

Soins palliatifs et de fin de vie

Septembre 2017

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



RAPPORTS SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

Tous les Canadiens atteints de cancer devraient bénéficier des meilleurs soins palliatifs possible, au moment où ils en ont besoin et là où ils le souhaitent. Ces soins devraient répondre aux besoins physiques, émotionnels et spirituels de chacun d'entre eux, ainsi que des personnes qui s'occupent d'eux.

Pour permettre aux patients atteints de cancer de bénéficier de ce type de soins, le système canadien de soins liés au cancer doit procéder à deux changements clés :

- 1 Les administrateurs des soins de santé doivent adopter, élaborer et mettre en œuvre des normes ou des guides de pratique pour recenser, évaluer et orienter les patients vers des services de soins palliatifs plus tôt au cours de l'évolution de leur maladie afin de s'assurer qu'ils bénéficient d'une qualité de vie optimale.
- 2 Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent veiller à ce que des services communautaires pluridisciplinaires de soins palliatifs adéquats soient offerts à domicile, dans des centres de soins palliatifs et dans des établissements de soins de longue durée afin de s'assurer de répondre aux besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie ainsi que de réduire le recours aux soins de courte durée.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les soins palliatifs comme « [une approche] qui améliore la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés »¹. D'après l'OMS, les patients doivent bénéficier de soins palliatifs « tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie ».



Avantages des soins palliatifs précoces pour les patients atteints de cancer et les aidants familiaux

L'intégration des soins palliatifs très tôt dans l'évolution de la maladie contribue à améliorer la qualité de vie du patient (meilleure maîtrise de ses symptômes, atténuation de son anxiété et de sa douleur, soutien accru quant à la prise en charge de ses besoins émotionnels, sociaux et spirituels), et lui permet également de ressentir une plus grande satisfaction à l'égard des soins qui lui sont prodigués. Dans certains cas, les soins palliatifs prolongent la vie du patient^{2,3}.

L'intégration plus précoce des soins palliatifs dans la planification des traitements et des soins courants, tout comme la prestation de ces soins dans la communauté, peut :

- réduire le nombre de consultations non prévues au service des urgences;
- diminuer le nombre d'hospitalisations évitables;
- écourter la durée d'hospitalisation;
- améliorer le ressenti physique et émotionnel des patients et des familles;
- offrir au patient en phase terminale la possibilité, s'il le souhaite, de mourir chez lui, avec tout le soutien nécessaire^{4,5}.



FIGURE 1
Modèle de soins palliatifs en « nœud papillon »

Intégration précoce des soins palliatifs

Le modèle en « nœud papillon » ci-dessus (figure 1) illustre le concept consistant à instaurer les soins palliatifs tôt au cours de l'évolution de la maladie⁶. Le triangle bleu représente la prise en charge de la maladie, notamment la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie et les soins psychosociaux connexes. Le triangle rose représente les soins palliatifs, notamment la prise en charge de la douleur et des symptômes, ainsi que les soins psychosociaux connexes. La maladie du patient peut avoir pour issue la réadaptation et la survie ou les soins de fin de vie et le décès. Le patient chemine alors tout au long d'un parcours complémentaire de prise en charge de la maladie et de prestation de soins palliatifs, qui privilégie de plus en plus les soins palliatifs en fin de vie.

Les soins palliatifs peuvent et devraient être étendus non seulement au patient, mais également à sa famille et aux autres personnes qui prennent soin de lui, et peuvent inclure les éléments suivants :

- formation à la maladie du patient et au pronostic;
- établissement de relations avec le patient et les aidants familiaux;
- soutien psychosocial (émotionnel et comportemental) et spirituel;
- discussion à propos des objectifs thérapeutiques;
- prise en charge complète des symptômes tels que la douleur, la fatigue, la dépression et l'anxiété;
- coordination avec une équipe multidisciplinaire (infirmières, médecins, autres fournisseurs de soins de santé);
- aide aux personnes en deuil⁷.

« Dans le cas des soins palliatifs, nous avons tendance à mettre l'accent sur les questions de fin de vie, mais nous devons tendre vers une approche palliative des soins dès le diagnostic. »

Penelope

aidante familiale

L'opinion des Canadiens sur les soins palliatifs



D'après une enquête récente menée auprès de 1 540 Canadiens, seules 58 % des personnes interrogées savaient que les soins palliatifs sont accessibles à toute personne qui en a besoin. Au cours des dix dernières années, au Canada, un peu plus de la moitié (51 %) des personnes interrogées ont eu dans leur entourage un être cher qui a reçu des soins palliatifs⁸. Mais seules 16 % d'entre elles ont indiqué que leur proche en avait bénéficié à domicile ou dans un centre de soins palliatifs, même si les patients et leur famille attribuent à ces environnements de soins les taux de satisfaction les plus élevés (jusqu'à 93 %).

La plupart des personnes (90 %) s'accordaient à dire que les patients devraient avoir le droit de bénéficier de soins à domicile à la fin de leur vie⁸. Or, les services ou ressources disponibles en matière de soins palliatifs à domicile (par exemple, aide aux personnes en deuil, soutien financier, accès aux équipements à domicile, répit pour les prestataires de soins, physiothérapie et soutien émotionnel) ne sont pas suffisants.



« Nous avons parlé des soins palliatifs dès le début, mais Doug n'aimait pas ce mot. Il pensait ne pas en avoir encore besoin. Il imaginait que ces soins étaient réservés aux personnes âgées et en fin de vie, et il pensait ne pas en être encore là. Ma sœur, infirmière en oncologie, nous a aidés à comprendre que les soins palliatifs ne se résument pas à cela. Il s'agissait de nous soutenir et de nous aider à vivre le mieux possible jusqu'à la fin. »

Marie
aidante familiale

Marie livre ses réflexions sur le cancer de son époux, son expérience des soins palliatifs et de fin de vie, et sa décision de mourir chez lui.

DIAGNOSTIC

Mon époux, Doug, était âgé de 50 ans lorsqu'il a reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade IV. Sachant que Doug avait une très bonne hygiène de vie et ne fumait pas, nous sommes littéralement tombés des nues à l'annonce de son cancer. Malgré des douleurs osseuses et thoraciques, il avait négligé de consulter notre médecin de famille. Peu après, victime de convulsions importantes, Doug a été hospitalisé. Un scanner a alors mis en évidence la présence de lésions dans le cerveau de Doug. Les médecins nous ont annoncé qu'il ne pourrait bénéficier que de soins palliatifs et qu'il ne guérirait pas.

CHOC

Il va sans dire que cette annonce nous a bouleversés. Nous ne nous y attendions pas du tout, mais nous étions désormais fixés sur son avenir et sur ce qui nous attendait. Les seules incertitudes portaient sur la durée de cette épreuve et sur les événements qui pourraient survenir.

QUALITÉ DE VIE

Doug et moi avons eu des conversations délicates sur ce que nous souhaitions et sur ce qui comptait le plus à nos yeux. Nous avions une entreprise, un fils de 13 ans, nous étions de jeunes quinquagénaires ambitieux sur le plan professionnel, nous étions

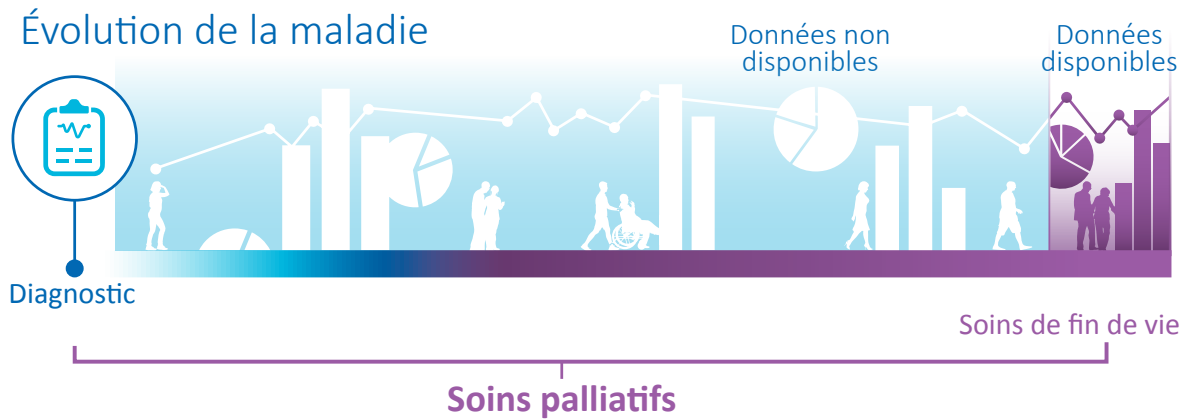
entourés d'une famille étendue très aimante, et nous devons maintenant faire face à cette épreuve. Nous avons décidé de l'affronter avec courage, de nous soutenir l'un et l'autre et de conserver la meilleure hygiène de vie possible, le plus longtemps possible.

