

# Bulletin

Volume 13  
No 3 - Novembre 2005



Réseau de  
soins palliatifs  
du Québec  
*confort, dignité*

## SOMMAIRE

Mot du président	2
Rétrospective Congrès 2005	3
Bourse Desjardins 2005	6
Prix Reconnaissance 2005	7
Recrutement et évaluation des bénévoles en soins palliatifs	9
Hommage au Dr Jacques Voyer	12
Le deuil des grands-parents	16
Les décès à domicile	18
Le Phare	20
Grand répertoire québécois en soins palliatifs	22
Nos commanditaires	24

## COMITÉ DE RÉDACTION

Mme Claudette Foucault  
*Conseillère clinique en  
soins palliatifs  
Cité de la Santé – CARL*

Mme Lise Lussier, psychologue  
*CH de Verdun*

M. Robert Thiffault, pharmacien  
*Centre universitaire de Santé de  
l'Estrie – Pavillon Hôtel-Dieu*

Dre Justine Farley  
*Centre hospitalier St. Mary,  
Montréal*

Mme Thérèse Trudel  
*Révisseuse*

M. Jean-Guy Renaud  
*Directeur général*

Mme Sylvie Roberge  
*Adjointe administrative*

## Permanence 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)

*Photo page couverture :  
L'Anse à Tabatière  
gracieuseté de Promotion Saguenay*

[www.reseaupalliatif.org](http://www.reseaupalliatif.org)

## IMPRESSION

*L'Imprimeur Serge Tremblay inc.  
Tirage : 1200 copies*

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



# Mot du président

## FRONTIÈRES

Après un congrès qui fut un succès à tous les niveaux (merci encore aux gens du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour leur accueil chaleureux et mille bravos à tous ceux et celles qui ont travaillé à la réalisation du congrès) et un été tout aussi mémorable, où en sommes-nous dans la desserte des soins palliatifs ?

J'aimerais vous écrire que tout va pour le mieux. Que les équipes vont être consolidées, ou maintenues, et que d'ici la fin de l'année il n'y aura plus de barrières à l'accès aux soins palliatifs dans notre beau Québec, mais ce serait vous mentir d'une façon éhontée et de toute façon vous ne me croiriez pas. Cependant, tout espoir n'est pas perdu. La rentrée d'automne nous amène de bonnes nouvelles.

Tout d'abord la parution du Programme de formation des bénévoles préparé par Manon Champagne sous le parrainage de la Fondation Palli-Ami et avec la collaboration de nos collègues Claudette Foucault, Danielle J. Drouin, Suzanne Mongeau, et Michèle Viau-Chagnon, et auquel le conseil d'administration de votre Réseau de soins palliatifs est fier de donner son appui. Ce document servira d'outil de formation pour les bénévoles dans chacun de vos milieux.

Un autre document de formation sera aussi disponible dans les prochains mois, cette fois pour la formation des professionnels. Le projet Pallium, né de l'initiative de l'équipe du Dr Pereira de Calgary, sera bientôt disponible en français. Grâce à l'octroi au printemps d'un montant à la Maison Michel-Sarrazin par le MSSS pour favoriser l'enseignement continu, il sera possible de former des formateurs, qui pourront ensuite utiliser le document de Pallium pour assurer la formation dans toutes les régions.

Un autre point positif dans l'horizon des soins palliatifs est le travail du Comité d'implantation de la Politique des soins palliatifs. Suite aux rencontres qui ont eu lieu au début de l'automne, il est permis d'espérer que ladite Politique aura sous peu un plan d'action avec des objectifs précis à rencontrer. Il faut se rappeler que la Politique de soins palliatifs du MSSS parue en juin 2004 ne s'accompagnait d'aucun plan de mise en action ce qui risquait de reporter aux calendes grecques tout changement notable dans les établissements. Mais voilà que le Comité canadien d'agrément des établissements de santé est sur le point d'intégrer à ses visites d'évaluation des éléments portant spécifiquement sur la desserte des soins palliatifs. Ce point peut sembler de peu d'intérêt pour plusieurs, mais l'évaluation objective et indépendante de la qualité des soins dans un établissement permet de fixer les priorités pour corriger les lacunes. L'accès aux soins palliatifs et la qualité des soins dispensés seront bientôt systématiquement évalués lors des visites d'agrément. Nous aurons ici un levier pour s'assurer que l'ensemble de la population ait accès aux soins palliatifs.

Finalement, un nouvel outil internet est maintenant disponible pour les intervenants professionnels et bénévoles. Palli-science est né de l'initiative du Dr André Brizard et de la Maison Victor-Gadbois et a été supporté à l'origine par notre première série de bourses pour le développement des soins palliatifs. Ce site interactif vous offre toute une panoplie d'outils et de documents ainsi qu'une liste des ressources en soins palliatifs et un babillard. Vous trouverez plus loin dans ce bulletin les informations nécessaires pour consulter et utiliser le site.

Le constat est finalement très positif en regardant tout ce qui se fait un peu partout. Espérons que nous saurons tous tirer le meilleur parti de ces initiatives en transcendant nos frontières et en gardant toujours en tête notre préoccupation première: répondre aux besoins des malades et de leurs familles.

Louis Roy, *médecin - Président du conseil d'administration*



# RÉTROSPECTIVE CONGRÈS 2005

*Nicole Gaudreault et Jean-Yves Langevin, coprésidents du Congrès 2005*

**H**uit cent cinquante-trois congressistes ont donné un visage à la solidarité lors du XV<sup>e</sup> congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec, tenu à Saguenay les 26 et 27 mai 2005. Quatre-vingt-six conférenciers et conférencières, ont accepté avec générosité d'y contribuer bénévolement. Comme l'a déjà cité Charles Fortier, président de l'Association des pharmaciens d'établissement du Québec : « La générosité est la vertu du don. Elle est, disait Spinoza, un désir par lequel un individu, à partir du seul commandement de la raison, s'efforce d'assister les autres hommes et d'établir entre eux et lui un lien d'amitié ». Le Réseau de soins palliatifs du Québec est maintenant renforcé de toute cette amitié.

Le taux de satisfaction pour l'ensemble du congrès est de 80 % selon l'évaluation faite par 42 % des congressistes y ayant répondu.



*Nicole Gaudreault et Jean-Yves Langevin  
coprésidents du Congrès 2005*

Merci à tous nos conférenciers et conférencières et à tous ceux et celles ayant participé à l'organisation du congrès.

Merci à Louise Lafontaine et Jean-Charles Crombez pour « La solidarité : force de vie, lien à l'autre, moyen de devenir ».

Merci à Valérie Gagnon, Danielle Marceau, Denis Plamondon, Nicole Beauchesne, Hubert Doucet pour « L'interventionnisme en phase palliative avancée ».

Merci à Serge Daneault pour « La médecine palliative en milieu urbain : constat et réflexion ».

Merci à Francine Chicoine pour « La sérénité volontaire ».

Merci à Jacques Brisson et Diane Major pour « Les soins palliatifs : où en sommes-nous ? où allons-nous ? »

La diversité et la pertinence des thèmes développés tout au cours du congrès témoignent de la rigueur et de la qualité du travail du comité scientifique qui était composé de Hélène Archibald, Céline Benoit, Arthur Bourdeau, Nicolas Brochet, Alberte Déry, Stéphane Fortin, Nicole Gaudreault, Lise Hovington, Catherine Hudon, Jean-Yves Langevin, Louis Roy, Édith Simard et Marie-Andrée Tremblay.



*Les plénières constituent un exemple impressionnant de la force et de la vitalité du Réseau de soins palliatifs du Québec. Les conférences permettent de parfaire les connaissances tandis que les plénières viennent ressourcer et énergiser les participants.*



*Voici la célèbre « Tarte au bleu du Saguenay ». Nous nous sommes laissés convaincre que le chef a utilisé un demi bleuets pour sa recette. L'histoire ne dit pas ce qui a été fait de l'autre moitié.*



Le comité de la journée des bénévoles a performé, suscitant intérêt et enthousiasme pour cette journée qui s'inscrit maintenant comme une coutume dans le congrès annuel. La contribution du ministère de la Santé et des Services sociaux a grandement favorisé la participation des bénévoles et s'avère une reconnaissance supplémentaire à cette coutume. Le comité était composé de : Serge Bourgeois, Alberte Déry, Louise Déry, Jacinthe Gagnon, Nicole Gaudreault, Jocelyne Gauthier-Martin, Gilles Paradis, Reine St-Gelais.

Les commanditaires ont été nombreux à encourager le Réseau des soins palliatifs du Québec dans l'organisation de son congrès. Merci à tous. Nous tenons cependant à souligner la contribution du ministère de la Santé et des Services sociaux et la présentation du Dr Loutfi à la séance d'ouverture, Provigo (Loblaws) pour les boîtes à lunch offertes gratuitement à nos congressistes lors des deux journées du congrès, Janssen-Ortho pour son support soutenu aux congrès annuels, et les conférences médicales Alcan pour leur support à la tenue du congrès dans la région du Saguenay.

L'interdisciplinarité était au rendez-vous. 290 infirmières, 173 bénévoles, 122 médecins, 60 travailleurs sociaux, 43 pharmaciens, 24 auxiliaires familiaux, 21 agents de pastorale, 13 enseignants, 12 étudiants, 12 nutritionnistes, et une vingtaine d'intervenants de différentes disciplines (orthophonie, massothérapie, musicothérapie, ergothérapie, écrivain, etc.).

