

Bulletin

Volume 17 • No 1 - Hiver 2009



Sommaire

Mot de la présidente	02
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04) - Répertoire des ressources disponibles en soins palliatifs	04
À l'unité des soins palliatifs comme à la maison	07
L'attachement et le détachement des soignants en soins palliatifs, dans un contexte de centre de jour	08
L'intervention en soins palliatifs, une tâche éprouvante sur le plan émotionnel	10
Présence à soi en présence de l'autre : épuisement ou vitalité ?	12
Le « Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs » : contenu et mode d'emploi	15
L'adaptation au stress des infirmières face aux deuils multiples : les stratégies de quête de sens	18
Le groupe d'échanges professionnels en soins palliatifs : une stratégie efficace d'apprentissage	22
Des nouvelles des régions du Québec L'Association d'Entraide Ville-Marie	25
Les soins que le soignant doit s'accorder	26

Prendre soin de soi comme intervenante ou intervenant en soins palliatifs

Plan directeur de développement
des compétences des intervenants
en soins palliatifs

Portrait de la région
Mauricie et Centre-du-Québec

Comité de rédaction

Mme Manon Champagne
Professeure
UQAT

Mme Thérèse Trudel
Révisseur

M. Jean Guy Renaud, MBA
Directeur général

Mme Jacqueline Dionne
Adjointe administrative

Permanence du Réseau de soins palliatifs du Québec

M. Jean Guy Renaud, MBA
Directeur général

Mme Jacqueline Dionne
Adjointe administrative

500, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 900
Montréal (Québec)
H3A 3C6

Tél. : 514 282-3808
Télec. : 514 844-7556
Courriel : info@aqsp.org

Imprimeur
K2 Impressions Inc.

Impression
1 500 copies

Infographie
Groupe Colpron
www.colpron.com

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

Veuillez faire parvenir vos articles en
format Word à : info@aqsp.org

www.reseaupalliatif.org

Prochaine parution
Printemps 2009

Tombée des textes
1^{er} mai 2009

Le mot de la présidente

Lorsque vous recevrez ce Bulletin, l'année 2009 sera amorcée depuis déjà un certain temps. Je vous souhaite tout de même une année remplie de belles réalisations et de beaux défis, autant dans votre vie personnelle que dans vos milieux professionnels.

Le milieu de l'hiver est souvent l'occasion de constater l'ampleur et l'exigence des interventions que nécessite notre implication auprès des personnes en fin de vie. Afin de poursuivre nos activités en soins palliatifs, ce Bulletin nous invite à prendre soin de nous. Les différents auteurs ont accepté de partager leurs expériences et vous confieront leurs réflexions sur cet art souvent négligé de se « dorloter » et, aussi, de mieux être présent à ses collègues.

Vous constaterez que Jean-Guy Renaud, directeur du Réseau, poursuit sa chronique des portraits des régions. D'ici peu, nous aurons un portrait complet des soins palliatifs au Québec.

S'il vous semble que l'hiver s'éternise, vous pouvez préparer le printemps des soins palliatifs, qui se manifestera par deux événements importants. En premier lieu, je vous invite à notre congrès annuel qui aura lieu les 16 et 17 avril, à Montréal, sous le thème « Entre science et compassion, où en sont les soins palliatifs? ». Dre Louise Champagne et Manon Champagne (eh oui!, la rédactrice en chef de ce Bulletin et la coprésidente du Congrès sont une seule et même personne, très énergique et généreuse de son temps!), avec la collaboration de la firme Pluri-Congrès, préparent deux journées très enrichissantes. C'est une belle façon de refaire le plein d'énergie. Vous trouverez les renseignements pertinents sur le site internet du Réseau (www.reseaupalliatif.org).



La Marche des soins palliatifs, deuxième événement, aura lieu le dimanche 3 mai. Si vous voulez organiser une marche, je vous réfère au site de l'Association canadienne de soins palliatifs (www.acsp.net) qui vous guidera dans la logistique d'une telle activité de collecte de fonds pour votre région.

En terminant, je me joins aux rédacteurs de cette édition et vous invite à prendre soin de vous. Un vieux proverbe nous le rappelle: « Qui veut aller loin, ménage sa monture »!

Justine Farley ■

Photo de la couverture :

Merci à Irène Hurtubise et Janette Bernier, résidentes des Promenades du Parc à Longueuil. Au centre, Suzanne Larin, infirmière, représente l'intervenante dans la thématique « Prendre soin de soi ».



VOUS AVEZ DES PROJETS DE VIE...

Le Réseau de soins palliatifs du Québec offre des **bourses** pour encourager l'excellence et la recherche en **soins palliatifs**.

- **Bourse Louise-Bernard 5 000 \$** (projets touchant le bénévolat)
- **Bourse Derouin-Renaud 5 000 \$** (projets pour bénévolat ou professionnels)
- **Bourse Wyeth 10 000 \$** (projets ayant un impact provincial, national ou international)
- **Prix Reconnaissance** (individus ou groupes impliqués)

Date limite pour poser les candidatures : **le 6 mars 2009**
(par la poste ou Internet)

Seulement les gagnants seront annoncés au Congrès de soins palliatifs. Le Congrès aura lieu à l'Hôtel Hyatt Regency, les **16 et 17 avril 2009**.

Inscrivez-vous maintenant
Formulaires et procédures au www.reseauapalliatif.org

Réseau de soins palliatifs du Québec
500, Sherbrooke Ouest, Suite 900
Montréal (Québec) H3A 3C6

514 282-3808 • poste 2001



CONGRÈS DU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS 2009

*Entre science et compassion :
où en sont les soins palliatifs ?*

Montréal, Hôtel Hyatt Regency
(dans le Complexe Desjardins)

Judi 16 avril 2009
Vendredi 17 avril 2009

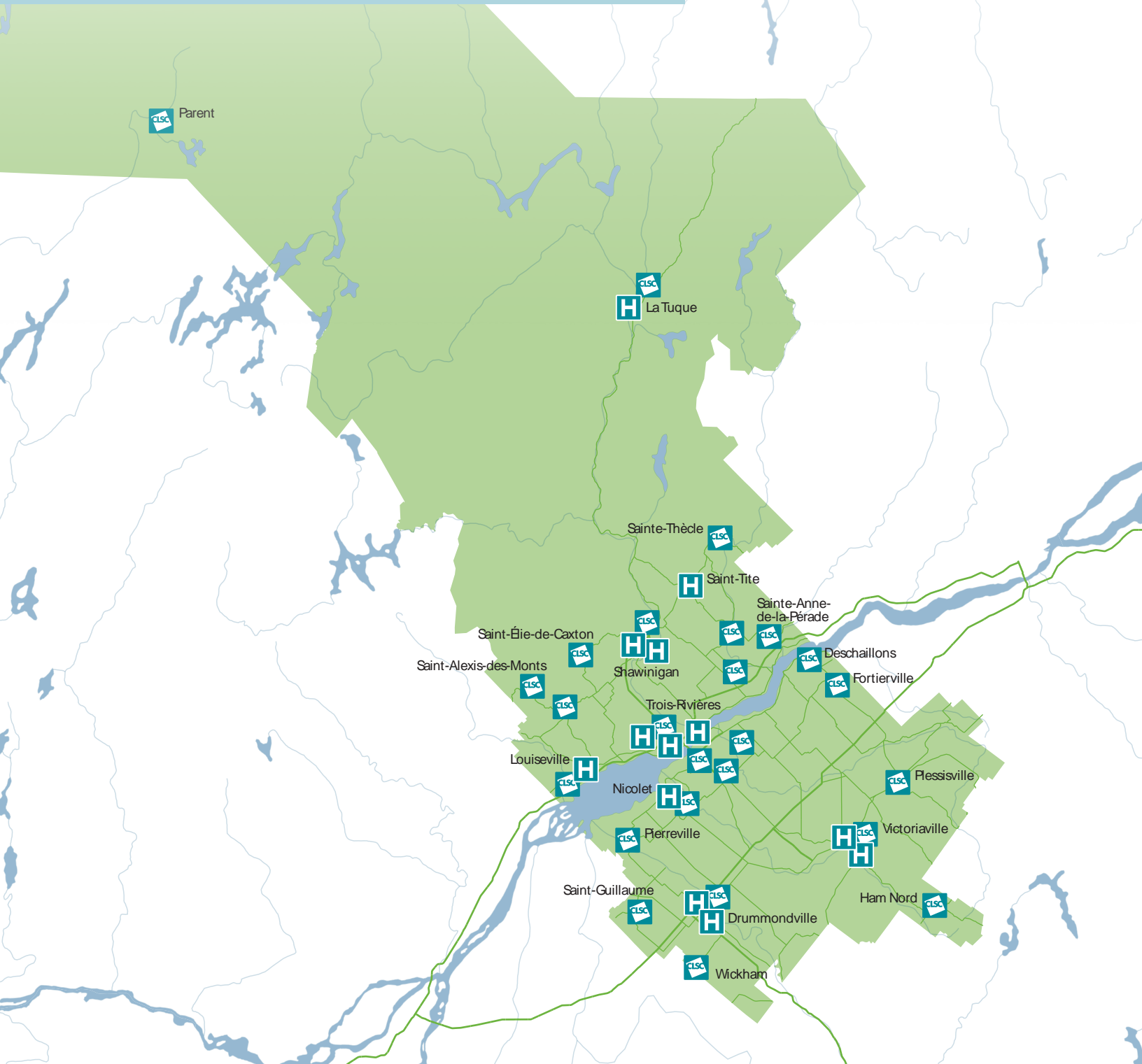
Réservez dès maintenant à votre agenda!



Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04)

Répertoire des ressources disponibles en soins palliatifs

Par: Jean Guy Renaud, directeur général,
Réseau de soins palliatifs du Québec



Territoire

La région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec regroupe deux régions administratives, la Mauricie et le Centre-du-Québec. Elle porte bien son nom. Si le Québec s'est construit autour du fleuve et que Trois-Rivières trône exactement entre Montréal et Québec, cette région s'étale sur les deux côtés du Saint-Laurent. Drummondville et Trois-Rivières en sont les principales villes. Ce sont des arguments percutants pour la nommer Centre-du-Québec.

Population et structure

Avec une population de près de 485 000 habitants, la Mauricie et Centre-du-Québec compte 7 % de la population du Québec et occupe 3 % de sa superficie, ce qui en fait la cinquième région la plus peuplée du Québec. Le territoire de l'Agence est divisé en huit (8) CSSS qui gèrent chacun quelques CLSC. Pourquoi insister sur les CLSC? Parce qu'ils sont la porte d'entrée officielle pour obtenir des services et des informations de notre système de santé. Nous retrouvons la liste des CLSC de la région 04 au tableau 1. Nous reproduisons encore l'adresse du site pour retracer le CLSC auquel est rattaché un patient. Son code postal de domicile est nécessaire, puisqu'il le situe géographiquement.

www.msss.gouv.qc.ca/reseau/info_sante.html

Une adresse plus conviviale aurait été appréciée, mais le Ministère a quand même pensé à cet outil très utile. N'oubliez pas la barre de soulignement entre info et sante.

Comme ailleurs au Québec, le vieillissement de la population est un défi grandissant. De 83 000 aînés aujourd'hui (16 %), cette proportion grimpera à 30 % en 2026 avec plus de 141 000 aînés.

Avec 21 % des hospitalisations, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation. Elles sont suivies des maladies de l'appareil digestif et des maladies de l'appareil respiratoire (12 % chacune), des tumeurs, des traumatismes et des empoisonnements (10 % chacun).¹

Lits disponibles

Au tableau 2 se trouve le nombre de lits disponibles dans cette région administrative tel que fourni par le Ministère. Les lits de réadaptation sont moins pertinents à notre enquête mais sont inclus pour respecter l'intégralité du tableau.

Tableau 1

Réseau de la santé et des services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec

CSSS Trois-Rivières	
CLSC Centre Cloutier du Rivage	819 370-2100
Centre de service de l'horloge (Cap-de-la-Madeleine)	819 370-2100
Centre de service des Forges	819 379-7131
Centre de service Marguerite-Bourgeois	819 379-7131
CSSS Maskinongé	
Point de service Comtois	819 288-2731
Point de service Saint-Alexis-des-Monts	819 228-9485
Point de service Saint-Paulin	819 268-2572
CSSS Drummond	
CLSC Drummond	819 474-2572
CSSS Vallée-de-la-Batiscan	
CLSC Sainte-Geneviève-de-Batiscan	418 362-2727
CLSC Saint-Tite	418 365-7555
CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska	
Centre Fortierville	819 287-4442
Point de service Gentilly (Bécancour)	819 298-2144
Point de service Saint-Grégoire	819 233-3123
Point de service Saint-Léonard-d'Aston	819 399-3666
CSSS de l'Énergie (Shawinigan)	
CLSC Centre-de-la-Mauricie	819 539-8371
CSSS Arthabaska et de l'Érable	
Point de service Ham-Nord	819 344-2776
CLSC de l'Érable	819 362-6301
Point de service boulevard Bois-Francis	819 758-7281
CLSC Suzor-Côté	819 758-7281
Point de service Place Bourque (Saint-Louis)	819 362-6301
CSSS du Haut-Saint-Maurice	
CLSC du Haut-Saint-Maurice (La Tuque)	819 523-4581
Point de service de Parent	819 667-2329

Sans juger des priorités de l'Agence, il n'est fait aucune mention de «soins palliatifs» dans le résumé exhaustif et complet des services rendus et des spécialités maintenues, du chapitre un du rapport annuel. Il faut se rendre à la page 109 pour y lire les priorités en soins palliatifs.

