


Pratiques organisationnelles en
réadaptation à l'échelle nationale et
internationale pour la clientèle adulte
présentant une incapacité motrice
permanente ou temporaire

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction des services sociaux



Pratiques organisationnelles en
réadaptation à l'échelle nationale et
internationale pour la clientèle adulte
présentant une incapacité motrice
permanente ou temporaire

Rédigé par
Hélène Laflamme
Sylvie Valade

Coordination scientifique
Annie Tessier

Sous la direction de
Sylvie Desmarais
Michèle Archambault

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Hélène Laflamme, DESS, M. Sc. Ed., Ps. éd.
Sylvie Valade, M.A.P., M.O.A.

Collaboratrice interne

Carole-Line Nadeau, M.A.

Coordination scientifique

Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Michèle Archambault, M. Sc.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Julien Chevrier, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Soutien administratif

Nathalie Vanier

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique

Debby Dubrofsky, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-82237-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). État des pratiques : Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire. Rapport rédigé par Hélène Laflamme et Sylvie Valade. Québec, Qc : INESSS; 2018. 104 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de travail

Dr Serge Bergeron, directeur des services professionnels, CISSS de Lanaudière (au cours du projet, Dr Bergeron occupait les fonctions de médecin-conseil à la Direction des services professionnels, CIUSSS du Saguenay–Lac-St-Jean)

M^{me} Chantal Caron, coordonnatrice clinico-administrative, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Sophie Castonguay, conseillère-cadre aux pratiques professionnelles et collaboratives, Direction des services multidisciplinaires, CISSS des Laurentides

M. Gaétan Coulombe, directeur de la qualité, innovation, performance, évaluation, recherche et éthique et directeur des services multidisciplinaires, Hôpital de réadaptation Villa Medica

M^{me} Nancy Cox, coordonnatrice en réadaptation - Programmes déficience physique motrice – adultes, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} France Dumont, directrice adjointe, Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire, MSSS

M^{me} Isabelle Duranceau, chef de service, Soutien à domicile adulte, Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique, CISSS de Laval

M^{me} Natalia Gulpa, conseillère-cadre clinicienne en soins infirmiers pour la clientèle de chirurgie, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Paule Langlois, agente de planification, programmation et de recherche, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Danie Lavoie, conseillère aux programmes, Direction des services en déficience et en réadaptation physique, MSSS

M. Stéphane Mercier, directeur adjoint, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Lanaudière

M^{me} Martine Morin, directrice adjointe, Continuum santé et bien-être en déficience physique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Chantal Perreault, chef d'unité, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Hélène Van Nieuwenhuysse, coordonnatrice - Continuum AVC, Direction des services hospitaliers, du pré-hospitalier et des urgences, MSSS

Comité d'excellence clinique services sociaux généraux, soutien aux personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

M^{me} Mathilda Abi-Antoun, directrice des services intégrés première ligne,
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^r Serge Bergeron, directeur des services professionnels, CISSS de Lanaudière

M^{me} Marie-Joëlle Carbonneau, citoyenne

M^{me} Jacinthe Cloutier, adjointe à la directrice programme DI-TSA-DP, CIUSSS
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Michel Desaulniers, conseiller orientation, CIUSSS de la Capitale-Nationale,
IRD PQ

M^{me} Christine Fournier, chargée de projet, RUIS de l'Université de Montréal

M. Francis Frenette, infirmier praticien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-
Québec

M. Angelo Galletto, citoyen

M. Pierre Paul Milette, directeur général adjoint Santé physique et DSM DP-SSG,
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Line Perreault, éthicienne, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Geneviève Racine, psychoéducatrice, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Myriam Rousseau, chercheure, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-
Québec

M. François Routhier, chercheur, CIRRIIS /CIUSSS de la Capitale-Nationale et
professeur agrégé au Département de réadaptation de l'Université Laval

M. Mathieu Roy, conseiller scientifique aux DGA, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M. Yves Couturier, Ph. D., professeur titulaire, directeur scientifique du Réseau
de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne.