C'est sous le thème « Ensemble à la croisée des chemins » que nous nous sommes réunis; ce thème qui signifie entre autres que tous nos chemins se croisent et qu'on a tous besoin les uns des autres à un moment ou l'autre de nos vies.

En mai 2004 les chemins du Réseau ont croisé ceux de Palli-Aide, un organisme d'accompagnement en soins palliatifs du Saguenay; rencontre exceptionnelle qui nous a conduits au congrès 2005. Un chaleureux merci à Palli-Aide et à son extraordinaire directrice générale Alberte Déry.

Pour nous, votre présence a été un témoignage de solidarité. Sincères remerciements et au plaisir de se revoir à Québec lors du XVI<sup>e</sup> congrès.



*Le président du Réseau de soins palliatifs du Québec, le docteur Louis Roy a fait son rapport qui a été très éloquent sur les actions, décisions, recommandations et représentations du Conseil d'administration et de ses comités au cours de la dernière année. Les participants à l'assemblée générale des membres lui ont réservé une ovation durant plusieurs minutes.*

# UNE BOURSE DONT NOUS SOMMES TRÈS FIERES !

Gilles Bradet et Michel Delorme, animateurs de pastorale du CPSSS

C'est avec beaucoup de fierté que le Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS) a appris que la Bourse Desjardins Sécurité Financière lui avait été octroyée. Dans les milieux de santé, il est reconnu que la qualité des interventions touchant les besoins spirituels et religieux constitue un axe fondamental de l'ensemble des soins prodigués en soins palliatifs. La bourse accordée par le Réseau de soins palliatifs du Québec offre au CPSSS un soutien tangible afin de réaliser une recherche allant dans ce sens. En plus de contribuer à l'amélioration de nos modes d'intervention, cette étude apportera sa contribution à l'ensemble des recherches dans le domaine.

Depuis 1998, le CPSSS assure aux établissements de santé et de services sociaux sur le territoire de la Capitale nationale l'organisation, la planification, la coordination, la prestation et l'évaluation d'activités pastorales afin de répondre aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées, hébergées ou suivies à domicile. L'importance d'un tel regroupement d'animateurs et d'animatrices de pastorale a permis au fil des ans de développer plusieurs activités de recherche afin d'améliorer constamment l'ensemble de ses interventions.

Une première étude a été entreprise, au cours de l'hiver 2004 afin d'évaluer les besoins spirituels et religieux des personnes en regard des tranches d'âge et des différentes



M. Germain Perron, représentant le Mouvement Desjardins au Saguenay-Lac Saint-Jean, Charlevoix Côte-Nord et M. Gilles Bradet, animateur de pastorale du CPSSS de Québec.

problématiques vécues. Nous savons que le respect des valeurs, de la culture, de la croyance et des pratiques religieuses des personnes malades \* ne va pas toujours de soi et qu'il est incontournable de s'investir dans la recherche pour mieux intervenir. Comme la première phase de la recherche a démontré d'importants bénéfices pour nos interventions, nous souhaitons la poursuivre particulièrement pour les personnes en soins palliatifs qui représentent une part importante de nos usagers. La Bourse que nous venons de recevoir nous offre donc un appui de taille pour la poursuite de cette étude qui se réalisera au cours de l'année 2005-2006.

## BOURSES ET PRIX RECONNAISSANCE 2006

Cette année encore le Réseau de soins palliatifs souhaite offrir des bourses pour favoriser la réalisation de projets particuliers en soins palliatifs.

### Deux bourses seront offertes :

Bourse de 5 000 \$ pour tous

Bourse Louise Bernard de 5 000 \$, réservée aux bénévoles

Le **Prix Reconnaissance** est un prix honorifique pour souligner le travail ou l'implication exceptionnelle d'une personne ou d'un organisme en soins palliatifs au Québec.

*La date limite pour la présentation des candidatures est le 1<sup>er</sup> mars 2006.*

Toutes les informations concernant la présentation des candidatures seront disponibles vers le 25 novembre 2005 sur le site Internet du Réseau : [www.reseauapalliatif.org](http://www.reseauapalliatif.org) et auprès du secrétariat du Réseau : Tél. : (514) 282-3808 Courriel : [info@aqsp.org](mailto:info@aqsp.org)

# PRIX RECONNAISSANCE 2005

*Dr Michel L'Heureux, directeur général, Maison Michel-Sarrazin*

Pour souligner, en 2005, ses vingt ans de réalisations, d'innovation et d'excellence, la Maison Michel-Sarrazin est fière de s'être vue décerner le Prix Reconnaissance 2005, par le Réseau de Soins palliatifs du Québec (AQSP).

La Maison Michel-Sarrazin compte 15 lits et a accueilli son premier patient atteint d'un cancer en phase terminale le 9 avril 1985. Depuis son ouverture, c'est plus de 5 000 personnes qui y ont vécu leur fin de vie, entourées de leurs proches et d'une équipe de professionnels et de bénévoles qui poursuit inlassablement des valeurs de dignité, de respect, de vérité, de compassion, de solidarité et de générosité.

Fondée par les docteurs Louis Dionne et Jean-Louis Bonenfant, la Maison Michel-Sarrazin est une institution pionnière du domaine des soins palliatifs. Inspirée de l'Hospice St. Christopher à Londres, elle a, à son tour, guidé dans leurs démarches plusieurs des maisons de soins palliatifs maintenant ouvertes au Québec, au Canada et en Europe francophone. La Maison Michel-Sarrazin peut même se considérer comme le pendant francophone de l'Hospice St. Christopher. Plusieurs réalisations d'avant-garde expliquent cette notoriété.

Le Centre de jour en soins palliatifs de la Maison Michel-Sarrazin, ouvert en 2000, également inspiré du modèle britannique, est le premier du genre au Québec et probablement au Canada. Ce centre s'adresse aux personnes qui n'attendent plus de guérison de leur maladie et qui vivent à domicile. Il offre à ces personnes et à leurs proches l'opportunité d'améliorer la qualité de la vie qui reste et de mourir à domicile, si elles le désirent. Le Centre de jour s'est vu reconnaître son caractère innovateur par l'obtention d'un Prix d'excellence 2002 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'équipe professionnelle de la Maison Michel-Sarrazin a été la source de nombreuses innovations cliniques en soins palliatifs, particulièrement dans le champ de la médecine, de la pharmacie et des soins infirmiers. Plusieurs de ces innovations sont diffusées et rendues disponibles aux autres milieux de soins palliatifs, par le biais de guides, de bulletins ou d'autres publications. C'est aussi la Maison Michel-Sarrazin qui est l'instigatrice des Cahiers de soins palliatifs, qui sont un carrefour de réflexion critique et de recherche sur les soins palliatifs ou les questions touchant le mourir. Dix numéros ont été publiés depuis cinq ans, grâce au soutien de l'éditeur Les Publications du Québec.



*Toute l'équipe de la Maison Michel-Sarrazin est très fière de recevoir le Prix Reconnaissance du Réseau de soins palliatifs du Québec. Une plaque souvenir et cette toile de Derek Wilkins qui a servi à la promotion du Congrès 2005 a été offerte aux récipiendaires. Les accompagnent sur la photo, les membres du jury et les organisateurs du congrès. La maison fête cette année son 20<sup>e</sup> anniversaire.*



La formation a toujours fait partie de la mission de la Maison Michel-Sarrazin. Liée par contrat de service avec l'Université Laval, la Maison accueille des stagiaires universitaires dans différentes disciplines, notamment la médecine, la pharmacie, les soins infirmiers, le service social et la physiothérapie. De plus, la Maison est fortement impliquée dans un programme de formation continue offert aux différentes disciplines de la santé, de même qu'aux bénévoles. Les professionnels de la Maison sont également très présents comme conférenciers ou animateurs lors de différents congrès. D'ailleurs, les Journées annuelles Michel-Sarrazin, à la fin des années '80, ont ouvert la voie aux congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec.



Photo aérienne Maison Michel-Sarrazin

La Maison Michel-Sarrazin a débuté ses activités de recherche au milieu des années 90. Aujourd'hui, c'est une équipe solide qui regroupe des chercheurs de différentes disciplines et de différentes facultés universitaires, et qui génère des revenus de subvention de plus de 1 000 000 \$ par année. En 2004, l'équipe de recherche Michel-Sarrazin s'est classée deuxième sur dix-huit équipes ayant soumis une demande de budget d'infrastructure aux Instituts de

recherche en santé du Canada, ce qui démontre sa grande crédibilité et son leadership dans le domaine de la recherche.

Un plan stratégique 2004-2007, adopté par le conseil d'administration de la Maison Michel-Sarrazin, identifie les orientations futures requises pour rencontrer les grands défis du leadership et de l'excellence. La Maison s'est d'ailleurs récemment engagée dans un processus exigeant d'accréditation, dans le cadre du projet pilote de mise en place des normes d'agrément spécifiques aux soins palliatifs, élaborées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), en collaboration avec Santé Canada.

