Analyse en bref

Mai 2016

Aperçu des directives préalables en soins de longue durée : qu'en est-il des ordres de ne pas hospitaliser et de ne pas réanimer?

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-459-7 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Aperçu des directives préalables en soins de longue durée : qu'en est-il des ordres de ne pas hospitaliser et de ne pas réanimer?*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *A Snapshot of Advance Directives in Long-Term Care: How Often Is "Do Not" Done?*.
ISBN 978-1-77109-458-0

Table des matières

Aperçu des directives préalables en soins de longue durée : qu'en est-il des ordres de ne pas hospitaliser et de ne pas réanimer? 4

Principaux messages 4

Résultats détaillés 6

Conclusions et points de discussion 11

Remerciements 13

Références 13

Aperçu des directives préalables en soins de longue durée : qu'en est-il des ordres de ne pas hospitaliser et de ne pas réanimer?

Une récente décision de la Cour Suprême autorisant l'aide médicale à mourir au Canada a suscité un vaste débat national sur les soins de fin de vie, notamment sur le droit d'une personne de choisir les interventions qu'elle souhaite recevoir ou non dans les derniers moments de sa vie. Au Canada, bon nombre de provinces et de territoires préconisent désormais la planification préalable des soins de fin de vie afin qu'ils soient davantage axés sur la personne.

Dans les établissements de soins de longue durée, les directives préalables permettent à un résident et à sa famille ou ses tuteurs légaux de faire part de leurs préférences en matière d'intervention et de traitement dans l'éventualité où le résident ne serait plus en mesure de décider par lui-même. La présente étude examine le nombre de fois où un ordre de ne pas hospitaliser ou de ne pas réanimer a été consigné au dossier d'un résident dans 982 établissements de soins de longue durée au Canada entre 2009-2010 et 2011-2012. De plus, elle vise à déterminer, dans la mesure du possible, si ces ordres ont été respectés dans les établissements de soins de courte durée. Les résultats de la présente étude montrent dans quelle mesure les préférences en matière de soins de fin de vie des résidents en soins de longue durée sont communiquées et respectées dans l'ensemble du continuum des soins.

Principaux messages

- **Les 3 quarts des résidents en soins de longue durée ont une ordonnance de ne pas réanimer.** Ces directives semblent respectées dans tout le continuum de soins; seulement un patient sur 2 500 est réanimé en milieu hospitalier, même s'il a donné l'ordre de ne pas l'être.
- **Moins de résidents en soins de longue durée — un sur 5 — ont une ordonnance de ne pas hospitaliser.** Selon les résultats de l'étude, un résident sur 14 (7 %) ayant une ordonnance de ne pas hospitaliser a été admis dans un hôpital. Les données ne permettent pas de déterminer la nature des conversations avec les résidents ou leurs tuteurs légaux au moment de la décision d'hospitaliser, et par conséquent, si la directive a été suivie de façon appropriée. Les résidents en meilleure santé physique ou mentale étaient plus susceptibles d'être transférés dans un hôpital de soins de courte durée pour y recevoir des soins.

- **Près de la moitié des résidents avec l'ordre de ne pas hospitaliser ont été admis à l'hôpital pour des causes potentiellement évitables.** Les incidents touchant la sécurité, comme les blessures résultant de chutes ou les infections, comptent parmi les causes les plus courantes de transferts à l'hôpital. Au total, cependant, les taux d'hospitalisation de tous les résidents en soins de longue durée ont connu une baisse considérable au cours de la période visée par l'étude. Le nombre d'hospitalisations pourrait être réduit davantage grâce à la bonification de programmes de soins palliatifs en milieu de soins de longue durée.

À propos des données

La présente étude repose sur des données provenant des évaluations de près de 200 000 résidents en soins de longue durée dans 4 provinces et un territoire du Canada. Les données ont été soumises au Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) — une banque de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) — par les établissements de soins de longue durée participants entre 2009-2010 et 2011-2012. Les données des années ultérieures ne sont pas disponibles, car les éléments de données sur les directives préalables ont été modifiés en 2012-2013.

Le couplage des enregistrements de la SISLD à ceux de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'ICIS a permis de suivre le cheminement des résidents en soins de longue durée dans les établissements de soins de courte durée. La BDCP recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux (y compris les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts).

