



ASSOCIATION DES  
**INFIRMIÈRES ET**  
**INFIRMIERS**  
DU CANADA

---

# S'OCCUPER des Canadiens vulnérables

Les infirmières et infirmiers autorisés du  
Canada se font entendre en faveur des soins  
palliatifs et des soins de compassion

Présenté au Comité parlementaire sur les soins  
palliatifs et soins de compassion.

Le 25 novembre 2010

---

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a produit ce document afin d'accomplir sa mission, de réaliser sa vision et d'atteindre ses buts. L'information présentée dans ce document ne reflète pas nécessairement les opinions du Conseil d'administration de l'AIIC.

Fédération de 11 associations et ordres provinciaux et territoriaux d'infirmières et infirmiers représentant 139 893 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens, l'AIIC est la voix professionnelle nationale des infirmières et infirmiers autorisés, les appuie dans leur pratique et préconise des politiques publiques favorables à la santé, ainsi qu'un système de santé de qualité financé par le secteur public et sans but lucratif.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada  
50, Driveway  
Ottawa ON K2P 1E2

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404  
Télec. : 613-237-3520  
Site Web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)

Novembre 2010

ISBN 978-1-55119-342-7

## Messages clés et investissements recommandés

Au cours de la prochaine décennie, nous aurons un système de santé qui connaîtra un changement massif – à cause à la fois des enjeux auxquels nous faisons face maintenant et d'autres que nous ne pouvons prévoir. Nous devons nous adapter aux changements que nous imposent les réalités d'une population vieillissante, la société et l'environnement où nous vivons, ainsi que le besoin d'un système de santé plus efficient et abordable. Nous pouvons toutefois provoquer aussi le changement grâce aux données probantes dont nous disposons. Nous avons la possibilité d'investir dans un changement qui reflète l'innovation, le savoir nouveau, la technologie nouvelle et de nouvelles façons de penser.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) invite le gouvernement fédéral à se joindre à elle pour aborder les soins de santé de façons nouvelles et différentes – à voir le tableau d'ensemble et comprendre que les soins de santé seront fournis à domicile et dans les cliniques communautaires autant que dans les hôpitaux et les cabinets de médecins; que le leadership fédéral joue un rôle crucial dans la transformation dont notre système de santé a besoin, et que pour trouver des solutions, il est essentiel d'écouter les infirmières et infirmiers, fournisseurs de soins de santé qui passent plus de temps que tous les autres face à face avec les Canadiennes et Canadiens.

Les infirmières et infirmiers du Canada savent que notre système d'assurance-maladie est certainement viable. Nous pouvons et devons toutefois le rendre plus dynamique, plus rentable et plus efficient sans renoncer à notre capacité de fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique. C'est l'assise sur laquelle reposent tant de nos valeurs et sur laquelle comptent tellement nos citoyens les plus vulnérables. Nous vous demandons de partager notre vision et de nous permettre de vous aider à redynamiser le système.

### *Qu'est-ce qu'il faut?*

1. Une **stratégie nationale complète de lutte contre la pauvreté**.
2. Une **stratégie nationale sur le logement** qui prévoit un logement décent, abordable, sécuritaire et approprié.
3. Une **stratégie pharmaceutique nationale** (axée particulièrement sur la protection contre le coût catastrophique des médicaments) afin d'assurer que l'accès aux produits pharmaceutiques est équitable partout au Canada.
4. Une **stratégie nationale complète de soins à domicile et de soins communautaires** reposant sur un cadre général de soins de santé primaires.
5. Une stratégie intégrée de prestation de **soins de santé mentale complète** pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens.
6. Une **stratégie nationale sur le vieillissement et la santé** qui converge sur le thème général du vieillissement en place – de la petite enfance à la vieillesse – et appuie la santé humaine en abordant le vaste éventail des déterminants de la santé dans l'optique des principes des soins de santé primaires complets.
7. **Des normes universelles sur la prestation de soins de fin de vie sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique** sans égard au contexte, qui comprend l'accès garanti à une vaste gamme de services de fin de vie élémentaires et avancés (complets) et de soins coordonnés.
8. **L'élimination des obstacles fédéraux** qui empêchent les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, ainsi que les autres professionnels de la santé d'occuper leur champ d'exercice au complet (prescription de stupéfiants pour le traitement de la douleur, transferts à des plans appropriés de soin et de traitement).

## Investir dans une société compatissante et juste

Créé au cours des années 60, le système d'assurance-maladie public et sans but lucratif du Canada vise depuis à fournir aux Canadiennes et Canadiens un éventail de services de soins actifs, internes et externes en fonction du besoin plutôt que la capacité de payer. En dépit de ses lacunes, notre système universel de soins actifs produit de nombreux résultats admirables et fait l'envie du monde entier. Comme tous les systèmes complexes, le système de soins de santé du Canada comporte toutefois des lacunes importantes que nous devons combler.

Notre secteur des soins actifs fonctionne assez bien dans l'ensemble pour la plupart des gens lorsqu'ils en ont besoin (et son fonctionnement est superbe lorsqu'ils ont besoin des soins les plus urgents et d'extrême urgence). Des lacunes dans tout le système créent toutefois dans les soins actifs des goulots d'étranglement qui contribuent en retour à l'apparition de lacunes ailleurs dans le système, comme en témoignent les exemples suivants :

- À cause du manque de fournisseurs de soins primaires en santé physique et en santé mentale, trop de Canadiennes et Canadiens doivent se présenter à l'urgence pour obtenir des soins primaires.
- Le manque de soins à domicile signifie que beaucoup de patients sont admis dans des lits de soins actifs alors que ce dont ils ont besoin en réalité, c'est d'avoir accès à des moyens de soutien et des services chez eux et dans la communauté.
- Comme nous ne faisons rien pour donner suite au fait que nous savons que certains de nos citoyens les plus vulnérables – les mourants, les personnes âgées frêles et les personnes vivant avec une maladie mentale – ont simplement besoin d'aide pour gérer leurs conditions et symptômes, ils sont admis à tort dans des lits de soins axés sur la guérison, de soins médicaux actifs, de soins chirurgicaux et même de soins intensifs. Dans nombre de cas, une personne âgée ne réussit pas à se débrouiller à domicile à cause d'un stress temporaire imposé par une maladie temporaire comme la grippe. Dans de tels cas, ce qui devrait constituer un léger contretemps – comme la difficulté à faire l'épicerie pendant que la personne est malade ou à s'occuper d'elle-même – devient un fardeau trop lourd. Les règles rigides du système de soins à domicile ne permettent pas des moyens de soutien supplémentaires, ce qui peut faire que les patients sont inutilement embourbés dans le système de soins actifs. Les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens pourraient aider dans de telles situations en effectuant des visites à domicile, en se chargeant du suivi d'admissions en soins actifs et en donnant le congé aux patients qui retournent dans la communauté, si ces activités faisaient partie de leur champ d'exercice.