Enfin, mentionnons qu'en vertu de son expertise et de son rôle majeur en formation et en recherche, la Maison Michel-Sarrazin s'est vu accorder en 1999, par la ministre de la Santé et des Services sociaux, une désignation de Centre de soins palliatifs à vocation suprarégionale. Ceci est venu confirmer et encourager la présence importante de la Maison dans la communauté, et son rayonnement au niveau national et international.



## 16<sup>E</sup> CONGRÈS DU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC

« *Les soins palliatifs: une histoire de passage* »

### RENDEZ-VOUS À QUÉBEC

Au Centre des congrès et Hôtel Hilton  
les 24 et 25 avril 2006

*On vous y attend en grand nombre*

## 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, de nouvelles de vos milieux respectifs sur format Word.

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

FAIRE PARVENIR AVANT  
le 25 novembre 2005  
VOS ARTICLES À :

Sylvie Roberge  
info@aqsp.org



# RECRUTEMENT ET ÉVALUATION DES BÉNÉVOLES EN SOINS PALLIATIFS

*Comité provincial des bénévoles  
sous la présidence de M. Gilles Joly, bénévole*

Lors du Congrès de mai dernier, le comité des bénévoles a présenté le document qui suit; il s'agit d'un travail d'équipe qui a impliqué plusieurs personnes, dans les régions de Québec, Montréal, Saguenay et Rimouski. Il est difficile de remercier adéquatement chacune des personnes qui ont collaboré à ce projet; elles y ont mis effort, temps et beaucoup d'enthousiasme. Le comité leur est très

reconnaissant. Ce document sera sur le site internet du Réseau. Il ne s'agit pas d'un texte final; le comité reste à l'écoute de vos commentaires et suggestions pour le compléter ou l'améliorer. Si vous désirez proposer quelque modification que ce soit ou faire des commentaires, veuillez communiquer avec le Réseau aux adresses qui apparaissent dans ce Bulletin.

## LE BÉNÉVOLE EN SOINS PALLIATIFS

*Document préparé par le Comité des bénévoles  
Réseau des soins palliatifs du Québec, Mai 2005*

### DÉFINITION DES TROIS TYPES DE COMPÉTENCE

#### 1. LE SAVOIR :

##### CONNAISSANCES LIÉES AUX SOINS PALLIATIFS

- 1.1 La connaissance et la compréhension du milieu dans lequel le bénévole est actif.
- 1.2 La connaissance des tâches reliées à son champ d'intervention.
- 1.3 La connaissance de la réalité des usagers et de leurs proches.

#### 2. LE SAVOIR FAIRE :

##### CAPACITÉS ET APTITUDES REQUISES POUR EXÉCUTER LES TÂCHES COMME BÉNÉVOLE

- 2.1 Réaliser les tâches qui sont dévolues au bénévole.
- 2.2 Savoir prendre les décisions pertinentes au bénévolat
- 2.3 Identifier les besoins de l'usager et des proches, les informer et les orienter vers les bonnes ressources.
- 2.4 Évaluer et valider ses interventions.
- 2.5 Posséder la capacité de travailler en interdisciplinarité.
- 2.6 Communiquer adéquatement selon la situation.

#### 3. LE SAVOIR ÊTRE :

##### ATTITUDES ET COMPORTEMENTS NÉCESSAIRES AU BÉNÉVOLE EN SOINS PALLIATIFS

- 3.1 Les relations humaines
- 3.2 La motivation
- 3.3 L'esprit d'initiative
- 3.4 La maturité
- 3.5 La présentation personnelle

Qualités et compétences recherchées	Vérifications	Motifs de refus	Formation
-------------------------------------	---------------	-----------------	-----------

## 1. LE SAVOIR = LES CONNAISSANCES

### 1.1 La connaissance et la compréhension du milieu dans lequel se trouve le bénévole

1.1.1 Connaissance du milieu des soins palliatifs	Adhésion à la mission du milieu	Défaut d'adhésion	Informations sur le milieu des soins palliatifs
1.1.2 Connaissance de l'organisme	Cohésion entre ce que recherche le candidat et les services dispensés par l'organisme	Défaut de cohésion	Informations sur l'organisme, sa mission et ses services Formation sur les ressources disponibles

### 1.2 La connaissance des tâches reliées à son champ d'intervention

1.2.1 Connaissance du rôle et des responsabilités du bénévole	Ouverture à l'apprentissage Expérience générale et spécifique en bénévolat	Personne qui prétend ne pas avoir besoin de formation de base ou de formation continue	Rôle du bénévole dans le contexte du milieu Principes d'éthique
1.2.2 Connaissance du rôle et des responsabilités des autres intervenants dans l'équipe interdisciplinaire	Capacité de travailler en équipe Respect des limites de ses champs d'activités Capacité de référer à l'intervenant approprié	Celui qui ne cherche qu'à se faire un cercle social ou amical Celui qui considère les autres partenaires de l'équipe de façon négative	Rôles et responsabilités des autres intervenants Les limites de l'action des bénévoles : *Quand faut-il laisser la place à un autre intervenant ? *Comment le faire : processus de référence qui existe dans l'organisme.

1.3 La connaissance de la réalité des malades et de leurs proches			L'approche du malade et de ses proches. Connaissances générales sur le deuil. Connaissances générales sur la maladie et ses traitements.
--	--	--	--

## 2. LE SAVOIR-FAIRE = L'EXÉCUTION DES TÂCHES

2.1 Capacité de réaliser les tâches dévolues au bénévole	Aptitudes dans l'exécution des tâches Disponibilité : santé physique et psychologique; horaire, transport	Manque de disponibilité (habite trop loin, pas de moyen de transport) Santé physique insuffisante Santé psychologique Deuil non résolu	Apprentissage des tâches concrètes à accomplir dans son rôle de bénévole
2.2 Savoir prendre les décisions pertinentes au rôle de bénévole	Connaissance du rôle spécifique du bénévole	Personne qui dépasse les attributions du bénévole	Code d'éthique



Qualités et compétences recherchées	Vérifications	Motifs de refus	Formation
2.3 Identifier les besoins du malade et des proches, les informer et les orienter vers les bonnes ressources	Formation déjà reçue Connaissances des ressources existantes Connaissance du fonctionnement dans les milieux de soins	Personne centrée sur ses propres besoins	Information sur les ressources disponibles dans le secteur Formation sur le processus de référence (comment faire, à qui, etc.)
2.4 Évaluer et valider ses interventions	Capacité de faire un retour sur ses interventions Capacité d'accepter de modifier ses interventions au besoin	Refus d'être supervisé et évalué	Supervision Activités de codéveloppement
2.5 Capacité de travailler en interdisciplinarité	Aptitude à travailler en équipe dans le respect de certaines limites (équipe interdisciplinaire, personnelles, choix de l'usager) Capacité de partager les informations pertinentes	Incapacité de travailler en équipe La personne qui en fait trop, qui sait tout et qui travaille seule	Formation sur l'interdisciplinarité
2.6 Capacité de communiquer adéquatement selon la situation	- Empathie - Écoute - Respect - Souplesse - Silence - Présence - Réceptivité	- Personne qui « sait tout » - Trop sûre d'elle - Inflexibilité - Personne qui n'écoute pas - Personne rigide dans ses opinions - Personne qui cherche à évangéliser	Écoute active Relation d'aide ou d'entraide en soins palliatifs, sur le deuil

### 3. LE SAVOIR-ÊTRE = ATTITUDE DANS L'ACCOMPAGNEMENT

#### 3.1 En ce qui a trait aux relations humaines

3.1.1 Compassion Relation d'accompagnement	Respect Souplesse Tact Discrétion Confidentialité	Parle trop fort, brusquement, Ton autoritaire Personne directive Trop grande familiarité (tutoiement, utilisation non autorisée du prénom)	Formation sur l'éthique
3.1.2 Ouverture aux différents groupes desservis (ethnies, religions, races, orientation sexuelle) Ouverture à la différence	Aptitude à mettre de côté ses opinions, croyances, valeurs Aucune discrimination Reconnaissance de ses préjugés et les dépasser Respect des valeurs des autres Tolérance	Incapacité de s'exprimer, de communiquer Timidité excessive, Trop grande réserve Prosélytisme (= zèle ardent pour convertir) Intolérance, préjugés	Responsabilité des organismes sur les gestes posés par les bénévoles Formation sur les valeurs et sur le respect des valeurs des autres

suite page 14

# QUAND LA VIE BASCULE (HOMMAGE À JACQUES VOYER)

par Johanne

...**P**eu de temps avant sa mort, je lui avais recommandé de voir le film *La mer intérieure*<sup>1</sup> parce que le personnage clé était également tétraplégique; de plus j'espérais, et particulièrement avec lui, étoffer mes réflexions sur les demandes de suicide assisté. Nous avons convenu d'approfondir le sujet lors de la réunion sur les suivis de deuil<sup>2</sup>; il agissait à la fois comme conseiller et superviseur des bénévoles impliqués dans la relation d'aide auprès des personnes éprouvées par la perte d'un être significatif. Il m'arrivait régulièrement d'animer avec lui cette formation continue offerte parmi les services de soins palliatifs du réseau McGill. Mais le psychiatre et ami Jacques Voyer n'aura pu me livrer ni ses impressions sur le film ni se présenter à notre rendez-vous...

