

**Témoignage de l'AMC devant le Comité
Parlementaire sur les Soins Palliatifs et Soins
de Compassion**

*Étude sur les abus envers les personnes âgées
et personnes handicapées*

Présenté par :

Jeffrey Turnbull, MD, FRCPC
Président

Le 25 octobre 2010



Priorité au discours prononcé

A healthy population and a vibrant medical profession.
Une population en santé et une profession médicale
dynamique.

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

L'AMC compte plus de 73 000 membres. En leur nom et au nom de la population canadienne, elle exerce un large éventail de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes, promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle sans but lucratif, à participation volontaire, qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales et 51 organisations médicales nationales.



L'Association médicale canadienne (AMC) félicite le groupe de députés de tous les partis qui se sont réunis pour créer le Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion.

Le défi que nous devons relever aujourd'hui pour nous occuper de notre population vieillissante ne fera que s'alourdir. Statistique Canada prévoit que le pourcentage des personnes âgées dans la population augmentera rapidement. Les premiers membres de la génération du baby-boom auront 65 ans l'an prochain. En 2031, les personnes âgées constitueront environ le quart de la population, ce qui est presque deux fois plus que les 13,9 % de 2009¹.

Il est clair que les Canadiens sont préoccupés par leur capacité de faire face aux dépenses futures en soins de santé, qu'il s'agisse des leurs ou de celles de leurs parents. Les répondants au sondage sur lequel repose l'édition annuelle 2010 du Bulletin national sur la santé de l'AMC prévoient que le vieillissement de la population aura toutes sortes de répercussions :

- 29 % ont déclaré qu'ils modifieront probablement leurs plans de retraite (p. ex., en travaillant plus longtemps) afin d'aider à payer leurs coûts futurs ou ceux de leurs parents;
- presque un répondant sur cinq (19 %) prévoit installer ses parents chez lui et les aider financièrement;
- un répondant sur six (16 %) prévoit payer pour que ses parents vivent dans une maison de soins infirmiers².

L'AMC est d'avis que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle clé pour dissiper les préoccupations des Canadiens au sujet de l'avenir en dirigeant des négociations avec les provinces et les territoires et en intervenant directement pour élargir l'accès dans tout le continuum des soins. Les interventions devraient porter sur trois éléments prioritaires :

- accroître pour tous les Canadiens l'accès à des médicaments d'ordonnance abordables;
- appuyer les aidants naturels;
- accroître l'accès aux soins palliatifs en fin de vie.

Si l'on ne se fait rien pour étendre l'assurance-maladie à une plus grande partie du continuum des soins, ce programme national s'érodera au fil du temps. Lorsque la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) a été adoptée en 1984, les services médicaux et hospitaliers comptaient pour 57 % du total des dépenses de santé. En 2009, cette proportion était passée à 42 %³. Il y a certes des dépenses publiques importantes en plus des services couverts par la LCS (plus de 25 % du total des dépenses), notamment des programmes comme l'assurance-médicaments pour les personnes âgées et les soins à domicile, mais ces programmes ne sont pas assujettis aux principes de la LCS et leur couverture varie énormément entre les provinces et les territoires.

Accès aux médicaments d'ordonnance

Le gouvernement fédéral a raté une excellente occasion de moderniser l'assurance-maladie en juillet 2004 lorsque les premiers ministres lui ont demandé d'assumer la responsabilité des programmes d'assurance-médicaments. Les premiers ministres avait alors déclaré : « Un programme national d'assurance-médicaments devrait être mis sur pied immédiatement. Le gouvernement fédéral devrait assumer la pleine responsabilité financière d'un régime intégré d'assurance-médicaments général pour tous les Canadiens et il devrait rendre compte des résultats⁴. »

Le gouvernement fédéral n'a pas accordé la moindre considération à cette offre. Le Plan décennal pour consolider les soins de santé de septembre 2004 contenait plutôt une version édulcorée de l'engagement que les premiers ministres avaient pris en 2003 de veiller à ce que tous les Canadiens aient un accès raisonnable à une protection contre les coûts catastrophiques des médicaments avant la fin de 2005-2006.