SOUTIEN

Au début, nous n'avons pas eu recours à toutes les solutions que les soins palliatifs offrent. Nous avons engagé une infirmière à domicile afin qu'elle aide Doug pendant la journée. Le médecin de famille de Doug a été sensationnel : il lui a rendu visite à domicile, tout comme le pasteur de notre communauté, qui est venu l'encourager et prier avec lui. Le soutien dont nous avons bénéficié, tant sur le plan physique que spirituel et financier, nous a aidés à y voir plus clair et nous a appris à faire face à cette situation et à la gérer.

DÉCISION DE MOURIR À LA MAISON

Doug tenait absolument à mourir chez lui. J'ai quitté mon travail pour être à ses côtés et le soutenir en permanence; je suis devenue la principale responsable de ses soins. Doug a vécu ses derniers jours à la maison, là où il souhaitait être. Il s'est impliqué dans la vie de famille autant qu'il a pu, jusqu'à la fin. Doug s'est éteint entouré de ses proches. C'était un moment empreint de tristesse et de beauté à la fois. Nous avons respecté son souhait d'être chez lui. Il était si important que nous le réalisions.



Limites de la mesure et de la communication de données sur les soins palliatifs et de fin de vie au Canada

En raison du manque de données, la communauté de la lutte contre le cancer a éprouvé des difficultés à mesurer les pratiques et les services de soins palliatifs au sein du système de soins de santé et à produire des rapports. De nombreux établissements proposent des soins palliatifs, notamment les hôpitaux, les cliniques de jour, les centres de soins palliatifs et les établissements de soins de longue durée. Ce type de soins est également proposé au domicile des patients, une variété de configurations qui pose un sérieux problème pour la collecte de données. Les données relatives aux soins communautaires, aux services de soins primaires et aux services de jour n'étaient pas disponibles pour cette analyse.

La plupart des mesures utilisées dans ce rapport examinent uniquement les soins de fin de vie, une composante des soins palliatifs, et dans un seul secteur (soins prodigués lors d'hospitalisations dans des établissements de soins de courte durée), et non tout au long du parcours du patient. Les données dont nous disposons ne portent pas sur l'ensemble des services de soins palliatifs proposés ni sur l'intégralité de leur portée. Elles ne renseignent pas non plus sur les patients qui ont bénéficié de soins palliatifs dans d'autres contextes (par exemple, soins palliatifs ambulatoires).

L'établissement de rapports sur les données que nous possédons devrait :

- 1 mettre l'accent sur les lacunes concernant les renseignements disponibles sur la prestation de soins palliatifs à l'échelle du système au Canada;
- 2 stimuler la production de données de meilleure qualité;
- 3 promouvoir la prestation de soins palliatifs de meilleure qualité.

« Il ne faut pas avoir peur des soins palliatifs. Ils constituent une approche qui vous permet de vivre le reste de votre vie de la meilleure façon possible. Il ne s'agit pas d'arrêter le traitement. Les soins holistiques devraient commencer au moment où le diagnostic est posé et ils devraient englober des soins et un soutien psychosociaux tant pour le patient que pour son principal prestataire de soins. Les patients doivent bénéficier d'une évaluation continue de leurs besoins tout au long de leur parcours. »

Penelope
aidante familiale

« Lorsque vous devez faire face à ce type de situation, vous l'acceptez en quelque sorte et vous en accommodez. En revanche, si j'avais eu à l'époque les renseignements dont je dispose aujourd'hui sur les soins palliatifs, j'aurais sans doute moins accepté les soins que nous avons reçus. À l'époque, je ne comprenais pas le concept des soins palliatifs. Je sais maintenant que les soins palliatifs auraient été plus efficaces que les soins dont nous avons bénéficié. »

Jane
aidante familiale

Des soins de santé efficaces intègrent le plus tôt possible les soins palliatifs dans le parcours du patient.

D'après les données dont nous disposons, les patients atteints de cancer décédant dans des établissements de soins de courte durée ne bénéficient pas toujours, au début de leur maladie, de soins palliatifs en milieu hospitalier. Nous avons besoin de données nationales de meilleure qualité sur les soins palliatifs prodigués dans l'ensemble des contextes de soins.

- Toujours d'après nos données, 13,5 % des patients atteints de cancer décédés dans des établissements de soins de courte durée n'ont pas été désignés comme nécessitant des soins palliatifs en milieu hospitalier. Pour les patients désignés comme tels, les données laissent entendre que la plupart d'entre eux (66,4 %) ont reçu des soins palliatifs en milieu hospitalier uniquement au cours de leur dernière hospitalisation, une mesure peut-être trop tardive pour que les patients puissent profiter pleinement des avantages des soins palliatifs (figure 2).
- Pour permettre d'établir des rapports plus pertinents sur les soins palliatifs, le système canadien de lutte contre le cancer doit rassembler plus de données nationales sur la façon dont nous prodiguons ces soins dans l'ensemble du système de soins de santé. Les soins palliatifs peuvent être proposés dans de nombreux contextes différents; une évaluation à l'échelle du système pourrait illustrer le recours aux soins palliatifs dans l'ensemble du pays et indiquer si les soins sont prodigués de façon précoce dans le parcours du patient ou en fin de vie.
- Une idée reçue peut également constituer un obstacle à la prestation de soins palliatifs. Ces derniers sont en effet souvent considérés, à tort, comme des soins de fin de vie. Les prestataires de soins de santé peuvent craindre que la proposition précoce de ce type de soins amenuise l'espoir des patients et de leur famille (cela préoccupe d'ailleurs souvent les médecins, qui préfèrent ne pas parler de soins palliatifs au milieu du traitement).

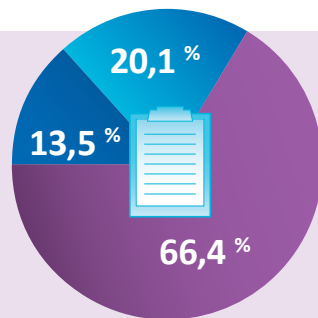


FIGURE 2

Utilisation de la désignation de soins palliatifs pour les personnes décédées des suites d'un cancer dans un hôpital de soins de courte durée, au Canada – années 2014-2015 combinées

- Patients qui n'ont pas reçu de code de soins palliatifs
- Patients qui ont reçu le premier code de soins palliatifs avant la dernière admission
- Patients qui ont reçu le premier code de soins palliatifs au moment de la dernière admission

Analyse des soins palliatifs en milieu hospitalier

Dans un hôpital de soins de courte durée, un « code » doit être attribué dès lors qu'un médecin indique la nécessité de prodiguer des soins palliatifs. Il peut s'agir de la nécessité de procéder à une consultation en soins palliatifs et de mettre en place un plan thérapeutique de soins palliatifs, d'une note du médecin du type « patient palliatif », « situation palliative », « soins de fin de vie », « soins de confort », « soins de soutien » ou « soins de compassion »,

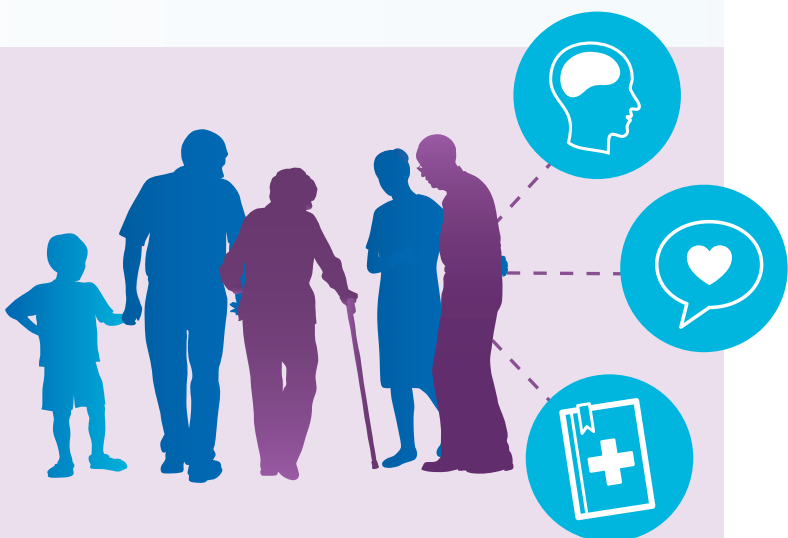
ou du recours à des conseils, traitements et services spécifiques aux soins palliatifs⁹.

Mais, fait important, un code de soins palliatifs ou une note dans le dossier médical du patient ne nous communique aucun renseignement sur l'ensemble des services de soins palliatifs dont il a réellement bénéficié ni sur leur portée. Cela ne signifie pas non plus que le patient a bénéficié de soins palliatifs optimaux.