Jacques Voyer fut brutalement arraché à la vie le matin du 18 avril 2005 lors d'une collision frontale survenue sur le pont Champlain. Il était attendu pour une conférence dans le cadre de la semaine d'information sur le cancer. À l'Hôtel-Dieu de Québec, l'auditorium était bondé avant sa présentation prévue à 12 h 15. Son propos portait le message suivant « Des défis, du courage et du dépassement de soi : 35 ans de tétraplégie et 25 ans de psychiatrie plus tard »<sup>3</sup>. Ces mots écrits furent ses derniers. Francyne, son épouse, l'accompagnait parce que le soir venu, le couple devait fêter les 87 ans de la mère de Jacques. Sa compagne de vie est également morte au lendemain de leur accident.

Cet homme d'exception nous laisse admiratifs de tout ce qu'il a bâti autour de lui à commencer par sa transformation personnelle à la suite d'un plongeon désastreux laissant son corps presque totalement paralysé à l'aube de ses vingt ans. À cette époque, il s'était déjà investi comme étudiant en médecine. Une longue période de réhabilitation l'aura par la suite amené à côtoyer des êtres ayant

eux aussi échappé à la mort en conséquence de maladies graves, de handicaps sévères ou d'incidents traumatiques les laissant tous dépendants de supports extérieurs pour reprendre le chemin de la vie.

En 1977, Jacques Voyer, à titre de psychiatre consultant, se joignait à l'équipe multidisciplinaire de soins palliatifs, à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, sous la direction de Balfour Mount, médecin fondateur de cette unité hospitalière. Aussi, aura-t-il consacré une partie majeure de sa carrière à l'intervention psychiatrique en fin de vie, au soutien des familles accablées par la mort imminente

d'un proche, à l'animation de groupes de parole pour les soignants et à la formation des bénévoles en suivi de deuil<sup>4</sup>. Ce pionnier a supervisé plusieurs personnes dans leur évolution comme professionnelles de la santé. C'était un coach hors pair. Jacques a assurément contribué à nous faire vivre un réel bonheur au travail. Sa compassion, sa compétence, son humanisme, son accueil et sa bonté brillaient dans ses relations. J'ai personnellement eu maintes fois l'occasion de le voir à l'œuvre, de l'observer dans sa façon de recevoir ses patients; certains puisaient dans ses paroles une

part de leur identité perdue ou bafouée, d'autres trouvaient leur force à travers sa poignée de main si sincère et fragile à la fois, certains redécouvraient le rire à cause de son humour toujours bien dosé et parfois même osé, et d'autres se sentaient compris à la vue de ses larmes qu'il ne tentait pas de dissimuler dans son écoute de durs récits de vie. <sup>5</sup>

Le respect qu'il vouait particulièrement aux femmes était remarquable. Il fallait l'entendre dire : « après vous ma chère dame », le temps d'ajuster son fauteuil roulant. Il savait également toucher le cœur des hommes par ses élans fraternels. Nous lui soulignons souvent ses





# JACQUES VOYER (1948-2005) PSYCHIATRE, 1948-2005)

de Montigny, Psychologue, Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Général de Montréal, Centre Universitaire de santé McGill, Montréal.  
Courriel : jo.de.montigny@videotron.ca

délicatesses; il s'empressait alors de répondre : « Je suis gratifié d'avoir grandi au sein de parents bienveillants. Les Voyer et les Létourneau de mon enfance ont fait de moi ce que je suis ». Il attribuait sans réserve ses victoires personnelles à l'impact de l'amour familial.

En perdant notre mentor, plusieurs utiliseraient cette appellation pour décrire son influence, nous avons vite retracé son vécu pour ne pas nous écrouler. À l'instar de ceux et celles qui traversent le chagrin lié à la perte à petit feu d'un être significatif, c'est-à-dire toutes les familles que nous tentons de soutenir dans l'enceinte des soins palliatifs, nous avons nous aussi bêtement cru en la pérennité de Jacques Voyer. Nous n'avons pas vu venir sa mort. Nous n'avons pas eu le temps de lui dire merci, au revoir, et bravo! Nous aurions voulu le serrer dans nos bras une dernière fois, nous aurions souhaité lui confier notre questionnement incessant: Jacques! où vont les morts, comment le mieux possible consoler leurs proches, comment les pister et avec eux trouver un sens à la souffrance ?

Nous sommes à ce jour restés suspendus à la sagesse et à la compétence de ce chevalier du Québec. Puissent ses années de présence indéfectible, d'écoute pure, de générosité et de compassion auprès des patients pour un grand nombre décédés, des familles endeuillées et des soignants résolument engagés, retentir dans des souvenirs impérissables. Merci! Jacques, Au revoir et Bravo! Ton Absence, si cruelle soit-elle, nous incite à revivre la préciosité de ta bonne Présence.

*Post-Scriptum : S'unissent aux miennes quelques pensées d'amis, de proches, de collègues ou de patients réunis lors du Service commémoratif tenu au Royal Victoria, le 1er juin 2005. Ce sont les mots-cadeaux que certaines personnes parmi plusieurs lui ont prononcés tout haut au soir d'un rite de passage.*

*« Il était notre morceau de bonheur » (Diane Lebeau, infirmière gestionnaire par intérim, Service de soins palliatifs, CUSM); « Il avait réussi à apprivoiser cette limite que lui imposait son corps paralysé en acceptant*

*d'avoir besoin des autres » (Jean Lebrun, psychologue, Service de soins palliatifs, Hôpital Charles-Lemoyne); « La vie de Jacques en fut une de dévouement, d'aide et de disponibilité pour les autres. Jacques faisait partie de ces êtres d'une rare sagesse. Il avait compris que le don inconditionnel de soi nous fait grandir, nous enrichit et nous fait vivre. » (Isabelle Gamache, nièce de Jacques et représentante de la famille Voyer).*

*Jacques Voyer a principalement oeuvré comme expert-conseil, médecin psychiatre à la clinique communautaire de l'Hôpital Royal Victoria, professeur adjoint à l'Université McGill, superviseur de bénévoles et de professionnels de la santé en soins palliatifs et en suivi de deuil au Centre universitaire de santé McGill. Il a reçu plusieurs prix de distinction honorifique dont celui d'Officier de l'Ordre national du Canada (2004); Chevalier de l'Ordre national du Québec (1998); Prix CRCD du Conseil canadien pour la réadaptation des handicapés (1991).*

## Notes de références au texte :

- (1) La mer intérieure (The Sea Inside ou Mar adentro, dans sa version originale) est un film espagnol réalisé en 2004 par Alejandro Amenabar.
- (2) Le service de soins palliatifs de l'Hôpital Général de Montréal (CUSM) offre une formation continue à ses bénévoles assigné(e)s au soutien téléphonique des personnes en deuil. Ces réunions bimensuelles étaient animées par le psychiatre Jacques Voyer et Louise Primeau Mathieu, coordonnatrice du programme de soutien aux endeuillé(e)s.
- (3) Jacques Voyer relate son histoire de survie dans un livre inspirant intitulé : Que Freud me pardonne, récit autobiographique, aux éditions Libre Expression, 2002.
- (4) Au-delà des cœurs brisés (L'accompagnement des personnes en deuil), Chenelière/McGraw-Hill, 2003. (Pour obtenir ce recueil écrit par les bénévoles, contactez Louise Primeau, Soins palliatifs, Hôpital Général de Montréal, téléphone : 934-1934, poste 43811).
- (5) Maladie incurable, chapitre 79 signé Jacques Voyer, pages 1846-1858 dans Manuel de Psychiatrie clinique, sous la direction de Lalonde, Aubut, Grunberg; Une approche biopsychosociale, Tome II, spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêt, Gaëtan Morin, éditeur, 1999.

Qualités et compétences recherchées	Vérifications	Motifs de refus	Formation
3.1.3 Reconnaissance et respect de ses limites	Connaissance des limites du rôle du bénévole Savoir s'adresser aux bonnes personnes	Limites trop restreintes	
3.1.4 Discrétion, confidentialité		Propension à tout raconter Indiscrétion Curiosité excessive	Code d'éthique Confidentialité Secret professionnel Loi sur la confidentialité Formation sur les comportements à adopter : discrétion, etc.
3.1.5 Honnêteté	Références	Refus de consulter le dossier judiciaire Dossier judiciaire : en regard des biens du malade, de l'usage de la drogue, pédophilie, etc.*** Mauvaise réputation*** Mauvaises références*** ***Attention à la discrimination et au jugement de valeur	Doit être abordé en formation, en lien avec l'importance d'être authentique
3.1.6 Authenticité	Capacité d'exprimer ou de partager sa vulnérabilité	Superficialité	Mises en situation

### 3.2 En ce qui a trait à la motivation

3.2.1 Motivation	Vérification de la motivation (réf. à 1.1)	Soigner ses propres blessures Évangélisation des personnes Promesses indues	Formation sur le défi d'être intervenant en soins palliatifs La spiritualité
3.2.2 Engagement, dévouement	Fidélité dans l'engagement Participation aux activités de formation ou aux rencontres	Défaut de participer aux séances de formation ou aux rencontres Manque de disponibilité	
3.2.3 Altruisme		Personne dont le discours est centré sur elle-même	

