

* Nouveauté *
Classes de maîtres



24^e congrès annuel du Réseau
de soins palliatifs du Québec



Face aux nouveaux défis

la dignité
un **REPÈRE**

Les 12 et 13 mai 2014

Centre des congrès de Québec • Hôtel Hilton Québec

www.pluricongres.com/rspq2014

www.reseau-palliatif.org

DESCRIPTION ET APPLICATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LA DÉTERMINATION DE L'INTENSITÉ DES SOINS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Régina Lavoie, infirmière
Lucie Baillargeon, M.D.

12 mai 2014

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom des conférenciers : Régina Lavoie et Lucie Baillargeon



e n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation.

Objectifs de l'atelier

- ❑ Sensibiliser à l'importance de discuter préalablement de l'intensité des soins;
- ❑ Identifier les éléments nécessaires pour élaborer une Politique de détermination de l'intensité des soins dans un établissement.



Plan de l'atelier

- La démarche
- Discussion
- Le contenu du cadre de référence
- Discussion
- L'implantation du cadre
- Discussion



Définition de l'intensité de soins

- ❑ Le processus qui permet au médecin et aux équipes soignantes de déterminer avec l'utilisateur ou ses proches, les soins qu'il désire et qui sont appropriés à son état.



LA DÉMARCHE

- ❑ Le contexte de la démarche;
- ❑ Le contexte régional;
- ❑ Le mandat;
- ❑ La composition du comité;
- ❑ Les sources d'information;
- ❑ Les consultations en cours de travaux.



Le contexte de la démarche

- Constat des membres du Comité régional de soins palliatifs;
- Consultation de la Direction des affaires médicales, universitaires et hospitalières : politique de niveaux de soins;
- Consultation du Comité de direction de l'Agence et des Directeurs de services professionnels : cadre de référence.



Le contexte régional

- Utilisation sous-optimale des formulaires de niveaux de soins dans les établissements de la région de la Capitale-Nationale;
- Manque d'uniformité entre les formulaires des différents établissements;
- Impacts sur les patients;
- Interventions non adaptées aux préférences des patients.



Le mandat

- Proposer un cadre de référence en vue de l'élaboration d'une politique de détermination de l'intensité des soins dans les établissements.



La composition du comité

- Dr Antoine Kibrité, président, CHUQ
- Représentants des milieux hospitaliers et des quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS)
- Groupe de travail :
 - D^{re} Odette Nicol, CSSS de Québec-Nord
 - D^{re} Nathalie Beaulieu, CSSS de la Vieille-Capitale
 - M^{me} Marie de Serres, CHU de Québec
 - Dr Hubert Marcoux, Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's
 - M^{me} Régina Lavoie, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Recherche documentaire :
 - M^{me} Mélanie Morneau, stagiaire MBA



Les sources d'information



■ Revues de littérature :

- Banques de données : PubMed, Live Search et Google;
- Consultations des sites d'organisations reconnues (ex. : NICE) et des sites d'associations de soins palliatifs.

- ## ■ Mots clés :
- niveaux de soins, *levels of care*, *treatment goals*, soins palliatifs, *palliative care*, *advanced directives*, *advance care planning*, *end-of-life care planning*.



- **Revue de la littérature :**
 - États-Unis;
 - Australie;
 - Angleterre;
 - Canada (Politique de Calgary);
 - Québec (Collège des médecins).



Échelles de niveaux de soins

- Utilisées dans plusieurs pays et provinces;
- Permet de déterminer objectifs de soins et/ou interventions souhaitées dans l'éventualité où le patient ne pourrait communiquer ses choix;
- Un à cinq niveaux;
- Soins maximaux à soins de confort;
- Réanimation cardiorespiratoire.
- Exemple →



Niveau de soins et Réanimation cardiorespiratoire

Cette case doit contenir :
N° dossier, Nom et prénom, Date de naissance (aaaa-mm-jj).

Voir la description des niveaux de soins au verso. Ces niveaux de soins sont indicatifs et non étanches. Il peut exister des chevauchements lors de situations particulières. Le niveau de soins doit être utilisé comme guide lors de situations d'urgence. Il doit être révisé lorsqu'une modification de l'état de santé le requiert. Utiliser un nouveau formulaire au besoin.

Pour un usager sous curatelle publique, l'acceptation du niveau de soins proposé doit être demandée au Curateur public. Utiliser le formulaire à cet effet.

NIVEAU DE SOINS

Évaluation initiale

Niveau 1 : soins curatifs optimaux

Hôpital de provenance :

Niveau 2 : soins curatifs proportionnés

sans transfert à l'hôpital transfert possible

Niveau 3 : soins palliatifs

plus antibiothérapie orale

Précisions ou commentaires _____

Réanimation cardiorespiratoire : Oui Non

Date _____

Signature médecin _____

Discuté avec l'usager

le représentant légal _____

Nom et téléphone

(Inscrire un résumé de la discussion dans les notes évolutives)

Un usager peut désirer des soins optimaux (niveau 1) tout en excluant la réanimation. La réanimation est très peu compatible avec un niveau 2 et d'emblée exclue avec un niveau 3.

NIVEAU DE SOINS

Révision

Niveau 1 : soins curatifs optimaux

Hôpital de provenance :

Niveau 2 : soins curatifs proportionnés

sans transfert à l'hôpital transfert possible

Niveau 3 : soins palliatifs

plus antibiothérapie orale

Précisions ou commentaires _____

Réanimation cardiorespiratoire : Oui Non

Date _____

Signature médecin _____

Discuté avec l'usager

le représentant légal _____

Nom et téléphone

(Inscrire un résumé de la discussion dans les notes évolutives)

Calgary Health Region

- Politique régionale de planification préalable des soins;
- Harmonisation à l'échelle régionale des formulaires de niveaux de soins et des pratiques entourant la discussion des niveaux de soins;
- Formulaire incluant trois niveaux : interventions médicales incluant la réanimation, interventions médicales excluant la réanimation, interventions médicales axées sur le confort;
- Chacun des trois niveaux est subdivisés en deux-trois sous-niveaux en fonction d'interventions spécifiques.



