



Association canadienne des soins de santé  
Canadian Healthcare Association

# **Soins continus : Une approche pancanadienne**

Une synthèse de politiques, par  
l'Association canadienne des soins de santé

**Août 2011**

**Association canadienne des soins de santé  
17, rue York, Ottawa (Ontario) K1N 9J6  
[www.cha.ca](http://www.cha.ca)**

# **Soins continus : Une approche pancanadienne**

## **Une synthèse de politiques, par**

### **l'Association canadienne des soins de santé**

#### **Introduction**

Les Canadiens s'attendent à ce que leur système de soins de santé soit efficace, durable, responsable et, par-dessus tout, qu'il offre des services de santé de grande qualité à la grandeur du pays. Avec les changements démographiques qui s'annoncent et la hausse de la demande de services dans tout le continuum de soins, il faudra trouver des solutions durables qui répondent aux besoins évolutifs en santé. Dans le continuum des soins, les soins à domicile, à long terme, palliatifs et de relève ont progressivement pris une importance qui n'était pas prévue lorsque les régimes d'assurance-maladie ont été mis en place, à une époque où les soins de santé n'étaient fournis que dans des hôpitaux ou par des médecins.

L'Association canadienne des soins de santé (ACS) plaide depuis 80 ans en faveur d'un système de santé adéquatement subventionné, efficacement structuré et intégré. L'ACS s'intéresse à tout le continuum des soins de santé, allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie jusqu'aux soins continus, qui comprennent les soins à domicile, les soins en établissements de longue durée, les soins de relève et les soins palliatifs. Depuis 2009, l'ACS a publié plusieurs mémoires d'importance sur divers aspects des soins continus. (Pour les consulter, veuillez visiter le [www.cha.ca](http://www.cha.ca)). Le présent mémoire vise à fournir une synthèse des principaux thèmes abordés dans les mémoires antérieurs de l'ACS sur les soins continus et à cerner les recommandations dont la mise en œuvre est prioritaire.

#### **Contexte**

À l'époque où le premier programme d'assurance-hospitalisation a été mis en place au Canada, dans les années 1950, la population canadienne était généralement plus jeune, l'espérance de vie était plus courte, et les gens ne vivaient pas aussi longtemps une fois devenus malades. Le portrait est tout à fait différent aujourd'hui. La population a généralement vieilli, les gens vivent plus longtemps et souvent avec de multiples maladies chroniques ou conditions complexes (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>1</sup>

Le système de santé s'adapte à ces changements de bien des façons. Les soins actifs sont réorientés vers la communauté. Les gens préfèrent souvent être soignés à domicile plutôt qu'à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée et les développements technologiques ont favorisé et facilité la prestation de soins à domicile ou dans la communauté. Dans certains cas, la réduction des effectifs ou la restructuration à l'intérieur du système ont influencé ce transfert vers la communauté (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>2</sup> En conséquence, les services de soins continus jouent un rôle de plus en plus important dans la prestation des soins de santé. À certains égards, toutefois, l'attention et les ressources nécessaires pour assurer la prestation de soins dans la communauté et la prestation de soins continus ne suivent pas assez rapidement. Le nombre de personnes actuellement en établissements de soins actifs qui attendent pour recevoir leurs soins à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée illustre bien cette situation.<sup>a</sup> Or, il est largement

---

<sup>a</sup> On les appelle aussi les patients d'un autre niveau de soins ou ANS. Ces patients n'ont plus besoin de soins actifs à l'hôpital, mais ils y occupent tout de même un lit en attendant une place dans le système des soins continus, par exemple dans un établissement de soins de longue durée (Association canadienne des soins de santé, 2009).

reconnu que cette situation exerce une pression additionnelle sur le système des soins actifs. Elle contribue également à une hausse de la demande pour une variété de services de soins continus et elle démontre bien l'importance de ces soins.

