

Bulletin

Volume 18 • no 1 - Février 2010



« Votre fille a **20 ans,** que le temps passe vite madame, hier encore... »

Sommaire

Mot de la présidente	02
Réponse au document du Collège des médecins du Québec intitulé « Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie »	03
Le Réseau a vingt ans... Que le temps passe vite madame...	06
Le Réseau de soins palliatifs du Québec, vingt ans plus tard	10
Membres des CA du Réseau et des comités organisateurs des congrès depuis vingt ans	12
Le Réseau universitaire québécois en soins palliatifs	17
Comité des bourses	17
Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec	18
Comité de formation	18
Comité du deuil	19
Comité du bénévolat	19
Améliorer la pratique des soins palliatifs... un outil éducatif qui fait la différence	20
Ouverture de la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB	22
La Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB récompensée par la communauté d'affaires de la MRC de Rivière-du-Loup	22
La Maison de soins palliatifs de Laval	23
Témoignage Les derniers jours de mon père à la Maison de soins palliatifs de Saint-Jean-sur-Richelieu	24
À Québec, l'hôpital Saint-François d'Assise aménage six chambres en soins palliatifs	24
La force de l'héritage : source de dépassement	25
Des nouvelles du Colloque de l'Estérel	26
Félicitations à Rose De Angelis, lauréate du Prix d'excellence 2009 de l'ACSP	26
J'ai lu...	26

Comité de rédaction

Mme Manon Champagne
Professeure
UQAT

Mme Marlène Côté
Directrice
Équipe d'accompagnement
Au Diapason

Mme Thérèse Trudel
Révisseure

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
JB Deschamps

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.reseauapalliatif.org

Prochaine parution
Printemps 2010

Tombée des textes
1^{er} mai 2010

Le mot de la présidente

Le Réseau de soins palliatifs célèbre ses 20 ans cette année! Au fil des prochaines pages, vous prendrez connaissance de notre histoire et des réalisations actuelles de votre association. Compte tenu des moyens disponibles, nous pouvons tous être très fiers des réalisations mentionnées.

Les soins palliatifs ne pourraient exister sans les bénévoles au chevet des patients, ni sans ceux et celles qui recueillent des fonds, toujours insuffisants, et qui assistent les différents responsables de la gestion. J'aimerais attirer votre attention sur tous les bénévoles qui permettent au Réseau d'exister. Si notre Bulletin et notre congrès sont à la hauteur de vos attentes, c'est grâce aux nombreux professionnels et bénévoles qui offrent leur temps et partagent leurs connaissances pour la grande et seule satisfaction d'améliorer la qualité des soins de fin de vie.

Que nous réservent les prochaines années? Le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté est déjà amorcé. L'implantation de la formation en soins palliatifs à tous les niveaux d'éducation, pour tous les professionnels de la santé demeure un important défi. L'accessibilité à des soins appropriés, holistiques, pour tous et au moment voulu devra être consolidée. Avec maturité, nous pourrions concilier l'approche scientifique des soins à une approche individualisée centrée sur la personne et ses proches, afin de répondre à leurs besoins. Aux rares passionnés de la fin des années 70 se sont ajoutées des centaines de personnes convaincues du bien-fondé des soins palliatifs. Avec elles, nous saurons nous dépasser.



Pour terminer, j'ai quatre invitations à vous transmettre :

- lire avec plaisir ce Bulletin,
- assister à notre **congrès annuel des 10 et 11 mai**, à Québec,
- participer à l'**assemblée générale annuelle**, le 10 mai,
- et enfin, joignez-vous à moi, pour remercier tous les acteurs qui rendent possibles ces événements si inspirants.

Justine Farley ■



« Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie »

Par : Le comité d'éthique du Réseau de soins palliatifs du Québec

En mai 2009, le groupe de travail en éthique clinique, représenté par D^r Michèle Marchand et D^r Yves Robert, proposait un projet d'énoncé de position au Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec intitulé « Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie ».

En introduction, le document rappelle les questions morales et légales soulevées par le débat concernant l'euthanasie et la détermination de l'intensité des soins. Le processus décisionnel en fonction de la détermination de soins appropriés est discuté. On y reconnaît l'importance du processus décisionnel et la diversité des soins appropriés en fin de vie. Par la suite, l'euthanasie est considérée comme un soin approprié en fin de vie, dans certaines circonstances.

1. Commentaires

En général, l'esprit de tous les documents produits semble bien attentionné, transparent, animé d'un réel désir de promouvoir le bien-être des patients du Québec. Le Code de déontologie des médecins du Québec inspire les auteurs, notamment l'article 58 :

«Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.»

Introduction

S'il est vrai que l'euthanasie soulève des questions d'ordre moral et légal, il est cependant difficile d'ignorer les aspects sociétaux dans cette discussion. En effet, il faut tenir compte de la portée fondamentalement sociétale du débat sur les soins appropriés en fin de vie. Non seulement les derniers moments de la vie d'un être humain touchent plusieurs personnes – le patient, sa

famille, tous les intervenants en santé qui le suivent – pour mieux les mettre en relation, mais ils impliquent aussi un choix de valeurs sociales. Nous connaissons tous la tendance démographique au vieillissement de la population, les inquiétudes socioéconomiques qui la suivent (qui paiera pour tous les soins dont auront besoin les aînés?) et l'évolution générale des mentalités à un moment où plusieurs interdits moraux et religieux sont remis en question par une société en quête d'autonomie. L'euthanasie est une pratique qui redevient d'actualité – notamment avec ses avancées notoires dans certains pays européens. Souvent, nous interprétons les résultats de nombreux sondages comme étant une pression sociale en faveur de la légalisation de l'euthanasie. La confusion qui règne dans la société en ce qui a trait à la signification de l'euthanasie devrait nous appeler à la plus grande prudence. Cette pratique (euthanasie) est souvent confondue avec le refus de traitement, ou avec le soulagement de la douleur, ou avec l'accompagnement en fin de vie ou avec l'abstention thérapeutique.

Même en 2009, nombreux sont les patients qui s'inquiètent, à tort, de mourir plus rapidement lorsqu'ils acceptent des soins palliatifs, alors que nous offrons une analgésie requise ou tout autre traitement de confort ou, enfin, un accompagnement qui reconnaît la fin de vie imminente.

La définition de l'euthanasie aurait avantage à être mieux connue, tellement l'ambiguïté règne face à ce concept. Le texte réfère à

«écourter volontairement la vie» ou encore à «écourter l'agonie de certains patients». Plusieurs suggèrent plutôt «l'acte de provoquer la mort par compassion», ou plus précisément «meurtre par compassion».

Le processus décisionnel

Le poids accordé tout au long du «Projet d'énoncé de position du 8 mai 2009» au processus décisionnel est très positif. Les médecins ont un devoir de compétence. Celle-ci s'appuie sur la maîtrise des données scientifiques les plus à jour et sur l'expérience clinique acquise au fil des ans grâce à l'analyse de situations semblables. Cette compétence qui leur permet de proposer ce qui semble le meilleur traitement ou soin n'autorise pas le médecin à imposer son expertise. En effet, le patient a sa vie, ses projets, ses engagements, sa culture et ses propres croyances qu'il met dans la balance de son processus décisionnel. Ensemble, médecin et patient recherchent la meilleure conduite. L'engagement de l'un et l'autre dans ce partage d'informations, la richesse de la communication, le climat d'écoute et de respect mutuel conduisent généralement à une décision dite appropriée puisqu'ils reflètent les valeurs et les objectifs du patient. Les deux parties peuvent évoluer dans leurs perceptions et leur choix au cours du processus.

Cependant, confronté aux problèmes complexes et multiples associés à la fin de vie, le médecin ne peut se permettre l'économie du savoir et des compétences des différents

professionnels de la santé impliqués. Le travail en interdisciplinarité permet de nous protéger de postures trop singulières et subjectives. Ce n'est pas tant une réserve de la part des médecins que cela appelle, mais une reconnaissance de ce qui est en jeu et, par conséquent, de l'obligation éthique de l'interdisciplinarité à l'endroit de la (les) personne(s) à soigner.

Lorsque ce processus ne mène pas à une décision partagée, divers moyens peuvent aider à régler le conflit: pensons aux discussions interdisciplinaires, à l'engagement des familles ou des proches du malade dans la discussion, à la consultation de pairs ou autres membres de l'équipe de soins, à la participation du comité d'éthique ou à la consultation de diverses publications disponibles sur ces questions^{1,2}. Il est à noter que des spécialités, telles la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie ont précédé la médecine palliative dans cette voie de solution de problèmes. L'établissement de niveaux de soins, après discussion avec l'équipe de soins et le patient lui-même ou son représentant, est pratique familière pour qui travaille en néonatalogie ou auprès des malades chroniques.

Tel que signalé dans ce document, les milieux de soins palliatifs sont familiers avec le partage du pouvoir décisionnel et le partage des responsabilités. Ultimement, l'action posée doit tout de même s'intégrer aux buts de la médecine: guérir, restaurer, maintenir, soulager et accompagner.

Pour que la communication puisse s'établir entre les médecins, les patients et leurs familles, il faut que les diverses approches de soins soient connues. L'autonomie du patient n'est respectée que lorsqu'elle est éclairée de tout l'éventail des choix qui s'offrent à lui.

Des soins appropriés en fin de vie

La médecine, depuis des millénaires, a pour but d'accompagner la vie du patient pour qu'elle puisse jusqu'à son terme être une vie humaine digne d'être vécue. Au sujet de la dignité, Kant a écrit: «Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais comme un moyen³».

Il est tout à fait légitime d'éprouver une inquiétude quant à la fin de la vie, à la souffrance qui accompagne souvent ses derniers moments, et à la capacité sociale à prendre le tout en charge. C'est non seulement légi-

time, mais sain. Mais l'on peut se demander si l'euthanasie est une réponse appropriée à ce problème qui se pose à tous. L'inclusion de l'euthanasie parmi les soins appropriés questionne sur la définition même et la nature intrinsèque d'un soin. Le Larousse définit le soin comme: 1) Être attentif à, veiller à, 2) Charge, devoir de veiller à quelque chose, 3) Au pluriel soins: moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade; 4) Être aux petits soins pour: Avoir des attentions délicates.

Le moyen approprié pour ce faire consiste à donner des soins appropriés au patient, c'est-à-dire à la vie du patient. Le soin suit une logique de vie: «[...] soigner est un acte de vie qui a d'abord et avant tout pour but de permettre à la vie de se continuer, de se développer, et par là de lutter contre la mort [...]» (p. 23). «Soigner, veiller à, représente un ensemble d'actes de vie qui ont pour but et pour fonction d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe.» (p. 25)⁴.

«S'il est vrai que l'euthanasie soulève des questions d'ordre moral et légal, il est cependant difficile d'ignorer les aspects sociétaux dans cette discussion.»

Plus précisément, les soins appropriés sont d'abord et avant tout des soins. Soigner c'est viser le confort, le soulagement de la douleur et de la souffrance chez une personne singulière. Ce geste, s'il se veut éthique, doit s'inscrire dans une relation de sujet à sujet et dans la recherche du «bon soin». De façon implicite, sont exclus des soins appropriés l'acharnement thérapeutique et l'abandon de la part du soignant puisqu'il s'agit de postures unilatérales ne s'inscrivant pas dans la rencontre thérapeutique véritable. De même, la recherche du bon soin ne peut faire l'économie d'un partage des compétences de chacun. Le soin «approprié» logera donc dans ce creuset de la communication entre les soignés (et très souvent dans une vision systémique du soigné et de ses proches) et le (les) soignant(s). Bien que cet énoncé semble quelque peu théorique, il nous semble essentiel de nous y appuyer. En effet, si les soins appropriés sont associés à l'idée d'un processus décisionnel, les conclusions voulant que l'euthanasie puisse être considérée comme un soin approprié, à certains moments, ne tiennent pas la route, selon nous.

L'euthanasie comme soin approprié en fin de vie

L'euthanasie, qui signifie tuer par compassion, n'est pas un soin puisque ce geste nous éloigne de ce lieu de communication, en plus de soustraire le soignant de sa responsabilité de soigner sans abandonner. Ce n'est pas plus un soin «approprié» puisqu'il existe d'autres approches pour soulager la douleur et la souffrance, qu'elle soit physique, morale ou existentielle chez la personne malade, chez les proches et chez les soignants. Il est vrai que lorsque la maladie s'installe, la douleur provoque une coupure dans la trajectoire de vie d'une personne. À ce moment, la douleur vient littéralement «couper» les liens affectifs, interférer dans son monde relationnel. Mais tuer, même par compassion, ne permet pas de soulager cette souffrance puisqu'il ne permet pas de rétablir la «coupure»⁵. Euthanasier une personne est la façon la plus radicale de couper tout lien avec son monde...