M^{me} Lyne Girard, directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de
réadaptation et directrice du Programme déficience intellectuelle, trouble du
spectre de l'autisme et déficience physique.

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour sa réalisation.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées dans le cadre de la démarche.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	IX
GLOSSAIRE	XI
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIF DU PROJET	3
3. QUESTIONS D'ÉVALUATION	4
4. MÉTHODOLOGIE	5
4.1 Recherche documentaire	5
4.2 Résultats de la recherche documentaire	6
4.3 Données contextuelles et expérientielles	7
4.4 Analyse et synthèse des données.....	8
4.5 Validation par les pairs.....	8
5. MODÈLES D'ORGANISATION DE SERVICES DOCUMENTÉS.....	9
5.1 Australie : Quelques standards pour la dispensation des services de réadaptation et un modèle d'organisation de services.....	9
5.2 Ontario : Une révision complète du modèle d'organisation des services de réadaptation	15
5.3 Irlande : Un modèle d'organisation de services de proximité.....	20
5.4 Alberta : Un modèle d'organisation de services fondé sur le modèle de classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.....	23
5.5 Nouvelle-Zélande : Un modèle d'organisation en développement.....	26
6. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES TRANSVERSALES	30
6.1 Intégration des services	30
6.2 Offre complète et gamme variée de services	31
6.3 Planification des interventions.....	32
6.4 Composition, spécialisation, disponibilité et collaboration des équipes interdisciplinaires	32
6.5 Approche centrée sur l'utilisateur	33
6.6 Soutien aux familles et proches aidants	34
6.7 Amélioration continue de la qualité.....	35
7. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES LIÉES À LA GESTION DES LITS.....	37
7.1 Accès précoce aux services de réadaptation	37
7.2 Critères d'admission et d'orientation.....	38
7.3 Intensité des services.....	39
7.4 Modèles d'organisation des lits	40
8. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES LIÉES À LA GESTION DES TRANSITIONS	44
8.1 Planification du congé.....	44
8.2 Coordination des transitions.....	46

8.3	Enseignement auprès de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants...	47
8.4	Communication et transmission d'information	49
8.5	Moments clés dans la gestion des transitions	52
9.	PRATIQUES ORGANISATIONNELLES LIÉES À LA DISPENSATION DES SERVICES EXTERNES DE RÉADAPTATION.....	57
9.1	Services en clinique externe de réadaptation	58
9.2	Services en hôpital à domicile	60
9.3	Congé précoce avec soutien	61
9.4	Services en hôpital de jour	65
9.5	Téléadaptation	66
9.6	Accès aux services externes : transport	69
10.	DISCUSSION	71
10.1	Faits saillants relatifs aux modèles d'organisation de services de l'Australie, de l'Ontario, de l'Irlande, de l'Alberta et de la Nouvelle-Zélande.....	71
10.2	Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles transversales	73
10.3	Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles liées à la gestion des lits.....	76
10.4	Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles liées à la gestion des transitions.....	78
10.5	Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles liées à la dispensation des services externes.....	80
	CONCLUSION	82
	RÉFÉRENCES.....	83
	ANNEXE A Sélection de la littérature	93
	ANNEXE B Trajectoire de services distincte pour les « personnes âgées fragiles » et les adultes ayant une condition médicale complexe en Ontario	97
	ANNEXE C Algorithme décisionnel pour les services de réadaptation destinés aux usagers ayant eu une fracture de la hanche en Ontario.....	98
	ANNEXE D Arbre décisionnel pour les services de réadaptation destinés aux usagers ayant eu une PTH ou PTG en Ontario.....	99
	ANNEXE E Modèle d'organisation des services de réadaptation en Irlande	100
	ANNEXE F Les treize éléments clés du modèle albertain pour une prestation de services de réadaptation.....	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Description des différents types de services en Australie	13
Tableau 2	Les phases du modèle d'organisation de services de réadaptation de l'Irlande	22

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle de services de réadaptation pour les Australiens ayant subi un AVC	12
Figure 2	Réorganisation des lits de réadaptation en Ontario	16
Figure 3	Cadre conceptuel albertain de la réadaptation	24

