
Johanne de Montigny, M. A. Ps. Psychologue en soins palliatifs et en suivi de deuil • Unité de soins palliatifs • Hôpital Royal Victoria, Centre universitaire de santé McGill, Montréal • Chargée de cours au Centre d'études sur la mort, Université du Québec à Montréal • Courriel : jo.de.montigny@videotron.ca

Andrée Gauvin • Responsable de l'équipe des bénévoles de l'Unité des soins palliatifs • Hôpital Notre-Dame, Montréal

Portrait d'une grande dame, fille de médecin de campagne : *Andrée Gauvin*

Johanne de Montigny

Au tout début de l'an 2002, je reçois l'information suivante de la part d'une de mes ex-étudiantes au Centre d'études sur la mort de l'Université du Québec à Montréal : l'organisme Rencontres Vie et Sens de la région des Laurentides vous invite à entendre la conférence de madame Andrée Gauvin, coordonnatrice de l'équipe des bénévoles de l'Unité de soins palliatifs du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), pavillon Notre-Dame. Sa conférence se tenait à Saint-Jérôme le 24 janvier 2002 à quelques kilomètres au nord de Montréal. J'avais le goût d'entendre Andrée nous parler de sa vision actuelle de l'accompagnement des personnes en fin de vie. J'aspirais à la redécouvrir, la revoir, lui demander par la suite de me parler d'elle en vue de tracer son profil le plus fidèlement possible, et vous la présenter par le biais de cette chronique.

La salle comptait au moins 300 personnes, des gens provenant de milieux variés, tous venus écouter ses propos sur la mort, la perte, l'état de deuil. Le docteur Jean-François Rouleau, chef du Service de soins palliatifs au Centre hospitalier de Saint-Jérôme, nous l'a présentée dans ses principales activités de travail. Il a souligné son rayonnement international : Paris, Genève, Milan, Bordeaux, Bruxelles, Strasbourg et Grenoble, un parcours lui ayant valu la très haute décoration de Chevalier de l'Ordre national de la Légion d'honneur par le président de la République française, M. François Mitterrand, le 12 mai 1995. Peu de gens en dehors de la France reçoivent une telle reconnaissance, et surtout, très peu de

femmes en ont, à ce jour, été gratifiées. Les insignes lui ont été remis par le général Jean Faveris un an plus tard, soit le 26 avril 1996, à la maison médicale Jeanne-Garnier de Paris, en présence de sa famille, de plusieurs amis et de quelques dignitaires, dont l'ambassadeur du Canada en France, monsieur Benoît Bouchard.

C'est avec modestie que Andrée Gauvin a pris la parole à Saint-Jérôme.

Ce soir-là, Andrée Gauvin a informé certains et appris à d'autres l'importance d'une présence discrète et bienveillante auprès d'un proche gravement malade. Elle a relevé les principales qualités d'un aidant naturel, d'un professionnel de la santé, d'un bénévole ou d'un membre de la famille éprouvée. À la pause, les gens lui ont proposé une séance de signature de ses deux livres intitulés *L'accompagnement au soir de la vie* et *Vouloir vivre*, précieux documents réalisés avec la collaboration de Roger Régnier, coordonnateur du Service aux personnes en deuil de l'Unité de soins palliatifs au pavillon Notre-Dame. Lorsqu'elle m'a aperçue dans la file, elle m'a dit : « mais je ne pourrai rien t'apprendre ici, ce sont des choses que tu connais par cœur ». J'aime entendre parler de l'accompagnement par des confrères, des consœurs, des bâtisseurs, des équipiers qui font œuvre ailleurs avec une approche analogue, une philosophie partagée. Aussi, ai-je profité de la belle occasion pour lui donner un rendez-vous pour l'entrevue que voici. Veuillez considérer mon tutoiement comme une marque d'affection et d'amitié à son égard.

Johanne de Montigny

Andrée, j'ai appris que tu avais pratiqué les soins infirmiers bien avant de devenir coordonnatrice des bénévoles. Peux-tu nous expliquer ton parcours ?