### 3.3 En ce qui a trait à l'esprit d'initiative

3.3.1 Autonomie	Capacité à réagir devant diverses situations (vérifier par des mises en situation à l'entrevue)	Difficulté à réagir dans les mises en situation qui sont présentées	Lors de la formation, on peut faire des mises en situation, jeux de rôles, etc.
3.3.2 Créativité	Projets réalisés antérieurement Habilités personnelles		



Qualités et compétences recherchées	Vérifications	Motifs de refus	Formation
3.3.3 Sens des responsabilités	Personne qui a déjà démontré dans des engagements antérieurs ou dans des activités déjà réalisées; bon sens des responsabilités	Mauvaises références	

### 3.4 En ce qui a trait à la maturité

3.4.1 Maturité et sérieux	Capacité d'accepter le rejet et le refus Calme Capacité de réflexion devant un dilemme (En entrevue, on peut avoir une question qui comporte un dilemme moral à résoudre.)	Instabilité émotionnelle Frvolité Aucune capacité d'écoute	Intelligence émotionnelle Le défi des intervenants au niveau émotionnel
3.4.2 Bon jugement, discernement		Manque de discernement	
3.4.3 Maîtrise de soi	Expérience auprès des malades Surmonter ses émotions face à la mort	Deuil non résolu	Intervention en situation de crise Le malade en fin de vie
3.4.4 Humilité	Ouverture à l'apprentissage, au partage	Besoin excessif de reconnaissance	
3.4.5 Stabilité émotionnelle	Deuil récent Résolution des deuils Résolution des conflits personnels	Deuil récent et non résolu Épreuve récente non résolue Instabilité émotionnelle	Processus du deuil
3.4.6 Connaissance de soi, cheminement personnel	Vérifier la motivation Formations antérieures	Croyances ésotériques ou religieuses trop fortes Attitude moralisante	

### 3.5 En ce qui a trait à la présentation personnelle

3.5.1 Ponctualité Fiabilité	Ponctualité à l'entrevue	Manque de disponibilité Aucun moyen de transport Retards Absences	
3.5.2 Bonne santé physique et psychologique	Maladie récente	Incapacité physique Handicap invalidant	
3.5.3 Bonne présentation	Lors de l'entrevue, propreté, habillement, parfum...	Malpropreté Habillement non convenable Parfum agressant	

# LE DEUIL DES GRANDS-PARENTS

Sophie Lessard, m.d., Claude Cyr m.d.

Département de pédiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

La perte d'un enfant est un événement foudroyant qui perturbe, qui ébranle et qui modifie complètement la vie de ceux qui restent. La mort de son propre enfant représente un deuil immense que les parents auront à surmonter. Selon certains auteurs, le deuil d'un enfant est la perte la plus importante qu'une personne puisse vivre.<sup>1</sup> Cette douleur provoque un bouleversement à plusieurs égards. La perte d'un enfant trouble l'ordre classique de la vie. Les parents subissent la perte du fruit de leur union. La perte d'un rêve et, sans contredit, la perte d'un futur bien idéalisé s'enfuient simultanément. Il est donc important de préciser qu'un solide soutien pour traverser cette épreuve sera primordial. D'ailleurs, les parents vivant le mieux leur deuil sont ceux ayant le meilleur soutien social.<sup>2</sup>

Des études réalisées dans notre centre ont évalué l'ampleur et les répercussions de ce deuil auprès des familles survivantes afin d'améliorer les services auprès des parents et de la fratrie.<sup>3</sup> Les parents décrivaient un deuil intense et prolongé qui méritait un suivi offrant continuité et complémentarité avec le réseau social existant. Les grands-parents étaient les plus souvent identifiés comme personnes ressources auprès de la famille survivante.

Étant donné l'importance de ces grands-parents dans la vie des familles survivantes, nous avons cru nécessaire de comprendre comment ils vivent cette épreuve pour améliorer les interventions et les suivis de deuil pour les familles survivantes. Notre impression initiale était que les grands-parents ont probablement une « double douleur »; celle de perdre leur petit-enfant et celle de voir souffrir leur enfant adulte. Le but de notre étude était de tenter de décrire le deuil vécu par les grands-parents. Nous vous présentons ici un résumé de notre travail de recherche.

## MÉTHODOLOGIE

Avec l'accord du comité d'éthique, nous avons fait une étude d'observation incluant les grands-parents ayant perdu un petit-enfant entre janvier 1998 à décembre 2002

dans notre centre. Les familles où le décès pouvait être dû à une cause non accidentelle ont été exclues. Les familles suivies dans notre centre suite au deuil d'un enfant ont été avisées de la tenue de notre enquête. Pour les familles volontaires, nous avons effectué un contact téléphonique individuel avec les parents pour expliquer l'étude. Les parents endeuillés devaient nous fournir les coordonnées des grands-parents. Le questionnaire fut envoyé à tous les grands-parents impliqués avec cet enfant (incluant les beaux-grands-parents). Chaque questionnaire fut envoyé avec une lettre expliquant l'étude et précisant sa confidentialité. Chaque membre du couple devait alors remplir son propre questionnaire séparément. De plus, nous avons émis une annonce dans un média écrit communautaire pour permettre une participation volontaire de toute la communauté sherbrookoise.

Nous avons utilisé le TRIG-F pour évaluer le deuil de ces grands-parents. Le traduction française du Texas Revised Inventory of Grief (TRIG-F) est une mesure multidimensionnelle standardisée du deuil qui consiste en trois thématiques.<sup>4</sup> Les plus hauts résultats démontrent une plus grande intensité du deuil. Le TRIG-F contient aussi des questions à propos de la nature de la maladie et de l'attente de la mort. Le TRIG-F a déjà démontré une fiabilité et validité pour évaluer le deuil chez les sujets adultes, ce pourquoi nous avons choisi cet instrument de mesure.<sup>5</sup> Des questions évaluaient la fréquence d'abus de substance, de problèmes psychiatriques, d'embûches au travail et des problèmes relationnels suivant le deuil. De plus, il fut demandé aux grands-parents à l'aide d'une question ouverte de nous expliquer ce qu'ils pensent de leur rôle auprès des familles et des difficultés vécues.

## RÉSULTATS

Vingt et un grands-parents endeuillés (13 femmes) ont accepté de participer. L'âge moyen était de 60 ans +/- 6 ans (DS). Les enfants décédés étaient âgés en moyenne de 2 jours. La majorité des décès étaient imprévisibles (65 %). L'intensité du deuil mesuré avec le TRIG-F était plus élevée chez les grands-mères 61 +/- 20(DS) contre 49 +/- 21(DS) pour les grands-pères.

En résumé, les grands-parents témoignent d'une immense tristesse face à cet événement. Ils décrivent un triple rôle : celui d'affronter leur deuil personnel et celui de soutenir leurs propres enfants et petits-enfants survivants, ce qui est primordial selon eux. Ils décrivent une double douleur où ils souffrent simultanément de la perte leur petit-fils ou petite-fille et de leur impuissance face à la souffrance de leur enfant adulte (parents endeuillés). En fait, ils ne demandent pas de soutien émotionnel, mais bien des ressources pour mieux supporter leurs enfants et petits-enfants. Leurs expériences antérieures de vie et le contact physique avec l'enfant décédé sont des facteurs modulant l'intensité du deuil.

Après la lecture des commentaires des grands-parents, il semble que le deuil d'un petit enfant est un chagrin et une épreuve des plus pénibles :

*« Nous, les grands-parents, sommes délaissés et troublés. Sachez que nous vivons secrètement les mêmes douleurs que les parents, parce que ce sont nos enfants qui ont mal et nous avons une peine immense de les voir souffrir et on perd un petit être qui serait aimé et cajolé et gâté par nous, qui les aimons avant qu'ils viennent au monde. »* (commentaire d'une grand-mère).

Les notions de triple rôle et double douleur furent soulevées spontanément dans les commentaires. Les grands-parents se sentent vraiment impuissants et dépassés face à cette importante responsabilité assumée sous trois angles. D'une part, ils sont endeuillés suite à la perte de leur petit-enfant. D'autre part, ils doivent souvent assumer le rôle des parents et grands-parents auprès de la fratrie survivante leur apportant un support inébranlable et rassurant malgré leur propre désarroi intense.

*« Je m'excuse du retard à vous remettre ce papier car pendant cinq fois j'ai lu et je ne pouvais répondre car c'était trop douloureux. Mon mari n'aurait pas été capable de le faire, il a lu ce questionnaire et toute sa peine revenait aussi forte.*

*Vous avez raison, les grands-parents sont oubliés et nous avons réellement double et triple tâche. Avec notre peine, il faut aider la maman, le papa, le grand-frère, mes autres enfants et petits-enfants.*

*Je ne voudrais plus jamais avoir à traverser cette grande épreuve. Ce n'est pas normal de perdre un enfant, un bébé, avant les adultes. »*

Nous croyons qu'il ne faut pas sous-estimer le rôle et la

douleur vécus par les grands-parents des familles endeuillées. D'ailleurs, les expériences les plus appréciées par les grands-parents au moment du décès étaient leur inclusion dans les derniers moments où ils eurent la chance de prendre leur petit-enfant dans leurs bras avant de le quitter, où ils étaient présents pendant les discussions avec les médecins et infirmières.

Les limitations de notre étude sont d'une part qu'il s'agit d'une cohorte rétrospective et d'un échantillon non probabiliste. D'autre part, notre échantillon est petit ce qui nous empêche de généraliser. Ce genre d'étude est difficile à organiser par la participation faible des gens probablement dû au contexte chargé d'émotion.