Dans les documents officiels de l'Agence, on définit bien la différence entre établissement

et installation. Un CSSS est l'établissement, responsable administratif des budgets et des ressources humaines. Un CLSC est une installation qui dispense des services à la population, tout comme un CHSLD et un CH. Ces installations relèvent toutes d'un CSSS. C'est pourquoi le CLSC est l'installation importante pour l'utilisateur.

Tableau 2

Nombre de lits disponibles sur le territoire pour l'ensemble des soins de santé²

Type	Public	Privé	Total
Centre hospitalier (CH)	1 154	0	1 154
Centre d'hébergement (CHSLD)	2 698	102	2 800
Centre de réadaptation (CR)	721	9	730

Soutien à domicile

Douze mille quatre cent soixante-deux personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services à domicile dispensés par les CSSS, ce qui représente 15,3 % de la population totale des 65 ans et plus.

En moyenne, ces personnes reçoivent 23,5 interventions par année à domicile par les CSSS. S'ajoute aux interventions des CSSS, un volume important d'aide à domicile offert par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique ou par des personnes recrutées par l'utilisateur ou ses proches (chèque emploi-service ou services de gré à gré). En considérant ces autres fournisseurs de services, une personne en perte d'autonomie a reçu une moyenne de 28,1 interventions à domicile en 2007-2008.³

Les données spécifiques aux soins palliatifs en soutien à domicile sont différentes. Le rapport annuel de la région 04 soutient que les CSSS ont rejoint plus de personnes nécessitant des soins palliatifs à domicile que ce qui était attendu. La moyenne de visites par patient suivi a été de 21,6.⁴

Chantal Lehoux, responsable du programme de soins palliatifs à l'Agence précise que 1 550 personnes ont bénéficié du programme de soins palliatifs à domicile durant la dernière

année complétée. Elle ajoute que plus de 11 infirmières pivot en oncologie (11,25) sont actives sur le territoire et qu'elles sont appuyées par des équipes de soins palliatifs, selon la structure des CSSS. Madame Lehoux mentionne que des crédits de développement que nous avons interprétés comme de l'argent nouveau avaient été injectés en formation et en personnel pour les soins palliatifs. Il y a eu 200 000 \$ l'an dernier et 300 000 \$ cette année. Enfin elle insiste sur le concept de « fluidité dans le continuum ». C'est le principe par lequel un patient de soins palliatifs peut recevoir des soins à domicile organisés assez tôt dans le diagnostic et qu'il puisse être admis rapidement à l'hôpital sans passer par l'urgence, le moment venu. Certaines sous-régions ont connu un succès et on s'affaire cette année, à répandre le concept aux autres sous-régions.

Maison Albatros

La maison Albatros est en activité depuis 1987 et offre 6 lits de soins palliatifs. Elle est appuyée par une centaine de bénévoles et une fondation du même nom qui lui assure une base financière. La Maison travaille de concert avec l'Agence et les CLSC de la région de Trois-Rivières. Elle accepte aussi des malades directement pour offrir du répit aux aidants naturels. Ces malades apprivoisent et apprécient les services offerts. Ils reviendront terminer leurs jours ici pour la

plupart. Le directeur général Gilles Sénéchal peut être joint au 819 375-3323.

Dans le secteur Drummondville, une résidence privée offre 3 lits de soins palliatifs financés par la fondation René-Verrier. On peut y accéder en passant par son CLSC.

Corporation Albatros

La Corporation Albatros est née de la Maison mais vole de ses propres ailes (jeu de mots facile). Avec un mandat provincial, elle offre de la formation aux bénévoles dans plusieurs régions du Québec, en plus de Trois-Rivières. Nous en avons répertorié à Montréal, en Montérégie et en Abitibi.

Ratio

Avec 45 lits dédiés aux soins palliatifs sur le territoire, la région administrative 04, Mauricie et Centre-du-Québec offre un ratio de 46 lits de soins palliatifs par 500 000 de population. Depuis le début de notre enquête, nous nous appuyons sur la norme de 37 lits par 500 000, mais le Ministère a haussé cette norme à 50 depuis l'an dernier. Néanmoins, la région est avantageusement servie en termes de lits car lorsqu'on parle de lits dédiés, on sous-entend des équipes de soins complètes. ■

Tableau 3

Les établissements offrant des lits de soins palliatifs sur le territoire de la Mauricie et Centre-du-Québec

Nom des établissements	Nombre de lits
Centre Régional de Trois-Rivières	4 lits regroupés
CSSS de Trois-Rivières	2 lits regroupés Centre Cloutier du Rivage
CSSS de l'Énergie	4 lits regroupés Site hôpital Centre-Mauricie 1 lit Résidence Saint-Georges (privée)
CSSS de Drummond	6 lits regroupés Site hôpital Ste-Croix 3 lits Site Centre hébergement Saint-Frédéric (privé)
CSSS d'Arthabaska et de l'Érable	5 lits regroupés site hôpital Hôtel-Dieu
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yasmaska	2 lits regroupés Site Centre hébergement Christ-Roi
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	7 lits disséminés CHSLD
CSSS de Maskinongé	3 lits site Point de service Comtois
CSSS du Haut-Saint-Maurice	2 lits regroupés CHSLD
Maison de soins palliatifs Albatros	6 lits regroupés
Total	45 lits de soins palliatifs

1. Rapport annuel de gestion 2007-2008, pages 15 et 17. <http://www.agencesss04.qc.ca/documents/2008/Rapport%20annuel%20gestion%2007-08.pdf>

2. Selon Ministère: <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02SommLitsPlacesreg.asp?CdRss=04>

3. Rapport annuel page 73

4. Rapport annuel page 110.

À l'unité des soins palliatifs comme à la maison

Par: Philippe Blouin M.Ps., Ph.D. (c)
Psychologue, interne en psychologie à l'hôpital Notre-Dame de Montréal

À l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, au bout du corridor du cinquième étage du pavillon Deschamps, il y a l'unité des soins palliatifs avec ses grandes portes métalliques, la plupart du temps ouvertes, mais parfois fermées, qui font le pont entre deux mondes; celui du curatif et celui du palliatif. L'unité des soins palliatifs, la première fois que j'y suis entré, m'a laissé une impression d'autant plus forte que son atmosphère et son ton tranchent avec ceux du reste de l'hôpital. Il semble qu'elle n'appartient pas tout à fait à l'hôpital, qu'elle lui est surimposée, greffée, qu'il existe une distance ontologique entre celle-ci et le reste du bâtiment. Le lieu physique en tant que tel, de la manière dont il est traité, parle de cette distance. D'abord du tapis, ce qui est une excentricité dans un hôpital, et puis des tableaux sur les murs et, parfois, de la musique classique, très discrète, en trame de fond. La couleur qui a été choisie pour recouvrir les murs évoque la tranquillité du crépuscule. Et puis il y a le rythme qui est différent. Le personnel ne court pas. Peu de gens à la fois circulent dans le corridor. On n'est pas pressé! L'unité se donne des airs de maison alors qu'ailleurs dans l'hôpital, l'image qui domine est plutôt celle du laboratoire. Laboratoire où ce qui compte réellement est d'isoler la maladie du corps du malade comme dans une éprouvette on cherche à isoler les impuretés qui baignent dans une solution d'H₂O. Les autres unités sentent le combat. Nous sommes en guerre! Et il faut faire vite. Les corridors fourmillent de gens en uniformes,

tous différents selon les grades. On se déplace rapidement car on veut rattraper le temps. À l'unité, plusieurs membres du personnel portent le même sarrau blanc, d'autres sont en civil, de sorte, qu'au début, il m'est arrivé de confondre un bénévole avec un médecin, le membre du rang avec l'officier. Cette hiérarchie, essentielle sur les autres étages, semble moins importante à l'unité comme lorsque, après la défaite, les généraux prennent un verre avec les soldats d'infanterie, pour communier autrement que dans le combat, pour communier dans un même deuil; deuil de la puissance, deuil de l'espoir de la victoire sur l'ennemi commun.

« Dans le long corridor qui y mène, le patient est invité à faire un cheminement intérieur qui l'amènera à pivoter d'une volonté de saisissement à une volonté d'évocation. »

J'ai eu des patients très mal en point sur les étages qui, sachant que leur lutte contre le cancer avait échoué, ne parlaient plus que de retour à la maison. La plupart du temps, ils ne rentraient pas chez eux mais aboutissaient plutôt à l'unité des soins palliatifs lorsqu'une place s'était libérée. Et ils ne sont pas trop trahis dans leur espérance car la maison, c'est d'abord une attitude. La maison, c'est d'abord un lieu de repos et de dessaisissement et à la maison, ce que nous cherchons à faire n'est plus tant d'arracher à

la vie un quelconque avantage que de se déposer dans des relations significatives. Ce n'est plus tant de rencontrer l'autre dans son rôle que de lui faire face comme personne et comme être humain. Sur les étages de l'hôpital, le corps est au centre de la mise en scène; traitements contre la maladie, appareils de toutes sortes qui entourent ce corps que l'on cherche à saisir dans sa réalité biologique. Tout est mis en place pour qu'on y entre en relation avec des corps-machines. À l'unité des soins palliatifs comme à la maison, le corps n'est plus tant une matière à saisir qu'une histoire à évoquer. Dans le long corridor qui y mène, le patient est invité à faire un cheminement intérieur qui l'amènera à pivoter d'une volonté de saisissement à une volonté d'évocation. Il est invité à abandonner son rôle de patient, rôle surimposé de l'extérieur par une mise en scène adéquate, pour redevenir en substance une personne, c'est-à-dire une histoire qui s'évoque, une entité fermement insaisissable, en mouvement et en devenir. J'ai souvent eu l'occasion d'être témoin de ces passages car mon bureau se situe dans ce même corridor. Je vois donc des personnes passer sur des lits à roulettes et je me dis qu'ici, un changement de perspective s'impose car le corridor est un seuil entre deux mondes qui se juxtaposent. Et je me dis aussi que c'est par l'attitude du personnel, attitude dessaisie faite de gestes d'humanité, de regards empathiques et de silences pleins, que la personne malade comprendra intuitivement qu'elle est enfin de retour à la maison. ■

L'attachement et le détachement

des soignants en soins palliatifs, dans un contexte de centre de jour

Par: Micheline Mercier,
Bénévole au centre de jour, Maison Michel-Sarrazin

Micheline Mercier est bénévole au centre de jour de la Maison Michel-Sarrazin. Ce centre est fréquenté par des personnes atteintes de cancer en phase palliative (cancer avec métastases ou récidivant), à raison d'une journée par semaine. Ces « invités » du centre de jour et leurs proches sont à la recherche de la meilleure qualité de vie possible. Le programme hebdomadaire du centre de jour prévient l'isolement, aide à briser le sentiment qu'il n'y a plus rien à faire et à faire apprécier la vie qui reste.

Le texte qui suit de madame Mercier, sur l'attachement et le détachement des soignants envers les patients en soins palliatifs, a suscité une réflexion plus profonde au sein de l'équipe du centre de jour, et il est à l'origine d'un atelier de formation préparé par le service psychosocial de la Maison Michel-Sarrazin.

Dernièrement, une invitée nous a quittés en l'espace de deux semaines. Son décès rapide a provoqué une petite commotion, autant dans l'équipe que pour nos autres invités. L'attachement envers cette personne était perceptible pour plusieurs. Mais qu'en est-il de cet attachement vécu au centre de jour, qui est un contexte différent de la phase terminale? Voici quelques pistes de réflexion.

Au départ, nous recevons de parfaits inconnus avec leur passé, leur personnalité propre. Leur seul dénominateur commun est la

maladie et la demande de service. Au fil des semaines, nous apprenons à les connaître un peu mieux, en autant qu'ils se livrent à nous. Il ne faut pas oublier que nous les percevons avec notre paire de lunettes et que souvent, la famille a une autre paire de lunettes.

Avec certaines personnes, l'attachement se fait spontanément. Elles sont facilement « aimables », ce que j'appelle avoir les mêmes « atomes crochus » qui viennent probablement de valeurs communes, de notre éducation, de nos intérêts et références dans la vie. Leurs confidences très personnelles peuvent influencer notre relation et nous faire croire



que l'on devient leur ami, un grand danger qui nous guette.

