



Réseau de  
soins palliatifs  
du Québec  
*confort, dignité*

# Bulletin

## Réseau de soins palliatifs du Québec

Décembre 2003

Volume 11, no 3

### *Mot du président*

*Louis Roy*

Pour ce bulletin, je veux absolument vous parler des résultats de l'attribution des bourses et du prix reconnaissance 2003. Lors du congrès de juin, le Réseau de soins palliatifs a procédé à la première remise des bourses pour le développement des soins palliatifs au Québec. Il faut vous rappeler qu'il s'agit d'un projet né il y a déjà quelques années et qui vise à promouvoir la formation en soins palliatifs et le développement de ceux-ci au Québec.

La bourse au bénévolat, décernée par l'Ordre de Saint-Lazare a été remise au Comité d'accompagnement La Source des Services d'accompagnement en soins palliatifs de Rivière-du-Loup. Cette bourse permettra de développer une expertise spécifique à l'accompagnement en soins palliatifs pédiatriques et de développer un programme de formation pour les bénévoles.

La bourse DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE a été décernée à madame Danielle J. Drouin, infirmière clinicienne en soins palliatifs à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Madame Drouin profitera de cette opportunité pour se former en hypnose pédiatrique afin d'offrir une modalité supplémentaire pour améliorer le contrôle de la douleur et outiller les enfants, adolescents et parents en leur enseignant une modalité thérapeutique additionnelle (auto hypnose).

La bourse Jean-Lapointe, rendue possible grâce au spectacle offert par monsieur Lapointe en mai dernier, a été attribuée à La Maison Victor-Gadbois de Saint-Mathieu-de-Beloeil pour développer et compiler ce qui existe comme matériel d'enseignement, de formation et d'outils de travail en soins palliatifs et rendre ce matériel disponible sur le WEB. À terme, ce travail permettra de mettre en place un réseau de collaboration entre les différents milieux de formation et de soins en soins palliatifs au Québec. À ce niveau, j'en profite pour lancer un appel à toutes les personnes qui ont du matériel d'enseignement, de formation ou des protocoles de soins, à partager leur expertise avec le Dr André Brizzard qui est responsable du projet.

Finalement, le Prix reconnaissance 2003 du Réseau de soins palliatifs du Québec a été attribué à La Vallée des roseaux, maison de soins palliatifs à Baie-Comeau. Ouverte en 1988, La Vallée-des-roseaux est un exemple au Québec de collaboration avec la communauté pour les soins, le soutien aux personnes et aux proches et pour son rôle dans la formation en soins palliatifs. Après 15 ans de services à sa communauté, La Vallée des roseaux mérite que l'on souligne sa contribution aux soins palliatifs du Québec.

Merci aux membres du Comité de sélection qui a eu la tâche difficile d'analyser les propositions pour les bourses et le prix reconnaissance. Je me permets de les renommer ici car leur travail n'a pas été facile. Ces personnes y ont mis autant de cœur que de temps pour en arriver à un choix unanime. Merci donc à :

- Madame Lise Lussier, présidente du comité de bourses, psychologue au service de psychologie du CHUM et vice-présidente du Réseau de soins palliatifs.
- Dre Michelle Dallaire, chef du service de soins palliatifs du CHUM et Membre du Réseau universitaire québécois de soins palliatifs.
- Dre Justine Farley, directrice du Service de soins palliatifs au Centre hospitalier St. Mary et membre du conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs.
- Madame Claudette Foucault, infirmière, conseillère clinicienne à la Cité de la santé de Laval et trésorière du Réseau de soins palliatifs du Québec.
- Et finalement un merci tout spécial à monsieur Pierre Bruneau, journaliste, chef d'antenne, Groupe TVA inc. pour avoir accepté de se joindre à notre entreprise.

**RENDEZ-VOUS - CONGRÈS 2004 - 1<sup>ER</sup> ET 2 AVRIL**  
**HÔTEL BONAVENTURE - MONTRÉAL**

## Conseil d'Administration 2003-2004

Dr Louis ROY, président  
Omnipraticien – CHUQ, Hôtel-Dieu de Québec, Québec

Mme Lise LUSSIER, vice-présidente  
Psychologue, CHUM, Campus Hôtel-Dieu, Montréal

Mme Louise BOURGOIN, secrétaire  
Coordonnatrice, Le Comité d'accompagnement La Source Inc.

Mme Claudette FOUCAULT, infirmière, conseillère clinique  
CH Cité de la santé, Laval

Mme Danielle DROUIN  
Infirmière clinicienne - Hôpital de Montréal pour Enfants

Mme Jocelyne LAUZON, psychologue  
Maison Victor-Gadbois CH de Verdun

Mme Danie TOURVILLE, infirmière  
Centre de santé Orléans, Québec

M. Gilles JOLY, bénévole  
Unité de soins palliatifs, Hôpital Notre-Dame, CHUM

M. Jean-Yves LANGEVIN, pharmacien  
Complexe Hospitalier de la Sagamie, Chicoutimi

Dre Justine FARLEY  
Centre hospitalier Saint-Mary, Montréal

Dre Louise LA FONTAINE, omnipraticienne  
CLSC Rivières et Marées, Rivière-du-Loup

Dr Bernard-J. LAPOINTE, omnipraticien  
Président sortant, membre ex officio  
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, Montréal

### 3 membres non élus

Mme Suzanne Pinard, membre coopté non élu en assemblée générale  
Mme Colette Pierrot, membre coopté non élu en assemblée générale  
M. Michel L'Heureux, représentant de l'Alliance des maisons de soins palliatifs à titre de membre non votant

### Comité de rédaction

M. Jean-Yves LANGEVIN, pharmacien  
Département de Pharmacie  
Complexe Hospitalier de la Sagamie  
305, St-Vallier  
CHICOUTIMI, Qc 0 G7H 5H6

Mme Lise LUSSIER, psychologue  
CHUM, Campus Hôtel-Dieu, Montréal

M. Robert THIFFAULT, pharmacien  
Centre Universitaire de Santé de l'Estrie  
Pavillon Hôtel-Dieu

Dre Justine FARLEY  
Centre hospitalier Saint-Mary, Montréal

### Délégué à l'Association canadienne de soins palliatifs 1998-99

Dr Louis ROY, omnipraticien  
CHUQ, Hôtel-Dieu de Québec  
11, Côte du Palais  
QUÉBEC, Qc – G1M 2R9

**Association canadienne de soins palliatifs**  
43 Bruyère – 131-C  
OTTAWA, Ontario – K1N 5C8  
Téléphone : 1-800-668-2785

**Le site web du Réseau de soins palliatifs**  
**<http://www.aqsp.org/>**

### Secrétariat du Réseau de soins palliatifs du Québec

M. Jean-Guy Renaud, directeur général  
Mme Sylvie Roberge, adjointe administrative

500, rue Sherbrooke Ouest, Bureau 900  
MONTRÉAL, Québec – H3A 3C6  
Tél. : (514) 282-3808 Fax. : (514) 844-7556  
Courriel : [info@aqsp.org](mailto:info@aqsp.org)

**Les propos contenus dans chaque article  
n'engagent que les auteurs**

**IMPRESSION :**  
**L'Imprimeur Serge Tremblay Inc.**

**TIRAGE : 1000 copies**

## Réseau - Sommaire

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1</b> Mot du président</p> <p><b>2</b> Conseil d'administration</p> <p><b>3</b> Nouvelles du Conseil d'administration</p> <p><b>3</b> Bourses et prix de reconnaissance 2004</p> <p><b>4</b> Le congrès 2003 en résumé</p> <p><b>5-7</b> Bourses 2003 du Réseau</p> <p><b>8-9</b> Réseau - Bénévole</p> | <p><b>10-15</b> L'héroïne.. des <i>invasions barbares</i> : Un mythe pour...</p> <p><b>16-17</b> Réseau - Spiritualité</p> <p><b>18-20</b> Réseau - Courrier</p> <p><b>21</b> Les enfants et les adolescents aussi ont besoin de soins...</p> <p><b>23</b> Réseau - Vision</p> <p><b>24</b> Nos commanditaires</p> |
|---|--|

## Nouvelles du conseil d'administration

### Modification au sein du Conseil d'administration – Assemblée annuelle du 16 juin 2003

Membres du CA  
en fin de mandat :

Louise Bernard  
Gisèle Boucher-Dancause  
Louise Grenier  
Gilles Joly  
Lise Lussier  
Michèle Viau-Chagnon

Nouveaux membres du CA  
avec un mandat de deux ans :

Louise Bourgoïn  
Danielle J. Drouin  
Gilles Joly  
Jocelyne Lauzon  
Lise Lussier  
Danie Tourville

Nous tenons à remercier chaleureusement Mme Gisèle Boucher-Dancause, Mme Michèle Viau-Chagnon, Mme Louise Bernard et Mme Louise Grenier pour leur implication et leur assiduité au sein du Conseil d'administration.

Bienvenue aux nouveaux membres, soit Mme Louise Bourgoïn, Mme Danielle J. Drouin, Mme Jocelyne Lauzon et Mme Danie Tourville.

**À la réunion du CA du 12 septembre 2003 :** Nomination de 3 membres non élus  
Mme Suzanne Pinard et Mme Colette Pierrot à titre de membres cooptés non élus en assemblée générale.  
M. Michel L'Heureux, représentant de l'Alliance des maisons de soins palliatifs à titre de membre non votant.

Mme Suzanne Pinard est l'ex-fondatrice de la Fondation Eveil au Deuil.

Mme Colette Pierrot est Vice-présidente Marketing et Planification stratégique chez Desjardins Sécurité Financière.

## Bourses et prix de reconnaissance 2004

Le Réseau de Soins Palliatifs offre un programme de bourses pour des projets de valorisation, de développement ou de formation en soins palliatifs. La bourse supportera un individu, un groupe ou un organisme dans leur formation et leur engagement en soins palliatifs. Le projet présenté doit répondre à un ou plusieurs des objectifs ci-dessous :

1. Stimuler le développement des soins palliatifs en termes de : diffusion ; enseignement ; formation ; qualité des soins ; recherche.
2. Supporter un individu dans sa formation et son engagement en soins palliatifs.

Les bourses offertes cette année sont :

Bourse A : **Bourse Louise Bernard pour le bénévolat**

1. 5 000 \$.

2. S'adresse exclusivement à une personne, un groupe ou un organisme bénévole œuvrant en soins palliatifs.

Bourse B : **Bourse Desjardins Sécurité Financière**

1. 5 000 \$.

2. S'adresse à toute personne, groupe ou organisme œuvrant en soins palliatifs.

Les formulaires d'inscriptions et les informations détaillées sont disponibles sur le site internet du Réseau de soins palliatifs du Québec au : [www.aqsp.org](http://www.aqsp.org) ou par téléphone au 514-288-3808 et demander madame Sylvie Roberge.

### Prix reconnaissance 2004

Par ce prix, le Réseau de soins palliatifs veut souligner le travail et l'implication d'une personne, d'une équipe ou d'un organisme pour son apport exceptionnel aux soins palliatifs au Québec.

Les conditions d'attribution et le formulaire sont disponibles sur le site internet du Réseau de soins palliatifs du Québec au : [www.aqsp.org](http://www.aqsp.org) ou par téléphone au 514-288-3808 et demander madame Sylvie Roberge.

## Le congrès 2003 en résumé



Merci à tout ceux et celles qui ont œuvré à la préparation du congrès de juin 2003 et aussi à tous les participants.

Le congrès en quelques chiffres :

- 1450 participants en provenance du Québec et du Canada
- 12 participants européens et 8 américains
- 1100 personnes étaient présents au souper gala où la diva Nathalie Choquette a eu un succès inouï
- 4 plénières, 133 séances au choix, 3 symposiums et 2 forums sur l'enseignement

*Dr Louis Roy*

Merci au comité scientifique et à son président, le Dr Claude Lamontagne.

Merci aux membres du comité scientifique :

Rénald Bergeron, Gisèle Bourdeau, Réjean Carrier, Andrée Gauvin, Louise Grenier, Geneviève Léveillé, Catherine Nadeau, Gilles Nadeau, Louis Roy, Christiane Savard, Dany Tourville, Anna Towers, Annie Tremblay, Michèle Viau-Chagnon.

Merci au comité de direction du congrès : Denise Bélanger, Yves Houle et Gilles Nadeau.

Un merci spécial à Daniel Marcoux, graphiste, pour la création de l'affiche du congrès.

Merci enfin à Jocelyne Brunet et à l'équipe de Pluri-congrès pour tout le travail technique, administratif et logistique.

Louis Roy, médecin  
*Président du congrès*



**RENDEZ-VOUS - CONGRÈS 2004 - 1<sup>ER</sup> ET 2 AVRIL  
HÔTEL BONAVENTURE - MONTRÉAL**



*Les responsables du projet  
Dr Marcel Marsolais - Dr André Brizard  
M. André Déry*

La Maison Victor-Gadbois, située en Montérégie (Beloeil), fait partie du réseau des maisons d'hébergement en soins palliatifs depuis maintenant plus de dix ans. Elle est impliquée dans la prestation des soins aux personnes en phase terminale de cancer et dans la formation des différentes ressources oeuvrant en soins palliatifs.