### **Pratique porteuse de promesses...**

En Ontario, le Programme de gestion des urgences gériatriques compte sur des infirmières en pratique avancée (IPA) qui travaillent dans les services d'urgence où elles accueillent des personnes âgées frêles. Les IPA peuvent toutefois coordonner les équipes d'intervention d'urgence dans la communauté pour prévenir l'admission et maintenir des appuis soutenus à domicile, ce que veulent les gens et ce dont ils ont besoin. En étendant le champ d'exercice des IPA (comme les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens) à l'admission et au congé, on pourrait utiliser des lits de soins actifs de façon plus appropriée et efficace.

La raison pour laquelle nous avons eu tendance à aiguiller tous les problèmes de santé et de maladie vers les médecins et les hôpitaux n'est pas difficile à comprendre : les soins de santé financés par le secteur public ont toujours été en grande partie restreints aux patients hospitalisés, aux lits d'hôpitaux en soins actifs, ou du moins aux soins fournis dans les hôpitaux. Nous vivons toutefois dans un monde très différent maintenant.

Depuis la création de l'assurance-maladie, les soins actifs ont pris de l'ampleur pour inclure un éventail beaucoup plus large de services nouveaux mis à la disposition des patients, ce qui a suscité de nouvelles demandes tout aussi vastes. Le système de soins actifs a réagi à la demande accrue. Les services de diagnostic sont maintenant fournis presque totalement en contextes externes et la plupart des interventions chirurgicales sont pratiquées le jour même de l'admission. La durée des séjours a été réduite au minimum possible parce que la demande des patients et les pressions budgétaires changeantes ont déplacé les soins actifs des hôpitaux vers des services externes, de soins à domicile et de soins communautaires.

Des services qui auraient été fournis seulement dans des unités de soins intensifs il y a une décennie sont maintenant offerts couramment dans des services de soins très actifs. Les patients qui occupaient ces lits sont maintenant chez eux et ont des besoins en soins très actifs que le régime provincial d'assurance-maladie ne couvre pas adéquatement. Ces patients incluent ceux qui se rétablissent d'une intervention chirurgicale ou qui sont en fin de vie et qui ont souvent besoin de soins très complexes (y compris d'un contrôle de la douleur) ininterrompus.

Les personnes âgées frêles, qui pourraient se débrouiller à domicile si elles bénéficiaient de services adéquats de soutien social et communautaire, peuvent aboutir dans des lits de soins actifs parce que les professionnels de la santé et les administrateurs qui œuvrent dans des foyers, des communautés et des services d'urgence ont peu de solutions de rechange ou n'en ont pas du tout. Il faut assouplir les services de soins à domicile pour répondre à des besoins en pleine évolution.

La combinaison de ces défis et de ces lacunes engorge le système de soins actifs par des patients qui ont des besoins sanitaires et sociaux auxquels il serait préférable de répondre dans des contextes totalement différents par des services plus flexibles de soutien en soins à domicile et soins communautaires. En 2007-2008, les patients qui attendaient un autre niveau de soins dans un contexte plus approprié représentaient 5 % des hospitalisations et 14 % des journées d'hospitalisation au Canada (Walker, Morris et Frood, 2009). Il en découle notamment le problème des temps d'attente en soins médicaux et chirurgicaux actifs qui ont marqué tellement notre dialogue de la dernière décennie. Cependant, les décideurs continuent toutefois d'injecter des sommes importantes d'argent dans les soins actifs très visibles pendant que le financement de la santé publique, des soins primaires et d'un plus vaste éventail de services en amont et de services de prévention fondés sur un cadre de soins de santé primaires stagne essentiellement en dépit de la demande croissante.

Depuis sa création, l'AIIC préconise l'importance d'offrir des services dictés par les besoins en santé de la population et fournis là où les gens vivent, travaillent et se divertissent. Des décideurs courageux peuvent combler les lacunes actuelles du système de santé et repositionner les soins actifs comme un élément seulement d'un continuum des soins qui comprend les visites de mieux-être effectuées par un professionnel de la santé, des services de promotion de la santé, de soins actifs en cas de maladie ou de maladie mentale, et de soins des mourants. Cet éventail est particulièrement important pour les citoyens plus vulnérables à cause de leur mauvais état de santé, de leur contexte ethnoculturel et linguistique, de leur âge avancé, d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie.

## **Au-delà des murs des hôpitaux : l'effet des services de santé et des services sociaux sur la santé des Canadiennes et Canadiens**

Des groupes importants de la population du Canada sont particulièrement vulnérables – depuis la petite enfance jusqu'à l'âge avancé – dans des domaines où l'intervention du gouvernement fédéral peut améliorer considérablement leur vie. Beaucoup de nourrissons, d'enfants, de mères, de membres des Premières nations, d'Inuits, de Métis, de personnes vivant avec une maladie chronique et de personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux ravages causés par la pauvreté, le sous-emploi et un logement coûteux et non sécuritaire. Certains médicaments et types de soins de santé peuvent être hors de portée de leurs moyens financiers.

Le Canada offre des traitements actifs et des soins de « sauvetage » très bons et, dans beaucoup de cas, il réussit remarquablement bien à réduire la morbidité et la mortalité. Les coûts sont toutefois, énormes et nous savons, compte tenu des normes internationales, qu'il y a beaucoup de domaines où nous avons énormément de retard sur des pays qui investissent autant dans les soins de santé.

Si nous voulons améliorer la santé des Canadiennes et Canadiens, notre conception des soins de santé doit aller beaucoup plus loin que le traitement actif des maladies et des traumatismes. Comme nous le savons depuis des siècles – et comme nous le reconnaissons tous certainement depuis les années 70 – la santé constitue l'aboutissement d'un vaste éventail de déterminants sociaux et environnementaux. Les infirmières et infirmiers du Canada, qui travaillent avec des citoyens de tous les âges et de tous les états de santé possibles – dans la rue, les centres de santé communautaires, à domicile, dans les hôpitaux, dans des maisons de soins infirmiers et dans les écoles – et qui accompagnent les mourants savent que la santé et les « soins » de santé vont beaucoup plus loin que les hôpitaux où nous sommes tellement nombreux à travailler.