Andrée Gauvin

En fait, c'est justement cela qui m'a conduite dans le milieu des bénévoles. Mais avant tout, j'aimerais te raconter ma source d'inspiration profonde.

Mon père était médecin de campagne ; j'ai toujours vu papa assis sur le bord du lit des malades. Lorsque j'étais petite, j'allais faire des visites avec lui. Il faut savoir que papa exerçait la médecine avant même l'existence des antibiotiques. Curieusement, j'ai toujours eu l'impression qu'il pratiquait des soins palliatifs. Il était souvent placé devant l'impuissance de la médecine de l'époque, et

peut-être fort bien pour contrer le manque de moyens, il avait développé son côté profondément humain. Par exemple, il prenait la main du patient dans la sienne, il observait, il écoutait. Au fil du temps, j'ai fait mon cours d'infirmière, après quoi, j'ai décidé d'aller travailler avec lui. Maman était infirmière, elle aussi m'avait donc initiée à l'écoute. À l'époque, les patients nous rejoignaient à la maison, j'étais témoin de nombreux cris d'appel.

J. de M.

Ah ! Bon ! Tes deux parents étaient des soignants ?

A. G.

Oui, j'ai fait le lien avec mes choix tardivement, longtemps après avoir terminé mon cours d'infirmière à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

Pendant un bon moment, j'ai travaillé dans des salles de 16 lits séparés par de minces rideaux, sonores, bien sûr ! Lorsqu'un patient périlait, on le transférait dans une chambre seule, réservée à la psychiatrie et à des malades en phase terminale. Et ce, sans jamais révéler au patient qu'il n'allait vraiment pas bien. À cette période, c'était ainsi. Les infirmières n'étaient guère autorisées à parler davantage, on se sentait donc prise avec une réalité cachée. Heureusement, la médecine a grandement évolué.

Il faut que je te raconte. Je m'étais attachée à une patiente. Je travaillais alors le soir. Cette dame m'apparaissait très âgée, imagine, elle n'avait que 50 ans ! Aujourd'hui, je la considérerais si jeune ! Elle s'est retrouvée isolée au fond du département. Dès que j'avais quelques minutes, j'allais m'asseoir auprès d'elle. Un jour, elle prit mes deux mains, elle m'a approchée d'elle et m'a dit : « Toi ma p'tite fille (j'avais 18 ans), sais-tu pourquoi je t'aime ? » – Peut-être bien parce que moi aussi je vous aime, dis-je. « C'est vrai, parce que tu m'aimes, mais c'est aussi pour une autre raison. Quand je te parle de ma mort, tu ne me contredis pas, tu ne m'obstines pas. » Cette patiente m'a fait réaliser que certains malades sentaient la nécessité de parler de la mort, d'être écoutés à ce sujet. Que le problème venait de notre part, de notre propre peur d'entendre le sujet de la mort, voire de la nommer.

Le malaise était grand. Au son de la clochette, on se relayait pour camoufler notre inconfort. Persuadé qu'il n'y avait plus rien à faire, le personnel soignant

fuyait...son propre sentiment d'impuissance. On tentait de persuader les patients malgré leur déclin : mangez bien, cela va vous aider ; faites de l'exercice, ne vous laissez pas aller...Tous ces messages étaient accompagnés d'une petite tape dans le dos pour signifier une forme d'encouragement ; or, ces attitudes nous détournait de nos propres peurs. De mon côté, je n'étais pas convaincue de cette approche. Il faut savoir qu'à cette époque, toute manifestation d'émotions de la part du personnel soignant était considérée comme une attitude non professionnelle. Le décorum tenait une place prépondérante. Cela m'a interpellée pendant longtemps. Puis j'ai cessé mon travail comme infirmière après 15 ans. Le temps d'élever trois beaux enfants. À l'âge de 40 ans, mon goût pour les sciences infirmières m'a incitée à entreprendre de nouvelles démarches. Les tâches avaient beaucoup changé, rien ne semblait correspondre au milieu déjà connu. Je travaillais sur appel, dans différents départements, toujours avec de nouveaux patients. Le suivi d'un patient et de sa famille m'importait davantage.