2. Des soins de qualité en fin de vie

Les soins de qualité reposent sur des valeurs pour lesquelles nous jugeons dignes de vivre notre vie, autant individuelle que sociale, des valeurs qui lui donnent sens, soit la compassion, la compréhension, la confiance et la dignité.

Les valeurs essentielles

i. Compassion

La première valeur qui doit motiver l'altruisme des soins offerts aux personnes en fin de vie est la compassion. Ce n'est toutefois pas une compassion identique à celle que l'on comprend par «donner la mort par compassion» que nous promovons ici. La compassion n'est pas une pitié pour la vie de la personne, mais seulement pour sa souffrance. La compassion appelle la responsabilité de soigner la vie, de redonner la vie et un sens à celle-ci en luttant contre la souffrance qui la grève. La vie de la personne souffrante ne perd pas sa dignité – comme nous le rappelle la *Déclaration des droits de la personne* de 1948, celle-ci est inaliénable. La vie du patient mérite intrinsèquement le respect le plus absolu. C'est à la souffrance qui nie la vie et sa qualité que s'attaque la médecine palliative, et ce, seulement pour redonner à la vie la dignité qui l'habite.

ii. Compréhension

Il doit exister entre toutes les personnes impliquées par le problème des soins en fin de vie une compréhension mutuelle. D'un côté, le médecin doit comprendre,

intellectuellement et affectivement, la souffrance de son patient. Ce n'est que lorsqu'il la cerne et en compatit, qu'il peut prendre en charge sa responsabilité de soignant et offrir à la personne le réconfort qu'elle mérite. Mais de l'autre, le patient et sa famille aussi doivent être en mesure de comprendre les situations auxquelles ils sont confrontés, les solutions qui peuvent y être apportées ainsi que la mesure des soins que l'intervenant médical peut mettre en œuvre pour le patient. Or, pour ce faire, il faut, répétons-le, que le rôle de la médecine, et particulièrement celui de la médecine palliative, soit mieux connu au sein de la population – et faire savoir que l'euthanasie est loin d'être la seule et la meilleure solution à apporter à de telles épreuves. Ce n'est donc qu'en revalorisant la pratique de la médecine palliative au sein de la population que l'on peut générer une compréhension mutuelle, qui mènera à un meilleur usage de ses pratiques.

iii. Confiance

Nous l'avons dit plus tôt, la question de la fin de la vie et des souffrances qui y adviennent éveillent en tout un chacun une inquiétude naturelle. La meilleure réponse à celle-ci est la confiance. Arrivé à cette étape de notre vie, il faut avoir confiance qu'il y aura des gens prêts à nous aider à faire face aux épreuves qui la jalonnent. Il faut avoir confiance en la société, au système de santé, aux professionnels de la santé, aux proches – avoir la confiance que l'on pourra être soigné, recevoir des soins qui nous sont réellement appropriés. Ce n'est qu'une telle confiance interhumaine qui peut amenuiser l'appréhension de la fin de la vie et des problèmes qui la suivent. C'est en valorisant la médecine palliative et la logique du soin qu'elle prône que nous pourrions le mieux faire face à ce défi, et inspirer au sein de la population une confiance salutaire.

iv. Dignité

Dans notre expérience, il est fréquent que la perte de dignité soit associée à une atteinte de l'image corporelle (cancer cutané du

visage, cancer ORL, masses cervicales et plaies malodorantes avec écoulements, etc.), ou à la dépendance du patient dans l'accomplissement de ses soins personnels, ou au problème d'incontinence exigeant l'aide des soignants pour les déplacements ou le port d'une culotte, ou au fait de devoir être nourri, de se salir en mangeant, etc. ou au sentiment d'être un fardeau pour les proches qui doivent venir les visiter, s'occuper d'eux, faire leurs commissions, etc. Pour toutes ces raisons, certains malades peuvent exprimer leur hâte que leur vie devenue «indigne et sans but» se termine. Et c'est un travail difficile, mené de concert par les intervenants et les proches, que de les amener à voir ce qu'ils apportent encore à leur famille, toute la joie qu'ils peuvent encore vivre et donner. Ces patients qui reprennent goût à la vie malgré leur grave maladie ne requièrent pas ensuite l'euthanasie. Leur sentiment de perte de dignité s'estompe avec le retour du sens dans leur vie. Et ce travail ne peut être mené de front avec la perspective de l'euthanasie. Impossible de donner le temps de revivre en planifiant l'injection du lendemain.

Enfin, le plus souvent, ce sont les familles qui jugent de l'indignité de leur proche malade parce que celui-ci est inconscient, a une respiration bruyante, ou les yeux ouverts ou révulsés, ou la bouche ouverte ou la langue sortie, etc. Mais la dignité des personnes ne repose pas sur la présence des changements usuels reliés à l'agonie. La dignité est plus que l'apparence, plus que la capacité de faire, la dignité est intrinsèque à l'homme et ne peut pas être perdue. La pratique de l'euthanasie dans ces situations serait une forme de confirmation du statut inférieur ou délabré de la personne mourante, ce qui est également incompatible avec la philosophie des soins palliatifs.

Les composantes des soins de qualité

Les soins de fin de vie font appel à des connaissances scientifiques de mieux en

mieux développées. Le soulagement de la douleur et des autres symptômes nécessite une connaissance pharmacologique étendue et des habiletés cliniques particulières. Les problèmes rencontrés en fin de vie présentent des caractéristiques qui leur sont propres, et appellent une thérapie spécifique. Cependant, c'est dans le domaine du «être» que les soins se distinguent.

L'accompagnement constitue un outil de soin puissant de soulagement du malade et de ses proches. Cette approche est tout aussi valable qu'une prescription médicamenteuse pour améliorer la qualité de vie du malade. On pourrait l'associer à la psychothérapie, partie intégrante des soins auprès des patients atteints de maladie mentale. Établir une communication authentique et respectueuse avec les personnes concernées est un autre exemple d'habiletés essentielles pour tout professionnel engagé envers des patients en fin de vie.

Conclusions

Avant de discuter un changement législatif qui donnerait aux médecins la permission d'abrèger la vie d'une personne sous ses soins (euthanasier), il apparaît essentiel de mieux renseigner la population, notamment sur ses droits à refuser un traitement, et à recevoir des soins et un accompagnement de qualité à la fin de sa vie. Tout aussi important, un effort devrait être consenti afin de mettre à jour les connaissances des médecins et autres professionnels de la santé en ce qui concerne le traitement de la douleur et autres symptômes, particulièrement l'utilisation des opiacés qui est toujours l'objet de nombreux mythes.

Un financement adéquat et un accès optimum à des soins palliatifs prodigués par des professionnels formés selon les meilleures normes en vigueur, dans un environnement approprié, seraient un préalable *sine qua non* à toute intervention concernant l'encadrement éventuel de l'euthanasie. ■

1. Pour des précisions sur les principes devant guider la relation thérapeutique voir la « Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits éthiques entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant les soins », AMC 1999.
2. Lignes directrices pour le médecin confronté à une opposition entre son jugement clinique et les demandes d'un patient ou de ses proches pour l'établissement du degré d'intensité thérapeutique, Comité de bioéthique et comité d'évaluation de l'acte médical du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHUM, août 2002.
3. Kant, E. (1993). *Fondement de la métaphysique des mœurs*. Paris, Librairie générale française, collection Le livre de poche/classiques de la philosophie, p. 105.
4. Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterÉditions, Paris.
5. Souffrance vient du mot latin «sub-ferre» qui signifie porter un fardeau et douleur origine du mot latin «dolere» ou/et «dolere», ce qui signifie équarrir un chêne. Il y a donc dans ce mot la notion de coupure.

Le Réseau a vingt ans...

Que le temps passe vite madame...

(Chanson de Serge Reggiani)¹



Par: Jean-Guy Renaud
et Pierre Duclos

Pour célébrer le vingtième anniversaire du Réseau, le conseil d'administration a suggéré de préparer un Bulletin spécial dédié aux 20 ans de notre Association et de retourner aux sources en organisant une rencontre avec les signataires de la charte de fondation de l'Association en 1989-1990.

Un peu comme les Rois Mages, le vendredi soir 8 janvier dernier (deux jours après la fête des Rois), un convoi est parti de Montréal, un autre de Québec et un autre de Sherbrooke. Les fondateurs se sont retrouvés à Drummondville comme ils se retrouvaient il y a 20 ans pour préparer cette naissance, celle du Réseau de soins palliatifs du Québec.

Nous n'avons pas réuni tous les protagonistes de la première heure au dire des cinq médecins présents mais nous nous sommes rappelés de bons souvenirs en parlant des absents.

Odette Lavallée devait se joindre à la fête pour échanger des souvenirs mais un empêchement de dernière minute nous a privés de sa présence. Le Dr François Benoit de Drummondville était au travail avec ses patients ce soir-là. Le pharmacien Jean-Yves Langevin de Saguenay a été identifié comme un collaborateur



de la première heure mais n'avait pas été joint. Il manquait également Réjean Carrier, travailleur social, Robert Dagenais, prêtre, Andrée Gauvin, coordonnatrice de bénévoles, et tant d'autres. Le D^r Falardeau déplore que nous ayons seulement invité les signataires car les fondateurs étaient plus nombreux.

Afin de retracer le chemin parcouru depuis la création de l'Association, nous avons donc réuni autour d'une table cinq personnes-clés qui ont contribué à la mise sur pied de l'Association et à son évolution : les D^{rs} Marcel Boisvert, André Brizard, Louis Dionne, Maurice Falardeau et Claude Lamontagne. Cette rencontre fut l'occasion non seulement de rappeler le contexte qui a mené à la naissance de l'Association, mais aussi de tourner notre regard vers l'avenir. Compte rendu d'une discussion à bâtons rompus.

1. *Votre fille a 20 ans*, chanson popularisée par Serge Reggiani mais composée par Georges Moustaki en 1971.

O n ne saurait parler de la fondation de l'Association québécoise de soins palliatifs (AQSP) sans se référer aux progrès médicaux réalisés dans le contrôle de la douleur et au changement important de mentalité qui en a découlé. Nos cinq médecins, dont certains ont fait des stages à l'hospice St. Christopher de Londres, rappellent qu'on pratiquait déjà les soins palliatifs au Québec au moment de la création de l'Association. Aux hôpitaux Royal-Victoria et Notre-Dame, à Montréal, et à la maison Michel-Sarrazin à Québec, il y avait des équipes « qui travaillaient plus ou moins en silo, comme on dirait aujourd'hui, raconte le D^r Dionne, mais elles étaient très actives ». À Drummondville et à Sherbrooke, il y avait des noyaux solidement implantés mais on était encore loin des standards communs dans toute la province.

« La nécessité d'avoir une association panquébécoise »

Au départ, l'Association a eu pour objectif de mettre en lien des intervenants qui avaient été formés dans des disciplines différentes et qui travaillaient dans des milieux différents. Sans compter ceux et celles qui pilotaient des unités embryonnaires dans leur région et qui étaient à la recherche de soutien. « Les soins palliatifs, ce n'est pas seulement de la médecine », précise le D^r Falardeau. Il s'explique : « des bâtisseurs du réseau issus des autres professions et du groupe des bénévoles pourraient aussi parler des débuts de l'Association ».

« L'Association a été fondée pour donner voix au chapitre au plus grand nombre de gens possible, dit le D^r Brizard, attrapant la balle au bond. Il fallait se donner les moyens de parler le même langage dans la poursuite d'un objectif commun, compte tenu de la multidisciplinarité des équipes et des besoins des régions. » Le D^r Dionne quant à lui résume les objectifs de l'Association : « Il fallait se regrouper pour se connaître, se stimuler, se soutenir et faire la promotion des soins palliatifs. »

Le D^r Brizard rappelle que la création de l'Association a eu pour résultat que des gens des régions ont pu siéger à son conseil d'administration, donner des conférences et jouer un rôle important dans l'avancement des soins palliatifs au Québec. « L'interdisciplinarité, on y a cru dès le départ, mais au sein de l'Association, il y avait quand même beaucoup de médecins », constate le

D^r Lamontagne, qui se souvient d'avoir renoncé à un poste d'administrateur, considérant que les médecins étaient surreprésentés.

L'organisation de séances de formation et de rencontres scientifiques semble avoir été l'objectif concret du départ. Il est évident que cet objectif est toujours présent et poursuivi. La participation aux congrès, les échanges multiples, les ateliers et les expériences partagées sont autant de preuves de l'effet catalyseur, motivateur et rassembleur de nos événements.