Le Canada a besoin que son gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et utilise son autorité pour mettre en place les programmes qui, comme l'ont démontré des décennies de recherche, aideront les Canadiennes et Canadiens à vivre plus vieux, en meilleure santé et à être plus productifs. Les éléments clés de ces programmes sont a) la sécurité du revenu (aspect où les Canadiennes et Canadiens les plus jeunes et les plus âgés sont particulièrement vulnérables), b) un logement protégé, accessible et abordable, c) l'accès à des médicaments d'ordonnance abordables et d) l'accès à des services de prévention des maladies et des blessures, de promotion de la santé et du mieux-être et de traitement des maladies à domicile et dans la communauté.

*La pauvreté chez les personnes âgées.* Selon le Conference Board du Canada, « la pauvreté chez les personnes âgées est un problème à la fois social et budgétaire qui s'aggraverà à mesure que des pourcentages plus élevés des populations des pays industrialisés accéderont au groupe démographique des 65 ans et plus. Les taux de pauvreté chez les personnes âgées ont tendance à être les plus élevés chez les femmes, et en particulier les veuves de plus de 75 ans. La situation est attribuable en grande partie aux allocations de pension qui ont toujours été reliées à l'emploi. » (Conference Board du Canada, 2009, Putting elderly poverty in context, par. 3). Il est inquiétant de constater qu'après avoir reculé lentement pendant des années, le taux de pauvreté chez les personnes âgées a recommencé à grimper à la fin des années 90. Le Conference Board signale aussi qu'à mesure que les pensions privées ont pris de l'ampleur (afin de réduire la dépendance des régimes de pension publics) « les plus vulnérables des personnes âgées sont exposées davantage à la pauvreté (2009, Putting elderly poverty in context, par. 4). Le problème peut avoir un effet particulièrement important sur les femmes âgées célibataires qui n'ont pas appartenu à la population active officielle durant leur vie.

*Logement protégé, accessible et abordable.* Dans un article publié en novembre 2010, le *Globe and Mail* signalait un rapport de la Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing and Health qui conclut que quelque 400 000 Canadiennes et Canadiens vivent dans des conditions « qui ont sur leur santé les mêmes effets dévastateurs que sur celle des itinérants » (Scofield, 2010, par. 1). On a fait des efforts pour améliorer la situation, mais il faut les coordonner davantage et accélérer le rythme. L'Institut Wellesley signale que le « gouvernement fédéral injecte des milliards de dollars par année dans le logement abordable, mais sans cadre national du logement, il est difficile de déterminer la valeur de ces investissements » (Wellesley Institute, 2009, p. 2). Sans stratégie nationale sur le logement, les efforts déployés pour répondre aux besoins d'un ménage canadien sur quatre logé de façon précaire demeurent fragmentés et non coordonnés. » (Wellesley Institute, 2009, p. 2).

La Research Alliance on Canadian Homelessness, Housing and Health conclut que 400 000 Canadiennes et Canadiens sont « logés de façon vulnérable » et sont exposés aux mêmes problèmes de santé graves – santé mentale et santé physique – que les itinérants du Canada.

Le logement vulnérable constitue un enjeu stratégique important parce qu'il entraîne des coûts énormes pour la personne et la communauté. Dans leur *Street Health Report 2007*, Street Health et le Wellesley Institute décrivent clairement les liens entre le logement médiocre et l'itinérance, le fardeau morbide plus lourd (morbidity) et la mort prématurée (Khandor et Mason, 2007). Selon le Wellesley Institute, ses recherches « montrent qu'un logement abordable et favorable n'est pas seulement bon pour ceux qui en bénéficient : il est aussi bénéfique pour la communauté voisine. Notre recherche, y compris *Poverty Is Making Us Sick*, analyse la plus détaillée du revenu et de la santé au Canada, démontre que l'effet du revenu et du logement ne se fait pas sentir seulement chez les très pauvres et les très riches. Il existe un gradient qui démontre que des interventions judicieuses dans le continuum des ménages à revenu faible, modeste et moyen produit des résultats positifs » (Wellesley Institute, 2009, p. 1).

Le Canada est un des pays les plus riches au monde. Nous pouvons, et nous devons, faire mieux.

**Soins à domicile et soins communautaires.** Les soins de santé primaires fournis à domicile et en milieu communautaire constituent une ressource vitale du système de santé du Canada depuis plus d'un siècle. Au cours de la dernière décennie, ils ont constitué la pierre angulaire de la capacité du système de réduire de façon spectaculaire la durée des séjours dans les services de soins actifs à l'hôpital. Ils pouvaient toujours aider à relever les défis posés dans le cas des mourants, des personnes vivant avec une maladie mentale et des Canadiennes et Canadiens âgés, dont la plupart veulent demeurer en aussi bonne santé et aussi confortables que possible chez eux le plus longtemps possible. Le secteur non hospitalier et ses ressources humaines sont toutefois écrasés par un stress énorme : l'argent n'a tout simplement pas suivi la politique. Dans nombre de cas, les soins à domicile sont devenus « l'hôpital à domicile » : des services de soins actifs complexes sont transplantés de l'hôpital au domicile des Canadiennes et Canadiens.

Il en découle une conséquence non intentionnelle : pour obtenir des ressources en soins à domicile les personnes vivant avec une maladie chronique et des personnes vieillissantes doivent rivaliser, avec des personnes qui ont besoin de soins postchirurgicaux complexes et de soins palliatifs. On considère souvent que ces derniers cas sont plus prioritaires, mais les besoins de ces autres Canadiennes et Canadiens sont tout aussi pressants et notre incapacité à y répondre reviendra nous hanter si ces personnes sont plus malades ou s'il faut les hospitaliser pour traiter des problèmes que des soins à domicile fournis en temps opportun auraient pu prévenir. Trop de Canadiennes et Canadiens

vulnérables sont forcés de se tourner vers les services de soins actifs (ou d'y demeurer) pour faire traiter des problèmes qu'il aurait été possible de prévenir ou de traiter de façons plus rentables.

L'affectation de ressources en soins à domicile et en soins communautaires toujours insuffisantes en faveur des soins actifs en contexte hospitalier a refroidi le recrutement, a miné le moral et exerce des pressions sur l'accès aux soins dont les Canadiennes et Canadiens ont besoin. La disparité flagrante au niveau des salaires seulement nuit au recrutement et à la fidélisation de professionnels de la santé dans la plupart des secteurs autres que les hôpitaux de soins actifs. Si la situation persiste, elle compromettra la capacité du système de santé du Canada de répondre efficacement aux besoins de sa population vieillissante et entravera notre capacité de relever efficacement les défis posés par la modification des politiques sur les soins de santé, y compris le confinement des coûts.