Calgary Health Region

GOALS OF CARE DESIGNATIONS		Chest compressions	Intubate	Resuscitate	ICU	Site transfer	Surgery	Life sustaining	Symptom control
R Resuscitative Care	1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
M Medical Care	1	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓
	2	X	X	X	X	Only for symptom control		✓	✓
C Comfort Care	1	X	X	X	X	Only for symptom control		✓	✓
	2	X	X	X	X	X	X	X	✓

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

- Programme implanté dans quelques états américains;
- Inclut un formulaire de niveaux de soins;
- Formation des professionnels;
- Programme régi par la loi;
- Contient des renseignements précis qui constituent un ordre pour le médecin;
- Processus d'implantation et d'amélioration de la qualité standardisés.





EMSA #111 B
(Effective 4/1/2011)

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact physician.
This is a Physician Order Sheet based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. A copy of the signed POLST form is legal and valid. POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document. Everyone shall be treated with dignity and respect.

Patient Last Name:	Date Form Prepared:
Patient First Name:	Patient Date of Birth:
Patient Middle Name:	Medical Record #: (optional)

A **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** *If person has no pulse and is not breathing. When NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.*

- Check One
- Attempt Resuscitation/CPR (Selecting CPR in Section A requires selecting Full Treatment in Section B)
 - Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)

B **MEDICAL INTERVENTIONS:** *If person has pulse and/or is breathing.*

- Check One
- Comfort Measures Only** Relieve pain and suffering through the use of medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. *Transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.*
 - Limited Additional Interventions** In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment, antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care.
 - Transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.*
 - Full Treatment** In addition to care described in Comfort Measures Only and Limited Additional Interventions, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and defibrillation/ cardioversion as indicated. *Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.*

Additional Orders: _____

C **ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:** *Offer food by mouth if feasible and desired.*

- Check One
- No artificial means of nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: _____
 - Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. _____
 - Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. _____

D **INFORMATION AND SIGNATURES:**

Discussed with: Patient (Patient Has Capacity) Legally Recognized Decisionmaker

Advance Directive dated _____ available and reviewed → Health Care Agent if named in Advance Directive: _____

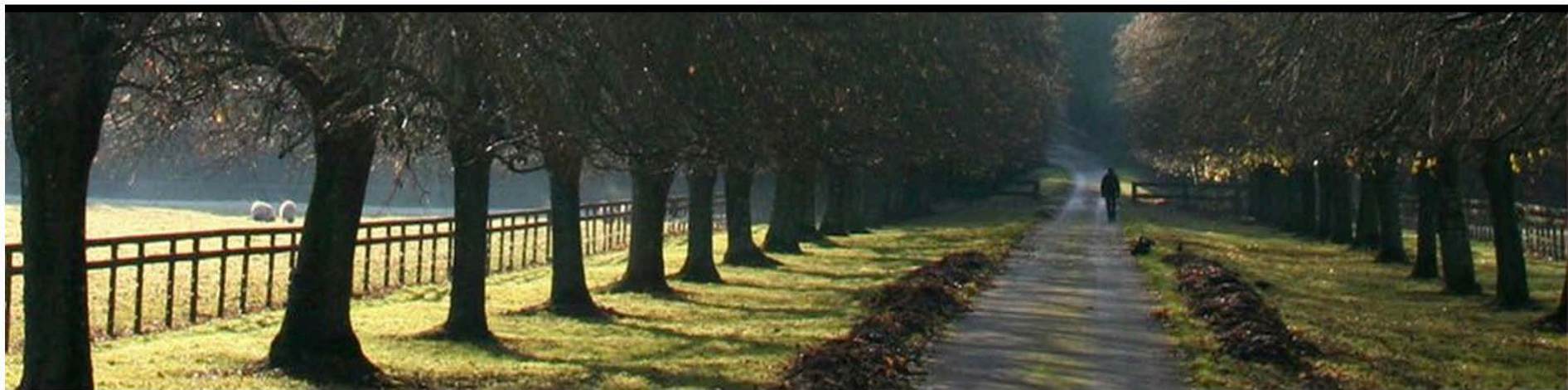
Advance Directive not available. Name: _____

Respecting Choices (Five Wishes)

- Programme développé aux États-Unis et adapté en Australie et au Canada anglais.

Respecting Choices®

The Canadian Connection to Respecting Choices®



[Home](#) [About Respecting Choices®](#) [Sue Grant Connections](#)

Respecting Choices® – Synonymous with Advance Care Planning

[Archives](#)

Respecting Choices (Five Wishes)

Basé sur cinq souhaits :

1. Amorcer la planification préalable des soins avant qu'une crise médicale survienne;
2. Assister tout patient qui le désire dans un processus de planification personnalisé;
3. S'assurer que toutes les préférences consignées sont complètes et compréhensibles;
4. Rendre ces préférences disponibles à tous les professionnels de la santé susceptibles de participer au processus de décision en cas d'incapacité du patient;
5. Respecter les valeurs et les préférences du patient.



Collège des médecins du Québec

- La pratique médicale en soins de longue durée, 2007;
- Respecte la diversité des formulaires de niveaux de soins;
- Propose un formulaire à quatre niveaux :
 1. Correction d'un état de santé altéré par tout moyen possible
 2. Correction de toute détérioration possiblement réversible
 3. Correction des pathologies réversibles, contrôle des symptômes et ajustement des traitements pour prévenir ou soulager la douleur
 4. Soins palliatifs
- Section sur la RCR;
- Section sur l'aptitude au consentement;
- Section sur les contacts avec les représentants du patient.



■ Entrevues téléphoniques

- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

D^{re} Boire-Lavigne : approche basée sur les objectifs de soins;

- Hôpital de Chicoutimi

D^{re} Chantale Tremblay : travaux pour élaborer une politique visant une uniformisation du formulaire et des pratiques entourant son utilisation.

■ Échelles de niveaux de soins de la région de la Capitale-Nationale

- Sur dix établissements (septembre 2010)

- 8/10 échelle à trois niveaux
- 1/10 échelle à quatre niveaux
- 1/10 pas de niveau (limite thérapeutique)
- Niveau axé sur les interventions
- RCR traitée à part



La consultation en cours de travaux

- Le Comité de direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale;
- Les directeurs des services professionnels en février 2009, en octobre 2009, en mars 2010 et présentation du rapport final en octobre 2010.



Discussion

- ✓ Avez-vous des questions? Des commentaires?
- ✓ Êtes-vous au courant d'une démarche similaire dans votre région ou votre établissement?