Les responsabilités d'éducation et de formation qu'exerce la Maison Victor-Gadbois sont en croissance. Dans cette perspective, la Maison avait déjà commencé, depuis l'automne 2002, à investir dans le développement de matériel éducatif dédié à l'usage interne et cela à même ses propres fonds.

L'obtention d'une Bourse Jean-Lapointe au montant de 10 000 \$ permettra d'élargir le projet original de développement à l'interne pour miser sur la création d'un réseau québécois de mise en commun de matériel éducatif et de matériel de soins déjà développé et/ou utilisé dans chacun des milieux ou à développer. L'accessibilité à ce matériel se fera par le moyen du réseau Internet sur un site dont les coûts seront assumés par la Maison Victor-Gadbois. Une visite des milieux de formation et des milieux de prestation de soins sera entreprise à l'automne 2003 afin de proposer un tel regroupement des forces et de proposer en même temps des modalités de fonctionnement. La bourse sera

utilisée pour couvrir les frais des ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en place et au développement du projet « élargi ».

### **En résumé, la description des objectifs du projet découlant de l'obtention de la bourse Jean-Lapointe pourrait être définie par les éléments suivants :**

1. Poursuivre le projet original qui était celui de produire du matériel d'enseignement touchant les différents thèmes cliniques rencontrés quotidiennement et dédié aux stagiaires à la Maison Victor-Gadbois.
2. Bâtir un réseau de collaboration pour les soins palliatifs qui intégrerait les milieux de formation et les milieux de prestation de soins afin de rassembler du matériel d'enseignement et du matériel de soins (outils pour la gestion des problèmes) déjà utilisés (ou en développement) dans chacun des milieux et ce pour l'ensemble des différentes ressources oeuvrant en soins palliatifs (bénévole, nutritionniste, psychologue, prêtre ou agent de pastorale, physiothérapeute, ergothérapeute, inhalothérapeute, travailleur social, pharmacien, infirmière, médecin).
3. Convertir le matériel mis en commun en format Web.
4. Créer un site commun de référence sur Internet pour l'enseignement et la prestation des soins en soins pal-

## **Bourse Jean Lapointe 2003**

### **Projet « Formation continue » en soins palliatifs**

liatifs; en même temps, permettre aux intervenants de mieux « se connaître » et rehausser les échanges et la collaboration entre les personnes oeuvrant dans les différents milieux de soins palliatifs.

Par ailleurs, le projet tentera d'offrir un support visuel particulièrement élaboré à l'aide de schémas et d'animations afin de permettre une meilleure compréhension des sujets présentés. Il intégrera tout aussi bien selon les cas de l'imagerie d'investigation (radiographies, tomo-graphies, résonnances magnétiques, PET scan, scintigraphie nucléaire etc.).

Dans sa version originale, le projet devait s'échelonner sur une période de trois ans et visait à développer dans un premier temps un contenu plus particulièrement médical s'adressant aux soins infirmiers, pharmaciens et médecins. Tous les efforts seront faits durant la période visée par la bourse Jean-Lapointe (été 2003-décembre 2004) pour atteindre un juste équilibre entre les approches biomédicales et celles des dimensions psychosociales.

Nous espérons que le projet mènera finalement à l'amélioration de la qualité des soins en contexte de multidisciplinarité.

Nous souhaitons enfin la participation et l'implication du plus grand nombre d'intervenants possible pour mener à l'élaboration d'un site appartenant à l'ensemble des ressources oeuvrant en soins palliatifs afin de poursuivre un de nos objectifs fondamentaux à



savoir: "Que la vie continue".

De cette façon, la bourse Jean-Lapointe aura servi tout particulièrement à créer un lieu

commun de référence en format Web pour l'enseignement et la prestation des soins palliatifs et ce pour l'ensemble du réseau francophone à

la grandeur du Québec, du Canada et pourquoi pas à la grandeur du réseau francophone international.

Un bref aperçu du projet est disponible à l'adresse suivante : <http://www.maisonvictor-gadbois.com/>

---

---

## *Bourse Desjardins Sécurité Financière 2003*

*Danielle J. Drouin*

Les maladies qui limitent la survie des enfants ainsi que les traitements qu'ils subissent sont souvent sources d'inconfort pour les enfants. Les médicaments à eux seuls ne réussissent pas toujours à soulager toutes leurs souffrances. L'hypnothérapie est une méthode reconnue, vieille de plus de 200 ans, pour aider les enfants à contrôler leur douleur et les autres symptômes qui les affligent. L'hypnothérapie en pédiatrie peut aussi être utilisée pour aider l'enfant à mieux maîtriser son cheminement dans son propre processus de mourir.

Nous savons que ces approches peuvent aider les enfants mais de plus, l'hypnothérapie peut aider les familles à se sentir plus en contrôle. On peut ainsi penser qu'on peut former les parents à soutenir par la suite leur enfant pour que ce dernier soit encouragé à développer son

habileté naturelle face à l'imagerie, et ce, de façon positive. L'enfant ou l'adolescent capable de pratiquer l'autohypnose peut ajouter cette approche comme technique supplémentaire aux méthodes plus conventionnelles pour l'aider à composer avec le stress et l'anxiété.

Ces techniques et connaissances dans le contexte des soins palliatifs pédiatriques sont des outils sous-utilisés pour plusieurs raisons. Entre autre, il faut promouvoir la formation du personnel de la santé pour offrir ces modalités de traitement de qualité à cette population, et ceci reste une énorme barrière à franchir.

Malgré les nombreux bienfaits reconnus de l'hypnothérapie, ces approches ne sont pas une panacée. Il existe des contre-indications, certaines relatives et d'autres absolues,

pour l'hypnothérapie chez l'enfant. Ceci est une raison de plus pour suivre une formation spécialisée et reconnue par une association réputée en soins de santé pédiatriques.

La bourse que j'ai obtenue me permettra de suivre une formation initiale en hypnothérapie pédiatrique. Je me considère privilégiée d'être supportée par le Réseau de soins palliatifs du Québec et par l'organisation Desjardins Sécurité Financière dans mes efforts de pouvoir offrir ce genre de traitements aux enfants malades. J'espère être bientôt en mesure d'échanger avec vous sur les connaissances acquises au cours de cette formation et sur les résultats de l'application de ces méthodes avec les enfants en soins palliatifs suivis à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

---

---

## *Bourse de l'Ordre de Saint-Salazar*

*Louise Bourgoin*

Le comité d'accompagnement La Source fêtera en novembre prochain ses 15 ans d'existence. Il fut fondé en 1988 par des membres du club Rotary qui désiraient parrainer un service d'accompagnement en soins palliatifs et des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux qui visaient le même but. Ce service était au départ offert aux personnes atteintes de cancer. Aujourd'hui, La Source a pour objectif d'accompagner toute personne ayant reçu un diagnostic de maladie en phase pal-

liative ainsi que ses proches. Nous offrons les services de répit-gardiennage, de soutien moral et psychologique, de lien téléphonique, de prêt d'équipement (lit d'hôpital, fauteuil roulant...), de suivi au deuil (individuel et de groupe) ainsi que la présentation d'ateliers, de conférences ou de cafés-rencontres. Actuellement, l'équipe se compose de 39 bénévoles formées à l'accompagnement dont certaines sont là depuis 15 ans, de 9 membres du conseil d'administration et d'une coor-

donnatrice. Nous ne pouvons passer sous silence l'implication de Madame Monic Roy au sein du CA. Femme engagée et passionnée, elle se consacre à la cause depuis de nombreuses années, d'abord en participant à l'implantation et par la suite, en assurant la vice-présidence et la présidence de 1992 à ce jour. Les services sont accessibles du dimanche au samedi entre 7 :00 et 23 :00 heures, à domicile, en centre hospitalier, en centre d'hébergement et en ressources intermédiaires ou

privées. Nos accompagnements peuvent même se poursuivre la nuit selon les besoins de la personne malade et de ses proches.

Le comité d'accompagnement La Source assure son financement par l'implication du club Rotary qui nous parraine depuis les débuts, une subvention gouvernementale, des dons en mémoire, la tenue d'activités de levée de fonds et des dons provenant de divers autres organismes ou fondations.

Malgré les ressources en place, les nombreux suivis et la présence de bénévoles auprès des personnes en soins palliatifs, plusieurs besoins demeurent non comblés. Plus particulièrement l'absence d'alternative au maintien à domicile confronte les intervenants et les personnes accompagnées ne pouvant plus demeurer à domicile à des choix difficiles. Plusieurs d'entre eux ne souhaitent pas l'hospitalisation mais préféreraient demeurer avec leurs proches dans un milieu de vie paisible et adapté. Une maison de soins palliatifs répondrait grandement à ces besoins.

Les démarches vont bon train dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet de 6 chambres de soins de fin de vie. Bien des choses restent encore à faire mais nous espérons être

fin prêts pour l'ouverture de notre maison prévue à l'automne 2005. Onze personnes de tous les milieux font partie du premier conseil d'administration, cinq de ces membres siègent également au conseil d'administration de La Source. Monsieur Carol Jean, vice-président de Financière Banque Nationale succursale de Rivière-du-Loup, et la Docteure Louise La Fontaine en assurent respectivement la présidence et la vice-présidence. Aussi, trois activités de financement ont déjà eu lieu.

La population de Rivière-du-Loup a su se mobiliser pour assurer le succès de la toute première activité de levée de fonds. Un dîner régimentaire fut organisé en collaboration avec les Fusiliers du Saint-Laurent. Sous la présidence d'honneur de la lieutenant-gouverneure du Québec, l'Honorable Madame Lise Thibault, nous avons pu découvrir les traditions militaires et tout le décorum entourant un tel événement. Cette soirée mémorable par son originalité et son prestige a rapporté, avec la participation de plusieurs partenaires majeurs, la somme de 102 000 \$.

Il va de soi qu'un projet de cette ampleur représente de nombreux changements pour les bénévoles du comité. Puisque cette maison offrira des services à toute personne en

phase palliative peu importe l'âge et le diagnostic (pronostic de 3 semaines et moins), nos bénévoles devront recevoir une formation pour accompagner les enfants et les adolescents.

Lors de la dernière assemblée générale du Réseau de soins palliatifs du Québec, le comité d'accompagnement La Source a eu la joie et le bonheur de recevoir la bourse de l'Ordre de Saint-Nazaire. Ceci nous permettra d'élaborer un programme de formation en soins palliatifs pédiatriques. Tous les aspects seront touchés, soit :

- l'accompagnement de l'enfant / l'adolescent en soins palliatifs
- l'accompagnement des parents et de la fratrie
- l'accompagnement de l'enfant / l'adolescent qui a un proche en soins palliatifs
- le suivi de deuil des enfants / adolescents et des parents

Le souhait de la majorité des personnes est de mourir à domicile. Le manque de disponibilité des proches, les difficultés psychologiques liées à la mort sont des raisons qui font en sorte que les gens en fin de vie doivent parfois être réorientés vers d'autres ressources. Une maison de soins palliatifs serait une alternative de premier choix pour la population du KRTB.

---

---

## Prix reconnaissance 2003

Le prix reconnaissance 2003 du Réseau de soins palliatifs du Québec a été attribué à La Vallée des roseaux, maison de soins palliatifs à Baie-Comeau. Ouverte en 1988, La Vallée des roseaux est un exemple au Québec de collaboration avec la communauté pour les soins, le soutien aux personnes et aux proches et pour son rôle dans la formation en soins palliatifs du Québec.



*Mme Danielle Minguy et M. Roger Dubé  
recevant le prix de reconnaissance 2003*

### Les bénévoles en soins palliatifs sont en deuil



**M<sup>me</sup> Louise Bernard**

*Pionnière des soins palliatifs  
du Québec*

Je n'ai connu Louise que durant la dernière année de sa vie, quand, à nous deux, nous avons mis sur pied le comité des bénévoles de l'AQSP; elle, qui était dans le milieu des soins palliatifs depuis de nombreuses années, n'a pas manqué de générosité à mon endroit pour me conseiller tant sur les personnes à contacter que sur l'orientation à donner au comité. Lorsqu'elle a dû quitter pour des raisons de santé, j'ai ressenti un vide qui ne sera sans doute jamais comblé. Depuis, d'autres personnes ont pris la relève, mais sans prendre la place de Louise; ainsi va la vie, semble-t-il.

Louise Bernard sera toujours un modèle d'engagement et de dévouement auprès des patients, de leur famille et de toute l'équipe.

Gilles Joly

Louise Bernard, femme de cœur et d'action, est décédée le 3 septembre dernier. Mme Bernard, co-fondatrice de la Maison Victor-Gadbois, est une des pionnières des soins palliatifs au Québec. Elle occupait le poste de coordonnatrice des bénévoles à la Maison Michel-Sarrazin depuis 1997. L'implication sociale, le dynamisme et le dévouement de Mme Bernard lui ont valu de nombreuses distinctions honorifiques dont la Médaille commémorative de la Confédération du Canada (1992), le prix Bénévolat-Canada (1993), le prix Charlotte-Tassé (1997), le prix du Mérite du conseil interprofessionnel du Québec (1997), la Médaille Antoine-Panet (1997), le prix Gérard-Dupont (1997), la Croix du service méritoire du Canada (1999). Louise Bernard s'est également impliquée activement au sein du CA du Réseau québécois des soins palliatifs. Tous ceux et celles qui l'ont côtoyée garderont le souvenir d'une femme chaleureuse, engagée, pleine d'humour et de compassion. Nous offrons nos pensées les plus sincères à sa famille, ses amis(es) et ses collègues des travail.