Mais un jour, tout en parcourant le journal, j'ai vu un écrit sur le « Palliative Care au Royal Victoria Hospital ». Intriguée, j'ai voulu en savoir davantage. J'ai donc téléphoné à cette unité embryonnaire pour plus d'information. Je découvrais alors l'expression « soins palliatifs ». J'ai pris rendez-vous avec une dame responsable des bénévoles, nommée Kitty Markey. Comment se fait-il, me disais-je déjà, que nous n'ayons pas de tels services à offrir du côté francophone ? Pour ma part, mon anglais n'était pas spécialement fort, mais je suis allée rencontrer Kitty parce que je ne voulais pas me recycler en sciences infirmières. Alors comment pouvais-je m'impliquer dans les soins, sinon par la voie du bénévolat ? Je lui offre donc ce qui suit : « écoutez, je suis prête à m'investir comme bénévole une demi-journée par semaine. Qu'en dites-vous ? » Kitty ne tarde pas à réagir : « mais très certainement, vous êtes une infirmière et vous ferez partie de notre *french connexion* ! » Il y avait très peu de bénévoles francophones sur les lieux. Finalement, j'ai rempli un mandat d'un an, sans formation, sinon mon expérience passée auprès des malades.

J. de M.

Il s'agissait d'une toute petite équipe, n'est-ce pas ?

A. G.

Oui, en fonction depuis 1974, et moi j'y suis arrivée en 1977. C'est là que j'ai connu Ursula, l'infirmière-chef, une femme extraordinaire, ainsi que le docteur

Balfour Mount, directeur de l'Unité. Ma demi-journée était planifiée le mercredi. J'observais tout ce qui se faisait ayant en tête de transposer le même modèle dans le milieu francophone. Sans formation préalable, il me fallait apprendre au fur et à mesure, j'ai trouvé cela passablement difficile. Surtout de franchir les chambres à quatre lits. Mais j'ai développé une passion pour l'approche palliative.

Parallèlement, il y avait le docteur Maurice Falardeau à l'Hôpital Notre-Dame. Ce chirurgien oncologue songeait également à ouvrir une unité de soins palliatifs à l'intérieur de l'hôpital. Aussi, avait-il d'abord réuni une travailleuse sociale, Margaret O'Neil et un médecin radiothérapeute, le docteur Yvan Méthot. Ils ont insisté auprès de la direction qui a finalement cédé la responsabilité au docteur Falardeau bien connu pour sa volonté d'humaniser les soins. Le docteur Falardeau a rencontré l'équipe de l'Hôpital Royal Victoria afin d'observer leur travail en soins palliatifs. Ketty lui a parlé de mon apport comme bénévole. D'ailleurs, Maurice Falardeau m'avait connue à titre d'infirmière à l'époque, sous le nom de garde Dalcourt. Peu de temps après sa visite des lieux, il m'a contactée, par téléphone, pour m'informer de son projet d'ouvrir une telle unité à Notre-Dame. Au cours de l'entrevue, j'ai exprimé mon désir profond d'œuvrer en soins palliatifs. « Pourriez-vous nous donner un coup de pouce, me lança-t-il ? »

Pas de salaire en perspective, pas de poste officiel, mais des rencontres, entre autres, avec le docteur Yves Quenneville qui se greffait alors à la jeune équipe, également constituée d'infirmières, d'une travailleuse sociale, d'un aumônier, d'une physiothérapeute, d'une diététiste, et bien sûr, de bénévoles. Des réunions avec des inconnus motivés ont eu lieu aux quinze jours. À la suite de nombreuses démarches, l'hôpital nous a finalement offert un local, l'ancienne psychiatrie, un lieu désaffecté et très sombre. En fait, deux départements étaient disponibles dont l'un était muni d'un balcon. Nous avons obtenu l'autre puisque les mourants n'auraient pas besoin de balcon argumentait la direction. Inspiré du modèle du Royal Victoria, on nous proposa des chambres à quatre lits. Mais là, j'ai revendiqué la différence de nos cultures. « Nous sommes latins, dis-je, parfois braillards, alors que la clientèle de l'Hôpital Royal Victoria est plus cosmopolite. Il nous faut des chambres privées. » Puis l'équipe planifiait aussi un salon pour les familles et leurs rassemblements. Là aussi, j'ai pensé que, chez

les francophones, c'est dans la cuisine que les échanges ont lieu. Un café autour de la table et non « a 4 o'clock tea » dans le salon. Puis, on a démarré en douceur.