D'autres, parfois, forcent notre admiration : leur courage, leur détermination, leur philosophie face à leur souffrance, leur joie de vivre malgré tout, nous ramènent à nos propres questionnements et fragilités. Dans cette même situation, que ferais-je? Et que dire des jeunes atteints dans la fleur de l'âge, ce qui défie l'ordre normal des choses? D'autres jouent un rôle prépondérant dans le groupe, en fonction de leur cheminement et expérience de vie. Elles supportent les nouveaux invités, elles deviennent des complices, des modèles. Elles donnent « au suivant » et c'est souvent très émouvant ce qui se vit entre eux. Alors oui, on s'attache facilement devant l'admiration.

Je ne voudrais pas oublier qu'on s'attache aussi à des invités plus difficiles. Ça prend parfois plus de temps mais je l'ai constaté à plusieurs reprises. Ces personnes sont parfois désagréables par leurs exigences, leur méfiance à notre égard, leurs propos blessants, mais quand on comprend leur grande souffrance, leur vulnérabilité, leur solitude, leur détresse, qui souvent les transforment, on peut les atteindre et les aimer aussi.

Au départ, je croyais que la durée de séjour avait une influence sur notre attachement,

mais je n'en suis plus aussi sûre; pour certains oui, après un ou deux ans, ils font partie de la famille si je peux dire, alors, on pense qu'ils sont moins malades. Erreur. Pour d'autres, nous sommes influencés par la qualité de la relation, même en peu de temps et pour toutes les raisons mentionnées précédemment. Je n'ai pas cerné toutes les explications à cet attachement et il doit probablement y avoir des raisons inconscientes, tel un phénomène d'identification ou de transfert de notre propre vécu.

Après ces quelques hypothèses sur l'attachement, comment aborder et vivre le détachement? Ça m'apparaît très lié au monde des émotions et les réactions sont très différentes d'une personne à l'autre et, selon ce que je vois, liées au cheminement propre à chacun.

Devant les personnes très souffrantes, nous voyons tout comme elles l'évolution de la maladie et nous aspirons à ce qu'il y ait un terme le plus serein possible. Certaines personnes cheminant, se préparent et discutent ouvertement de leur fin de vie. Cela aide aussi à nous préparer à leur départ. Je dirais

aussi que les discussions en équipe sur leur évolution, tant physique que psychologique, nous préparent à accepter cette échéance. Pour les personnes désirant être admises à la Maison pour leur fin de vie, et prises en charge par les infirmières de liaison, ceci nous rassure grandement et on sait que la boucle va se boucler dans la continuité des soins. C'est très réconfortant.

Devant la grande implication des membres de la famille et des autres proches et, parfois, devant leur propre épuisement, nous comprenons que le départ, bien que douloureux, sera pour eux un apaisement bien mérité. Leur visite et leurs témoignages après le décès sont aussi importants pour eux que pour les invités qui restent et l'équipe. On se rappelle de bons moments.

Nous trouvons parfois difficile d'annoncer un décès aux invités qui réclament des nouvelles des absents. Nous devons déployer tout notre tact et notre compassion pour leur expliquer, ce qui les ramène à leur propre finalité. Mais d'en parler avec eux est très significatif pour nous tous.

Et pour terminer, il ne faudrait pas oublier nos propres vulnérabilités. Pourquoi suis-je touchée par ce deuil plus que par un autre? Dans quelle période de ma vie suis-je? Pourquoi est-ce que je réagis plus intensément? Quelle était véritablement la relation tissée avec cette personne? La réponse est à l'intérieur de nous et dans ces moments, il faut accepter d'en parler et même parfois d'être consolée par l'équipe qui nous entoure, pour se recentrer sur notre rôle d'accompagnement.

Je vous invite tous à poursuivre cette réflexion. ■

« Des nouvelles des régions du Québec », une chronique qui vous appartient

Que se passe-t-il dans vos milieux? Quels sont les projets et les réalisations dont vous êtes particulièrement fiers? Quelles sont les initiatives ayant été prises dans vos régions et qui pourraient désormais être inspirantes pour des intervenants d'autres régions? La chronique « Des nouvelles des régions du Québec » vise à faire connaître ces initiatives et réalisations. Déjà plusieurs personnes se sont prévaluées de cette possibilité dans la dernière année. Nous vous encourageons à continuer à nous transmettre des nouvelles de vos régions respectives. Pour publier un texte, vous êtes invités à communiquer avec le secrétariat du Réseau.

Au plaisir de vous lire!

500, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 900
Montréal (Québec)
H3A 3C6

Tél. : 514 282-3808
Télec. : 514 844-7556
Courriel : info@aqsp.org



L'intervention en soins palliatifs, une tâche éprouvante sur le plan émotionnel

Par : Jean Decoster, Ph.D.
Psychologue, Québec

Cet article propose d'identifier certaines difficultés psychologiques qui sont fréquemment associées à l'intervention auprès des personnes mourantes et de leurs proches et suggère des mesures de support bien concrètes.

L'intervention au cœur d'un drame humain très éprouvant, la fin d'une vie

Bien qu'elle soit adoucie par la force de nos croyances religieuses et spirituelles, la mort est un phénomène tragique, déchirant, qui est souvent générateur d'angoisse et d'émotions intenses et douloureuses. Et les gens qui interviennent auprès des personnes mourantes et de leurs proches s'exposent à vivre de façon plus ou moins prononcée ces angoisses et ces émotions pénibles.

L'angoisse de solitude

Être confronté à une mort prochaine en raison d'une maladie grave, c'est envisager bien concrètement de devoir se séparer de ceux et de celles qu'on aime. C'est faire l'expérience de la solitude dans sa forme la plus pénible. Le réconfort du mourant s'effectue par une qualité de présence à l'autre, souvent silencieuse, calme et apaisante, où l'intervenante accepte de partager avec empathie l'angoisse, voire même la détresse de la personne malade plutôt que de fuir cette troublante situation. En accompagnant une personne en phase terminale dans sa solitude d'être mourant, l'intervenante est appelée à éprouver elle-même cette angoisse d'abandon et de solitude. C'est

particulièrement lorsque survient un décès que cette angoisse est sujette à se manifester le plus intensément, provoquant un vague sentiment de malaise qui est souvent difficile à identifier. Il est, de ce fait, très important que chaque membre d'une équipe soignante auprès d'une personne mourante puisse compter sur le support de ses collègues en étant accueilli avec chaleur et sympathie dans l'expression des sentiments et des émotions qui l'habitent. La parole possède un effet libérateur, presque magique, quand elle est accueillie avec respect, attention et sollicitude.

« Être confronté à une mort prochaine en raison d'une maladie grave, c'est envisager bien concrètement de devoir se séparer de ceux et de celles qu'on aime. »

Une autre forme de solitude affecte plus spécialement les infirmières qui œuvrent en centre hospitalier. Force est de constater que celles-ci sont généralement confrontées à une charge de travail très lourde. De ce fait, les compagnes de travail d'une infirmière

qui vient de passer du temps à réconforter une personne mourante ont souvent peu de temps à lui consacrer pour partager avec elle les émotions pénibles qui l'habitent. De plus, les intervenantes qui consacrent du temps au réconfort des personnes mourantes sur une unité régulière de soins se voient parfois marginalisées par leurs collègues du fait qu'elles leur imposent un surcroît de travail. Ces intervenantes sont donc exposées à vivre de la solitude au sein même de leur équipe de travail. Pour pallier cette situation, il est important de promouvoir au sein des équipes de soin l'importance des interventions de réconfort effectuées auprès des patients et du temps qui est consacré à cette tâche. À cette fin, il s'avère toujours pertinent d'intégrer dans les programmes de formation continue en soins médicaux un volet de sensibilisation au vécu et aux besoins des personnes mourantes.

L'impuissance

Dans leur travail auprès des personnes mourantes, les intervenantes sont fréquemment confrontées à des situations où elles se sentent impuissantes: incapacité à guérir le malade, à soulager sa douleur, sa détresse et parfois même à l'accompagner vers une mort sereine et paisible. C'est également

parfois l'incapacité d'intervenir comme elles le souhaiteraient, en fonction de leurs valeurs et de leurs croyances sur les plans humain et spirituel. En acceptant le fait que soigner une personne ne consiste pas uniquement à tenter de la guérir mais consiste également à la soulager et à la réconforter, l'intervenante se sentira beaucoup moins impuissante en présence d'une personne mourante. N'entend-on pas souvent dire que le *TLC*¹ à forte dose est le traitement le plus apprécié des personnes mourantes!

Les intervenants vivent parfois de l'impuissance dans le processus même d'accompagnement des personnes mourantes, c'est-à-dire dans leurs tentatives de les réconforter et de les supporter. C'est parfois l'état de santé du malade qui vient compliquer cette démarche d'accompagnement: complications médicales soudaines qui ravivent ses souffrances, coma, confusion, perte soudaine de certaines fonctions physiques essentielles à la communication. L'attitude du malade ou de ses proches contribue parfois à camper l'intervenant dans une situation d'impuissance. Certains malades refusent l'aide qu'on leur offre. Il arrive également que certains intervenants se donnent de très gros mandats dans leur démarche d'accompagnement de la personne mourante et de ses proches et qu'ils soient par la suite déçus de constater que ceux-ci ne réagissent pas en fonction de leurs attentes et de leurs espérances.

Ce sentiment d'impuissance origine parfois d'une difficulté à trouver le temps nécessaire pour offrir aux malades cette présence réconfortante dont ils ont besoin. Les intervenantes qui sont sensibilisées au vécu des personnes mourantes ressentent le besoin de leur accorder de la présence et de l'attention. Bien souvent, par contre, la lourdeur de leur tâche de travail ne leur permet pas de consacrer suffisamment de temps à cette fin. Les compromis parfois importants qu'elles doivent faire sur ce plan dans la gestion des soins qu'elles prodiguent à leurs patients ont souvent pour effet d'alimenter le sentiment d'impuissance qu'elles éprouvent devant la détresse de ces derniers.

Il est très inconfortable de se sentir impuissant en présence d'un être humain qui vit de la souffrance et de la détresse. Le fait d'être exposé sur une longue période de temps à ce type de malaise peut générer chez les intervenants des effets négatifs sur leur propre santé physique et psychologique.

Il s'avère donc important de bien identifier la source de nos malaises dans nos interventions auprès des personnes mourantes et de mettre en œuvre des solutions qui soient faciles à appliquer dans le quotidien pour en contrer les effets négatifs. Un de ces moyens consiste à créer un lien de confiance avec des collègues qui partagent nos valeurs, nos convictions ainsi que notre façon d'intervenir de façon à pouvoir se donner un support mutuel dans le quotidien. Rappelons également qu'une vie personnelle active et épanouissante peut grandement aider à assumer la forte charge émotionnelle qui est souvent associée à ce type d'intervention.

« Il est très inconfortable de se sentir impuissant en présence d'un être humain qui vit de la souffrance et de la détresse. »

La dévalorisation personnelle

Le travail quotidien en soins palliatifs génère de nombreuses situations qui amènent les intervenants à se questionner sur la convenance et la qualité de leurs interventions. Ce sont parfois les patients souffrants, anxieux et irritables, qui exigent d'eux ceci et cela de façon impérative et qui les blâment durement pour un oubli, un retard ou une maladresse occasionnelle. Ce sont aussi parfois les membres de leur famille qui sont aux prises avec de fortes émotions négatives qui se déchargent de leur ressentiment et de leur culpabilité en exprimant au personnel soignant des blâmes et des reproches injustifiés. Motivés par leur désir de répondre au mieux aux besoins et aux exigences des personnes qu'on a confiées à leurs soins, certains intervenants outrepassent, bien souvent sans s'en rendre compte, leurs propres limites physiques et émotionnelles. Dans un tel contexte, il peut devenir très difficile de trouver de la satisfaction dans son travail et d'y développer un sentiment positif de valeur personnelle.

Cette démarche objective d'appréciation de soi dans son travail et de reconnaissance de sa valeur personnelle, l'intervenante peut difficilement la réaliser seule. Celle-ci a besoin de recevoir des commentaires favorables de ses collègues de travail pour être capable de s'apprécier à sa juste valeur. De là l'importance de cultiver un esprit positif au sein de l'équipe de travail, qui porte les gens

à remarquer et à souligner les aspects positifs chez l'autre et à lui témoigner leur appréciation et leur soutien. Les intervenantes qui œuvrent auprès de personnes mourantes ont besoin d'évoluer au sein d'une équipe où règnent une chaleureuse solidarité ainsi qu'une constante disponibilité à accueillir l'autre lorsqu'elle est affectée par une situation particulièrement éprouvante sur le plan émotionnel. Il va de soi que cet objectif ne peut être réalisé sans le support de l'institution hospitalière. Dans les unités de soins palliatifs ainsi que dans toutes les unités où l'on dispense des soins à des personnes mourantes, on devrait régulièrement mettre à l'ordre du jour des réunions d'équipe des moments où les intervenantes seront invitées à s'exprimer sur les difficultés qu'elles rencontrent dans leur pratique et à élaborer des solutions créatives qui devront alors être rapidement mises en place par la direction.