### **Recommandations : Pauvreté et sécurité du revenu**

1. Le gouvernement fédéral devrait, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et des intervenants compétents, élaborer une stratégie nationale intégrée de lutte contre la pauvreté qui sera liée aux plans d'action des provinces et des territoires en la matière et qui les appuiera.
2. Le gouvernement fédéral devrait appliquer un éventail de politiques et de programmes visant à contribuer à la sécurité du revenu, en particulier pour les Canadiennes et Canadiens plus âgés.

### **Recommandation : Logement protégé, accessible et abordable**

3. Les dirigeants fédéraux devraient, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et des intervenants compétents, établir et appliquer une stratégie nationale sur le logement qui prévoit un logement décent, abordable, sécuritaire et approprié pour tous les Canadiennes et Canadiens. C'est particulièrement important pour les personnes vulnérables et les sans abri au Canada.

### **Recommandation : Stratégie pharmaceutique nationale**

4. Le gouvernement fédéral devrait, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, tenir sa promesse de mettre en œuvre une stratégie pharmaceutique nationale (axée particulièrement sur la protection contre les coûts catastrophiques des médicaments) afin d'assurer que l'accès aux produits pharmaceutiques est équitable partout au Canada. Cet enjeu est particulièrement important pour les Canadiennes et Canadiens âgés et les patients recevant des soins palliatifs qui peuvent avoir un revenu fixe ou à la baisse et peuvent devoir faire face à des frais de médicaments nouveaux et qu'ils ne peuvent payer.

### **Recommandation : Soins à domicile et soins communautaires**

5. Le gouvernement fédéral devrait établir avec les Canadiennes et Canadiens, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les fournisseurs de soins de santé des partenariats pour mettre en œuvre une stratégie nationale complète de soins à domicile et de soins communautaires fondée sur un cadre général des soins de santé primaires<sup>1</sup>. Une telle stratégie devrait inclure la planification à long terme de ressources humaines de la santé suffisantes, une technologie appropriée, et appuyer les aidants naturels non rémunérés. La stratégie devrait favoriser la possibilité :

---

<sup>1</sup> Cette recommandation a l'appui d'un collectif regroupant l'Association canadienne des soins de santé, l'Association canadienne de soins et services à domicile, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et IOV Canada.



- de faire des soins à domicile et des soins communautaires un élément essentiel de l'ensemble des stratégies et des initiatives fédérales, provinciales et territoriales sur les soins de santé;
- de créer, d'appliquer et d'évaluer en collaboration, avec l'aide du fédéral, des normes et des modèles innovateurs et rentables de soins à domicile et de soins communautaires aux échelons provincial, régional et communautaire;
- d'améliorer la viabilité du système de santé en réaffectant des budgets aux soins à domicile et aux soins communautaires en fonction de modèles éprouvés qui fournissent avec succès des soins rentables, sécuritaires et de qualité.

### **Stratégies à suivre pour y parvenir**

- Investir dans les soins de santé primaires dans le contexte desquels des équipes de professionnels de la santé coordonnent leurs efforts pour réduire les temps d'attente et assurer que les patients peuvent avoir accès au fournisseur de soins de santé le plus approprié – infirmière et infirmier, médecin, diététiste ou autre – au bon moment et au bon endroit.
- Créer des incitations fiscales et autres pour appuyer des programmes efficaces de promotion de la santé et du mieux-être qui réduisent les maladies et les blessures, et mettre en œuvre des moyens de récompenser les comportements sains. Continuer de décourager les comportements risqués par des taxes imposées sur la malbouffe et les cigarettes, par exemple.
- Utiliser les options stratégiques dont le gouvernement fédéral dispose par le biais de l'assurance-emploi et des programmes fiscaux afin de permettre aux Canadiennes et Canadiens de rester chez eux pour s'occuper de membres de leur famille gravement malades sans risquer leur emploi, leur maison et leur revenu.
- Réinvestir dans les sciences infirmières pour combler les lacunes des connaissances et du savoir-faire (production, diffusion et application) en ce qui a trait aux effets des infirmières et infirmiers sur les soins de santé, les résultats pour la santé et les systèmes de santé. Augmenter l'inscription dans les programmes afin de former davantage d'infirmières et infirmiers de pratique avancée (infirmières et infirmiers praticiens, infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés) afin d'améliorer pour tous les Canadiennes et Canadiens l'accès à l'éventail complet des services de soins de santé primaires.
- Aborder et niveler la disparité salariale dans le cas des infirmières et infirmiers autorisés qui œuvrent dans le secteur des soins à domicile et dans les secteurs qui se trouvent à l'extérieur des hôpitaux de soins actifs.

### **Réduire les vulnérabilités des personnes qui ont besoin de soins en santé mentale, des personnes âgées et de celles qui ont besoin de soins de fin de vie**

Même si le traitement de la maladie demeurera une priorité pour le système de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies jouent un rôle essentiel dans la santé et le mieux-être des Canadiennes et Canadiens. Ces activités se déroulent là où elles le devraient, soit dans nos communautés. Notre système actuel de soins primaires ne fonctionne pas aussi bien qu'il a besoin de le faire parce qu'il repose sur le principe d'un seul fournisseur de soins de santé qui traite les maladies. Nous avons besoin d'un système dynamique de soins de santé primaires constitué d'équipes de professionnels – infirmières et infirmiers, médecins, pharmaciennes et pharmaciens, diététistes,

psychologues, physiothérapeutes, notamment – dont les membres collaborent de près pour s’occuper de personnes à tous les stades de la vie afin non seulement de traiter les maladies, mais aussi de les prévenir, de promouvoir le mieux-être et d’assurer que des services d’appui sont mis à la disposition des populations vulnérables dans leur communauté. L’investissement insuffisant dans un système complet de services rentables et satisfaisants de soins à domicile et de soins communautaires nécessaires pour répondre aux besoins d’une population vieillissante a un effet sur l’accès aux soins et, finalement, sur la qualité globale des services de santé dont bénéficient les Canadiennes et Canadiens.

Trois domaines où des investissements seraient bénéfiques pour les Canadiennes et Canadiens vulnérables et allégeraient les pressions qui s’exercent sur les soins actifs méritent une attention particulière des gouvernements parce qu’ils se prêtent à un leadership de haut niveau et à une intervention stratégique :

- soins de santé mentale
- personnes âgées vulnérables
- soins de fin de vie

### **Soins de santé mentale**

Les Canadiennes et Canadiens de tous les âges et de tous les niveaux de revenu ont des problèmes de santé mentale qui peuvent devenir des problèmes de santé importants et chroniques. Un Canadien sur cinq sera touché à un moment ou l’autre au cours de sa vie.