L'Accord de 2004 a réduit cet engagement à l'élaboration de moyens possibles de calculer le coût de l'assurance-médicaments dans le cadre d'une Stratégie nationale en neuf points relative aux produits pharmaceutiques (SNPP)⁵. Le rapport d'étape de 2006 sur la SNPP comportait des calculs possibles des coûts mais incluaient toutefois des estimations du coût de la protection contre le coût catastrophique des médicaments qui dépassaient de très loin celles des rapports Romanow et Kirby, variant de 6,6 à 10,3 milliards de dollars⁶. On n'a plus entendu parler de la stratégie depuis les consultations des intervenants à l'automne 2007.

En septembre 2008, les provinces et les territoires souhaitent toujours voir le fédéral participer à l'assurance-médicaments. Dans le communiqué publié à la fin de leur assemblée annuelle, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont préconisé une formule de financement en trois points pour appuyer une norme nationale d'assurance-médicaments :

- flexibilité pour les provinces et les territoires et autonomie au niveau de la conception du programme;
- coûts des médicaments d'ordonnance qui ne devraient pas dépasser 5 % du revenu net;
- les gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux devaient partager moitié-moitié les coûts estimés à 2,52 milliards de dollars pour chaque partie en 2006⁷.

Là encore, le gouvernement fédéral n'a pas réagi. Depuis, les gouvernements provinciaux et territoriaux semblent ne plus espérer que le gouvernement fédéral participe à l'accès aux médicaments. Au cours de leur réunion de juin 2009, les premiers ministres de l'Ouest ont annoncé qu'ils mettraient sur pied un plan commun d'achat de médicaments pour l'Ouest⁸ et les premiers ministres ont convenu plus récemment, au cours de la réunion d'août 2010 du Conseil de la fédération, de créer une alliance pancanadienne d'achat de médicaments courants, de fournitures médicales et d'équipement⁹. Les ministres de la Santé ont réaffirmé cet engagement au cours de leur réunion de septembre 2010¹⁰. On peut supposer que si le gouvernement fédéral avait accepté l'offre des premiers ministres en 2004, beaucoup d'aspects de la stratégie seraient maintenant en place.

Entre-temps, beaucoup de Canadiens n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments d'ordonnance. Le sondage à l'origine de l'édition 2009 du Bulletin national de l'AMC a révélé que presque un répondant sur six (14 %) a signalé avoir retardé l'achat de certains médicaments d'ordonnance ou avoir cessé de les acheter. Ces chiffres ont varié de plus d'un sur cinq (22 %) chez les personnes dont le revenu annuel n'atteint pas 30 000 \$ à un peu plus d'un sur vingt (7 %) chez celles dont le revenu dépasse 90 000 \$¹¹.

Le tableau qui suit, tiré de l'Enquête sur les dépenses des ménages de 2008 de Statistique Canada, illustre la vaste disparité géographique au niveau des dépenses directes en médicaments. Le Tableau 1 présente le pourcentage des ménages qui ont consacré aux médicaments d'ordonnance plus de 3 % et plus de 5 % de leur revenu après impôt selon la province, au cours de l'année précédant le sondage.

Pourcentage des ménages qui consacrent plus de 3 % et plus de 5 % de leur revenu après impôt aux médicaments d'ordonnance, Canada et provinces, 2008

Géographie	> 3 %	> 5 %
Terre-Neuve-et-Labrador	11,6	5,4E
Île-du-Prince-Édouard	13,3	5,8E
Nouvelle-Écosse	8,9	3,8
Nouveau-Brunswick	9,1	4,1E
Québec	11,6	3,3
Ontario	4,7	2,2E
Manitoba	12,0	5,2
Saskatchewan	11,5	5,9
Alberta	4,6E	2,2E
Colombie-Britannique	7,5	3,6

E – Utiliser avec prudence : coefficient de variation élevé.
 Source : Statistique Canada, Tableau CANSIM 109-5012.