LE CADRE DE RÉFÉRENCE

- Les objectifs
- La clientèle cible
- Les assises du cadre de référence
- Les principes directeurs
- Les critères de qualité
- Les enjeux éthiques
- La procédure
- Les cas complexes et litigieux



Les objectifs

- Sensibiliser les usagers et les intervenants à l'importance de discuter, au préalable, de l'intensité des soins;
- Favoriser une approche harmonisée et interdisciplinaire des niveaux de soins;
- Assurer la continuité dans la communication de l'information.



Les objectifs (suite)

- Permettre aux intervenants de connaître les interventions à privilégier en situation d'urgence;
- Assurer la formation des intervenants et des étudiants à une compréhension commune;
- Encourager l'utilisation d'une politique de détermination de l'intensité des soins pour une meilleure pratique dans ce domaine.



La clientèle cible

- Les usagers ...
 - atteints de maladies aiguës et chroniques présentant un risque élevé de détérioration;
 - qui doivent subir une chirurgie avec risques de complications majeures;
 - âgés et fragiles (état de santé précaire);
 - en traitement palliatif;
 - avec des atteintes cognitives.



Les assises

A) Principes éthiques

❖ Autonomie

- Capacité pour l'utilisateur d'agir selon ses propres volontés.

❖ Bienfaisance

- Prescrit aux professionnels de la santé d'agir dans le meilleur intérêt de la personne.

❖ Non-malfaisance

- Prescrit aux intervenants de ne pas nuire à l'utilisateur et implique de s'abstenir de tout acte pouvant contribuer au mal-être, tant sur les plans physique, psychologique que spirituel ou social.

❖ Justice

- Appliqué au système de santé, il implique une distribution juste des ressources dans un souci d'égalité et d'équité.



Les assises (suite)

B) Aspects légaux

❖ Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)*

- Droit de l'usager :
 - À être informé
 - À participer à la décision
 - À consentir

❖ Selon le code de déontologie des médecins

- Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal un consentement libre et éclairé. (D1213-2002, a.28)
- Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. (D1213-2002, a.29)



Les assises (suite)

Aspects légaux

❖ Selon le Collège des médecins du Québec

- Le médecin doit fournir un soin ou émettre une ordonnance seulement si c'est médicalement nécessaire. (article 50)
- « Même s'il n'existe nulle part de dispositions législatives le précisant explicitement, on s'entend généralement pour dire que le médecin n'est pas tenu d'offrir des soins non requis pour l'état du patient. En fin de vie plus particulièrement, il doit déterminer, avec la compétence nécessaire et selon les règles de l'éthique professionnelle, les traitements compatibles avec une mort sereine et digne et refuser de se faire imposer par le patient ou sa famille des interventions farfelues. »

❖ Le testament biologique n'a pas de valeur légale, mais une valeur morale



Les principes directeurs

- Démarche centrée sur la personne et sa qualité de vie;
- Processus continu tout au long du cheminement de la personne :
 - Approche globale entreprise précocement
 - Flexible
 - Révision sur une base périodique
 - CHSLD annuellement ou PRN
 - CHSGS aux 30 jours
- Compétences des intervenants.



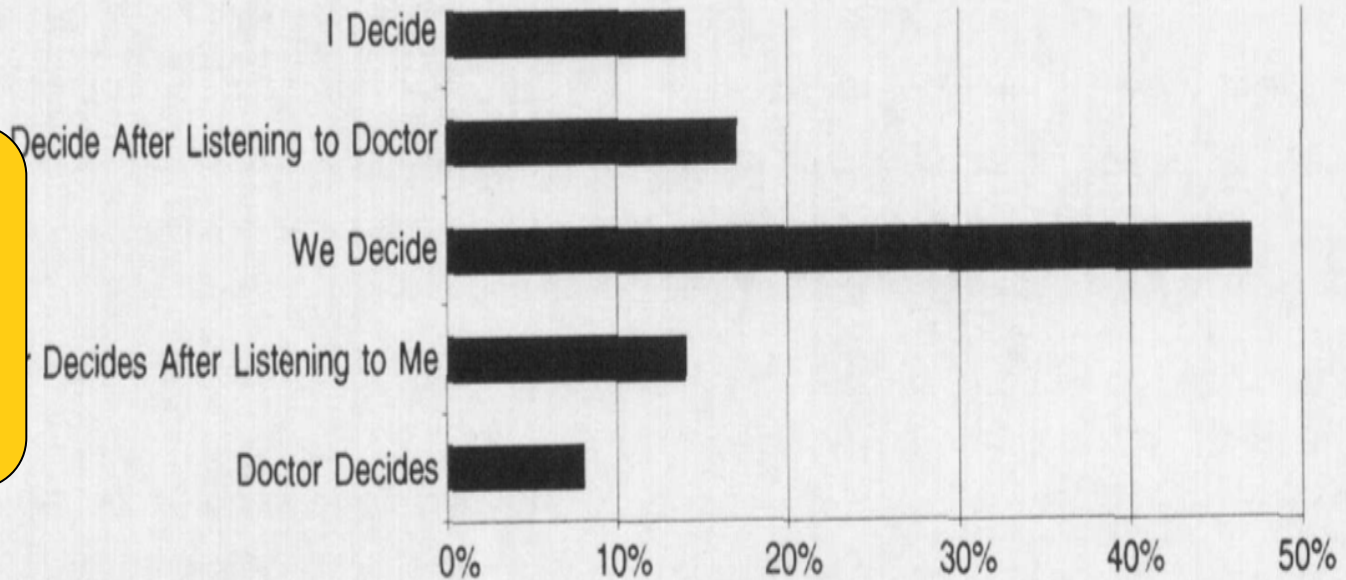
Les critères de qualité

- Connaissance de l'état du patient, y compris les évaluations des autres professionnels;
- Pronostic;
- Communication avec le patient ou son représentant légal des avantages et des risques des interventions;
- Échanges avec le patient sur son évaluation de sa qualité de vie;
- Échanges avec le représentant légal des souhaits exprimés antérieurement sur les soins souhaités.