Figure 2

Les données incluent toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec. Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients.

L'intégration précoce des soins palliatifs (y compris des soins palliatifs à domicile) améliore la satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge. Elle permet également de mieux maîtriser la douleur et les autres symptômes, et elle contribue à soutenir de façon plus efficace les patients et leur famille, sur le plan émotionnel et psychologique. Elle peut réduire la durée d'hospitalisation, ainsi que l'administration excessive de traitements potentiellement inefficaces ou agressifs en fin de vie. L'intégration des soins palliatifs passe par la coordination des différents services centrés sur les besoins et les préférences des patients atteints d'un cancer à un stade avancé, ainsi que sur les besoins de leur famille.



Intégration des soins palliatifs et de fin de vie

En 2014, le Partenariat canadien contre le cancer a créé un Réseau national des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) pour répondre aux priorités nationales visant à améliorer les soins palliatifs et de fin de vie. Ce réseau est composé de personnes nommées provenant des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de représentants des organismes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer, des directeurs de programmes gérés par des organisations nationales détenant un intérêt direct ou des responsabilités dans la prestation des soins palliatifs, ainsi que de patients atteints de cancer ou de membres de la famille des patients représentant le public.

Le Réseau national des SPFV a déterminé que l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie représentait à la fois une possibilité et un besoin importants pour les Canadiens. L'objectif de l'intégration des soins palliatifs et des soins oncologiques est d'améliorer la qualité des soins palliatifs et l'accès précoce à ces soins, mais aussi de répondre aux besoins variés des patients atteints de cancer et de leur famille. Un groupe de travail a été chargé d'examiner et de promouvoir les meilleures pratiques relatives à l'intégration des soins palliatifs.

Un sondage en ligne a été mené auprès de tous les centres régionaux de cancérologie au Canada afin de recueillir des renseignements sur leurs programmes et services de soins palliatifs et d'évaluer l'état actuel de l'intégration des soins palliatifs et de fin de vie dans ces centres. À la fin du mois de février 2017, 80 % des centres avaient répondu. La majorité des répondants ont indiqué qu'ils possédaient des cliniques de jour spécialisées dédiées aux soins palliatifs (sans compter les cliniques interventionnelles spécialisées comme les cliniques d'accès à la radiothérapie palliative). De plus, les répondants ont indiqué que le dépistage normalisé des symptômes relevait des cliniques de jour dédiées aux soins palliatifs. Les critères d'admissibilité à l'orientation d'un patient vers une clinique de soins palliatifs ou à une consultation dans une telle clinique incluaient notamment un pronostic de moins d'un an, un pronostic de moins de six mois, une maladie métastatique, l'absence de chimiothérapie planifiée et la persistance de symptômes nécessitant une intervention spécialisée.

Les résultats obtenus à ce jour permettent de mieux comprendre l'intégration des soins palliatifs dans les centres de cancérologie. En outre, un sondage a été mis au point dans le but d'évaluer l'intégration des soins palliatifs dans le secteur des soins hospitaliers de courte durée. Les conclusions de ce sondage devraient fournir de plus amples renseignements sur l'intégration des soins palliatifs à l'échelle du Canada.

Les patients dont la maladie a atteint un stade avancé doivent pouvoir accéder à des soins rapides et efficaces dans la collectivité (notamment aux soins primaires et aux soins à domicile) et recevoir des soins hospitaliers de courte durée uniquement lorsque cela s'avère nécessaire.

Bon nombre de patients atteints de cancer arrivant en fin de vie sont admis dans un hôpital de soins de courte durée ou se rendent aux urgences, souvent à plusieurs reprises. Les soins de fin de vie proposés à domicile et dans la collectivité ne répondent parfois pas aux besoins des patients.

Les hôpitaux de soins de courte durée ont un rôle à jouer dans la prise en charge des besoins en soins de santé des personnes atteintes de cancer en fin de vie. Mais nous devons faire notre possible pour proposer des soins de fin de vie dans d'autres contextes, y compris à domicile ou en centre de soins palliatifs, lorsque cela est plus approprié.

Parfois, des patients sont hospitalisés inutilement en fin de vie parce qu'ils n'étaient pas prêts à rentrer chez eux au moment de leur congé ou en raison de l'insuffisance des services de soutien et des ressources communautaires. Cela inclut la disponibilité limitée des soins palliatifs à domicile.

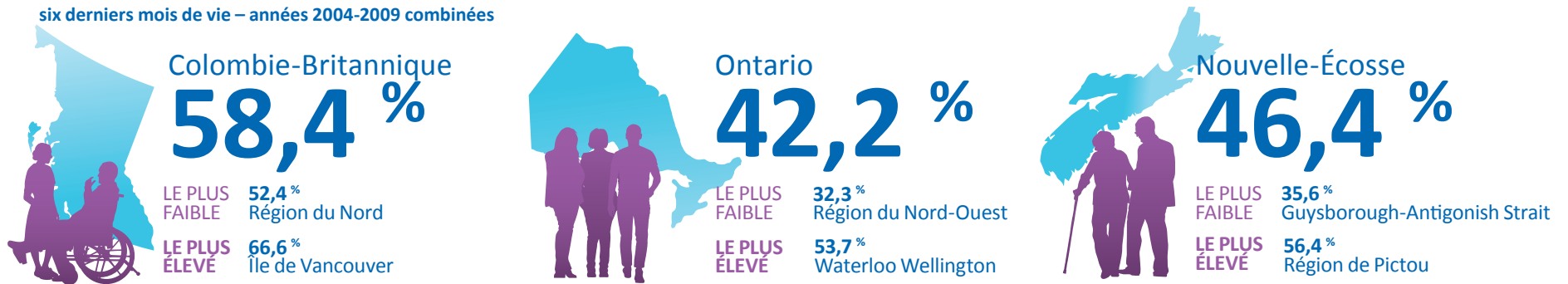
Parfois, les aidants familiaux d'un patient sont surchargés. Mais les multiples visites à l'hôpital peuvent s'avérer pénibles et épuisantes pour les patients et les personnes qui s'occupent d'eux. Les temps d'attente peuvent être longs et l'environnement hospitalier peut être stressant et surpeuplé, en plus d'exposer les patients aux infections. L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et certaines régions de l'Alberta disposent maintenant de services paramédicaux soutenant les programmes de soins palliatifs à domicile, de sorte que les patients à domicile accèdent plus facilement aux soins, à tout moment.

L'accès aux soins palliatifs à domicile prodigués par un médecin, une infirmière ou un préposé aux services de soutien à la personne est un indicateur de la qualité des soins de santé. Ce type de soins est souvent associé à un nombre inférieur de consultations non planifiées au service des urgences et à une possibilité accrue, pour les patients, de mourir chez eux s'ils le désirent^{4,5,10}. Dans les plus petites régions, les soins palliatifs à domicile sont intégrés aux soins généraux à domicile.

Accès aux soins palliatifs à domicile

FIGURE 3

Soins palliatifs à domicile prodigués par une infirmière ou un préposé aux services de soutien à la personne au cours des six derniers mois de vie – années 2004-2009 combinées



- D'après une étude réalisée dans trois provinces, le pourcentage moyen de patients ayant bénéficié de soins palliatifs à domicile prodigués par une infirmière ou un préposé aux services de soutien à la personne au cours de leurs six derniers mois de vie était de 42,2 % en Ontario, de 46,4 % en Nouvelle-Écosse et de 58,4 % en Colombie-Britannique (figure 3)¹¹.
- Les provinces présentaient des variations régionales. Par exemple, en Ontario, le recours aux soins palliatifs à domicile variait de 21 points de pourcentage entre les régions sanitaires.
- Les facteurs susceptibles d'influer sur l'accès aux soins à domicile sont la présence de personnes à domicile disposées à s'occuper du patient (pour l'administration du traitement et la prise en charge des symptômes, par exemple) et le coût des traitements, qui peut être couvert par le système de soins de santé du Canada, par une assurance privée ou par paiement direct remboursable, selon la situation.

Figure 3

Source des données : © 2015 American Society of Clinical Oncology. Reproduction sur autorisation. Tous droits réservés. Barbera, L. et coll. (2015) : *J Oncol Pract* (Quality Indicators of End-of-Life Care in Patients with Cancer: What Rate is Right?). Vol. 11(3), 279-287.

Durée de séjour dans les hôpitaux de soins de courte durée

- En moyenne, la moitié des patients décédés d'un cancer ont passé près d'un mois dans un hôpital de soins de courte durée vers la fin de leur vie : la durée de séjour médiane cumulée au cours des six derniers mois de vie allait de 17 jours (Ontario) à 25 jours (Manitoba) (figure 4).