Conclusion

Dispenser des soins auprès des personnes en phase terminale s'avère généralement une expérience très enrichissante sur les plans humain et spirituel. Intervenir dans un tel contexte constitue toutefois une tâche éprouvante sur le plan émotionnel qui peut générer certains malaises psychologiques qui ne sont pas toujours faciles à identifier. C'est parfois dans le cadre d'une réflexion personnelle, mais bien plus fréquemment au cours d'un échange chaleureux avec un collègue qui leur accorde un moment d'attention soutenue que les intervenants parviennent à identifier la source de leur malaise et à trouver des moyens pour en contrer les effets négatifs sur leur qualité de vie et leur santé. Ainsi, toute mesure de support professionnel auprès des personnes qui sont quotidiennement en contact avec la souffrance et la mort devrait prendre en compte cet important besoin: favoriser l'expression du vécu émotionnel et affectif, dans un climat de confiance réciproque et d'appréciation mutuelle. ■

1. *TLC*: *Tender loving care*

Présence à soi en présence de l'autre : épuisement ou vitalité ?

Par: Marie-Hélène Carette, D. Min.
Faculté de théologie et de sciences religieuses
Université Laval

Lorsque l'on m'a demandé d'écrire dans ce numéro du Bulletin du Réseau de soins palliatifs qui s'intéresse au thème « Prendre soin de soi », je ne pouvais me soustraire à cette demande car je contribue précisément, dans mes tâches de formatrice, à éveiller les professionnels de tous âges à honorer ce que j'appelle leur « mandat d'intégrité ».

Il semble évident qu'aujourd'hui, les professions du *caring* se retrouvent en panne de sens: bon nombre d'intervenantes et d'intervenants frôlent l'épuisement professionnel tôt ou tard durant leur parcours. Ma pratique m'a appris au fil des années que prendre soin des autres peut mobiliser les forces vives durant plusieurs années, au nom d'un idéal élevé; pourtant, l'idéal ne « tient pas la route » bien longtemps si la personne ne prend pas soin d'elle aussi. Et c'est là précisément que le bât blesse: prendre soin de soi semble égoïste, individualiste, alors que tant de personnes sont dans le besoin. Se pourrait-il que la résistance à prendre soin de soi provienne d'une difficulté à nous dégager de l'image du sauveur que nous aurions intériorisée, en même temps qu'un mépris à peine avoué de l'égoïsme?

Or, il arrive un moment où la personne s'épuise insidieusement à vivre en extériorité, POUR les autres, et alors, se retrouve confrontée à regarder qui elle est et qui elle devient. Plusieurs études nous révèlent que les personnes au profil de « sauveurs » se seraient construites ainsi pour compenser un sentiment de vide. Les travaux d'Alice Miller sont éclairants à cet égard.

Cependant, pour les besoins de cet article, je propose plutôt une démarche de relecture de l'expérience afin que chacun puisse en arriver à se voir autrement et réaliser qu'il est possible de prendre soin de soi, découvrant ainsi et honorant ce que j'appelle sa consistance intérieure comme « sujet ». Je propose un modèle de relecture de l'expérience que j'ai nommé contrat d'intégrité. Quelques éléments de mon parcours vous indiqueront d'où je suis partie pour en arriver à la certitude « expérientielle » qu'il est possible et même passionnant de se rendre présent à soi en présence de l'autre, et que cela interpelle un art de vivre davantage que l'application d'une recette!

En effet, depuis plus de vingt ans, confrontée à la question de l'épuisement professionnel qui touchait de près les intervenants des champs de la pastorale et de l'engagement communautaire où prévalent les valeurs du *caring*, j'ai mené une recherche doctorale sur le thème de l'accueil de soi des personnes-clefs en pastorale, recherche qui n'a cessé d'évoluer puisqu'elle touchait de plein fouet la question centrale de la présence à soi en présence de l'autre. Et chemin faisant, j'ai pu constater que ce thème de l'accueil de soi, porte étroite s'il en est une, devenait en

quelque sorte une clef de voûte pour tout intervenant se rattachant aux professions du « prendre soin ».

Je m'étonne de constater qu'encore aujourd'hui, dans nos professions du *caring*, la dernière réalité qui semble prise en considération est celle du chemin de l'accueil de soi, au profit des chemins de la performance régis par la logique de l'urgence. Plusieurs résistances se dressent, que je reformulerais en trois questions auxquelles cet article tentera d'apporter des pistes.

- 1) Est-ce que l'oubli de soi et le don de soi auraient tellement pris de place dans notre héritage judéo-chrétien, que l'on verrait comme égoïste et individualiste la réalité de l'accueil de soi?
- 2) Comment se fait-il qu'il faille en être rendu « au bout du rouleau » pour reprendre le chemin des sources du Soi?
- 3) Y aurait-il des possibilités de s'accueillir, de s'unifier et de répondre aux besoins divers, tout en demeurant fidèle à un « mandat d'intégrité » au cœur de nos contextes actuels si exigeants?

TEMPS ESPACE

Tout d'abord, qu'entend-on par accueil de soi en intervention? Il semble que cette réalité s'envisage le mieux sous l'angle de l'expérience: comme un «prendre soin» qui ouvre un chemin de présence à soi en présence de l'autre; un chemin de vérité par rapport à soi, de désencombrement; de disponibilité intérieure pour l'accueil de l'autre. Le chemin d'une vie pleine pour employer une expression chère à Carl Rogers.

Un chemin que l'on prend semble-t-il, en dernier recours puisqu'il n'est pas naturel de s'accueillir; s'accueillir suppose relire mon expérience, me place face au ressenti de mes limites derrière la façade professionnelle; or, quoi faire avec sa vulnérabilité, voire son impuissance, là où l'autre souffre? Et si l'accueil du ressenti de sa propre impuissance devenait une compétence justement? Se pourrait-il que l'accueil de ses limites et impasses ne tue pas l'intervenant mais, au contraire, puisse l'établir dans un lieu de vérité d'où puisse surgir une vie «autre»?

Et si la découverte de cette vie «autre», émergeant au cœur même du ressenti de ma vulnérabilité, était aussi voie d'accès à une cohérence intérieure que je ne soupçonnais pas du tout et dont je découvre peu à peu qu'elle me porte?

Se pourrait-il que dans l'accueil de soi, se révèle progressivement une sorte de «fil de soi», qui rassemble mes dispersions, qui démasque mes prétentions et qui me donne de me situer dans l'ici/maintenant en présence de l'autre, et que de ce «lieu-là» d'une présence vraie, porteuse d'un silence plein, surgisse une vie insoupçonnée? Et qu'au cœur même de ce que je croyais impossible, de m'être rendu présent à mes limites, loin de me rendre incompetent, rassemble mes forces vives et me donne d'agir avec justesse?

Et bas les masques: l'expérience de s'accueillir dans l'humble vérité que je ne suis pas ce que je projette (mon image), crée un espace où, vulnérable, je peux exister sans fauxsemblant, sans rien à vendre car ce n'est pas «moi» qui vit à l'avant-scène; c'est la VIE

qui m'éveille à «plus-que-moi» et porte chacun de mes pas vers l'autre, de ce lieu même où je suis «sauvé» de «moi», chaque fois que je consens à m'exposer à ce qui souffre en moi, comme à ce qui souffre dans le monde où je vis...

Ce qui fonde une vie dépouillée jusqu'en sa structure – telle un arbre à l'automne – c'est qu'elle est enracinée, unifiée sur le Roc d'une Présence qui non seulement me porte en me vivifiant à chaque pas, mais aussi m'ouvre un chemin de coprésence dans la relation professionnelle.

Désormais, cette expérience de s'accueillir soi-même nous livre trois clefs qui sauveront la personne intervenante de l'éclatement et de la dispersion: l'espace, le temps et les frontières. Ces trois clefs ouvrent aussi le chemin d'un «mandat d'intégrité» dans la profession exercée, quelles que soient par ailleurs la tâche et les compétences qu'elle requiert – et qui s'en trouveront ennoblies dans leur exercice même.

Car il s'agit du déploiement de notre commune humanité, dans ses dimensions anthropologiques que sont l'action, la réflexion et la relation; lieu s'il en est un, que nous partageons tous en tant qu'humains par-delà ce qui nous différencie dans l'unicité de nos personnes.

Les trois clefs permettront à tout intervenant qui s'y autoriserait de l'intérieur, de vivre «déposé», ancré dans l'ici/maintenant de sa présence à l'autre, une personne à la fois, plutôt que de se laisser balloter au fil des mille et une demandes surgissant de partout à la fois.

Prendre le TEMPS de son côté: respirer, goûter, ressentir le flux de la vie dans ses axes de joie-souffrance, voilà une «prise 1» sur la réalité: je prends le temps, ou le temps me prend et je me dilue dans l'activisme?

S'accorder l'ESPACE qui met à l'écart en permettant d'entrer dans un «voir autrement» la demande, le besoin, la personne; espace qui donne perspective et justesse sur

la situation. Voilà une «prise 2», une sorte d'arrêt sur image pour contempler la réalité présente: ou bien l'envahissement, ou bien une saine distance que nul ne pourra me ravir; sinon, c'est la dilution dans l'insignifiance et le non-sens de la confusion ambiante.

Dans la relation, comme le monde est déjà «sauvé», l'accueil de soi en présence de l'autre permet de repérer ses FRONTIÈRES de telle sorte que la différenciation devienne chemin fécond dans l'altérité et l'ouverture à ce qui se passe dans l'ici/maintenant. «Prise 3» sur le réel: le respect de l'autre dans sa différence et son potentiel de vie, si diminué semble-t-il: l'autre a ce qu'il faut pour vivre son état présent. Car l'autre est «autre», je ne suis pas «le tout» de sa vie et en respectant les frontières invisibles qui nous constituent, un chemin d'altérité dans «l'être-avec» demeure ouvert. Sans cela, c'est le «silencement»¹ de la parole dans la toute-puissance d'une relation surinvestie.

En définitive, la mise en œuvre de l'accueil de soi ouvre un chemin de flexibilité, de détachement et d'ouverture à l'expérience en plus de laisser émerger trois clefs pour advenir à son propre visage d'humanité: le temps, l'espace et les frontières qui, lorsqu'ils sont réappropriés plutôt que subis par le sujet intervenant, lui donnent de devenir «habité». Présence significative pour et avec l'autre: sens, visage, passage, sur la route de l'autre, dans une coprésence qui ressource plus qu'elle n'épuise.

C'est ainsi que le mystère d'un tel leadership dans la présence est entendu ici comme étant un aspect du réel qui fascine et échappe tout à la fois au sujet qui «devient»: il s'agit de cet aspect insaisissable de l'expérience qui pourtant n'a jamais fini de se révéler, pour peu que l'on s'y rende présent et qui se traduit en un art de vivre inimitable, donnant au monde des Dr Lucille Teasdale, Dr Boris Cyrulnik, Jean Vanier, bref, ces personnes qui ont traversé le miroir de l'image, accédant ainsi à leur cohérence intérieure et qui sans le chercher, deviennent inspiration pour tous.

1. L'idée de silencement –comme on dirait «licencement» – s'inspire de l'ouvrage de Eni P. Orlandi, s'intitulant *Les formes du silence Dans le mouvement du sens*, Éditions des Cendres (1994). C'est dans le contexte historique, politique et intellectuel du Brésil que l'auteure construit une notion nouvelle qu'elle nomme «le silence fondateur»; l'expression «le silencement» se trouve notamment en p. 61 du livre cité précédemment.

Un chemin privilégié d'accès au mystère de son leadership, passe par l'accueil de son « ombre » nous disent plusieurs auteurs : c'est à travers l'impuissance accueillie au cœur même de l'expérience (souvent le ressenti de la peur, de la colère, de l'angoisse), que s'ouvre un passage étroit qui mène à la vie, et qui par là rend intensément vivante et « parlante », la cohérence intérieure de chacun d'entre nous, à la lumière des clefs du « mandat d'intégrité » que nous avons vues brièvement.