## **Le point de vue de l'ACS sur les principaux piliers des soins continus**

### ***Soins à domicile***

Les soins à domicile sont « une gamme de services offerts à domicile et dans la communauté. Ils comprennent notamment la promotion de la santé et l'éducation, l'intervention curative, les soins en fin de vie, la réhabilitation, l'aide aux repas et au ménage, l'adaptation et l'intégration sociales, ainsi que le soutien à l'aidant naturel (la famille) » (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>3</sup> Les Canadiens de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'utiliser les services de soins à domicile subventionnés par les gouvernements, mais de 3 à 4 pour cent d'entre eux (de 125 000 à 170 000 personnes) (Statistiques Canada, 2005)<sup>4</sup> indiquent qu'ils ont besoin de services de soins à domicile qu'ils n'ont pas reçus (Conseil canadien de la santé, 2008).<sup>5</sup> Comme on l'a déterminé en 2002, les personnes plus âgées ne sont pas les seules utilisatrices des soins à domicile. En Ontario, par exemple, 45 pour cent des bénéficiaires des soins à domicile avaient moins de 65 ans et 15 pour cent étaient des enfants (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002).<sup>6</sup>

Les provinces et les territoires assument en grande partie les dépenses publiques en soins à domicile et reçoivent un soutien du gouvernement fédéral par l'entremise des paiements de transfert. En 2006, les dépenses en soins à domicile ont varié de 1,56 à 6,8 pour cent des budgets provinciaux et territoriaux en santé et ont représenté 3,7 pour cent de la dépense totale en santé du secteur public au Canada, ce qui représente 3,9 milliards de dollars (Association canadienne de soins et services à domicile, 2008).<sup>7</sup>

### ***Soins de longue durée en établissement***

Les établissements de soins de longue durée sont à la fois le domicile des résidents et le lieu de travail des fournisseurs de soins. L'hébergement, les services d'accueil et les services de santé sont fournis, généralement pendant une longue période, à des personnes ayant des besoins complexes en santé qui sont incapables de rester à domicile ou dans un milieu de vie assisté en raison de déficits fonctionnels qualifiés de modérés à importants ou d'états chroniques (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>8</sup>

Les résidents des établissements de soins de longue durée sont généralement très frêles et très âgés. Toutefois, il arrive que des adultes plus jeunes atteints d'incapacités graves y soient hébergés; en 2008, 6,3 pour cent des résidents des établissements de soins de longue durée avaient moins de 65 ans (Institut canadien d'information sur la santé, 2008).<sup>9</sup> La différence entre l'espérance de vie des femmes et des hommes canadiens devrait s'estomper dans le futur (Statistique Canada, 2006).<sup>10</sup> Aujourd'hui toutefois, les femmes vivent plus longtemps (86,4 ans) en moyenne que les hommes (83,2 ans) (Statistique Canada, 2009)<sup>11</sup> ce qui se reflète dans la population des centres de soins de longue durée où la vaste majorité des résidents sont des femmes (Armstrong, 2008).<sup>12</sup>

Même si la population canadienne vieillit, on constate actuellement une tendance à la baisse dans le nombre de résidents des établissements de soins de longue durée. Entre 1986 et 1996, le pourcentage de Canadiens de plus de 75 ans qui vivaient dans de tels

établissements a diminué, passant de 16 à 14 pour cent (Statistiques Canada, 2006).<sup>13</sup> Un meilleur état de santé global, en raison des développements de la technologie, de l'amélioration des médicaments et des traitements, de la disponibilité du soutien de la communauté et des services de soins à domicile, de même que des politiques sociales et économiques progressistes ont aidé un plus grand nombre de personnes âgées à vivre de manière autonome pendant plus longtemps (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>14</sup> Cette tendance signifie toutefois que lorsque les gens sont admis en établissements de soins de santé, ils sont plus vieux et ont des besoins de santé plus complexes.

### ***Soins de relève***

Les soins de relève sont un répit accordé à court terme ou temporairement aux aidants naturels de proches qui devraient autrement être placés en permanence dans un établissement. Ils offrent un soulagement temporaire aux aidants naturels qui doivent relever de nombreux défis. Les soins de relève peuvent prendre plusieurs formes, par exemple, des programmes de jour, des visites à domicile, des camps pour enfants atteints de maladies chroniques et des lits dans des foyers nourriciers offrant de courts séjours. Aujourd'hui, on commence à les considérer d'un point de vue élargi qui tient compte des besoins du bénéficiaire des soins et des autres membres de la famille (Association canadienne des soins de santé, 2011).<sup>15</sup>

