



LES SOINS PALLIATIFS... DES SOINS DE VIE



Société
canadienne
du cancer

« C'EST
INCROYABLE,
LE BIEN QU'UN
ÊTRE HUMAIN
PEUT FAIRE À
UN AUTRE ÊTRE
HUMAIN. »

- **Johanne de Montigny,**
Psychologue en soins palliatifs

RÉDACTION

Françoise Genest

Journaliste et consultante à la recherche et la rédaction
aux affaires publiques

EN COLLABORATION AVEC

**le Service des questions d'intérêt public
de la Société canadienne du cancer**

Marie-Anne Laramée

Analyste principale des politiques

Gaëlle Fédida

Directrice par intérim

Trop souvent associés uniquement à la mort, méconnus et parfois oubliés, les soins palliatifs ne sont pas assez disponibles dans le réseau de la santé au Québec. Avec en toile de fond le vieillissement de la population et l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, issue de la commission Mourir dans la dignité, ils sont pourtant plus que jamais présents dans le discours public.

Entre le contrôle de la douleur, la gestion des symptômes, le soutien psychosocial et logistique, les soins palliatifs misent sur la vie et sur la qualité de la vie, celle du patient, mais aussi celle de ses proches. Un atout précieux auquel les Québécois n'ont pas tous le même accès et qu'on leur offre trop souvent trop tard.

Déjà amorcé dans presque tous les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), le virage palliatif s'impose alors que de plus en plus d'experts et d'études confirment l'efficacité de ces soins qui réduisent les coûts de santé et permettent même, lorsque dispensés tôt, de prolonger la vie! Ce document constitue un tour d'horizon, en chiffres et en récits, des bienfaits des soins palliatifs et des limites d'un système qui n'arrive pas toujours à les dispenser au bon endroit et au bon moment.



« J'ai rapidement découvert que les soins palliatifs ne se limitent pas aux dernières semaines de vie. Certains patients sont avec nous des mois, voire un an et plus. Il faut donc les aider à vivre avec la maladie. Les soins palliatifs sont avant tout l'accompagnement d'un patient dans son cheminement et dans tous les symptômes et phases de sa maladie. Sommeil, alimentation, douleurs, atteintes dégénératives, changements psychologiques, adaptation organisationnelle, dédramatisation, soutien et information aux proches, etc., tout cela fait partie des soins palliatifs », témoigne une infirmière qui dispense ces soins à domicile.

Pour comprendre les obstacles au développement de ces soins et pour connaître les besoins, les ressources et les meilleures pratiques, une équipe de la Société canadienne du cancer — Division du Québec (SCC) a effectué près de 50 entrevues dans divers établissements (centres hospitaliers (CH), de soins de longue durée (CHSLD), centres locaux de services communautaires (CLSC), organismes spécialisés et maisons de soins palliatifs). Des médecins généralistes en soins palliatifs, des hémato-oncologues, des infirmières et psychologues spécialisés, des gestionnaires, des analystes, des bénévoles et des proches aidants ont témoigné de leur expérience et de leur vision.

Partout, le même dévouement, le même engagement et la même conviction sont présents. Mais les ressources, elles, tout comme les expériences vécues par les patients et leurs proches, sont plus que variables. Selon leur code postal, la culture de l'établissement de santé dans le territoire où ils résident, la volonté ou l'ouverture des médecins à l'approche palliative, notamment, les Québécois n'ont pas tous le même accès aux soins palliatifs et ne bénéficient pas tous du même panier de services. L'accès aux soins palliatifs serait-il une loterie, basée sur le code postal?

Les soins palliatifs... un pacte de solidarité humaine

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle :

- par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision;
- par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. »

Cette définition des soins palliatifs (OMS, 2002) précise que ces soins doivent être dispensés par une équipe multidisciplinaire, le plus tôt possible dans le parcours de la maladie, dont ils peuvent parfois influencer positivement le déroulement. Objectif : permettre au patient de vivre le mieux possible le temps qui lui reste à vivre.

Des chiffres et des soins

Cancer et soins palliatifs

La Société canadienne du cancer estime que 48 700 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2013 au Québec et que 20 200 personnes sont décédées du cancer, soit 55 personnes par jour. On estime que 80 % des patients qui reçoivent des soins palliatifs au Québec sont des personnes atteintes de cancer (Shang 2013).

En 2011-2012, selon les statistiques hospitalières, seulement 8200 personnes atteintes de cancer qui sont décédées en CH ont reçu des soins palliatifs, soit 63,5 %. C'est dire qu'on n'a pas dispensé ces soins à plus du tiers des personnes atteintes de cancer décédées à l'hôpital. Une situation qui inquiète les spécialistes du milieu et dont les patients et leurs proches font les frais. Et pour cause, les douleurs liées au cancer sont un véritable problème de santé publique tant par leur fréquence évaluée à plus de 50 % pendant la maladie et à 75 et 80 % en phase terminale, que par leur intensité. Sous-traitées, les douleurs liées au cancer ne seraient soulagées qu'à 50 %. Pourtant, les médicaments, les techniques et l'état des connaissances actuelles en soins palliatifs permettent de bien soulager la vaste majorité des patients.

Au-delà du cancer, l'accès aux soins palliatifs

Malgré ces statistiques éloquentes et l'adoption en 2004 d'une politique québécoise sur les soins palliatifs de fin de vie, le déploiement des soins palliatifs au Québec n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière.

Selon les professionnels rencontrés, une proportion très variable des Québécois, soit entre 20 et 60 %, aurait, selon les régions, accès à ces soins dont la nature et la qualité sont tout aussi variables. Pour l'ensemble du Canada, l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) soutient que : « Présentement au Canada, seulement de 16 à 30 % des gens reçoivent des soins de fin de vie, et les soins que plusieurs d'entre eux reçoivent sont insuffisants et prodigués trop tard. »

Côté soins à domicile, en 2011-2012, 20 565 personnes tous diagnostics confondus ont reçu des soins palliatifs à domicile, soit une augmentation de 6 % du nombre des usagers depuis 2007-2008 (AQESSS, 2013). Le besoin en services et le nombre d'usagers continueront d'augmenter considérablement au cours de la prochaine décennie.



