson, Kimberly S. 2013. « Racial and Ethnic Disparities in Palliative Care ». *Journal of palliative medicine* 16 (11): 1329-1334.

Le Gall, Josiane, Marie-Ève Samson et Sylvie Fortin. 2021. « Expériences du mourir et de la mort : regards de proches ayant accompagné un aîné immigrant en fin de vie à Montréal ». *Anthropologie et Sociétés* 45 (1-2).

Markon, Marie-Pierre. 2017. *Portrait des aînés de l'Île de Montréal*. Montréal. Montréal : CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Montréal en Statistiques. 2020, janvier. *Coup d'œil sur la population immigrante. Agglomération de Montréal*. Montréal : Division de l'intelligence économique. Service du développement économique.

Rachédi, Lilyane, Catherine Montgomery et Béatrice Halsouet. 2016. « Mort et deuil en contexte migratoire : spécificités, réseaux et entraide ». *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* (24).

Une publication de l'Institut universitaire SHERPA, 7085 Hutchison, Montréal, Qc., H3N 1Y9, sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca <https://www.sherpa-recherche.com>

Résumé du rapport : Soins palliatifs à domicile en contexte de diversité

Éditeur : Institut universitaire SHERPA

Chercheuse principale: Sylvie Fortin. Co-Chercheuses : Josiane Le Gall, Ph. D. Centre de recherche SHERPA, CIUSSS-CODIM; Andréanne Côté, MD. CIUSSS-NIM et Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal; Catherine Sigouin, travailleuse sociale, CIUSSS-CODIM; Sabrina Lessard, Ph.D. Centre de recherche InterActions, CIUSSS-NIM

Financement : Ce projet a été financé par la Chaire de la famille Blanchard pour l'enseignement et la recherche en soins palliatifs de l'Université de Montréal

Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli

Pour citer ce document : Fortin S., Lessard S., Côté A., Le Gall J. et C. Sigouin, 2021. Soins palliatifs à domicile en contexte de diversité. Rapport court. Université de Montréal (avec la collaboration de l'Institut universitaire SHERPA).

<https://www.findeviemtlpluriel.ca/>

ISBN 978-2-9819166-6-2 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2021

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2021

© 2021 Institut universitaire SHERPA (en ligne)