Nous croyons que les grands-parents endeuillés méritent une attention particulière durant le suivi des familles endeuillées. Les grands-parents semblent reconnaître leur rôle indispensable et central dans le deuil familial. Ils ne demandent pas de support personnel. Par contre, leur participation dans le processus de fin de vie diminue leur sentiment d'impuissance et améliore leur capacité à gérer cette crise. Les grands-parents décrivent un triple rôle : celui d'affronter leur deuil personnel et celui de soutenir leurs propres enfants et petits-enfants survivants. Ils décrivent aussi une double douleur où ils souffrent simultanément de la perte de leur petit-enfant et du chagrin vécu par leur enfant adulte (parents endeuillés). Ils éprouvent donc une peine immense mais leur principale tâche est, selon eux, d'être un parent réconfortant.

## Bibliographie

1. Neidig JR, Dalgas-Pelish P. Parental grieving and perceptions regarding health care professionals' interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 14(3):179-91, Jul-Sep. 1991.
2. Greifzu S. Grieving families need your help. *RN*. 59(9): 22-28, September 1996.
3. Michon B. et al. Death of a child : parental perception of grief intensity. *End-of-life and bereavement care. Paediatrics and Child Health* 2003; 8(6):363-366.
4. Paulhan I, Bourgeois M. [The TRIG (Texas Revised Inventory of Grief) questionnaire. French translation and validation]. *Encephale*. 21(4):257-62, Jul-Aug. 1995.
5. Paulhan I, Bourgeois M. [Grief experience by 154 young adults in the general population (value of the TRIG grief scale). *Texas Revised Inventory of Grief*]. *Encephale*. 21(4):263-71, Jul-Aug. 1995.



# % DÉCÈS À DOMICILE POUR L'ANNÉE 2003-2004

## CHEZ LES PATIENTS SUIVIS EN SOINS PALLIATIFS AU CLSC SUZOR-COTÉ DU CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE

Par Alain Huppé, MD

Avec la collaboration de Hélène Hinse, INF., M.SC. et de Lise Vachon, INF., B.SC

La recherche des Dres Dechêne, Dion et de Monsieur Gratton, publiée dans le Médecin du Québec sous le titre «Où meurent les Québécois ? I et II»<sup>1,2</sup> laisse entendre que durant les années de 1994 à 1998 au Québec moins de 10% des patients souffrant d'une maladie chronique ou d'un cancer sont morts à domicile. Au CLSC Suzor-Coté nous avons voulu étudier statistiquement le pourcentage de décès à domicile de nos patients au cours de l'année 2003-2004.

### HISTORIQUE ET DÉVELOPPEMENT

En 1991, la direction du CLSC Suzor-Coté a priorisé la clientèle et le service de soins palliatifs à domicile. Un comité de travail en a fait la programmation transcrite dans son guide d'interventions en soins palliatifs à domicile.

En juin 1991, s'effectuait une première visite médicale et pendant ce même mois survenait le premier décès à domicile. Un premier service de garde et un protocole de constat de décès à domicile étaient mis en place.

En 1994, le service de garde devenait un service 24/7. Puis en octobre 1995, sous la supervision des pharmaciens de l'Hôtel Dieu d'Arthabaska, une pharmacie était installée au CLSC et une trousse médicale pour l'infirmière de garde était constituée. Au fil des années avec l'accroissement de la clientèle, le service des soins palliatifs a aussi progressé. Les ressources humaines et matérielles ont augmenté de façon importante, et l'expérience de tout le personnel s'est développée.

L'aspect « généralisation », i.e. que tout le personnel puisse intervenir en soins palliatifs, versus la spécialisation, a favorisé ce développement pour l'ensemble des intervenants au soutien à domicile.

### MODÈLE D'INTERVENTION

Toute personne (médecin, infirmière, intervenant, patient, famille, ami) peut faire une demande de service ou une référence au CLSC en soins palliatifs, pour une personne

de tout âge, de tout milieu et pour toute maladie en phase palliative.

Une première évaluation est faite en général par l'infirmière dans un délai de 24 à 48 heures et débute le suivi. À la discussion clinique hebdomadaire nous présentons la situation de toute nouvelle personne admise au service et les changements dans l'évolution des patients suivis régulièrement. Ceci permet aux infirmières qui assurent la garde d'être au fait de l'évolution de chacun des patients et d'anticiper la possibilité d'une situation de crise.

Les références aux intervenants de l'équipe (intervenants psychosociaux/gestionnaires de cas, auxiliaires, familiales et sociales, diététistes, inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, et partenaires communautaires) se font graduellement selon les besoins présents ou anticipés. Dans notre continuité de service, l'ajustement du plan de service individualisé et du suivi se font régulièrement de façon informelle lors de discussions cliniques et de discussions entre intervenants et de façon formelle lors de rencontre d'équipe interdisciplinaire.

Notre approche est centrée sur la personne malade ainsi que sur les proches aidants et leurs besoins respectifs. Ces proches constituent un élément majeur et primordial dans le soutien à domicile. Nous considérons et respectons les valeurs, les choix, les capacités et les limites de chacun.

Avec l'évolution vient la préparation du patient et de sa famille à la phase finale. C'est aussi le moment de discuter du décès à domicile versus à l'hôpital et de tout ce qui en découle.

Puis au décès, par l'appel au service de garde, le médecin se rend à domicile pour le constat de décès et en avise le directeur funéraire. Le support à la famille et le suivi au deuil sont assurés par l'intervenant psychosocial et parfois par l'infirmière.

### RÉSULTATS

Le nombre de patients suivis à domicile a considérable-

ment augmenté au cours des années. En 1992, nous suivions en moyenne 15 patients à la fois; aujourd'hui nous suivons 40 à 50 patients à la fois.

L'évolution fut la même pour le nombre de décès à domicile; à notre première année complète en 1992-1993, il y eut 7 décès à domicile, par la suite ce fut une moyenne de 1 décès par mois à domicile. Puis en 1995-1996, suite à l'amélioration du service de garde, à l'ajout de la pharmacie au CLSC et de la trousse médicale pour l'infirmière ce chiffre est passé à 29 décès à domicile.

Maintenant selon les résultats de notre étude statistique du 1er mai 2003 au 30 avril 2004 nous avons suivi 107 patients, dont 69 sont décédés; 30 à l'hôpital et 39 à domicile pour un pourcentage de 56,5 % de décès à domicile. Enfin de ces 30 patients décédés à l'hôpital 15 (50 %) y ont séjourné moins de 7 jours, et la durée moyenne de séjour des 30 patients fut de 13,6 jours.

## DISCUSSION

Tout d'abord ce pourcentage de 56,5 % de décès à domicile ne peut être directement comparé à celui obtenu de la recherche du Dre Dechêne et coll. car il ne s'agit pas ici du pourcentage de décès à domicile de toute la population du territoire du CLSC Suzor-Coté. Mais bien du pourcentage de décès à domicile des gens qui ont été suivis par le service du soutien à domicile du CLSC.

Dans « Où meurent les Québécois ? II »<sup>2</sup>, on se questionne si le lieu du décès peut donner des indices indirects sur l'accessibilité à des services en soins palliatifs. On mentionne qu'une étude canadienne<sup>3</sup> a montré qu'un des facteurs prédictifs importants de décès à domicile était la présence d'une équipe complète de professionnels à domicile et que cette équipe jouait un rôle déterminant dans le soutien à domicile des malades en fin de vie.

Notre étude démontrant un taux de 56,5 % de décès à domicile chez les personnes suivies en soins palliatifs peut refléter ce lien possible entre l'accessibilité à une équipe de soins palliatifs à domicile et la possibilité de mourir à domicile.

Nous croyons même que ce taux pourrait être amélioré en supportant mieux les proches aidants, en développant davantage notre équipe et nos services. En renforçant par exemple notre possibilité de gardiennage à domicile, non seulement en augmentant le nombre d'heures mais aussi

en créant et en formant des « ASP » (auxiliaires en soins palliatifs) qui assureraient ce gardiennage tout en donnant aussi tous les soins que donnent tout naturellement les aidants naturels.

## CONCLUSION

On estime qu'une majorité de personnes atteintes de cancer souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible, voire même y mourir<sup>1</sup>.

Bien qu'une augmentation du taux de décès à domicile ne soit pas nécessairement synonyme de soins de qualité<sup>1</sup>, nous croyons que le développement d'une équipe complète et compétente en soins palliatifs à domicile favorise le soutien à domicile des personnes en fin de vie et permettrait pour certaines d'y mourir.

Enfin nous espérons que, tout en améliorant ce pourcentage de décès à domicile, nous puissions aussi améliorer la qualité de nos soins et permettre à la personne d'être et de vivre là, où et comme elle le désire.

---

### Références

1. Dechêne G, Dion D., Gratton J., Où meurent les Québécois ? - I, Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 4, avril 2004
2. Dechêne G, Dion D., Gratton J., Où meurent les Québécois ? - II, Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 8, août 2004
3. McWhinney IRM, Bass J et coll. Factors associated with location of death (home or hospice) of patients referred to a palliative care team. CMAJ 1995; 152 (3): 361-7.