Un consensus scientifique international : des soins efficaces et rentables

Pourtant l'efficacité des soins palliatifs, tout comme l'expertise et l'approche qu'ils requièrent sont clairement reconnues scientifiquement. Un peu partout dans le monde, des études menées par des experts de tous horizons, dont d'éminents oncologues et spécialistes, viennent valider le bien-fondé de ces soins, mais aussi leur efficacité et leur efficience.

En août 2010, le très respecté *New England Journal of Medicine* (NEJM) publiait les résultats d'une recherche menée par une équipe de chercheurs en oncologie thoracique du General Hospital of Massachusetts dirigée par la Dre Jennifer S. Temel, laquelle portait sur l'introduction précoce des soins palliatifs auprès de 151 patients atteints du cancer du poumon métastatique non à petites cellules. Les conclusions sont éloquentes :

« Les patients de la cohorte qui ont reçu des soins palliatifs spécialisés dès le diagnostic métastatique ont fait moins de

dépansions, ont subi moins de traitements lourds (c.-à-d. chimiothérapie) en fin de vie, ont bénéficié d'une meilleure qualité de vie et ont vécu en moyenne deux à trois mois de plus que les patients qui avaient reçu des traitements de médecine générale ou aiguë. »

L'étude Temel a étayé l'avis et les recherches de nombreux autres experts, et ses résultats ont été largement repris par la communauté scientifique et trouvé écho auprès de certains oncologues, mais pas tous. Le consensus scientifique sur la pertinence et l'importance d'introduire les soins palliatifs pour les patients atteints de cancer incurable est désormais acquis. Fin 2013, le NEJM publiait un second article (Parikh, Kirch, Smith & Temel) reconnaissant l'efficacité de ces soins : « Lorsqu'ils sont introduits le plus tôt possible, les soins palliatifs spécialisés améliorent la qualité de vie, réduisent les coûts médicaux, permettent de faire des choix plus éclairés et judicieux dans les traitements pour les patients atteints d'un cancer au stade avancé. »

Les nombreuses études sur la question des coûts arrivent à des conclusions qui vont toutes dans le même sens :

- les soins palliatifs introduits en début de phase incurable permettent de réduire en moyenne de 33 % les coûts totaux de services de santé (Brumley et coll., 2007);
- chez les patients hospitalisés, les interventions palliatives réduisent les coûts de 2500 \$ US par admission (Morrison et coll., 2008);
- une économie de 7000 à 8000 \$ par patient (Morrison et coll., 2008);
- lorsque les soins palliatifs sont dispensés par une équipe spécialisée, une réduction des coûts de 17 % dans les six derniers mois et jusqu'à 40 % pour le dernier mois de vie, parce que ces équipes expertes réduisent le nombre d'interventions en fin de vie et les tests (Adler et coll., 2009);
- les patients qui ont reçu des soins palliatifs intégrés ont séjourné moins souvent aux soins intensifs et les coûts reliés à leur santé ont été réduits de 4855 \$ par patient (Gade et coll. 2008).

De plus, des études belges, italiennes, espagnoles, israéliennes, britanniques, australiennes, françaises et canadiennes arrivent toutes à des conclusions similaires (ACSP, 2012; Menten et coll., 2010, Smith et coll., 2013).

Un élément à part entière du continuum, à l'échelle de la planète

L'urologue informe Jean que le cancer dont il souffre est d'un type rare et qu'il est très agressif et incurable. « Si vous avez de la chance, beaucoup de chance, vous en avez pour un an, un an et demi, au maximum », lui dit le médecin. Il recommande du Tylenol, si les douleurs s'intensifient et signe le congé de Jean qui peine à marcher et qui doit vivre avec une sonde et un sac.

À la sortie de l'hôpital, Julie et Jean sont terrassés par le mot « incurable ». Une fois à la maison, le couple est submergé par l'inquiétude. Comment la maladie évoluera-t-elle? Comment Julie prendra-t-elle soin de Jean, seule? Elle s'inquiète du pansement et de cette sonde dont ils ne savent ni l'un ni l'autre comment s'occuper. On ne leur a rien expliqué. Les ressources financières du couple sont limitées et la maladie aggrave leur situation. Les jours qui suivent sont empreints d'angoisse.

Le couple a obtenu de l'aide lorsque Julie s'est présentée après plus d'une semaine au CLSC, à bout de forces et totalement inquiète. « L'arrivée des soins palliatifs a été une vraie délivrance. Ils nous ont aidés à nous organiser, à comprendre les différentes étapes, à soulager les douleurs de Jean, à gérer ses médicaments », raconte Julie.

Ste-Agathe



Les professionnels à qui cette histoire est racontée sont outrés, mais ne sont pas surpris. Cet « abandon » des patients, dont certains ne reçoivent jamais de soins palliatifs, ne constitue pas l'exception. Chaque jour, ils rencontrent des patients qui n'ont pas été référés aux soins palliatifs au début de la phase incurable et qui, après des semaines et parfois des mois de douleurs et de symptômes incontrôlés, se retrouvent aux urgences accompagnés de leurs proches épuisés et démunis. « Même des patients qui reçoivent une chimio palliative ont besoin de l'expertise des équipes de soins palliatifs pour mieux gérer la douleur, les symptômes et les aspects psychologiques et organisationnels », soutient un oncologue.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui reconnaît l'urgence d'intégrer les soins palliatifs au continuum des soins, déposait le 23 janvier 2014 une résolution à cet effet, dont le préambule stipule que :

« les soins palliatifs relèvent de la responsabilité éthique des systèmes de santé, et qu'il est du devoir éthique des professionnels de santé de soulager la douleur et les souffrances, qu'elles soient physiques, psychosociales ou spirituelles, indépendamment de la capacité de guérir la maladie ou l'affection, et que les soins palliatifs de fin de vie sont des éléments essentiels des soins palliatifs. »

Dans le premier élément de cette résolution, l'OMS invite instamment, les États membres :

« à élaborer, renforcer et mettre en œuvre, le cas échéant, des politiques de soins palliatifs pour soutenir le renforcement global des systèmes de santé en vue d'intégrer dans la continuité des soins, à tous les niveaux, des services de soins palliatifs qui reposent sur des bases factuelles, présentent un bon rapport coût/efficacité et soient équitables, en mettant l'accent sur les soins primaires, communautaires et à domicile et sur les régimes de couverture universelle. »

L'intégration précoce et graduelle des soins palliatifs que l'OMS met de l'avant fait l'unanimité dans la littérature spécialisée, et ce, depuis déjà quelques années. En Angleterre, en Australie et dans plusieurs pays d'Europe et d'Asie, des associations d'oncologues, des instituts de soins palliatifs et des départements de recherche publient régulièrement des recommandations et des avis qui incitent les médecins spécialistes à référer plus rapidement leurs patients aux équipes de soins palliatifs. Près de nous, c'est

le cas notamment de l'American Society of Clinical Oncology, de l'Association médicale canadienne et de la Direction québécoise de cancérologie.