Sous les deux seuils, l'incidence des coûts catastrophiques des médicaments varie d'un facteur de plus de deux entre les provinces. Au seuil de 5 %, l'intervalle varie de 2,2 % des ménages en Ontario et en Alberta à 5,8 % à l'Î.-P.-É. et 5,9 % en Saskatchewan. Comme des médicaments plus coûteux sont de plus en plus disponibles, cette variation ne peut que s'aggraver au cours des prochaines années.

Recommandation 1

Le gouvernement fédéral devrait négocier avec les gouvernements provinciaux et territoriaux un programme à frais partagés d'assurance-médicaments intégrée.

Il faudrait que des régimes provinciaux et territoriaux et des régimes privés d'assurance-médicaments d'ordonnance administrent le programme afin d'assurer que tous les Canadiens

auront accès aux pharmacothérapies médicalement nécessaires. Un tel programme devrait inclure les éléments suivants :

- l'obligation pour tous les Canadiens d'adhérer à un régime privé ou public d'assurance-médicaments d'ordonnance;
- un plafond uniforme (entre les régimes public et privé des provinces et des territoires) basé sur le revenu pour ce qui est des dépenses directes en primes d'assurances ou en médicaments d'ordonnance (p. ex., 5 % du revenu après impôt);
- le partage fédéral-provincial-territorial des dépenses en médicaments d'ordonnance dépassant un certain plafond du revenu du ménage, sous réserve du plafonnement des contributions totales fédérales ou provinciales et territoriales établi soit en rajustant le partage fédéral-provincial-territorial du remboursement, soit en indexant le plafond du revenu des ménages, soit en prenant les deux moyens;
- les régimes d'assurance collective et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux d'employés devront mettre en commun les risques qui dépassent un seuil relié à la taille du groupe;
- un rôle solide soutenu pour les régimes privés d'assurance complémentaire et les régimes publics d'assurance-médicaments qui seraient placés sur un pied d'égalité (c.-à-d. primes et copaiements pour couvrir les coûts du régime).

Les négociations sur ce régime devraient tenir compte des aspects suivants :

- établissement d'un programme d'accès aux médicaments coûteux contre les maladies rares lorsque les médicaments en question ont démontré leur efficacité;
- évaluation des possibilités de mise en commun des risques pour couvrir l'inclusion des médicaments coûteux dans les formulaires des régimes publics et privés d'assurance-médicaments;
- versement d'une indemnité financière suffisante aux gouvernements provinciaux et territoriaux qui ont créé, appliqué et financé leur propre régime public d'assurance-médicaments d'ordonnance;
- création d'une couverture intégrée des médicaments d'ordonnance et des vaccins pour tous les enfants du Canada.

Soutien aux aidants naturels

On prévoit que l'incidence des maladies apparentées à la démence montera en flèche à mesure que la population vieillira. Une étude commandée en 2010 par la Société Alzheimer du Canada a révélé que le nombre de nouveaux cas de démence diagnostiqués chaque année, estimé à 103 728 en 2008, devrait plus que doubler pour atteindre 257 811 par année d'ici 2038. Au cours de cette période, la demande de services d'aidants naturels grimpera en flèche. Toujours selon la Société Alzheimer, le coût d'opportunité des services des aidants naturels non rémunérés était estimé à presque 5 milliards de dollars en 2008. On prévoit qu'en 2038, ce coût augmentera d'un facteur de 11 pour atteindre 56 milliards de dollars, car la prévalence globale de la démence aura atteint 1,1 million de personnes, ce qui représentera 2,8 % de la population canadienne¹².

Le fardeau des services dispensés par les aidants naturels dépasse toutefois les coûts reliés à la démence. L'Enquête sociale générale de 2007 de Statistique Canada a documenté dans quelle mesure les Canadiens fournissent de l'aide non rémunérée à des membres de leur famille, des amis ou d'autres personnes atteintes d'un problème de santé chronique ou d'une limitation physique.

À l'échelle nationale, 1,4 million d'adultes de 45 ans ou plus vivant dans la communauté recevaient des soins en 2007. De ce total, presque un sur deux (46,9 %) recevait à la fois des soins rémunérés et des soins non rémunérés, presque trois sur dix (27,4 %) recevaient des soins non rémunérés seulement et un peu moins d'un sur cinq (18,8 %) recevait des soins rémunérés seulement. Ces chiffres soulignent l'importance du secteur non rémunéré.