Le Conseil d'administration

### La mise sur pied d'une équipe de bénévoles en soins palliatifs : Une aventure palpitante !

Linda Giroux, coordonnatrice des bénévoles - Centre hospitalier Laurentien

Douze ans après avoir déposé un projet de bénévolat en soins palliatifs, le rêve de Francine Laperrière, infirmière en soins palliatifs au CH laurentien s'est enfin réalisé ! La direction de l'hôpital me confia le mandat de mettre sur pied une équipe de bénévoles pour se joindre à l'équipe d'intervenants en soins palliatifs.

C'est en octobre 2002 que l'aventure commença ! Première étape : aller voir ce qui existe ailleurs. Suite à mes visites et mes divers contacts

téléphoniques, je constatai que chaque milieu a sa façon de faire quant à la sélection des bénévoles et quant à la formation de base offerte. Il est vrai que chaque milieu a sa couleur, son historique, son bassin de population spécifique, sa propre structure et ses besoins particuliers. Il s'agissait donc pour moi d'établir les besoins de notre organisation, en tenant compte de notre couleur locale. Après avoir consulté l'équipe de soins palliatifs, le recrutement de bénévoles s'entama. Quels furent les moyens utilisés pour

recruter une équipe de bénévoles ? Les journaux locaux, la radio et télévision communautaires, des dépliants laissés à divers endroits et le « bouche à oreille ».

À ma grande surprise (car on m'avait prévenue que c'était difficile de trouver des bénévoles dans notre région), mon téléphone ne dérougissait pas pendant plusieurs semaines. Plusieurs personnes me dirent qu'elles étaient en attente depuis plusieurs années pour que l'hôpital débute ce



type de bénévolat. On dit souvent que les gens sont de plus en plus centrés sur eux mais j'ai pu constater avec joie, une grande générosité et un désir d'entraide encore très présents chez beaucoup de personnes.

Le recrutement débuta donc parallèlement avec la préparation d'une formation de base. Une présélection fut faite par l'entremise d'une première entrevue téléphonique. Ensuite, les candidats ont été rencontrés individuellement pour environ 3 heures, incluant une visite des lieux. Les motifs du futur bénévole, ses attentes, ses expériences de vie, son vécu en lien avec la mort, ses deuils, sa personnalité, sa disponibilité, son sens de l'engagement furent discutés pendant cette entrevue.

Il est important de préciser que le CH laurentien n'a pas d'unité de soins palliatifs. Les personnes suivies par l'équipe de soins palliatifs se retrouvent dans des chambres dispersées, mais le plus possible sur le même étage. Notre réalité est donc qu'un patient en soins palliatifs peut se retrouver dans une chambre de 4 ou 5 lits et que les autres occupants de la chambre ne soient pas eux en soins palliatifs. Ceci limite parfois la profondeur de la communication qu'on peut avoir avec ces patients. Une autre spécificité de notre hôpital est que l'équipe de soins palliatifs suit principalement des gens atteints de cancer, en phase terminale, pré-terminale et aussi en oncologie. Compte tenu de notre bassin de population restreint régionalement, nous n'aurions pas pu séparer ces trois phases de la maladie et nous demandons aux bénévoles d'intervenir à ces trois niveaux.

La formation de base fut donnée principalement par les intervenants de l'équipe de soins palliatifs. Dans un premier temps, nous avons expliqué aux bénévoles notre philosophie des

soins palliatifs et avons abordé les sujets suivants : les différentes formes de cancer, les traitements et l'évolution de la maladie, les étapes de la mort, les mécanismes de défense, le processus de deuil, les situations conflictuelles. L'infirmière spécialisée en soins palliatifs, le médecin, la travailleuse sociale, le psychologue, la diététiste-nutritionniste, l'agente de pastorale ainsi que la coordonnatrice des bénévoles ont expliqué leur rôle spécifique. La confidentialité fut traitée par l'archiviste en chef et il nous apparaissait très important d'inclure le sujet de la prévention des infections, qui fut présenté par notre spécialiste en la matière. Nous avons finalement revu ensemble le rôle des bénévoles, la nécessité de se protéger ainsi que les qualités recherchées. Des bénévoles expérimentés ont partagé leur vécu de situations difficiles et leur motivation à demeurer bénévoles en soins palliatifs pendant plusieurs années.

Avant que les bénévoles entrent en « action », j'ai rencontré les représentants syndicaux concernés afin de bien clarifier le rôle qu'allaient jouer ces bénévoles pour ainsi éviter une atmosphère désagréable ou des conflits reliés à une mauvaise compréhension de la place que les bénévoles allaient prendre. Plusieurs membres du personnel furent aussi abordés dans ce sens. Heureusement, le personnel démontra une belle ouverture face à l'arrivée des bénévoles.

Le **26 mai 2003** le bénévolat en soins palliatifs au Centre hospitalier laurentien prit son envol ! Une trentaine de bénévoles assurait une présence de 8 h 30 à 20 h 30, 7 jours/semaine. Près de 5 mois plus tard, de nombreux patients ainsi que leurs familles ont pu bénéficier de la présence chaleureuse des bénévoles. Certains bénévoles nous ont quittés, d'autres se sont joints à notre équipe, c'est un roulement qui semble inévitable.

Pourquoi les bénévoles partent-ils ? Certains réalisent qu'ils ne sont pas si bien auprès de gens en phase terminale, d'autres voient les deuils non résolus faire surface, pour quelques-uns le rôle qu'on leur demande ne répond pas à leurs attentes et enfin des événements personnels peuvent surgir et changer la disponibilité de ces bénévoles. Avec le recul, je constate qu'il est essentiel de bien cerner les motifs réels et les attentes des bénévoles en soins palliatifs lors du recrutement; ce qui sera déterminant dans la réussite ou l'échec de leur mission.

En tant que coordonnatrice, je retiens aussi qu'il est primordial de se fier à son intuition quant à la sélection des bénévoles. Pour maintenir une équipe solide en place, il faut offrir beaucoup d'écoute, de soutien et d'encadrement aux bénévoles.

C'est un travail très stimulant auquel je crois énormément car je constate que les bénévoles ont une place spécifique et irremplaçable auprès des patients et familles.

Nous en sommes encore à une période d'adaptation et je dois à nouveau recruter d'autres bénévoles pour consolider l'équipe en place. L'aventure se poursuit donc !

## L'héroïne... des *Invasions barbares* : Un mythe pour les soins palliatifs

**André Brizard, md**

**En collaboration avec Roger Ladouceur, md**

Un article sur l'héroïne?! C'est le film «Les invasions barbares» qui nous en a fourni le motif.

Dans le film « Les Invasions barbares », Rémi qu'on avait connu dans « Le déclin de l'empire américain », grand amoureux de la vie et des femmes, homme cultivé et typique babyboomer, se meurt d'un cancer en phase terminale. Son fils, riche financier, avec qui il avait toujours eu des relations tendues, fait l'impossible pour améliorer le sort de son père. Après avoir pris conseil auprès d'un ami médecin, travaillant aux États-Unis par surcroît, il fait «des démarches» dans l'underground montréalais pour obtenir de l'héroïne qui semble procurer paix et soulagement à son père. À en croire le film, l'héroïne serait «le médicament par excellence» à utiliser entre tous les opiacés; plus efficace que la morphine, l'héroïne devrait être préférablement utilisée en soins palliatifs. Qu'en est-il en réalité ? Quelles sont les évidences scientifiques pour soutenir ces prétentions ? Cet article vise à faire le point sur l'utilisation de l'héroïne en soins palliatifs.

Ceux qui souhaitent l'intégration de l'héroïne dans l'arsenal analgésique basent leur argumentation sur le grand nombre de patients non soulagés adéquatement avec les opiacés disponibles et la présentent comme une substance unique qui se distingue des autres opiacés par les caractéristiques suivantes:

1. l'héroïne possède des vertus analgésiques qu'aucun autre opiacé ne possède
2. l'hydrosolubilité et la liposolubilité de l'héroïne en font un opiacé à part
3. l'héroïne provoque beaucoup moins d'effets secondaires que les autres opiacés

4. aucun opiacé sur le marché ne peut égaler l'héroïne pour l'euphorie et l'apaisement profond provoqués par cette substance
5. l'héroïne est dotée d'un pouvoir et d'une puissance qu'aucun autre opiacé ne possède
6. l'héroïne ne devrait être utilisée que par la voie intra-veineuse
7. l'héroïne est plus puissante que tous les autres opiacés
8. l'héroïne est une substance opiacée unique en son genre.

L'héroïne est une substance « maudite » depuis plus de cent ans. Elle demeure encore aujourd'hui une substance qui conserve certains aspects déroutants à plus d'un égard. Ainsi, les narcomanes continuent de l'exiger et de la préférer à tout autre opiacé «sur le marché». Ils seraient même capables de discerner la morphine de l'héroïne lorsqu'une des deux substances leur est administrée «à l'aveugle». L'article ne rapporte pas leur performance dans la comparaison «Coke-Pepsi» cependant! Les scientifiques n'arrivent pas à cerner et à expliquer ce que les usagers du marché noir «perçoivent». Deux mondes s'affrontent, il reste certainement des secrets à percer.

En Angleterre, l'héroïne est utilisée comme analgésique depuis plusieurs décennies. Elle est utilisée à St. Christopher's Hospice depuis 1967 et elle fait la satisfaction du réseau anglais de la santé. Il n'y a pas abondance d'écrits sur l'héroïne et peu d'études sur ses capacités analgésiques. Pourquoi donc toutes les idées véhiculées sur cette substance comme certaines véhiculées dans le film à la source de cet article? Essayons de comprendre.

Première démythification: l'héroïne est en fait de la morphine à laquelle les chimistes des laboratoires «légaux et illégaux» ont greffé deux groupes

«acétyl». La morphine «greffée» est donc devenue de la «di-acétyl-morphine» ou diamorphine telle qu'on l'appelle en Angleterre. L'héroïne est donc en fait un opiacé semi-synthétique.

Une fois administrée, la molécule ne demeure pas «acétylée» très longtemps, elle est rapidement «retransformée» à sa forme originale pour agir. L'héroïne est donc une «pro-drug». La déacétylation commence après quelques secondes, cette déacétylation est à la fois spontanée et à la fois métabolique i.e. dépendante de processus enzymatiques. De diacétyl-morphine, elle devient d'abord de la monoacétyl-morphine. La monoacétyl-morphine devient par la suite de la «vulgaire» morphine. Rien de plus, rien de moins. Pourtant des choses importantes se sont passées durant ce processus qui n'aura duré que quelques minutes tout au plus.

À quoi donc a servi l'acétylation en laboratoire? Cette double acétylation a eu pour effet d'augmenter de façon très importante la solubilité de la morphine dans les graisses. On parle alors de liposolubilité. Le cerveau et la moelle épinière, où se passent une bonne partie de l'action des opiacés, sont constitués en majeure partie de graisse, on comprend alors un peu mieux pourquoi tous ces efforts! La diacétylation permet donc à l'héroïne de pénétrer et de cheminer rapidement dans le tissu nerveux «comme dans du beurre» ... selon l'expression. Ainsi donc, dans une course contre la montre entre l'héroïne et la morphine administrées en IV, le lièvre de la fable est l'héroïne et contrairement à la fable, c'est l'héroïne qui va arriver la première au récepteur opiacé. La morphine, la tortue dans cette version de la fable, arrivera bonne deuxième. La diacétyl-morphine aura cependant

connu sur son chemin une déacétylation presque complète de sorte qu'à destination, on retrouvera donc beaucoup de morphine, une bonne quantité de monoacétyl-morphine et très peu d'héroïne.

La ligne d'arrivée est le récepteur opiacé mais en fait, le récepteur opiacé n'est pas une structure unique, il existe plusieurs types de récepteurs opiacés (mu, kappa, delta), chaque type étant composé de sous-types (mu-1, mu-2 ...); ce que ça peut en faire «des petits» récepteurs!!!. Chaque type et sous-type de récepteurs commandent à leur tour des réactions biochimiques différentes à l'intérieur des cellules nerveuses. Les récepteurs opiacés sont en fait comme des interrupteurs dans une maison, chaque interrupteur commande un ensemble spécifique de lumières.

En plus de sa liposolubilité élevée, l'héroïne est aussi une substance très hydrosoluble en comparaison avec la morphine. Ainsi, la morphine ne peut se diluer à plus forte concentration que 50-60 mg/ml, au-delà de cette concentration, elle forme un précipité. L'héroïne pour sa part peut être diluée jusqu'à 620 mg/ml avant qu'un précipité n'apparaisse ce qui permet de préparer des doses élevées dans de petits volumes, par exemple 100 mg dans 0,2 ml. Au Canada, l'hydromorphone nous offre cet avantage depuis longtemps.