### ***Soins palliatifs***

Les soins palliatifs intègrent des soins médicaux, psychologiques et spirituels en fin de vie et sont un aspect de plus en plus important des soins continus. Au Canada, environ 60 pour cent des décès surviennent à l'hôpital alors que dans bien des cas, les patients et leurs familles auraient préféré que les patients finissent leur vie ailleurs qu'à l'hôpital (La Coalition pour des soins de vie de qualité du Canada, 2008).<sup>16</sup> La formation des prestataires de soins palliatifs et d'aidants naturels est limitée au Canada (Kortes-Miller et coll., 2007).<sup>17</sup> La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada (2008) souligne également que « pas plus de 37 % des Canadiens mourant dans tous les milieux ont accès aux types de soins palliatifs complets et coordonnés qui améliorent la qualité de vie à la fin de la vie. » Comme l'a fait remarquer la directrice générale de l'Association canadienne de soins palliatifs (2010), Sharon Baxter, « il reste encore beaucoup à faire pour nous assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins palliatifs et des soins de fin de vie de qualité, peu importe le lieu où ils vivent » [trad.]<sup>18</sup>

## **Enjeux des soins continus**

Il y a quatre enjeux ou thèmes interdépendants qui sont communs aux soins à domicile, aux soins en établissements de longue durée, aux soins de relève et aux soins palliatifs et qui, de l'avis de l'ACS, doivent faire l'objet d'une attention prioritaire : la dignité et le respect; le soutien aux aidants naturels; le financement et les ressources humaines en santé; et la qualité des soins.

### ***Dignité et respect***

La dignité et le respect sont des droits de la personne fondamentaux qui s'appliquent autant aux bénéficiaires de services de soins continus qu'aux résidents des établissements de soins de longue durée. Le maintien de la dignité et de la qualité de vie sont souvent plus

importants pour bien des personnes âgées que la prolongation de la vie. Toutefois, on a de plus en plus l'impression que les résidents des établissements de soins de longue durée perdent leur dignité (p. ex., à cause de manque de respect de la vie privée et de la perte d'autonomie). Que cette impression soit réelle ou perçue, plusieurs facteurs ont un impact sur la culture de compassion nécessaire en établissement de soins de longue durée pour assurer en tout temps la dignité des résidents.

Le financement des services n'est pas le même dans toutes les provinces et les territoires, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur la dignité d'un résident. Par exemple, le financement a des incidences sur la dotation en personnel et si le personnel est insuffisant ou n'a pas la formation requise, la qualité des soins que reçoivent les résidents s'en ressent et leur dignité et leur qualité de vie en souffrent. Le besoin de traiter les gens avec dignité et respect s'applique aussi aux aidants naturels, à la famille et aux amis des résidents. En permettant aux aidants naturels de faire partie de l'équipe interdisciplinaire dynamique qui offre les services de soins continus, on fait preuve de respect à leur égard, mais on a également des impacts positifs sur le bénéficiaire des soins et on contribue à la création d'une culture de la compassion.

Le revenu personnel peut aussi avoir des répercussions sur la dignité. Le bénéficiaire qui ne dispose d'aucun montant d'argent personnel – que ce soit par le biais d'une allocation de l'autorité compétente ou autrement – pour s'offrir des petits plaisirs une fois les services payés perd de la dignité. Les femmes âgées sont particulièrement vulnérables, car elles sont au moins deux fois plus nombreuses que les hommes à vivre avec de faibles revenus ou dans la pauvreté, sans autres rentes ou moyens privés d'accéder à des niveaux de soins plus élevés (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>19</sup>

Les valeurs, la culture et les normes organisationnelles qui reconnaissent et favorisent une culture de la compassion par la dignité et le respect sont essentielles dans tous les aspects des soins continus. Une culture de la compassion suppose un milieu attendu et accepté dans lequel la dignité et le respect manifestés aux bénéficiaires des services de soins continus et à leurs aidants naturels, leurs familles et leurs amis vont de soi. Les leaders de tous les niveaux ont un rôle déterminant à jouer pour créer une telle culture de la compassion et la maintenir.

**Recommandation n° 1 :**

Créer une culture de la dignité et de la compassion en vertu de laquelle les services de soins continus et les soins dans les établissements de longue durée :

- sont offerts dans un environnement qui s'apparente à un milieu de vie plutôt qu'à un milieu institutionnel;
- tiennent compte des besoins des résidents et des clients qui ne sont pas des personnes âgées en leur offrant des occasions ou des environnements qui leur conviennent;
- soutiennent les soins en fin de vie par un financement adéquat des services de soins palliatifs et s'assurent que les gens peuvent mourir dans l'environnement de leur choix;
- comptent sur les ressources humaines et un environnement physique appropriés pour soutenir les personnes ayant des besoins en santé mentale.