Pour ce qui est de savoir qui fournissait ces soins, on estime que 4 millions de Canadiens fournissaient des soins, dont 1 million avaient 65 ans ou plus, tandis que presque deux millions (1,8) étaient dans la force de l'âge actif, soit de 45 à 54 ans. La prestation de soins non rémunérés représente un engagement important en temps. Les aidants qui ont déclaré aider à effectuer au moins une activité y consacraient en moyenne 11,6 heures au cours d'une semaine normale. Ceux qui fournissaient des soins ont signalé des répercussions personnelles importantes. Un aidant sur trois a déclaré consacrer moins de temps aux activités sociales (33,7 %) ou engager des dépenses supplémentaires (32,7 %); presque un sur cinq a annulé des plans de vacances (18,7 %) ou a passé moins de temps avec son conjoint (18,7 %); plus d'un sur dix (13,7 %) a signalé que sa santé en avait souffert.

Les 2,5 millions d'aidants naturels faisant partie de la population active étaient susceptibles de signaler aussi que leurs services d'aidant naturel avaient un effet important sur leur emploi. Presque un sur quatre (24,3 %) a déclaré manquer des journées complètes de travail et un sur six (15,5 %) a signalé faire moins d'heures de travail.

Comparativement à la population totale, les aidants naturels étaient plus susceptibles de signaler du stress dans leur vie. Presque trois sur dix (27,9 %) ont signalé que leur niveau de stress était très important ou extrême la plupart du temps comparativement à moins d'un sur quatre (23,2 %) dans la population totale¹³.

Plus la demande de services d'aidants naturels prend de l'ampleur, moins il semble probable que le fardeau de ces services sera viable sans aide supplémentaire.

Le gouvernement fédéral a pris la décision positive, en 2004-2005, de créer les prestations de compassion de l'assurance-emploi pour les personnes qui quittent leur travail temporairement afin de s'occuper d'un membre de la famille gravement malade et qui risque de mourir dans les 26 semaines¹⁴. L'adoption du programme est toutefois limitée jusqu'à maintenant. En 2007-2008, 5706 nouvelles demandes ont été payées¹⁵. Le total pâlit toutefois en comparaison des 235 217 décès survenus au cours de la même année (même si tous les cas ne seraient pas des candidats à de tels soins)¹⁶.

Recommandation 2

Le gouvernement fédéral devrait appliquer dans son secteur de compétence des mesures comme le recours aux crédits d'impôt pour appuyer les aidants naturels.

L'augmentation de l'accès aux soins palliatifs en fin de vie

Le Sénat du Canada, et la sénatrice Sharon Carstairs en particulier, font preuve d'un leadership exemplaire depuis 15 ans en braquant les projecteurs à la fois sur les progrès réalisés et sur la variabilité qui persiste au Canada au niveau de l'accès aux soins de qualité en fin de vie. Dans son rapport de 2005 intitulé *Nous ne sommes pas encore au bout de nos peines*, la sénatrice signalait que 15 % seulement des Canadiens ont accès aux soins palliatifs et que pour les enfants, le total dégringole encore davantage à un peu plus de 3 %¹⁷. Le rapport de 2005 reprenait l'appel lancé en 1995 en faveur d'une stratégie sur les soins palliatifs et en fin de vie. Jusqu'à maintenant, les soins palliatifs au Canada ont visé surtout les services aux personnes qui meurent du cancer. Le cancer cause toutefois moins du tiers (30 %) des décès au Canada.

On prévoit que les maladies en fin de vie, comme la démence et les multiples problèmes chroniques, deviendront beaucoup plus prévalentes au cours des années à venir. La demande de soins de qualité en fin de vie ne manquera pas d'augmenter à mesure que la génération du baby-boom vieillira. On estime que le nombre des décès augmentera de 40 % par année d'ici 2020. Le pourcentage des Canadiens qui meurent à l'hôpital diminue depuis dix ans, mais beaucoup plus d'entre eux préféreraient certainement avoir le choix des soins palliatifs en fin de vie si la capacité actuelle le permettait.