Décision partagée : préférences des patients

Figure 2 / PATIENT PREFERENCES FOR DECISIONAL RESPONSIBILITY (COMPETENT PATIENT)



75 %
préfèrent
une
décision
partagée

Décision partagée

État de santé
et pronostic
du patient

Préférences
du patient



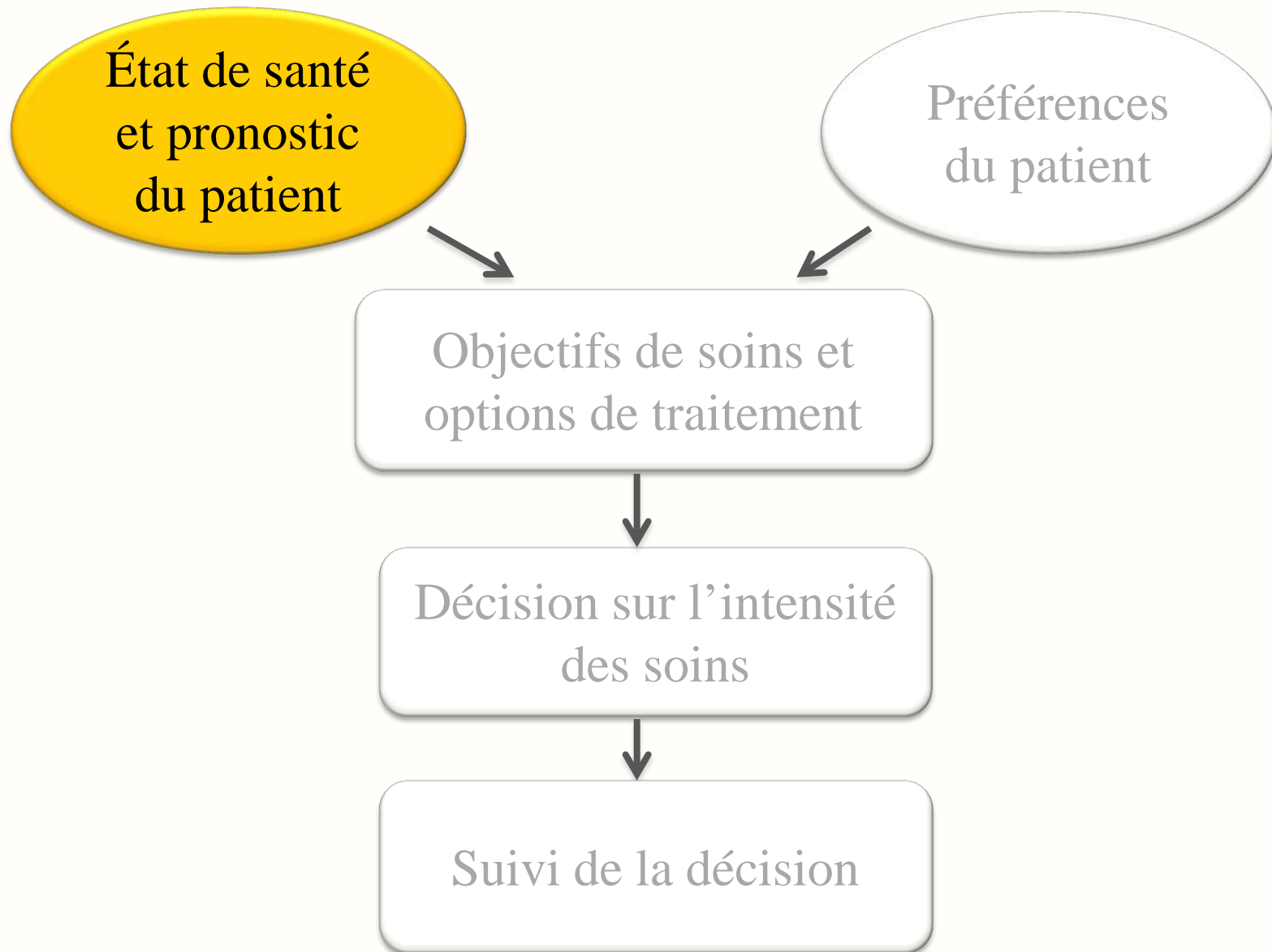
Objectifs de soins et
options de traitement

