



---

## LES SOINS PALLIATIFS

---

### Introduction

Les soins palliatifs s'entendent d'une approche qui vise à soulager la souffrance et à améliorer la qualité de vie des personnes qui font face à des problèmes aigus ou des problèmes chroniques limitant l'espérance de vie en déterminant rapidement, évaluant et traitant la douleur et d'autres symptômes et répondant à l'ensemble des besoins physiques, affectifs et spirituels. Ils peuvent coexister avec d'autres buts des soins, comme la prévention, le traitement et la prise en charge des problèmes chroniques, ou en constituer le seul point de convergence.

### Principes généraux

#### Buts

1. Tous les habitants du Canada devraient avoir accès à des services intégrés de soins palliatifs de qualité quels que soient leur âge, contexte de soins, diagnostic, origine ethnique, langue et situation financière<sup>1</sup>.
2. L'Association médicale canadienne (AMC) déclare que ses membres devraient adhérer aux principes des soins palliatifs selon lesquels le soulagement de la souffrance et la qualité de vie ont une valeur égale à celle d'autres buts de la médecine.
3. L'AMC est d'avis que tous les professionnels de la santé devraient avoir accès à des services de recommandation et à du savoir-faire en soins palliatifs<sup>2</sup>.
4. L'AMC appuie l'intégration de la démarche des soins palliatifs dans la prise en charge des maladies aiguës et des maladies chroniques limitant l'espérance de vie<sup>3</sup>.

---

© 2016 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un site web, vous devez demander explicitement l'autorisation de l'AMC. Veuillez communiquer avec le Coordonateur des autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; télécopieur : 613 565-2382; courriel : [permissions@cma.ca](mailto:permissions@cma.ca).

Veillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur AMC en direct ([www.amc.ca](http://www.amc.ca)).

5. L'AMC préconise l'intégration de services accessibles de soins palliatifs de qualité dans les modèles de prestation des services de soins actifs, communautaires et chroniques<sup>4</sup> qui répondent aux besoins des patients et à ceux de leur famille.
6. L'AMC appuie la mise en œuvre d'un modèle de soins partagés qui met l'accent sur la collaboration et la communication ouverte entre les médecins et les autres professionnels de la santé<sup>5</sup>.
7. L'AMC reconnaît que la pratique de l'aide à mourir telle que définie par la Cour suprême du Canada est distincte de celle des soins palliatifs.

### **Accès aux services de soins palliatifs**

8. L'AMC est d'avis que quiconque arrive en fin de vie et veut bénéficier de services de soins palliatifs à domicile devrait y avoir accès.
9. Il faut mettre à la disposition de tous les Canadiens des services intégrés de soins palliatifs de qualité et redoubler d'efforts pour rendre les soins palliatifs plus disponibles au Canada<sup>6</sup>.
10. L'AMC demande au gouvernement fédéral d'améliorer, en collaboration avec les provinces et les territoires, l'accès aux soins palliatifs en pédiatrie en renforçant le financement, la formation et les campagnes de sensibilisation<sup>7</sup>.
11. L'AMC pratiquera la planification des effectifs médicaux afin d'élaborer une stratégie appropriée pour assurer la prestation de soins palliatifs de qualité partout au Canada<sup>8</sup>.

### **Éducation**

12. Tous les médecins ont besoin de compétences de base en soins palliatifs et peuvent avoir besoin de compétences spécialisées plus poussées appropriées à leur pratique.
13. L'AMC demande que toutes les facultés de médecine du Canada créent un cursus en soins palliatifs qui convient aux médecins à tous les stades de leur formation en médecine et est approprié aux contextes respectifs où ils exercent<sup>9</sup>.

### **Rôle des gouvernements**

14. L'AMC demande aux gouvernements d'élaborer une stratégie commune de soins palliatifs pour en assurer l'accès équitable et établir des normes adéquates en la matière<sup>10</sup>.
15. L'AMC recommande de modifier toutes les mesures législatives pertinentes afin de reconnaître que toute personne dont l'état médical le justifie a le droit de recevoir des soins palliatifs<sup>11</sup>.
16. L'AMC appuie le financement d'urgence des soins de fin de vie pour les personnes non assurées qui sont résidentes du Canada<sup>12</sup>.