Les équivalences morphine versus héroïne sont habituellement réputées être de 1 pour 2 i.e. 10 mg de morphine pour 5 mg d'héroïne pour la voie parentérale i.e. IM, IV, SC. La durée de l'analgésie est la même, soit 3-4 heures.

Après ces quelques clarifications, tentons quelques notions brèves (et sèches!!) de pharmacocinétique. Juste un peu pour faire plaisir à l'équilibre scientifique et à nos lecteurs qui raffolent de ce volet.

En usage oral, après une bonne absorption par l'intestin et le passage dans le foie (puisque tout ce qu'on ingère doit passer par le foie) pour être métabolisée, il ne reste à la sortie des veines hépatiques que 79 % d'une

dose de morphine et très peu ou pas du tout de monoacétyl-morphine. Il n'y a donc aucun avantage à utiliser l'héroïne PO puisqu'à titre d'exemple, 5 mg d'héroïne PO ne fournit que 3,95 mg de morphine. Il faut donc corriger la dose pour administrer environ 6,5 mg d'héroïne pour avoir 5 mg de morphine circulante. Il est donc nettement préférable «d'utiliser de la morphine pour administrer de la morphine». C'est ce que les Anglais ont compris depuis longtemps.

En usage IV, l'héroïne est éliminée du sang beaucoup plus rapidement que la morphine, on dit que la clairance est élevée. Après 3 - 10 minutes selon les études, on ne retrouve plus de traces d'héroïne dans le sang. Il faut plus de temps pour la morphine.

Quatre études font autorité en matière de comparaison héroïne versus morphine pour visée analgésique. L'expression-clé ici est «visée analgésique». L'engouement du marché noir qui exige pour sa part bien autre chose que la visée analgésique!!!

La première des études, on la doit à Twycross en 1977. Elle s'est déroulée auprès de 699 patients en phase terminale de cancer et elle fait objet de «classique» dans la littérature. Dans cette étude, l'héroïne, la morphine et le vieux cocktail de Brompton étaient comparés de même que les voies PO et IM / SC (IV ???). C'est à la suite de cette étude que le cocktail de Brompton a été relégué aux oubliettes, on venait de prouver que la combinaison de phénothiazines, de cocaïne et des autres constituants composant ce cocktail n'était pas supérieure en termes d'analgésie à l'héroïne ou à la morphine seule. C'est aussi à la suite de cette étude que l'on adopta à St. Christopher l'héroïne pour la voie parentérale et la morphine pour la voie PO, chaque substance fournissant une analgésie très satisfaisante aux yeux des responsables de l'étude. On s'était même permis dans un certain nombre de cas de substituer héroïne et morphine et vice-versa afin de s'assurer de la véritable équivalence dans l'analgésie. Il fallait une dose d'audace et d'avant-gardisme tout comme une expertise certaine pour se permettre de telles permutations.

La deuxième est une étude de Keiko comparant la morphine et l'héroïne en post-opératoire: aucune différence n'a été observée dans l'analgésie. L'héroïne offrait une légère supériorité pour obtenir une analgésie maximale (peak analgesic effect) puisque cette analgésie était atteinte en 1,2 ( $\pm$  0,08) heure alors que la morphine offrait le même niveau d'analgésie en 1,5 ( $\pm$  0,01) heure. Dans le même ordre d'idée, les effets secondaires apparaissaient un peu plus rapidement avec l'héroïne qu'avec la morphine. C'est donc dire en valeur absolue que le soulagement maximal est survenu 18 minutes plus tôt avec l'héroïne. Pour la suite du traitement analgésique, le soulagement a été le même. Il n'y a donc en fait qu'à la première dose que la différence se fait sentir avec l'héroïne. Pour une durée de traitement étalée par exemple sur quelques semaines à quelques mois, l'avantage paraît à première vue bien minime: 18 minutes de gagnées pour la première dose uniquement alors que pour le reste du temps (semaines, mois), l'analgésie est la même. Les auteurs de cette étude concluaient qu'il n'y avait aucun avantage en faveur de l'héroïne en comparaison de la morphine dans l'analgésie post-opératoire chez des patients atteints de cancer. Sur le strict plan du soulagement clinique, il n'y avait par ailleurs aucun désavantage attribuable à l'héroïne est-il bon de préciser.

La troisième étude réunissant des noms connus tels R. Portenoy, K. Foley et d'autres collaborateurs a été publiée dans Pain en 1990 et comparait les effets de l'héroïne avec l'hydromorphone chez 161 patients. Dans cette étude, on concluait que l'héroïne et l'hydromorphone produisaient des effets cliniques similaires autant pour l'analgésie que pour les effets secondaires, la somnolence étant le plus important. On concluait aussi que chacune des deux substances pouvait être substituée à l'autre (Twycross s'était permis une chose semblable en 1977). L'analgésie survenait dans les deux cas environ 30 minutes après l'administration. Encore là, aucun avantage net pour l'héroïne mais en même temps aucun désavantage net non plus.

La quatrième étude de Robinson, Rowbotham et Smith a comparé les posologies totales utilisées et les effets secondaires dans un contexte post-opératoire (chirurgie de la hanche) avec analgésie IV contrôlée par le patient (PCA). Quarante patients recevaient de façon randomisée de la morphine ou de l'héroïne en doubleinsu. Encore ici, aucune différence n'a été observée tant pour l'analgésie que pour les effets secondaires, sédation et nausées étant comparables. Les posologies totales d'héroïne ont été approximativement la moitié de celles de la morphine, respectant le ratio généralement reconnu de 2 pour 1.

Qu'en est-il donc de toutes ces données et quoi comprendre de tout cela? Dans les études faites en milieu clinique, très peu d'arguments militent en faveur d'une supériorité nette de l'héroïne pour la visée analgésique; aucune non plus n'est en défaveur de l'héroïne faut-il le reconnaître, pourtant les usagers du marché noir préfèrent cette molécule à tout autre opiacé. Il reste certainement des secrets à percer, disions-nous!

Un peu d'historique pour nous sortir de la science

L'acétylation de la morphine pourrait remonter à 1874 en Angleterre et les premiers essais sur des grenouilles et des lapins à 1890. Nous devons l'héroïne et les débats qui l'accompagnent à la compagnie Bayer d'Allemagne (les fabricants d'Aspirine). La première acétylation de la morphine pour produire de la diacétylmorphine (ou diamorphine) dans les laboratoires de Bayer remonte au 21 août 1897 soit deux semaines après l'acétylation de l'acide salicylique. Fait impressionnant dans l'histoire pharmaceutique, Bayer a lancé en l'espace de quelques semaines l'Aspirine (acide acétylsalicylique) et l'Héroïne puisqu'Héroïne était le nom commercial donné à la diacétylmorphine. À cette époque, l'industrie pharmaceutique allemande, après le succès de l'acide acétylsalicylique, s'était lancée dans une course pour identifier des substances de remplacement moins coûteuses et moins dommageables que certaines substances utilisées dans la

pharmacopée d'alors et on s'était mis à acétyler tout ce qui était acétylable, or la morphine l'était. Deux ans plus tard, la controverse naissait déjà. Dans la même année, une publication vantait l'héroïne comme étant «la digitale de la respiration» puisqu'elle semblait ralentir et renforcer la respiration en raison d'interprétations erronées des résultats de laboratoire alors qu'une autre publication la décrivait comme «un poison extrêmement dangereux. En raison des «faux» excellents résultats observés dans les laboratoires Bayer, cette compagnie se lança dans l'exportation de l'héroïne présentée comme une substance pleine de promesse de sorte qu'en 1899, Bayer exportait sa production annuelle d'environ 1 tonne dans 23 pays. L'héroïne a par la suite fait l'objet d'une forte croissance dans son utilisation ... avec des connaissances sur les opiacés plus qu'insuffisantes. Entre 1899 et 1905, l'héroïne a fait l'objet de 180 études cliniques ou dissertations médicales. En 1910, la littérature rapportait des résultats thérapeutiques chez 10 000 patients, la majorité de ces études jugeant l'héroïne positivement. Il faut dire que la majorité des études se faisait avec de faibles doses, 5 mg et la plupart du temps par voie orale. Dans les années qui allaient suivre, les réserves en regard des bénéfices rapportés antérieurement allaient prendre de plus en plus d'importance alors que les indications semblaient s'étendre à tout ce qui était maladie (angine, sclérose en plaques, cancer de l'estomac, fièvre, HTA, diabète, dépression et bien d'autres). Dans les deux premières décennies du XXe siècle, le nombre de compagnies fabriquant de l'héroïne passa de 1 (Bayer) à 20 en 1920. À partir de 1920, plusieurs de ces compagnies se mirent à vendre l'héroïne directement au marché noir en contournant les accords internationaux passés au sujet de l'héroïne (le marché du tabac est frappé d'accusations semblables actuellement au Canada). Ce qui devait arriver arriva, le profil d'utilisation de l'héroïne dérapa vers le marché noir, l'héroïnomanie était née à l'échelle planétaire en quelques décennies, la quête du profit diluant la conscience morale d'une certaine industrie.

Alors qu'en Angleterre, Twycross, un des pères fondateurs des soins palliatifs, parlait en 1972 du «phénomène Héroïne» et que le réseau anglais de la santé avait déjà commencé à utiliser cette substance dans sa pharmacopée depuis 1967, des positions diamétralement opposées quant aux bénéfices et aux indications de l'héroïne prenaient l'allure d'une lutte sans merci entre les tenants et les opposants de ce côté-ci de l'Atlantique. Dans une atmosphère passionnée, le Congrès américain a débattu et voté une loi en 1984 empêchant la réadmission de l'héroïne dans l'arsenal pharmacologique légal, son interdiction totale aux USA datant de 1956 et son exclusion de l'arsenal pharmacologique officiel aux USA datant de 1924. C'est l'augmentation effarante de son usage illégal qui l'avait déjà rendue «maudite» en 1924.

À notre époque, certains pays autorisent l'usage de l'héroïne. Parmi ceux-ci figurent l'Angleterre, la Belgique, l'Islande, l'île de Malte, les Pays-Bas et la Suisse. Le Canada a légalisé l'usage de l'héroïne en 1984 mais dans un contexte de restrictions cliniques tellement serrées que pratiquement aucun médecin n'utilise cette substance. L'Angleterre consomme 95 % de la production annuelle légale d'héroïne à l'échelle planétaire.

Jusqu'au milieu des années 90, l'opinion scientifique se résumait ainsi, à savoir qu'il fallait se rendre à l'évidence: l'héroïne possédait les mêmes propriétés analgésiques que tous les autres opiacés, engendrait les mêmes effets secondaires à commencer par la somnolence, soumettait les utilisateurs aux mêmes risques d'assuétude, de narcomanie, de mauvais usage que tous les autres opiacés et pas plus. Pourtant elle avait déjà à ce moment et depuis très longtemps la plus mauvaise presse de tous les opiacés. Pourquoi le marché noir en était-il si friand et pourquoi le demeure-t-il? Aucune réponse n'avait été retrouvée dans les publications datant d'avant 1996 mais il ne fallait pas nier le fait qu'il y ait peut-être «anguille sous roche» quand deux mondes, le monde scientifique et le monde des usagers narcomanes s'affrontent avec autant



de ténacité et de constance dans leur opinion.

Pourquoi la bonne presse anglaise? En fait, en rétrospective, une large portion de la réputation «enviable» attribuée à l'héroïne tient peut-être beaucoup plus de la façon que les médecins anglais ont utilisé cet opiacé (en traitant par exemple la douleur avec des doses adéquates, sur une base d'administration régulière, selon l'échelle de douleur, avec des entre-doses et selon les principes d'usage des opiacés recommandés par l'expérience) que d'une valeur analgésique «magique» de la molécule elle-même puisqu'aucune étude n'a pu démontrer de différence avec les autres opiacés pour ce qui est de la visée analgésique. Il ne faut pas oublier que lors de l'adoption de l'héroïne par les gens du St. Christopher de Londres vers la fin des années 70, l'hydromorphone n'était pas disponible à ce moment en Angleterre.

Une chose est donc certaine, l'engouement pour l'héroïne sur le marché noir et l'acceptation totale de l'héroïne par la médecine anglaise ne proviennent pas d'abord et avant tout de sa pharmacocinétique. Il faut d'autres raisons.

C'est un article publié en 1996 par Rossi, Brown, Leventhal, Yang et Pasternak qui semble fournir pour la première fois peut-être un éclairage nouveau sur certains paramètres méconnus jusqu'alors. On rapporte dans cet article que l'héroïne, le mono-acétylmorphine et le fentanyl agissent sur un sous-type de récepteur mm différent de celui sur lequel la morphine agit. Ce récepteur est le même que celui sur lequel la morphine-6-glucuronide, métabolite de la morphine connu de longue date, agit. Or, l'effet de la morphine-6-glucuronide est beaucoup plus important que celui de la morphine sur la cellule nerveuse, 100 fois plus important selon les études. Il faut comprendre que ce n'est pas la molécule en soi qui est plus puissante mais que c'est le récepteur activé par cette substance qui lui entraîne des effets intracellulaires 100 fois plus importants. Ceci pourrait être illustré par l'exemple de l'interrupteur branché à une ampoule 40 watts ou 500 watts. L'intensité de lumière dépend de l'ampoule branchée et non pas de l'interrupteur. Et encore un peu

plus!!! En comparant l'effet de la 6-monoacétyl-morphine avec le métabolite de la morphine, la 6-morphine-glucuronide, on s'est rendu compte que l'effet du métabolite de l'héroïne était encore plus puissant que le métabolite de la morphine, de quoi donner d'autres arguments aux utilisateurs du marché noir.