RÉSUMÉ

Ce projet s'inscrit en cohérence avec les travaux qu'entend réaliser, en 2018-2019, la Direction des services en déficience et en réadaptation physique (DSDRP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour définir des paramètres d'organisation des services de réadaptation pour les adultes ayant des incapacités motrices. Les directeurs des programmes-services en déficience physique des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec ont, quant à eux, évoqué la nécessité de clarifier l'offre de service spécifique pour les usagers ayant une déficience motrice. Le MSSS a donc confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de réaliser une recension des écrits, dont l'objectif principal est de décrire des modèles nationaux et internationaux d'organisation de services et des pratiques organisationnelles qui permettraient d'accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services de réadaptation pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie (accident vasculaire cérébral (AVC), traumatisme craniocérébral (TCC), amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative), ou encore des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture (fragile avec comorbidités) ou d'une chirurgie (prothèse totale de la hanche (PTH), prothèse totale du genou (PTG)).

Cinq questions d'évaluation soutiennent l'objectif principal de cet état des pratiques. La première se penche sur les modèles d'organisation de services instaurés dans d'autres juridictions. La deuxième s'attarde aux pratiques organisationnelles transversales à la gestion des lits, la gestion des transitions et la dispensation des services externes. Finalement, les trois autres questions orientent la recherche sur des pratiques organisationnelles spécifiques à l'un ou l'autre de ces trois thèmes (gestion des lits, gestion des transitions, dispensation des services externes).

La recherche de la littérature a été réalisée en consultant des sites Web d'organisations, d'associations professionnelles et de sociétés savantes de même que les organismes gouvernementaux de l'Australie, des États-Unis, de l'Irlande, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des autres provinces et territoires canadiens. De plus, les bases de données Pubmed et EBM Reviews ont été interrogées. Des recherches ont également été faites par le biais de Google et Google Scholar à partir de mots-clés concernant les thèmes particuliers. Les documents retenus consistent en des études publiées dans des revues avec comité de pairs, des guides de pratique, des lignes directrices, des rapports d'évaluation, des rapports gouvernementaux et des rapports de comité d'experts. Pour soutenir sa collecte d'informations, l'INESSS a aussi consulté des questionnaires de différentes régions du Québec. Cela a permis de comprendre le

contexte actuel de l'organisation et de l'offre de service, des pratiques interétablissements, des ententes entre organismes, des problématiques rencontrées ainsi que des solutions mises en place. Finalement, un comité de travail, composé de 13 personnes, a accompagné l'INESSS et a contribué à l'adéquation des travaux avec les besoins exprimés par le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à la pertinence clinique et pratique du projet.

La première question, qui porte sur les modèles nationaux et internationaux d'organisation de services, a orienté la recension des écrits et l'analyse des documents retenus sur des modèles prometteurs, pertinents et transférables en partie ou en totalité au contexte québécois. Plusieurs juridictions ont amorcé une réflexion d'optimisation de leurs services de réadaptation, et certaines ont complété leur processus de transformation pour une clientèle particulière ou, parfois, pour l'ensemble des clientèles. L'Australie, l'Ontario, l'Irlande, l'Alberta et la Nouvelle-Zélande comptent parmi ces juridictions. De ces cinq modèles d'organisation de services, quelques éléments communs ressortent pour assurer une fluidité et une réponse optimale aux besoins des personnes nécessitant des services de réadaptation, notamment :

- l'adoption de définitions communes;
- l'adhésion de tous les acteurs concernés à une vision intégrée des services du continuum de réadaptation;
- la mise en place d'une offre complète et variée de services externes.

De façon plus particulière, relevons qu'en Australie, deux répertoires de standards pour la prestation des services de réadaptation – un pour les services internes et un autre pour les services externes – ont été élaborés. Ils se déclinent selon six thèmes : gouvernance, dotation, installations et équipements, politiques et procédures, amélioration de la qualité et gestion des risques, formation et recherche. En parallèle à la détermination de ces standards, un cadre de référence national sur les services de réadaptation post-AVC a été conçu, et un modèle non hiérarchisé d'organisation de services destinés aux personnes ayant subi un AVC a été déployé, incluant une offre variée de services externes.