La portée de la présente étude est limitée aux 4 provinces et au territoire qui ont systématiquement recueilli des renseignements sur les directives préalables au cours de la période à l'étude :

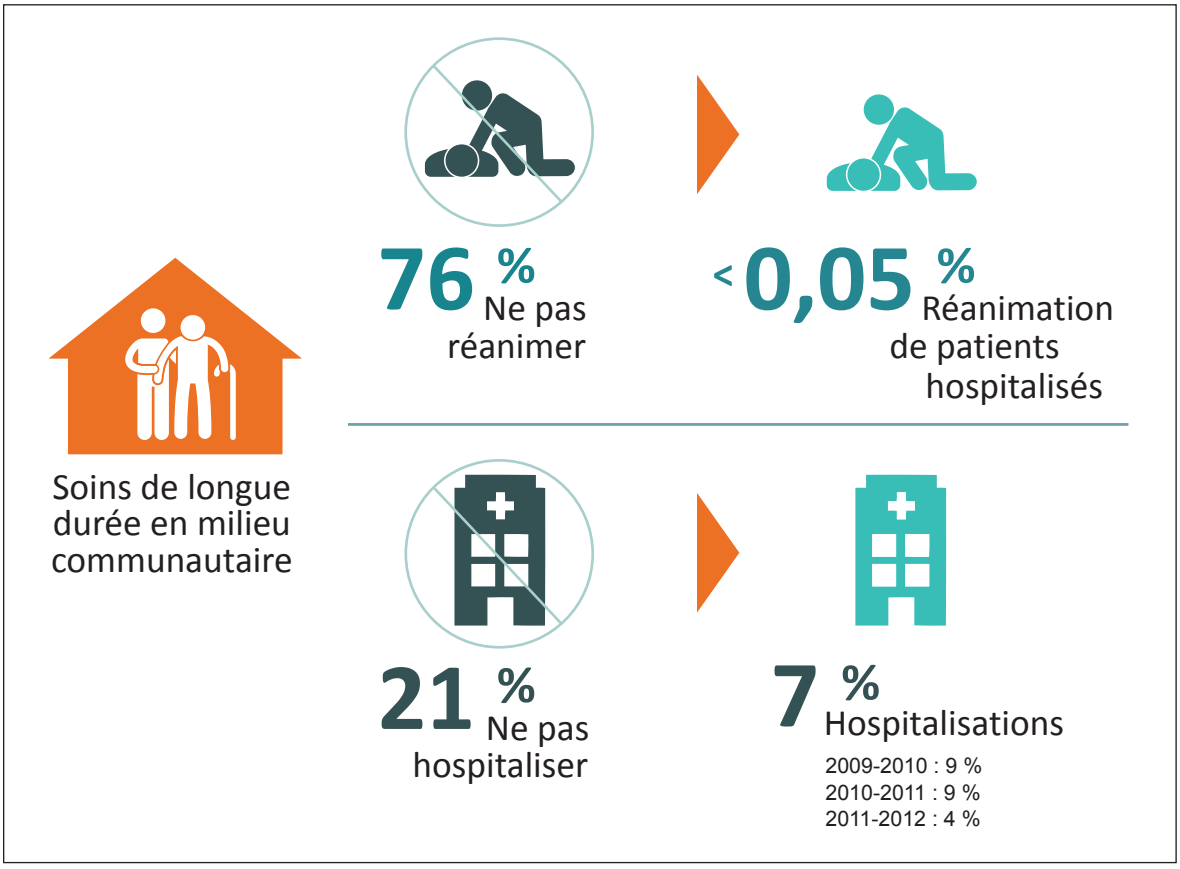
- Manitoba et Yukon : renseignements sur les ordres de ne pas réanimer seulement;
- Nouvelle-Écosse, Ontario et Colombie-Britannique : renseignements sur les ordres de ne pas réanimer et de ne pas hospitaliser.

Les données de l'Ontario et du Yukon proviennent de la plupart des établissements de soins de longue durée qui reçoivent du financement public. Dans les autres provinces, les données comprennent uniquement celles des établissements participants.

Dans la présente étude, les données sur les directives préalables proviennent des évaluations annuelles des résidents des établissements de soins de longue durée déclarants du Canada.