Pour montrer comment l'Association constituait une nouveauté au plan du bénévolat et de la multidisciplinarité, le D^r Dionne raconte cette anecdote: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) avait organisé un colloque de formation pour ses membres. L'AQSP a proposé un bloc de conférences incluant un aumônier, une travailleuse sociale, une infirmière, etc. Ce fut sans doute la première fois que des médecins québécois suivaient une formation donnée en aussi grande partie par des non-médecins.

Il n'y a pas de «superhéros» en soins palliatifs. La contribution de chacun est unique. Et c'est sans doute la raison pour laquelle les soins palliatifs ne sont pas devenus une spécialité de la médecine, en dépit de certaines pressions venues de la profession médicale. Au Québec, le fait que le gouvernement

ait consenti au salariat des médecins en soins palliatifs est un facteur qui a favorisé l'avancement des soins palliatifs, signale-t-on également.

Selon le D^r Boisvert, l'expression «soins palliatifs» aurait été proposée par le D^r Balfour Mount, du Royal-Victoria, le mot «hospice», venu d'Angleterre, ayant un sens péjoratif pour les Québécois. Ceci dit, au-delà des questions de terminologie, le D^r Brizard sent le besoin de distinguer deux expressions: soins palliatifs et soins de fin de vie. À l'origine, l'expression «soins palliatifs» était réservée à la phase terminale, mais «à Sherbrooke, où il n'y avait pas d'unité géographique réservée, il a fallu réfléchir à la question quand on a commencé à voir en consultation des patients dont le pronostic était sombre mais qui étaient encore loin de la phase terminale.»

Solidarité et cohésion

Le D^r Lamontagne se rappelle comment la créativité a joué un rôle important au début. «Qu'on pense à la médication analgésique, au papillon sous-cutané, c'est la créativité qui a fait que la discipline a progressé rapidement. On s'appelait souvent les uns les autres pour trouver des solutions à nos problèmes.»

Les congrès et l'ensemble des formations offertes par l'Association ont contribué à l'avancement des thérapies dans plusieurs champs. Le D^r Brizard en retient quatre: les opiacés,

les entredoses, les injections sous-cutanées et les stéroïdes. Autre bénéfice des congrès: les effets psychothérapeutiques des ateliers, qui permettent encore aujourd'hui aux participants de verbaliser ce qu'ils vivent. À ce propos, tous les médecins autour de la table reconnaissent qu'en soins palliatifs le soutien de l'équipe est indéfectible et indispensable.

Le D^r Dionne poursuit: «Ce n'est pas dévalorisant de travailler en soins palliatifs. Nous allons tous mourir. C'est une réalité de la vie. Si vous permettez à quelqu'un de passer cette étape cruciale avec le soutien de sa famille dans des conditions confortables, vous avez fait votre travail.» Il compare le mourir dans les grands hôpitaux, à l'époque où il y était, et le mourir dans une maison de soins. La grande différence dans une maison, c'est l'attention accordée à la personne qui va mourir et à sa famille. «Quand on se réunit dans le grand salon, après le décès d'un patient, on «*débriefe*», on discute, on partage. Il n'est pas rare que des membres de la famille vous prennent dans leurs bras pour vous remercier», dit-il.

Et si c'était à refaire ?

Le D^r Dionne rappelle que le modèle qui a servi de point de départ (St. Christopher) continue à évoluer; donc, si on fondait l'Association aujourd'hui, il faudrait tenir compte des progrès accomplis. Les recherches réalisées à la maison Michel-Sarrazin sont impressionnantes. «Cela représente des

MARCEL BOISVERT



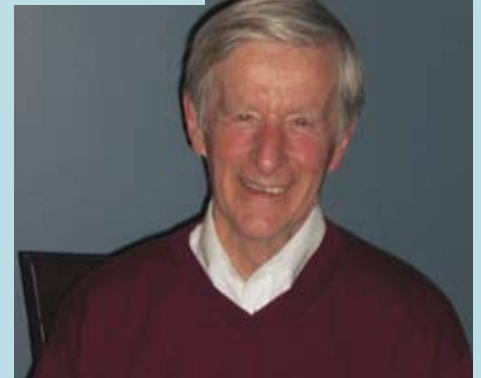
Retraité depuis une douzaine d'années, le D^r Boisvert est toujours à l'affût des nouvelles approches et tendances. Diplômé de McGill, ce généraliste a fait carrière à l'hôpital Royal-Victoria. Il a fait partie du pôle influent anglophone en soins palliatifs. Il était le «Frenchie» qui servait de trait d'union entre les cultures.

ANDRÉ BRIZARD



Il est généralement reconnu que c'est le D^r Brizard qui a arpenté le Québec pour instaurer les soins palliatifs, pour expliquer l'utilité des opiacés, pour semer la notion de soins palliatifs dans tous les recoins du Québec. Médecin de famille, il a enseigné plus de trente années à l'Université de Sherbrooke. C'est un clinicien reconnu, un conférencier influent et un leader naturel. L'homme à la chaise... pour signifier qu'il faut prendre du temps avec son patient.

LOUIS DIONNE



Premier président du Réseau à l'époque où il s'appelait AQSP (Association québécoise de soins palliatifs), le D^r Dionne a aussi été fondateur et directeur général de la Maison Michel-Sarrazin à Québec. Gradué de l'Université Laval en 1957, il a fait carrière comme chirurgien oncologue et comme professeur à la faculté de médecine. C'est en 1969, alors qu'il visite le St. Christopher's Hospice à Londres qu'il a une révélation qui conduit le 29 avril 1985 à l'ouverture de la première maison de soins palliatifs au Québec, quelques années avant la mise sur pied du Réseau.

millions de dollars en projets de recherche, en découvertes. Il faut protéger cela et poursuivre. C'est l'avenir», dit-il.

Le D^r Brizard, quant à lui, pense que l'Association devrait favoriser les habiletés pour former des équipes travaillant dans l'harmonie. Pour lui, une équipe de soins palliatifs ne peut pas se permettre de ne pas fonctionner dans l'harmonie.

Pour sa part, le D^r Lamontagne mettrait l'Association en garde contre un danger qu'il pressent : l'acharnement tant au point de vue de la thérapie que des soins palliatifs. Il s'explique : l'intervention thérapeutique agressive est prolongée de plus en plus longtemps dans la vie du malade, venant ainsi interférer avec les soins palliatifs et le lâcher prise.

Des questions de société : euthanasie et répartition des ressources médicales

Plus ou moins liée à celle de l'acharnement, la question de l'euthanasie paraît incontournable compte tenu de l'évolution des mentalités. Et à plus forte raison, quand on discute de soins palliatifs. Nos invités sont unanimes, il faut en parler. Le Réseau a mis sur pied un comité «Éthique» très actif mais selon les fondateurs, il faut que le débat s'ouvre plus largement à tous les intervenants.

«Je ne sais pas s'il doit y avoir du changement, mais il faut que les gens prennent la

parole. Pas seulement en disant s'ils sont pour ou contre, mais en essayant d'expliquer aussi pourquoi la population le demande», dit le D^r Lamontagne.

«Je ne suis plus en soins palliatifs depuis 12 ans, enchaîne le D^r Boisvert, mais il m'arrive de rencontrer des médecins dont je soupçonne, qu'il y en a pour qui, dans des cas rares et précis, le fait d'écouter la vie fait partie des soins palliatifs. Il y a des gens qui vouent un culte acharné à la vie, mais il y a un questionnement à faire là-dessus qui n'est pas encore commencé.»

Le D^r Boisvert, qui oppose au caractère sacré de la vie le caractère sacré de la personne, mentionne une étude parue dans *Health Psychology**, portant sur 379 patients atteints de cancer dont un pourcentage élevé se dit en faveur d'abrèger la vie dans certaines circonstances. «Il faut en discuter», dit-il.

Tous sont en faveur du débat : il faut que l'Association profite des congrès pour consulter la base, au besoin par sondage écrit, car il y a des gens qui n'oseront pas se prononcer publiquement, croit-on.

Le D^r Falardeau, lui, remet en question ce qu'il considère la mauvaise répartition des ressources. Même si on en venait à le légaliser, le choix de l'euthanasie resterait marginal, explique-t-il, comparé à tous les soins qu'il qualifie d'abusifs. «On oublie les chômeurs,

les démunis, les sans-abri», dit-il. Il se pose des questions sur la dispensation des soins pour les patients en phase terminale : Doit-on offrir cinq séjours successifs de soins intensifs à une personne atteinte d'une maladie terminale ?

Retour à la base militante

Le D^r Brizard se demande si les membres sont toujours aussi désireux de participer à l'Association, si le réseau d'entraide est aussi pertinent. Les besoins ne sont plus les mêmes, répond le D^r Boisvert. «Mon impression, c'est que presque tous les hôpitaux pratiquent les soins palliatifs.» L'Association a probablement joué un rôle important de démocratisation et d'accessibilité. Parmi les ressources accessibles pour la formation, on mentionne Palli-Science, le site Web de la Maison Victor-Gadbois.

Quoi qu'il en soit, c'est le genre de question qui pourrait être posée en congrès, suggère quelqu'un d'autre. Demander aux participants s'ils trouvent des réponses à leurs questions dans leur milieu, dans un site Web ou ailleurs. Sentent-ils le besoin de voir se recréer un réseautage d'entraide ? Pour nos fondateurs, est-ce la nostalgie des premiers pas ? Les besoins ont certainement évolué. Les besoins des membres du Réseau sont maintenant différents... Les besoins des mourants sont pourtant les mêmes.

Une poignée d'hommes et de femmes ont eu une idée, il y a vingt ans. Ils ont mis leur humanisme et leur humanité au service de la science et leur science au service de l'humanité et de l'humain. Le Québec est à l'avant-garde mondiale en termes de soins palliatifs. On le leur doit. Des visionnaires, rien de moins. Soyons dignes de cet héritage.

Réf.

* Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care.

By Wilson, Keith G.; Chochinov, Harvey Max; McPherson, Christine J.; Skirko, Merika Graham; Allard, Pierre; Chary, Srini; Gagnon, Pierre R.; Macmillan, Karen; De Luca, Marina; O'Shea, Fiona; Kuhl, David; Fainsinger, Robin L.; Karam, Andrea M.; Clinch, Jennifer J.

Health Psychology. Vol. 26(3), May 2007, 314-323. ■

MAURICE FALARDEAU



Le D^r Falardeau, médecin à la retraite, chirurgien au CHUM et chef-adjoint du département de chirurgie générale, a été le second président du Réseau. Résident de Saint-Bruno, il demeure très actif socialement, s'impliquant en particulier au sein du comité de justice sociale de Saint-Bruno et au Regroupement des organismes communautaires de Saint-Bruno. Il a été aussi administrateur au Conseil local de développement (CLD) de Longueuil. Il est toujours présent aux congrès du Réseau.

CLAUDE LAMONTAGNE



Le D^r Lamontagne n'était pas signataire de la chartre mais il s'est joint rapidement au Réseau après sa fondation. Médecin de pratique générale et professeur de médecine familiale à l'Université Laval, il œuvre toujours à Québec en consacrant une part de son temps auprès des personnes âgées. Il a été attaché à la Maison Michel-Sarrasin depuis l'ouverture jusqu'en 2004. Il a publié sur l'euthanasie et le suicide assisté.



Le Réseau de soins palliatifs du Québec, vingt ans plus tard

Par : Manon Champagne, coordonnatrice du Bulletin, en collaboration avec Louis Roy, président sortant, et Jean Guy Renaud, directeur général, Réseau de soins palliatifs du Québec

Le Réseau de soins palliatifs du Québec célèbre ses vingt ans d'existence cette année. L'article qui précède a laissé place à ses fondateurs qui ont pu en raconter les débuts, alors que naissait l'Association québécoise de soins palliatifs (cette dernière ayant été renommée Réseau de soins palliatifs du Québec en 2002). Cet article propose un portrait du Réseau, vingt ans après sa création.

Le Réseau, c'est notamment une série d'orientations stratégiques visant à guider chacune de ses actions. Pour la période 2007-2011, ces orientations sont les suivantes :

1. Promouvoir le déploiement prioritaire et intégré des services en soins palliatifs dans chaque région du Québec.
2. Promouvoir des standards élevés de pratique en soins palliatifs.
3. Contribuer activement au développement de l'offre dans la formation de base et avancée en soins palliatifs.
4. Enrichir le débat public sur l'euthanasie et l'aide au suicide, en mettant en évidence le point de vue des soins palliatifs.
5. Accroître le poids politique de l'association.
6. Demeurer une association attractive.
7. Accroître la marge de manœuvre financière de l'association.

Le Réseau, c'est, bien entendu, un conseil d'administration composé de 14 membres (dont les noms se trouvent dans l'article présentant tous les membres des CA depuis la fondation du Réseau). Le CA se réunit environ quatre fois par année. Le comité exécutif, constitué de la présidente, de la vice-présidente, du trésorier et de la secrétaire, s'assure de la bonne marche des opérations, avec le soutien de la direction générale.