L'Ontario a, quant à lui, élaboré un plan d'action dans lequel des objectifs prioritaires sont déterminés, dont ceux d'adopter une terminologie commune, de soutenir une approche standardisée d'évaluation des services, d'évaluer et planifier les services de réadaptation en externe. Dans la poursuite de ces objectifs, différents outils et cadres de référence sont proposés, notamment celui décrivant leur réorganisation des lits de réadaptation.

Par ailleurs, c'est dans le cadre d'une vaste démarche nationale que le gouvernement d'Irlande a revu son organisation de services de réadaptation. Cette dernière, tout en s'appuyant sur les principes définis par Turner-Stroke allant du service le plus simple au service le plus complexe, s'articule selon quatre niveaux de services unis par des liens bidirectionnels. Les services externes de

réadaptation primaires, les services externes de réadaptation dans la communauté, les services régionaux (internes et externes) de réadaptation et les services nationaux (internes et externes) de réadaptation sont ainsi offerts selon la complexité des problématiques-clientèles et le volume de ces mêmes clientèles.

L'Alberta s'est dotée d'un cadre conceptuel qui favorise une compréhension commune de la réadaptation, fournit des définitions et sert de guide pour planifier, gérer et dispenser des services de réadaptation cohérents et adaptés aux besoins des usagers et de la collectivité. En adéquation avec ce cadre, cinq types de services de réadaptation sont déployés : en soins aigus, en unité interne de réadaptation, en externe, à domicile et en soins de longue durée.

La Nouvelle-Zélande a mis au point une stratégie nationale en matière de réadaptation visant une plus grande coordination du développement des structures et des processus, de laquelle découlent quelques objectifs, notamment de s'assurer que la réadaptation fait partie intégrante des stratégies de santé et de services sociaux et de favoriser une meilleure intégration des services.

En ce qui concerne les pratiques organisationnelles transversales (deuxième question), la synthèse des informations issues des diverses sources consultées a permis de dégager quelques faits saillants. Ainsi, quatre pratiques sont ressorties de façon prépondérante :

- l'adoption d'une terminologie commune et d'une vision des services de réadaptation partagée entre les prestataires de services;
- une intégration des services associée à une offre complète et une gamme variée de services;
- la présence d'une équipe interdisciplinaire ayant acquis une expertise ciblée;
- l'inclusion de l'utilisateur et de sa famille dans l'équipe interdisciplinaire.

La recension des écrits a également mis en lumière des éléments spécifiques à chacun des thèmes. Relativement à la gestion des lits (troisième question), certaines pratiques sont apparues essentielles :

- favoriser la précocité et l'intensité des services internes de réadaptation;
- choisir un type d'unité interne selon la situation de l'utilisateur et de sa famille, leurs besoins et préférences (unités dédiées, unités combinées, unités mixtes, unités de réadaptation orthogériatrique, etc.).

La gestion des transitions, abordée à la quatrième question, se définit comme une série d'actions pour assurer la coordination et la continuité des services lorsqu'un usager est transféré d'un établissement à un autre ou d'un niveau de services à un autre au sein d'un même établissement. Eu égard aux pratiques organisationnelles examinées, la planification et la coordination des transitions ont semblé

incontournables. En effet, la planification précoce du congé de l'utilisateur facilite son retour à domicile, maximise son autonomie, réduit son isolement et permet de mieux répondre à ses besoins et à ceux de sa famille. De plus, la désignation d'un intervenant responsable de coordonner l'ensemble des transitions de l'utilisateur facilite la continuité des services et encourage une communication efficace entre les prestataires concernés.

Finalement, en réponse à la cinquième question, la dispensation de services externes variés et adaptés aux besoins des usagers et de leur famille est ressortie comme un des éléments fondamentaux de cette recension des écrits. En effet, l'impact des services externes a été largement démontré dans la littérature, et plusieurs juridictions leur ont accordé une place importante dans leur modèle d'organisation de services de réadaptation. Ainsi, la disponibilité de services externes de réadaptation en établissement ou à domicile, des services de congé précoce avec soutien de même que le recours à la téléadaptation, lorsque cela est pertinent, apparaissent indispensables dans l'amélioration du continuum de services.