## CONTEXTE

Au Canada, les soins de fin de vie ont, à la fois sur les particuliers et sur le système de santé, un impact « ahurissant » et les exigences à l'égard de ces soins continueront de prendre de l'ampleur à mesure que la population vieillit<sup>13</sup>. On estime que le nombre de Canadiens qui meurent chaque année augmentera de 40 % pour atteindre 330 000 en 2026, et que chacun de ces décès aura un effet sur le bien-être de cinq autres personnes en moyenne, ce qui représente plus de 1,6 million de personnes<sup>14</sup>. Devant cette toile de fond, l'accès aux soins palliatifs et leur disponibilité constituent un impératif stratégique et pratique urgent.

Une stratégie nationale sur les soins palliatifs attire de plus en plus d'appuis et de critiques portant sur son absence<sup>15</sup>. La prestation de soins palliatifs varie énormément d'un bout à l'autre du Canada à cause de différences sur les plans de la démographie régionale, des besoins sociétaux, de la participation des pouvoirs publics et des structures de financement. De même, le financement et les mesures législatives qui appuient l'accès aux services de soins palliatifs varient considérablement entre les niveaux de compétence.

Un récent sondage des médecins canadiens qui prodiguent des soins palliatifs a révélé que : 1) le Canada a besoin d'un effectif compétent en médecine palliative; 2) les fournisseurs de soins primaires ont besoin de plus d'appui sur le plan de l'éducation et de la formation en soins palliatifs; 3) la médecine palliative comme discipline distincte doit évoluer davantage afin de mieux répondre aux besoins complexes des patients; 4) le Canada doit garantir l'observation de normes minimales en médecine palliative<sup>16</sup>.

Afin d'essayer de relever les défis de l'heure qui se posent en soins palliatifs et d'améliorer à la fois l'accès aux soins et leur qualité, l'AMC a formulé des recommandations portant sur un appel à l'action national :

1. Tous les patients devraient avoir un fournisseur de soins primaires qui peut aider à répondre à leurs besoins en soins palliatifs ou les diriger plus rapidement vers une équipe de soins palliatifs afin d'arrêter les buts des soins.
2. Les médecins devraient jouer un rôle de chef de file aux échelons local, régional, provincial/territorial et fédéral afin de promouvoir l'établissement de modèles intégrés de soins palliatifs.
3. Tous les médecins devraient acquérir des compétences spécialisées et des connaissances générales en soins palliatifs nécessaires pour prodiguer à leurs patients des soins palliatifs de base.
4. Les médecins devraient préconiser des ressources adéquates et appropriées de soins palliatifs à domicile afin que leurs patients puissent rester chez eux le plus longtemps possible.
5. Les médecins devraient préconiser un nombre de lits de soins palliatifs suffisant pour répondre aux besoins de leur communauté.

6. Les équipes de soins palliatifs des centres de soins continus et de soins de longue durée devraient bénéficier de l'aide d'un médecin en soins palliatifs membre du personnel.
7. Les médecins appuient le travail précieux des bénévoles des centres de soins palliatifs.
8. On encourage les étudiants en médecine à envisager les soins palliatifs comme carrière enrichissante.
9. On encourage les médecins qui exercent en soins palliatifs à obtenir au besoin une formation agréée supplémentaire en soins palliatifs du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada.
10. Les médecins appuient la participation des membres de la famille et des amis aux soins de leurs êtres chers en fin de vie et en reconnaissent la valeur.

### **Une approche palliative intégrée des soins**

Il existe quatre grands modèles de prestation des soins palliatifs au Canada : les programmes de soins palliatifs intégrés; les établissements de soins continus et de soins de longue durée; les maisons de soins palliatifs et les soins palliatifs à domicile.

Les soins palliatifs ont vu le jour en oncologie et étaient prodigués aux patients mourant du cancer en toute fin de vie par une équipe spécialisée en soins palliatifs<sup>17</sup>. Ce modèle a évolué considérablement face à l'occurrence accrue des maladies chroniques complexes et au fardeau de plus en plus lourd qu'elles imposent<sup>18</sup>, c.-à-d. à de multiples comorbidités qui exigent de multiples interventions. On reconnaît maintenant que les soins palliatifs sont bénéfiques pour tous ceux qui vivent avec un problème aigu ou un problème chronique limitant l'espérance de vie, y compris, ou peut-être spécialement, lorsqu'ils commencent plus tôt au cours de l'évolution de la maladie.