Cette différence de récepteur et de sous-système biochimique appartenant à chaque sous-récepteur est une constatation fondamentale dans la compréhension des différences d'effets entre héroïne et morphine. Ainsi, (1) il existe une souche de souris de laboratoire, la souche CXBK, qui ne possède pas de récepteurs opiacés sensibles à la morphine. Les souris de cette souche sont soulagées par l'héroïne, la mono-acétylmorphine, le fentanyl et morphine-6-glucuronide lorsque soumises à des stimulations douloureuses; la morphine ne pourrait les soulager. (2) Une autre étude s'est penchée sur l'exploration des sous-systèmes biochimiques (ou métaboliques) appartenant à chaque sous-récepteur. Les récepteurs opiacés exercent leur effet métabolique par le moyen d'une protéine, appelée Protéine G, qui est attachée à la membrane cellulaire à proximité du récepteur opiacé. Une fois le récepteur opiacé activé par un opiacé, cette protéine G agit comme messenger à l'intérieur de la cellule pour livrer le message provenant de la stimulation du récepteur opiacé. On a constaté qu'on pouvait paralyser ces systèmes et qu'il fallait des substances différentes pour paralyser le système «morphine» et le système «morphine-6-glucuronide». L'analgésie avec l'héroïne, la mono-acétylmorphine, le fentanyl et morphine-6-glucuronide étant possible lorsque le système morphine était paralysé. (3) Les études menées cette fois-ci au niveau de l'ADN et de l'ARN (n'est-ce pas que nous sommes rendus très profond dans l'argumentation!!!) ont exploré les mécanismes de codage pour «la fabrication de récepteurs opiacés». En bloquant le mRNA codant pour les récepteurs sensibles à la morphine, on a observé une réduction du nombre de récepteurs «morphine» et donc une perte de l'analgésie causée par la morphine mais une conservation de l'analgésie par la mono-acétylmor-

phine, le fentanyl et la morphine-6-glucuronide. En contrepartie, en bloquant un autre mRNA codant celui-ci pour les récepteurs opiacés sensibles à la mono-acétylmorphine, au fentanyl et à la morphine-6-glucuronide, on a observé une perte de l'analgésie causée par la mono-acétylmorphine, le fentanyl et la morphine-6-glucuronide mais une conservation de l'analgésie par la morphine. (4) Enfin (ne désespérez pas, la citation des études achève!!!), d'autres études telles celle de Brown, Yang, King, Rossi, Leventhal, Chang et Pasternak ont mis en évidence que les effets de la morphine et les effets des autres substances (les trois substances que vous connaissez bien maintenant!) n'étaient pas antagonisés par les mêmes antagonistes. Ainsi, le 3-méthoxynaltrexone a été identifié comme étant un antagoniste spécifique pour la mono-acétylmorphine, le fentanyl et la morphine-6-glucuronide alors qu'il n'exerce aucun effet antagoniste pour la morphine.

Les réseaux nerveux impliqués dans l'analgésie et les réseaux nerveux impliqués dans le développement de la surconsommation (narcomanie, alcoolisme, jeux compulsifs) sont différents dans leurs structures chimiques et dans leurs localisations dans le cerveau. Ce volet ne fait pas l'objet de discussion dans le présent article mais il est pourtant d'importance capitale dans la compréhension des habitudes de surconsommation.

En laboratoire, l'analgésie procurée par la morphine-6-glucuronide, la mono-acétylmorphine se ressemble: il s'agit d'une analgésie rapide et puissante. On s'approche donc de l'effet «kick» des utilisateurs narcomanes, ne pensez-vous pas?

En bref, en termes de vulgarisation poussée, l'effet «subliminal» de l'héroïne dépend peut-être bien de certains sous-systèmes «récepteurs opiacés-protéine G particulière» dont la mise en branle «allumerait» d'intenses mécanismes biochimiques intracellulaires avec une vitesse que la morphine ne pourra jamais atteindre. Vitesse et puissance, n'est-ce pas que ce sont les effets recherchés par les narcomanes. Patience et ajustements personnalisés selon l'échelle de douleur et en



préservant les composantes cognitives, n'est-ce pas que ce sont les critères les plus importants dans l'ajustement analgésique. Ces deux mondes demeureront donc irréconciliables.

### Discussion des mythes véhiculés par le film et dans la population en général

1. Disons d'entrée de jeu que l'opiacé «idéal», celui qui procurerait une excellente analgésie sans les effets secondaires, n'est pas encore sur le marché. L'héroïne n'est donc pas celui-là. Il est regrettable que le film «Les invasions barbares» laisse entendre que l'héroïne soit «LA» substance «magique et supérieure». Aucune étude n'a démontré de supériorité à l'héroïne quand ses effets analgésiques sont étudiés.
2. Les deux justifications majeures pour changer d'opiacé en cours de traitement sont le fait d'obtenir une analgésie inadéquate avec l'opiacé utilisé ou le fait de provoquer des effets secondaires trop importants malgré tous les efforts pour les réduire. Dans le cas du film, aucun essai avec aucun des opiacés couramment utilisés n'a été fait. Dans aucun milieu de soins palliatifs en Amérique du Nord on choisirait l'héroïne pour débiter un traitement analgésique. Le mythe cette fois-ci a dépassé l'entendement c'est-à-dire le bon sens. Aucun de nous ne ferait ce choix pour un être cher. Nous commencerions tous par les opiacés «standard» et par les voies d'administration préférentielles selon le cas mais pas la voie IV!
3. L'héroïne ne possède pas le pouvoir magique de soulagement qu'on lui a attribué durant longtemps. Son analgésie est identique à la morphine et à l'hydromorphone, toutes les études le confirment. Il faut reconnaître que l'ajout de l'héroïne dans l'arsenal pharmacologique des opiacés ne viendrait ajouter aucune habileté de plus aux soignants qui prennent charge des personnes qui ont mal. Les prescriptions d'opiacés et de coanalgésiques ne s'en trouveraient pas améliorées par le fait même. Une certitude cependant existe, le prix à payer en Amérique du Nord pour conserver de l'héroïne

dans les milieux de soins serait beaucoup plus lourd que ce qu'il en est actuellement pour travailler avec l'arsenal des différents opiacés couramment disponibles. L'Angleterre ne rencontre pas cette problématique, chiffres de différents ministères à l'appui. Différences de mœurs, différences de culture, différence de ??? ... allez donc savoir. Aucune étude ne nous éclaire à ce sujet mais la réalité est là. L'usage légal pour la visée analgésique augmente en Angleterre.

4. L'héroïne n'offre pas les avantages de provoquer moins d'effets secondaires que les autres opiacés. Elle provoque les mêmes effets secondaires avec les mêmes fréquences et les mêmes intensités, pas plus et pas moins.
5. L'héroïne possède probablement plus de risques que les autres opiacés de mener à la narcomanie cependant, lorsque l'héroïne mène aux abus, les effets sur la personnalité, le comportement social, la criminalité et les autres paramètres liés à la narcomanie ne sont pas différents des autres opiacés. Les gens y sont arrivés plus rapidement c'est pourquoi le marché de l'offre et de la demande dans l'underground du monde de la drogue penche de toute évidence vers l'héroïne en comparaison avec la morphine, l'hydromorphone, la codéine, l'oxycodone, le fentanyl. Une très forte pression est donc exercée par cet état de fait. L'approfondissement de nos connaissances quant aux sous-types de récepteurs opiacés et aux sous-systèmes «Protéine G» jette des lumières depuis longtemps souhaitées sur les effets «délétères» de l'héroïne.
6. Dans le film «Les invasions barbares», l'héroïne est administrée en IV. Est-il nécessaire de rappeler à tout intervenant de soins palliatifs que la voie SC est la voie royale lorsque la voie PO ne peut être utilisée pour tous les opiacés autres que le fentanyl qui lui s'administre par voie transdermique? Les études américaines de Payne et de Wallenstein et collaborateurs ont été faites avec la voie IM parce que les Américains refusaient jusqu'à tout récemment d'utiliser la voie SC.

Une consœur, Dre Pauline Lesage qui a longtemps travaillé au CHUS (Sherbrooke) et qui travaille avec Portenoy depuis 1997 a dû se battre durant quelques années avant de faire accepter la voie SC par l'équipe de Portenoy. Ceci en dit long sur la façon américaine de gérer les douleurs en regard des voies d'administration.

7. Le réputé «kick» de l'héroïne responsable d'un état d'apaisement et d'une «euphorie» sans pareil n'est supporté par aucune étude dans un contexte à visée analgésique. Toutes les études ont au contraire démontré que les effets secondaires de l'héroïne étaient en tout point comparables à ceux procurés par les autres opiacés notamment la morphine et l'hydromorphone. Les contextes d'utilisation imposés par les protocoles de recherche font en sorte que ce n'est pas pour demain que l'on étudiera l'effet de la monoacétyl-morphine sur le sous-récepteur opiacé sensible à la morphine-6-glucuronide et sur le développement de l'addiction.
8. Les tenants de l'usage de l'héroïne avancent que cette substance pourrait soulager le grand nombre de patients atteints de cancer qui ne sont pas soulagés adéquatement avec les opiacés couramment utilisés. Il est vrai que les statistiques témoignent d'un grand nombre de patients atteints de cancer encore mal soulagés. La solution repose-t-elle sur l'ajout d'une molécule opiacée de plus ou sur encore plus d'emphase en éducation (douleur: physiopathologie, évaluation et traitement)? L'ajout d'une molécule viendrait-elle régler le problème mille fois rapporté à savoir que les analgésiques dans leur ensemble, à commencer par les opiacés, ne sont pas utilisés adéquatement? Difficile d'affirmer et de soutenir que oui!
9. Un des problèmes intimement lié à l'héroïne vient de la façon dont deux sociétés ont géré le «phénomène Héroïne». La société américaine s'est trouvée totalement désemparée par l'accaparement de l'underground, la pression venant de ce monde et par les coûts sociaux liés à l'héroïnomanie. La société

anglaise est demeurée comme plus rationnelle face à ces mêmes fléaux et s'est efforcée de mieux identifier les forces et les faiblesses de cette substance pour ensuite lui faire une place dans son arsenal analgésique. Serait-ce dire que Scotland Yard a été dans les circonstances plus fort que le FBI ou que le monde de la santé a été plus fort que le monde politique? Notre ignorance est totale à ces égards.

En conclusion, l'opiacé «idéal», celui qui procurerait une excellente analgésie sans les effets secondaires, n'est pas encore sur le marché. L'héroïne n'est donc pas celui-là. Tout comme la codéine est une fort mauvaise façon d'administrer de la morphine, l'héroïne est de la même manière une fort mauvaise façon d'administrer de la morphine, ceci lorsqu'une visée analgésique est le but de l'usage. Si l'héroïne ne se transformait pas en monoacétyl-morphine, son usage pourrait être tout à fait différent dans un contexte nord-américain. Il est vrai que la morphine se transforme en morphine-6-glucuronide mais cette

transformation se fait à long terme et l'activation du récepteur «morphine-6-glucuronide» ne se fait pas de façon soudaine et explosive comme la monoacétyl-morphine le fait. Pourquoi alors chercher une façon compliquée et risquée de donner de la morphine dans notre contexte nord-américain? Quelque chose nous échappe quant à l'effet particulier de l'héroïne recherché par les narcomanes mais ceci se passe à un niveau autre que celui de l'analgésie. Or notre plus grand souci en soins palliatifs c'est l'analgésie et l'héroïne ne nous apporte pas plus, au Canada, que ce que nous avons déjà.