Dans un rapport, le gouvernement de l’Ontario signale qu’au total (ce qui comprend la perte de productivité, l’application de la loi, les sinistres invalidité, les coûts des médicaments et les réclamations liées aux programmes d’aide aux employés), les problèmes de santé mentale et les toxicomanies coûtent à l’Ontario au moins 39 milliards de dollars par année (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario, 2009). « Chaque dollar dépensé pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances permet d’économiser 7 \$ en coûts liés aux soins de santé et 30 \$ en perte de productivité et en coûts sociaux » (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario, 2009, p. 16).

Si nous voulons contrôler les coûts personnels énormes pour les particuliers, les familles et les communautés et atténuer les répercussions sur les fonds publics, on ne peut exagérer l’importance des investissements stratégiques dans les services de soins de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. De plus, un financement garanti s’impose pour informer tous les professionnels de la santé qui œuvrent dans les domaines de la santé mentale et des toxicomanies afin de promouvoir le dépistage précoce, l’évaluation, la détermination et le diagnostic rapides, ainsi qu’une intervention immédiate.

Comme dans le cas des problèmes de santé physique, le soin et le traitement des maladies mentales et affectives doivent aller plus loin que les soins actifs en milieu hospitalier. Le Sénat du Canada a signalé que pour traiter les maladies mentales, il faut souvent l’aide de psychiatres et de psychologues (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Les listes d’attente pour les soins psychiatriques sont toutefois longues et ces soins sont souvent axés sur la pharmacothérapie. Les régimes provinciaux d’assurance-maladie couvrent seulement les soins des psychiatres, ce qui oblige les Canadiennes et Canadiens à se débrouiller pour payer au complet le coût des services de psychothérapie dont ils peuvent avoir besoin. En pratique, les soins nécessaires échappent à la portée de beaucoup de personnes vivant au Canada.

*Santé mentale des personnes âgées.* Les taux de certains troubles de santé mentale chez les personnes âgées sont particulièrement inquiétants. L'Association canadienne des individus retraités cite un rapport de l'Association canadienne pour la santé mentale qui indique que les problèmes de santé mentale (variant de la dépression, des toxicomanies et de l'anxiété jusqu'à des formes et des degrés divers de démence) touchent de 17 % à 30 % des adultes âgés et si l'on y ajoute la dépression et l'anxiété infracliniques, ces estimations grimpent à 40 % (ACIR, 2010b). Les 65 ans et plus présentent les taux les plus élevés d'hospitalisation pour des troubles anxieux et les complications du délire ont des répercussions plus importantes sur eux que sur les personnes plus jeunes – jusqu'à 50 % du temps – après une intervention chirurgicale. Les taux de suicide sont élevés chez les hommes de plus de 80 ans. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2008) affirme qu'au moins *un million* de personnes âgées vivent actuellement avec une maladie mentale au Canada.

### **Recommandations : Soins de santé mentale**

6. Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec ses homologues provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec la Commission de la santé mentale du Canada, pour investir dans une stratégie intégrée visant à fournir des soins complets à tous les Canadiennes et Canadiens qui vivent et sont aux prises avec une maladie mentale.
7. Le gouvernement fédéral devrait, dans le cadre de cette stratégie, créer et évaluer des modèles interprofessionnels plus innovateurs et plus transparents de soins de santé mentale qui tiennent compte de la vie et des réalités particulières de ces Canadiennes et Canadiens très vulnérables.
8. Pour aider à atteindre ce but, le gouvernement fédéral devrait continuer d'investir dans la Commission de la santé mentale du Canada et lui ordonner d'accélérer son travail sur l'accès aux services de santé mentale, y compris l'accès assuré aux psychologues, aux thérapeutes et à d'autres fournisseurs appropriés.

Pour maintenir et améliorer la santé des Canadiennes et Canadiens âgés, il faut réimaginer les services de soins de santé – une vision générationnelle que partagent les gouvernements, les systèmes de santé et le public.

### **Personnes âgées vulnérables**

Dans une société qui attache de plus en plus de valeur et d'importance aux jeunes et à la vigueur, on peut soutenir qu'il n'y a pas de groupe plus vulnérable que nos concitoyens canadiens les plus âgés et souvent les plus frêles. Ils sont nombreux et les caractéristiques démographiques bien connues du pays signifient qu'ils le seront encore beaucoup plus avant longtemps. Ils ont des besoins sociaux et sanitaires spéciaux qui, lorsqu'on y satisfait, peuvent aider à garder la plupart d'entre eux en bonne santé, actifs et chez eux jusqu'à la fin de leur vie. Il faut aussi planifier ces services et les mettre en œuvre d'une façon pancanadienne, ce qui passe par le leadership général et une capacité que le gouvernement fédéral est le seul à avoir.

Les infirmières et infirmiers autorisés, ainsi que les infirmières et infirmiers de pratique avancée ont les techniques de leadership, les connaissances cliniques et les aptitudes nécessaires pour aborder la grande question de la population vieillissante : ils ont des forces particulières lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins spéciaux de la personne et de coordonner les efforts de l'équipe interdisciplinaire. La gériatrie émane de racines interdisciplinaires et il existe une riche masse de connaissances spécialisées et de compétences qu'il est possible d'exploiter pour optimiser la prestation de services efficaces, appropriés et efficaces.

*Démence.* Les personnes âgées constituent le groupe de Canadiennes et de Canadiens touchés le plus lourdement par la démence. Selon la Société Alzheimer du Canada (2009), le Canada a enregistré presque 104 000 nouveaux cas de démence en 2008. Si les tendances actuelles se maintiennent, ce chiffre grimpera à presque 258 000 nouveaux cas en 2038, soit un nouveau cas diagnostiqué aux deux minutes. Cela signifie que 1 125 200 Canadiennes et Canadiens (2,8 % de la population) pourraient vivre avec la démence dans moins de 30 ans.

Bien entendu, ce fardeau imposé par la maladie entraîne des coûts. Les aidants naturels, comme les membres de la famille, fournissent actuellement aux Canadiennes et Canadiens vivant avec la démence quelque 231 millions d'heures de soins par année. Ce total grimpera à quelque 756 millions en 2038. Le coût économique est renversant – de l'ordre de 15 milliards de dollars en 2008, il grimpera à 153 milliards en 2038. En 2038, l'incidence cumulative de la démence atteindra plus de 5,5 millions de Canadiens et il en coûtera 872 milliards de dollars au total à l'économie (Société Alzheimer du Canada, 2009).