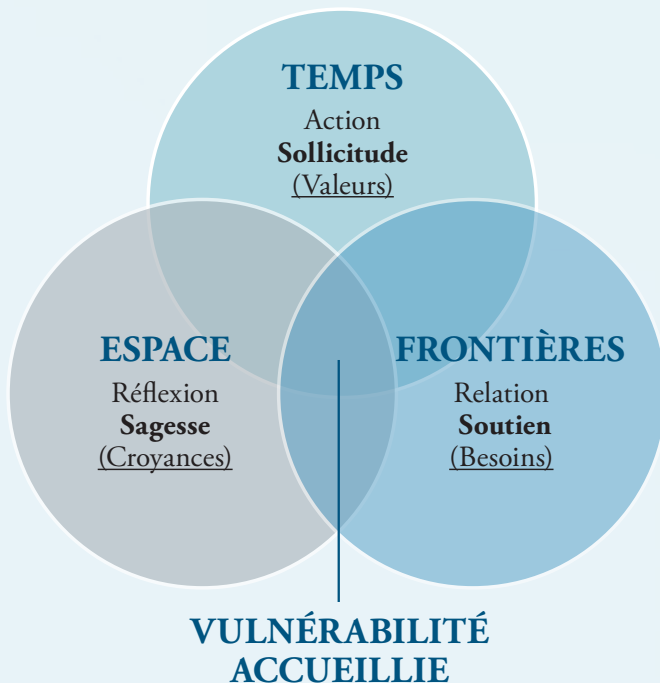
Je termine en reprenant un passage inspirant de Teilhard de Chardin qui écrivait dans son Journal, qu'« une âme centrée est plus difficile à morceler qu'un atome. » Voilà en définitive de quoi reprendre souffle au cœur de nos contextes professionnels, pour peu que l'on s'engage sur ce chemin encore trop peu fréquenté de l'accueil de soi en présence de l'autre, chemin pourtant accessible à tous et dont un sage Fils de la VIE, nous a révélé ce chemin comme celui du Divin au milieu de nous.

Dans cette perspective de croissance continue, qui va à l'encontre de l'épuisement et de la dilution du sujet, nous pourrions terminer la réflexion présente, en ouvrant une question expérientielle : « Que voit l'autre à travers ma présence : une source tarie ou une oasis où se déposer ? »

Propositions de lectures :

- Arènes, Jacques, **Accueillir la faiblesse**, DDB *Les chemins du sens*, (1999)
- Basset, Lytta, **Moi je ne juge personne**, *L'Évangile au-delà de la morale*, Albin Michel (1998)
- Bellet, Maurice, **La traversée de l'en-bas**, Bayard (2005)
- Cyrulnik, Boris, **Un merveilleux malheur**, Ed. Odile Jacob (1999)
- Davy, M.-M., **L'homme intérieur et ses métamorphoses**, Albin Michel (2005)
- De Mello, Anthony, **Quand la conscience s'éveille**, Albin Michel (2007)
- De Villers, Gérard, **Soigner le goût de vivre**, Salvator (2008)
- Dolto, Françoise, **Tout est langage**, Ed. Livre de Poche (1989)
- Du Charlat, Régine, **Comme des vivants revenus de la mort**, Bayard (2002)
- Héту, Jean-Luc, **L'Humain en devenir**, *Une approche profane de la spiritualité*, Fides (2001)
- Kelen, Jacqueline, **L'esprit de solitude**, Albin Michel (2005)
- Leloup, Jean-Yves, **Manque et plénitude**, *Éléments pour une mémoire de l'essentiel*, Albin Michel (1994)
- Miller, Alice, **Notre corps ne ment jamais**, Flammarion (2004)
- Monbourquette, Jean, **Apprivoiser son ombre**, Novalis (1997)
- Rogers, Carl, **Autobiographie**, Épi (1979)
- Supino-Viterbo, Valentina, **Habiter sa maison intérieure**, Fayard (2004)
- Teilhard de Chardin, P., **L'énergie humaine**, Seuil (2006)
- Ugeux, Bernard, **Guérir à tout prix ?**, Éd. de l'Atelier (2002) et **Traverser nos fragilités**, Éd. de l'Atelier (2006)
- Vanier, Jean, **Accueillir son humanité**, Renaissance (2006)
- Vasse, Denis, **La vie et les vivants**, Seuil (2001)
- Zundel, Maurice, **Silence, Parole de vie**, A. Sigier (2001) ■

Mon « mandat d'intégrité » : épuisement ou vitalité ?



Un chemin de cohérence / congruence :

« Une âme centrée est plus difficile à morceler que le noyau d'un atome. »

(P. Teilhard de Chardin)

Le « Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs » : contenu et mode d'emploi¹

Cet article expose les grandes lignes d'un document publié en avril 2008 par la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec et dont le lancement a été fait lors du dernier congrès du Réseau : le *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. C'est le Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ) qui a été mandaté par la Direction de la lutte contre le cancer pour mener à terme ce projet. Pour s'acquitter efficacement de ce mandat, le RSPQ s'est appuyé sur son comité de formation composé d'experts en soins palliatifs ou en éducation² et a également pu compter sur la contribution très appréciée de plusieurs autres personnes du réseau de la santé et des services sociaux.



Par : Manon Champagne, Ph.D.
Professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et

Michel L'Heureux, M.D., MBA
Directeur général, Maison Michel-Sarrazin, Québec

Le but du Plan directeur est de soutenir la formation continue et l'accroissement des compétences des intervenants offrant des soins palliatifs dans les différentes régions du Québec. On y trouve, dans une première partie, divers profils de compétences. En deuxième partie, diverses stratégies de formation et d'accroissement des compétences sont proposées. Enfin, en troisième partie, un inventaire des ressources de formation en soins palliatifs au Québec est dressé. L'ensemble du document est accessible

gratuitement, en version électronique, à l'adresse suivante: www.msss.gouv.qc.ca/cancer. Chacune des trois parties du document est ici brièvement décrite et quelques-unes des utilisations possibles des profils de compétences sont également proposées.

Les profils de compétences sont présentés sous deux formats complémentaires, soit par disciplines et par domaines de compétences. Le premier format présente des compétences générales et spécifiques qui sont propres à chacun des 12 membres de

l'équipe interdisciplinaire (voir [tableau 1](#)). Ces compétences sont déclinées selon les 10 principaux domaines de compétences en soins palliatifs ayant été retenus par le comité de formation du RSPQ (voir [tableau 2](#)). Le deuxième format reprend les mêmes compétences générales et spécifiques, mais en les présentant pour chacun des 10 principaux domaines de compétences. Les compétences sont alors déclinées selon les 12 disciplines.

Tableau 1
Membres de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs

- animatrice, animateur de pastorale;
- psychologue;
- travailleuse sociale, travailleur social;
- diététiste, nutritionniste;
- ergothérapeute;
- physiothérapeute;
- médecin;
- pharmacienne, pharmacien;
- infirmière, infirmier;
- infirmière, infirmier auxiliaire;
- préposée, préposé aux bénéficiaires;
- bénévole.

Tableau 2
Principaux domaines de compétences en soins palliatifs

1. douleur et symptômes;
2. besoins psychosociaux et spirituels;
3. besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne;
4. agonie et décès;
5. deuil;
6. communication;
7. collaboration centrée sur la personne et ses proches;
8. questions éthiques et légales;
9. développement personnel et professionnel;
10. soins palliatifs et organisation des services de santé.

Il est à signaler que les profils de certaines disciplines moins régulièrement représentées dans les équipes, telles l'inhalothérapie et toutes les thérapies spécialisées dans les approches complémentaires (p. ex. musicothérapie, art-thérapie, massothérapie), seront élaborés ultérieurement.

Le contenu de la deuxième partie du Plan directeur concerne le développement des compétences en soins palliatifs. D'abord, quelques principes relatifs à l'apprentissage chez les adultes y sont proposés. Ensuite, différentes modalités pour l'accroissement des compétences en soins palliatifs dans des situations professionnelles y sont suggérées, et plusieurs formats et stratégies de formation à considérer en soins palliatifs y sont décrits. Finalement, des références au sujet de la formation en soins palliatifs y sont fournies.

La troisième partie du Plan directeur propose un inventaire assez complet, sans être absolument exhaustif, des ressources de formation disponibles en soins palliatifs,



et ce, principalement au Québec. Quatre moyens ont été utilisés par le comité afin de répertorier ces ressources de formation: recherche sur Internet, consultation de documents, consultation de différentes personnes par courriel ou par téléphone et sondage effectué dans des milieux de soins palliatifs au Québec. Les ressources de formation inventoriées sont présentées, dans le Plan directeur, selon les dix catégories suivantes et sont classées par régions administratives, lorsque cela peut s'appliquer:

1. Programmes offerts par des établissements d'enseignement
2. Activités de formation offertes par des organismes communautaires ou des milieux de soins de santé
3. Activités de formation offertes par des associations ou ordres professionnels
4. Cours offerts par des établissements d'enseignement
5. Programmes offerts à distance
6. Stages
7. Congrès, conférences, rencontres scientifiques ou professionnelles
8. Périodiques scientifiques et bulletins professionnels
9. Ressources documentaires pouvant servir de soutien à l'apprentissage ou au transfert des apprentissages
10. Sites Internet

Quelques utilisations possibles des profils

Les profils de compétences proposés dans le Plan directeur ne sont pas des normes qui prescrivent des compétences à atteindre obligatoirement dans tous les milieux offrant des soins palliatifs. Ils constituent plutôt des guides pour faciliter le cheminement des individus, des milieux de soins et des administrations vers une amélioration constante de l'offre de soins palliatifs. Ils indiquent des compétences dont les intervenants,

les équipes et les organisations peuvent s'inspirer pour planifier leur propre plan de développement des compétences en soins palliatifs. Comment? En voici quelques exemples:

Un intervenant pourrait utiliser les profils pour :

- élaborer un profil de compétences personnalisés, c'est-à-dire l'ensemble des compétences convenant à son contexte particulier de pratique professionnelle ou bénévole;
- se situer par rapport à son niveau de maîtrise des différentes compétences suggérées;
- déterminer ses besoins de formation;
- cibler ses domaines d'expertise;
- cibler des thèmes à discuter et à approfondir avec des collègues exerçant le même emploi (ou le même type de bénévolat) que lui;
- approfondir sa compréhension du rôle des autres membres de l'équipe.

Une équipe interdisciplinaire pourrait utiliser les profils pour :

- cibler le contenu d'activités de formation destinées à l'équipe;
- préparer des documents visant à informer les personnes malades et leurs proches quant aux rôles des différents intervenants;
- soutenir la réflexion de l'équipe en lien avec l'organisation du travail.

Une organisation pourrait utiliser les profils pour :

- planifier des activités de formation adaptées aux besoins des intervenants;
- cibler plus aisément les compétences pouvant faire l'objet de formation interprofessionnelle;
- élaborer des profils de compétences adaptés à un milieu de travail spécifique, et dont certains éléments pourraient servir au moment de l'embauche, de la sélection ou de l'évaluation du personnel (bénévole et rémunéré);

- examiner si une équipe de soins palliatifs a suffisamment de ressources (financières, humaines, documentaires, physiques et communautaires) en regard des 10 principaux domaines de compétences;
- soutenir les démarches d'appréciation de la qualité et d'agrément.

En conclusion

Le mandat qu'a confié la Direction de la lutte contre le cancer au RSPQ a permis d'élaborer un document de référence utile aux intervenants, aux équipes de soins palliatifs et aux organisations. Ce document peut toutefois être vu comme une première étape dans une démarche à plus long terme, car il ouvre plusieurs avenues pour aller encore plus loin dans le développement des compétences en soins palliatifs. Parmi ces nouvelles perspectives, soulignons notamment l'exploration plus en détail de certaines stratégies de formation et de différents formats possibles pour le développement des compétences en soins palliatifs ainsi que l'élaboration d'un programme de développement des compétences des formateurs en soins palliatifs pour, entre autres, améliorer l'autonomie des diverses régions du Québec à cet égard.

La Direction de la lutte contre le cancer, le RSPQ et d'autres acteurs seront donc appelés à nouveau à collaborer et à poursuivre sur cette voie déjà bien engagée du développement des compétences des intervenants, et ce, au bénéfice des personnes malades en soins palliatifs et de leurs proches. ■

1. Cet article reprend certains éléments d'une présentation par affiche offerte lors du 17^e Congrès international sur les soins palliatifs ayant eu lieu à Montréal du 23 au 26 septembre 2008.