Dans leur Accord sur la santé de 2004, les premiers ministres se sont appuyés sur leur Accord de 2003 en convenant de couvrir intégralement certains services de soins à domicile en 2006, y compris les soins en fin de vie (ce qui comprenait la gestion des cas, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques particuliers aux soins palliatifs et les soins personnels). Sept ans plus tard, nous n'avons aucun tableau détaillé de la disponibilité de ces soins au Canada.

Le Conseil canadien de la santé a publié en 2006 son dernier rapport détaillé sur la mise en œuvre de l'Accord de 2003. La Colombie-Britannique a été la seule province à signaler à l'époque des soins de fin de vie complets¹⁸. La plupart des autres administrations faisaient état des soins de fin de vie à la rubrique des « étapes suivantes ». Depuis, le Conseil de la santé a cessé de produire des rapports détaillés sur l'Accord.

Au cours de l'édition 2007 du Sondage national des médecins, les médecins du Canada devaient évaluer l'accessibilité de l'éventail des services pour leurs patients. Un sur trois (32 %) seulement a jugé excellent ou très bon l'accès aux services de soins palliatifs¹⁹.

En 2006, l'Association canadienne de soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile ont publié conjointement, pour les soins palliatifs à domicile, un « étalon-or » en 35 points portant sur la gestion des cas, les soins infirmiers, les médicaments et les soins personnels et ils l'ont recommandé aux gouvernements²⁰.

Dans son rapport d'avril 2009, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a recommandé un partenariat national subventionné par le fédéral, conclu avec les provinces, les territoires et des organismes communautaires, pour promouvoir des soins de fin de vie de qualité et intégrés pour tous les Canadiens, l'application des étalons-or en soins palliatifs à domicile aux anciens combattants, aux Inuits et aux membres des Premières nations, ainsi qu'aux détenus fédéraux, et un financement renouvelé pour la recherche en soins palliatifs²¹.

En 2010, la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, dont l'AMC est membre, a publié son *Plan d'action 2010 à 2020* dont les quatre priorités sont les suivantes :

- assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins palliatifs et de fin vie de grande qualité;
- offrir un meilleur soutien aux aidants naturels;
- améliorer la qualité et l'uniformité des soins palliatifs et de fin de vie au Canada;
- encourager les Canadiens à discuter des soins de fin de vie et à les planifier²².

Ce plan regroupe les idées solides qui ont pris forme au cours de la dernière décennie.

En juin 2010, la sénatrice Carstairs a publié son dernier rapport, *Monter la barre*, où, tout en reconnaissant certaines des réalisations qui se sont concrétisées en soins palliatifs, elle relance ses appels antérieurs en faveur d'un rôle national et de la participation active du gouvernement fédéral²³.

La question des soins palliatifs est un enjeu important, ou devrait en être un, pour un vaste éventail d'intervenants, y compris les patients et les organisations qui les représentent, les soignants (à la fois rémunérés et aidants naturels), les secteurs institutionnel et communautaire de la santé, ainsi que les employeurs et les milieux d'affaires.

Recommandation 3

L'AMC exhorte le gouvernement fédéral à collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour convoquer une conférence nationale en 2011 afin d'évaluer la situation des soins palliatifs au Canada.