L'Hôpital Notre-Dame comptait alors environ 1100 lits et 12 réservés à notre unité. Or, ni les infirmières ni les patients ne voulaient y venir. Les infirmières craignaient de soigner des patients destinés à mourir. On n'a pas lâché notre projet, on a fait de la publicité, puis on a offert une formation basée sur les seuls écrits d'Élizabeth Kübler-Ross. Heureusement, Ketty m'avait beaucoup aidée et soutenue dans mes démarches. Elle m'a appris comment sélectionner des bénévoles. Puis d'autres réunions, des cours, de l'information, de la formation ponctuelle ou sur mesure. Yves Quenneville, psychiatre, avait pour sa part une expérience de consultant auprès des patients atteints de cancer et aussi auprès de leurs familles. John Xénos, généraliste, avait de son côté travaillé avec des patients en fin de vie. Maurice Falardeau était un humaniste de grand pouvoir. Alors, plus l'équipe se constituait, plus les infirmières ont décidé de faire le pas. Certaines de ces infirmières travaillent toujours à l'Unité, je pense à Françoise, Jacinthe et Lucie, c'est quand même formidable. Et tant d'autres, car nous avons peu de roulement de personnel.

J. de M.

N'est-ce pas que la situation semble être différente dans les autres départements des hôpitaux en général ?

A. G.

Effectivement, la stabilité du personnel me semble particulière en soins palliatifs.

J. de M.

Peut-être que cette stabilité tient bon face à une mort qui ne cesse de déstabiliser les proches.

A. G.

En fait, la stabilité de l'équipe est notre bouée de sauvetage. Par exemple, nous avons déjà connu une période de Noël où 23 décès ont eu lieu en 15 jours. Sans une équipe cohérente et organisée, on n'aurait peut-être pas tenu le coup. Les patients partent, les familles nous quittent et les stagiaires retournent dans leurs

milieux. Le roulement tire plutôt fort dans ce sens. Or, le personnel construit des racines, à l'inverse du départ répétitif des patients, il offre son ancrage sans lequel l'accompagnement ne serait peut-être pas possible.

Il s'agit également d'une passion au travail, une sorte de conviction que l'approche interdisciplinaire constitue une première réponse aux nombreux besoins, qu'ensemble il est possible d'accomplir un travail sans perdre le cap. Enfin, malgré tous les changements et toutes les batailles pour démontrer l'importance du lieu, du lien et de la nécessité des soins palliatifs, cette passion du métier demeure intacte en moi. Cela fait à peine trois ans que le département n'est pas menacé d'une fermeture à moyen terme. Il a également fallu démontrer l'importance de nos liens avec les soignants du département d'oncologie. Nous étions autrement associés aux soins prolongés. Et, durant une période de 20 ans, il y avait en soins palliatifs une chambre à trois lits sans salle de bain. Puis certains ont bien voulu nous aider, des gens qui éventuellement ont tout à fait compris l'importance de l'approche palliative, je pense par exemple à David Levine, un homme de cœur qui était à l'époque directeur général de l'hôpital, et bien sûr à d'autres administrateurs.