Du curatif au palliatif : un passage encore difficile

Malgré ce consensus et les preuves scientifiques de l'efficacité de cette approche, un pourcentage encore élevé de patients n'est pas référé aux services palliatifs ou l'est très tardivement. Dans la grande majorité des entrevues effectuées, la résistance de certains hématologues, oncologues et autres spécialistes (pneumologues, urologues, etc.) à référer ou à intégrer l'approche palliative a été soulignée et considérée comme un obstacle à la transition entre le curatif et le palliatif et limiterait, de ce fait, l'accès des patients à ces services.

Dans une série de publications sur l'intégration des soins palliatifs au Canada, l'ASCP soutient que :

« ... un grand nombre de médecins de première ligne n'ont pas été formés pour offrir une approche palliative. Les cliniciens qui s'efforcent de traiter ou de "sauver" les patients peuvent être réticents à intégrer une approche palliative ou à aiguiller les patients vers des fournisseurs de soins palliatifs. (...) Ces cliniciens qui ont établi des liens avec leurs patients souffrant d'une maladie chronique et qui croient au pouvoir de "l'espoir" peuvent trouver difficile de dire à une personne que toutes les options thérapeutiques ont été éliminées. Et cela, même si les gens sont habituellement conscients d'être en phase terminale {Fitzsimmons et coll., 2007}. (...) Par ailleurs, les cliniciens ignorent souvent ce que les soins palliatifs peuvent offrir. En raison de cette attitude, les patients sont orientés vers des soins palliatifs, en moyenne de 30 à 60 jours avant le décès {Bruera et Hui, 2012}, alors qu'ils sont moins en mesure de bénéficier du traitement des symptômes, et d'un soutien psychosocial. »

De plus, cette situation semble courante, qu'il s'agisse d'un patient traité depuis des années pour un cancer ou d'un patient diagnostiqué très tardivement alors qu'il est déjà en phase incurable avec un pronostic de quelques mois.

Un oncologue à qui cette histoire est racontée s'indigne. « Je veux croire qu'il s'agit de cas isolés, du moins je le souhaite. Ici, avec une unité dédiée et des services à domicile, nous

C'est ce que vivent Martine et Robert lorsque celui-ci est diagnostiqué d'un cancer avancé du poumon. Le pneumologue refuse de donner un pronostic et le réfère à un autre CH pour des examens. Le jour de la bronchoscopie, pendant que Robert est affaibli par une hémorragie due au test, Martine demande à rencontrer la pneumologue.

Cette conversation a lieu dans la salle d'attente bondée : « Votre mari n'a aucune chance de survie. Aucun traitement n'est possible, la masse est trop grosse et il y a beaucoup de métastases. » Martine, en pleurs, demande s'il est au courant. « Non, lui répond la médecin, il ne nous l'a pas demandé. Vous pouvez rentrer chez vous. » La pneumologue s'éloigne sans autre explication.

Pendant des semaines, elle est seule à s'occuper de Robert dont l'état se détériore. Le premier pneumologue n'aborde pas les soins palliatifs, mais fait déplacer Robert deux fois pour des tests qui l'épuisent et n'apportent rien de nouveau. Martine, à bout de ressources, voit son médecin de famille qui lui signe un congé du travail et la réfère au CLSC. « Il était déjà bien tard, nous aurions eu besoin d'aide pour l'alimentation et pour le lit d'hôpital bien plus tôt. »

Lacolle

avons un modèle d'intégration qui nous permet de référer rapidement nos patients vers les services palliatifs. Et c'est une ressource essentielle tant pour le médecin spécialiste, qui n'a pas l'impression d'abandonner son patient, que pour le patient dont les symptômes, les douleurs et la détresse seront mieux pris en charge. »

Même lorsque les ressources sont en place, la référence ne se fait pas toujours facilement :

« Nous avons mis sur pied une clinique externe de jour en soins palliatifs, un médecin et une infirmière sont disponibles et nous constatons que malheureusement nos propres médecins n'y réfèrent pas les patients et que la clinique est désertée, alors que nous savons que des patients pourraient

en profiter », raconte une oncologue, directrice médicale du département de cancérologie d'un CH. Ce n'est pas le cas de tous les médecins, mais la résistance est encore bien présente et nous essayons d'en comprendre les causes. » L'omnipraticienne qui assure le service de cette clinique parle d'un refus catégorique de certains spécialistes de référer aux soins palliatifs. **Et si tous ces spécialistes avaient tout simplement besoin d'information et de soutien?**

Les soins dont il ne faut pas prononcer le nom

Les entretiens effectués indiquent que l'iniquité s'explique non seulement par le manque de ressources humaines et financières et l'organisation des soins, mais aussi par la méconnaissance de ce que sont ou devraient être les soins palliatifs. Résultats : des patients qui refusent ou retardent ces soins qu'ils croient associés uniquement aux derniers jours de la vie et dont l'état se détériore plus rapidement, dont la qualité de vie est réduite et qui sont en proie à des souffrances inutiles. Des séjours à l'urgence ou des hospitalisations en soins aigus avec les coûts que cela implique. Des proches aidants qui s'épuisent et des familles qui sont désorganisées.

Des médecins, généralistes ou spécialistes qui tournent le dos à ce type de soins souvent jugés comme une pratique de seconde zone ou carrément de soins « mous ». Sans compter ceux qui, parmi les gestionnaires, ne saisissent pas l'importance de former le personnel, de dédier des unités exclusivement aux soins palliatifs ou de mettre en place des mécanismes facilitant la transition entre le curatif et le palliatif.

« À mon arrivée au service de soins palliatifs je croyais, comme beaucoup d'autres, que cela consistait surtout à tenir la main des patients. J'ai vite découvert à quel point il faut maîtriser les techniques infirmières pour dispenser ces soins, surtout à domicile, et pour assurer le confort de patients qui sont aux prises avec des souffrances et des symptômes rares en curatif. Il faut savoir se débrouiller, inventer parfois, pour mieux soulager », raconte une infirmière en soins palliatifs à domicile.