### **Soutien aux aidants naturels**

Les aidants naturels jouent un rôle important dans la prestation des soins continus. Le système des soins continus ne pourrait exister sans le travail bénévole de parents et d'amis qui prennent soin des leurs. La valeur de leur contribution est énorme. On a estimé qu'elle représentait entre 5 milliards<sup>20</sup> et 26 milliards de dollars<sup>21</sup> (Hollander, 2001; Hollander, Lui et Chappell, 2009). L'étude en cours à l'Université de l'Alberta, *Hidden Costs/ Invisible Contributions*, estime que le travail accompli par quelque 2,1 millions d'aidants naturels correspond à celui de 275 509 employés à temps plein (Association canadienne des soins de santé, 2009).<sup>22</sup>

Or, les soins informels peuvent exiger beaucoup de l'aidant naturel, sur les plans financier, affectif, mental et physique. Souvent, les aidants naturels de la famille abandonnent un emploi rémunéré pour soigner leur proche; 11 pour cent des répondants au sondage *La santé au Canada : Résultats de l'étude 10<sup>e</sup> anniversaire* (Pollara, 2007)<sup>23</sup> ont indiqué qu'ils avaient quitté leur emploi pour soigner un membre de la famille ou un ami. L'aidant naturel qui observe un être cher aux prises avec la maladie ou un état de santé qui se détériore peut éprouver une surcharge émotive. Il peut aussi avoir à déployer de grands efforts physiques pour prodiguer les soins. La situation peut lui causer un grand stress et avoir des incidences sur sa propre santé. La valeur de l'importante contribution et du sacrifice des aidants naturels mérite d'être officiellement reconnue.

Le crédit d'impôt pour aidants familiaux annoncé par le gouvernement du Canada en juin 2011 est une première étape bien accueillie. Ce crédit d'impôt pour aidants familiaux, un nouveau crédit non remboursable de 15 % applicable à un montant de 2 000 \$, offre un allègement d'impôt aux aidants naturels qui prennent soin de personnes à charge ayant une déficience (Gouvernement du Canada, 2011).<sup>24</sup> Toutefois, l'utilisation des crédits d'impôt et/ou des dépenses fiscales comme instruments de politique sociale marginalise les Canadiens qui n'ont pas la capacité financière d'économiser ou d'utiliser ces crédits. Dans ces cas, les aidants naturels seraient mieux servis par l'entremise de programmes ciblés tels que des ajustements du calcul de la rente du RPC ou de la RRQ et des avantages élargis en vertu de programmes de prestations de soignants (Association canadienne des soins de santé, 2010).<sup>25</sup>

#### **Recommandation n° 2 :**

Accroître le soutien aux aidants naturels en ajustant les calculs de la rente du RPC ou de la RRQ et en élargissant la portée des programmes de prestations de compassion.

### **Financement et ressources humaines en santé**

En 1984, lorsque la *Loi canadienne sur la santé* est entrée en vigueur, les soins à domicile et les établissements de soins de longue durée étaient considérés comme des « services complémentaires de santé » (Gouvernement du Canada, 2011, définitions).<sup>26</sup> C'est encore le cas aujourd'hui, de sorte qu'il appartient aux provinces et territoires de décider si ces services sont offerts et, le cas échéant, s'ils sont subventionnés et comment ils le sont. C'est pourquoi on observe des variantes dans la prestation des programmes et services subventionnés dans les différentes régions du pays. Le financement n'est pas normalisé dans le pays et il n'est pas transférable. Ainsi, une personne qui a besoin de services de soins continus et qui se déplace à travers le pays réalisera que ce qui est subventionné dans une province ou un territoire ne l'est pas nécessairement ailleurs.

De plus, les ressources humaines en santé subissent également les conséquences du mode de financement des soins continus. Les travailleurs rémunérés du secteur des soins à domicile gagnent généralement moins que leurs collègues qui travaillent dans les établissements. On observe donc un plus grand taux de roulement du personnel des soins à domicile, ce qui a une incidence sur la qualité des soins. Enfin, le financement a aussi des conséquences sur le nombre d'employés et leur niveau de formation, ce qui se répercute sur la qualité des services et peut faire obstacle à l'atteinte d'une culture de la compassion.