Il nous aura fallu la foi, la détermination, l'entraide, le soutien mutuel pour parvenir à nos buts. Je n'appartenais plus à une équipe de soins infirmiers, je n'étais pas attachée à un poste officiel et reconnu de l'hôpital ; je n'avais pas comme tel un titre sur lequel m'appuyer, sinon ma volonté indéfectible de cofonder et solidifier cette unité. Lorsque notre projet a été réalisé, que nos objectifs ont été atteints, quand la fondation Palli-Ami a été mise sur pied, les autres autour de nous ont commencé à porter une attention accrue à nos réalisations. Autrement dit, on a cru en nous une fois les choses passablement avancées, sauf bien entendu pour tous ceux et celles qui, dès le début, avaient mis leur énergie à bâtir le projet de concert avec nous. Il fallait aussi assurer une vie à cette unité afin d'apaiser la mort des patients. Toute cette mise sur pied ne nous avait guère épargnés d'un certain stress, mais pour des résultats tellement gratifiants. Les courts séjours de vie des patients nous incitaient à la solidarité comme équipe soignante, à la proximité, à développer ensemble une capacité d'adaptation aux très courts séjours de nos patients. Une sorte de gratitude difficile à décrire circulait entre nous. Oui, une sorte de reconnaissance qu'il convenait d'exprimer les uns envers les autres. Les infirmières ont besoin de

cette forme d'encouragement, une source de motivation qui pousse à servir les grands malades, surtout quand cette reconnaissance provient de la direction et non seulement des familles témoins des résultats. Les infirmières encore à ce jour triment dur pour soulager la souffrance globale des patients et des proches pour trop peu d'appui, trop peu de manifestations de satisfaction de la part des différentes directions, des instances gouvernementales. La question se pose : est-ce parce que les sciences infirmières sont comblées en majorité par des femmes, que le travail demeure sous-payé, sous-estimé ?

J. de M.

Qui a été pour toi un mentor ?

A. G.

Le docteur Balfour Mount, bien sûr, Ursula, l'infirmière-chef à l'époque au Royal Victoira, Kitty qui m'a tant appris et qui m'a donné le goût de fonder une unité en milieu francophone. L'aura de Balfour demeure et demeurera, je crois. Et, j'ai tant aimé le docteur Marcel Boisvert, un être modeste, si compétent, si aimant et apprécié de ses patients. Un homme profondément humain, bien ancré entre la science et le cœur. Un retraité qui a beaucoup donné en soins palliatifs.

J. de M.

Andrée, parle-moi du lancement de votre congrès biennal à l'Estérel.

A. G.

Ce colloque original et différent a commencé tout petit. Au début, il y a 16 ans déjà, le colloque a érigé une sorte de pont entre le congrès international de McGill-Royal Victoria et le milieu francophone. J'étais en lien avec différentes personnes impliquées en soins palliatifs et, un jour, j'ai pensé créer un point de rassemblement. Mettre des visages sur chacun plutôt que de capter les seules voix téléphoniques. Créer un réseau. Qui donc était Louis Dionne, à l'époque directeur de la Maison Michel-Sarrazin qui naissait en tandem avec l'Hôpital Notre-Dame ? Plusieurs souhaitaient le rencontrer. C'est vrai, il y avait eu les journées de formation organisées par la Maison Michel-Sarrazin à l'Université Laval ; or, tous ces projets prenaient de l'ampleur. Une volonté de rassemblement s'imposait à nous les pionniers en soins palliatifs dans les milieux

francophones. Qui d'autres encore emboîtaient le pas à l'Hôpital de Verdun, à Drummondville, à Arthabaska, et ailleurs ? Des noms, des visages, des hommes et des femmes créateurs d'un projet commun et collectif, il devenait nécessaire de nous présenter, de nous unir. L'équipe fondatrice a soutenu cette idée et, grâce à l'esprit de synthèse de Yves Quenneville, nous avons pu par la suite implanter ce colloque. L'accueil chaleureux que nous avait réservé cette place exceptionnelle est alors devenu un rendez-vous biennal.

J. de M.

Depuis toutes ces années, Andrée, après avoir cofondé l'Unité de soins palliatifs à l'Hôpital Notre-Dame, tu coordonnes une équipe de bénévoles. Quels sont tes critères de sélection ?