Résultats détaillés

Figure 1 Pourcentage de résidents en soins de longue durée avec l'ordre de ne pas réanimer ou de ne pas hospitaliser, et pourcentage de ces résidents ayant été réanimés ou hospitalisés



Fréquence de respect des ordres de ne pas réanimer

- Plus des 3 quarts des résidents en soins de longue durée visés par l'étude avaient donné l'ordre de ne pas être réanimés (figure 1). Conformément à de telles directives, aucune réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou autre mesure de prolongation de la vie ne doit être tentée en cas d'arrêt cardiaque ou d'insuffisance respiratoire.
- Au cours de la période à l'étude, moins de 0,05 % des résidents avec l'ordre de ne pas réanimer — soit environ un sur 2 500 — ont été réanimés dans un hôpital de soins de courte durée après y avoir été transférés pour recevoir un traitement. Ces résultats semblent indiquer que les ordres de ne pas réanimer sont transmis efficacement entre les établissements de soins et bien compris par tous les dispensateurs de soins.

Fréquence de respect des ordres de ne pas hospitaliser

- Environ un résident en soins de longue durée sur 5 (21 %) avait donné l'ordre de ne pas être hospitalisé. Conformément à de telles directives, le résident ne doit pas être hospitalisé même en cas de problème d'ordre médical nécessitant des soins hospitaliers. À noter qu'un ordre de ne pas hospitaliser s'applique uniquement si le résident n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé au moment de la prise de décision ou s'il est impossible de consulter un membre de la famille ou un tuteur légal pour discuter des options de traitement.
- Au cours de la période de 3 ans à l'étude, près de 6 000 (n = 5 783) hospitalisations ont été recensées parmi les résidents qui avaient donné l'ordre de ne pas être hospitalisés. Cela représente près de 7 % (1 sur 14) des résidents en soins de longue durée avec l'ordre de ne pas hospitaliser. Plus de la moitié de ces résidents (3 331) présentaient un déficit cognitif modéré à grave (ou ne pouvaient probablement pas prendre de décisions).
- Les résidents qui avaient une ordonnance de ne pas hospitaliser étaient environ 2 fois moins susceptibles d'être hospitalisés que ceux qui n'avaient donné aucune directive. Le taux d'hospitalisation des résidents qui n'avaient pas donné cet ordre était de 15 %. Cependant, le nombre d'hospitalisations pour les 2 groupes de résidents a baissé environ de moitié entre 2009-2010 et 2011-2012. Cette diminution coïncide avec les efforts réalisés en Ontario pour réduire les hospitalisations évitables dans le secteur des soins de longue durée.

Pourquoi certains résidents sont-ils hospitalisés même s'ils ont une directive de ne pas l'être?

Les 10 principales causes d'hospitalisation énumérées dans le **tableau 1** ont été à l'origine de près de 60 % des admissions à l'hôpital. En voici des exemples :

- traumatisme ou blessure, comme une fracture de la hanche résultant d'une chute;
- soins de fin de vie ou palliatifs;
- infections, comme une pneumonie, une infection urinaire ou une sepsie (infection sanguine);
- exacerbation d'une affection chronique, comme une insuffisance cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Tableau 1 10 principales causes d'hospitalisation chez les résidents en soins de longue durée avec l'ordre de ne pas hospitaliser

Diagnostic principal*	Nombre de cas	Pourcentage du total des cas
Total des séjours à l'hôpital chez les résidents avec l'ordre de ne pas hospitaliser	**5 783**	
Traumatisme ou réparation : bassin, hanche, fémur	909	15,7 %
Pneumonie virale, bactérienne ou non précisée	460	8,0 %
Soins palliatifs	350	6,1 %
Infections des voies urinaires	300	5,2 %
Hémorragie ou occlusion gastro-intestinale	270	4,7 %
Maladie pulmonaire obstructive chronique	258	4,5 %
Autre traumatisme, blessure ou complication	225	3,9 %
Sepsie	219	3,8 %
Pneumonie par aspiration	218	3,8 %
Insuffisance cardiaque sans intervention	216	3,7 %

Remarque
* D'après les groupes de maladies analogues modifiés de l'ICIS.
Source
Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Une comparaison approfondie de ces cas (**tableau 2**) a révélé les faits suivants :

- Près de la moitié (47 %) des hospitalisations de résidents avec l'ordre de ne pas hospitaliser auraient pu être évitées[2]; cette proportion est presque la même (46 %) pour les résidents hospitalisés qui n'avaient pas donné cette directive préalable. Les hospitalisations sont considérées comme potentiellement évitables dans les cas suivants :
  - La cause de l'hospitalisation aurait pu être prévenue (p. ex. chutes, infections, pneumonie par aspiration, infection des poumons causée par des difficultés d'alimentation).
  - Le trouble à l'origine de l'hospitalisation aurait pu être géré en soins de longue durée (p. ex. affections chroniques comme une MPOC ou une insuffisance cardiaque).
- La proportion de séjours à l'hôpital en raison de blessures était presque 2 fois plus élevée (19 %) chez les résidents avec l'ordre de ne pas hospitaliser que chez ceux qui n'avaient pas de telle directive (10 %). Les hospitalisations pour des blessures comme des fractures sont souvent jugées nécessaires, puisqu'elles peuvent nécessiter une chirurgie et qu'elles sont habituellement très douloureuses. Dans ces circonstances, les familles sont plus susceptibles de remettre en question la décision de ne pas hospitaliser, et le personnel