« Comme j'en avais fait le sujet de mon doctorat, j'ai demandé à être transférée aux soins palliatifs de l'hôpital où j'occupais un poste en soins aigus. La gestionnaire m'a répondu : "Ça me surprend, tu es une bonne infirmière alors pourquoi les soins palliatifs?" Sa réaction illustre bien la vision que plusieurs intervenants du réseau ont de ces soins » raconte à son tour une infirmière spécialisée.

En 2012, la Dre Camilla Zimmermann, chercheuse subventionnée par la SCC, démontrait que **les oncologues canadiens tardent trop à diriger les patients vers des services spécialisés en soins palliatifs**. Si 73 % d'entre eux disent avoir accès à des cliniques de soins palliatifs, seulement un tiers y dirigent leurs patients après avoir diagnostiqué chez eux un cancer incurable. Par ailleurs, un tiers des oncologues sondés disent qu'ils dirigeraient leurs patients plus tôt vers les soins palliatifs si ces derniers étaient rebaptisés « soins de soutien ».

C'est d'ailleurs pour faciliter la transition et inciter les oncologues et les spécialistes à référer leurs patients qu'une infirmière pivot en CH à Montréal a incité l'administration de celui-ci à créer une clinique de la douleur. « Les spécialistes trouvent plus facile de référer leurs patients à cette clinique qu'aux soins palliatifs, et moi je peux ainsi joindre plus rapidement les patients et leur expliquer les soins et les services auxquels ils pourront avoir accès selon l'évolution de la maladie », explique-t-elle.

Cette initiative n'est pas la seule. Clinique de la douleur, clinique de gestion des symptômes, soins de soutien en oncologie, on contourne ainsi la difficulté tant pour les médecins que pour les patients de parler des soins palliatifs. **Faut-il rebaptiser ces soins ou tout simplement les démystifier? Chose certaine, des stratégies devront être élaborées pour mieux faire connaître les soins palliatifs et en favoriser l'intégration précoce.**

« L'ouverture des patients à recevoir des soins palliatifs repose sur leurs connaissances de la nature de ces soins. Ils doivent être informés de façon appropriée par les membres de l'équipe soignante. Il est important que les personnes atteintes sachent qu'elles sont entrées dans la phase palliative pour que la transition soit réussie. La tentative du médecin de "protéger" le patient de mauvaises nouvelles et sa façon de présenter les options de traitement peuvent influencer l'implication du patient et la transition. » (Lavoie, 2014)



L'intégration des soins palliatifs dans le continuum des soins est à la base du modèle développé par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Verdun, reconnu comme une des meilleures pratiques actuellement au Québec.

Voici ce qu'un des médecins qui a mis en place ce modèle en dit : « Les soins palliatifs sont une expertise à adapter les soins infirmiers et médicaux à l'intensité de la maladie et des symptômes du patient. Pour développer le modèle de Verdun, nous nous sommes inspirés de ce qui se fait en Angleterre, en Scandinavie et en Nouvelle-Zélande où les soins palliatifs ambulatoires fonctionnent très bien et où le taux de décès à domicile est beaucoup plus élevé qu'ici.

Dans notre modèle, nous divisons les patients de soins palliatifs en deux groupes. Le premier est composé de patients qui ont un pronostic sombre pour une maladie incurable, mais dont l'état est stable et qui restent relativement autonomes. Ces patients peuvent être suivis dans la structure actuelle du soutien à domicile (SAD) du CLSC avec, au besoin, des visites à domicile du médecin de famille qui, tout comme les infirmières du SAD, peut avoir accès à l'expertise de l'équipe de soins palliatifs, si nécessaire.

Le deuxième groupe est celui des patients, dont la fin de vie est plus proche et qui sont instables (convulsions, crises de douleurs, hémorragies, pertes de conscience, difficulté à avaler, à respirer, vomissements qui nuisent à l'alimentation, etc.). Ces patients ont besoin d'un numéro au bout duquel il y a des infirmières et des médecins formés et dédiés aux soins palliatifs intensifs et disponibles 24/7. Le mot intensif est important dans ce modèle. En fin de vie, les soins à prodiguer sont des soins intensifs, que ce soit à la maison, dans une maison ou un lit de soins palliatifs. »

Mourir à la maison : idéal et réalité

Mourir à la maison, c'est ce que souhaitent 69 % des Québécois selon un sondage mené pour le compte de la SCC (Léger, 2013), un souhait qui serait réaliste pour un peu plus de 50 % des patients, selon les experts.

Dans quelques CSSS, les services palliatifs sont organisés et intégrés dans un continuum de soins. La situation n'est pas parfaite, mais le « modèle » fonctionne. **Au CSSS de Verdun, le taux de décès à domicile des patients suivis en soins palliatifs est supérieur à 50 % (CSSS Verdun, 2014). Ailleurs, la réalité est toute autre : moins de 10 % de l'ensemble des Québécois décèdent à domicile.** C'est le taux le plus bas au Canada et un des plus bas parmi les pays occidentaux, notamment au Royaume-Uni, en Australie ou aux États-Unis (INSPQ, 2006).

« Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a déterminé qu'entre 2005 et 2009, environ 70 % des patients atteints du cancer sont décédés à l'hôpital (incluant les services d'urgence et les autres types d'établissements) et 11 %, à domicile. L'étude du PCCC incluait le Québec, où la proportion des décès à l'hôpital chez les patients atteints du cancer était la plus élevée. » (ICIS, 2013.) De fait, c'est au Québec et au Manitoba que les taux de décès en CH sont les plus élevés, soit 86 % des décès, alors que le taux le plus faible, 49,5 %, a été enregistré en Colombie-Britannique (SRC, 2011).

Ce faible pourcentage de décès à la maison s'expliquerait, en bonne partie, par l'accès limité aux soins palliatifs à domicile. Encore aujourd'hui, en 2014, un certain nombre de CSSS (20 % selon les plus récentes statistiques publiées [DQC, 2012]) n'ont aucune équipe de soins palliatifs à domicile. Et il n'est pas rare qu'un seul des CLSC offre le service, alors que le CSSS en compte plusieurs. Une situation décevante alors que la *Politique des soins palliatifs et de fin de vie*, adoptée il y a 10 ans, priorisait : « (...) le développement de services de première ligne afin de maintenir le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel les usagers qui le souhaitent et dont la condition le permet.