Les éléments de preuve démontrent que la prestation intégrée et précoce des soins palliatifs 1) produit de meilleurs résultats que ceux obtenus avec le traitement seul, c.-à-d. atténue les symptômes, améliore la qualité de vie et la satisfaction des patients, a des effets positifs sur le bien-être affectif, atténue les souffrances et, parfois, augmente la longévité; 2) produit une meilleure utilisation des ressources, par exemple, en allégeant le fardeau imposé aux aidants naturels, permettant d'effectuer des recommandations plus appropriées vers des soins palliatifs en établissement, d'utiliser plus efficacement les spécialistes en soins palliatifs, de réduire les interventions en soins d'urgence et soins intensifs, et en faisant baisser le coût des soins<sup>19-20-21-22</sup>. Dans leur ensemble, ces études valident les bienfaits de l'intégration des services de soins palliatifs offrant un traitement habituel et la participation précoce de fournisseurs de soins palliatifs; il s'agit d'une stratégie de concertation qui transcende l'opinion classique des soins palliatifs en tant que soins prodigués en toute fin de vie.

À l'heure actuelle, on appuie fortement l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche palliative intégrée. Il y a intégration efficace :

- pendant toute l'évolution de la maladie;
- dans tous les contextes de soins : soins primaires, soins actifs, soins continus de longue durée ou complexes, maisons de soins palliatifs, refuges, domiciles;
- entre les professions ou disciplines et les spécialités;
- entre les systèmes de santé et les communautés;
- des soins palliatifs primaires jusqu'aux soins palliatifs spécialisés, compte tenu des besoins qui évoluent.

L'approche palliative intégrée des soins vise avant tout à répondre à l'éventail complet des besoins – physiques, psychosociaux et spirituels – d'une personne et des membres de sa famille à tous les stades de la fragilité ou de la maladie chronique, et non seulement en fin de vie<sup>23</sup>. Ces soins sont fournis dans tous les contextes de soins de santé. L'approche palliative n'est pas retardée jusqu'au stade ultime d'une maladie : elle est plutôt appliquée plus rapidement de façon à prodiguer des soins de réconfort convergents et actifs et une approche positive d'atténuation de la souffrance. Cette approche favorise aussi la compréhension de la perte et du deuil (Fig. 1).

### Figure 1

#### Continuum des soins

#### Le « Nœud papillon » des soins palliatifs : un modèle pour le XXI<sup>e</sup> siècle



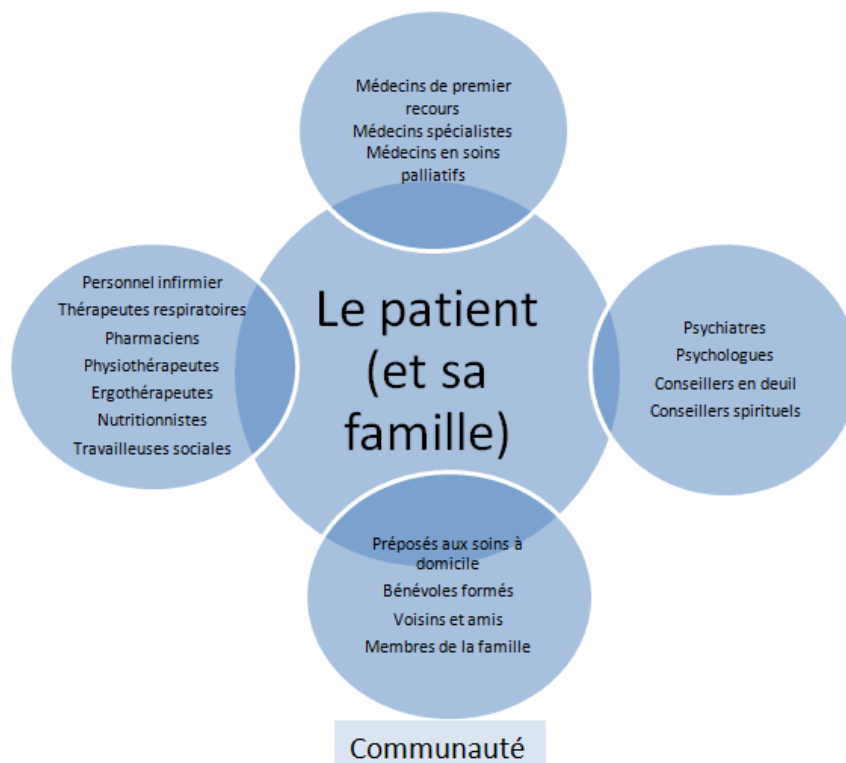
Adapté de Philippa H. Hawley, "The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care," *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 47, n° 1 (janvier 2014) : p. 2-5.