FIGURE 4

Durée de séjour cumulée dans des hôpitaux de soins de courte durée au cours des six derniers mois de vie, par province – années 2014-2015 combinées

Figure 4

Données non disponibles pour le Québec et les territoires. Les décès survenus dans des hôpitaux de soins de courte durée incluaient les adultes de 18 ans et plus ayant reçu leur congé au cours des exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016. Certains hôpitaux de soins de courte durée du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard comportent des unités de soins palliatifs, si bien que la durée de séjour cumulée peuvent sembler plus élevés que dans d'autres provinces. Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients.

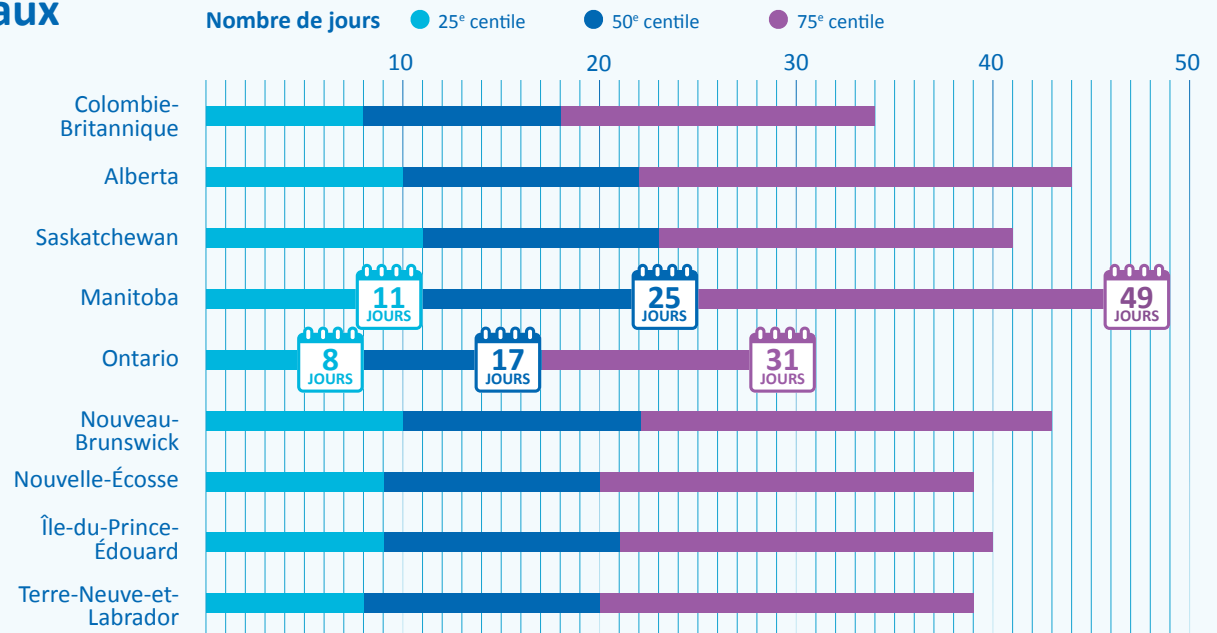
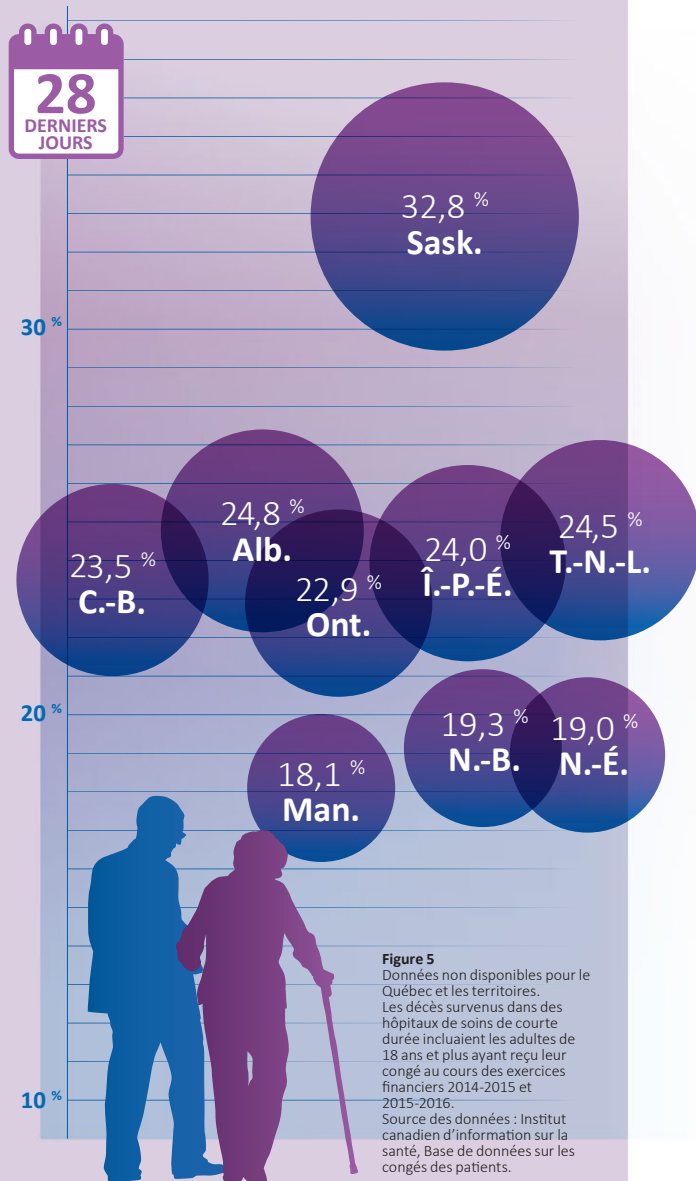


FIGURE 5

Au moins deux hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée au cours des 28 derniers jours de vie, par province – années 2014-2015 combinées



Admissions de patients dans des hôpitaux de soins de courte durée et visites aux urgences au cours du dernier mois de vie

- À l'échelle nationale, près d'un quart (23 %) des patients sont admis dans un hôpital de soins de courte durée au moins deux fois dans leur dernier mois de vie (figure 5).
 - Un hôpital de soins de courte durée peut s'avérer le lieu idéal pour les patients présentant des besoins complexes sur le plan médical. Cependant, des hospitalisations plus longues et plus fréquentes peuvent indiquer la présence de lacunes dans les services de soins palliatifs ambulatoires ou communautaires.
 - De multiples changements de contexte de soins peuvent dégrader la qualité de vie d'un patient en fin de vie. Une bonne communication entre le patient, la famille et les médecins, notamment une description claire des objectifs thérapeutiques du patient, peut améliorer la qualité des soins palliatifs et les centrer sur les besoins du patient et des personnes qui s'en occupent.
- En Ontario et en Alberta (les seules provinces dans lesquelles ces données sont disponibles), 24,5 % des patients atteints de cancer se sont rendus au service des urgences au moins deux fois au cours de leur dernier mois de vie (figure 6).
 - C'est en continuant à veiller à ce que les services communautaires, ambulatoires et cliniques appropriés (y compris les soins à domicile) soient disponibles que l'on réduira le nombre de consultations au service des urgences.

FIGURE 6

Consultations au service des urgences au cours des 28 derniers jours de vie, en Ontario et en Alberta combinés – années 2014-2015 combinées

● Aucune consultation ● Une consultation ● Au moins deux consultations

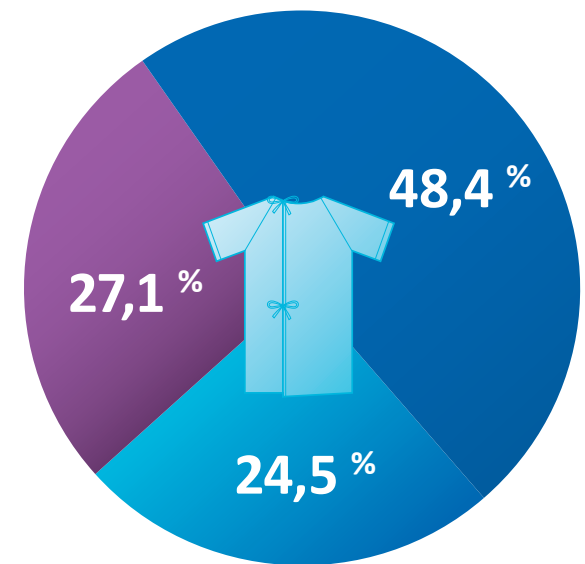


Figure 6

Les données concernent uniquement les patients de l'Ontario et de l'Alberta (où nous disposons de données complètes sur les services d'urgence) décédés des suites d'un cancer dans des hôpitaux de soins de courte durée. Le groupe « Aucune consultation » comprend les patients déjà hospitalisés 28 jours avant leur décès. Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients, 2014-2015 et 2015-2016; Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2013-2014 à 2015-2016.