Le nombre d'heures allouées à domicile semble également insuffisant, surtout pour les patients en fin de vie. Les proches

aidants ne peuvent, à eux seuls, assumer les gardes de jour et de nuit. Dans certaines régions, l'apport de services communautaires ou de bénévoles peut soulager partiellement les familles, mais cette aide n'est pas toujours disponible ni suffisante. « Si on pouvait offrir des services de garde de nuit, on éviterait bien souvent des hospitalisations ou des décès à l'urgence, et ce, à moindres coûts, et on préserverait du coup la santé des proches aidants », soutient une infirmière spécialisée.

La composition des équipes est aussi étrangement aléatoire : certains CLSC ont des équipes multidisciplinaires dédiées incluant un, deux ou trois médecins formés alors que dans d'autres, tous les services sont assumés par l'équipe régulière de SAD où les infirmières n'ont ni formation en soins palliatifs ni accès à des ressources spécialisées. Le soutien à domicile dit régulier ne peut pourtant se substituer aux soins palliatifs, notamment dans les situations de fin de vie. Dans d'autres cas, les infirmières ne sont pas spécialisées, mais peuvent référer à une infirmière en soins palliatifs « régionale ». La présence, la formation et le nombre de médecins à domicile sont tout aussi variables.

Une diversité qui a un impact sur les patients : « Je travaille auprès de patients de différents CLSC et tous n'ont pas la même chance, raconte une autre infirmière spécialisée d'un organisme de soins palliatifs. Par exemple, dans un de ces CLSC, on compte trois médecins pour le SAD, mais aucun n'a de formation en soins palliatifs et un seul démontre un certain intérêt. Si le patient a été traité par un oncologue d'un hôpital, où une infirmière pivot peut faire le lien et obtenir un changement de prescription ou si, par exemple, il y a un centre de jour où le patient peut recevoir certains traitements, on arrive à se débrouiller, mais si ce n'est pas le cas, c'est l'urgence et parfois l'hospitalisation inutile, stressante et coûteuse. »

Autre facteur important pour le maintien à domicile : les cliniques externes où les patients peuvent être vus pour des ajustements de dosage, le traitement de certains symptômes, des rendez-vous médicaux et des tests. Ces cliniques évitent des séjours à l'urgence en permettant un meilleur suivi à domicile. Malheureusement, elles sont encore trop peu nombreuses et certaines régions en sont dépourvues.

Des situations d'autant plus déplorables qu'on sait que les patients ayant reçu des soins palliatifs à domicile adéquats sont moins hospitalisés et sont moins souvent admis à l'urgence : en moyenne 10,6 jours en CH et trois visites à l'urgence, contre 15,9 jours à l'hôpital et cinq visites à

l'urgence pour les patients qui ne reçoivent pas les soins adéquats (Byockn et coll., 2006).

Si les professionnels estiment que mourir à la maison est une possibilité pour seulement 50 % des patients, c'est qu'il n'y a parfois pas de proche aidant présent, que celui-ci est trop âgé ou malade, que la personne est atteinte d'un cancer qui exige des traitements complexes ou pose de trop grands risques de complications, ou encore que l'habitation n'est pas adaptée.

« Pour mourir à la maison, il faut avoir des ressources, des proches aidants, des services. Et c'est loin d'être le cas pour bien des gens. Des infirmières qui travaillent dans des CLSC nous racontent des histoires d'horreur. Des cas pathétiques, comme celui de ce patient laissé à lui-même. L'infirmière ou la préposée doit ouvrir elle-même avec une clé cachée, car il est seul et ne peut se déplacer. Le patient est sale et souffrant.



Quand sa compagne depuis 38 ans apprend qu'elle est atteinte d'un cancer avancé de la plèvre pulmonaire et que ses mois sont comptés, Monique n'hésite pas un seul instant. Denise sera soignée à la maison et elle y mourra comme elles se l'étaient toujours promis. L'oncologue la rassure, l'infirmière pivot a déjà transféré le dossier au médecin et à l'équipe de soins palliatifs du CLSC. En moins de 48 heures, les services sont amorcés, un lit d'hôpital est installé, l'équipe soignante du CLSC est très présente et complétée par celle de la Fondation Jacques-Bouchard qui offre des soins infirmiers de nuit, ce qui permet à Monique de récupérer. Le médecin qui fait des visites régulières est accessible en tout temps. Denise vit des moments intenses et règle ce qui doit l'être avec ses proches. Quelques semaines plus tard, elle décède entourée des siens. « Je suis si heureuse d'avoir pu lui permettre de vivre jusqu'à la fin dans l'intimité et le confort de notre logement. Elle a eu de beaux moments et disait se sentir traitée comme une princesse. Mais sans le soutien de l'équipe de soins palliatifs et sans la présence des infirmières de nuit, je n'y serais jamais arrivée. »

Verdun

C'est inacceptable! Ici, à l'hôpital, on accueille parfois, à l'urgence, des patients qui sont extrêmement malades et souffrants, et qui sont couchés sur leur sofa depuis quatre mois sans avoir eu de soins palliatifs à domicile. » Ce cri du cœur est celui d'une infirmière d'une unité de soins palliatifs dans un grand hôpital.

En Angleterre, où le nombre de décès à domicile est beaucoup plus élevé qu'ici, des experts estiment que le système de santé économise l'équivalent d'environ 1600 \$ CAD pour chaque usager qui ne décède pas dans un CH (NELCIN, 2012). Selon l'ASCP, les coûts moyens de fin de vie au Canada pour une maladie mortelle comme le cancer sont en moyenne de 36 000 \$ en établissement et de 16 000 \$ pour un décès à domicile. Au-delà des économies possibles pour le système de santé, le projet de décéder à domicile doit être basé sur un réseau solide. C'est pourquoi il ne s'agit pas d'une solution unique. Le choix doit demeurer celui du patient et de sa famille. L'alternative : les unités de soins palliatifs et les maisons de soins. Là encore, les patients n'ont pas tous le même accès à ces ressources.



Le pivot de la réussite

Autre point essentiel à la réussite des soins à domicile, la présence d'une infirmière pivot en soins palliatifs au CH qui peut assurer l'évaluation générale du patient, de sa situation familiale et organisationnelle et de son état psychologique laquelle référera le patient auprès du soutien à domicile et assurera par la suite la liaison avec l'oncologue ou le spécialiste au besoin.