Le Réseau, c'est également un ensemble de comités qui voient à l'actualisation des grandes orientations stratégiques. En 2010, ces comités sont au nombre de sept : alliance des maisons de soins palliatifs, bénévolat, bourses, bulletin, deuil, éthique et formation. Les mandats et la composition de ces comités (à l'exception des comités bulletin et éthique) sont présentés plus loin dans ce numéro.

Le Réseau, c'est aussi des collaborations avec d'autres organisations, comme, par exemple, le Réseau universitaire en soins palliatifs du Québec, dont le mandat est défini plus loin, et l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP). Créée en 1991, soit 2 ans après le Réseau, l'ACSP s'est donné pour mission de rassembler les différentes associations provinciales autour d'enjeux communs comme le développement des soins palliatifs d'un océan à l'autre, la qualité des soins prodigués, la formation des soignants et l'information auprès du grand public. Dès les débuts de l'ACSP, le Réseau a été un partenaire majeur et dynamique au sein de cette organisation. Le Réseau a d'ailleurs été le premier à offrir une cotisation commune au Réseau et à l'ACSP, donnant ainsi la possibilité à tous ses membres de devenir automatiquement membres de l'ACSP.

Le Réseau de soins palliatifs du Québec célèbre ses vingt ans d'existence cette année.

Le Réseau, c'est, évidemment, un congrès annuel, événement rassembleur par excellence, qui attire chaque année la participation de plus ou moins un millier de membres.

Le Réseau, c'est, bien sûr, l'offre de bourses visant à encourager l'excellence et l'innovation en soins palliatifs.

Le Réseau, c'est, naturellement, des actions et des représentations auprès de divers ministères ainsi qu'un éventail de prises de position et de nombreuses contributions à différents comités et commissions parlementaires (p. ex. : Commission Clair, Commission Romanow).

Le Réseau, c'est en outre, un ensemble de documents qui ont chacun contribué, à sa façon, à améliorer l'offre de soins palliatifs au Québec. Rappelons ici certains titres :

- Normes de pratiques en soins palliatifs, février 2001
- Recrutement et évaluation des bénévoles en soins palliatifs, mai 2005
- Valeurs et principes éthiques : être bénévole en soins palliatifs, mai 2007
- Programme de formation destiné à des bénévoles en soins palliatifs. Manuel des bénévoles et Manuel des formatrices (en collaboration avec la Fondation PalliAmi), 2006
- Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs (pour la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux), 2008

Le Réseau, c'est, forcément, un Bulletin qui vous parvient trois fois par année !

Le Réseau, c'est en plus de tout cela, un site Internet débordant d'informations et de ressources (dont les documents cités précédemment) que nous vous invitons à aller visiter régulièrement. (www.reseaupalliatif.org)

Mais le Réseau, c'est d'abord et avant tout 1164 membres provenant de toutes les régions du Québec, et parmi lesquels se trouvent majoritairement des professionnels de la santé (infirmières, médecins, intervenants divers, administrateurs, etc.) et aussi de nombreux bénévoles. Ce sont incontestablement nos membres qui constituent le cœur et la raison d'être de notre organisation. Merci de faire partie du Réseau de soins palliatifs du Québec! ■

AVIS DE CONVOCATION - Assemblée générale annuelle

Par la présente, tous les membres du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ) sont invités à l'Assemblée générale annuelle des membres qui se tiendra à l'Hôtel Hilton de Québec, le lundi 10 mai 2010 à 17 heures 15.



Le procès verbal de l'assemblée 2009 et l'ordre du jour détaillé de la réunion 2010 seront déposés sur le site internet de l'Association (www.reseau-palliatif.org) et également distribués à la porte.

L'Ordre du jour comprendra :

- Le rapport de la présidente et des vice-présidents
- Le rapport du trésorier et l'approbation des états financiers 2009
- La nomination des administrateurs (par élection ou par acclamation)
- La nomination des vérificateurs comptables
- Le dévoilement des bourses et du Prix Reconnaissance 2010

Le Directeur général,

Jean Guy Renaud MBA

FORMULAIRE DE MISE EN CANDIDATURE

Conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ)

Vous êtes une personne impliquée dans le domaine des soins palliatifs. Vous êtes disponible et désirez collaborer au développement des soins palliatifs au Québec. Nous vous invitons à poser votre candidature au sein du conseil d'administration du RSPQ-(AQSP) qui a besoin de votre engagement et de votre enthousiasme.

Je soussigné(e) _____ pose ma candidature à un poste d'administrateur(trice) du Réseau de soins palliatifs du Québec. Les élections auront lieu lors de l'Assemblée générale annuelle du 10 mai 2010.

COORDONNÉES DU CANDIDAT(E)

Nom et prénom :	
Adresse :	
Ville et code postal :	
Téléphone :	
Courriel :	
Profession :	
Lien avec hôpital / clinique / organisme :	
Signature :	

COORDONNÉES DE DEUX PERSONNES (membres en règle du RSPQ) QUI APPUIENT MA CANDIDATURE

Nom et prénom :	
Téléphone :	

Nom et prénom :	
Téléphone :	

Le formulaire doit être retourné au directeur général au plus tard le 15 avril 2010 à l'adresse suivante :

Réseau de soins palliatifs du Québec
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 900
Montréal, Québec H3A 3C6
Téléphone : 514 282-3808
Télécopieur : 514 844-7556



Membres des CA

du Réseau depuis vingt ans

Informations colligées par Justine Farley, présidente, et Louis Roy, président sortant, Réseau de soins palliatifs du Québec

1989-1990

- Louis Dionne, président
- Maurice Falardeau, vice-président
- Évelyne Lyrette, trésorière
- François Benoit
- Denis Boies
- Marcel Boisvert
- Francine Brien
- André Brizard
- Réjean Carrier
- Robert Dagenais
- Claude Lamontagne
- Anne Plante

1990-1991

- Louis Dionne, président
- Maurice Falardeau, vice-président
- Réjean Carrier, secrétaire
- Marcel Boisvert
- André Brizard
- Denise Chouinard
- Robert Dagenais
- Johanne de Montigny
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Anne Plante
- Estelle Ross

1991-1992

- Louis Dionne, président
- Marcel Falardeau, vice-président
- Réjean Carrier, secrétaire
- Marcel Boisvert
- André Brizard
- Denise Chouinard
- Robert Dagenais
- Johanne de Montigny
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Anne Plante
- Estelle Ross

1992-1993

- Maurice Falardeau, président
- Robert Dagenais, vice-président
- Réjean Carrier, secrétaire-trésorier

- Marcel Boisvert
- Francine Brien
- Denise Chouinard
- Johanne de Montigny
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Anne Plante
- Estelle Ross

1993-1994

- Maurice Falardeau, président
- Réjean Carrier, secrétaire
- Marcel Boisvert, trésorier
- Louise Bellavance
- Robert Dagenais
- Johanne de Montigny
- Yves Lajoie
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Estelle Ross
- Angèle Saint-Germain

1994-1995

- Maurice Falardeau, président
- Robert Dagenais, vice-président
- Marcel Boisvert, secrétaire-trésorier
- Louise Bellavance
- Réjean Carrier
- Denise Chouinard
- Yves Lajoie
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Francine Périard
- Angèle Saint-Germain

1995-1996

- Maurice Falardeau, président
- Réjean Carrier, vice-président
- Robert Dagenais, secrétaire-trésorier
- Denise Chouinard
- Yves Lajoie
- Jean-Yves Langevin
- Bernard J. Lapointe
- Odette Lavallée
- Lise Lussier
- Francine Périard
- Michèle Viau-Chagnon

1996-1997

- Bernard J. Lapointe, président
- Réjean Carrier, vice-président
- Robert Dagenais, secrétaire-trésorier
- Gisèle Aubin
- Gisèle B. Dancause
- Maurice Falardeau
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Lise Lussier
- Louis Roy
- Michèle Viau-Chagnon

1997-1998

- Bernard J. Lapointe, président
- Gisèle B. Dancause, vice-présidente
- Robert Dagenais, secrétaire-trésorier
- Gisèle Aubin
- Maurice Falardeau
- Louise Grenier
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Lise Lussier
- Louis Roy
- Michèle Viau-Chagnon

1998-1999

- Bernard J. Lapointe, président
- Gisèle B. Dancause, vice-présidente
- Robert Dagenais, secrétaire-trésorier
- Sylvie Côté
- Maurice Falardeau
- Louise Grenier
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Lise Lussier
- Louis Roy
- Michèle Viau-Chagnon

1999-2000

- Bernard J. Lapointe, président
- Louis Roy, vice-président
- Gisèle B. Dancause, secrétaire
- Robert Dagenais, trésorier
- Sylvie Côté
- Maurice Falardeau

- Louise Grenier
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Lise Lussier
- Michèle Viau-Chagnon

2000-2001

- Bernard J. Lapointe, président
- Louis Roy, vice-président
- Gisèle B. Dancause, secrétaire
- Robert Dagenais, trésorier
- Sylvie Côté
- Justine Farley
- Louise Grenier
- Louise La Fontaine
- Jean-Yves Langevin
- Lise Lussier
- Michèle Viau-Chagnon

2001-2002

- Louis Roy, président
- Lise Lussier, vice-présidente
- Gisèle B. Dancause, secrétaire
- Michèle Viau-Chagnon, trésorière
- Louis Bernard
- Sylvie Côté
- Justine Farley
- Louise Grenier
- Gilles Joly
- Louise La Fontaine
- Jean-Yves Langevin
- Bernard J. Lapointe, président sortant

2002-2003

- Louis Roy, président
- Lise Lussier, vice-présidente
- Gisèle B. Dancause, secrétaire
- Michèle Viau-Chagnon, trésorière
- Louise Bernard
- Justine Farley
- Claudette Foucault
- Louise Grenier
- Gilles Joly
- Jean-Yves Langevin
- Louise La Fontaine
- Bernard J. Lapointe, président sortant

2003-2004

- Louis Roy, président
- Lise Lussier, vice-présidente
- Claudette Foucault, secrétaire
- Louise Bourgoin, trésorière

- Danielle J. Drouin
- Justine Farley
- Gilles Joly
- Louise La Fontaine
- Jean-Yves Langevin
- Jocelyne Lauzon
- Michel L'Heureux
- Colette Pierrot, cooptée
- Suzanne Pinard, cooptée
- Danie Tourville
- Bernard J. Lapointe, président sortant

2004-2005

- Louis Roy, président
- Lise Lussier, vice-présidente
- Louise La Fontaine, secrétaire
- Justine Farley, trésorière
- Louise Bourgoin
- Danielle J. Drouin
- Claudette Foucault
- Gilles Joly
- Jocelyne Lauzon
- Jean-Yves Langevin
- Michel L'Heureux
- Colette Pierrot, cooptée
- Danie Tourville
- Bernard J. Lapointe, président sortant

2005-2006

- Louis Roy, président
- Lise Lussier, vice-présidente
- Justine Farley, trésorière
- Danie Tourville, secrétaire
- Danielle J. Drouin
- Claudette Foucault
- Martine Fortin
- Gilles Joly
- Jean-Yves Langevin
- Jocelyne Lauzon
- Michel L'Heureux
- Bernard Lapointe, président sortant
- Anna Towers, RUQSP

2006-2007

- Justine Farley, présidente
- Louise La Fontaine, vice-présidente
- Michel L'Heureux, trésorier
- Danie Tourville, secrétaire
- Danielle J. Drouin
- Claudette Foucault
- Martine Fortin
- Gilles Joly
- Jean-Yves Langevin
- Jocelyne Lauzon

- Lise Lussier
- Louis Roy, président sortant
- Anna Towers, RUQSP

2007-2008

- Justine Farley, présidente
- Louise La Fontaine, vice-présidente
- Michel L'Heureux, trésorier
- Danie Tourville, secrétaire
- Suzie Breton
- Manon Champagne
- Claudette Foucault
- Martine Fortin
- Diane Lamarre
- Jocelyne Lauzon
- Louis Roy, président sortant
- Jean-Marc Bigonnesse, RUQSP

2008-2009

- Justine Farley, présidente
- Maryse Bouvette, vice-présidente
- Michel L'Heureux, trésorier
- Danie Tourville, secrétaire
- Suzie Breton
- Myriam Briand
- Manon Champagne
- Marlène Côté
- Alberte Déry
- Martine Fortin
- Marie-Claude Harvey
- Jocelyne Lauzon
- Louis Roy, président sortant
- Jean-Marc Bigonnesse, RUQSP