La Société Alzheimer du Canada (2009) reconnaît qu'il faut « casser la tendance » de la démence. Elle recommande des interventions factuelles visant à accroître l'activité physique, retarder l'apparition de la démence, donner aux aidants naturels de la formation et une orientation dans le système qui pourraient alléger le fardeau économique au cours de la prochaine génération. Les défis liés à la santé mentale et à la démence sont des conditions de vie, souvent chroniques, qui ont de vastes répercussions sur la famille, les amis et la société. Il n'est pas nécessaire de les médicaliser davantage, car elles posent plutôt des défis qu'il faut relever. Dans les deux cas, ce sont des domaines où les infirmières et infirmiers du Canada peuvent intervenir pour fournir à long terme des soins rentables et de grande qualité aux personnes, aux membres de leur famille et aux communautés.

Les fournisseurs de services de garderie doivent maintenir un ratio d'un travailleur pour cinq enfants. Il n'existe pas de règlement aussi rigoureux à l'autre extrémité du continuum, soit pour les personnes âgées. Il en découle des questions sur la qualité des soins dans beaucoup d'établissements de soins de longue durée. Dans les établissements de soins de longue durée où des patients vivent avec une démence complexe et la maladie d'Alzheimer, le ratio peut être d'un travailleur pour 12 patients. Nous devons conjuguer nos efforts pour attacher davantage de valeur à la qualité des soins et à la sécurité de ces citoyens les plus vulnérables en fournissant le bon type d'employé en nombre suffisant pour s'occuper d'eux et en accordant une rémunération appropriée à ces fournisseurs de soins.

*Douleur.* La douleur chez les adultes âgés est insuffisamment diagnostiquée et gérée dans les milieux des soins de longue durée au Canada, particulièrement chez les personnes âgées qui ont des déficits de la cognition comme la démence ou la maladie d'Alzheimer. On calcule que de 25 à 65 % environ des personnes âgées habitant dans la communauté et jusqu'à 80 % des adultes âgés vivant dans des établissements de soins de longue durée vivent avec la douleur (Gibson, 2003). Les problèmes liés à la douleur qui prévalent chez les adultes âgés comprennent une multitude d'affections de l'appareil locomoteur, des problèmes de

#### **Les infirmières et infirmiers praticiens...**

- ont le genre de leadership clinique, de savoir-faire et d'autorité nécessaires pour aider à gérer les besoins des personnes dans tout le continuum des soins, ce qui inclut la détermination, la gestion et l'évaluation de la douleur chez les bénéficiaires des services de soins de longue durée (Hadjistavropoulos et al., 2009).
- pourraient alléger une partie du fardeau imposé par les soins actifs si leur champ d'exercice leur permettait d'effectuer des admissions, de donner des congés et de suivre des patients entre l'établissement et la communauté ou le domicile.

dégénérescence de la colonne, des problèmes d'arthrite, la douleur neuropathique (par exemple, syndromes de douleur consécutifs à l'accident vasculaire cérébral, névralgie postherpétique, neuropathie diabétique périphérique douloureuse, neuropathie ischémique et autres neuropathies idiopathiques (douloureuses) et la douleur liée au cancer (Pickering, 2005).

*Violence faite aux personnes âgées.* La violence faite aux adultes âgés est un problème qui prend de l'ampleur et préoccupe de plus en plus au Canada. Définie comme toute intervention d'une personne vivant dans une relation de confiance, qui cause un préjudice ou de la détresse à une personne âgée, les types courants reconnus de violence faite aux personnes âgées comprennent la violence physique, psychologique ou financière, la négligence et le déni de droits protégés par la loi (gouvernement du Canada, 2009). À cause du vieillissement de la population, on s'attend à ce que le nombre des personnes âgées à risque augmente. Il faut mettre en place des moyens de soutien pour faire mieux connaître la violence faite aux personnes âgées, améliorer les lois et règlements visant à les protéger et améliorer les interventions et les mesures de prévention mises à la disposition des aidants naturels et des familles. Les investissements effectués récemment par les gouvernements fédéral et provinciaux afin d'améliorer ces ressources sont porteurs de promesses, mais il faut accélérer la distribution de ces ressources précieuses afin d'assurer qu'elles atteignent les personnes âgées les plus exposées au risque de violence.

### **Recommandations : Soins des personnes âgées vulnérables**

9. Le gouvernement fédéral devrait adopter une stratégie pour faire face au vieillissement de sa population. Le gouvernement devrait saisir la possibilité qui s'offre à lui de diriger l'Organisation de coopération et de développement économiques en élaborant une stratégie nationale sur le vieillissement et la santé qui aurait pour thème général le vieillissement en place – de la petite enfance à l'âge avancé. La stratégie devrait appuyer la santé humaine en traitant du vaste éventail de déterminants de la santé par les soins de santé primaires complets et en réduisant les exigences imposées au volet des soins actifs (et coûteux) du système de santé pour les générations à venir.

10. Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour fournir de l'aide financière aux membres de la famille et aux amis qui participent au soin de leurs proches afin d'alléger le fardeau imposé à ces aidants naturels. En mettant l'accent sur les approches axées sur le patient et la famille pour s'occuper des personnes vivant avec la démence ou des problèmes au stade palliatif et d'autres qui veulent mourir chez elles, on ralentira l'augmentation de la demande de services actifs dans tout le continuum des soins et dans tout le système de soins de santé du Canada.

11. Le gouvernement fédéral devrait affecter du financement pour appuyer la mise en œuvre, partout au Canada, d'équipes gériatriques multidisciplinaires œuvrant en contexte de soins de longue durée.

#### **Façons nouvelles de penser au vieillissement au Canada...**

L'AIIIC se joint à l'Association canadienne des individus retraités (ACIR) dans l'appel lancé en faveur d'une nouvelle vision du vieillissement et de la santé qui comprend les éléments suivants :

- « accès équitable et opportun à des soins de santé de grande qualité appropriés sur les plans linguistique et culturel;
- accès uniforme et abordable aux médicaments et aux instruments médicaux;
- accès équitable aux possibilités de vieillir à la maison;
- appui adéquat et droits légaux pour les aidants naturels;
- accès facile à de l'information et des ressources fiables pour vivre en santé » (ACIR, 2010a).