des établissements de soins de longue durée se conforme moins volontiers à un ordre de ne pas hospitaliser s'il est impossible de joindre rapidement un membre de la famille ou un tuteur légal et que le résident est incapable de donner son consentement.

- La proportion d'hospitalisations en soins palliatifs était légèrement plus élevée chez les résidents en soins de longue durée qui avaient donné l'ordre de ne pas être hospitalisés. Au total, elles ont triplé pour les 2 groupes de résidents au cours des 3 années à l'étude, passant de 3 % du nombre total d'hospitalisations en 2009-2010 à 9 % en 2011-2012. Prenez note que, dans la présente analyse, la définition des hospitalisations évitables n'englobe pas les soins palliatifs. Il importe tout de même de souligner que la mise en place de bons programmes de soins palliatifs dans la collectivité ou à l'extérieur des hôpitaux peut améliorer la qualité de vie des résidents en phase terminale et potentiellement réduire le nombre de transferts à l'hôpital[1, 2].
- Le risque de décès à l'hôpital était le même pour les 2 groupes de résidents, soit environ un sur 5.

Tableau 2 Comparaison des cas d'hospitalisation chez les résidents avec ou sans ordre de ne pas hospitaliser

		Résidents avec ordre de ne pas hospitaliser	Résidents sans ordre de ne pas hospitaliser
Total des épisodes d'hospitalisation		**5 783**	**44 114**
Hospitalisations potentiellement évitables*	Nombre	2 676	19 946
Hospitalisations potentiellement évitables*	Pourcentage d'hospitalisations	46,3 %	45,2 %
Cas de blessure	Nombre	1 110	4 672
Cas de blessure	Pourcentage d'hospitalisations	19,2 %	10,6 %
Soins palliatifs†	Nombre	350	2 084
Soins palliatifs†	Pourcentage d'hospitalisations	6,1 %	4,7 %
Décès à l'hôpital	Nombre	1 230	9 570
Décès à l'hôpital	Pourcentage d'hospitalisations	21,3 %	21,7 %

Remarques
* Voir Walker et al.[3]
† Code GMA 810 — Soins palliatifs.
Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives : un même séjour peut correspondre à plusieurs catégories.
Source
Base de données sur les congés des patients, 2009-2010 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Quels résidents sont les plus susceptibles d'être admis à l'hôpital même s'ils ont une ordonnance de ne pas hospitaliser?

Le **tableau 3** dresse la liste des types de résidents et d'établissements de soins de longue durée les plus étroitement associés aux transferts dans un hôpital de soins de courte durée :

- Les personnes relativement jeunes (moins de 90 ans) et autonomes qui avaient un état de santé plus stable étaient davantage susceptibles d'être admises à l'hôpital. Par exemple, les résidents peu ou moyennement dépendants dans les activités de la vie quotidienne (comme manger, se laver ou marcher) étaient plus susceptibles (dans une proportion supérieure à 60 %) d'être admis à l'hôpital que les résidents affichant un niveau de dépendance plus élevé, après la prise en compte d'autres facteurs. Ces résultats vont de pair avec ceux obtenus dans le cadre d'autres recherches sur les transferts à l'hôpital des résidents en soins de longue durée[4].
- Les résidents qui avaient toutes leurs facultés mentales (sans déficit cognitif ou avec un déficit léger) et qui ont une directive préalable de ne pas être hospitalisés étaient plus susceptibles (dans une proportion supérieure à 40 %) d'être admis à l'hôpital. Ces personnes auraient été en mesure de décider si elles voulaient ou non être traitées à l'hôpital — décision qui aurait eu préséance sur la directive préalable.
- La probabilité d'hospitalisation chez les résidents ayant un ordre de ne pas hospitaliser était 34 % plus élevée chez les hommes que chez les femmes, après la prise en compte d'autres facteurs.
- Les personnes diabétiques étaient également 34 % plus susceptibles de séjourner à l'hôpital. Cette statistique s'explique peut-être par le fait que le diabète peut aggraver d'autres maladies (p. ex. les infections) ou les rendre plus difficiles à traiter.