« L'infirmière pivot est essentielle pour assurer le continuum des soins », soutient le directeur général adjoint d'un CSSS. Même son de cloche chez presque tous les intervenants et aussi chez les proches aidants.

« Lorsque mon premier conjoint a dû faire face au cancer et à la phase palliative, nous avons reçu des

services, mais j'ai dû faire toutes les démarches seule. C'est souvent compliqué et ça demande beaucoup de temps et d'énergie. Lorsque mon deuxième conjoint a été atteint lui aussi d'un cancer du côlon, l'infirmière pivot de l'hôpital a fait toute la différence. Elle a été le lien entre le médecin, le CLSC, l'oncologue, la pharmacie et elle pouvait m'aider à comprendre les étapes », raconte Nadine, proche aidante, dont le conjoint est décédé à domicile.

Des processus d'autant plus complexes qu'une analyste signale que le transfert des dossiers de l'hôpital au médecin de famille ou des soins palliatifs peut prendre plusieurs jours, voire des semaines!

« Idéalement, l'infirmière pivot en soins palliatifs établit aussi un plan de soins de fin de vie en procédant à la préadmission dans une maison de soins palliatifs au cas où le patient ne voudrait ou ne pourrait pas décéder chez lui. En communiquant moi-même avec les maisons et en abordant la question avec le patient ou la famille, je m'assure que le plan B fonctionnera », explique une infirmière pivot à l'hôpital de jour en soins palliatifs d'un CH.

Des lits bien équipés

Jour de visite dans un grand CH de Montréal. L'unité de soins palliatifs visitée comprend 12 lits, dont huit sont en chambre privée. Le calme y règne. Le personnel qui y travaille parle à voix basse, et est formé en soins palliatifs. Les équipes qui y œuvrent sont dédiées, c'est-à-dire que les infirmières et autres soignants ne travaillent qu'avec des patients en fin de vie. L'équipe compte deux psychologues à temps complet. De plus, un intervenant en art-thérapie et une massothérapeute y travaillent à temps partiel. Le patient, sa famille de même que le personnel reçoivent du soutien psychologique.

Autre visite, cette fois, dans un CH de la Montérégie. Le scénario est tout autre. Les portes de l'unité de soins palliatifs sont ouvertes, malgré les demandes répétées du médecin. Les couloirs sont encombrés de chariots. Sur les 12 lits, seulement trois sont en chambres privées.

Les membres du personnel communiquent entre eux à voix haute d'un bout à l'autre du couloir, alors que l'atmosphère ambiante est la même que sur l'unité de soins aigus adjacente. Une musicothérapeute s'y rend régulièrement, mais il n'y a pas d'autre service connexe, sauf la visite de bénévoles.

Ce patient raconte son histoire : au cours de ses premières journées à l'unité, il a eu l'impression que le personnel l'ignorait et lui parlait sur un ton brusque. Une infirmière qu'il a réussi à amadouer lui a expliqué la raison de cette attitude : il avait demandé que sa porte soit fermée en permanence et qu'on ne le réveille pas la nuit. Des demandes jugées capricieuses par le personnel.

C'est pourtant en établissement que meurent la majorité des adultes susceptibles de recevoir des soins palliatifs. Soit 47,6 % dans des lits de courte durée (50 % pour les patients atteints de cancer), 8,1 % dans les unités de soins palliatifs et 6 % à l'urgence. Plus de 43,3 % de ces patients se rendent à l'urgence au moins une fois dans leurs dernières semaines de vie (INSPQ, 2006). Le manque d'unités et de maisons ainsi que le nombre limité de lits se traduisent par des décès dans la cohue de l'urgence, dans des lits de soins aigus non propices ou à la maison dans des conditions extrêmement difficiles tant pour le patient que pour ses proches.

La norme gouvernementale fixe le ratio de lits de soins palliatifs dédiés à 1/10 000 habitants (1,18 lit/10 000 habitants en France). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pense atteindre cet objectif en 2015. Il est difficile d'évaluer si ce ratio est suffisant, car ces lits sont répartis de façon différente selon les régions et les établissements. À Montréal, par exemple, aucun lit supplémentaire n'a été prévu et il en manquera près de 20 pour atteindre la cible de 198 lits en 2015. Enfin, ces prévisions ne tiennent pas compte des patients avec un pronostic de deux à huit mois, qui ne peuvent être maintenus à domicile et pour lesquels il faudrait prévoir des lits de longue durée.

Plusieurs facteurs sont à considérer en ce qui concerne le nombre de lits. Certaines régions semblent dépasser le ratio, mais tous leurs lits sont réunis dans une unique maison de soins palliatifs et les lits en hôpital ne sont pas réunis en unités. D'autres CSSS ont des lits dédiés en CH, mais répartis dans les différents départements. Dans certains cas, une équipe palliative se déplace d'un lit à l'autre alors que dans d'autres, c'est le personnel de soins aigus, non formé, qui soigne ces patients. Les professionnels rencontrés déplorent le fait que les lits de soins palliatifs

ne soient pas regroupés dans des unités dédiées. Et tous soutiennent qu'un lit dédié doit être assorti d'une équipe de soins qualifiée et dédiée incluant des médecins.

Par ailleurs, le gouvernement mise sur l'augmentation des maisons de soins palliatifs. La majoration de la subvention ministérielle qui est passée en début d'année 2014 de 60 000 \$ à 68 000 \$ par lit contribuera certes à développer le réseau de ces maisons et à y maintenir les services. On comptait, en avril 2014, 31 maisons pour un total de 239 lits et huit maisons à l'état de projet. L'expertise et le rayonnement de certaines de ces maisons, comme la Maison Michel-Sarrazin à Québec ou la Maison Victor-Gadbois en Montérégie, sont largement reconnus. Elles ont également contribué à la formation de nombreux professionnels et à l'intégration des soins dans leur région. Et même si certains professionnels émettent des réserves, notamment sur la pertinence de multiplier ces maisons à Montréal en raison des coûts d'aménagement élevés et du nombre restreint de lits que cela créerait, les maisons de soins répondent à un besoin évident et à une demande des patients.