2009-2010

- Justine Farley, présidente
- Maryse Bouvette, vice-présidente
- Michel L'Heureux, trésorier
- Danie Tourville, secrétaire
- Danielle Blondeau
- Manon Champagne
- Marlène Côté
- Alberte Déry
- Martine Fortin
- Lyse Lussier
- Marie-Claude Harvey
- Jocelyne Lauzon
- Danielle Minguy
- Louis Roy, président sortant
- Lucie Baillargeon, RUQSP

Membres des comités organisateurs des congrès

Informations colligées par Justine Farley, présidente, et Louis Roy, président sortant, Réseau de soins palliatifs du Québec

1991, 30 et 31 mai, Québec

Comité scientifique:

- Louise Bernard
- André Brizard
- Réjean Carrier
- Robert Dagenais
- Johanne de Montigny
- Nicole Hébert
- Claude Lamontagne
- Catherine Nadeau

1992, 4 et 5 juin, Montréal

Comité:

- Maurice Falardeau, président du comité d'organisation
- Marcel Boisvert, président du comité scientifique
- Claude Lamontagne
- André Brizard
- Estelle Ross
- Réjean Carrier
- Johanne de Montigny
- Robert Dagenais

1993, 28 mai, Chéribourg « Impact des soins palliatifs sur la famille des patients »

Comité:

- Maurice Falardeau, président
- Marcel Boisvert
- Francine Brien
- Anne Plante

1994, 2 et 3 juin, Québec

Comité:

- Claude Lamontagne, président
- Marcel Boisvert
- Réjean Carrier
- Annie Dionne
- Guy Frenette
- Louise Grenier
- Jacqueline Lagacé
- Gilles Nadeau
- Francine Périard

1995, 1^{er} et 2 juin, Montréal

Comité:

- Francine Périard, présidente
- François Allison
- Marcel Boisvert
- Réjean Carrier

- Maurice Falardeau
- Andrée Gauvin
- Geneviève Léveillé
- Suzanne Mongeau
- Andrée Néron
- Claude Synnott

1996, 30 et 31 mai, Chicoutimi

Comité:

- Hélène Archambault
- Chantale Boivin
- Gemma Boulianne
- Sylvain Gauthier
- Lise Hovington
- Cécile Labelle
- Jean-Yves Langevin
- Odette Lavallée
- Danielle Michaud
- Daniel Rouleau
- Marcel-A. Perron
- Jacinthe Bouchard, secrétariat
- Johanne Gobeil, secrétariat

1997, 29 et 30 mai, Québec « 30 ans de soins palliatifs, un défi à poursuivre »

Comité:

- Gisèle Dancause, présidente
- Mireille Arsenault
- Louise Bernard
- Réjean Carrier
- Jean-Yves Langevin
- Huguette Lavoie
- Hubert Marcoux
- Gilles Nadeau
- Lise Roy
- Louis Roy

1998, 4 et 5 juin, Montréal

« Les soins palliatifs, en ouverture sur le monde »

Comité:

- Lise Lussier, présidente
- Gisèle Dancause
- Maurice Falardeau
- Justine Farley
- Marjolaine Mailhot
- Donald Meloche
- Suzanne Mongeau
- Michèle-Viau Chagnon

1999, 13 et 14 mai, Sherbrooke

« Continuité des soins, dans la continuité de la vie »

Comité:

- Marie-Paule Kirouac, présidente
- Céline Boucher
- Marie Dubuc
- Francine Fauteux
- Lise Gaudreau
- Lise Lussier
- Daniel Noël
- Thérèse Parr
- Madeleine Pilon
- Robert Thiffault

2000, 15 et 16 mai, Québec

« En ce 3^e millénaire, pouvons-nous intégrer la mort à la vie »

Comité:

- Louis Roy, président
- Louise Bernard
- Réjean Carrier
- Gisèle B. Dancause
- Louise Grenier
- Yves Houle
- Francine Leblond
- Jean Lépine
- Gilles Nadeau
- Michèle Plante
- Christiane Savard

2001, 2 et 3 avril, Montréal

« Les soins palliatifs en réseau » Conjointement avec la FMOQ

Comité:

- Geneviève Dechêne, présidente
- Christiane Affaki
- Dominique Dion
- Renée Dugas
- Justine Farley
- Claudette Foucault
- Andrée Gauvin
- Suzanne Mongeau
- Andrée Néron
- Louis Roy

»»»» suite à la page 16

10 et 11 mai 2010
Hilton Québec

20^e
congrès du Réseau de
soins palliatifs
du Québec

A close-up photograph of a pair of hands, likely belonging to an elderly person, gently cupping a small, vibrant green tree with dark soil. The lighting is warm and focused on the hands and the tree, creating a sense of care and nurturing. The background is dark and out of focus.

La force de l'héritage

SOURCE DE DÉPASSEMENT

Programme complet sur le site du Réseau : www.reseaupalliatif.org

2002, 30 et 31 mai, Rimouski

« Les soins palliatifs, une présence branchée sur la vie »

Comité:

- Louise La Fontaine, présidente
- Michèle Beaulieu
- Sara Bélanger
- Richard Blanchet
- Louise Bourgoin
- Louiselle Caron
- Lucie Déraspe
- Bernard Hamelin
- Éliane Huard
- Jean Lépine
- Jules Massé
- Monic Roy
- Julie Samson

2003, 15 au 18 juin, Québec

« Plusieurs visages, une même passion »

Congrès en collaboration avec l'Association canadienne de soins palliatifs

Comité:

- Louis Roy, président
- Denise Bélanger
- Yves Houle
- Gilles Nadeau
- Rénaud Bergeron
- Gisèle Bourdeau
- Réjean Carrier
- Andrée Gauvin
- Louise Grenier
- Claude Lamontagne
- Geneviève Léveillé
- Catherine Nadeau
- Christiane Savard
- Danie Tourville
- Anna Towers
- Annie Tremblay
- Michèle Viau-Chagnon

2004, 1^{er} et 2 avril, Montréal

« À l'unisson, paradoxe et complexité »

Comité:

- Justine Farley, présidente
- Michelle Dallaire
- Sandra Demers
- Madeleine DeRome
- Claudette Foucault
- Gilles Joly
- Lise Lussier
- Suzanne Mongeau
- Michèle Viau-Chagnon

2005, 26 et 27 mai, Chicoutimi

Comité:

- Nicole Gaudreault, coprésidente
- Jean-Yves Langevin, coprésident
- Hélène Archibald
- Céline Benoit

- Arthur Bourdeau
- Nicolas Brochet
- Alberte Déry
- Stéphane Fortin
- Nicole Gaudreault
- Lise Hovington
- Catherine Hudon
- Louis Roy
- Édith Simard
- Marie-Andrée Tremblay

2006, 24 et 25 avril, Québec

« Les soins palliatifs, une histoire de passages »

Comité:

- Hubert Marcoux, président
- Samir Azzaria
- Gilles Bradet
- Suzanne Cayer
- Linda Côté-Brisson
- Anne-Marie Cloutier
- Louise Dicaire
- Pierre Gagnon
- Louise Grenier
- Andrée Jobin
- Éric Lepage
- Lucie Lévesque
- Suzanne Mongeau
- Ann Montreuil
- Hélène Roy
- Danie Tourville
- Patrick Vinay

2007, 28 et 29 mai, Sherbrooke

« Cœur, raison et action: tous ensemble, au service des soins palliatifs »

Comité:

- Marie Paule Kirouac, coprésidente
- Julie Monast, coprésidente
- Guylène Bélanger
- Sylvie Bessette
- Lise Blais
- Anne-Marie Boire Lavigne
- Carl Bromwich
- Liette Compagna
- Valérie Gaudreau
- Mario Grenier
- Manon Lessard
- Lise Lévesque
- Sylvie Martin
- Andrée Néron
- Valérie Perron-Milesi
- Robert Thiffault
- Josée Tremblay
- Marjolaine Wolfe

2008, 24 et 25 avril, Gatineau

« La vie qui prend son sens »

Comité:

- Maryse Bouvette, présidente
- Anne Dubé
- Suzanne Fitzbach
- Claire Gervais-Pigeon
- Hélène L'Africain
- Myriam Laroche
- Tommy Law
- Claude Leclerc
- Huguette Lepage
- Danielle Manseau
- Charlotte Meunier
- Lorraine Migneault
- Béatrice Munn
- André Rochon
- Céline Talbot

2009, 16 et 17 avril, Montréal

« Entre science et compassion, où en sont les soins palliatifs? »

Comité:

- Louise Champagne, coprésidente
- Manon Champagne, coprésidente
- André Didier Barbant
- Christiane Robichaud
- Claudette Foucault
- Denis Gervais
- Emma Comeau
- Guylaine Saultier
- Isabelle Coutu-Lamontagne
- Jocelyne Lauzon
- Manon Roy
- Suzanne Mongeau

2010, 10 et 11 mai, Québec

« La force de l'héritage, source de dépassement »

Comité:

- Réjean Carrier, coprésident
- Martine Fortin, coprésidente
- Gilles Bradet
- Marie Cameron
- Pauline Désilets
- Marie De Serrres
- Serge Dumont
- Nancy Gaudreault
- Paule Laflamme
- Michel L'Heureux
- Catherine Nadeau
- Nicole Pouliot
- Hélène Roy
- Mélanie St-Pierre
- Annie Tremblay ■

Le Réseau universitaire québécois en soins palliatifs

Par: Lucie Baillargeon, M.D., M. Sc. - Présidente du RUQSP

C'est en 2001 que le Réseau universitaire québécois en soins palliatifs (RUQSP) a vu le jour. Son objectif général est de promouvoir le développement de soins palliatifs de qualité au Québec à travers son mandat universitaire.

Cette table de concertation regroupe des médecins délégués par les quatre universités québécoises offrant une formation médicale. Les membres actuels sont les D^{rs} Jean-Marc Bigonnesse et Anne-Marie Boire-Lavigne (U. de Sherbrooke), Bernard Lapointe et Golda Elisa Tradounsky (U. McGill), Joseph Ayoub et Robert Marchand (U. de Montréal), Ann Montreuil et Lucie Baillargeon (U. Laval).

La D^{re} Anna Towers de l'Université McGill a été membre fondateur et présidente du RUQSP durant les six premières années de son existence. Le D^r Jean-Marc Bigonnesse (U. de Sherbrooke) lui a succédé en 2007 et la D^{re} Lucie Baillargeon (U. Laval) est la nouvelle présidente depuis septembre 2009. Un lien fonctionnel avec le Réseau de soins palliatifs du Québec est assuré par la participation du président du RUQSP aux réunions du conseil d'administration.

Au cours de ces années, le RUQSP s'est impliqué dans plusieurs dossiers tels que:

- Sensibilisation des instances politiques sur le rôle des réseaux universitaires dans l'enseignement et la recherche en soins palliatifs;
- Représentations pour trouver des solutions aux problèmes de pénurie d'effectifs médicaux pour la prestation de soins palliatifs et l'enseignement en milieu universitaire;

- Développement d'un curriculum provincial en soins palliatifs pour la formation prégraduée en médecine. Le RUQSP a participé activement au projet «Former les futurs médecins en soins palliatifs et de fin de vie» (FFMSPFV) pour développer des objectifs de formation faisant consensus à travers le Canada;

- Organisation de la Journée interuniversitaire de réflexion sur l'enseignement et la recherche en soins palliatifs à Drummondville en 2007. Cette journée réunissant 24 professeurs de différentes disciplines dans les quatre universités québécoises participant au RUQSP a identifié des pistes de solution pour favoriser l'interdisciplinarité.

Les orientations prioritaires du RUQSP touchent la formation universitaire, les services cliniques et la recherche.

Au cours des prochaines années, le RUQSP poursuivra ses efforts pour améliorer la formation pré et postgraduée des professionnels de la santé en soins palliatifs. En 2010, la version française du programme d'enseignement LEAP (Learning Essential Approaches to Palliative & End of Life Care) sera disponible (voir article de Maryse Bouvette dans ce numéro du Bulletin). Le RUQSP organisera des ateliers destinés aux formateurs de quatre universités québécoises (U. de Montréal, U. de Sherbrooke, U. Laval et U. McGill) pour

qu'ils puissent diffuser ce programme aux étudiants et aux professionnels de la santé au sein de leurs réseaux d'enseignement respectifs.

L'enseignement de la collaboration interdisciplinaire au sein des universités est primordial compte tenu que cette approche est essentielle pour des soins palliatifs de qualité. Les démarches déjà entreprises dans les différentes universités seront poursuivies pour que les étudiants des sciences de la santé soient exposés précocement à la collaboration interdisciplinaire durant leur formation.