Décision sur l'intensité
des soins

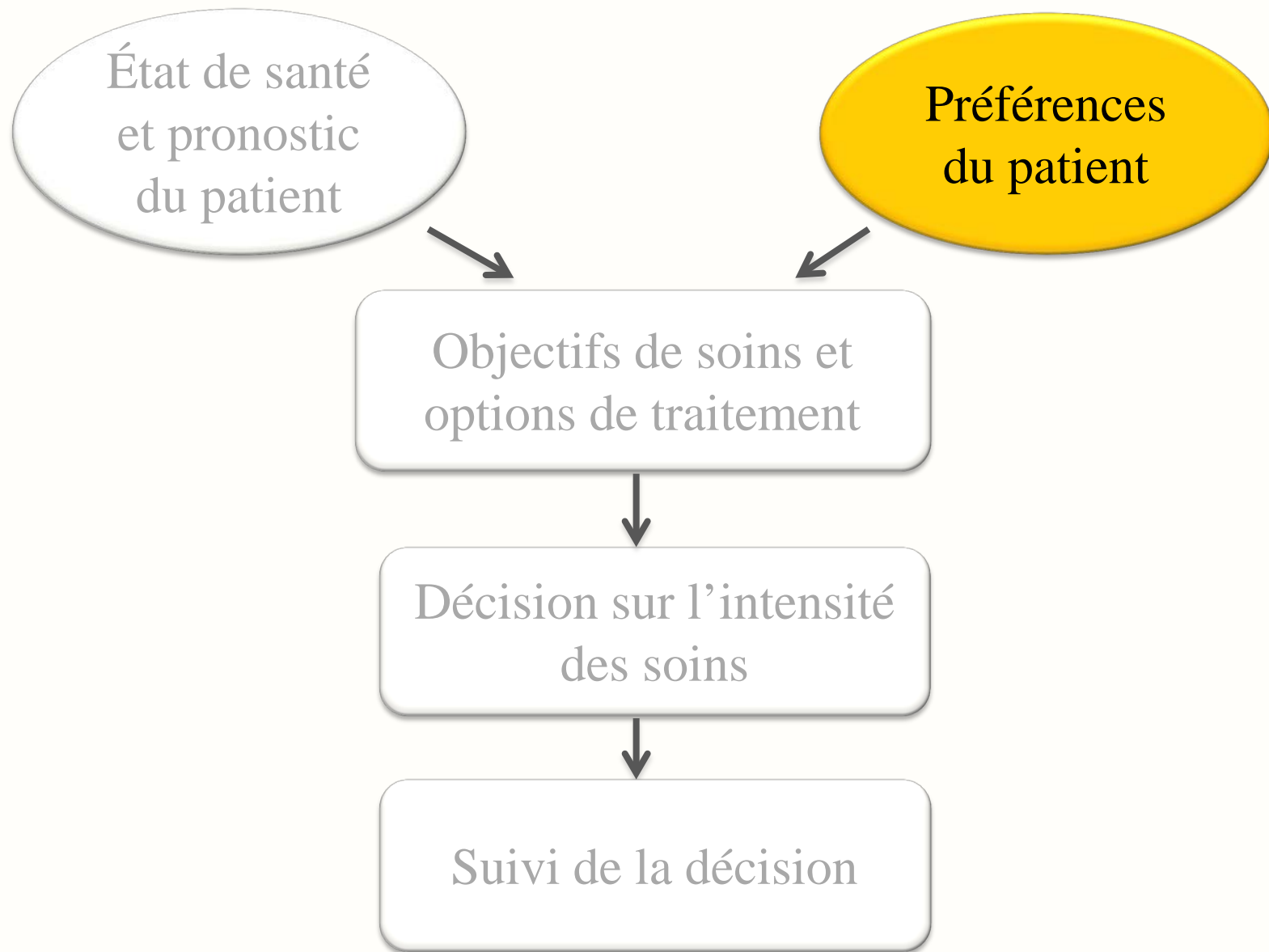
Suivi de la décision



Décision partagée



Décision partagée

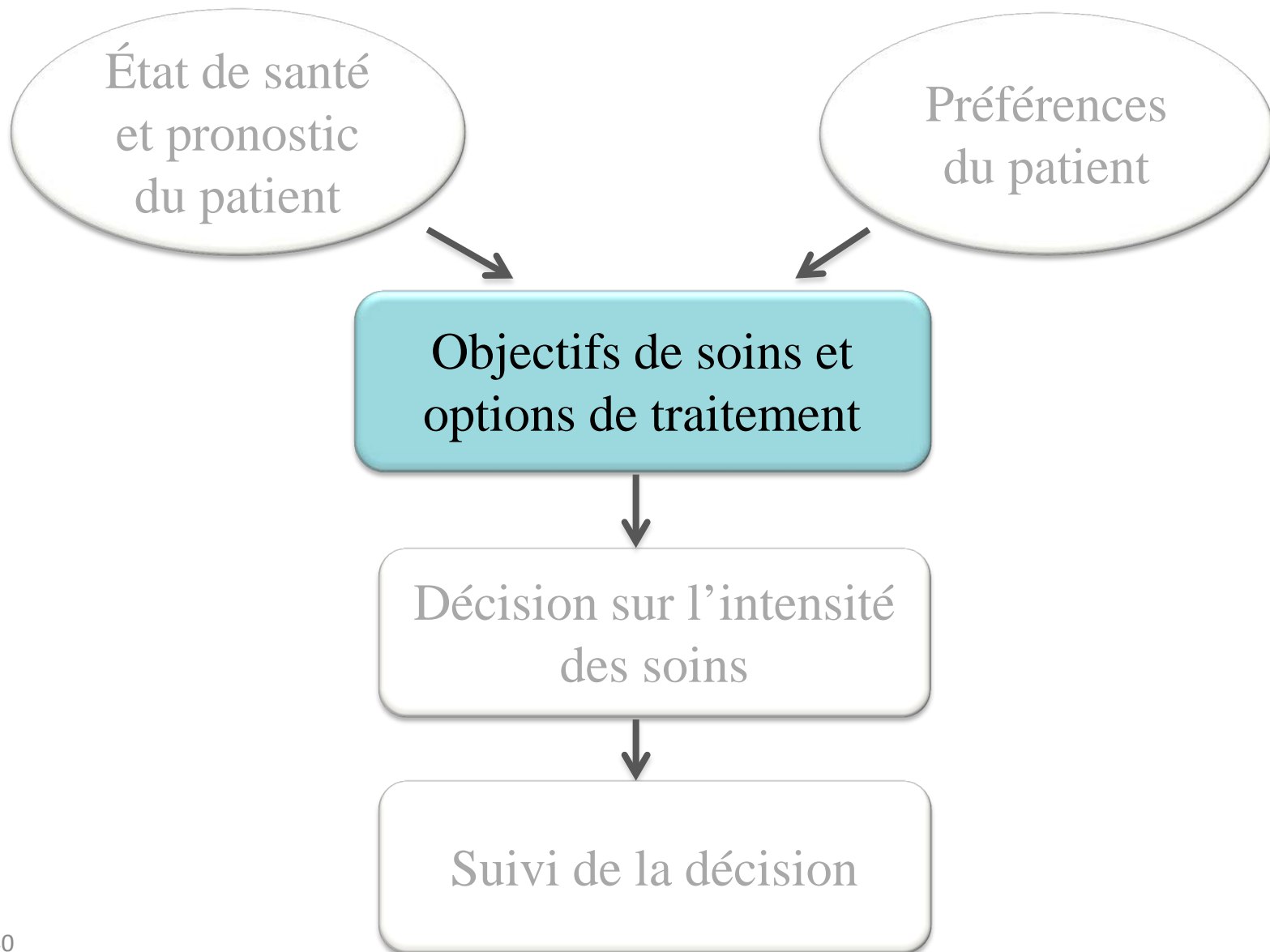


Préférences du patient

Préférences
du patient

- A-t-il déjà réfléchi ou discuté de ses volontés en fin de vie?
- Que voudrait-il qu'on fasse si ...?
- Qu'est-ce qu'il ne voudrait pas avoir à subir?
- Que pense-t-il de sa qualité de vie?
- Quelles sont ses valeurs?
- Quelles sont ses attentes?