2. **Membres du comité de formation du Réseau de soins palliatifs du Québec ayant collaboré à la réalisation et à la rédaction du projet:** Réjean Carrier, travailleur social, Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ); Manon Champagne, chargée de projet, RSPQ; Jocelyn Châteauneuf, Direction de la lutte contre le cancer, MSSS; Isabelle Coutu, pharmacienne, Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval; Marie-Chantal Couture, coordonnatrice professionnelle, Centre de pastorale de la santé et des services sociaux (CPSSS), Québec; Danielle Drouin, infirmière, conseillère régionale en soins spécialisés, soins palliatifs, Réseau Cancer Montérégie, Hôpital Charles-LeMoyne; Monique Fortier, infirmière, enseignante, Centre de formation professionnelle Fierbourg; Louise Grenier, psychologue, Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA); Michel L'Heureux, médecin, directeur général, Maison Michel-Sarrazin; président du Comité de formation du RSPQ; Marie-Pier Lévesque, coordonnatrice de la formation, Maison Michel-Sarrazin; Marjolaine Mailhot, diététiste, Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM); Hubert Marcoux, médecin, Hôpital Jeffery-Hale - St. Brigid's; professeur, Département de médecine familiale, Université Laval



L'adaptation au stress des infirmières face aux deuils multiples :

les stratégies de quête de sens

Par : Jean-François Desbiens, infirmier, étudiant au doctorat en sciences infirmières à l'Université Laval, Québec

courriel : jf.desbiens@videotron.ca



En tant que professionnelles de la santé, les infirmières doivent faire face à de nombreuses sources de stress liées au travail, qui se trouvent encore augmentées dans le contexte actuel par la pénurie de main-d'œuvre et la surcharge de travail (Baumann et al., 2001 ; Lambert et Lambert, 2008). Cette situation n'est pas sans affecter la santé des infirmières, tant au niveau physique que psychologique (Bourbonnais et al., 2000). Pourtant, malgré le potentiel élevé de stress qu'il comporte, une étude révèle (Fillion et Saint-Laurent, 2003) que le travail en soins palliatifs peut également constituer une expérience enrichissante, une source de croissance personnelle et de satisfaction. Les stratégies d'adaptation individuelles, et plus spécifiquement celles liées à la quête de sens, pourraient nous permettre de mieux saisir ce phénomène (Desbiens et Fillion, 2007).

Les effets du stress sont bien connus. À court terme, il peut engendrer des problèmes physiques (p. ex. : céphalées, hypertension, système immunitaire déprimé) et des effets psychologiques (p. ex. : troubles de concentration, insomnie, anxiété, détresse) (Lambert et Lambert, 2008). À plus long terme, un stress chronique peut affecter sévèrement la santé des travailleurs et perturber ainsi les soins aux patients et le fonctionnement des organisations de santé, par exemple en

provoquant de l'absentéisme et des incapacités comme l'épuisement professionnel et la dépression (Bourbonnais et al., 2000 ; Baumann et al., 2001). Le travail en soins palliatifs comporte de nombreuses sources de stress qui peuvent être à l'origine de tels effets. Ces sources de stress peuvent être regroupées selon trois grandes catégories : organisationnelles (p. ex. : manque de ressources et de planification), professionnelles (p. ex. : difficulté à soulager la douleur et à contrôler les symptômes) et émotionnelles

(p. ex. : exposition à des deuils multiples) (Fillion, Saint-Laurent et Rousseau, 2003). Le présent article s'intéresse plus particulièrement aux sources de stress émotionnelles, notamment à l'exposition aux deuils multiples.

Bien que les sources de stress s'avèrent nombreuses et variées dans le domaine des soins palliatifs, cela ne signifie pas pour autant qu'elles produisent toujours des effets négatifs auprès des infirmières. Le stress est un processus complexe et ses effets ne

proviennent pas uniquement des sources de stress présentes dans l'environnement de travail. Le processus de stress constitue avant tout une réponse d'adaptation, qui prend naissance dans la relation entre une personne et son environnement. Lorsqu'une personne se trouve confrontée à des demandes de l'environnement qu'elle considère comme menaçantes, elle déploie alors différentes stratégies pour s'y adapter. Le stress au travail survient lorsque les demandes de l'environnement excèdent les ressources dont les infirmières disposent pour y faire face (Cox et al., 2000). Le processus de stress produit alors une réponse émotionnelle négative (p. ex. : anxiété, détresse), qui peut avoir des effets négatifs sur la santé à plus long terme. Cependant, certaines études tendent à démontrer que ce processus de stress peut entraîner également une réponse émotionnelle positive et des effets bénéfiques, même lorsque la source de stress s'avère être sévère et prolongée comme un deuil (Folkman et Moskowitz, 2000). Cette réponse positive dépendrait, en partie, de l'efficacité de certaines stratégies d'adaptation utilisées pour faire face aux demandes de l'environnement.

stratégies s'avèrent parfois plus efficaces. Par exemple, les stratégies d'évitement telles que le déni peuvent être utiles à court terme, mais certaines études semblent montrer qu'elles pourraient favoriser une détresse émotionnelle à plus long terme (Bennett et al., 2001).

Les demandes émotionnelles reliées à la mort constituent une source de stress importante pour les infirmières, et ce, peu importe le secteur de soins et le pays où elles travaillent (Lambert et Lambert, 2008). Elles peuvent s'avérer particulièrement stressantes selon le contexte, comme par exemple lorsque le patient est jeune, lorsque la relation entre l'infirmière et le mourant est plus intime, ou lorsque plusieurs décès se produisent dans un court intervalle de temps. Dans une étude effectuée auprès de 168 infirmières en soins palliatifs de l'état du Michigan aux États-Unis, 77,8 % des participantes ont indiqué que les deuils multiples constituaient une préoccupation majeure (Duffy et Jackson, 1996). On peut se demander alors comment, lorsque confrontées à une source de stress habituellement considérée majeure comme l'exposition aux deuils multiples, des infirmières parviennent à exprimer une réponse positive au stress?

Certains ont avancé que cette réponse positive au stress pourrait être liée à la capacité des infirmières de donner un sens à la mort (Fillion et Saint-Laurent, 2003). Le besoin de trouver un sens constituerait une force de motivation profonde, qui a la possibilité de diminuer la détresse et d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des individus (Brady et al., 1999; Frankl, 1992). Les stratégies de quête de sens constituent des stratégies d'adaptation cognitives. Elles ne permettent pas de modifier la source de stress et de résoudre le problème, mais elles permettent de changer la perception qu'une personne se fait d'une situation particulière ou, de manière plus globale, sa vision du monde et ses valeurs profondes. Prenons l'exemple d'un père de famille pour qui le fait de travailler dur et beaucoup constitue une valeur importante et qui se trouve confronté à une maladie avec un pronostic réservé. À travers la quête de sens, ce père de famille pourrait modifier ses priorités et décider qu'il lui faut désormais accorder plus de temps à sa famille, étant donné la précarité de son état de santé. Évidemment, cette stratégie ne modifie pas l'issue de la maladie, mais elle peut affecter positivement la

qualité de vie de tous les membres de cette famille. Parmi les stratégies de quête de sens, on retrouve entre autres la réinterprétation positive, une stratégie cognitive qui permet de voir une situation sous un nouveau jour, de trouver quelque chose de positif dans ce qui nous arrive et d'en tirer un enseignement.

« *Le stress est un processus complexe et ses effets ne proviennent pas uniquement des sources de stress présentes dans l'environnement de travail.* »

Dans le but de vérifier les liens entre les stratégies de quête de sens et la réponse positive au stress suite à l'exposition à des deuils multiples, une étude a été effectuée auprès de 120 infirmières dans les grandes régions de Québec et de Montréal (Desbiens et Fillion, 2007). Les participantes à l'étude consacraient un minimum de 20 % de leur temps de travail aux soins palliatifs et elles possédaient une moyenne de 18 ans d'expérience comme infirmière. La réponse au stress a été évaluée à l'aide de la qualité de vie spirituelle, un indicateur positif qui permet de mesurer l'effet du stress sur le sens global, à l'aide d'éléments tels que le fait de sentir que sa vie a un but, de se sentir en paix et en harmonie avec soi-même et de croire que l'on a une raison de vivre.

Les résultats de l'étude ont révélé que plus les infirmières utilisaient des stratégies de quête de sens, plus elles présentaient une qualité de vie spirituelle élevée. En fait, les stratégies reliées à la quête de sens constituaient les meilleurs prédicteurs, en permettant d'expliquer 17 % de la variance de la qualité de vie spirituelle ($F = 11,86; p < 0,001$). En d'autres mots, ces résultats renforcent l'hypothèse selon laquelle la capacité des infirmières en soins palliatifs de donner un sens à la mort serait reliée à une réponse positive au stress, notamment à une meilleure qualité de vie.

Suite aux résultats de cette étude, on peut se demander s'il serait possible de favoriser

« *Le travail en soins palliatifs peut également constituer une expérience enrichissante, une source de croissance personnelle et de satisfaction.* »

Il existe de nombreuses stratégies d'adaptation, qui peuvent être regroupées en quatre grandes catégories (Carver, Scheier et Weintraub, 1989; Desbiens et Fillion, 2007) : les stratégies émotionnelles (p. ex. : je fais part à quelqu'un de ce que je ressens), les stratégies comportementales (p. ex. : je parle à une personne susceptible de m'apporter de l'aide), les stratégies cognitives (p. ex. : j'accepte l'idée que c'est arrivé) et les stratégies d'évitement (p. ex. : je me plonge dans le travail ou d'autres activités pour ne plus y penser). Le choix d'une stratégie d'adaptation peut affecter la réponse émotionnelle dans le processus de stress. Selon le contexte et selon les demandes de l'environnement, certaines

l'utilisation des stratégies de quête de sens auprès des infirmières confrontées aux stress des deuils multiples. Des interventions de groupe ont été développées en ce sens pour différentes clientèles, dont une qui s'adresse plus particulièrement aux infirmières et qui aborde des thèmes tels que les sources de sens, le sens au travail et la souffrance (Fillion et al., 2006). De telles initiatives constituent une voie fort intéressante pour améliorer la qualité de vie des infirmières en soins palliatifs, mais elles ne sont pas toujours accessibles à toutes facilement. D'autres voies peuvent aussi être empruntées, qui s'avèrent parfois très simples mais qui peuvent nous aider à diminuer notre niveau de stress. Par exemple :

- Utiliser des exercices de respiration, de méditation et de relaxation ;
- Pratiquer de l'exercice régulièrement, tel qu'une courte marche pendant une pause ;
- Partager ses émotions avec des collègues ou dans des groupes de discussion ;
- Dans des moments plus tranquilles, repenser aux situations de notre journée et tenter d'y voir les aspects positifs.

L'important, en définitive, est de prendre soin aussi de nous-mêmes comme intervenants et de ne pas laisser le stress nous envahir, si nous voulons être capables de donner les meilleurs soins possibles aux personnes que nous sommes appelés à côtoyer.

Références

- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Gillis Hall, L., et al. (2001). *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., et Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, 17, 55-63.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., et al. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Août.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., et Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., et Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cox, T., Griffiths, A., et Eusebio, R.-G. (2000). *Research on work-related stress*. European agency for safety and health at work. Récupéré en mars 2006, sur le site internet: http://agency.osha.eu.int/publications/reports/203/stress_en.pdf
- Desbiens, J.-F., et Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(6), 291-300.
- Duffy, S. A., et Jackson, F. (1996). Stressors affecting hospice nurses. *Home Healthcare Nurse*, 14(1), 54-60.
- Fillion, L., et Saint-Laurent, L. (2003). *Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, émotionnel et professionnel*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Fillion, L., Saint-Laurent, L., et Rousseau, N. (2003). Les stressors liés à la pratique infirmière en soins palliatifs : Les points de vue des infirmières. *Les cahiers de soins palliatifs*, 4(1), 5-40.
- Fillion, L., Dupuis, R., Tremblay, I., De Grâce, G.-R., et Breitbart, W. (2006). Enhancing meaning in palliative care practice: A meaning-centered intervention to promote job satisfaction. *Palliative and Supportive Care*, 4, 333-344.
- Folkman, S., et Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Frankl, V. (1992). *Man's search for meaning* (4^e ed.). Boston, MA : Beacon Press.
- Lambert, V. A., et Lambert, C. E. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 38-44. ■



VOUS AVEZ DES PROJETS DE VIE...

Le Réseau de soins palliatifs du Québec offre des **bourses** pour encourager l'excellence et la recherche en **soins palliatifs**.

- **Bourse Louise-Bernard 5 000\$** (projets touchant le bénévolat)
- **Bourse Derouin-Renaud 5 000\$** (projets pour bénévolat ou professionnels)
- **Bourse Wyeth 10 000\$** (projets ayant un impact provincial, national ou international)
- **Prix Reconnaissance** (individus ou groupes impliqués)

Date limite pour poser les candidatures : **le 6 mars 2009** (par la poste ou Internet)

Seulement les gagnants seront annoncés au Congrès de soins palliatifs. Le Congrès aura lieu à l'Hôtel Hyatt Regency, les **16 et 17 avril 2009**.

Inscrivez-vous maintenant
Formulaires et procédures au www.reseaupalliatif.org

Réseau de soins palliatifs du Québec
500, Sherbrooke Ouest, Suite 900
Montréal (Québec) H3A 3C6

514 282-3808 • poste 2001





Le groupe d'échanges professionnels en soins palliatifs : **une stratégie efficace d'apprentissage**

Par : Michel L'Heureux, directeur général, Maison Michel-Sarrazin
Marie-Pier Levesque, consultante et conseillère au service de formation, Maison Michel-Sarrazin

L'implication de la Maison Michel-Sarrazin dans l'enseignement et la formation continue en soins palliatifs est bien connue. On y reçoit des stagiaires de disciplines universitaires et collégiales diverses, de même que des praticiens en exercice pour des stages de perfectionnement. La Maison Michel-Sarrazin est également maître d'œuvre d'un programme très élaboré de cours et d'ateliers de formation continue, sur des sujets variés, s'adressant à toutes les disciplines et aux bénévoles en soins palliatifs. Toutefois, une des modalités d'apprentissage mise en place par la Maison Michel-Sarrazin au niveau de sa région demeure assez méconnue au Québec : il s'agit des groupes d'échanges professionnels. Après avoir résumé comment sont nés les groupes d'échanges dans la région de Québec, nous décrirons les objectifs et les modalités de fonctionnement de ces groupes et nous expliquerons pourquoi cette stratégie d'apprentissage se démarque et suscite autant d'intérêt chez les participants.