A. G.

Tout d'abord, nous ne voudrions pas recevoir des gens qui ont des certitudes, par exemple, des personnes qui affirment ne pas avoir peur de la mort, ou encore qui ont des préjugés, des croyances rigides, encore moins des missionnaires qui ont la volonté de venir changer des mentalités. Au contraire, j'aime le bénévole qui émet une certaine appréhension, je ne dis pas un angoissé, mais quelqu'un qui se remet en question, quelqu'un qui me dirait : « savez-vous ce qui m'inquiète, ce sont mes réactions encore inconnues face à la mort, les répercussions à long terme d'y être d'aussi près exposé... ». Alors, vois-tu Johanne, ce genre de doute me rassure. Je suis attentive au discours, je ne peux accepter des propos ésotériques, des porteurs de messages idéologiques ou politiques. Quand le respect s'entend chez celui ou celle qui désire être bénévole, eh bien ! voilà une attitude souhaitée, recherchée, et qui demeure centrale dans le mouvement de l'accompagnement. Je me méfie des gens qui s'imposent, qui insistent pour travailler un nombre d'heures incalculable, des êtres qui cherchent à venir panser leurs propres blessures ou qui ont des attentes précises.

Ce qui m'importe au plus haut point c'est le souci de la confidentialité. La discrétion demeure pour moi une qualité essentielle. Ce qui m'importe aussi, c'est le tact, la souplesse, cette fameuse faculté d'adaptation à des conditions qui fluctuent continuellement en cours de route. Mon dada porte sur le respect du secret professionnel. La capacité d'écoute bien sûr, mais aussi celle de porter les secrets. Tolérance zéro de ma part face à l'ébrulement des histoires familiales.

J'exige le serment implicite de confidentialité. Je recherche la délicatesse de l'esprit, la générosité du cœur, le souci d'une formation continue. L'intuition, le savoir se taire sont aussi essentiels. Ces qualités de base sont immuables, elles demeurent les mêmes depuis la naissance des soins palliatifs.

Le bénévole ne vient prendre la place de personne, ni de l'infirmière ni d'un proche. Il est là, sans pesanteur, pour rendre de menus services au besoin, à la demande du patient ou de sa famille, il reste disponible sans imposer ses services. Il les offre en toute simplicité. Il n'insiste pas. Il contribue avec ses talents, ses possibilités, il offre sa présence.

Quand je rencontre un bénévole en entrevue, je ne lui demande pas d'emblée ses motivations. Ma première question se formule souvent et simplement ainsi : parlez-moi de vous. Je veux découvrir qui est cette personne de façon spontanée sans l'enfermer dans un questionnaire rigide. J'aime l'entendre me dire : je favorise les rapports humains. Je sais ce que l'isolement peut occasionner. J'ai eu l'expérience de perdre un proche par le passé, de l'accompagner tant bien que mal et d'apprendre de cette expérience ; aujourd'hui, je veux redonner aux autres ce que la vie m'a procuré.

Je ne peux accueillir quelqu'un qui vient régler ses deuils non résolus. Non plus des personnes qui luttent contre le cancer, j'aurais crainte que les soins palliatifs ne soient pas un endroit pertinent. Si un bénévole en poste fait tout d'un coup face à une épreuve inattendue, je ne veux pas insister pour sa présence habituelle, je lui laisse le soin de prendre une décision saine tant pour son départ que pour son retour éventuel à l'unité, je fais confiance.

Enfin, l'unité bénéficie actuellement des services de 45 bénévoles. Ils ont le talent de travailler en équipe, de mettre à profit leur talent, leur originalité, leur unicité. Les âges sont très variés. Ils proviennent de milieux divers, ce qui favorise des regards singuliers sur différentes situations. Un sentiment de confiance règne entre les bénévoles et les professionnels de l'équipe. Par exemple, lorsque je m'absente durant un mois de vacances, je pars l'esprit tranquille, je sais que tout va se dérouler comme si j'étais présente pour coordonner leurs activités. Le dynamisme, la maturité et la fidélité de chacun m'assurent de leurs compétences. Leur fiabilité est incontestable. Trois bénévoles de grande expérience demeurent des points de référence, des moniteurs de grande importance.

J. de M.

Si tu me le permets Andrée, je vais rapporter ici un passage très important de tes écrits dans *L'accompagnement au soir de la vie*. Cela résume très bien ce qui précède, et il m'apparaît capital de rappeler le rôle, la place du bénévole dans une équipe de soins palliatifs. Après tout, telle a été ta force au cours de ces nombreuses années.