Décision partagée



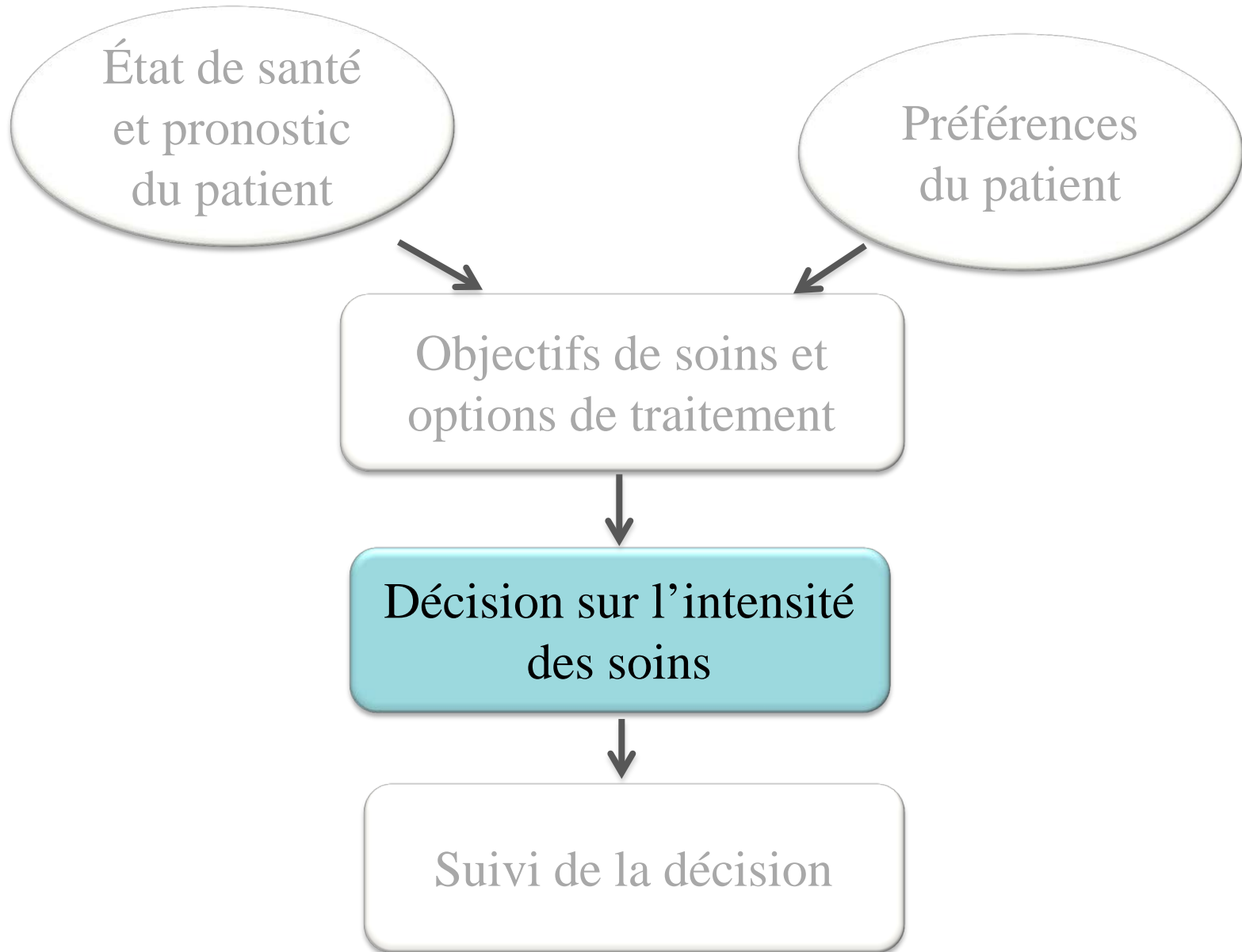
Quels traitements doivent être proposés?

Objectifs de soins et options de traitement

- Le médecin présente les options thérapeutiques appropriées compte tenu des objectifs de soins;
- Le médecin peut décider de ne pas présenter une alternative s'il est clair que le patient n'en retirera aucun bénéfice.