### Références :

- Angell M. Should heroin be legalized for the treatment of pain? *NEJM* 1984; 311 (8) : 529-530
- Anonymous. Heroin for cancer : a great non issue of our day. *Lancet* 1984; 1(8392) :1449-1450
- Bolsen B. U.S. Trials show heroin not superior to morphine(Letter). *JAMA* 1982; 247(18) : 2471
- Brown GP, Yang K, King MA, Rossi GC, Leventhal L, Chang A, Pasternak GW. 3-methoxynaltrexone, a selective her-oin/morphine-6beta-glucuronide antagonist. *Fed . of Europ. Biochem. Soc. Letters* 1997; 412: 35-38
- Catalano RB. Pharmacology of analgesic agents used to treat cancer pain. *Seminars in Oncology Nursing* 1985 ; 1(2) : 126-140
- Cherny NI, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Lapin J, Foley KM, Houde RW, Portenoy RK. Opioid responsiveness of cancer pain syndromes caused by neuropathic or nociceptive mechanisms: a combined analysis of controlled, single-dose studies. *Neurology* 1984; 44: 857-61
- Dahl JL, Joranson DE. Heroin and cancer pain initiatives. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1993; 50 : 2060-2061
- de Ridder M. Heroin: new facts about an old myth. *J. of Psychoactive Drugs* 1994; 26(1): 65-67
- Gourlay GK, Cousins MJ. Strong analgesic in severe pain. *Drugs* 1984; 28: 79-91
- Inturrisi CE, Max MB, Foley KM, Schultz M, Shin SU, Houde RW. The pharmacokinetics of heroin in patients with chronic pain. *NEJM* 1984; 310: 1213-17
- *JAMA Medical News* 1978; 240 :1567-1575
- Kaiko RF, Wallerstein SL, Rogers AG et al. Analgesic and mood effects of heroin and morphine in cancer patients with post-operative pain. *NEJM* 1981; 304 : 1501-1505.
- Levine MN, Sackett DL, Bush H. Heroin vs morphine for cancer pain? *Arch. Intern. Med.* 1986;146 : 353-356
- Ley DCH. Heroin – The next step. *J. of Palliative Care* 1986; 1(2): 46-47
- Lipman AG. The argument against therapeutic use of heroin in pain management. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1993;50 : 996-998
- Lipman Ag. The cruel hoax of heroin. *Hosp. Formul.* 11984;19 :999-1020
- Mc Carthy RL, Montagen M. The argument for therapeutic use of heroin in pain management. *Am. J. Hosp. Pharm.* 1993;450:992-6
- Mondzac AM. In defense of the reintroduction of heroin into American medical practice and H.R. 5390 – The Compassionate Pain Relief Act. *NEJM* 1984 ; 311(8) : 532-535
- Morrison LM, Payne M, Drummond GB. Comparison of speed of onset of analgesic effect of diamorphine and morphine. *Br. J. of Anest.* 1991; 66: 656-659
- Neal HK. Why can't the dying have heroin? *New York* 1978 ; 11(40) : 76+
- *NEJM Correspondence* 1984; 310: 599
- *NEJM Correspondence* 1984; 311: 1633-34
- Pasternak GW. Insights into mm opioid pharmacology. The role of mm opioid receptor subtypes. *Life Sciences* 2001; 68: 2213-2219
- Robinson SL, Rowbotham DJ, Smith G. Morphine compared with diamorphine. *Anesthesia* 1991; 46: 538-540
- Rossi GC, Brown GP, Leventhal L, Yang K, Pasternak GW. Novel receptor mechanism for heroin and morphine-6beta-glucuronide analgesia. *Neuroscience Letters* 1996; 216: 1-4
- Sawynok J. The therapeutic use of heroin : a review of the pharmacological literature. *Canadian J. of Physiology & Pharmacology* 1986 ; 64(1) :1-6
- Sellers EM. Will heroin improve pain management? *J. of Palliative Care* 1985; 1(1): 40-42
- Selley DE, Cao C-C, Sexton T, Schwegel JA, Martin TJ, Childers SR. Mm opioid receptor-mediated G-protein activation by her-oin metabolites: evidence for greater efficacy of 6-monoacetylmorphine compared with morphine. *Bioch. Pharmacol.* 2001; 62: 447-455
- Shapiro EL. The right of privacy and heroin use for painkilling purposes by the terminally ill cancer patient. *Arizona Law Review* 1979; 21(1) :41-59
- Sheehan JF. Heroin, pain and the dying. *America* 1978; 139(17) : 378-379
- Siegelman S. Current tricks to obtain controlled drugs. *Am. Drug* 1990;201 :41-42
- Stoll SM. Why not heroin? The controversy surrounding the legalization of heroin for therapeutic purposes. *J. of Contemporary Health Law & Policy* 1985; 1(1) :173-194
- Wallenstein SL, Houde RW, Portenoy R, Lapin J, Rogers A, Foley KM. Clinical analgesic assay of repeated and single doses of heroin and hydromorphone. *Pain* 1990; 41: 5-13

## La grammaire : Chemin vers la spiritualité

Arthur Bourdeau, docteur en philosophie

bénévole en accompagnement à la Maison Notre-Dame du Saguenay

Le premier article d'une série de quatre nous a conduits droit à la Société des alcools du Québec. Passage obligé en raison de notre sujet si subtil, si puissant et si immatériel : la spiritualité. En rencontrant des liquides à 40 % et même 90 % d'alcool, les nommer spiritueux c'est déjà par analogie, découvrir un peu la nature de la spiritualité comme qualité. Passage obligé en raison de notre méthode qui exige un point de départ des plus sensibles et des plus matériels quand il s'agit de traiter d'un sujet si éloigné de nos sens, et conséquemment de le saisir en des concepts intelligibles pour tous.

En quittant ce lieu, nous avons ouvert dictionnaires français, latin et grec pour nous pencher sur l'étymologie du mot spiritualité. Pourquoi l'étymologie? Parce que notre acte de nommer les choses se conforme à notre mode de connaissance qui repose sur nos sens et nous les nommons par leurs caractéristiques sensibles; ce que nous donne souvent l'étymologie. Ainsi le mot scrupule désigne à l'origine un petit caillou dans la chaussure qui gêne la marche. Du caillou au scrupule comme inquiétude de la conscience, il n'y a qu'un pas. Et notre spiritualité française tire son origine d'un mot latin spirare qui signifie souffler. Ce mot latin a donné le mot spiritus qui dit : souffle, air, puis respiration, aspiration et enfin esprit, âme.

De ces deux éléments : la visite à la Société des alcools et l'étymologie, nous pouvons déjà entrevoir que la spiritualité est un souffle puissant, subtil et immatériel. Et que s'il y a un souffle, il y a un soufflant et que s'il y a un soufflant, il y a un soufflé. Pour

ce qui est des précautions oratoires, le lecteur devra consulter l'article précédent. Ainsi nous sommes prêts pour notre excursion et notre incursion dans la grammaire pour préciser ce que nous connaissons déjà de la spiritualité comme souffle raffiné.

**A MOINS DE :** « il y a des choses que l'on peut dire aux autres; et d'autres, qu'on ne peut dire qu'à soi-même ... Et d'autres qu'on ne peut même pas se dire à soi-même. » (Valéry); se dire à soi-même. Et encore! **À MOINS DE :** « D'une complexité farouche et bavarde, ayant le désir de ne voir personne et le besoin de parler à quelqu'un, il se tirait d'affaire en se parlant à lui-même. Quiconque a vécu solitaire sait à quel point le monologue est dans la nature. La parole intérieure démange. Haranguer l'espace est un exutoire. Parler tout haut et tout seul, cela fait l'effet d'un dialogue avec le dieu qu'on a en soi. C'était, on ne l'ignore point l'habitude de Socrate... Ursus avait la faculté hermaphrodite d'être son propre auditoire. (V. Hugo); se parler à soi-même. Et encore! **À MOINS DE** ....dire et parler requièrent un auditeur, un auditoire comme l'affirme Victor Hugo. **À MOINS** que le son ne soit réduit qu'à du bruit, il doit être dit, prononcé, et de ce fait exige un auditeur. Alors voici où commence l'aventure de la grammaire comme chemin vers la spiritualité.

Le langage, qu'il soit parlé ou écrit n'a pas pour fonction première la communication contrairement aux affirmations courantes. Il sert à mieux fixer dans la mémoire d'un individu les idées qu'il se fait lui-même des choses et lui permet par la suite de les

améliorer et de les perfectionner jusqu'à l'art et la science. Après seulement il pourra les communiquer, s'il le veut. Et cet ordre des choses est très lourd de conséquences pour le développement de la spiritualité. Nous n'entrons pas dans le détail de la nature physique et métaphysique du langage, ni dans les distinctions subtiles entre langue et langage, travail cependant requis pour qui ne se contente pas d'affirmations sommaires et élémentaires et d'évidences.

Pour le grammairien et le logicien, l'être humain se parle et parle. La grammaire et la logique étant des sciences des choses **DITES** comme l'affirme magistralement Aristote par la première phrase de l'Organon, son oeuvre sur la logique : « on **APPELLE** homonymes les choses dont le **NOM** seul est commun ». Pour notre besoin, nous ne retiendrons que la grammaire dont l'objet est les éléments constitutifs d'une langue ainsi que l'énonce Grevisse dans sa grammaire si justement nommée « Le bon usage »; signifiant par là que non seulement il y a un usage mais que seul le bon usage se codifie parce qu'il est commun. Il divise ces éléments constitutifs d'une langue en trois parties : la phonétique (les sons, la partie matérielle); la lexicologie (ou l'étude des mots); et la syntaxe (ou les règles de l'ordre des mots). Dans la grammaire, la lexicologie nous sera d'une grande utilité pour notre sujet. N'oublions pas cependant qu'une langue est d'abord son et parole.

Usuellement nous reconnaissons en français, neuf parties du discours. Mais ce qui n'est pas usuel, nous pouvons le répartir en deux grandes



catégories : le nom et l'adjectif (mot pris dans sons sens étymologique [(jeter auprès ou ajouter])). Dans la catégorie mot, il y a les espèces : nom, verbe, adjectif (mot, ici, pris au sens grammatical : mot joint au nom pour exprimer une qualité) pronom, etc. Ce que nous cherchons, c'est un mot dont la nature même est reliée à la parole. Dans la proposition suivante : le chapeau est rouge, où est le mot qui par nature désigne la personne qui parle? Ni le mot chapeau, ni le mot rouge. Et pourtant, s'il y a une phrase dite, une parole, il y a nécessairement un parlant et un parlé et le rapport entre les deux. Il doit y avoir quelque part une réalité qui assume cette proposition dite, énoncée. Supposons qu'elle se nomme Napoléon cette réalité. Nous disons donc que Napoléon a dit : « le chapeau est rouge. » Le responsable de cette proposition : nous disons que Napoléon a dit...est nous et nous est un pronom qui désigne chaque lecteur par son prénom contenu dans le nous. Et chaque lecteur est ainsi le « disant », le « parlant » de cette phrase : « nous disons que... » Et le nous est un pronom personnel précisément défini par Grevisse comme : « désignant les êtres en marquant la personne grammaticale, c'est-à-dire en indiquant qu'il s'agit soit de l'être qui parle (1ère personne) soit de l'être à qui l'on parle (2° personne), soit de l'être ou la chose dont on parle (3° personne).

Pour abrégé et ne pas perdre de vue notre sujet : la spiritualité; nous pouvons conclure que le souffle, l'esprit de la proposition réside dans le **JE**, car c'est lui qui parle et est ainsi sous-entendu dans chaque proposition. Ainsi la grammaire et la logique sont inspirées par le **JE**. Le **JE** étant le spiritueux de ces deux sciences qui les inspire, l'air qui les fait expirer. Mais demeure un problème à élucider d'après ce qui procède : la parole du **JE** : monologue ou dialogue? Monologue si le **JE** ne se parle qu'à lui-même avec le danger d'épuisement

et de tourner en rond. Monologue si le **JE** nie au **TU** le droit de parole. Quel est l'être humain qui accepterait de n'être qu'oreilles sans larynx ? Aucun. Dialogue quand le **TU** devient lui-même **JE** et que le **JE** initial devient un **TU** aussi attentif que le premier.

Et la spiritualité dans tout cela? Rappelons-nous qu'il s'agit d'une route vers la spiritualité; d'une méthode de travail, et que la grammaire n'est qu'une indication, qu'un moyen de connaissance. Et le **JE** pronom personnel n'est pas nécessairement un être physique, une personne. Il n'est qu'une personne grammaticale. Cependant nous découvrons dans ce **JE** une parole qui atteint son sommet dans un dialogue constant avec un **TU** lui aussi d'abord pronom personnel. Et c'est la raison qui nous fait conclure que la grammaire nous donne des indices de ce qu'est la spiritualité. Aussi reprenant notre intuition initiale nous suggérant que la spiritualité est un souffle puissant raffiné et subtil, nous pouvons progresser vers notre fin qui est de découvrir la nature de la spiritualité.

Ainsi qu'est-ce que la grammaire ajoute à notre intuition du début ? D'abord le souffle devient un son et le son une parole. Ainsi, ce qui au début n'était que physique, que matériel se raffine et acquiert du sens; d'où une plus grande spiritualisation du son. Ce qui n'était que parole pour soi devient parole pour l'autre d'où la nécessité d'une plus grande intelligibilité de la parole. Ensuite, l'auditeur doit aiguïser son écoute afin de mieux saisir le parole du locuteur dans ce qu'il a à dire.

La grammaire nous montre l'élévation du nom à la dignité du pronom en ajoutant au premier la grandeur et aussi la misère de la parole. Le mot arbre ne contient pas l'idée de la parole. Tandis que **JE**, **TU**, **IL**, sont nécessairement liés à la parole. Ainsi pour faire choc

nous pouvons affirmer à la suite de la grammaire que la spiritualité est une parole inspirée et inspirante.

Pour parfaire et conclure notre réflexion sur la grammaire comme chemin vers la spiritualité, lorgnons le mot verbe dans deux de ses sens différents. Son étymologie nous renvoie directement à la parole. Verbum et verba facere signifient parler. De plus ce mot désigne une réalité qui n'existe que dans l'intelligence quand celle-ci s'exprime; par opposition à tout ce qui existe dans la nature indépendamment de notre intelligence. Ainsi en français on dira d'une personne qu'elle a le verbe haut, qu'elle parle fort. Le mot verbe dans son emploi non grammatical signifie aussi l'expression verbale, orale ou écrite de la pensée. Et le mot verbe ajoute à ce sens. De même origine que le mot verbe, il désigne une parole imaginative, spirituelle (ah!) fantaisiste.