« Dans un contexte de fin de vie, la contribution du bénévolat est un ajout, un complément, un apport auxiliaire offert dans un esprit d'entraide et de soutien, mais il ne remplace pas l'accompagnement naturel ou, encore moins, l'accompagnement professionnel. Il vise plutôt à épauler les proches et les soignants dans une action commune. Dans certaines conditions de stress, de fatigue émotive et physique ou encore quand les proches ne peuvent pas être toujours auprès de leur malade, la présence d'un bénévole constitue une forme de relève temporaire, mais jamais un remplacement total, sauf peut-être dans les cas d'extrême isolement.

Ce genre de bénévolat présente d'emblée plusieurs écueils : s'il est naturellement empreint de don de soi, de solidarité et d'ouverture à l'humain, en un mot d'altruisme, il exclut l'attitude apitoyée ou condescendante. En clair, l'altruisme ne signifie pas don compulsif. Certains pièges sont donc à éviter tels que le sentiment d'être indispensable, la tendance à se substituer aux autres, la certitude de posséder des réponses, le sentiment de supériorité ou l'impression d'exercer un pouvoir sur les êtres en besoin [...]. » (Gauvin, 1992, p. 103).

« [...] Tenir la main. Offrir le bras dans les déplacements. Aider un patient à s'alimenter. Prier avec lui ou l'accompagner à un office religieux. Écouter un malade raconter les moments heureux de sa vie et le laisser pleurer doucement. Partager des instants de loisir, de détente. Tendrer une oreille attentive à l'expression de ses craintes et de ses peurs. Demeurer silencieux auprès d'un malade anxieux qui ne veut pas s'endormir de crainte de ne pas se réveiller. Veiller un patient semi-conscient ou inconscient qui n'a personne à ses côtés. Tous ces gestes imprégnés de tendresse sont offerts spontanément et ne doivent pas être imposés. » (Gauvin, 1992, p. 115).

En terminant, Andrée Gauvin, comment vois-tu l'avenir des soins palliatifs ?

A. G.

Avec optimisme, passion renouvelée à l'égard de la relève, avec cette même conviction mais, cette fois, bel et bien confirmée de la nécessité des soins palliatifs particulièrement dans un monde contemporain qui tend à se déshumaniser. Lorsque je songe à l'ampleur du mouvement qui s'est étendu aux quatre coins du monde, je ressens de la fierté, de la compassion continue à l'égard des grands malades, de l'empathie à l'endroit des familles éprouvées, de la satisfaction de croire en des soins de qualité qui ont permis à des êtres de traverser le mur de la mort, à leurs proches de compter sur un suivi de deuil aujourd'hui assuré par un très grand nombre de services de soins palliatifs. Jamais le mouvement ne mourra, seules les personnes qui y ont œuvré. J'envisage bientôt ma retraite avec un sentiment de satisfaction et de reconnaissance envers tous ceux et celles qui avec moi se sont serrés les coudes grâce à une volonté à toute épreuve et une foi commune.

J. de M.

Voilà, Andrée, à mon avis tu viens de nous dépeindre le magnifique profil du bénévolat au cœur des soins palliatifs, son importance, ses répercussions. Tu nous as brossé le tableau de tes journées auprès de l'équipe, des patients, des familles et de tous ces merveilleux bénévoles que tu accompagnes et coordonnes depuis tant d'années. Au nom de tous les lecteurs et lectrices, je te dis Bravo ! Merci ! Et bonne continuité. J'ai une chance unique de te souligner aussi une reconnaissance partagée et j'espère que cet entretien saura stimuler toutes les personnes qui désirent mettre sur pied des projets d'envergure humanitaire, je sais que tu sauras les inspirer, car à ton tour, tu agis comme une femme d'action, une femme d'amour.

Références

Gauvin, Andrée et Régnier, Roger. *L'accompagnement au soir de la vie*, Le Jour éditeur, Montréal, Québec, 1992.

Gauvin, Andrée et Régnier, Roger. *Vouloir vivre*, Le Jour éditeur, Montréal, 1994.