Les unités de soins palliatifs spécialisés et les centres de soins palliatifs sont essentiels pour prodiguer des soins de fin de vie à certaines personnes, mais ne conviennent pas à toutes les personnes qui vivent avec un problème chronique limitant leur espérance de vie. Lorsqu'on offre une approche palliative dans de multiples contextes, les personnes et les membres de leur famille peuvent recevoir de meilleurs soins au cours des nombreuses transitions des maladies chroniques comme la démence, la pneumopathie, la néphropathie et la cardiopathie, sans oublier le cancer. À cette fin, il faut que tous les

médecins aient les compétences nécessaires pour amorcer une approche palliative primaire : ils doivent être en mesure d'entreprendre des discussions sur la planification préalable des soins, poser des questions sur les symptômes physiques et affectifs et effectuer des recommandations opportunes et appropriées vers d'autres fournisseurs et d'autres ressources. Les médecins de premier recours peuvent avoir besoin de plus de savoir-faire en soins palliatifs. Il faudra un effectif de médecins experts des soins palliatifs pour prodiguer des soins dans des cas complexes et reprendre des activités d'éducation, de recherche et pour soutenir les collègues professionnels de la santé qui offrent des soins palliatifs dans de multiples contextes. Ce besoin de compétences dans une approche palliative intégrée s'applique à tous les professionnels de la santé.

Une approche intégrée des soins palliatifs s'articule autour d'un patient et de sa famille entourés d'une équipe de professionnels multidisciplinaires et de fournisseurs de soins communautaires (Fig. 2). Les membres de l'équipe varient peut-être en fonction des besoins des patients et de leur famille, mais les principes de la personne entière et des soins familiaux ne changent pas. Cela permet aux patients et aux membres de leur famille de faire gérer leurs symptômes, de recevoir des soins dans le contexte de leur choix, d'entreprendre des discussions soutenues au sujet des soins qu'ils préfèrent et d'éprouver le sentiment qu'ils vivent leur vie de façon autonome.

**Figure 2**



Adapté de L. Alexander (2015)

Le rapport *Aller de l'avant*, projet de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada et de l'Association canadienne de soins palliatifs, résume ainsi la situation : « Seul un petit nombre de Canadiens ont besoin des soins palliatifs complexes, intensifs ou tertiaires qui sont prodigués par des équipes expertes en soins palliatifs œuvrant dans des établissements comme les centres de soins palliatifs ou les hôpitaux de soins de courte durée, mais toutes les personnes fragilisées ou aux prises avec une maladie chronique peuvent bénéficier de certains volets clés de l'approche palliative. Avec le vieillissement de la population, nous devons nous assurer que tous les Canadiens ont accès à des services de soins palliatifs qui auront été intégrés aux autres soins qu'ils reçoivent afin d'assurer le traitement de leurs symptômes, de rehausser leur qualité de vie, de leur donner une meilleure maîtrise et de leur permettre de prendre des décisions éclairées concernant les soins qu'ils souhaitent recevoir. Un accès plus équitable aux services palliatifs pleinement intégrés aux autres soins de santé permettra à plus de Canadiens de bien vivre avec leur maladie jusqu'à la toute fin, et à plus de gens de recevoir des soins dans le contexte de leur choix, réduisant du coup la pression exercée sur les ressources du secteur des soins de courte durée.<sup>24</sup> »

### **Accès aux services de soins palliatifs**

Il n'y a actuellement pas de données fiables sur le nombre des médecins spécialisés ou semi-spécialisés en soins palliatifs que compte le Canada. Ils sont difficiles à compter parce que les soins palliatifs n'ont pas toujours existé comme spécialité. Les médecins qui pratiquent les soins palliatifs affichent un vaste éventail d'antécédents et de formations et beaucoup prodiguent des soins palliatifs à temps partiel. La Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) collabore actuellement avec des organismes partenaires, dont l'AMC, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, afin de mieux définir les différents types de médecins de soins palliatifs et de pouvoir les dénombrer comme il se doit.