Et le verbe dans sa réalité grammaticale, même s'il est le mot par excellence dira Grevisse, ne signifie pas par nature la parole. En ceci il est tributaire du pronom qui lui donne sa personne, son nombre et son genre. C'est le pronom personnel qui parle excellemment par le verbe.

N'est-ce pas que la grammaire est un beau chemin qui conduit à la spiritualité. Elle nous dit qu'en l'être humain il y a un souffle qui se manifeste dans une parole signifiée par le pronom personnel de la 1ère personne. **JE** s'exprimant dans un verbe adressé à une autre personne **TU**.

Le prochain article portera sur le **JE** réel et existentiel : celui qui nous parle physiquement, et qui transforme en **TU** sensible celui qui sait écouter la parole de chaque Je que nous sommes.

Pour des commentaires et des suggestions, vous pouvez me rejoindre à l'adresse suivante :

*bourdeauarthur@hotmail.com*

J'ai pris connaissance récemment d'un article publié dans votre journal par le docteur Roger Ladouceur, médecin de famille en soins palliatifs au Centre hospitalier de Verdun.

Le Dr Ladouceur présente une revue détaillée de l'efficacité des bisphosphonates en général et de Zometa en particulier chez les malades avec des métastases osseuses. Certaines affirmations ont soulevé des commentaires qui, à la lumière des récentes données sur Zometa, vont à l'encontre des conclusions dressées par le Dr Ladouceur.

L'auteur remarque par exemple que Zometa retarde le développement des complications osseuses mais que seul l'indice composite "SRE" montre une valeur statistiquement significative. Il en conclut ainsi que les résultats sont équivoques. Un commentaire s'impose : L'indice composite "SRE" reflète de façon compréhensive les complications auxquelles font face les malades. Lorsque l'une de ces complications survient, cela signifie que le traitement n'a pas été optimal. C'est donc une façon tout à fait appropriée d'évaluer la capacité d'un traitement à retarder les complications osseuses. Cette analyse est semblable à celle dite "disease free interval" utilisée en oncologie lors de l'évaluation de traitement adjuvant du cancer. Lorsque la récurrence survient cela indique que le traitement n'a pas été pleinement efficace, peu importe le site de la récurrence. Cette analyse est une façon bien acceptée de comparer deux traitements adjuvants pour leur efficacité à retarder la récurrence de la maladie. Par ailleurs, cette méthode d'analyse est habituelle dans les études des bisphosphonates.

Je voudrais aussi attirer l'attention de l'auteur sur les données présentées récemment à l'ASCO où mon collègue statisticien Richard Cook et moi-même avons analysé toutes les complications osseuses survenues aussi bien dans le groupe placebo que le groupe traité avec Zometa. Nous avons alors démontré avec des méthodes reconnues la supériorité de Zometa à prévenir tout genre de complications osseuses comparativement au traitement par placebo. Ces résultats sont remarquables et ont été évalués au cours de la révision du dossier en vue de l'approbation du médicament par la FDA, l'EMA en Europe et la DGPS au Canada.

Quant au commentaire de l'auteur sur le fait que Zometa aurait un effet négligeable sur la douleur osseuse, il faut noter que l'objectif thérapeutique de ce médicament est de prévenir les complications osseuses qui causeront la douleur. Il est vrai que les bisphosphonates ont un effet transitoire sur les douleurs aiguës de l'os via un effet sur la production de cytokines, ce qui est bien différent du mécanisme pour prévenir la destruction osseuse secondaire à l'invasion des os par des cellules tumorales.

Pour ce qui est de l'effet sur la qualité de vie des malades, notons que l'analyse de Saad ne présente que les résultats à 9 mois. Les données complètes sont maintenant disponibles et couvrent une période de 21 mois; l'effet sur la qualité de vie est plus marqué et statistiquement significatif à plusieurs points de mesure dans le temps. Il est également primordial de noter que le questionnaire sur la qualité de vie a été administré aux malades à des intervalles fixes qui ne correspondent pas aux épisodes des

complications osseuses. En outre, les effets de certains "SRE" (i.e. compression de la moelle épinière) sont graduels et pourraient affecter la qualité de vie avant l'événement discret "SRE". Ce faisant, les données sur la qualité de vie souffrent d'un biais de mémoire une fois l'épisode aigu passé et l'impact de Zometa sur la qualité de vie se retrouve par conséquent sous-estimé.

Concernant l'effet sur la survie, Zometa fait partie des traitements palliatifs en aidant les patients à demeurer le plus longtemps possible sans "SRE". Il ne doit pas être considéré comme un traitement curatif avec un impact positif sur la survie. Cependant, il est important de noter que les patients faisant partie de l'essai clinique étaient à un stade très avancé de la maladie. La question reste donc posée, si les patients avaient été à un stade plus précoce de la maladie, l'effet de Zometa sur la survie aurait-il été plus marqué? En effet, des évidences épidémiologiques montrent que les complications osseuses en général et les fractures osseuses en particulier ont un effet négatif sur la survie chez les patients atteints de cancer de la prostate.

J'espère que ces commentaires permettront aux lecteurs de votre journal de mieux apprécier les effets bénéfiques de Zometa pour prévenir les complications osseuses.



1 Major PP, Cook RJ, Chen, B-L Zheng, M. 2003 Multiple Event Analysis of Zoledronic acid trials in patients with cancer metastatic to bone. Abstract 3062. American society of Clinical Oncology Annual Meeting (May 2003).

2 Cook PP and Major RJ. 2002 Efficacy of bisphosphonates in the management of skeletal complications of bone metastases and selection of clinical endpoints. American Journal of Clinical Oncology 25(6): S10-S18

3 Saad F, Gleason D, Murray R, Venner P, Goas JA, Chen B-L, and Seaman J. 2003 Long-term reduction of bone pain with zoledronic acid in patients with advanced prostate cancer metastatic to bone. Abstract presented at American Urology Association Annual Meeting (April/May 2003).

## Note de l'auteur en réponse à la lettre du Dr Pierre Major Dr Roger Ladouceur

Les propos du Dr Pierre Major sont certes intéressants mais nous éloignent de l'essentiel.

C'est pourtant fort simple. Les personnes qui font face au cancer n'ont habituellement qu'un seul désir : Guérir!!! Et si ce n'est pas possible, elles espèrent survivre le plus longtemps possible; à défaut de quoi, elle souhaite ne pas souffrir et pouvoir conserver une certaine qualité de vie. Elles nous le disent de différentes manières qui expriment toutes la même recherche d'espoir : « Docteur, y a-t-il quelque chose de plus que vous puissiez faire? Existe-t-il un nouveau médicament qui pourrait m'aider ? Et, si ce n'est pas possible, faites que je ne souffre point et puisse mourir en paix ».

Malheureusement, à ce chapitre, les bisphosphonates ne sont pas d'un grand secours, l'acide zoledronique pas plus que les autres. Ces médicaments ne peuvent guérir – (ils ne le prétendent pas, d'ailleurs) -, ne prolongent pas la survie<1>, n'améliorent pas la qualité de la vie et ne soulagent pas la douleur. Et ce, tant pour les cancers de la prostate <2,3,4,5>, du sein, le myélome multiple, et toutes tumeurs solides<6,7>, avec métastases osseuses. Études après études, les données le montrent bien : les bisphosphonates ne sont statistiquement pas supérieures au placebo pour prolonger la survie, améliorer la qualité de vie ou soulager la douleur.

Le problème avec les bisphosphonates, c'est qu'à force de triturer les données, on finit par leur trouver des bienfaits. C'est le cas dans les recherches évaluant leurs efficacité et innocuité où l'on s'intéresse non pas à la survie ou au bien-être des patients mais plutôt à un indice composé, le « skeletal related-events »(SKE), qu'on pourrait traduire en français par «événements reliés au squelette », dont parle justement le Docteur Major. Ces événements reliés au squelette comprennent un ensemble d'éléments différents : les fractures pathologiques vertébrales et non vertébrales, la radiothérapie osseuse, la chirurgie orthopédique, la compression médullaire, les changements de traitement antinéoplasique et parfois l'hypercalcémie maligne paranéoplasique. Or, comme le souligne Lauer<8> dans un récent éditorial du journal de l'American Medical Association, commentant un article de Freeman <9>, le problème avec les variables composites est de conclure à l'efficacité d'un traitement alors qu'il n'y a pas de véritable effet spécifique :

*« Freeman et al. identify a number of problems they consider of importance regarding composite end point. These include the inappropriate attribution of treatment effects on specific end points when only composite end points were found to yield significant results, the dilution of effect when individual end points might not all react the same way to treatment, and the excessively influential effects of*

*end points that occurs at the subjective discretion of the clinician... ».*

Or, c'est justement le cas avec les bisphosphonates. Les recherches portant sur ces médicaments montrent qu'ils ont généralement des effets bénéfiques sur les « événements reliés au squelette ». Toutefois, cet avantage par rapport au placebo n'est statistiquement significatif que lorsque tous les événements squelettiques sont pris en compte; lorsqu'on regarde chaque événement isolément, les bisphosphonates ne sont pas supérieurs au placebo. C'est notamment le cas avec l'acide zoledronique pourtant réputée être la plus puissante des bisphosphonates. Ainsi, dans l'étude comparant l'acide zoledronique au placebo dans le cancer de la prostate, Saad et coll. <2> arrivent à la conclusion que ce médicament réduit les événements reliés au squelette : « Zoledronic acid at 4 mg reduced skeletal-related events in prostate cancer patients with bone metastases ». Toutefois, après 15 mois de traitement, aucun de ces événements, pris isolément, n'est statistiquement différent du groupe placebo : fractures vertébrales(P=0.053), fractures non vertébrales(P=0.092), radiothérapie osseuse(P=0.136), chirurgie orthopédique (P= 0.514), compressions médullaires (P=0.256) et changements dans les traitements antinéoplasiques (P=0.362). Mais pire encore pas, ni la survie, ni la qualité de vie (mesurée par ECOG, FACT-G, EURO-QOL), ni la douleur

(mesurée par le Changement de la douleur et le Score analgésique) ne sont supérieures au groupe placebo. Major prétend que Saad a observé un effet sur la qualité de vie dans une analyse plus poussée des données sur une période de 21 mois ; le hic, c'est qu'après 21 mois de traitement, soit 630 jours, la majorité des patients sont déjà décédés puisque la survie médiane dans son étude était de 464 jours avec le placebo et 546 jours avec l'acide zolédronique ( $p = 0.091$ ) Il me semble que c'est un peu tard pour améliorer la qualité de vie !

De plus, l'ennui avec les événements reliés au squelettique, c'est qu'ils rassemblent différentes situations qui n'ont pas toutes les mêmes conséquences cliniques. Par exemple, les compressions médullaires et les fractures pathologiques nécessitant une chirurgie orthopédique sont définitivement des complications plus graves que les changements de thérapie antinéoplasique ou la radiothérapie osseuse : Finir sa vie paralysé à la suite d'une compression médullaire ou confiné au lit en raison d'une fracture du col fémoral inopérable sont indéniablement des catastrophes comparativement aux autres événements squelettiques. Or, l'indice composite en attribuant à chaque événement le même poids dans l'analyse statistique passe sous silence le fait que ce sont justement les complications les plus graves qui

ne peuvent être prévenues par les bisphosphonates : En effet, dans une revue récente de la littérature, Ross et coll.<sup><1></sup> conclut que les bisphosphonates ont des effets bénéfiques sur les SKE ; cependant, il note qu'après 6 mois de traitement, les bisphosphonates ne sont pas plus efficaces que le placebo pour prévenir les chirurgies orthopédiques ( $p=0.086$ ) - la différence devient statistique seulement après 1 an de traitement - et les compressions médullaires ( $P=0.113$ ). De plus, il confirme que les bisphosphonates n'améliorent pas la survie.

L'autre sérieux problème avec les bisphosphonates, particulièrement l'acide zolédronique, c'est leur coût excessif. En effet, chaque année au Québec, on dénombre quelques 5000 nouveaux cancers du sein, 3000 de la prostate, 1000 du rein, 6000 du poumon<sup><9></sup>. Comme la prévalence des métastases osseuses pour chacun est respectivement de 80%, 80%, 30% et 25%, nous arrivons à quelques 8500 personnes pouvant bénéficier de des bisphosphonates ou l'acide zolédronique, et sans compter ceux qui souffrent d'un myélome multiple et d'un cancer colorectal. Si tous les cancéreux avec métastases osseuses répondant aux critères étaient traités, par exemple, avec l'acide zolédronique, il en coûterait quelques 65\$ Millions par année. Cette somme dépasse celle actuellement versée par l'Assurance Maladie

pour le remboursement de tous les médicaments antinéoplasiques administrés au Québec, incluant ceux donnés dans les hôpitaux aux patients hospitalisés et ambulatoires (50,986,019\$)<sup><10></sup> et ceux du régime général couverts par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec(11,380,461\$)<sup><11></sup>.