**Recommandation n° 3 :**

Allouer un financement approprié et spécifique aux soins continus.

**Recommandation n° 4 :**

Permettre que le financement suive le client d'une province ou d'un territoire à l'autre.

**Recommandation n° 5 :**

Investir dans les ressources humaines en santé, y compris dans l'éducation normalisée et la formation professionnelle des personnes qui offrent des soins continus.

**Qualité des soins**

Au Canada, les services de soins continus ne sont fondés sur aucune stratégie nationale ou aucun ensemble de principes. La disponibilité et la prestation de services de soins à domicile, de longue durée, de relève et palliatifs varient selon les provinces et les territoires et parfois même à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire. Il n'y a pas de normes communes, ni pour les services en tant que tels, ni pour l'éducation et la formation professionnelle de bien des fournisseurs de soins continus. Selon leur lieu de résidence, les Canadiens sont évalués et admis aux soins sur la base de différents critères et l'accès aux services et la nature et la qualité des soins qu'ils reçoivent ne sont pas les mêmes. De plus, l'exclusion des services de soins continus des services de santé assurés a pour effet de compromettre la qualité, car elle favorise la création d'un ensemble disparate de services dans le pays.

L'agrément, un processus qui est synonyme de qualité, est généralement facultatif. L'ACS croit toutefois que des systèmes d'agrément, comme le programme *Qmentum*<sup>MC</sup> d'agrément Canada, pourraient assurer de meilleurs soins aux résidents et une meilleure vie au travail pour les employés des établissements de soins de longue durée. Dans le domaine des soins de longue durée, il est difficile de déterminer des taux d'agrément particuliers, car il y a différentes définitions des soins de longue durée et d'importantes variations dans les structures régionales et organisationnelles et la prestation de services. Les descriptions qui suivent illustrent la complexité du système et les différences potentielles sur le plan de la qualité des services à la grandeur du pays.

Dans l'ouest du Canada, la plupart des établissements de soins de longue durée publics sont agréés par l'entremise du processus d'agrément de leur autorité sanitaire régionale et on estime que 50 pour cent des établissements de soins de longue durée de privés sont également agréés. En Ontario, le financement des établissements de soins de longue durée est lié à l'agrément et environ 50 pour cent de ces établissements sont agréés. L'agrément est obligatoire au Québec et tous les établissements de soins de longue durée de cette province sont donc agréés. Dans les provinces atlantiques, tout comme dans l'ouest du

pays, la plupart des établissements de soins de longue durée sont agréés par le processus d'agrément de leur autorité régionale de la santé. Le financement n'est pas lié à l'agrément dans cette région du pays, et on y retrouve beaucoup moins d'établissements privés agréés. Dans le nord du Canada, il y a beaucoup moins d'établissements de soins de longue durée; ceux qui sont financés par le secteur public et qui font partie des autorités sanitaires sont agréés et les établissements privés ne le sont généralement pas.<sup>27</sup>

**Recommandation n° 6 :**

Encourager une approche aux soins continus fondée sur la qualité, par l'adoption d'une stratégie nationale de soins continus portant sur les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins de relève et les soins palliatifs.

**Recommandation n° 7 :**

Développer des normes, faire de la recherche et identifier et partager les pratiques exemplaires pour assurer la prestation de services de soins continus de qualité à la population canadienne.

**Recommandation n° 8 :**

Assurer le financement nécessaire pour soutenir la participation des établissements de soins de longue durée à des processus d'agrément obligatoires, puis étendre l'agrément aux services de soins continus au fur et à mesure que des programmes seront disponibles à cette fin.

## **Conclusion**

Les soins à domicile, les soins en établissements de soins de longue durée, les soins palliatifs et les soins de relève sont susceptibles de toucher tous les Canadiens, car à un certain moment de leur vie, la plupart des Canadiens figureront parmi ceux qui offrent ou qui reçoivent un ou plusieurs de ces types de services. La démographie canadienne évolue et les gouvernements doivent agir aujourd'hui pour être en mesure de répondre aux besoins en soins continus de l'avenir; un avenir caractérisé par des besoins sanitaires, financiers et sociaux de plus en plus complexes. Le système de soins continus, de concert avec le système de soins actifs, joue un rôle déterminant pour offrir des soins efficaces, de qualité et en temps opportun aux Canadiens, dans les milieux appropriés. Une stratégie nationale qui intègre entièrement et de façon appropriée les services de soins à domicile, en établissements de longue durée, de relève et palliatifs aux autres volets du système contribuerait considérablement à assurer l'efficacité, l'efficience et la durabilité du système de santé canadien. Il faut en faire une priorité.