En ce qui concerne l'accès, des études ont révélé que les services de soins palliatifs ne sont pas harmonisés avec les préférences des patients. Par exemple, même si 70 % des patients âgés hospitalisés ont déclaré souhaiter des mesures de confort plutôt qu'un traitement qui prolongera leur vie, plus des deux tiers ont été admis dans des unités de soins intensifs<sup>25</sup>. En outre, la majorité des patients et des aidants naturels signalent vouloir mourir chez eux<sup>26</sup>, possibilité qui confirme que les soins prodigués à domicile par une équipe de soins palliatifs constituent une intervention rentable<sup>27</sup>, mais la valeur de ces soins ne se reflète toutefois pas dans beaucoup de politiques provinciales. Au contraire, les familles canadiennes doivent souvent prendre en charge 25 % du coût total des soins palliatifs parce qu'ils doivent payer pour les services à domicile<sup>28</sup>, tels que les soins infirmiers et les soins personnels que le secteur public ne fournit pas.

Afin de favoriser encore davantage la convergence entre les préférences manifestées par les patients en ce qui a trait aux traitements pour les soins de fin de vie et les services qui leur sont offerts, Qualité des services de santé Ontario a créé une plateforme d'éléments de preuve pour étayer les politiques publiques sur des stratégies afin

d'optimiser les soins de fin de vie de qualité en contextes interne et externe (dans la communauté). L'organisme a dégagé quatre domaines dans lesquels l'accès aux soins de fin de vie doit être optimisé par son harmonisation avec les préférences des patients : 1) emplacement (déterminants du lieu de la mort); 2) communication (discussions sur la planification des soins au patient et interventions d'éducation sur les soins de fin de vie); 3) modèles de soins (modèles de soins axés sur l'équipe); 4) services (réanimation cardiorespiratoire (RCR) et interventions d'appui aux aidants naturels)<sup>29</sup>.

## Éducation

Il est bien connu que la formation en soins palliatifs manque dans les facultés de médecine et dans le contexte de la formation en résidence. C'est pourquoi l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), en partenariat avec l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) et la Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP), ont réalisé un projet intitulé *Former les futurs médecins dans les soins palliatifs et de fin de vie* (FFMSPFV)<sup>30</sup> afin d'établir des compétences dégagées par consensus pour les étudiants en médecine de premier cycle et un cursus de base a été mis en œuvre dans les 17 facultés de médecine du Canada. En dépit de ces efforts, un sondage réalisé par la Société canadienne des médecins de soins palliatifs a révélé que les compétences établies ne sont pas enseignées de façon uniforme dans les facultés de médecine, comme en témoigne le fait que 10 d'entre elles offraient moins de 10 heures de formation sur les soins palliatifs et deux n'en offraient aucune<sup>31</sup>.

De plus, des éléments de preuve indiquent que les médecins du Canada ne reçoivent pas une formation uniforme ou adéquate en soins palliatifs. Il existe une pénurie générale de fournisseurs qui ont reçu une formation en soins palliatifs pour fournir des services, enseigner, conseiller d'autres médecins et effectuer de la recherche. Pour combler cette lacune observée en éducation, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est en train de faire de la médecine palliative une surspécialité et le Collège des médecins de famille du Canada prépare un certificat de compétence supplémentaire en soins palliatifs.

Qui plus est, des médecins différents ont besoin de niveaux différents de compétences en soins palliatifs :

- tous les médecins exigent des compétences de base en soins palliatifs;
- les consultants et les médecins en soins palliatifs qui s'occupent fréquemment de patients atteints de maladies chroniques ou d'ânés fragilisés nécessitent des compétences spécialisées plus poussées;
- les spécialistes de la médecine palliative et les formateurs en médecine palliative exigent des compétences d'experts.

De façon plus générale, les cursus de premier cycle de toutes les disciplines de la santé devraient inclure de la formation sur les principes et les pratiques des soins palliatifs, y



compris sur la façon d'avoir accès à des conseils ou des services en soins palliatifs spécialisés.