---

### Les auteurs

Madame Hélène Hinse, coordonnatrice du programme soutien à domicile du CSSSAE,

Madame Lise Vachon, infirmière aux soins infirmiers à domicile du CSSSAE,

Monsieur Alain Huppé, médecin en soins palliatifs à domicile du CSSSAE

CSSSAE - Point de service :  
CLSC Suzor-Coté, 100 rue de l'Ermitage  
Victoriaville (Québec) G6P 9N2  
Téléphone : (819) 758-7281  
Télécopieur (819) 758-5009

# LA MAISON DU PHARE POUR ENFANTS : BIENTÔT UNE RÉALITÉ

Par Michèle Viau-Chagnon, M.ed., directrice générale  
Le Phare, Enfants et Familles

**D**e grands efforts ont été déployés depuis plusieurs années à mettre sur pied la première maison de répit et de soins palliatifs pédiatriques au Québec. Mais comment tout cela a-t-il commencé ? Laissez-moi vous raconter cette belle et grande aventure...

Pendant 25 ans, j'ai travaillé à l'hôpital de Montréal pour enfants, autant avec les enfants admis en soins intensifs qu'en soins palliatifs. J'ai eu le privilège de côtoyer au quotidien des familles qui ont un enfant gravement malade. Je dis bien privilège, car ces enfants, leurs frères et sœurs de même que leurs parents m'ont beaucoup appris au cours de toutes ces années : leur courage, leur détermination, leur philosophie de vie, leur sourire m'ont plus d'une fois fait réfléchir sur ma propre vision du monde.

Ces enfants souffrent de maladies neurologiques dégénératives, de cancer, maladies respiratoires, de maladies congénitales ou génétiques. Ils sont handicapés physiquement, parfois intellectuellement. Ces enfants ont une espérance de vie limitée et la durée de leur maladie, ainsi que de la phase palliative de cette maladie, est beaucoup plus variable que chez les adultes et peut même s'échelonner sur plusieurs années. Ces enfants requièrent des soins complexes, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Ils sont suivis de près par les équipes médicales des hôpitaux pédiatriques, mais les parents prennent en charge leurs soins tant qu'ils le peuvent dans leur domicile.

Ces parents savent que la vie de leur enfant est limitée, et ils apprennent bien malgré eux à vivre avec cette épée de Damoclès au-dessus de leur tête, avec cette inquiétude de chaque instant. Les conditions financières sont parfois précaires, un des parents devant rester à la maison pour s'occuper de leur enfant malade. Ils ont souvent d'autres enfants, et essaient de maintenir tant que possible les activités habituelles d'une vie familiale. Mais à quel prix ?

Au fil de ces années, j'ai été en contact fréquent avec d'autres intervenants qui travaillaient auprès de ces familles, autant à l'Hôpital de Montréal pour enfants qu'à l'Hôpital Sainte-Justine, et qui partageaient avec moi ce même intérêt et ces mêmes préoccupations. Nous rêvions de créer un lieu où ces enfants pourraient prendre quelques jours de répit pour se ressourcer et ainsi continuer la prise en charge de leur enfant. Cette belle maison de répit pourrait aussi accueillir des enfants en fin de vie et offrir le soutien nécessaire à leurs familles.



Nous avons pris connaissance de ce qui existait dans ce domaine ailleurs qu'au Québec. Ainsi, en Angleterre, on a répondu aux besoins de ces familles en ouvrant des maisons de répit et de soins palliatifs. Nous avons aussi appris l'existence d'une telle maison à Vancouver, Canuck Place. Nous croyions vraiment que les enfants du Québec devaient bénéficier d'un tel lieu. À deux reprises, nous nous sommes regroupés et avons tenté de démarrer un projet semblable, sans succès. Le projet était vraiment de taille...

Il a fallu Bertrand Mongodin, un jeune étudiant au doctorat qui se penchait sur la problématique des soins palliatifs, pour rassembler un groupe de professionnels et de parents. C'est ainsi qu'en 1999 est né Le Phare, enfants et familles, dont la mission est d'offrir du soutien aux parents qui ont un enfant atteint d'une maladie dégénérative et terminale qui nécessite des soins complexes. Ce soutien consiste à offrir du répit aux parents ainsi que des soins palliatifs aux enfants.

Nous avions bien sûr comme projet à l'époque de mettre sur pied une maison de répit et de soins palliatifs pour les enfants. Toutefois, les parents nous disaient aussi avoir besoin d'aide à la maison. Nous avons donc mis sur pied, grâce à un important octroi de la fondation J.W. McConnell, le programme de répit à domicile. Ce dernier consiste à offrir du répit aux familles par l'entremise de

*suite page 22*



# GRAND RÉPERTOIRE QUÉBÉCOIS DE SOINS PALLIATIFS

Jean Guy Renaud, directeur général, Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ)

Dr. André Brizard, pionnier dans les soins palliatifs au Québec a mis sur pied, à la demande de La Maison Victor-Gadbois, un portail appelé PALLI-SCIENCE. Plusieurs services et outils sont disponibles sur ce site internet. La Maison Victor-Gadbois en Montérégie a financé ce projet et continue de le faire. Palli-Science a aussi reçu une bourse du Réseau de soins palliatifs pour initier le développement de ce site.

Le Dr. Brizard a été invité à faire une présentation devant le conseil d'administration du Réseau à la mi-septembre. Les membres du CA ont été impressionnés et tous ont convenu du bien-fondé d'établir des « passerelles de collaboration » entre le RQSP et le Projet Palli-Science pour rendre ce service disponible à l'ensemble des intervenants au Québec. Deux sections de



Palli-Science paraissent essentielles et indispensables au CA du Réseau : La première est le RÉPERTOIRE QUÉBÉCOIS de l'ensemble des intervenants en soins palliatifs. Cette section, appelée MILIEUX ET RESSOURCES AU QUÉBEC, est une immense base de données « presque intelligente » qui permet de retracer aussi bien l'ensemble des institutions québécoises que les individus qui œuvrent en soins palliatifs. Dans son souci de collaborer au développement de cette base, le CA du Réseau invite tous les membres du Réseau à s'inscrire directement dans Palli-Science. À cause de la loi, le RSPQ ne peut transférer les informations sur ses membres sans votre accord formel.

Donc, nous vous invitons à vous inscrire directement dans la base de données de Palli-Science dédiée à la section MILIEUX ET

RESSOURCES AU QUÉBEC à l'adresse [www.maisonvictor-gadbois.com](http://www.maisonvictor-gadbois.com) en cliquant sur PALLI-SCIENCE. Vous pourrez y accéder directement par un hyperlien sur le site du Réseau à [www.reseaupalliatif.org](http://www.reseaupalliatif.org). Pour pouvoir avoir accès à toute recherche dans la base de données, il faudra évidemment s'être inscrit dans Palli-Science.

La seconde section que le Réseau veut promouvoir en priorité est un FORUM D'ÉCHANGE POUR PROFESSIONNELS EN SOINS PALLIATIFS SUR INTERNET. Les intervenants posent des questions, donnent des réponses, partagent leur expérience et suggèrent des avenues. L'inscription dans Palli-Science donne aussi accès à ce forum. De nouveau, le CA du Réseau vous invite à participer à ce FORUM d'échanges sur le site de Palli-science à la section BABILLARD ÉLECTRONIQUE.

Plus il y aura de circulation de l'information, plus les échanges seront profitables, plus d'informations devraient mener à de meilleurs soins, c'est ce que nous souhaitons tous...



bénévoles qui vont au domicile de l'enfant et organisent des activités récréatives et stimulantes pour l'enfant malade et ses frères et sœurs. Une recherche « évaluative » de ce programme a été publiée à l'automne 2004 et on pouvait y lire en conclusion :

« Ces familles devraient bénéficier d'un modèle intégré de soutien pouvant offrir au sein d'une même organisation toute une gamme d'options de répit à domicile et en résidence externe (maison de répit), incluant un soutien bénévole et professionnel. »

Cette recommandation ne faisait que confirmer ce que nous voulions faire depuis plusieurs années, et les membres du conseil d'administration ont travaillé d'arrache-pied à tout mettre en œuvre pour mener à terme ce beau projet.

## LA MAISON DU PHARE

Nous avons mis alors sur pied un comité de la planification de la construction, regroupant autour de l'architecte Louis Lessard, des intervenants de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de l'Hôpital Sainte-Justine, des parents et des membres du conseil d'administration.

La maison, située sur les terrains du Technopôle Angus, en face du parc Jean-Duceppe, comprendra un grand salon, une belle salle à manger et une cuisine fonctionnelle, des salles de jeux pour les enfants et les adolescents. Il y aura aussi un local conçu pour y jouer de la musique et un autre pour les arts plastiques. Douze chambres y accueilleront les enfants pour dormir et les parents qui désirent séjourner auprès de leur enfant bénéficieront d'une grande suite familiale. Une bibliothèque sera à la disposition des parents. De plus, les familles pourront profiter d'un centre d'hydrothérapie; en effet, les enfants handicapés nous disent que dans l'eau, ils sentent qu'ils peuvent marcher, comme tout le monde... comment leur refuser un tel plaisir ? Un beau jardin sera aménagé pour le plaisir des sens, et sera évidemment adapté aux enfants handicapés. Les soins y seront prodigués par du personnel compétent, soutenu par des bénévoles, et toutes les activités seront axées sur la qualité de vie des enfants. Ces derniers y vivront de bons moments et après un premier séjour au Phare, enfants et familles nous espérons qu'ils y reviendront avec plaisir. Par ailleurs, beaucoup de ces enfants n'atteindront pas

l'âge adulte. Quand ils seront à ce passage difficile, les enfants pourront venir à La Maison du Phare et y recevoir des soins palliatifs sous la supervision d'un personnel compétent. Les familles auront alors la possibilité de demeurer auprès d'eux et de les accompagner tout en recevant le soutien si nécessaire pour traverser cette épreuve.