Admissions de patients en unité de soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie

- Une proportion relativement faible de patients décédés d'un cancer dans un hôpital de soins de courte durée ont été admis dans une unité de soins intensifs (USI) au cours de leurs 14 derniers jours de vie (entre 6,4 % en Nouvelle-Écosse et 15,1 % en Ontario [figure 7]).
 - Si l'admission en USI des patients atteints de cancer en fin de vie est peu fréquente, le recours à celle-ci varie selon les provinces. Cela signifie qu'il est probable que certains patients puissent recevoir des soins dans d'autres contextes.

« Notre expérience des soins palliatifs a été formidable à bien des égards. Bon nombre de personnes étaient surprises par le fait que nous savions Doug mourant, une réalité qui nous était presque insupportable, mais nous étions chez nous, ensemble, en famille. Dans une certaine mesure, la possibilité d'être ensemble, à la maison, nous a apporté un sentiment de normalité. »

Marie

aidante familiale

FIGURE 7

Admissions en unité de soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie, par province – années 2014-2015 combinées

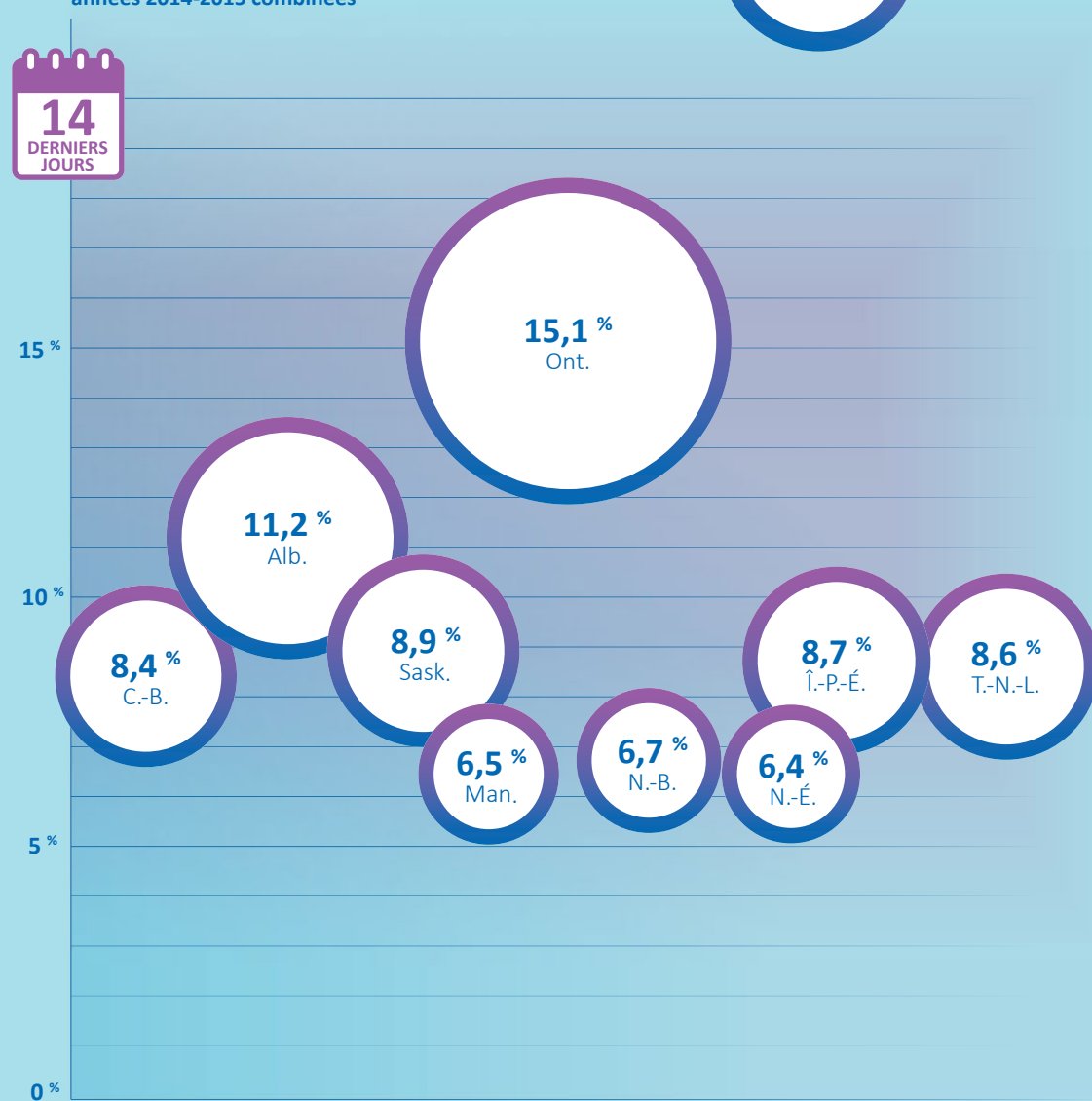


Figure 7

Données non disponibles pour le Québec et les territoires. Les données sur les admissions en USI incluent uniquement les établissements qui communiquent leurs données sur ces unités. Les décès survenus dans des hôpitaux de soins de courte durée incluaient les adultes de 18 ans et plus ayant reçu leur congé au cours des exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016.

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients.

De 2014 à 2015, parmi les patients atteints de cancer décédés dans un hôpital de soins de courte durée,

78 %

ont été admis directement depuis leur domicile

et

70 %

ont été admis par l'entremise du service des urgences

Décès de patients dans des hôpitaux de soins de courte durée

Des enquêtes canadiennes ont révélé que de nombreux patients atteints de cancer préféreraient recevoir des soins et passer leurs derniers jours à domicile ou dans un centre de soins palliatifs plutôt qu'à l'hôpital¹². Toutefois, la disponibilité limitée de ressources adaptées de soins palliatifs communautaires ou à domicile (par exemple, pour veiller à la prise en charge efficace des symptômes) peut compromettre la possibilité pour les patients de passer leurs derniers jours chez eux ou dans un centre de soins palliatifs¹³.

- Au Canada, 43,0 % des décès des suites d'un cancer sont survenus dans des hôpitaux de soins de courte durée. Le pourcentage variait de 37,0 % en Ontario à 70,0 % au Manitoba et au Nouveau-Brunswick (figure 8). Parmi les patients décédés à l'hôpital, 77,9 % y ont été admis directement depuis leur domicile et 70,4 % par l'entremise du service des urgences.
 - Tandis que les sondages menés auprès de patients ont indiqué que les hôpitaux constituent souvent le contexte le moins souhaité pour les soins de fin de vie¹⁴, de nombreux facteurs peuvent influencer sur le lieu où les patients décèdent réellement. Des taux élevés d'hospitalisation par l'entremise des services d'urgence peuvent indiquer un manque de disponibilité ou d'accessibilité des soins primaires et des services communautaires.
 - Des taux élevés de décès à l'hôpital peuvent également refléter un manque de planification pour les décès imminents, avec la nécessité d'un soutien communautaire accru ou de l'orientation vers un contexte de soins autres que les soins de courte durée (par exemple, un centre de soins palliatifs).
 - Si les provinces offrent parfois des services efficaces de soins palliatifs et de fin de vie dans des hôpitaux de soins de courte durée (donnant lieu à un taux plus élevé pour cet indicateur), il s'agit tout de même de services hospitaliers, qui ne peuvent être considérés comme équivalents à des soins de fin de vie à domicile, avec tout le soutien nécessaire.

FIGURE 8
Décès liés au cancer dans des hôpitaux de soins de courte durée, par province – années 2014-2015 combinées

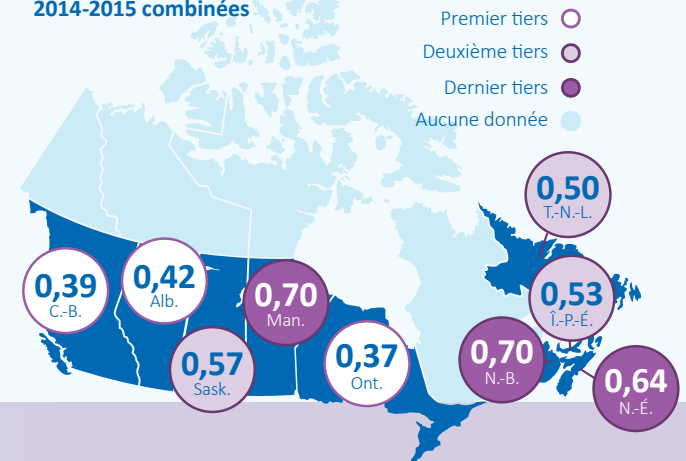


Figure 8
Les données présentées correspondent aux ratios entre le nombre de décès par cancer survenus dans des hôpitaux de soins de courte durée et les cas de mortalité projetés. Les cas de mortalité projetés incluaient tous les décès par cancer de personnes de tout âge (0+) en 2014 et en 2015. Les décès survenus dans des hôpitaux de soins de courte durée incluaient les adultes de 18 ans et plus ayant reçu leur congé au cours des exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016. Nombre de décès liés au cancer dans des hôpitaux de soins de courte durée = 48 987. Données non disponibles pour le Québec et les territoires. Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients; Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

« La mort n'est pas une option, nous y sommes tous confrontés un jour; le soutien et la formation à cet égard ne devraient pas être facultatifs. Chaque fournisseur de soins devrait posséder les connaissances de base en matière de soins palliatifs. »

Dr Bernard Lapointe

fournisseur de soins palliatifs

Des soins de santé efficaces offrent au patient, vers la fin de sa vie, l'assurance de bénéficier de traitements appropriés visant à atténuer ses symptômes et à lui offrir un plus grand confort, tout en respectant ses valeurs et ses préférences.