## Soins de fin de vie

La position de l'AIIC est la suivante : « La plupart des gens souhaitent une expérience de fin de vie qui soit paisible et digne et pendant laquelle ils sont en mesure d'agir de façon autonome et de demeurer en contrôle le plus possible. De nombreuses personnes sont préoccupées par le fait que si elles deviennent inaptes, elles pourraient recevoir des traitements auxquels elles n'auraient pas consenti si elles avaient été aptes. Nombre de recherches suggèrent qu'il y a beaucoup de place à l'amélioration dans la prestation des soins de fin de vie à tous les groupes d'âge au Canada. Les indicateurs de soins de vie inadéquats comprennent l'admission aux soins intensifs, les visites aux services d'urgence, le soulagement insuffisant des symptômes (particulièrement de la dyspnée et de la douleur), la disponibilité limitée des services de santé à domicile, l'accès limité aux services de soins palliatifs et le manque de continuité des soins » (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2008, p. 5).

La grande majorité des 220 000 Canadiens qui meurent chaque année, principalement de vieillesse et de détérioration progressive de leur état de santé, n'ont pas accès à des soins palliatifs spécialisés. Le problème est attribuable au fait que la capacité en soins palliatifs est distribuée de façon inégale entre les régions géographiques et les secteurs ou les programmes, par exemple. En fait, la plupart des Canadiennes et Canadiens à l'agonie risquent de recevoir des soins de fin de vie inappropriés ou minimes (Wilson et al., 2008).

Dans son énoncé de position sur les soins de fin de vie, l'AIIC signale que : « À mesure que le nombre de personnes âgées augmente et que les interventions médicales deviennent de plus en plus poussées, davantage de personnes vivent plus longtemps avec une maladie chronique » (AIIC, 2008, p. 5). Des améliorations des soins néonataux ont fait grimper les taux de survie des nouveau-nés. Soixante-dix pour cent des gens sont susceptibles de devoir prendre une décision sur le retrait ou l'arrêt de traitements de maintien de la vie à moment donné au cours de leur vie (Kelly, 1995; Matzo, 1997). Ces décisions doivent s'appuyer sur des discussions éclairantes et impartiales avec l'équipe de soins de santé.

Les situations de fin de vie ne sont pas limitées aux personnes âgées ou à celles qui ont le cancer. Des personnes de tous âges, y compris des nourrissons et des enfants, peuvent se retrouver dans une telle situation et avoir un vaste éventail de problèmes médicaux. Ces situations ne sont pas confinées non plus aux unités de soins palliatifs : il est possible de trouver des gens en fin de vie dans tout le système de soins de santé, dans les établissements de soins actifs et de soins de longue durée, les services d'urgence et les unités de soins intensifs, ainsi qu'à domicile, dans des établissements de soins aux bénéficiaires, dans des refuges ou dans la rue. Comme l'ont signalé Wilson et ses collaborateurs (2009), l'endroit où les gens meurent change dans le monde entier.

Les soins palliatifs sont optimisés lorsqu'ils sont fournis par une équipe dont chaque membre joue un rôle qui répond à un besoin particulier du client.

*Pratique infirmière avancée.* Une législation fédérale permettant à des fournisseurs de soins de santé autres que les médecins de prescrire des substances réglementées (p. ex., stupéfiants) a été adoptée en 1996 – il y a 14 ans. Le règlement est en gestation depuis et a connu des retards incroyables. Chaque année, l'AIIC entend des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux affirmer que les infirmières praticiennes pourraient offrir davantage de services de soins palliatifs aux patients à domicile et dans les établissements de soins de longue durée si le règlement était terminé et adopté. Le gouvernement fédéral n'a pu terminer le travail. Une personne qui reçoit des soins d'une infirmière praticienne ne peut toujours pas obtenir d'ordonnance pour rajuster son

analgésie sans attendre un médecin ou devoir le consulter. L'incapacité fédérale de terminer les processus nécessaires entrave en l'occurrence les soins axés sur les patients et basés sur la collaboration.

En tant que gardiens de la santé des Canadiennes et Canadiens, les responsables des politiques fédérales ont une occasion et l'obligation de renforcer les soins de fin de vie en mettant en place les ressources nécessaires pour en améliorer la qualité, de créer l'éventail des services requis, de collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux et des professionnels de la santé pour assurer que les soins soient fournis quand et là où ils sont nécessaires, et de répondre aux changements et aux défis posés par la société et la technologie en investissant dans les innovations, la recherche et l'éducation.

### **Recommandations : Soins de fin de vie**

12. Le gouvernement fédéral devrait mettre en œuvre des normes universelles sur la prestation de soins de fin de vie sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique, sans égard au contexte, et garantir l'accès à un vaste éventail de services de soins de fin de vie de base et avancés et de soins coordonnés.
13. Le gouvernement fédéral devrait faire disparaître les obstacles fédéraux qui empêchent les infirmières et infirmiers praticiens, ainsi que d'autres professionnels de la santé d'occuper leur champ d'exercice au complet (p. ex., en prescrivant des stupéfiants pour traiter la douleur, en transférant des patients vers des soins appropriés et en établissant des plans de traitement).
14. Le gouvernement fédéral devrait promouvoir des moyens d'appui qui permettront à tous les fournisseurs de soins de santé d'occuper leur champ d'exercice au complet.
15. Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces, les territoires et les associations afin de mettre en œuvre des pratiques exemplaires et des modèles de soins de fin de vie qui incluent une collaboration interprofessionnelle appropriée, des professionnels de la santé qui occupent leur champ d'exercice au complet et l'accès pour les patients aux bons fournisseurs au bon moment. Les soins palliatifs sont optimisés lorsqu'ils sont fournis par une équipe dont chaque membre joue un rôle qui répond à un besoin particulier du client.
16. Le gouvernement fédéral devrait investir dans des technologies d'innovation qui amélioreront les soins et l'efficacité.
17. Le gouvernement fédéral devrait appuyer la recherche et l'éducation qui maximiseront la collaboration interprofessionnelle, les résultats pour la santé et la qualité des soins.
18. Le gouvernement fédéral devrait créer et appuyer la capacité de leadership infirmier dans le continuum des soins dans le secteur des soins palliatifs et des soins de compassion. Il devrait appuyer la pratique interprofessionnelle et encourager la composition appropriée des effectifs où tous les fournisseurs occupent leur champ d'exercice au complet et donnent accès à un éventail complet de services.