Tout compte fait, les bisphosphonates affichent une faible valeur thérapeutique et un prix disproportionné. Leur seul intérêt réside dans leur capacité à réduire l'un ou l'autre des événements reliés au squelette, s'ils sont donnés pendant plus de six mois. Malheureusement, ils ne peuvent prévenir les complications les plus graves comme les compressions médullaires; mais surtout, ils n'améliorent ni la survie, ni la qualité de vie et ni la douleur. Et ce, à des coûts excessifs, particulièrement pour l'acide zolédronique deux fois plus dispendieuse que le pamidronate maintenant générique. Il importera donc d'en informer nos patients pour qu'ils ne croient pas à tort que ces médicaments leur permettront de vivre plus longtemps ou de conserver leur qualité de vie.

## Références :

1. Ross JR, Saunders Y, Edmonds PM, Patel S, Broadley KE, Johnson SRD. Systematic review of role of biphosphonates on skeletal morbidity in metastatic cancer. *BMJ* 2003 ;327 :469-475
2. Saad F, Gleason DM, Murray R, Tchikmedyian S, Venner P, Lacombe L, Chin JL, Vinholes JV, Goad JA, Chen B. A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. *J National Cancer Institute* 2002 ; 94(19) : 1458-1468
3. Ernst DS, Tannock IF, Winquist PM, Venner L, Reyno L, Moore MJ, Chi K, Ding K, Elliott C, Parulekar W. Randomized, Double-Blind, Controlled Trial of Mitoxantrone/Prednisone and Clodronate versus Mitoxantrone/Prednisone and Placebo in patients with hormone-refractory prostate cancer and pain. *J Clin Oncol* 2003;21(17) :3335-3342
4. Dearnaley DP, Sydes MR, Mason MD, Stott M, Powell CS, Robinson ACR, Thompson PM, Moffat LE, Naylor SL, Parmar MKB. A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of oral sodium Clodronate for metastatic prostate cancer (MRC PRO5 Trial) *J National Cancer Institute* 2003 :95(17) :1300-1311
5. Small EJ, Smith MR, Seaman JJ, Petrone S, Kowalski MO. Combined Analysis of two multicenter, randomized, placebo-controlled studies of pamidronate disodium for the palliation of bone pain in men with metastatic prostate cancer. *J Clin Oncol* 2003;21(23) :1-9 ( Published ahead of print on october 27, 2003 as 10.1200/JCO. 2003.05.147)
6. Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyian S, Yanagihara R, Hirsh R, Krzakowski M, Pawlicki M, De Souza P, Zheng M, Urbanowitz G, Reitsma D, Seaman JJ. Zoledronic acid versus placebo in the treatment of skeletal metastases in patients with lung cancer and other solid tumors : A phase III, double-blind, randomized trial – The Zoledronic acid lung cancer and other solid tumors study group. *J Clin Oncol* 2003;21(16) : 3150-3157

7. Rosen LS. et coll. Efficacy and safety of Zoledronic acid in the treatment of bone metastases associated with lung cancer and other solid tumors. *Semin Oncol* 2002;29(6,supp21) : S28-S32 (accepté pour publication 16 mai 2003 dans *Journal of Clinical Oncology*)
8. Lauer MS, Topol EJ. Clinical trials – Multiple treatments, Multiple End Points, and Multiple Lessons. *JAMA* 2003;289(19) :2575-2577
9. Freemantle N, Calvert M, Wood J, Eastaugh J, Griffin C. Composites outcomes in randomized trials : greater precision but with a greater uncertainty? *JAMA* 2003; 289 :2554-2559
10. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Fichier des tumeurs : [http// : www.msss.gouv.qc.ca]
11. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Rapport financier annuel des établissements de santé 2001-2002 ( AS- 471) p. 338
12. Régie de l'Assurance Maladie du Québec. Statistiques : [http// : www.ramq.gouv.qc.ca]

## Les enfants et les adolescents aussi ont besoin de soins palliatifs. Qui sont-ils ?

### Le groupe de travail sur les soins palliatifs pédiatrique du projet de politique en soins palliatifs de fin de vie

Six catégories d'enfants auront besoin de soins palliatifs. Les quatre premiers groupes ont été définis en 1997 par l'Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families et le Royal College of Pediatrics and Child Health. Le cinquième groupe a été défini par le Phare, Enfants et Familles et le groupe de travail a ajouté le sixième groupe.

#### Groupe 1 :

Enfants qui présentent des conditions pour lesquelles un traitement curatif est possible. Les soins palliatifs peuvent être nécessaires pendant des périodes d'incertitude ou quand les traitements ne réussissent pas à guérir. Exemples : cancer, atteinte cardiaque, rénale, hépatique importante.

#### Groupe 2 :

Enfants dont la condition nécessite de longues périodes de traitements intensifs pour prolonger leur vie et leur permettre de participer aux activités normales de leur âge. Exemples : fibrose kystique, dystrophie musculaire.

#### Groupe 3 :

Enfants dont la condition est progressive sans espoir de guérison, où les traitements sont uniquement

palliatifs et peuvent s'étendre sur des années. Exemples : maladie de Batten, mucopolysaccharidose.

#### Groupe 4 :

Enfants dont la condition présente des problèmes neurologiques sévères qui causent de la vulnérabilité et une susceptibilité accrue aux complications et qui peuvent amener une détérioration non prévisible mais qu'on ne considère pas comme progressive. Exemples : accidents avec atteintes neurologiques, paralysie cérébrale sévère.

#### Groupe 5 :

Nouveau-nés dont l'espérance de vie est très limitée. Un protocole pour le suivi de ces enfants a été publié récemment.

#### Groupe 6 :

Enfants qui subissent des traumatismes intentionnels ou non, ainsi que les morts subites du nourrisson et les mortinaissances. Les services et les soins sont pour la famille et les proches.

Le groupe de travail sur les soins palliatifs pédiatriques du projet de politique en soins palliatifs de fin de vie

## ANNONCE CLASSÉE

L'équipe de soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu de Québec est à la recherche d'un médecin pour compléter son équipe de travail. L'équipe de l'HDQ agit comme consultant ou comme médecin traitant en soins palliatifs auprès des personnes hospitalisées et en clinique externe. Le travail se fait avec une équipe multi-multidisciplinaire (infirmière, travailleur social, psychiatre-oncologue, nutritionniste et pastorale. Pour de plus amples informations, veuillez contacter le Dr Louis roy au (418) 691-5151, poste 15107 ou par courrier : [louis.roy@chuq.qc.ca](mailto:louis.roy@chuq.qc.ca)

### " Être membre du Réseau de soins palliatifs, c'est se donner des outils pour soi et pour les autres "

#### PARTICIPATION AU BULLETIN

Tous les membres sont invités à la rédaction du bulletin, en nous faisant parvenir des articles, des témoignages, des résumés de livre, des nouvelles de vos milieux respectifs. (Dactylographié ou sur disquette compatible avec Microsoft Word).

Nous comptons sur votre implication afin que notre bulletin soit le reflet de la vitalité des membres du Réseau.

#### FAIRE PARVENIR VOS ARTICLES À :

M. Jean-Yves Langevin  
Département de Pharmacie  
Complexe Hospitalier de la Sagamie  
305, rue St-Vallier

CHICOUTIMI (Québec) - G7H 5H6  
Téléphone : (418) 541-1036  
Télécopieur : (418) 541-1127

**RENDEZ-VOUS - CONGRÈS 2004 - 1<sup>ER</sup> ET 2 AVRIL  
HÔTEL BONAVENTURE - MONTRÉAL**



EN CETTE PÉRIODE DES FÊTES, QUE LA PRIÈRE  
DE SAINT-FRANÇOIS SOIT POUR TOUS  
SOURCE DE GUÉRISON

Seigneur,  
Fais de moi l'instrument de ta santé :  
que j'apporte au malade  
la guérison ;  
au blessé,  
le secours ;  
à celui qui souffre,  
le soulagement ;  
à celui qui est triste,  
la consolation ;  
à celui qui désespère,  
l'espoir ;  
à celui qui meurt,  
l'acceptation et la paix.

Permits que je ne cherche pas tant à avoir raison  
qu'à consoler ;  
à être obéi  
qu'à comprendre ;  
à être honoré  
qu'à aimer ;  
car c'est en se donnant  
qu'on guérit ;  
c'est en écoutant  
qu'on console ;  
et en mourant  
qu'on naît à la vie éternelle

Par cette prière, que chacun reçoive nos meilleurs vœux

Le comité éditorial  
Justine - Robert - Lise - Jean-Yves  
et tous les membres du Conseil d'administration







**JULIE JEAN, B.Sc.**  
Spécialiste en Biopharmaceutique

AMGEN Canada Inc.  
6755 Mississauga Rd., Ste. 400  
Mississauga, Ont. L5N 7Y2  
Tél.: (800) 665-4273 Ext. 517  
Pagette: (418) 890-8595  
Fax: (418) 877-9629  
Email: jjean@amgen.com



**David Knecht**  
Chef de projet  
*Metadol MC*

6111, avenue Royalmount, bureau 100, Montréal (Québec) H4P 2T4  
Téléphone: (514) 340-9800, poste 3517 Télécopieur: (514) 342-7764  
Ligne sans frais: 1-800-363-8805 - Pagette: (514) 854-3936  
Courriel: dknecht@pharmascience.com



**Caroline Raymond, B.Sc.**  
Déléguée auprès des spécialistes  
Oncologie

**Guy Héon**  
Déléguée auprès des spécialistes

Boîte vocale : 1-877-408-5119  
Télé.: (418) 877-0747

Boîte vocale : 1-866-213-5577



**Division hospitalière**  
Lyne Boily, B. Pharm.  
Nicole Dubé, B. Pharm.

**Division pharma/détail**  
Daniel Bouthillette  
Guyline Gignac  
Denis Guertin  
Patrice Mc Mahon  
Jean-Guy Miller

SABEX 2002 INC.  
145, rue Jules-Léger  
Boucherville QC Canada  
J4B 7K8  
1.800.343.8839  
medinfo@sabex.ca



**Karine Tremblay, B.Sc., M.Sc. Nutrition**  
Spécialiste thérapeutique - Oncologie

Hoffmann-La Roche Limitée  
Produits pharmaceutiques  
32, des Bourdaines  
St-Étienne-de-Lauzon (QC) G6J 1X8  
Bur: (418) 831-0108  
Télé.: (418) 573-0195  
Boîte vocale: 1 800 561-1759 poste 4020  
karine.tremblay@roche.com




**Yvon Croteau, B.Sc., CFPC**  
Liaison médicale spécialistes

Administration : 1 (800) 668-7401  
Boîte vocale : 4812  
Télécopieur : (418) 834-5757

Domicile : (418) 834-2712  
E-mail : yvon.croteau@ca.sanofi.com

**Sanofi-Synthelabo Canada Inc.**  
15 Allstate Parkway, Markham, ON L3R 5B4



**SCHERING CANADA INC.**

**Claude Cyr**  
Spécialiste en biotechnologie et oncologie

CELL.: (514) 923-1008  
FAX: (450) 510-0278

3335, ROUTE TRANSCANADIENNE  
POINTE-CLAIRE (QUÉBEC) H9R 1B4



**Nadia Tremblay, B.A.A., C.F.P.C.**  
Spécialiste de produits  
Division Traitement de la Douleur

1-800-387-8781 poste : 3140  
Télécopieur : (418) 699-5196  
courrier électronique :  
ntrembla@joica.jnj.com

**JANSSEN-ORTHO Inc.**

19 Green Bell Drive, Toronto, Ontario, Canada M3C 1L9  
Téléphone: (416) 449-9444 Fax: (416) 449-2658  
www.janssen-ortho.com DULB011013A

\*Tous droits afférents à une  
marque déposée sont utilisés  
en vertu d'une licence



**Michel Villeneuve**  
Délégué hospitalier  
Spécialités Oncologie/Urologie

**Aventis Pharma**


2150, boul. St-Elzéar Ouest, Laval (Québec) Canada H7L 4A8  
Boîte vocale: 1-877-216-9997 (sans frais)  
Télécopieur: (418) 872-4508  
Courriel: michel.villeneuve@aventis.com



**Denis Lecompte**  
Représentant Hospitalier Emérite,  
Produits hospitaliers/oncologiques

**AstraZeneca**  
1004 Middlegate Road  
Mississauga, Ontario Canada L4Y 1M4

**Service 800:** 1-800-561-9488 **Boîte voc:** 3207  
**Fax:** (418) 667-9825 **Rés.:** (418) 667-9825  
**Department des commandes:** 1-800-461-3787  
**E-mail:** denis.lecompte@astrazeneca.com




**Purdue Pharma**

575, Granite Court  
Pickering, Ontario  
L1W 3W8

**Eric Lapointe**  
Représentant médical

Boîte vocale (sans frais)  
1 888 831 5235



1956, rue Bourdon  
Montréal (Québec) H4M 1V1  
Téléphone : (514) 744-6792  
Boîte vocale : 1-800-498-6798 #2627

Bureau de commande : 1-800-361-4261  
Télécopieur : 1-800-361-4266  
cpeters@icnpharm.com  
Internet : www.icncanada.com

**Christel Péters, C.C.P.E.**  
Chef de territoire - Territory Manager