Relativement peu de patients atteints de cancer ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie au cours de leur dernier mois de vie, ce qui est positif. En revanche, l'accès à la radiothérapie palliative n'est pas toujours suffisant, malgré son efficacité dans la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes.

Pour les patients dont la maladie a atteint un stade avancé et qui arrivent en fin de vie, les soins devraient se concentrer davantage sur la réduction de la douleur et de l'inconfort dans un contexte de soutien, et moins sur des traitements curatifs agressifs et souvent futiles (par exemple, chimiothérapie et chirurgie à visée curative). Le recours à la chimiothérapie au cours des dernières semaines de vie peut diminuer la satisfaction des patients vis-à-vis des soins, accroître le nombre de consultations à l'hôpital, réduire, voire empêcher une prise en charge en centre de soins palliatifs et se solder par le décès du patient dans un hôpital de soins de courte durée¹⁵.

La radiothérapie joue un rôle important dans le traitement curatif du cancer non métastatique, mais il s'agit également d'un traitement palliatif efficace pour les patients dont la maladie a atteint un stade avancé, associé à des douleurs et de l'inconfort, en particulier pour ceux qui présentent des métastases au niveau des os, du cerveau ou de la moelle épinière (provoquant une compression médullaire)¹⁶⁻¹⁸. La radiothérapie palliative doit être accessible aux patients atteints d'un cancer à un stade avancé. Il s'agit d'un aspect important de la qualité des soins.

- Il est encourageant de constater que moins de 4 % des patients atteints de cancer ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie au cours de leurs 30 derniers jours de vie (de 1,8 % en Nouvelle-Écosse à 3,9 % en Ontario) (figure 9).

FIGURE 9

Patients atteints de cancer ayant commencé un nouveau traitement de chimiothérapie[†] au cours de leurs 30 derniers jours de vie, par province — deux dernières années de décès

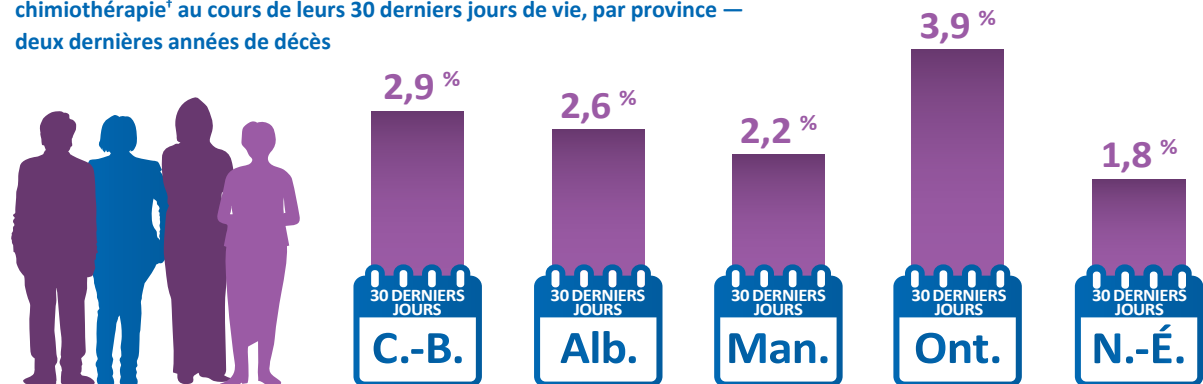


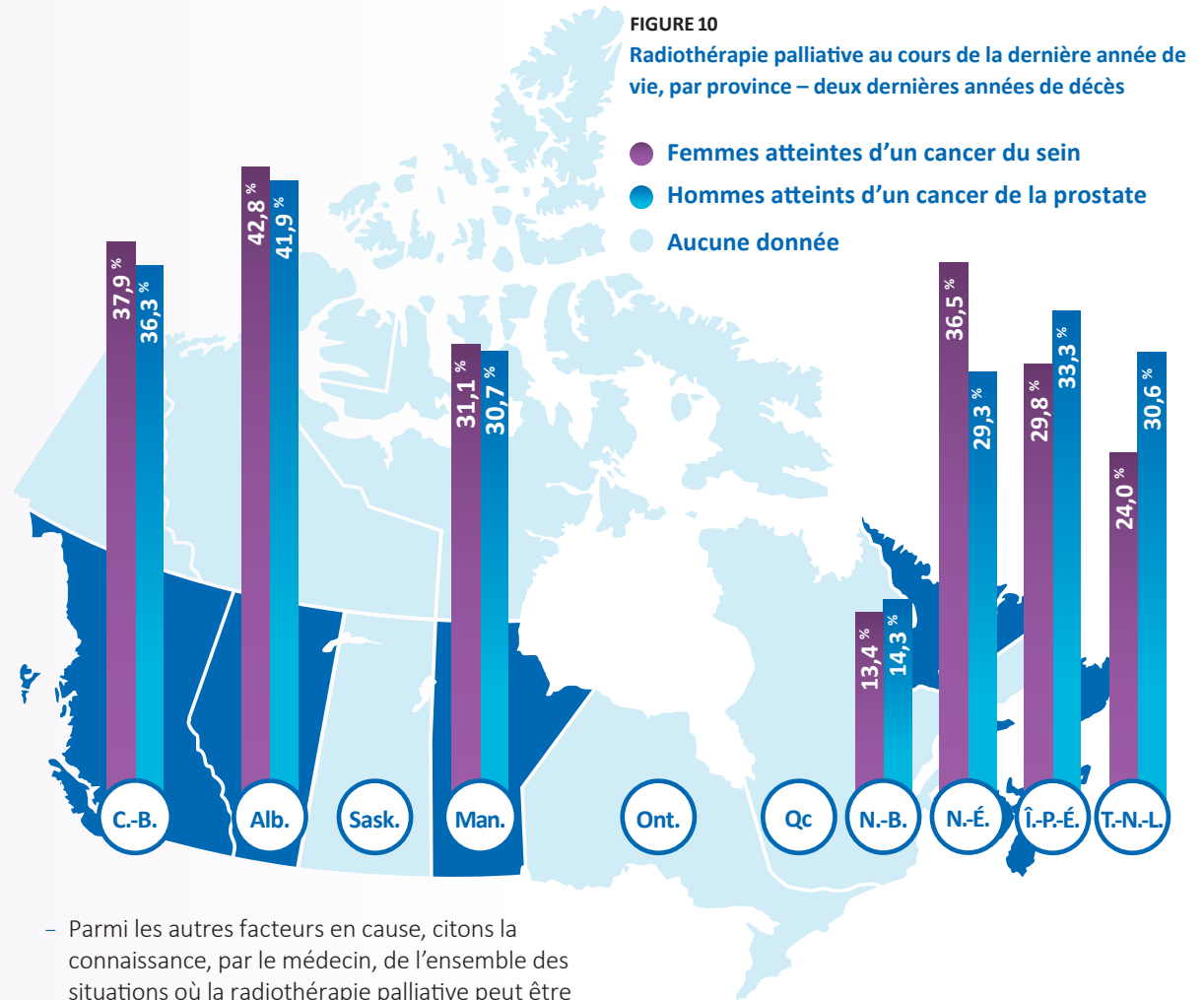
Figure 9

[†]Les données de l'Alberta, du Manitoba et de l'Ontario incluaient la chimiothérapie orale. Au Manitoba, les données sur la chimiothérapie orale contenues dans le registre du cancer n'étaient pas complètes, mais ont été incluses lorsqu'elles étaient disponibles. Les estimations de la Nouvelle-Écosse sont prudentes, car les données sur la chimiothérapie orale n'étaient pas disponibles et les patients atteints d'un cancer hématologique ont été exclus de l'analyse. Les données du Manitoba incluent les années de décès 2011-2012 combinées. Les données de l'Ontario incluent uniquement l'année de décès 2012. Les données des années combinées ne peuvent pas être calculées, car elles ont été supprimées. Les données de toutes les autres provinces incluent les années de décès 2013-2014. Données non disponibles pour la Saskatchewan, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les territoires.