### **Résumé**

Au cours de la prochaine décennie, nous aurons un système de santé qui connaîtra un changement massif – à cause à la fois des problèmes auxquels nous faisons face maintenant et d'autres que nous ne pouvons prévoir. Nous devons nous adapter aux changements que nous imposent les réalités d'une population vieillissante, la société et l'environnement où nous vivons, ainsi que le besoin d'un système de santé plus efficace et abordable. Nous pouvons toutefois provoquer aussi le changement grâce aux données probantes dont nous disposons. Nous avons la possibilité d'investir dans un changement qui reflète l'innovation, le savoir nouveau, la technologie nouvelle et de nouvelles façons de penser.

C'est essentiellement ce que les infirmières et infirmiers vous demandent de faire : voir les soins de santé de façons nouvelles et différentes – voir le tableau d'ensemble et comprendre que les soins de santé seront fournis aux Canadiennes et Canadiens à domicile et dans des cliniques communautaires autant que dans les hôpitaux et les cabinets de médecins, que le leadership fédéral joue un rôle crucial dans la transformation dont notre système de santé a besoin et que pour trouver la solution, il est essentiel d'écouter les infirmières et infirmiers, fournisseurs de soins de santé qui passent plus de temps que tous les autres face à face personne avec les Canadiennes et Canadiens.

Les infirmières et infirmiers du Canada savent que le système d'assurance-maladie est certainement viable. Nous pouvons et devons toutefois le rendre plus dynamique, plus rentable et plus efficient sans renoncer à notre capacité de fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique. C'est l'assise sur laquelle reposent tant de nos valeurs et sur laquelle comptent tellement nos citoyens les plus vulnérables. Nous vous demandons de faire vôtre notre vision et de nous permettre de vous aider à redynamiser le système.

## Références

Association canadienne des individus retraités. (2010a). *A new vision of aging for Canada*. Extrait le 23 novembre 2010 de <http://www.carp.ca/About/index.cfm>

Association canadienne des individus retraités. (2010b). *Mental health, community support, and an aging society*. Extrait le 29 octobre 2010 de <http://www.carp.ca/advocacy/adv-article-display.cfm?documentID=5223>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Prestation de soins infirmiers de fin de vie*. [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Barbera, L., Paszat, L. et Chartier, C. (2006). Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario. *Journal of Palliative Care*, 22(1), 12-17.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2008). *Seniors' mental health in Canada: position paper 40th general election*. Extrait le 23 novembre 2010 de <http://www.ccsmh.ca/pdf/Federal%20Election%20-%20CCSMH%20position%20paper.pdf>

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (Mai 2006). *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa : le Sénat. Extrait le 22 novembre 2010 de <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/pdf/rep02may06part1-f.pdf>

Conference Board du Canada. (2009). *Society: Elderly poverty*. Ottawa : auteur. Extrait le 23 novembre 2010 de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/elderly-poverty.aspx>

Gibson, S. J. (2003). Pain and aging: The pain experience over the adult life span. Dans J. O. Dostrovsky, D. B. Carr et M. Koltzenburg (dir.), *Proceedings of the 10th World Congress on Pain* (pp. 767-790). Seattle, WA : IASP Press.

Goodridge, D., Bond, J., Cameron, C. et McKean, E. (2005). End-of-life care in a nursing home: A study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(5), 226-232.



Gouvernement du Canada. (2009). *Les mauvais traitements envers les aînés. Il est temps d'ouvrir les yeux*. Ottawa : Aînés Canada. Extrait le 23 novembre 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/age-abuse-broch-fra.pdf>

Hadjistavropoulos, T., Marchildon, G. P., Fine, P. G., Herr, K., Palley, H. A., Kaasalainen, S., et coll. 2009. Transforming long-term care pain management in North America: The policy-clinical interface. *Pain Medicine*, 10(3), 506-520.

Heyland, D., Groll, D., Roceker, G., Dodek, P., Gafni, A., Tranmer, J., et coll. (2005). End-of-life care in acute care hospitals in Canada. A quality finish? [prepared for the Canadian Researchers End of Life Network]. *Journal of Palliative Care*, 21(3), 142-150.

Kelly, K. (1995). The Patient Self-Determination Act. A matter of life and death. *Physician Assistant*, 19(3), 49, 53-56, 59-60.

Khandor, E. et Mason, K. 2007. *The street health report 2007*. Toronto : Street Health et Wellesley Institute.

Matzo, M. (1997). The search to end suffering: A historical perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(3), 11-17.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2009). *Chaque porte est la bonne porte. Vers une stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Document de travail*. Toronto : auteur.

Nations Unies. Conseil des droits de l'homme. (3 mars 2009). Examen périodique universel. Rapport du Groupe de travail sur l'examen périodique universel : Canada. New York : Nations Unies. Extrait le 23 novembre 2010 de [http://www.pch.gc.ca/pgm/pdp-hrp/inter/wrk\\_grp-eng.pdf](http://www.pch.gc.ca/pgm/pdp-hrp/inter/wrk_grp-eng.pdf)

Pickering, G. (2005). *Age differences in clinical pain states*. Dans S. Gibson et D. Weiner (dir.), *Pain in older persons* (pp. 67-86). Seattle, WA : IASP Press.

Scofield, H. (19 novembre 2010). Health of 400,000 'nearly homeless' as dire as those on streets: study. *Globe and Mail*. Extrait le 22 novembre 2010 de <http://www.theglobeandmail.com/news/national/health-of-400000-nearly-homeless-canadians-as-poor-as-those-on-streets-study/article1805746/>

Société Alzheimer du Canada. (2009). *Raz de marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada 2008 à 2038*. Ottawa : auteur.

Walker, J. D., Morris, K. et Frood, J. CIHI survey: Alternative level of care in Canada. A summary. *Healthcare Quarterly*, 12(2), 21-23.

Wellesley Institute. (5 novembre 2009). *Canada needs a national housing strategy that engages key partners from the community up: A submission from the Wellesley Institute to the Commons HUMA committee for its review of Bill C-304*. Toronto : auteur.

Widger, K., Davies, D., Drouin, D., Beaune, L., Daoust, L., Farran, R., et al. (2007). Pediatric patients receiving palliative care in Canada: Results of a multicenter review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(6), 597-602.

Wilson, D. M., Birch, S., Sheps, S., Thomas, R., Justice C. et MacLeod, R. (2008). Researching a best-practice end-of-life care model for Canada. *Revue canadienne du vieillissement*, 27(4), 319-330.

Wilson, D. M., Truman, C. D., Thomas, R., Fainsinger, R., Kovacs-Burns, K., Froggatt, K., et al. (2009). The rapidly changing location of death in Canada, 1994–2004. *Social Science & Medicine*, 68(10), 1752-1758.