### **Rôle des gouvernements**

Il faut traiter l'accès aux soins palliatifs sur le même pied que l'accès à tous les autres soins médicaux. La législation provinciale/territoriale et fédérale est toutefois vague à cet égard et ne reconnaît pas l'accès aux soins palliatifs comme un droit. Le financement des soins palliatifs communautaires par le secteur public n'a pas augmenté proportionnellement au nombre de lits de soins palliatifs en établissement qui ont été supprimés, ce qui laisse un trou important dans le système de soins de santé<sup>32</sup>. Pour résoudre ce problème, il faut redoubler d'efforts pour élargir l'accès aux soins palliatifs au Canada et les rendre plus disponibles. De façon plus générale, il est impératif que les gouvernements élaborent une stratégie commune de soins palliatifs pour en assurer l'accès équitable, et établir des normes adéquates en la matière, y compris le financement d'urgence pour les personnes qui ne sont pas assurées.

### **Glossaire**

**Approche palliative intégrée des soins** : Approche axée sur la qualité de vie et l'atténuation des souffrances comme objectif des soins. Cette approche peut coexister avec d'autres buts des soins – prévention, guérison et prise en charge de maladies chroniques – ou en constituer le seul point de convergence. L'approche palliative intègre les services de soins palliatifs durant tout le traitement d'une personne qui a une maladie grave limitant son espérance de vie et non seulement à la toute fin de la vie, comme on l'a toujours pensé.

**Services de soins palliatifs** : En général, soins fournis par une équipe multidisciplinaire qui prodigue des soins palliatifs. L'équipe peut inclure un médecin de premier recours, un médecin en soins palliatifs, des infirmières, des paraprofessionnels de la santé (au besoin), des travailleurs sociaux, des fournisseurs de soins et des conseils pastoraux, des spécialistes en deuil et des bénévoles. Tous les membres de l'équipe conjuguent leurs efforts dans le contexte d'un modèle de soins partagés.

**Modèle de soins partagés** : Approche des soins qui utilise les compétences spécialisées et les connaissances générales de tout un éventail de professionnels de la santé qui se partagent la responsabilité des soins d'une personne. Le modèle sous-entend aussi la surveillance et l'échange des données sur le patient, ainsi que le partage de compétences spécialisées et de connaissances générales entre les disciplines<sup>33</sup>.

## Références

- <sup>1</sup> Résolution de politiques GC99-87 – *Accès à des services complets de soins palliatifs en fin de vie*. Ottawa : Association médicale canadienne; 1999. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>2</sup> Résolution de politiques GC14-20 – *Conseils et des services en soins palliatifs*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2014. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>3</sup> Résolution de politiques GC13-67 – *Soins palliatifs*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2013. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>4</sup> Résolution de politiques GC13-66 – *Services de soins palliatifs*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2013. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>5</sup> Résolution de politiques GC13-80 – *Modèle pluridisciplinaire de soins palliatifs*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2013. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>6</sup> Politique PD15-02 – *L'euthanasie et l'aide à mourir*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2015. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>7</sup> Résolution de politiques GC06-12 – *L'accès aux soins palliatifs en pédiatrie*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2006. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>8</sup> Résolution de politiques GC14-23 – *Livraison de la qualité des soins palliatifs de fin de vie partout au Canada*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2014. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>9</sup> Résolution de politiques GC13-71 – *Formation en soins palliatifs*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2013. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>10</sup> Politique PD10-02 – *Le financement du continuum des soins*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2010. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>11</sup> Résolution de politiques GC13-70 – *Soins palliatifs*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2013. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>12</sup> Résolution de politiques GC14-26 – *Le financement d'urgence des soins de fin de vie pour les personnes non assurées qui habitent au Canada*. Ottawa : Association médicale canadienne; 2014. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/CMAPolicy/PublicBF.htm> (consulté le 26 nov. 2015).
- <sup>13</sup> Collectif sur la fin de vie du CCOTS. *Soins de santé destinés aux personnes en fin de vie : un cadre justificatif*. Qualité des services de santé Ontario; 2014. Accessible ici : <http://www.hqontario.ca/%C3%89vidence/Publications-et-recommandations-du-CCOTS/LOntario-Health-Technology-Assessment-Series/EOL-Evidentiary-Framework>.
- <sup>14</sup> Coalition pour les soins de fin de vie de qualité du Canada. *Plan d'action 2010 – 2012*. Coalition pour les soins de fin de vie du Canada; 2010. Accessible en anglais ici : [http://www.qelccc.ca/media/3743/blueprint\\_for\\_action\\_2010\\_to\\_2020\\_april\\_2010.pdf](http://www.qelccc.ca/media/3743/blueprint_for_action_2010_to_2020_april_2010.pdf).
- <sup>15</sup> Fowler R, Hammer M. End-of-life care in Canada. *Clin Invest Med*. 2013; vol. 36, n° 3 : p. E127-E132.
- <sup>16</sup> Société canadienne des médecins de soins palliatifs. *Points saillants du Sondage national sur la médecine palliative*. Comité des ressources humaines de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs; mai 2015.
- <sup>17</sup> Bacon J. L'approche palliative : *Améliorer les soins pour les Canadiens atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie*. Association canadienne des soins palliatifs. 2012;2. Accessible ici : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/38750/TWF-palliative-approach-report-French-final2.pdf>.
- <sup>18</sup> Collectif sur la fin de vie du CCOTS – OPCMC. *L'Optimisation de la prise en charge des maladies chroniques dans la collectivité (patient externe)*. Qualité des services de santé Ontario; 2013. Accessible en anglais ici : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/eds/ohtas/compendium-ocdm-130912-en.pdf>.
- <sup>19</sup> Zimmermann C et coll. Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930)1721-1730.
- <sup>20</sup> Klinger CA et coll. Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: the Niagara West end-of-life shared-care project. *Palliative medicine*. 2013; vol. 27, n° 2 : p. 115-122.
- <sup>21</sup> Temel JS et coll. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *NEJM*. 2010; 363 : p. 733–742.
- <sup>22</sup> Bakitas M et coll. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients with Advanced Cancer: The Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302 : p. 741-749.