Tableau 3 Principales caractéristiques liées à l'hospitalisation chez les résidents en soins de longue durée avec l'ordre de ne pas hospitaliser*

Caractéristiques des résidents en soins de longue durée selon leur évaluation	Estimation ponctuelle	Limites de confiance†
Résidents stables sur le plan médical : note de 0 à 3 sur l'échelle CHESS (par rapport aux résidents instables sur le plan médical)	1,63	1,41-1,88
Dépendance moindre dans les activités de la vie quotidienne : note inférieure à 9 sur l'échelle des AVQ, version courte (par rapport à une plus grande dépendance)	1,61	1,52-1,71
Aucun déficit cognitif : note inférieure à 2 sur l'échelle CPS (par rapport à un déficit cognitif)	1,42	1,32-1,52

Caractéristiques des résidents en soins de longue durée selon leur évaluation	Estimation ponctuelle	Limites de confiance†
Hommes (par rapport à femmes et autres)	1,34	1,27-1,42
Diabète (par rapport à l'absence de diabète)	1,34	1,25-1,42
Personnes plus jeunes : moins de 90 ans (par rapport à 90 ans et plus)	1,29	1,22-1,37
Insuffisance cardiaque (par rapport à aucune insuffisance cardiaque)	1,28	1,19-1,38
Établissement de soins de longue durée privé à but lucratif (par rapport à un établissement public)	1,25	1,17-1,34
Douleur quotidienne : note de 2 ou 3 sur l'échelle de douleur (par rapport à aucune douleur quotidienne)	1,25	1,17-1,33

Remarques
* Voir les tableaux de données connexes pour connaître tous les résultats du modèle de régression.
† $p < 0,001$, limites de confiance supérieure et inférieure de Wald.
Échelle CHESS : échelle de mesure des changements dans l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes.
Échelle des AVQ, version courte : échelle des activités de la vie quotidienne, version courte.
Échelle CPS : échelle de rendement cognitif.
Concordance du modèle = 0,631, C = 0,635.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2009-2010 à 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Conclusions et points de discussion

La planification préalable des soins ou les directives préalables sont liées à l'amélioration de l'expérience des patients[4] ainsi qu'à la réduction des coûts pour le système de santé[5]. Même si les établissements de soins de longue durée canadiens abordent habituellement le sujet des objectifs des soins avec leurs résidents, peu de données permettent actuellement de comprendre le type de directives en place et de déterminer si les préférences dictées par les résidents sont respectées dans les activités cliniques et dans l'ensemble du continuum de soins. Le présent aperçu aide à faire la lumière sur l'utilisation des ordres de ne pas hospitaliser et de ne pas réanimer dans les établissements de soins de longue durée à l'aide d'un échantillon plus vaste que toutes les autres études canadiennes sur le même sujet.

Les principales conclusions de la présente analyse ont permis de soulever les points de discussion suivants :

- **Il serait possible de sensibiliser davantage les résidents et leur famille sur la planification préalable des soins.** Le nombre de résidents en soins de longue durée avec l'ordre de ne pas hospitaliser (21 %) était inférieur au nombre de résidents pour lesquels cette directive est indiquée au dossier (76 %). Les recherches démontrent que les membres de la famille décident souvent de transférer un résident à l'hôpital même si ce dernier a donné l'ordre de ne pas être hospitalisé[4]. Cette constatation laisse croire qu'il serait possible de sensibiliser davantage les résidents et leur famille afin qu'ils évaluent mieux les avantages et les risques pour la santé des séjours à l'hôpital. Les recherches démontrent, par exemple, que le stress d'un transfert à l'hôpital et les risques d'infection

l'emportent souvent sur les avantages perçus du traitement pour les résidents fragiles et vulnérables[6, 7]. Il arrive que des infections graves comme une pneumonie puissent être traitées dans les établissements de soins de longue durée, une méthode qui donne souvent de meilleurs résultats pour les résidents[8, 9]. Cela dit, c'est aux résidents et à leur famille de s'entendre sur le plan d'action le plus approprié.

- **Même si d'importants progrès ont été réalisés, il est possible de réduire davantage le nombre d'hospitalisations potentiellement évitables dans les établissements de soins de longue durée.** Les initiatives sur la sécurité (p. ex. prévention des chutes et stratégies de prévention des infections) et une meilleure gestion des problèmes chroniques dans les établissements de soins de longue durée pourraient contribuer à réduire grandement le nombre d'incidents menant à une hospitalisation, malgré une ordonnance de ne pas hospitaliser.