La formation universitaire en soins palliatifs doit pouvoir s'appuyer sur des réseaux cliniques d'enseignement bien structurés. Les milieux de stages cliniques doivent être en mesure d'accueillir un nombre croissant d'étudiants des différents programmes des sciences de la santé. Les membres du RUQSP collaboreront à la planification et à l'organisation de ces activités de stage.

Les équipes interdisciplinaires de recherche en soins palliatifs se sont beaucoup développées au Québec depuis une dizaine d'années. Les programmes de formation universitaire de deuxième et de troisième cycle reposent en grande partie sur ces équipes de recherche. Les membres du RUQSP continueront à appuyer les efforts de ces équipes afin de consolider leurs acquis et de favoriser le réseautage. ■

Comité des bourses

Présidente: Jocelyne Lauzon

Membres: Danie Tourville, Jean-François Desbiens et Gilbert Renaud

Mandat

Promouvoir le développement et l'excellence des soins palliatifs au Québec.

De façon plus spécifique le comité des bourses a pour mandat de:

- Souligner l'apport exceptionnel d'une personne ou d'un organisme impliqué dans les soins palliatifs au Québec en décernant le Prix Reconnaissance lors du congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ).

- Stimuler et supporter la recherche, l'innovation, la formation et le développement en soins palliatifs par son programme de bourses. Selon les fonds disponibles, ces bourses sont remises lors du congrès annuel du RSPQ.

Composition

Le comité est formé de deux membres administrateurs du RSPQ et de deux membres provenant du milieu universitaire et/ou du milieu de la santé. Le président du comité est nommé par le conseil d'administration du RSPQ.

Fonctionnement

Le comité relève du conseil d'administration du RSPQ et lui fait rapport. Le comité se réunit deux fois par année ou plus selon les besoins.

Une fois par année, le comité s'adjoint un cinquième membre pour constituer le comité de sélection qui, selon les critères établis, fera le choix des récipiendaires du Prix Reconnaissance et des bourses. ■

Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec

Présidente: Danielle Minguy (Maison La Vallée des Roseaux, Baie-Comeau)

Membres de l'exécutif : Guylaine Bruneau, vice-présidente (Maison de soins palliatifs de Rouyn-Noranda), Christiane Hudon, secrétaire (Maison Au jardin de Mésanges de Soli-Can, Lac Saint-Jean Est), Michel L'Heureux (Maison Michel-Sarrazin, Québec), Marie-Paule Kirouac (Maison Aube-Lumière, Sherbrooke), Suzanne Fitzback (Maison Mathieu-Froment-Savoie, Gatineau), Lucie Wiseman (Projet de la Maison Au Diapason, Bromont), Denis Marcoux (Résidence de soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île à Kirkland) et Régis Arsenault (Projet de Maison de soins palliatifs de l'Est-de-l'Île)

Règles de gouvernance

Statut

L'Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec est un comité relevant du conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ).

Objectifs

L'Alliance poursuit les objectifs suivants :

- Maintenir et développer les communications

et le partage d'information et d'expertise entre les maisons membres;

- Offrir un soutien structuré aux promoteurs de maisons en émergence;
- Promouvoir les normes et les standards de pratique en soins palliatifs auprès des maisons membres et des maisons en émergence;

- Sensibiliser le conseil d'administration du Réseau et les décideurs publics aux réalités particulières et aux besoins des maisons de soins palliatifs;

- Encourager l'adhésion individuelle au Réseau du personnel et des bénévoles des maisons membres. ■

Comité de formation

Présidente: Manon Champagne

Membres: Maryse Bouvette, Réjean Carrier, Marie-Chantal Couture, Alberte Déry, Monique Fortier, Marie-Pier Levesque, Michel L'Heureux et Hubert Marcoux

Mandat

Contribuer activement au développement de l'offre dans la formation de base et avancée en soins palliatifs¹.

De façon plus spécifique, le comité a pour mandat de :

- Contribuer à l'identification des besoins de formation et de développement des compétences en soins palliatifs;
- Compléter et mettre à jour les profils de compétences en soins palliatifs pour les différentes catégories d'intervenants, de même que les stratégies de développement des compétences²;
- Susciter au sein du réseau de la santé et des services sociaux des initiatives et des projets novateurs de formation, de développement des compétences ou de transfert des connaissances en soins palliatifs, les promouvoir, assurer leur suivi et leur évaluation, s'il y a lieu;
- Soutenir les initiatives et projets régionaux

ou locaux de formation et de développement des compétences en soins palliatifs, et les faire connaître aux autres régions;

- Alimenter le volet formation du site internet du RSPQ afin d'orienter les membres vers les ressources disponibles de formation en soins palliatifs;
- Contribuer à enrichir les contenus scientifiques et formatifs en français sur internet par le biais de l'entente du RSPQ avec la Maison Victor-Gadbois (www.palliscience.com) ou avec d'autres partenaires potentiels, comme le Carrefour virtuel canadien en soins palliatifs (www.carrefourpalliatif.ca);
- Développer des projets de collaboration avec le Réseau universitaire québécois de soins palliatifs;
- Développer des liens avec des regroupements impliqués en formation, notamment les fédérations médicales, les associations de spécialistes et les ordres

professionnels, pour offrir son expertise et susciter des initiatives conjointes ou traiter de soins palliatifs dans leurs congrès respectifs.

Composition

Le comité est composé de huit à douze membres, provenant de différentes régions du Québec et de différentes disciplines, incluant le bénévolat. Le président du comité est nommé par le conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec.

Fonctionnement

Le comité relève du conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec et lui fait rapport. Il se réunit au moins deux fois par année, ou plus selon les besoins. Dans la mesure des moyens mis à sa disposition par le conseil d'administration, le comité peut s'adjoindre un chargé de projets pour effectuer certains travaux (ex : via une subvention du MSSS ou autre). ■

1. Le Comité de formation du Réseau de soins palliatifs du Québec ne peut se substituer aux multiples acteurs en formation, mais il peut exercer une influence et promouvoir des initiatives ayant un effet structurant sur l'offre de formation de ces différents acteurs.

2. Le RSPQ, en tant que mandataire du MSSS, a été le maître d'œuvre de l'élaboration du *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*, publié en 2008. Le comité de formation du RSPQ est appelé à poursuivre le travail amorcé et à en effectuer les mises à jour.

Comité du deuil

Présidente: Louise Gaboury

Membres: Réjean Carrier, Martine Fortin, Louise Grenier, Jocelyne Lauzon et Lise Lussier

Contexte

Le Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ) se préoccupe depuis toujours du suivi de deuil des proches d'une personne décédée d'une maladie terminale. En 2004, la Fondation pour l'éveil au deuil, fondée et dirigée par madame Suzanne Pinard, a cessé ses activités et s'est fusionnée avec le RSPQ. Le comité du deuil du RSPQ a donc intégré dans son mandat une partie de la mission de cette fondation.

Mandat

Contribuer activement au développement de l'offre de service dans le suivi de deuil¹.

De façon plus spécifique, le comité a pour mandat de :

- Contribuer à l'identification des besoins en suivi de deuil;
- Développer et mettre à jour des normes de pratique pour le suivi de deuil, tant par des professionnels que par des bénévoles;

- Soutenir les initiatives et projets régionaux ou locaux en suivi de deuil et les faire connaître aux autres régions;
- Susciter, au sein des établissements et des organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux, des initiatives et des projets novateurs en suivi de deuil, les promouvoir, assurer leur suivi et leur évaluation, s'il y a lieu;
- Développer des liens avec des organismes ou regroupements impliqués en suivi de deuil pour offrir son expertise et susciter des initiatives conjointes;
- Alimenter le volet deuil du site internet du RSPQ afin d'orienter les membres ou le public vers les ressources disponibles en suivi de deuil;
- Contribuer à l'avancement de la formation des professionnels et bénévoles sur le suivi de deuil, en collaboration avec le comité de formation;

- Contribuer à enrichir les contenus sur internet à propos du suivi de deuil, par le biais de l'entente du RSPQ avec la Maison Victor-Gadbois (www.palliscience.com) ou avec d'autres partenaires potentiels.

Composition

Le comité est composé de six à dix membres, provenant de différentes régions du Québec, de différents établissements ou organismes, et de différentes disciplines, incluant le bénévolat. Le président du comité est nommé par le conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec.

Fonctionnement

Le comité relève du conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec et lui fait rapport. Il se réunit au moins deux fois par année, ou plus selon les besoins. Dans la mesure des moyens mis à sa disposition par le conseil d'administration, le comité peut s'adjoindre un chargé de projets pour effectuer certains travaux (ex: via une subvention du MSSS ou autre). ■

1. Le Comité du deuil du Réseau de soins palliatifs du Québec ne peut se substituer aux multiples acteurs en suivi de deuil, mais il peut exercer une influence et promouvoir des initiatives ayant un effet structurant sur l'offre de service de ces différents acteurs.

Comité du bénévolat

Présidente: Alberte Déry (Palli-Aide)

Membres: Emma Comeau (Le Phare, Enfants et Familles), Marlène Côté (Au Diapason), Martine Dallaire (CSSS Sud-Ouest, Verdun), Linda Giroux (CSSS des Sommets), Élisabeth Plante (CH Notre-Dame de la Merci) et Hélène René (Corporation Albatros)

Mandat

Promouvoir le développement du bénévolat et la qualité des services bénévoles en soins palliatifs dans toutes les régions du Québec.

De façon plus spécifique, le comité a pour mandat de :

- Promouvoir des standards élevés de pratique de bénévolat en soins palliatifs;
- Élaborer des normes de pratique du bénévolat en soins palliatifs à domicile, en centre hospitalier, en centre d'hébergement et de soins de longue durée et en maison de fin de vie, en vue de l'agrément des organisations communautaires œuvrant en soins palliatifs;
- Élaborer et mettre à jour régulièrement des critères de sélection et d'évaluation des bénévoles;

- Élaborer des outils spécifiques pour l'encadrement des bénévoles;
- Identifier les besoins de formation des bénévoles et des coordonnatrices des bénévoles en soins palliatifs, en concertation avec le comité de formation, et susciter des activités de formation de base pour les bénévoles et de formation avancée pour les coordonnatrices;
- Produire un guide de gestion de bénévoles en soins palliatifs;
- Développer et maintenir dans différentes régions du Québec des groupes de rencontres et d'échanges pour les coordonnatrices de bénévoles en soins palliatifs, comme lieu de ressourcement et aussi lieu de consultation, en lien avec les différents mandats du comité;

- Sensibiliser les organisations bénévoles à l'importance d'être impliquées dans le réseau de la santé et services sociaux, dans les projets locaux ou tout comité touchant les soins palliatifs de leur région.

Composition

Le comité est composé de 5 à 8 membres, provenant de différentes régions du Québec. Les membres doivent être des coordonnatrices de bénévoles en soins palliatifs dans leur milieu. Le président du comité est nommé par le conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec

Fonctionnement

Le comité relève du conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs du Québec et lui fait rapport. Il se réunit au moins trois fois par année, ou plus selon les besoins. ■

un outil éducatif qui fait la différence

Par: Maryse Bouvette, coordonnatrice du service de consultation en gestion de douleur et de symptômes en soins palliatifs, Soins continus Bruyère, Ottawa

Membre du Comité de formation du Réseau de soins palliatifs du Québec



Il va sans dire que l'éducation en soins palliatifs demeure un besoin important. Mais comment peut-on s'assurer que l'éducation rejoint les professionnels de la santé dans leur pratique? Il a été démontré dans de nombreuses recherches que les présentations didactiques en soi ne permettent pas d'intégrer les notions théoriques dans la pratique. Alors, à quoi bon enseigner s'il n'y a pas d'amélioration dans les compétences cliniques des professionnels?

Une approche comprenant des techniques d'enseignement variées telles que de courtes vidéos, des études de situations cliniques, des discussions en petits et grands groupes et des réflexions sur ses propres expériences tant personnelles que cliniques permet de rejoindre les professionnels de la santé dans leur pratique. C'est un peu ce que tente d'offrir le **programme LEAP** (Learning Essential Approaches to Palliative and End-of-Life Care / Enseignement des approches essentielles en soins palliatifs et de fin de vie). Ce programme a été conçu pour favoriser l'acquisition de compétences essentielles chez les professionnels de l'équipe primaire. Il est basé sur les valeurs, les principes et les normes de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP). Les méthodes didactiques sélectionnées dans LEAP comprennent des condensés théoriques, des études de situations cliniques, du travail en petits et grands groupes interdisciplinaires / interprofessionnels, et des visionnements de vidéos cliniques. Cette approche nécessite l'engagement des participants et utilise l'expertise et l'expérience de ceux-ci comme ressources éducatives essentielles.