Décision partagée



Prise de décision

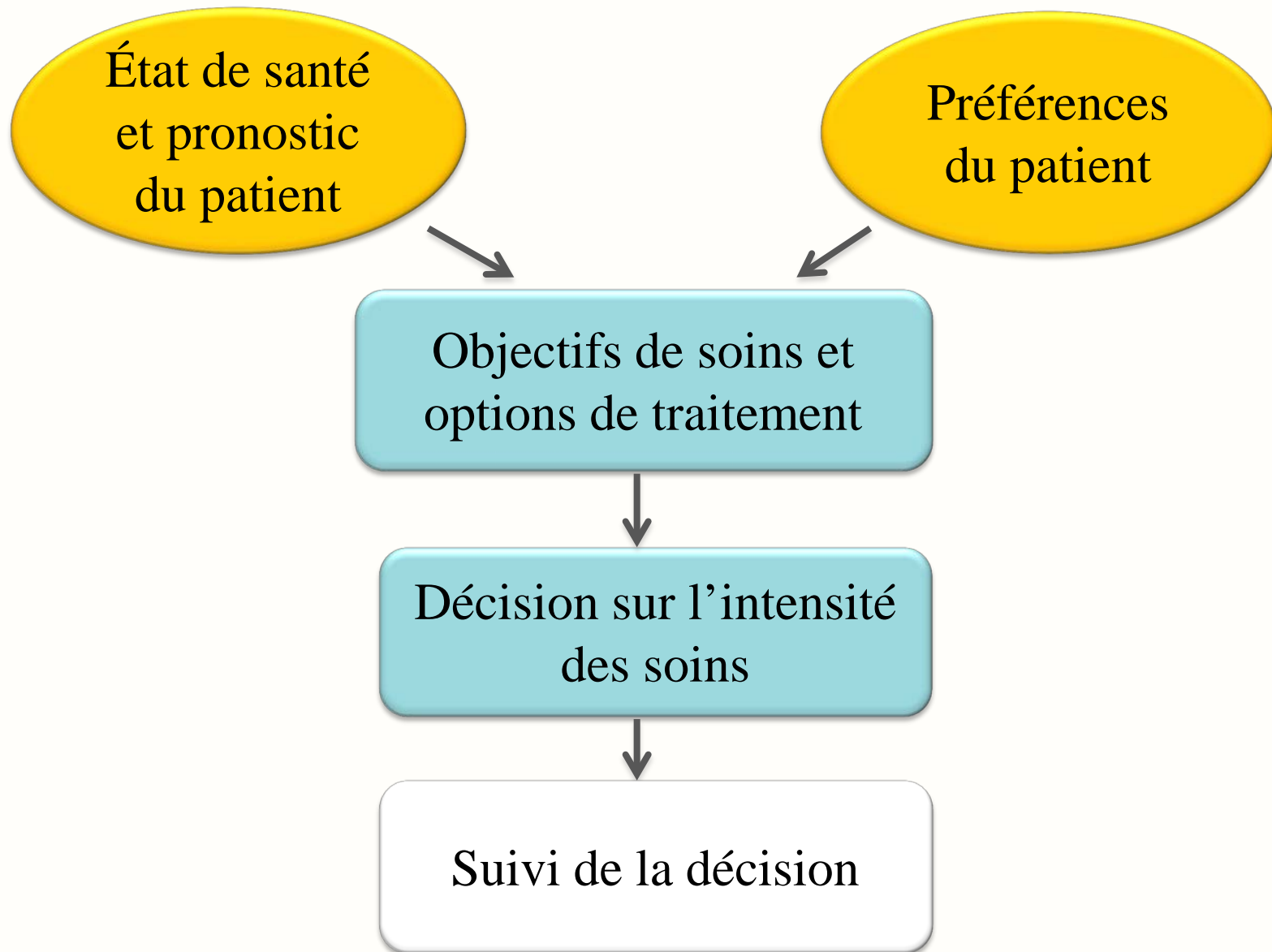
Décision sur l'intensité des soins

Le médecin :

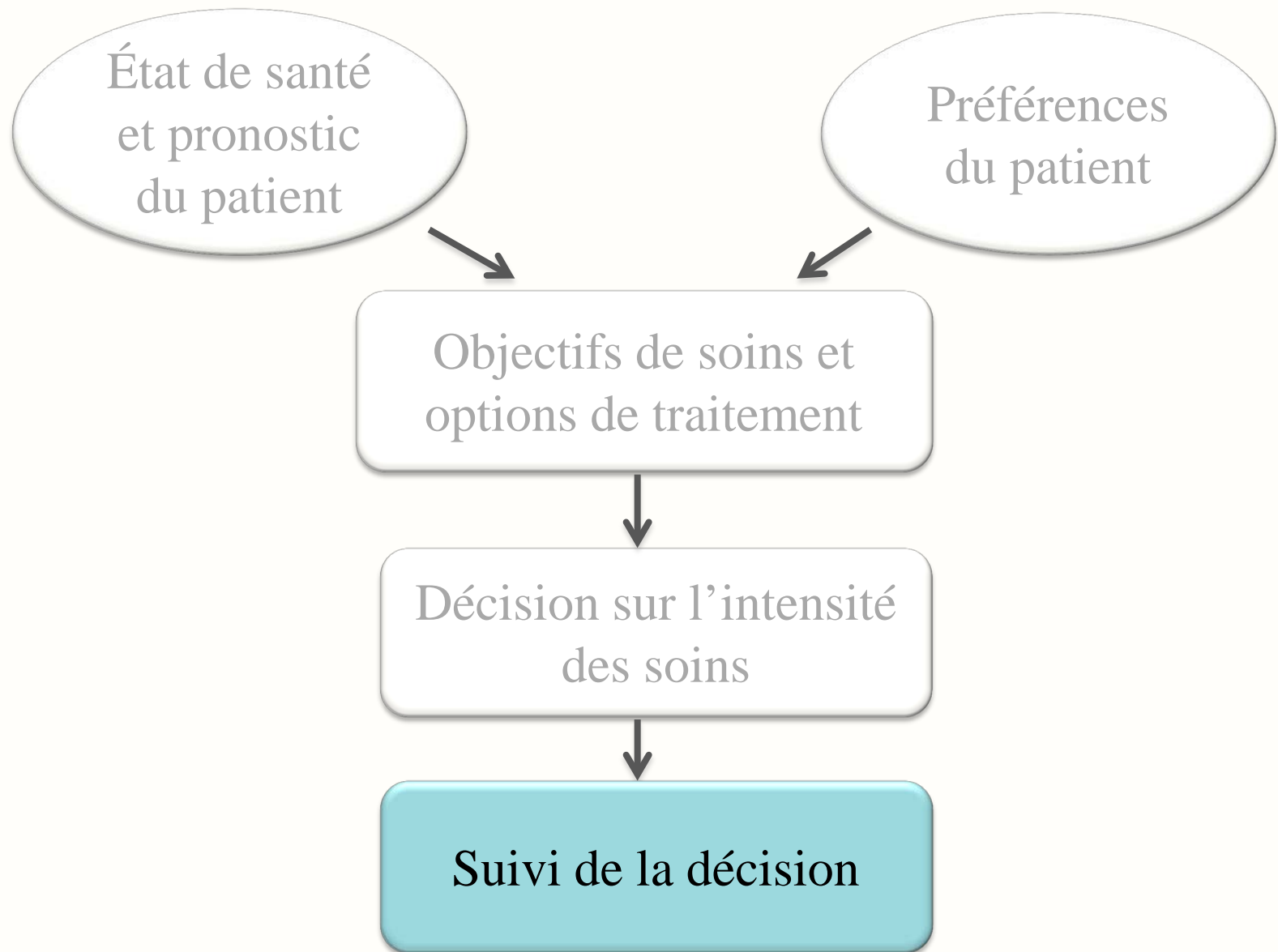
- Fait une recommandation sur l'option qu'il considère la plus apte à répondre aux besoins et aux attentes du patient;
- Le patient prend la décision;
- Consentement éclairé et libre.



Décision partagée



Décision partagée



Les enjeux éthiques

- Conflits de valeurs entre l'autonomie du patient et l'autonomie des professionnels;
- Justice et équité dans l'allocation des ressources;
- Continuité de la poursuite des mêmes objectifs de soins lorsque le patient change d'établissement;
- Le rôle du cadre de référence régional.



La procédure

- La discussion initiale
 - Sous la responsabilité du médecin traitant;
 - Rôle des autres intervenants;
 - En présence de l'usager ou de son représentant légal;
 - Le plus tôt possible après la prise en charge.
- Le suivi
 - Mise en place d'un mécanisme de transmission de l'information.



La procédure

- Les notes au dossier
 - Doivent refléter le contenu de la discussion et les décisions.
- La réévaluation
 - Permet de revoir les objectifs qui ont conduit à déterminer un niveau de soins afin de valider le choix initial.