Le recours à la chimiothérapie en fin de vie peut se justifier dans certains cas. Les données peuvent également inclure des patients dont la maladie ne se trouve pas à un stade avancé et qui ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante appropriée, mais qui sont décédés peu après des suites de complications (par exemple, toxicité de la chimiothérapie).
Source des données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Si la chimiothérapie curative ne convient pas toujours aux patients dont la maladie a atteint un stade avancé, la radiothérapie palliative est une option thérapeutique importante pour ceux qui ressentent des douleurs et de l'inconfort à la fin de leur vie.

- Moins de 43 % des patients atteints d'un cancer de la prostate ou du sein ont bénéficié d'une radiothérapie palliative dans leur dernière année de vie (figure 10). D'après les données transmises par les provinces, le recours à la radiothérapie palliative a connu des variations relativement importantes à l'échelle du pays. Pour les hommes atteints d'un cancer de la prostate, les taux variaient de 14,3 % au Nouveau-Brunswick à 41,9 % en Alberta. De même, pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, les taux variaient de 13,4 % au Nouveau-Brunswick à 42,8 % en Alberta.
- Les pratiques des médecins en matière d'orientation des patients peuvent influencer sur le recours à la radiothérapie palliative. Plusieurs facteurs peuvent influencer la décision du médecin lorsqu'il s'agit d'orienter des patients vers ce traitement : âge du patient, type de cancer et stade de la maladie, présence d'affections comorbides, préférences personnelles du patient, et proximité du patient par rapport à un centre de radiothérapie.



- Parmi les autres facteurs en cause, citons la connaissance, par le médecin, de l'ensemble des situations où la radiothérapie palliative peut être utilisée et de son efficacité dans la prise en charge de la douleur, ou encore l'aisance et la capacité du médecin à aborder ce traitement avec ses patients¹⁹.

Figure 10

Données non disponibles pour la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et les territoires. Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador : les données incluent les années de décès 2011-2012 combinées. Les données de toutes les autres provinces incluent les années de décès 2012-2013. Nouveau-Brunswick : les données sur la radiothérapie des années 2011 et 2012 peuvent être incomplètes. Terre-Neuve-et-Labrador : les données sur la radiothérapie de l'année 2011 peuvent être incomplètes. On ignore si l'intention était palliative. Source des données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

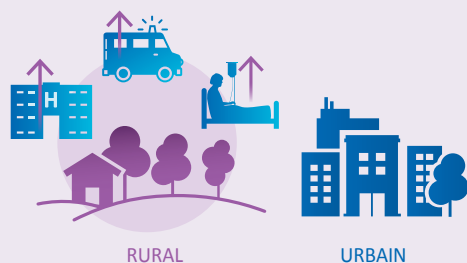
Des soins de santé efficaces signifient que tous les patients atteints de cancer ont accès à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité, centrés sur la personne, quels que soient leur âge, leur lieu de résidence et la maladie dont ils souffrent.

Les données évoquent des différences dans les soins de fin de vie qui, dans certains cas, peuvent indiquer des inégalités dans l'accès aux services nécessaires en fonction du lieu de résidence d'une personne, de son âge et du type de cancer dont elle souffre.

Les populations mal desservies, notamment les populations à faible revenu, autochtones ou rurales, ont souvent des besoins complexes auxquels il est nécessaire de répondre pour veiller à ce qu'elles bénéficient d'un accès équitable aux soins palliatifs et de fin de vie.

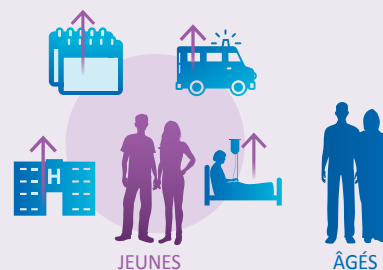
Inégalités dont souffrent les zones rurales

- Les personnes vivant en milieu rural ont une probabilité accrue d'être admises à plusieurs reprises dans un hôpital de soins de courte durée, se rendent plus fréquemment au service des urgences, et sont admises en USI plus souvent en fin de vie.
 - Ces patients n'ont parfois pas accès à des soins primaires adéquats (par exemple, en l'absence de clinique de consultation sans rendez-vous ou en cas de pénurie de médecins de famille). Le manque d'accès aux services communautaires après les heures d'ouverture des cliniques pour les personnes vivant en milieu rural peut augmenter la probabilité d'une hospitalisation.



Variations selon l'âge du patient

- Les jeunes patients atteints de cancer (âgés de 18 à 29 ans) ont une probabilité accrue de décéder dans un hôpital de soins de courte durée, d'être hospitalisés plus longtemps et plus souvent, de se rendre plus souvent au service des urgences et d'être admis plus souvent en USI, et de recevoir un nouveau traitement de chimiothérapie vers la fin de leur vie.
 - Les jeunes patients peuvent bénéficier d'un traitement plus agressif donnant lieu à un recours accru aux services hospitaliers. Si cette solution peut être appropriée dans de nombreuses situations, un suivi s'impose cependant.



Variations selon le type de cancer

- Les personnes atteintes d'un cancer du poumon, d'un cancer colorectal ou d'un cancer du pancréas, d'une leucémie ou d'un lymphome non hodgkinien ont une probabilité accrue de décéder dans un hôpital de soins de courte durée. Les personnes atteintes d'un cancer du sang (leucémie et lymphome non hodgkinien) sont plus susceptibles de séjourner plus longtemps dans un hôpital de soins de courte durée, d'être hospitalisées plus souvent et d'être admises plus souvent en USI en fin de vie.
 - Ces patients sont plus susceptibles que d'autres patients d'être hospitalisés vers la fin de leur vie. Cela peut être lié à la complexité de leurs symptômes (qui sont souvent liés au type de cancer) et au type et à la synchronisation des traitements. Les complications des traitements peuvent nécessiter le recours à une approche pluridisciplinaire compromettant la possibilité d'un décès à domicile²⁰.
 - Certains types de cancer tendent à être diagnostiqués à un stade plus tardif que d'autres, ce qui peut diminuer le temps de préparation d'un décès à domicile.

LES DONNÉES DONT NOUS DISPOSONS INDIQUENT LA NÉCESSITÉ D'AGIR DANS LES DOMAINES PRIORITAIRES SUIVANTS :

Domaines d'intervention prioritaires pour améliorer l'efficacité du système de soins de santé



Intégrer les soins palliatifs le plus tôt possible

Prodiguer des soins dans un hôpital de soins de courte durée uniquement lorsque cela s'avère nécessaire

Se concentrer sur les soins palliatifs et les traitements appropriés à la fin de la vie du patient

Assurer un accès équitable aux soins palliatifs et de fin de vie

Conclusions du rapport



• Certains patients atteints de cancer ne reçoivent un code de soins palliatifs que vers la fin de leur vie

• Recours excessif aux services hospitaliers de soins de courte durée ou dépendance excessive à l'égard de ces services vers la fin de vie

• Sous-utilisation possible de la radiothérapie palliative pour les patients atteints d'un cancer de la prostate ou du sein

• Les personnes vivant en milieu rural, les jeunes patients et les patients souffrant de certains types de cancer ont une expérience des soins de fin de vie différente de celle de la population générale atteinte d'un cancer

Exemples d'obstacles pouvant contribuer à des déficiences en matière de soins



• Assimilation, à tort, des soins palliatifs aux soins de fin de vie uniquement

• Inquiétude concernant le recours aux soins palliatifs, qui pourrait signifier, pour certains, que les cliniciens ont « abandonné »

• Manque de disponibilité ou d'accessibilité des soins primaires et des services communautaires tels que les soins infirmiers, les soins paramédicaux, les soins en centre de soins palliatifs, les soins de relève ainsi que les traitements, les équipements ou les visites à domicile

• Manque de personnes à domicile pouvant s'occuper du patient

• Coût des traitements

• Manque de planification en cas de décès imminent

• Les pratiques des médecins en matière d'orientation des patients et leur connaissance des traitements palliatifs peuvent influencer sur le recours à ces soins

• Les régions rurales peuvent ne pas bénéficier de soins communautaires et de soins primaires adéquats

• Les jeunes patients peuvent subir des traitements plus agressifs

• Les patients atteints de certains types de cancer peuvent présenter des symptômes plus complexes ou recevoir un diagnostic à un stade plus tardif que d'autres, ce qui peut diminuer le temps de préparation d'un décès à domicile

« Les soins palliatifs ont permis à Doug de rester auprès de sa famille. Nous avons pu vivre de la meilleure façon possible jusqu'à la fin, tout en sachant qu'elle approchait, sans en connaître la date précise. Le temps que nous avons passé ensemble nous a été très précieux. »

Marie
aidante familiale

Nous avons besoin de données de meilleure qualité pour élaborer des méthodes plus pertinentes de mesure de la qualité et du caractère opportun des soins palliatifs et de fin de vie au Canada.