Et dans les CHSLD? Aussi surprenant que cela puisse paraître, les soins palliatifs tardent à faire leur entrée dans les CHSLD. Pourtant des milliers de Québécois y décèdent chaque année. Et parmi ces patients, nombreux sont atteints de cancer. Malgré la bonne volonté et l'expérience des professionnels et des préposés qui y travaillent, le soulagement de certains symptômes et particulièrement des douleurs de fin de vie laisse, selon plusieurs intervenants, à désirer.

« Les médecins généralistes de ces établissements ne sont pas familiers avec la médication de pointe et les dosages appropriés », nous explique un médecin de soins palliatifs. Le problème semble sérieux et préoccupe certains médecins et infirmières de soins palliatifs. **« C'est un non-sens que l'approche palliative ne soit pas intégrée dans ces établissements où meurent tant de gens chaque année »**, soutient une gestionnaire clinico-administrative d'un service de soins palliatifs à domicile.

Les unités de soins palliatifs qui se développent dans les CHSLD actuellement, sont, en fait, dédiées prioritairement aux patients qui reçoivent des soins à domicile au sein de leur CSSS et qui sont en fin de vie. Dans certains cas, le médecin et les infirmières de cette unité spécialisée fournissent un appui aux infirmières et au médecin des unités régulières du CHSLD, mais cette situation n'est pas systématique. **Résultat : dans de nombreux CHSLD, il n'y aucune ressource en palliatif**



pour la clientèle régulière ni pour la clientèle régionale.

L'implantation accélérée d'unités de soins palliatifs de fin de vie, voire même d'unités de soins palliatifs prolongés, répondrait certes à un besoin et s'avérerait sans doute moins coûteuse que le maintien des patients en CH. Une étude européenne a démontré que les soins palliatifs dispensés en centre de longue durée étaient de 388 € par jour contre 482 € en CH (Tibi-Levy et coll., 2006).

Bref, si les professionnels rencontrés sont unanimes quand il s'agit de réclamer plus de lits, ils soutiennent que ces lits doivent aussi être répartis selon les véritables besoins de la région. **Plus de lits, oui, nous disent-ils, mais aussi plus de personnel soignant formé, et surtout, plus de ressources pour les soins à domicile.** « L'augmentation du nombre de lits ne réglera pas tous les problèmes d'accès et de qualité des services », nous dit une gestionnaire clinico-administrative d'une maison de soins palliatifs.

Quels devraient être les normes, les services de base et les règles de conduite dans une unité de soins palliatifs en CH ou en CHSLD? Les professionnels ainsi que les proches aidants rencontrés réclament tous des chambres privées, des unités dédiées exclusivement aux soins palliatifs, du personnel formé, des services de soutien psychosocial et une atmosphère propice au recueillement et au traitement de grands malades en fin de vie. Comment justifier une telle disparité dans la qualité et la nature des services offerts aux citoyens?



Soins prolongés : des besoins criants et des ressources inexistantes

Les oncologues, les médecins et les gestionnaires clinico-administratifs ont aussi été unanimes à réclamer des ressources pour les patients dont le pronostic de survie se situe entre deux et huit mois et qui ne peuvent être soignés à domicile. Or, les critères d'admission et le fonctionnement des unités et des maisons spécialisées visent les patients qui ont un pronostic de moins de deux mois. De fait, la moyenne des séjours dans ces maisons et ces unités est inférieure à trois semaines. **« Les lits d'oncologie en soins aigus sont remplis de patients qui pourraient être déplacés vers des unités de soins palliatifs de soins prolongés, un genre de ressource intermédiaire dans le réseau. C'est un besoin criant actuellement »**, explique un oncologue.

« Ces patients qui, bien souvent, vivent seuls sont vraiment démunis, et les services des CLSC ne peuvent fournir autant d'heures de services pendant aussi longtemps. Il faut développer des unités de soins prolongés en palliatif où les

traitements seront adaptés et dispensés par des équipes formées et dédiées », ajoute une gestionnaire clinico-administrative.

« Le besoin est tellement grandissant que je me suis battue pour obtenir quatre lits dans une unité du CHSLD de la région qui seront réservés à ce type de patients, mais cela ne répondra que très partiellement aux besoins », explique un médecin.



Les médecins... la pierre angulaire

Le développement et l'amélioration des soins palliatifs, à domicile ou ailleurs, passent évidemment par l'implication des médecins. Tout d'abord celle des hémato-oncologues et autres spécialistes à qui il revient de référer le patient dès le diagnostic de cancer incurable et de collaborer avec les équipes de soins palliatifs, même s'ils continuent de traiter le patient. Puis, celle, tout aussi essentielle, des médecins de famille qui doivent en faire plus pour les patients en phase incurable et agir comme « coordonnateurs », tout en étant plus nombreux à être formés en soins palliatifs.

Leur rôle à domicile est particulièrement crucial : « Il n'y a pas de soins palliatifs à domicile efficaces s'il n'y a pas de médecin formé et disponible pour l'équipe.

Dans les premiers mois, quand l'état du patient est encore stable, le médecin de famille doit s'impliquer, accepter au besoin de faire une visite à domicile et référer, si nécessaire. Mais, pour les derniers mois ou semaines, quand l'état du patient s'aggrave, la présence d'un médecin en soins palliatifs est essentielle. Les infirmières font presque tout le travail, mais elles doivent pouvoir contacter un médecin en tout temps pour des ajustements de dosage et des situations d'urgence.

Même s'il y a plusieurs infirmières formées et, même si l'équipe est multidisciplinaire et dédiée, si elles n'ont pas accès à un médecin, ce sera inévitablement les allers-retours à l'urgence et parfois l'hospitalisation », explique un médecin spécialisé.

Le défi que pose l'implication des médecins de famille en soins palliatifs est de taille surtout si on tient compte du nombre de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille, soit 21 % de la population (ISQ, 2013). Même s'il s'agit

d'un patient qu'il connaît, le médecin de famille n'a pas nécessairement les outils pour aborder la question des soins palliatifs et les scénarios de fin de vie avec son patient. En Angleterre, 60 % des généralistes ont peine à aborder le sujet des soins palliatifs et les scénarios de fin de vie avec leurs patients sans formation et outils de communication adaptés (DMC, 2010). La formation en soins palliatifs qui leur est destinée est une question centrale.

Devant le peu d'attrait qu'exerce la pratique palliative auprès des nouvelles cohortes, d'autant plus à domicile, certains professionnels estiment qu'il faudra valoriser cette pratique en revoyant la rémunération des visites médicales à domicile. Un incitatif incontournable, selon eux, pour attirer de nouveaux médecins.