- 
- <sup>23</sup> Coalition pour les soins de fin de vie de qualité du Canada. *Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative*. Coalition pour les soins de fin de vie de qualité du Canada; 2014. Accessible ici : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/accueil.aspx>.
- <sup>24</sup> Coalition pour les soins de fin de vie de qualité du Canada. *Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative*. Coalition pour les soins de fin de vie de qualité du Canada; 2014. Accessible ici : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/accueil.aspx>.
- <sup>25</sup> Cook D, Rucker G. End of life care in Canada: A report from the Canadian Academy of Health Sciences Forum. *Clin Invest Med*. 2013; vol. 36, n° 3 : p. E112-E113.
- <sup>26</sup> Brazil, K. et coll. Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliative Medicine*. 2005; vol. 19, n° 6 : p. 492-499.
- <sup>27</sup> Pham B, Krahn M. *Interventions de soins de fin de vie : Analyse économique*. Qualité des services de santé Ontario. 2014; vol. 14, n° 18 : p. 1-70. Accessible ici : <http://www.hqontario.ca/%C3%A9vidence/publications-et-recommandations-du-ccots/lontario-health-technology-assessment-series/eol-econ-interventions>.
- <sup>28</sup> Dumont S. et coll. "Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective." *Palliative Medicine*. 2009; vol. 23, n° 8 : p. 708-717.
- <sup>29</sup> Collectif sur la fin de vie du CCOTS. *Soins de santé destinés aux personnes en fin de vie : un cadre justificatif*. Qualité des services de santé Ontario; 2014. Accessible ici : <http://www.hqontario.ca/%C3%89vidence/Publications-et-recommandations-du-CCOTS/LOntario-Health-Technology-Assessment-Series/EOL-Evidentiary-Framework>.
- <sup>30</sup> Association des facultés de médecine du Canada. *Former les futurs médecins dans les soins palliatifs et de fin de vie*. Association des facultés de médecine du Canada; 2004. Accessible ici : <https://www.afmc.ca/pdf/Educating%20Future%20Physicians%20in%20Palliative%20and%20End-of-Life%20Care-f.pdf>.
- <sup>31</sup> Daneault S. *Undergraduate Training in Palliative Care in Canada in 2011*. Soins palliatifs, Hôpital Notre-Dame, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal; 2012.
- <sup>32</sup> Association canadienne de soins palliatifs. *Fiche d'information 2012 : Les soins palliatifs au Canada*. Accessible en anglais ici : [http://www.chpca.net/media/7622/fact\\_sheet\\_hpc\\_in\\_canada\\_may\\_2012\\_final.pdf](http://www.chpca.net/media/7622/fact_sheet_hpc_in_canada_may_2012_final.pdf).
- <sup>33</sup> Moorehead, R. Sharing care between allied health professional and general practitioners. *Australian Family Physician* 1995; vol. 24, n° 11.