Exemple d'un formulaire type

GUIDE D'INTENSITÉ DE NIVEAUX DE SOINS

ÉVALUATION INITIALE

**Un usager peut désirer des soins optimaux (niveau 1) tout en excluant la réanimation.
La réanimation est très peu compatible avec un niveau 2 et d'emblée exclue avec un niveau 3.**

Réanimation cardiorespiratoire : Oui Non

Discuté avec : l'usager un proche _____
Nom, lien, no. téléphone Date

Signature du médecin

Date

Signature de l'usager ou d'un témoin (facultatif)

Date



Exemple d'un formulaire type (suite)

Intensité de niveau de soins

- Niveau 1** : soins curatifs optimaux
- Niveau 2** : soins limités
- Niveau 3** : soins de confort



Description page en annexe

Précisions / commentaires :

Signature du médecin

Date

Signature de l'utilisateur ou d'un témoin (facultatif)

Date



Exemple d'un formulaire de niveaux de soins

Niveau 1 : soins curatifs optimaux

Objectif : maintien de toute fonction altérée par tout moyen possible.

Les interventions thérapeutiques sont orientées vers la guérison par tout moyen jugé possible et adéquat, selon les standards optimaux de pratique.

Les seules restrictions sont celles exprimées par le patient (ex. : pas de respirateur artificiel).



Exemple d'un formulaire de niveaux de soins

Niveau 2 : soins curatifs limités

Objectif : correction de toute détérioration possiblement réversible par des moyens proportionnés et limités.

Consiste à prévenir une détérioration, à maintenir la condition ou à la ramener à ce qu'elle était avant la survenue d'un épisode aigu, par les moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles et raisonnables (proportionnés à la condition), en tenant compte du pronostic de récupération et des limites d'interventions précisées par le patient.



Exemple d'un formulaire de niveaux de soins

Niveau 3 : soins de confort

Objectif : soulagement et bien-être sans viser la guérison ou la survie

Les interventions associées à ce niveau ne cherchent pas à maintenir la vie ou à la prolonger, mais à soulager les symptômes d'inconfort.

Ce n'est pas l'intensité du moyen utilisé qui doit être considérée, mais l'objectif de soulagement des symptômes, tant physiques que psychologiques.

Le médecin doit préciser si les mesures de soulagement réfèrent à l'objectif **très large de soins de confort ou plus spécifiques de soins terminaux.**



Le cheminement du formulaire

- Au dossier dans le milieu où s'est prise la décision;
- Une copie remise à l'utilisateur;
- Niveau de soins inscrit dans les notes de départ;
- Suit l'utilisateur interservices et interétablissements.



Les cas complexes et litigieux

- Ressources:
 - Équipe interdisciplinaire;
 - Seconde opinion médicale;
 - Soutien par des professionnels en soins palliatifs (gestion des symptômes en fin de vie);



Les cas complexes et litigieux

- Ressources:
 - Chef de département clinique;
 - Directeur des services professionnels (DSP);
 - Comité de bioéthique;
 - Commissaire aux plaintes, médecin examinateur;
 - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
 - Conseil d'administration de l'établissement;
 - Recours juridique.



Les responsabilités

- Agence : proposer un cadre de référence.
- Établissement : élaborer une politique et former son personnel.
- DSP : application de la politique.
- Médecin traitant : discussion et détermination, en collaboration avec l'utilisateur ou son représentant, du niveau de soins.
- Équipe soignante : amorcer la discussion, contribuer à l'information, participer à la discussion s'il y a lieu, assurer le suivi.
- Usager/représentant légal : s'informer et prendre la décision, en collaboration avec le médecin.
- Proches : s'informer, soutenir l'utilisateur.



Discussion

✓ Avez-vous des questions? Des commentaires?



L'implantation du cadre

- Les conditions de succès
- Les stratégies de diffusion



Les conditions de succès

- Soutien des décideurs;
- Implication des intervenants;
- Plan de formation structuré destiné aux intervenants de tous les milieux;
- Sensibilisation de la population.



Les stratégies de diffusion réalisées

- Adoption au Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :
 - Mars 2012
- Présentations aux instances concernées :
 - Comité de direction de l'Agence;
 - Forum des directeurs généraux des établissements de la région;
 - Tables régionales :
 - DSP
 - DRMG
 - CIR
 - Chefs de département clinique
- Trousse de formation présentée en septembre 2013
- Correspondance aux présidents des CMDP



Les stratégies de diffusion à venir

- Présentations aux instances concernées :
 - CMDP;
 - Chefs de département clinique.
- Sensibilisation au caractère inéluctable de la mort;
- Sensibilisation à l'intention de la population.



Évaluation

- Suivi de l'implantation des politiques dans les établissements
- Ententes de gestion
- Évaluation des pratiques



Suivi de l'implantation des politiques dans les établissements

- Contexte régional;
- Deux établissements ont rédigé leur politique;
- Politiques cohérentes avec le cadre régional proposé.



Ententes de gestion

- Ententes de gestion entre l'Agence et les établissements : élaboration d'une politique de détermination de l'intensité des soins.



L'évaluation des pratiques

- Développer des indicateurs pour mesurer :
 - L'utilisation de le formulaire de niveaux de soins;
 - La qualité des soins (CMDP-DSP);
 - L'évaluation de l'acte médical (adéquation entre le niveau de soins et les soins reçus).



Discussion

- ✓ Avez-vous des questions?
- ✓ Quels sont vos commentaires?
- ✓ Quels seraient les indicateurs d'une bonne pratique clinique par rapport à la détermination de l'intensité de soins?
- ✓ Comment expliquer le peu d'intérêt suscité par la trousse de formation?



CONCLUSION

- Avantages attendus de cette démarche régionale :
 - ✓ Une sensibilisation des usagers et des intervenants à l'importance de déterminer l'intensité des soins et de la réviser périodiquement;
 - ✓ Une interprétation et une compréhension communes des niveaux de soins;
 - ✓ Une continuité de soins, quel que soit le milieu, permettant aux intervenants de connaître les interventions à privilégier si l'état de l'utilisateur se modifie et exige une prise de décision rapide;
 - ✓ Une harmonisation de la formation des intervenants qui réalisent des stages dans différents établissements.



Document disponible:

www.rrss03.gouv.qc.ca (Documentation,
rubrique Publications)

Merci de votre attention!