Historique des groupes d'échanges de la région de Québec

En prévision de l'ouverture de son centre de jour en soins palliatifs, à l'automne 2000, la Maison Michel-Sarrazin avait mis sur pied, un an auparavant, un comité conjoint avec des représentants des différents CLSC œuvrant dans son territoire de desserte. Au début, les CLSC y ont délégué des gestionnaires des services de soutien à domicile, car l'objectif premier était d'établir les modalités de référence et de complémentarité entre les services du nouveau centre de jour en soins palliatifs et ceux déjà offerts à domicile. Au fil du temps, les gestionnaires se sont graduellement fait remplacer au comité par des intervenants, majoritairement des infirmières en soins palliatifs à domicile. En 2002, les membres ont convenu que le comité conjoint CLSC-Centre de jour n'avait plus

sa place pour orchestrer le volet logistique de la référence et du suivi des clientèles, mais qu'il était encore pertinent pour eux de se rencontrer régulièrement, afin d'échanger sur les problématiques vécues dans les situations complexes de maintien à domicile en soins palliatifs.

Ainsi est né le premier groupe d'échanges, celui pour infirmières en soins palliatifs à domicile. Il était co-animé par la coordonnatrice du centre de jour, par une infirmière de liaison de la Maison et par une responsable d'équipe de soins palliatifs à domicile. Les réunions se déroulaient à la Maison Michel-Sarrazin, en fin de journée, dans une formule 5 à 7, à raison de quatre rencontres par année. Le groupe initial comptait plus de 20 infirmières, provenant des régions de Québec et Chaudière-Appalaches. Les participantes décidaient du contenu des rencontres et pouvaient inviter des personnes ressources au besoin. Une compagnie pharmaceutique a même accepté de défrayer le coût d'un lunch à chaque activité.

En 2003, la coordonnatrice des bénévoles aux soins de la Maison Michel-Sarrazin s'est inspirée de cette expérience pour démarrer un groupe d'échanges des responsables de bénévoles en soins palliatifs. La réponse fut enthousiaste, car plusieurs coordonnatrices de bénévoles, provenant de plusieurs régions du Québec, se sont jointes au groupe, qui a choisi une formule de quatre journées complètes par année.

Par ailleurs, le comité conjoint de 2002 comprenait aussi quelques travailleurs sociaux. Comme ceux-ci avaient manifesté le souhait qu'une formule semblable soit mise en place pour eux, la direction de la Maison Michel-Sarrazin a mandaté une de ses travailleuses sociales de mettre ce groupe sur pied. Elle a procédé à une consultation, avec l'aide d'un travailleur social de

l'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ, pour en mesurer l'intérêt. Le groupe d'échanges des intervenants psychosociaux en soins palliatifs, ouvert aux travailleurs sociaux et aux psychologues des régions de Québec et Chaudière-Appalaches, a débuté en 2004. Ce groupe a choisi de tenir ses quatre rencontres par année sur les heures de travail, pour une demi-journée à la fois, ce qui a nécessité certaines discussions avec les employeurs concernés et n'a malheureusement pas toujours été accordé. La même année, un groupe d'échanges de physiothérapeutes a aussi débuté ses activités, animé par la physiothérapeute du centre de jour, sur le même modèle horaire que les intervenants psychosociaux.

Le succès de ces groupes d'échanges et le niveau de satisfaction élevé des participants a suscité le souhait que d'autres disciplines bénéficient de cette formule. Le comité régional de soins palliatifs, relevant de l'agence régionale, a donc demandé en 2006 à la Maison Michel-Sarrazin d'explorer la faisabilité de mettre sur pied d'autres groupes d'échanges. Entre 2006 et 2007, quatre autres groupes ont vu le jour : nutritionnistes, ergothérapeutes, animateurs de pastorale, gestionnaires d'équipes de soins palliatifs. Durant la même période, le groupe des infirmières à domicile a été rebaptisé groupes d'échanges pour infirmières de première ligne et il s'est élargi aux infirmières pivot en oncologie. Leurs rencontres ont aussi pris la forme de demi-journées, à l'intérieur de l'horaire de travail, comme pour les autres disciplines.

Il faut mentionner que d'autres hypothèses de groupes d'échanges ont été explorées mais n'ont pas vu le jour. Les médecins de la région œuvrant en soins palliatifs bénéficient depuis longtemps d'un programme annuel de réunions scientifiques mensuelles

et ils ne voient pas l'utilité d'y ajouter la formule groupe d'échanges, quoique leurs rencontres scientifiques s'apparentent au premier objectif décrit plus loin. Les pharmaciens en établissement ont déjà leur regroupement d'intérêt professionnel en soins palliatifs au sein de l'Association des pharmaciens en établissements de santé du Québec (APES). Une consultation auprès des pharmaciens d'officine n'a pas démontré un intérêt suffisant. La possibilité d'un groupe d'échanges pour auxiliaires familiales vient d'être explorée, sans succès. Mais il n'est pas exclu que d'autres groupes s'ajoutent dans le futur, selon les besoins qui seront exprimés.

Objectifs et activités

La participation à un groupe d'échanges peut revêtir de multiples objectifs, qui seront rencontrés par des activités spécifiques à ces objectifs. Le tableau 1 résume les principaux objectifs et les activités afférentes à ces objectifs.

Outre les objectifs cités dans le tableau 1, la participation à un groupe d'échanges contribue à :

- s'obliger à prendre, à intervalles réguliers, un temps de réflexion ;
- avoir un groupe d'appartenance professionnelle où règnent confiance et solidarité ;
- consolider son identité professionnelle en comparant sa pratique à celle des autres ;
- apprendre à fonctionner en groupe ;
- apprendre à être plus efficace dans sa pratique.

Modes de fonctionnement

Les participants des groupes d'échanges appartiennent habituellement à la même profession ou à tout le moins partagent le même champ professionnel (ex : intervenants psychosociaux, comprenant psychologues et travailleurs sociaux). Idéalement, la composition d'un groupe d'échanges est stable, c'est-à-dire que les participants s'engagent à y venir de façon régulière, et que des invités occasionnels (ex. : stagiaires) y sont acceptés après information et acceptation par les membres. Le nombre de participants n'est pas limité (des groupes d'échanges en place ont jusqu'à 20-25 participants), mais il peut être préférable de créer des sous-groupes pour certaines

Tableau 1

Objectifs	Activités
Approfondir certains thèmes propres à sa profession	Invité expert : un participant du groupe ou un invité externe présente un thème ou un cas au reste du groupe.
Exercer une forme de vigie et faire circuler l'information	Partage de connaissances : les participants partagent leurs récentes découvertes (articles, livres, résumés de congrès, méthodes et outils de travail...) de manière spontanée ou sur un thème prévu à l'avance.
Apprendre à aider et à être aidé	Soutien à la résolution de problèmes : un participant présente une problématique et les autres l'aident à mieux la comprendre, voire à la résoudre (avec ou sans méthodologie particulière). Cette aide peut être planifiée à l'avance ou demandée spontanément.

activités, comme les discussions visant à soutenir la résolution de problèmes.

Une ou deux personnes sont habituellement désignées responsables de coordonner et d'animer les rencontres du groupe d'échanges. L'animation inclut la présentation de l'ordre du jour, la gestion des échanges et du temps, le résumé et la conclusion de la rencontre. Un groupe d'échanges qui le souhaite peut changer d'animateur à chaque rencontre. Pour alléger le travail de la personne responsable, il n'est pas obligatoire de préparer de convocation ni de compte rendu. La planification des dates, des activités et des thèmes de rencontres peut prendre diverses formes : une grille pour toute une année, préparation à chaque rencontre de la suivante, ou décision de l'ordre du jour en début de séance.

Les rencontres des groupes d'échanges peuvent durer d'une heure et demie à trois heures et demie, selon le souhait des membres. Le nombre de rencontres est également décidé par les participants : de trois à quatre par année en général.

Rôle de la Maison Michel-Sarrazin

Même si le service de formation de la Maison Michel-Sarrazin a initié et soutenu le démarrage des actuels groupes d'échanges, ces groupes fonctionnent de manière autonome et ne relèvent d'aucune structure hiérarchique au sein de l'organisation. Toutefois, pour des raisons pratiques, beaucoup de groupes d'échanges sont coordonnés et animés par un membre également employé de la Maison Michel-Sarrazin, tâche qui peut être partagée avec un collègue venant d'un autre milieu.

Le service de formation de la Maison Michel-Sarrazin met à la disposition des groupes d'échanges ses locaux de formation, offre un soutien logistique et assume les frais des pauses santé. Des attestations individuelles de participation peuvent également être fournies une fois par année, si le groupe d'échanges tient un registre des présences de toutes ses rencontres.

Groupes d'échanges comme stratégie d'apprentissage

Pourquoi un établissement de santé devrait-il trouver intéressant et rentable de libérer des professionnels sur leur temps de travail, pour assister quatre fois par année à un groupe d'échanges qui fonctionne de manière informelle, qui ne suit pas un agenda dicté par une autorité organisationnelle, qui ne produit pas de compte rendu, etc. ? Parce que c'est un moyen d'apprentissage efficace, comme la littérature le démontre.

Rappelons que l'apprentissage chez les adultes répond à des principes spécifiques, où la reconnaissance de leur expérience antérieure et la possibilité d'appliquer les apprentissages dans les situations vécues au quotidien sont primordiales. Un résumé de ces principes et de leur application possible dans les stratégies de formation en soins palliatifs a été bien décrit dans le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs¹. Les groupes d'échanges professionnels s'inscrivent très bien dans ces stratégies.

Deux concepts d'apprentissage dont s'inspireront les groupes d'échanges retiendront ici notre attention, celui des communautés de pratique et celui des groupes de codéveloppement professionnel.

¹ Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Santé et services sociaux. 2008. 248 p. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer

Communautés de pratique

Étienne Wenger², assisté de l'anthropologue Jean Lave, a développé le concept des communautés de pratique à partir de l'histoire des apprentis au Moyen Âge. À cette époque, les maîtres artisans formaient de jeunes apprentis aux rudiments d'un métier, ceux-ci aspirant devenir maîtres à leur tour. Alors que l'on pourrait croire que l'apprenti ne recevait son enseignement que du maître, les études anthropologiques ont plutôt démontré la complexité des relations sociales à l'intérieur desquelles l'apprentissage découlait bien plus des relations avec les ouvriers et les apprentis plus expérimentés qu'avec le maître.

Les communautés de pratique modernes sont, d'après Étienne Wenger, des «groupes de gens qui ont en commun une passion pour quelque chose qu'ils savent faire et qui apprennent comment mieux le faire en interagissant régulièrement» (traduction libre). Pour qu'il y ait communauté de pratique, il faut trois conditions :

- Un **domaine**, correspondant à une «compétence» qui distingue certaines personnes des autres.
- Une **communauté**, ce qui implique que des personnes partageant une passion et des compétences communes s'engagent dans des activités et discussions conjointes, qu'ils s'entraident mutuellement et partagent de l'information. Ils développent des relations qui leur permettent d'apprendre les uns des autres.
- Une **pratique** concrète, ces personnes étant des «praticiens» qui partagent un répertoire de ressources : des expériences vécues, des histoires, des outils, des façons de résoudre des problèmes. Il n'est toutefois pas requis que ces personnes travaillent ensemble sur une base régulière et journalière.

On voit donc que les groupes d'échanges professionnels mis en place à Québec correspondent bien à cette définition et ces critères, qui sont interprétés de façon très large par Étienne Wenger. Ce dernier voit en effet des communautés de pratique dans toutes les sphères du travail et de la vie en société, même si elles ne portent pas nécessairement ce nom : associations professionnelles plus traditionnelles, comités informels dans les organisations, rencontres informelles d'artistes, voire même un gang de rue, dont les membres partagent des moyens de survie et se créent en même temps

une identité avec laquelle ils peuvent vivre malgré leur marginalité...

Toujours selon cet auteur, les bénéfices des communautés de pratique sont multiples. Pour les membres : soutien dans les défis, accès à une expertise, confiance, plaisir avec des collègues, sens au travail, développement personnel, réputation, identité professionnelle, réseau... Pour l'organisation, ces bénéfices sont : résolution de problèmes, économie de temps, partage de savoir, synergie entre les services ou les organisations, réutilisation des ressources, innovation, rétention de l'expertise, développement de nouvelles stratégies...