Le programme de répit à domicile continuera évidemment d'être offert aux familles. De pair avec les services offerts à La Maison du Phare, nous pouvons affirmer que le Phare, enfants et familles répondra aux multiples besoins des familles par un éventail de services.

## LE FINANCEMENT DE LA MAISON DU PHARE

Il fallait assurer le financement de la construction, qui s'élevait à 6,5 millions de dollars, et sécuriser les frais récurrents. Au printemps 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard annonçait un investissement d'un million de dollars sur trois ans pour financer le projet. De plus, le coût de construction de la Maison est en partie assuré grâce à une aide de 2,5 millions de dollars provenant du ministère québécois des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, via son programme d'infrastructures Québec-Municipalités. Ces généreuses contributions ont été grandement appréciées et nous ont permis de commencer la campagne de financement. Nous avons fixé l'objectif de la campagne à 6,5 millions de dollars et, grâce au soutien de notre président de campagne, monsieur Paul Desmarais jr et des membres du cabinet de campagne, nous sommes maintenant tout près de l'objectif. La construction de la Maison débutera au printemps et on y accueillera des enfants dès l'automne 2006.

Je tiens à souligner le soutien des administrations des deux hôpitaux pédiatriques montréalais, soit l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine, et les en remercie chaleureusement. Je profite aussi de cette occasion pour remercier le conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec et tous les membres du réseau qui, de près ou de loin, nous ont soutenus et encouragés, et qui ont ainsi participé à la mise sur pied de La Maison du Phare. Ce rêve, partagé certainement avec des centaines de familles qui prennent soin au quotidien de leur enfant, devient maintenant une réalité...

# MEMBRES DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS MEMBRES DE L'ASSOCIATION CANADIENNE UN SONDAGE

En participant au congrès du RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC, vous devenez automatiquement membre du Réseau pour l'année qui suit. L'année financière est du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars. Vous pouvez aussi devenir membre ou renouveler votre adhésion sans assister au congrès afin de supporter la cause, recevoir le bulletin, participer aux divers comités.

Les membres provenant du congrès et les membres qui ont payés 50 \$ sont automatiquement membre de l'Association canadienne de soins palliatifs car le Réseau québécois prélève 20 \$ sur chaque adhésion pour les remettre à l'Association canadienne. Les Québécois représentent près du tiers du membership canadien de cette façon.

L'organisme effectue présentement un sondage qui vient d'être traduit et vous incite à y répondre en grand nombre. Le Réseau vous invite aussi à y répondre pour que le tiers des membres canadiens provenant du Québec puisse se faire entendre. Il est question de doubler la cotisation canadienne.

Ce sondage est inclus dans l'envoi du bulletin et vos réponses sont attendues jusqu'au 30 novembre. Greg Adams reçoit vos questionnaires par la poste ou par télécopieur.

Merci de votre collaboration.

*Jean-Guy Renaud, directeur général  
Réseau de soins palliatifs du Québec*

## CONSEIL D'ADMINISTRATION 2005-2006

**Docteur Louis Roy, président**  
Omnipraticien  
CHUQ-Hôtel-Dieu de Québec

**Madame Lise Lussier, vice-présidente**  
Psychologue - CH de Verdun

**Dre Justine Farley, trésorière**  
Centre hospitalier de Saint Mary  
Montréal

**Dre Louise La Fontaine**  
Omnipraticienne  
CLSC Rivières et Marées

**Madame Claudette Foucault**  
Conseillère clinique en soins palliatifs  
Cité de la Santé - CARL

**Monsieur Gilles Joly**  
Bénévole - Unité de soins palliatifs du  
CHUM Hôpital Notre-Dame, Montréal

**Madame Jocelyne Lauzon**  
Psychologue - Maison Victor-Gadbois  
Centre d'hébergement Chevalier de Lévis

**Monsieur Jean-Yves Langevin**  
Pharmacien - Complexe Hospitalier de la  
Sagamie, Chicoutimi

**Madame Danie Tourville, secrétaire**  
Infirmière - CLSC Orléans, Québec

**Madame Suzie Breton**  
infirmière  
Hôpital St-Anne-de-Beaupré, Maison  
Michel-Sarrazin, Foyer St-Antonin, Québec

**Madame Martine Fortin**  
Animatrice de pastorale, CHUQ, Québec

**Dr Bernard Lapointe, président sortant**  
Omnipraticien - Hôpital général juif Sir  
Mortimer B. Davis, Montréal

### MEMBRES COOPTÉS NON ÉLUS EN ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

**Dr Michel L'Heureux, président de  
l'Alliance des maisons de soins palliatifs**  
Directeur général  
Maison Michel-Sarrazin à Québec

**Madame Danielle J. Drouin**  
Infirmière clinicienne  
Hôpital de Montréal pour Enfants

**Dre Anna Towers**  
Réseau universitaire des soins palliatifs du  
Québec



**AMGEN**

**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

**pharma science**

**David Knecht**  
Specialty Representative  
Metadol®/pms®-methadone powder

6111, avenue Royalmount, bureau 100, Montréal (Québec) H4P 2T4  
Tél.: (514) 340-9800 #3517 • Fax: 1-800-340-9290  
Ligne sans frais: 1-800-340-9735 • Pagette: (514) 854-3936  
Courriel: dknecht@pharmascience.com

**NOVARTIS**

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

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

**SABEX**

Produits pharmaceutiques

SABEX 2002 INC.  
145, rue Jules-Léger  
Boucherville QC Canada  
J4B 7K8  
1.800.361.3062  
medinfo@sabex.ca  
www.sabex.ca

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

**Division pharma/détail**  
Jacques Blais  
Daniel Bouthillette  
Guylaine Gignac  
Denis Guertin  
Patrice McMahon  
Jean-Guy Miller

**Pharma Roche**

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

**sanofi-synthelabo**

**Yvon Croteau, B.Sc., C.F.P.C.**  
Liaison médicale spécialistes

Administration : 1 (800) 668-7401 Domicile : (418) 834-2712  
Boîte vocale : 4812 E-mail : yvon.croteau@ca.sanofi.com  
Télécopieur : (418) 834-5757

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

**Richard Lacerte**

Spécialiste clinique en oncologie

Bur. (418) 849-7089 • Télé.: (418) 849-7822  
Sans frais : 1 800 268-5123 poste 9831  
Courriel : lacerte\_richard@lilly.com

Eli Lilly Canada Inc.  
8565, Route Transcanadienne  
Ville Saint-Laurent, Montréal (Québec)  
H4S 1Z6  
www.lilly.ca

**Duragesic**

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@joicajnj.com

**JANSSEN-ORTHO Inc.**

19 Green Belt Drive, Toronto, Ontario, Canada M3C 1L9  
Téléphone: (416) 449-9444 Fax: (416) 449-2658  
www.janssen-ortho.com DULBO11013A

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

**Louise Poirier**  
Gérante de territoire  
Ouest du Québec et la région d'Ottawa-Carleton  
louise.poirier@ca.maynepharma.com

**Claude Fortin**  
Gérant de territoire  
Est du Québec et les provinces atlantiques  
claudio.fortin@ca.maynepharma.com

**mayne**

**Mayne Pharma (Canada) Inc.**  
18100. aut. Transcanadienne  
Montréal, Québec Canada H9J 4A1  
Tél.: (514) 428-4008 / 1-800-567-2855  
Fax : (514) 428-4007 / 7-800-471-9171

**AstraZeneca**

**Denis Lecompte**  
Oncologie - Représentant spécialiste exécutif

AstraZeneca Canada inc.  
Oncologie - Représentant spécialiste exécutif

Mississauga, Ontario Canada L4Y 1M4  
1-800-561-667-9825 Boîte vocal: 3211  
Res.: 418-667-9825 Fax: 418-667-9825  
Département des commandes: 1-800-461-3787  
denis.lecompte@astrazeneca.com www.astrazeneca.ca

**PURDUE**

**Purdue Pharma**

575, Granite Court  
Pickering, Ontario  
L1W 3W8

**Johanne Deshaies, B.A.A.**  
Représentante médicale  
johanne.deshaies@purdue.ca  
www.paincare.ca

Boîte vocale (sans frais)  
1 888 236-6042

CHRISTEL PÉTERS, C.F.P.C.  
Chef de territoire  
Lauréat du club de directeur général 2003 (Argent)

**VALEANT**  
Valeant Canada limitée/Limited

514-744-6792 / 1-800-498-6798 #2627  
Serv. Client : 1-800-361-4261 / Télécopieur : 1-800-361-4266  
4787 rue Levy, Montréal (Québec) H4R 2P9  
cpeters@valeant.com / www.valeantcanada.com