  Les initiatives visant à améliorer la qualité des soins de longue durée et à éviter des hospitalisations non nécessaires — comme le programme Priorité aux résidents, en Ontario[10] — semblent porter leurs fruits. Le nombre total d'hospitalisations de résidents en soins de longue durée a connu une forte baisse (de près de 50 %) au cours des 3 années à l'étude.
- **Il est possible d'améliorer les services de soins palliatifs dans les établissements de soins de longue durée.** Les soins palliatifs comptent parmi les 3 principales causes de séjour à l'hôpital chez les résidents en soins de longue durée avec l'ordre de ne pas hospitaliser. De plus, ils constituent l'un des rares secteurs n'ayant pas connu de baisse du nombre d'hospitalisations pendant la période à l'étude. Bien que les provinces et territoires canadiens soient nombreux à avoir mis en place des initiatives pour améliorer les services en fin de vie dispensés à l'extérieur des hôpitaux, peu de centres de soins infirmiers sont dotés de programmes officiels de soins palliatifs[1, 11].
- **Il nous faudrait plus de données pour suivre les tendances dans le temps.** Bien que la présente analyse fournisse des renseignements de base intéressants sur l'utilisation des ordres de ne pas réanimer et de ne pas hospitaliser, les données pertinentes ne sont plus saisies ni soumises à l'ICIS. Les établissements de soins de longue durée s'efforcent d'offrir des soins de meilleure qualité axés davantage sur les préférences individuelles quant aux soins de fin de vie. C'est pourquoi il serait utile de mesurer les progrès effectués.

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les experts suivants pour leur contribution au projet :

- Nancy Cooper, directrice, Qualité et Performance, Ontario Long-Term Care Association
- Esther Green, directrice, Approche axée sur la personne, Partenariat canadien contre le cancer
- Melanie McCully, coordonnatrice d'interRAI, Centre de santé et fondation Perley et Rideau pour les anciens combattants
- Trevor Smith, professeur agrégé, Université Nipissing
- George Heckman, professeur agrégé, chaire de recherche Schlegel en médecine gériatrique, Université de Waterloo

Veuillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes mentionnées ci-dessus.

Les membres de l'équipe principale de l'ICIS qui ont collaboré au présent rapport sont : Sheril Perry, Christina Lawand, Alison Ytsma, Jennifer Frood et Tracy Johnson. Elles ont reçu les précieux conseils de Norma Jutan, Connie Paris et Naisu Zhu. L'ICIS tient à également remercier les membres des équipes Classifications et Terminologies, Communications et Publication et Traduction.

Références

1. Quality Hospice Palliative Care Coalition of Ontario. *Creating an Integrated Hospice Palliative Care System in Ontario: Setting the Stage for Change*. 2010.

2. Association canadienne de soins palliatifs. Les soins de longue durée et les soins palliatifs de qualité. Consulté le 16 mars 2016.

3. Walker JD, Teare GF, Hogan DB, Lewis S, Maxwell CJ. Identifying potentially avoidable hospital admissions from Canadian long-term care facilities. *Medical Care*. 2009.

4. Biola H, Sloane PD, Williams CS, Daaleman TP, Zimmerman S. Preferences versus practice : life-sustaining treatments in last months of life in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010.

5. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011.

6. Konetzka RT, Spector W, Limcangco MR. Reducing hospitalizations from long-term care settings. *Medical Care Research and Review*. 2008.

7. Ouslander JG, Maslow K. Geriatrics and the triple aim: defining preventable hospitalizations in the long-term care population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012.

8. Fried TR, Gillick MR, Lipsitz LA. Short-term functional outcomes of long-term care residents with pneumonia treated with and without hospital transfer. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997.

9. Thompson RS, Hall NK, Szpiech M, Reisenberg LA. Treatments and outcomes of nursing-home-acquired pneumonia. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 1997.

10. Qualité des services de santé Ontario. Feuille de route pour l'amélioration de la qualité : utilisation des urgences. Sans date.

11. Williams AM, et al. Tracking the evolution of hospice palliative care in Canada: a comparative case study analysis of seven provinces. *BMC Health Services Research*. 2010.

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water
Bureau 701
St. John's (T.-N.-L.)
A1C 6H6
709-576-7006

12815-0416

icis.ca aide@icis.ca