## Bibliographie :

---

- <sup>1</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>2</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à intégration. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>3</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à intégration. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>4</sup> Statistique Canada – Catalogue n° 91-215-XWF, Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires. 2010.
- <sup>5</sup> Conseil canadien de la santé. (2008). *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*. Toronto : Conseil canadien de la santé. [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca)
- <sup>6</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final. Volume Six : Recommandations en vue d'une réforme, octobre 2002.
- <sup>7</sup> Association canadienne de soins et services à domicile. (2008). *Les soins à domicile : Le prochain service essentiel. Répondre aux besoins de notre population vieillissante*. Disponible à <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2094>.
- <sup>8</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>9</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2008). Tableau 2 : Âge et sexe des résidents des établissements de soins de longue durée, 2007-2008. *Système d'information sur les soins de longue durée*.
- <sup>10</sup> Statistique Canada – Catalogue n° 89-519-XIF. *Un portrait des aînés au Canada*. 2006.
- <sup>11</sup> Statistique Canada. (n.d.). *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans - table de mortalité abrégée selon le sexe et la géographie*. Consulté le 16 juillet 2009 à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0211x/2006000/t032-fra.pdf>
- <sup>12</sup> Armstrong, P., Armstrong, H., & Scott-Dixon, K. (2008). *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- <sup>13</sup> Statistique Canada – Catalogue n° 89-519-XIF. *Un portrait des aînés au Canada*. 2006.
- <sup>14</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>15</sup> Association canadienne des soins de santé. (2011). *Les soins de relève au Canada*. Ottawa.

- 
- <sup>16</sup> La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada. (2008). *Les soins palliatifs à domicile au Canada : Rapport d'étape*. Ottawa (Ont.) : La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada.
- <sup>17</sup> Kortes-Miller, K., Habjan, S., & Kelley, M.L. (2007). Development of a palliative care education program in rural long-term care facilities. *Journal of Palliative Care*, 23(3), 154-162.
- <sup>18</sup> Association canadienne des soins palliatifs. (2010). Communiqué de presse : *Sommaire et points clés du rapport de la sénatrice Carstairs de l'Association canadienne de soins palliatifs Monter la barre : plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*. [http://www.chpca.net/uploads/files/francais/communiques\\_de\\_presse/2010\\_06\\_08\\_CHPCA\\_Summary\\_and\\_Key\\_Points\\_from\\_Senator\\_Carstairs\\_Report\\_FR.pdf](http://www.chpca.net/uploads/files/francais/communiques_de_presse/2010_06_08_CHPCA_Summary_and_Key_Points_from_Senator_Carstairs_Report_FR.pdf).
- <sup>19</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>20</sup> Hollander, M. (2001). *Final report of the study on comparative cost analysis of home care and residential care services – Substudy 1*. Victoria, BC. Hollander Analytical Services and the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care.
- <sup>21</sup> Hollander, M., Lui, G. et Chappell, N. (2009). Who cares and how much? *Healthcare Quarterly*. Vol. 12, N° 2.
- <sup>22</sup> Association canadienne des soins de santé. (2009). Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à intégration. *Mémoire de politique de l'ACS*. Ottawa (Ont.) : Auteur.
- <sup>23</sup> Pollara. (2007). *La santé au Canada. Résultats de l'étude 10<sup>e</sup> anniversaire, Partie 1*.
- <sup>24</sup> Gouvernement du Canada. (2011). *La prochaine phase du Plan d'action économique du Canada – Des impôts bas pour stimuler la croissance et l'emploi*. <http://www.budget.gc.ca/2011/plan/chap4-fra.html>.
- <sup>25</sup> Association canadienne des soins de santé. (2010). *Des investissements modestes – des gains maximums pour la santé des Canadiens*. Mémoire prébudgétaire soumis au Comité permanent des finances de la Chambre des Communes.
- <sup>26</sup> Gouvernement du Canada. (2011). *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C., (1985), ch. C-6) <http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/page-1.html>
- <sup>27</sup> Communication personnelle avec Agrément Canada, 10 août 2011.