Notes

- ¹ Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2009 à 2036. N^o de catalogue 91-520-X. Ottawa. Ministère de l'Industrie, 2010.
- ² Association médicale canadienne. 10^e Bulletin national annuel sur la santé, août 2010.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/2010/report_card/2010-National-Report-Card_fr.pdf. Consulté le 09/28/10.
- ³ Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2009. Ottawa, 2009.
- ⁴ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Plan d'action des premiers ministres pour améliorer les soins de santé : résoudre les problèmes dans l'esprit du fédéralisme véritable. Le 30 juillet 2004.
http://www.scics.gc.ca/cinfo04/850098004_f.html. Consulté le 09/28/10.
- ⁵ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Un plan décennal pour consolider les soins de santé. http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf. Consulté le 09/28/10.
- ⁶ Santé Canada. Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques – Rapport d'étape. Juin 2006.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf. Consulté le 09/28/10.
- ⁷ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Conférence nationale annuelle des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. Le 4 septembre 2008. http://www.scics.gc.ca/cinfo08/860556005_f.html. Consulté le 09/28/10.
- ⁸ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Les premiers ministres agissent dans le dossier des produits pharmaceutiques. Le 19 juin 2009. http://www.scics.gc.ca/cinfo09/850114004_f.html. Consulté le 09/28/10.
- ⁹ Conseil de la Fédération. Les premiers ministres travaillent à la préservation des systèmes de santé du Canada.
http://www.conseildelafederation.ca/pdfsfrançais/FR_PremiersProtectingHealthCare.pdf. Consulté le 09/28/10.
- ¹⁰ Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. Les ministres provinciaux et territoriaux de la santé collaborent à faire progresser des dossiers communs. Le 13 septembre 2010.
http://www.scics.gc.ca/cinfo10/860578004_f.html. Consulté le 09/28/10.
- ¹¹ Association médicale canadienne. 9^e Bulletin national annuel sur la santé.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/2009/report_card/Report-Card_fr.pdf. Consulté le 09/28/10.
- ¹² Société Alzheimer du Canada. Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada.
http://www.alzheimer.ca/docs/RisingTide/Secured_AS%20Rising%20Tide%20Full%20Report%20FINAL%20FR.pdf. Consulté le 09/28/10.
- ¹³ Statistique Canada. Enquête sociale générale de 2007 : Tableaux de soins. N^o de catalogue 89-633-X. Ottawa. Ministère de l'Industrie, 2009.
- ¹⁴ Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Renseignements pour les professionnels de la santé : prestations de compassion. http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/soins_sante/ae_ps.shtml. Consulté le 09/28/10.
- ¹⁵ Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Annexe 2.12 – Prestations de compassion.
http://www.hrsdc.gc.ca/eng/employment/ei/reports/eimar_2009/annex/annex2_12.shtml. Consulté le 09/28/10.
- ¹⁶ Statistique Canada. Décès 2007. Le Quotidien. Le mardi 23 février 2010.
- ¹⁷ Carstairs S. Nous ne sommes pas au bout de nos peines. Des soins de fin de vie de qualité : Rapport d'étape.
<http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/Still%20Not%20There%20French.pdf>. Consulté le 09/24/09.
- ¹⁸ Conseil canadien de la santé. Tableaux sur le renouvellement de soins de santé selon les secteurs de compétence. Document d'accompagnement au Rapport annuel aux Canadiens 2006. Renouvellement des soins de santé au Canada – À la hauteur ? Toronto (Ont.) 2007.
- ¹⁹ Collège des médecins de famille du Canada. Association médicale canadienne. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Sondage national des médecins, édition 2007. Q25a. Veuillez évaluer l'accessibilité des services suivants pour vos patients.
http://www.sondagenationaldesmedecins.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/National/pdf/Q25/Q25aFP.only_NON.CO.RE.only.fr.pdf. Consulté le 09/28/10.

²⁰ Association canadienne de soins palliatifs. Association canadienne des soins et services à domicile. Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile.

http://www.acsp.net/normes_de_pratique/normes_de_reference_pancanadiennes.html. Consulté le 09/28/10.

²¹ Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Rapport final. Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser. Avril 2009. <http://www.parl.gc.ca/40/2/parlbus/commbus/senate/com-f/agei-f/rep-f/AgingFinalReport-f.pdf>. Consulté le 09/28/10.

²² La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada. Plan d'action 2010 à 2020.

http://www.acsp.net/csfvqc/information-et-ressources/Plan_d-action_2010_a_2020_April_2010.pdf. Consulté le 09/28/10.

²³ Carstairs S. Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada. Juin 2010.

[http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/Monter%20la%20barre%20Juin%202010%20\(2\).pdf](http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/Monter%20la%20barre%20Juin%202010%20(2).pdf). Consulté le 09/29/10.