Parmi les facteurs de succès des communautés de pratique, Wenger note le choix d'un domaine de compétence qui stimule la participation du noyau de membres, un coordonnateur réputé et rassembleur, l'implication d'experts, l'accent mis sur la pratique, la variété des activités, une fréquence suffisante de rencontres, un appui organisationnel visible sans ingérence dans le fonctionnement, des ressources suffisantes... Ce sont évidemment ces clés de succès qui ont inspiré le service de formation de la Maison Michel-Sarrasin dans le démarrage des différents groupes d'échanges.

Groupes de codéveloppement professionnel

Adrien Payette et Claude Champagne ont publié en 1997 un guide pratique³ sur ce sujet, qui fait autorité. Leur définition du groupe de codéveloppement est la suivante : «Le groupe de codéveloppement professionnel est une approche de développement pour des personnes qui croient pouvoir apprendre les unes des autres afin d'améliorer leur pratique. La réflexion effectuée, individuellement et en groupe, est favorisée par un exercice structuré de consultation qui porte sur des problématiques vécues actuellement par les participants...»

Les objectifs et la méthodologie de ces groupes de codéveloppement correspondent essentiellement au troisième objectif que nous avons décrit précédemment pour les groupes d'échanges, à savoir apprendre à aider et à être aidé, par le soutien à la résolution de problème en plus petits groupes (quatre à huit personnes), et avec le soutien d'une

personne ressource indépendante qui assure une objectivité externe utile au groupe.

M. Payette⁴ résume bien cet aspect : « (...) la consultation constitue le cœur du processus. L'un après l'autre, les participants prennent le rôle de client pour exposer l'aspect de leur pratique qu'ils veulent améliorer ou les questions que leur pose l'évolution de leur projet, pendant que les autres agissent comme consultants pour aider ce client à enrichir sa compréhension (penser) et sa capacité d'action (agir). »

À propos des bénéfices de cette méthode, M. Payette⁵ résume ainsi : « l'approche du groupe de codéveloppement (...) est de l'ordre du travail artisanal : patient, régulier, peu spectaculaire, où les apprentissages se réalisent à petits pas. Il est vrai qu'elle a des exigences spécifiques qui, malgré son caractère « facile d'accès », supposent, de la part des membres, une forte motivation à améliorer leur pratique en prenant le risque d'en partager des aspects avec des collègues. En effet, elle se range parmi les formations qui demandent une implication authentique de la personne ; les études (Conger, 1992) prouvent que ce sont ces formations qui ont le plus d'impact et qui changent le plus la pratique des participants. (...) C'est aussi un groupe de support (pour les coups durs ou les périodes difficiles), un groupe de référence, un groupe d'entraide, un groupe d'échange de savoirs pratiques, un groupe qui élargit le réseautage en créant des liens avec d'autres personnes et d'autres organisations. »

Conclusion

Les groupes d'échanges professionnels comme stratégie efficace d'apprentissage en soins palliatifs sont maintenant bien implantés dans la région de Québec. Il est à souhaiter que cette expérience inspire d'autres régions, pour qu'on y mette en place une telle formule peu coûteuse mais motivante et utile dans le développement des compétences en soins palliatifs. Déjà on voit poindre quelques initiatives similaires. Il est à espérer également que les établissements de santé et de services sociaux, qui sont les employeurs des professionnels attirés par de tels groupes d'échanges, sauront les encourager dans cette participation et les soutenir dans la logistique requise. ■

² Étienne Wenger, *Communities of practice*, sur www.ewenger.com, consulté le 12 janvier 2009.

³ Payette, Adrien, Champagne, Claude. *Le groupe de codéveloppement professionnel. Guide pratique à l'usage des participants et des animateurs*. Presses de l'Université du Québec. 1997, 211 p.

⁴ Payette, Adrien. *Le groupe de codéveloppement et d'action-formation. Une approche qui donne des résultats concrets*. <http://provirtuel.com/doc/gr-codeveloppement.html> consulté le 12 janvier 2009.

⁵ Payette, Adrien. *idem*

Des nouvelles des régions du Québec

L'Association d'Entraide Ville-Marie

Par: Marion Couéry, Adjointe à la direction
Fondation Docteur Maurice-Bertrand

L'Association d'Entraide Ville-Marie est une corporation, sans but lucratif, fondée en 1973, qui offre des soins et des services palliatifs à domicile aux personnes atteintes de cancer.

Cet organisme a développé une compétence en soins palliatifs sur les plans organisationnel et professionnel qui lui permet de répondre rapidement et adéquatement aux besoins du malade et des membres de sa famille.

L'Association d'Entraide Ville-Marie est une organisation solide, forte de ses 35 ans d'expérience en soins palliatifs à domicile. Elle soigne et accompagne environ 1 500 malades annuellement. Son personnel effectue plus de 30 000 visites à domicile, chaque année.

Les services de l'Association d'Entraide Ville-Marie sont disponibles 365 jours par année. Grâce, en grande partie, à la Fondation Docteur Maurice-Bertrand, ces services sont accessibles et gratuits et s'adressent à toute personne qui en a besoin, sans distinction.

Nous offrons des services tels que :

- Soins pour le soulagement de la douleur et des autres symptômes reliés à la maladie.
- Un accès facile et rapide au réseau de la santé.
- Un suivi médical en collaboration avec les médecins spécialistes, les médecins de famille et les spécialistes en soins palliatifs.
- Des soins d'hygiène et de confort.
- Un enseignement des soins prodigués.
- Un soutien psychologique et un accompagnement spirituel respectueux des valeurs et croyances de la personne soignée et de ses proches.

Les personnes ont également accès :

- Au prêt d'équipements d'appoint si nécessaire.
- À du transport par des bénévoles pour les rendez-vous médicaux (contribution financière minimale demandée).
- À un accompagnement (écoute, soutien et répit pour les proches) par des bénévoles choisis, ayant reçu une formation appropriée et bénéficiant d'un encadrement constant.

Les soins et services palliatifs de haute qualité et en quantité suffisante permettent à la personne atteinte de cancer de vivre, si elle le désire, sa fin de vie à domicile, dans la dignité et entourée de l'amour des siens.

En faisant appel à notre équipe, la personne reçoit à domicile :

- Des soins professionnels dispensés avec humanisme et compassion.
- Des réponses à ses interrogations.
- Une écoute attentive de ses préoccupations ainsi que le respect de ses choix.
- Un accompagnement qui répondra à ses besoins.

L'Association d'Entraide Ville-Marie dessert les régions de Montréal et Laval. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec nous au 514 272-7200 et par télécopieur au 514 272-0134. L'adresse postale est le 1110, rue Jean-Talon Est, Bureau 301, Montréal (Québec) H2R 1V9 et l'adresse du site Web est la suivante : www.entraidevillemarie.com. ■

THÈME DU PROCHAIN NUMÉRO



Le prochain numéro du Bulletin aura pour thème **La continuité des soins pour les personnes nécessitant des soins de fin de vie et leurs proches aidants.** La date de tombée de ce numéro qui paraîtra au printemps a été fixée au 1^{er} mai 2009.

Si vous désirez rédiger un article pour ce numéro, si vous connaissez des experts qui s'intéressent à cette question ou si vous souhaitez faire des suggestions de problématiques à aborder dans les prochains numéros du Bulletin, n'hésitez pas à communiquer avec le secrétariat du Réseau!

500, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 900
Montréal (Québec)
H3A 3C6

Tél. : 514 282-3808
Fax : 514 844-7556
Courriel : info@aqsp.org



Les soins que le soignant doit s'accorder

(Adaptation libre de *Care for the Caretaker*, Wade Maurice & Associates Inc., par Manon Champagne)

1 Soyez gentil et doux avec vous!

2 Rappelez-vous que vous êtes un aidant, pas un magicien. Vous ne pouvez pas changer les autres –vous ne pouvez changer que votre façon de communiquer avec eux.

3 Trouvez un endroit où vous pouvez être seul. Utilisez-le quotidiennement.

4 Offrez votre soutien, vos encouragements et vos félicitations à vos collègues et à vos administrateurs. Apprenez à accepter leurs leçons en retour.

5 Rappelez-vous que face à toute la douleur que vous côtoyez, il est inévitable que vous vous sentiez parfois impuissant. Être là est quelquefois plus important que faire quelque chose.

6 Changez souvent votre routine de travail et modifiez vos tâches lorsque c'est possible.

7 Apprenez à faire la distinction entre les plaintes qui soulagent et celles qui entretiennent les effets négatifs du stress.

8 Lors de votre retour à la maison, pensez à une bonne chose qui s'est produite pendant la journée.

9 Soyez une ressource pour vous-même! Soyez créatif et artistique – tentez de nouvelles approches!

10 Confiez-vous à un superviseur ou un collègue régulièrement. Vous y puiserez du soutien, de l'assurance et de la guidance.

11 Évitez le «shop talk» pendant les pauses ou lors de sorties avec vos collègues.

12 Prévoyez des périodes de retrait durant la semaine.

13 Dites «Je choisis de le faire...» plutôt que «Je devrais le faire...». Dites «Je ne le ferai pas» plutôt que «Je ne peux pas le faire».

14 Si vous ne dites jamais non, quelle est la valeur de votre «oui»?

15 Être réservé et indifférent est bien plus dommageable que d'admettre votre incapacité à faire davantage.

16 Riez et jouez!

CONGRÈS DU RÉSEAU
DE SOINS PALLIATIFS **2009**

*Entre science et compassion:
où en sont les soins palliatifs?*



Montréal, Hôtel Hyatt Regency
(dans le Complexe Desjardins)

Jeudi 16 avril 2009
Vendredi 17 avril 2009

Réservez dès maintenant à votre agenda!

Roche

Docteure Justine Farley, présidente
Centre hospitalier St. Mary, Montréal

Madame Maryse Bouvette,
vice-présidente, coordonnatrice
du service de consultation en gestion
de douleur et de symptômes en soins
palliatifs, Soins continus Bruyère, Ottawa

Docteur Michel L'Heureux, trésorier,
président de l'Alliance des maisons
de soins palliatifs, directeur général
Maison Michel-Sarrazin, Québec

Madame Danie Tourville, secrétaire,
chef de programme Soutien à domicile
Services des soins infirmiers / nutrition
CSSS de la Vieille-Capitale, Québec

Docteur Jean-Marc Bigonnesse,
médecin et professeur agrégé
Département de médecine de famille
Université de Sherbrooke

Madame Suzie Breton, infirmière
et coordonnatrice
CLSC La Source sud et CHRGR
Rivière-du-Loup, Vanier

Madame Manon Champagne,
professeure
Département des sciences de la santé
UQAT, Rouyn-Noranda

Madame Marlène Côté, directrice
Équipe d'accompagnement Au Diapason
Cowansville

Madame Alberte Déry, directrice générale
Palli-Aide, Chicoutimi

Madame Martine Fortin,
animatrice de pastorale
CHUQ, Québec

Madame Marie-Claude Harvey,
pharmacienne, Saint-Mathieu-de-Belœil

Madame Jocelyne Lauzon, psychologue
Maison Victor-Gadbois
Centre d'hébergement Chevalier de Lévis

Docteur Louis Roy, président sortant
et omnipraticien
CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec

Monsieur Jean Guy Renaud,
directeur général, Montréal

Madame Jacqueline Dionne,
adjointe administrative, Montréal



JULIE JEAN, B.Sc.
Spécialiste en Biopharmaceutique

AMGEN Canada Inc.
6755 Mississauga Rd., Ste. 400
Mississauga, Ont. L5N 7Y2
Tél.: (800) 665-4273 Ext. 53217

Fax: (418) 877-9629
Email: jjean@amgen.com



Laboratoires Paladin Inc.

Nathaniel Haecms
Chef de produits adjoint

6111, Ave. Royalmount, bureaux 102
Montréal (Québec) H4P 2T4
Téléphone: (514) 340-1112, poste 3520
Sans frais: 1-888-376-7830, poste 3520
Télécopieur: (514) 340-7836
Courriel: nhaecms@paladin-labs.com
Site web: www.paladinlabs.com

Metadol

Un profit fait pour le soulagement
de la douleur intense.



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

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



Vers un monde en meilleure santé^{MC}

www.pfizer.ca



Purdue Pharma

575, Granite Court
Pickering, Ontario
L1W 3W8

Roger Gervais, B. Sc.A.
Représentant médical
roger.gervais@purdue.ca
www.paincare.ca

Boîte vocale (sans frais)
1 888 236-6042



JANSSEN-ORTHO

Partenaire dans le traitement de la douleur



VALEANT

Valeant Canada limitée / Limited

514-744-6792 / 1-800-361-1448 Télécopieur: 514-744-6272
4787, rue Levy, Montréal (Québec) H4R 2P9
www.valeantcanada.com