Le programme comprend **11 chapitres** traitant des sujets suivants : créer un contexte,

problèmes gastro-intestinaux, traitement de la douleur, problèmes respiratoires, communication, dépression / anxiété / souffrance, chagrin / deuil, delirium, sédation palliative, les derniers jours / dernières heures, travailler en équipe. Une période de temps est assignée à chacun de ces modules pour **un total de 13 heures**. Le programme original a été conçu pour être offert sur deux jours mais peut également être dispensé selon des horaires plus flexibles, en fonction de la disponibilité des participants. Des horaires de présentations peuvent varier comme suit : trois heures par semaine pendant 4 à 5 semaines en soirée, 6 à 7 heures par jour pendant deux jours, un module par semaine ou combinaisons de deux modules selon le contenu de ceux-ci.

Le programme LEAP offre la trousse de l'utilisateur ainsi que le manuel du participant. Ces outils permettent de guider l'enseignement et de faciliter l'utilisation de LEAP tout en s'assurant de satisfaire toutes les exigences de ce programme. Comme LEAP a une portée nationale, les experts formateurs en soins palliatifs qui l'utilisent peuvent adapter le contenu afin de répondre aux différents besoins locaux.

Les noms des formateurs sont gardés en registre (droit d'utilisation) afin, entre autres, de créer un réseau de formateurs experts, d'assurer une bonne communication pour les mises à jour futures du programme et de le développer davantage en tenant compte de la rétroaction des utilisateurs.

Avec l'aide du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ) et du regroupement des écoles de médecine du Québec, le programme LEAP a été traduit. Il a été offert pour la première fois en français, en juin dernier, au Nouveau-Brunswick. La version finale française sera disponible sous peu.

J'ai eu la chance d'utiliser ce programme de plusieurs façons. Il présente de nombreux avantages. Il s'adapte très bien aux différents styles d'apprentissage, tant ceux du formateur que ceux du participant. La dynamique qui s'installe dans le groupe permet vraiment l'échange de connaissances déjà acquises, l'acquisition de nouvelles connaissances et la démystification de connaissances non-fondées en favorisant la réflexion sur la pratique. La constance dans le contenu permet également d'uniformiser la pratique autant que possible, et ce, à travers les différentes provinces. Il est important de mentionner que le contenu de ce programme est basé sur des données probantes.

Si vous êtes intéressé à en connaître davantage sur ce programme, vous pouvez accéder au site de l'ACSP (www.acsp.net). La trousse du formateur comprenant les 11 modules et incluant les notes détaillées du formateur, le disque compact des présentations «Power Point» ainsi que les DVD des vidéos cliniques est disponible au coût de 249\$. Vous pouvez également vous procurer seulement le disque compact, les DVD ainsi que le format «pdf» (Adobe Reader) des documents pour une valeur de 49\$. La version française sera disponible à l'hiver 2010. Le Réseau universitaire québécois en soins palliatifs (RUQSP) planifie offrir des séances de formation pour les formateurs souhaitant utiliser le programme LEAP. Les détails seront éventuellement disponibles sur le site du Réseau. www.reseaupalliatif.org

Avec l'approche «Former les formateurs», il est à souhaiter que les éducateurs experts en soins palliatifs pourront se prévaloir de cet outil prêt à utiliser que je considère très approprié et flexible, et qui, selon moi, favorise pleinement l'acquisition des connaissances théoriques essentielles en soins palliatifs dans le but d'améliorer la pratique des professionnels de la santé. ■



LES BOURSES ET LE PRIX RECONNAISSANCE DU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DU QUÉBEC

Vous avez des idées plein la tête, des projets plein les bras, des rêves plein le cœur ? Le **Réseau de soins palliatifs du Québec** souhaite vous aider à les réaliser. Nous vous offrons cette année encore trois bourses pour concrétiser vos projets.

- **La bourse Wyeth de 10 000 \$**
pour un projet ayant un impact provincial, national ou international.
- **Les bourses Réseau et Louise-Bernard de 5 000 \$ chacune**
pour tout projet touchant les soins palliatifs.

Contrairement aux années précédentes et afin de faciliter les mises en candidature et d'augmenter les possibilités de remettre chacune des bourses, les candidats n'ont plus à spécifier pour laquelle des deux bourses (Réseau ou Louise-Bernard) ils postulent. Le comité de sélection se chargera d'attribuer chacune des deux bourses selon les projets présentés.

Vous trouverez les formulaires de mise en candidature sur le site Internet du RSPQ et la date limite pour poser votre candidature est le 5 avril 2010.

Les candidats devront être membres du Réseau de soins palliatifs du Québec au moment de la signature de leur mise en candidature et par souci écologique nous vous demandons de joindre un seul CV, soit celui du signataire de la demande.

Le Prix Reconnaissance vise à reconnaître le travail d'une personne ou d'un organisme qui s'est illustré dans le domaine des soins palliatifs au Québec. Les formulaires sont aussi disponibles sur le site du Réseau et la date d'échéance est le 5 avril 2010.

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

514 282-3808



THÈME DU PROCHAIN NUMÉRO



Le prochain numéro du Bulletin aura pour thème : **Le deuil et les rites de deuil en 2010.**

La date de tombée de ce numéro qui paraîtra à la fin du printemps a été fixée au **1^{er} mai 2010.**

Si vous désirez rédiger un article pour ce numéro du Bulletin, si vous souhaitez faire des suggestions de problématiques à aborder dans les prochains numéros ou si vous aimeriez connaître les coûts d'un espace ou d'un encart publicitaire, n'hésitez pas à communiquer avec le secrétariat du Réseau !

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

Téléphone : 514 282-3808 - Télécopieur : 514 844-7556 - Courriel : info@aqsp.org





Ouverture de la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB

Par: D^r Louise La Fontaine, présidente du conseil d'administration et directrice générale de la Maison

Il a fallu sept ans de travail pour que le projet de la maison de soins palliatifs de la région de Rivière-du-Loup voie le jour. La maison est en opération depuis le 15 mars 2009. C'est le 3 juin 2009 que le Ministre de la santé, Monsieur Yves Bolduc, par le biais de l'agence du Bas-Saint-Laurent, a confirmé le budget récurrent pour les 4 premiers lits. La maison prévoit opérer 6 lits au total, dès qu'elle aura

atteint un taux d'occupation de 80%. Les deux premiers mois de fonctionnement sont encourageants puisque l'occupation y a été de 70%. Les commentaires des malades et de leurs familles sont très touchants et positifs, confirmant ainsi le besoin que la population avait clairement exprimé. Rappelons que celle-ci avait contribué au financement de la maison à la hauteur de 1,3 million avant même sa construction. Le personnel

médical et infirmier assure, avec tous les autres soignants de l'équipe, une stabilité et une qualité de soins indéniable.

La population de Rivière-du-Loup est très fière que la première maison de soins palliatifs au Bas-Saint-Laurent se retrouve chez eux! Merci à tous les bénévoles et professionnels qui ont travaillé d'arrache-pied à ce magnifique projet! ■



La Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB

récompensée par la communauté d'affaires de la MRC de Rivière-du-Loup

Le 15 novembre dernier, à l'occasion du 34^e Gala des Prestiges de la Chambre de commerce de la MRC de Rivière-du-Loup, plus de 530 convives ont réservé une ovation spontanée et fort émouvante aux artisans de la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB, lauréate du Prestige 2009 de la catégorie «Organisme ou entreprise à but non lucratif ou d'économie sociale».

Lancé en janvier 2003, le projet de construction de la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB a connu son dénouement en mars 2009 en réponse à un besoin régional criant.

La résidence, première du genre au Bas-Saint-Laurent, ouvrait alors ses portes et accueillait ses premiers malades en fin de vie, après plusieurs années de travail acharné de la part d'une trentaine d'administrateurs, de solliciteurs et de collaborateurs bénévoles.

L'aboutissement de cette oeuvre sociale, communautaire et humanitaire, après plus de six ans d'efforts, résulte d'une détermination sans failles de ses dirigeants et d'une intense mobilisation de la population du KRTB, qui ont permis de recueillir près de 1,5 M\$ dans le milieu. Vingt personnes y travaillent et près de 150 bénévoles s'y impliquent pour le bien-être et le maintien de la dignité des personnes en fin de vie et de leurs proches. ■



Gracieuseté de Photo de L'Est

Monsieur Carol Jean, initiateur du projet et président de la Fondation de la Maison Desjardins, et madame Louise La Fontaine, m.d., m.a., présidente de la Corporation de la Maison Desjardins, directrice générale et responsable de l'équipe clinique de la résidence, ont reçu le Prestige de la Chambre de commerce locale des mains de monsieur Robert Desrosiers, alors directeur général de la Caisse populaire Desjardins de Rivière-du-Loup.



La Maison de soins palliatifs de Laval

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



La cérémonie du ruban pour marquer l'ouverture officielle d'un très beau cadeau à la population de Laval.

Grande nouvelle et bonne nouvelle: Laval possède maintenant sa maison de soins palliatifs. Le 30 novembre dernier, le Réseau a été invité à l'inauguration officielle en compagnie des dignitaires, donateurs et responsables de cet immense projet.

Il faut noter que cette région administrative manquait gravement de lits de soins palliatifs selon le portrait des régions du Québec que le Réseau a entrepris dans ces pages.

Situé dans le secteur Saint-Vincent-de-Paul, à l'extrémité est de l'île, aux confins de la rivière des Mille Îles et de la rivière des Prairies, l'endroit est magnifique et apaisant.

Douze chambres étalées sur un même étage longent la rivière. De jolies fenêtres attirent le regard. L'accueil des patients s'est fait graduellement en janvier dernier après l'obtention de l'agrément et la formation des employés. L'Agence de santé et services sociaux de Laval participe au projet tout

comme la ville de Laval. Le projet a été parrainé par des bienfaiteurs privés comme monsieur Alain Bouchard de Alimentation Couche-Tard et madame Mélanie Kau de Mobilia.

Le maire Vaillancourt s'est aussi adressé aux invités et comme tous les intervenants, il a témoigné de sa fierté face à cette réalisation.

Jessy Savaria est le directeur général de la maison et notre collègue Claudette Foucault est la directrice des soins infirmiers. Le personnel permanent est au nombre de 25 personnes. L'Alliance des maisons de soins palliatifs et le Réseau de soins palliatifs du Québec partagent cette joie et cette fierté. ■



À l'inauguration, la nouvelle directrice des soins, Claudette Foucault, est en compagnie de Maya Abbas, infirmière-chef en soins palliatifs à la Cité de la santé de Laval et du trésorier du Réseau, D' Michel L'Heureux.



Les membres du Conseil d'administration de la maison. De gauche à droite à l'avant: Arienne Rioux, Dre Marie-Françoise Mégie, Colette Julien, Nicole Barbe, et Réal Plourde. En arrière-plan, Isabelle Legault, Nicolas Archambault et le président du CA, Robert Hayes.



Une centaine de personnes du milieu des soins palliatifs ont répondu à l'appel lors de l'inauguration. Les élus ont également apporté leur soutien.



Vue extérieure de la maison qui longe la rivière des Mille Îles sur un seul étage. L'aménagement paysager sera complété au printemps. Le maire Vaillancourt a promis quelques arbres et arbustes pour agrémenter le décor.



Un immense salon moderne avec foyer est la pièce centrale de la Maison. On reconnaît le mobilier moderne. Cette pièce donne sur une magnifique terrasse qui surplombe la rivière.



Les responsables ont planifié de grandes chambres éclairées avec lit électrique et du mobilier moderne incluant un sofa-lit. Ils ont choisi de n'avoir ni bain ni douche dans la toilette de chaque chambre des patients.



Témoignage

Les derniers jours de mon père à la Maison de soins palliatifs de Saint-Jean-sur-Richelieu

Par: André Du Sault

Je suis entré dans l'établissement de Saint-Jean-sur-Richelieu le 14 juillet dernier en fin d'après-midi. C'était calme. Très calme. Il n'y avait personne à la réception, mais quelques instants plus tard, une préposée m'indiquait la chambre de mon père. Celui-ci vivait de multiples appréhensions: celles d'avoir laissé sa résidence pour de bon, un léger inconfort par rapport à son sort et un peu d'incertitude quant aux soins qu'il allait recevoir.

Il s'est rapidement rendu compte que le personnel avait tout le savoir-faire nécessaire et le professionnalisme désiré pour le sécuriser sur la question des soins. Ses proches ont observé au cours des deux semaines d'occupation une régularité dans les soins très attentionnés, une disponibilité et une discrétion du personnel que l'on avait cru disparues du système de santé. En fait, tout le personnel est entraîné à dépasser

généreusement ses fonctions, à notre grand réconfort et apaisement.