Les données indiquent qu'une intégration plus précoce des soins palliatifs peut :

Il existe des obstacles et des lacunes en matière de mesures et de production de rapports sur les soins palliatifs et de fin de vie au Canada.

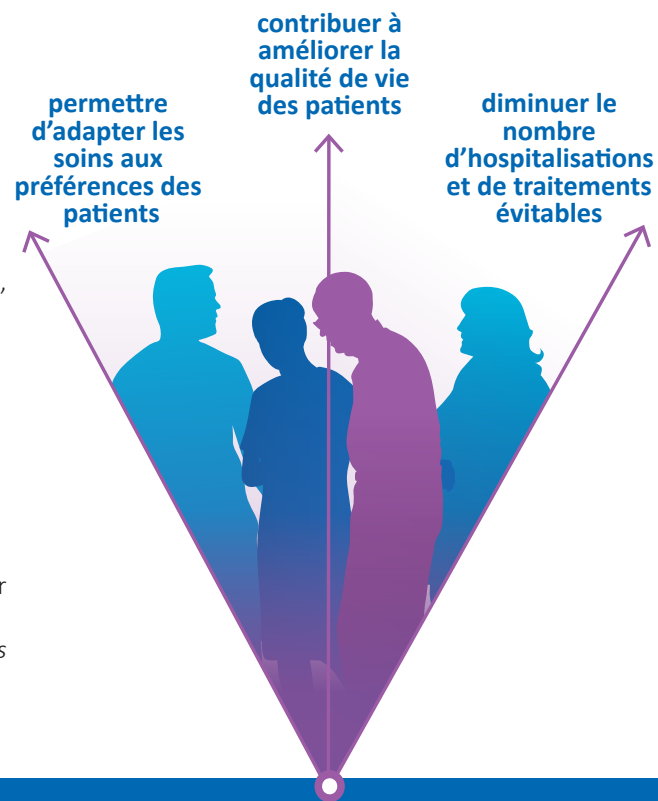
La collecte et l'analyse d'un plus grand nombre de données pancanadiennes permettront de mieux comprendre l'expérience des soins palliatifs et de fin de vie des Canadiens atteints de cancer, et de repérer les possibilités d'améliorer les soins prodigués.

Pour apporter des changements au Canada, nous devons mieux comprendre :

- les tendances en matière de soins palliatifs et de fin de vie pour les patients atteints de cancer dans tous les contextes de soins de santé (c'est-à-dire dans les hôpitaux de soins de courte durée, dans les cliniques de jour, à domicile, dans les centres de soins palliatifs, dans les établissements de soins de longue durée);

- la correspondance entre les préférences du patient, ses objectifs thérapeutiques et les soins dont il bénéficie réellement (en 2017, on ne procède pas à la collecte régulière de données nationales pour cerner les besoins d'une personne en matière de soins, ni le lieu où elle préfère mourir);
- les variations interprovinciales dans l'accès aux services de soins palliatifs communautaires.

En outre, davantage de recherches sur les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie ainsi que sur les services connexes, fondées sur le rapport intitulé *Cadre pancanadien de recherche sur les soins palliatifs et de fin de vie*, publié récemment, pourraient aider à cerner les occasions de faire avancer les soins palliatifs au Canada²¹.



Considérations futures

Ce rapport est une première étape dans la compréhension de la situation actuelle des soins palliatifs et de fin de vie dans l'ensemble du Canada. Le suivi des soins palliatifs et de fin de vie au Canada est particulièrement important à la lumière du vieillissement de la population et de l'augmentation consécutive du coût de ce type de soins. La collecte, l'analyse et la communication de données plus nombreuses et de meilleure qualité nous permettront de mieux répertorier les contextes dans lesquels les services de soins palliatifs et de fin de vie sont fournis. Nous aurons ainsi la possibilité de proposer des soins centrés sur la personne dans les contextes appropriés.

Remerciements

La rédaction du présent rapport a été rendue possible grâce à une collaboration avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux, avec l'appui d'experts en la matière de l'ensemble du pays. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site rendementdusysteme.ca/a-propos-du-rendement-du-systeme/.

La rédaction du présent document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

Citation suggérée :

Partenariat canadien contre le cancer (2017, septembre). *Soins palliatifs et de fin de vie : rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer; 19 p.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). Définition des soins palliatifs. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., et coll. (2010, 19 août). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363(8), 733-42.
3. Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leigh, N., Oza, A., et coll. (2014, 17 mai). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9930), 1721-30.
4. Bainbridge, D., Seow, H., Sussman, J., Pond, G., Barbera, L. (2015, juin). Factors associated with not receiving homecare, end-of-life homecare, or early homecare referral among cancer decedents: A population-based cohort study. *Health Policy*, 119(6), 831-9.
5. Barbera, L., Taylor, C., Dudgeon, D. (2010, 6 avril). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ*, 182(6), 563-8.
6. Portail canadien en soins palliatifs. (2015). Le « Nœud papillon » des soins palliatifs : un modèle pour le 21^e siècle. Disponible à l'adresse : http://www.virtualhospice.ca/fr_CA/Main+Site+Navigation/Home/For+Professionals/For+Professionals/The+Exchange/Current/The+Bow+Tie+Model+of+21st+Century+Palliative+Care.aspx.

-
7. Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., et coll. (2017, janvier). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*, 35(1), 96-112.
8. Palliative Care Matters – L'importance des soins palliatifs. (2016). Disponible à l'adresse : <http://www.soinspalliatifscanada.ca/>.
9. Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Normes canadiennes de codification pour la version 2015 de la CIM-10-CA et de la CCI*. Ottawa, Ontario : L'Institut.
10. Seow, H., Brazil, K., Sussman, J., Pereira, J., Marshall, D., Austin, P. C., et coll. (2014, 6 juin). Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis. *BMJ*, 348, g3496.
11. Barbera, L., Seow, H., Sutradhar, R., Chu, A., Burge, F., Fassbender, K., et coll. (2015, mai). Quality Indicators of End-of-Life Care in Patients With Cancer: What Rate Is Right? *J Oncol Pract*, 11(3), e279-87.
12. Murray, M. A., Fiset, V., Young, S., Kryworuchko, J. (2009, janvier). Where the dying live: a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum*, 36(1), 69-77.
13. Association canadienne de soins palliatifs. (2006). *Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : Vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité*. Ottawa, Ontario : Association canadienne de soins palliatifs; 23 p.
14. Burge, F., Lawson, B., Johnston, G., Asada, Y., McIntyre, P. F., Flowerdew, G. (2015, décembre). Preferred and Actual Location of Death: What Factors Enable a Preferred Home Death? *J Palliat Med*, 18(12), 1054-9.
15. Earle, C. C., Landrum, M. B., Souza, J. M., Neville, B. A., Weeks, J. C., Ayanian, J. Z. (2008, 10 août). Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*, 26(23), 3860-6.
16. National Comprehensive Cancer Network. (2017). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer Version 1.2017*. Fort Washington, Pennsylvanie : The Network.
17. Huang, J., Zhou, S., Groome, P., Tyllesley, S., Zhang-Solomans, J., Mackillop, W. J. (2001, 1^{er} janvier). Factors affecting the use of palliative radiotherapy in Ontario. *J Clin Oncol*, 19(1), 137-44.
18. Boyer, M. J., Salama, J. K., Lee, W. R. (2014, avril). Palliative radiotherapy for prostate cancer. *Oncology (Williston Park)*, 28(4), 306-12.
19. Gillan, C., Briggs, K., Pazos, A. G., Maurus, M., Harnett, N., Catton, P., et coll. (2012). Barriers to accessing radiation therapy in Canada: a systematic review. *Radiation Oncology (London, England)*, 7, 167.
20. Ho, T. H., Barbera, L., Saskin, R., Lu, H., Neville, B. A., Earle, C. C. (2011, 20 avril). Trends in the aggressiveness of end-of-life cancer care in the universal health care system of Ontario, Canada. *J Clin Oncol*, 29(12), 1587-91.
21. Agence canadienne pour la recherche sur le cancer (2017, mars). *Cadre pancanadien de recherche sur les soins palliatifs et de fin de vie*. Toronto, Ontario : ACRC; 46p.

Pour obtenir de plus amples renseignements :

rendementdusysteme.ca

info@rendementdusysteme.ca

Also available in English under the title:

Palliative and End-of-Life Care: A System Performance Report

1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario), Canada M5J 2P1

Tél. : 416-915-9222

Sans frais : 1-877-360-1665

partenariatcontrecancer.ca

**PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE **CANCER****



**CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST **CANCER****

ISBN 978-1-988000-30-5 (Version imprimée)
ISBN 978-1-988000-31-2 (En ligne)