« Un médecin qui reste au chaud au bureau à vacciner un bébé est payé au même tarif horaire que celui qui ira dans la neige, fera de la route pour aller visiter quelqu'un qui souffre, qui est parfois en crise ou qui a des plaies chroniques. Sans compter que le médecin qui fait partie de notre équipe sera appelé 10 ou 12 fois par semaine à toute heure pour répondre à des urgences. C'est un non-sens que cela ne soit pas reconnu dans sa rémunération. Celle-ci doit donc être haussée, mais de façon raisonnable, pour une rémunération mixte basée sur le tarif à l'heure et également sur le nombre de patients. De plus, la visite à domicile doit être mieux payée que la consultation au bureau », explique un médecin en soins palliatifs.



La formation... une condition *sine qua non*

Dans sa résolution sur l'intégration des soins palliatifs déposée en janvier 2014, **l'OMS souligne l'importance d'intégrer les soins palliatifs à la formation de base et continue des prestataires de soins, notamment au premier cycle d'études en médecine.** La résolution stipule également que :

« Une formation intermédiaire devrait être offerte à tous les agents de la santé qui travaillent régulièrement avec des patients atteints de maladies potentiellement mortelles, y compris les agents de santé intervenant dans les domaines de l'oncologie (...) et qu'une formation spécialisée en soins palliatifs devrait être proposée aux professionnels de la

santé qui seront amenés à assurer des soins intégrés pour des patients dont les besoins vont au-delà d'une prise en charge symptomatique de routine. »

Tous les professionnels, gestionnaires et proches aidants que nous avons rencontrés ont souligné l'importance et l'urgence de former adéquatement tout le personnel œuvrant en soins palliatifs incluant les préposés. En 40 ans, les connaissances, les médicaments et les techniques en soins palliatifs se sont développés, mais, encore aujourd'hui, les professionnels qui souhaitent s'y consacrer doivent trouver eux-mêmes leur formation, la payer de leur poche dans bien des cas alors que l'établissement pour lequel ils travaillent ne leur permet pas de se libérer pour la suivre. Pourtant, les soins palliatifs exigent, non seulement des connaissances pointues sur les symptômes, les techniques de soins, les douleurs, les médicaments et leurs effets, mais aussi des habiletés en relation d'aide et requièrent un savoir-faire dans l'approche au patient et à ses proches. Pour la première fois, en 2013, les finissants en médecine familiale de l'Université de Montréal ont eu un bloc de 90 minutes sur les soins palliatifs, intégré et obligatoire.

Faute de formation, d'aptitude et d'intérêt pour les soins palliatifs, non seulement le personnel ne peut soigner efficacement un patient en fin de vie ni interagir adéquatement avec lui et ses proches, mais il risque également de se démotiver. Le roulement de personnel dans les unités où la formation et la sélection du personnel ne sont pas adéquates a été pointé du doigt par plusieurs professionnels. En revanche, dans les maisons de soins palliatifs, les unités spécialisées en CH bien organisées et les équipes dédiées de soins palliatifs en CLSC, le taux de maintien en poste des infirmières, notamment, dépasse 90 % dans plusieurs cas.

« Il est inconcevable que je doive suivre une formation de trois mois pour pouvoir travailler aux soins intensifs, mais aucune pour travailler à l'unité de soins palliatifs », souligne une infirmière spécialisée de Québec. « La formation de base est essentielle pour les infirmières, mais aussi pour les médecins et tous ceux qui travaillent en soins palliatifs, incluant la formation continue », explique une infirmière, enseignante en soins infirmiers palliatifs.

Conclusions

Le vieillissement de la population, une plus longue espérance de vie et la transformation de maladies comme le cancer en maladies chroniques posent de nouveaux défis à notre système de santé et entraînent une augmentation des besoins auxquels les soins palliatifs sont une réponse tout indiquée. Centrés sur la qualité de vie de la personne, ils accompagnent les patients et leurs proches et permettent de vivre au mieux les périodes de transition souvent difficiles. S'ils sont tout indiqués, l'organisation des soins devra leur faire la place qui leur revient.

Les professionnels de la santé devront aussi modifier leurs pratiques. Manque de temps, de formation et d'information sur les services palliatifs existants, difficultés à lâcher prise, difficulté à gérer la réaction des patients ou à aborder la discussion entourant la fin de la phase curative, résistance au changement ou à la collaboration avec d'autres équipes, organisation des soins au sein du département, absence d'une infirmière pivot, volonté politique ou culture organisationnelle, plusieurs de ces facteurs expliquent la difficile transition entre le curatif et le palliatif. Et cet état de fait contribue sans aucun doute à limiter l'accès de nombreux patients aux soins palliatifs.

Le consensus scientifique entourant les soins palliatifs est solide et notre responsabilité collective d'agir est d'autant plus claire : les soins palliatifs ont des effets bénéfiques sur ceux qui les reçoivent, non seulement sur la qualité de vie, mais jusqu'à une plus longue espérance de vie. En droite ligne avec les aspirations des patients, plus efficaces, efficaces et plus économiques de surcroît, les soins palliatifs passent haut la main tous les tests. Avec en main une politique attitrée et une loi tout juste adoptée, on est en droit de se demander ce qui retarde autant leur développement. Si la réponse est multiple, allant de la formation insuffisante à la culture du guérir à tout prix, c'est du côté des champions des soins palliatifs qu'il faut regarder pour s'apercevoir que des modèles qui fonctionnent existent, lesquels ne demandent qu'à être reproduits et adaptés à l'échelle du Québec.

Les témoignages inclus dans ce texte sont véridiques. Par souci de confidentialité, les noms des personnes ont été modifiés.

© 2014 **Société canadienne du cancer**

Tous droits réservés. La reproduction de ce document, en entier ou en partie, est interdite sans l'autorisation expresse et écrite de la Société canadienne du cancer. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Service des questions d'intérêt public de la Société canadienne du cancer.

Sauvons



de vies.

Société canadienne du cancer
Division du Québec

5151, boul. de l'Assomption,
Montréal (Québec) H1T 4A9

Tél. : 514 255-5151
Sans frais : 1 888 939-3333
Télécopieur : 514 255-2808

cancer.ca



**Société
canadienne
du cancer**