La chambre était étonnamment grande, propre et de couleur neutre, laissant ainsi une impression invitante et souhaitant la bienvenue aux visiteurs. Personne ne s'est marché sur les pieds, et ce, dans tous les sens du terme. Le téléviseur a livré ses dernières nouvelles mondaines. Le petit réfrigérateur nous a bien soutenus durant les journées chaudes. La salle de bain était vraiment bien organisée pour les gens en baisse rapide d'autonomie.

Le centre possède deux salles d'attente très agréables et une petite cuisinette. En fait, il y a ainsi tout l'espace tampon nécessaire aux parents et amis du patient en phase terminale, pour le recueillement. Cette phase terminale induit en chacun son propre tourbillon d'émotions et de réflexions, qui

se croisent, se choquent, se libèrent ou qui retrouvent leur enfouissement. Nous avons été heureux de constater que le calme, la fluidité d'entrée et de sortie, et l'absence d'intrusion du personnel ont eu un effet énormément bénéfique sur nous tous.

Les conversations avec notre père ont transporté des messages, des souvenirs, des remerciements et des espoirs. Les dernières paroles ont livré des rires, des sourires, des encouragements, des petites découvertes surprenantes et même quelques leçons paternelles. Le 28 juillet à 19h15 exactement, mon père livrait son dernier souffle. Sa conjointe, ange gardien à ses côtés, retenait le sien. À 22 h, nous sortions du centre, tous très calmes et en paix.

Au nom de toute ma famille, j'aimerais remercier très sincèrement tout le personnel de la Maison de soins palliatifs de Saint-Jean-sur-Richelieu. ■

À Québec, l'hôpital Saint-François d'Assise aménage six chambres en soins palliatifs

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

On offre des soins palliatifs depuis les années 80 dans ce centre hospitalier du quartier Limoilou. Une équipe multidisciplinaire complète et expérimentée s'y consacre. La nouveauté réside dans l'aménagement de six chambres dédiées, regroupées au huitième étage. Un investissement de 755 000 \$ a été nécessaire pour convertir ces locaux administratifs en chambres accueillantes avec une

ambiance paisible où les patients retrouveront une certaine intimité pour vivre ces derniers moments chargés d'émotions. Le salon Émilien-Laverdière a été nommé en l'honneur d'un généreux donateur. Un lieu commun favorise l'échange et l'appartenance à l'équipe de soins qui est composée de médecins, d'infirmières et de pharmaciens, bien sûr, mais aussi de travailleurs sociaux, d'intervenants en spiritualité et de bénévoles.

D^{re} Ann Montreuil et le pharmacien Marc Parent sont à l'origine de ce projet et ont contribué avec plusieurs employés à amasser des fonds pour le concrétiser. Ces nouveaux lits n'augmentent pas nécessairement le ratio de la région de la Capitale nationale puisqu'ils regroupent des lits qui existaient déjà dans l'hôpital. Ils représentent néanmoins une nette amélioration des installations physiques. Une belle occasion de se réjouir. ■



La force de l'héritage : source de dépassement

Par : Martine Fortin, animatrice de pastorale
Réjean Carrier, t.s., Coprésidents du 20^{ième} congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec

Au prochain congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec, pour nourrir notre réflexion, des conférenciers de renommée nationale et internationale nous entretiendront. Gilles Nadeau nous invitera à nous disposer à la réflexion en nous parlant des forces qui ont animé nos pionniers des soins palliatifs et qui nous habitent encore. Il sera en dialogue avec des professionnels de la relève.

La personne au cœur de notre accompagnement fera l'objet d'une réflexion pendant toute une matinée avec trois invités venant de Suisse. D^r Marco Vanotti, psychiatre, nous entretiendra de la dimension du lien dans l'art de soigner. Lytta Basset, théologienne, nous interpellera sur le pouvoir de la compassion. Enfin, Alexandre Jollien, philosophe, réfléchira sur le chemin vers l'autre, chemin vers soi. Trois professionnels

du Réseau de soins palliatifs nous aideront à approfondir les propos de ces conférenciers. Il s'agit de Johanne de Montigny, psychologue, de D^r Michel L'Heureux, directeur de la Maison Michel-Sarrazin, et de Marie-Chantal Couture, responsable par intérim du Centre de pastorale de la santé et des services sociaux de Québec.

Les sujets de l'euthanasie et du suicide assisté, de l'héritage laissé par les malades dans notre vie personnelle et professionnelle et de l'importance d'habiter ses gestes seront simultanément abordés par des conférenciers québécois renommés. Il s'agit de Rémi Tremblay, Mario Cayer, D^r Régnald Bergeron, D^{re} Odette Désilets, D^r Pierre Gagnon et Isabelle Dumont.

Pierre Bruneau, journaliste bien connu au Québec, conclura le congrès sur comment

guérir de la perte d'un être cher? Comment guérir de la perte de son enfant?

Enfin, plusieurs personnes ressources de différentes disciplines nous aideront à atteindre les objectifs du congrès par leur engagement dans l'animation de 54 ateliers sur différents sujets.

Par souci écologique, les membres du comité scientifique et organisateur de ce 20^{ième} congrès ont pris l'initiative de vous offrir une programmation interactive sur le site Web du Réseau de soins palliatifs du Québec. (www.reseauapalliatif.org)

Au nom du comité scientifique et organisateur du 20^{ième} congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec, nous vous donnons rendez-vous dans la belle ville de Québec les 10 et 11 mai prochain. Ce sera un très grand plaisir de vous y accueillir. ■

CONGRÈS À VENIR

- **Terminal Illnesses and Dying in Multicultural Canada: An Interdisciplinary Approach.**
www.careconferences.com
29 avril 2010, Toronto, Ontario, Canada

- **Congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec**
10 et 11 mai 2010, Québec

- **9th Annual Kaleidoscope International Palliative Care Conference**
www.stfrancishospice.ie/education/kaleidoscope
2 et 3 juin 2010, Dublin, Irlande

- **Forum sur la recherche en soins palliatifs**
(Association européenne de soins palliatifs)
9 au 12 juin 2010, Glasgow, Écosse

- **Congrès annuel de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs**
17 au 19 juin 2010, Marseille, France

- **World Congress on Pain**
29 août au 2 septembre 2010, Montréal

- **18^e Congrès international sur les soins palliatifs**
5 au 8 octobre 2010, Montréal

- **Colloque Yves Quenneville**
(anciennement le colloque de l'Estérel)
13 au 15 octobre 2010, Jouvence (en Estrie)

- **Congrès canadien de soins palliatifs**
(Association canadienne de soins palliatifs)
27 au 30 octobre 2010, Ottawa, Ontario, Canada

- **14th World Society of Pain Clinicians Congress: From Ancient to Modern Pain Medicine.**
www.kenes.com/WSPC
28 au 31 octobre 2010, Beijing, Chine

Des nouvelles du Colloque de l'Estérel

Par: L'équipe de soins palliatifs de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM

Après 25 ans d'existence, le Colloque de l'Estérel change de nom: il s'appellera désormais le **Colloque Yves Quenneville**, en l'honneur du psychiatre Yves Quenneville, cofondateur de l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Notre-Dame et instigateur de ce colloque. Il déménage aussi dans les Cantons de l'Est, à Jouvence.

Beaucoup d'entre vous connaissez déjà la formule de ce colloque qui se veut un lieu d'échange et de réflexion sur un sujet qui touche l'ensemble des intervenants en soins palliatifs.

L'équipe de soins palliatifs de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM travaille actuellement à la préparation de ce XII^e colloque

dont le thème sera: *Souffrez-vous du mythe de la dernière piqûre?*

Depuis les débuts du mouvement des soins palliatifs, nous sommes confrontés aux préjugés associés à l'utilisation de la morphine en fin de vie. Nous devons justifier quotidiennement les gestes de soulagement que nous posons, qui sont fréquemment perçus par les malades, leurs proches et même par nos collègues comme étant des gestes qui provoquent ou accélèrent la mort (la dernière piqûre).

Dans les dernières années, la sédation palliative a fait son apparition dans notre attirail thérapeutique lorsque les autres interventions de soulagement ont échoué. Comment est-elle utilisée et perçue dans vos équipes et

par l'entourage des patients? Comment vous sentiriez-vous face à une demande d'euthanasie d'un malade ou de sa famille si cela était possible et légal? Le débat actuel sur la légalisation de l'euthanasie bouleverse-t-il la pratique?

Comme dans les années précédentes, ce colloque est destiné à des intervenants qui ont au moins 2 ans d'expérience en soins palliatifs et le nombre de places est limité.

Réservez donc dès maintenant ces dates à votre agenda. ■

Colloque Yves Quenneville
Du 13 au 15 octobre 2010
À Jouvence en Estrie

Félicitations à Rose De Angelis, lauréate du Prix d'excellence 2009 de l'ACSP

Les membres du Conseil d'administration du Réseau de soins palliatifs sont heureux de féliciter madame Rose De Angelis, lauréate du Prix d'excellence 2009 de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP). Ce prix vise à souligner l'excellence démontrée dans les soins directs prodigués aux patients et à leur famille. Il a été remis à Madame De Angelis lors de l'assemblée générale annuelle de l'ACSP, qui s'est tenue le 18 octobre dernier pendant

le Congrès canadien de soins palliatifs 2009 à Winnipeg, au Manitoba. Proposée par ses pairs pour recevoir ce prix, madame De Angelis a notamment été récompensée pour ses années de service en tant qu'infirmière clinique en soins palliatifs et sa capacité à intégrer à son travail quotidien des valeurs telles que le respect et la confiance. Elle est actuellement directrice générale adjointe et directrice des soins infirmiers à la Résidence de soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île à Kirkland. ■



J'ai lu...

Par: Marlène Côté, membre du CA du Réseau de soins palliatifs du Québec

Dorion, Hélène (2009).

L'étreinte des vents.

Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 142 pages.

Lecture émouvante, toute en poésie et en nuances. Une réflexion sur les liens, les ruptures et les passages obligés. La lecture de ce livre se vit comme un moment précieux, un échange intime avec l'auteure.

Cette dernière nous invite à partager sa lente traversée, du crépuscule à l'aube. Elle y rattache l'impermanence, sonde nos convictions, aborde les opposés comme des liens nécessaires pour préserver le mouvement, la vie.

Elle nous invite à un voyage au cœur de l'être, un voyage où elle accepte la chute et consent à se laisser transformer par la vie. Un pur délice! ■

ESPACE REQUIS POUR LOGO FSC

FRONTIÈRES

Revue québécoise en études sur la mort



TARIF PRÉFÉRENTIEL offert aux membres du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ) sur les abonnements 2008-2010

- Vol. 21, no 1, automne 2008, La prévention du suicide
- Vol. 21, no 2, printemps 2009, Détresse psychique et antidépresseurs
- Vol. 22, no 1, automne 2009, La résilience
- Vol. 22, no 2, printemps 2010, Enquêtes sur le cadavre

Je m'abonne aux volumes 21 et 22!

Mon numéro de membre du Réseau de soins palliatifs du Québec est le : _____

Volume 21, n° 1-2 : 30 \$* Volume 22, n° 1-2 : 30 \$*

* Le coût de 30 \$ inclut les taxes et les frais de port et de manutention.

FRONTIÈRES • Abonnement _____ \$

Chèque ou mandat international Porter au compte de la carte de crédit

Visa n°: _____ Date d'expiration: _____

Mastercard n°: _____ Date d'expiration: _____ Code de sécurité: _____

Nom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Téléphone: (_____) _____

Courriel: _____

Les chèques et les mandats doivent être faits à l'ordre des Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bur. 450,
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

Téléphone: 418 657-4075, poste 226

Télécopieur: 418 657-2096

www.puq.ca

revues@puq.ca

UQÀM

www.frontieres.uqam.ca

Docteure Justine Farley, présidente,
médecin omnipraticien, chef de
la division des soins palliatifs,
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, 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

Madame Lucie Baillargeon, professeure
Centre de recherche, CHUL, Québec
Représentante du Réseau universitaire
en soins palliatifs du Québec

Madame Danielle Blondeau,
professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université Laval, Québec

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
Pharmacie Diane Lamarre, Saint-Lambert

Madame Jocelyne Lauzon, psychologue
Maison Victor-Gadbois, Saint-Mathieu-de-Belœil

Madame Lyse Lussier, directrice générale
Le Phare, Enfants et Familles, Montréal

Madame Danielle Minguy, directrice générale
La Vallée-des-Roseaux, Baie-Comeau
Présidente de l'Alliance des maisons
de soins palliatifs

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

Monsieur Jean Guy Renaud,
directeur général, Montréal

Madame Jaqueline Dionne,
adjoindte 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: jean@amgen.com



Laboratoires Paladin Inc.

Nathaniel Haeems
Chef de produits adjoint



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



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

Boîte vocale : 1-877-408-5119
Télé.: (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