Cet état des pratiques a permis de mettre en lumière des pratiques organisationnelles qui pourraient améliorer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services. Au Québec, le continuum de services de réadaptation actuel semble se décliner en plusieurs phases : celle qui est le plus près de l'évènement, fait référence aux soins et services offerts dans les unités de soins aigus des centres hospitaliers; la phase dite de réadaptation, renvoie aux services de réadaptation en unité interne et aux services externes offerts autant en établissement qu'à domicile; et finalement, la dernière phase se rapporte aux services de soutien à l'intégration et au maintien dans la communauté. La plupart des pratiques organisationnelles analysées et présentées dans ce rapport pourraient être mises en relation avec l'organisation des services au Québec. Bien que les concepts ne soient pas nouveaux, ils ont mis en valeur des pratiques pour lesquelles il serait intéressant d'apprécier l'implantation dans les établissements concernés du Québec et ainsi favoriser, le cas échéant, des ajustements de l'offre de service de réadaptation aux adultes présentant des incapacités motrices permanentes ou temporaires.

SUMMARY

National and international practices in the organization of rehabilitative care for adults with permanent or temporary motor disabilities

This project is in keeping with the work planned for 2018-2019 by the Direction des services en déficience et en réadaptation physique (DSDRP) of the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) to determine rehabilitative care organization parameters for adults with motor disabilities. Directors of physical disability programs/services in Québec's integrated health and social services centres (CISSS) and integrated university health and social services centres (CIUSSS) have expressed a need to clarify services to be offered specifically to adults with motor disabilities. The MSSS thus mandated the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to conduct a literature review with the primary goal of describing international and national models for service organization and organizational practices that can improve the accessibility, continuity and complementarity of rehabilitative services for adults with permanent motor disabilities resulting from accident or illness (stroke, traumatic brain injury (TBI), amputation, spinal cord injury, degenerative disease) or temporary motor disabilities resulting from a fracture (frailty with comorbidities) or surgery (total hip replacement (THR), total knee replacement (TKR)).

Five questions were formulated to meet the main objective of this state of practice. The first was about models of rehabilitation services organization in place in other jurisdictions. The second was about cross-organizational practices in bed management, transition management and outpatient services delivery. The last three were about specific organization practices with respect to each of these three themes (bed management, transition management and outpatient services delivery).

The literature search was conducted by consulting the websites of organizations, professional associations, learned societies and government agencies in Australia, the United States, Ireland, New Zealand, the United Kingdom and other Canadian provinces and territories. In addition, the PubMed database and the Cochrane Database of Systematic Reviews (OvidSP) were queried. Google and Google Scholar searches were also conducted using key words for the themes of interest. Selected for review were studies published in peer-reviewed journals, practice guides, guidances, assessment reports, government reports and reports by committees of experts. In addition, INESSS consulted managers from different regions of Québec to get an understanding of the real situation with respect to services offered and their organization, interestablishment practices, partnership agreements, problems encountered and solutions implemented. Lastly, a 13-member working committee worked closely with INESSS to ensure that the project

met the needs expressed by the health and social services network, was clinically relevant and had practical applications.

The first question, concerning international and national models of service organization, focused the literature search and the analysis of the documents selected for review on models that were promising, relevant and fully or partially transferable to Québec. A number of jurisdictions have begun examining how their rehabilitation services can be optimized and some have completed the transformation process, for a particular clientele, if not for all concerned. These include Australia, Ontario, Ireland, Alberta and New Zealand. These five models of rehabilitation services organization include a number of common elements to ensure fluidity and optimal response to the needs of those requiring rehabilitative services, the following in particular:

- adoption of common definitions;
- commitment of all players to an integrated vision of the rehabilitative care continuum;
- availability of a wide range of comprehensive outpatient services.

In Australia two sets of standards for provision of rehabilitation services have been developed, one for inpatient services and one for outpatient services. These standards pertain to six aspects of service provision: governance; staffing; facilities and equipment; policies and procedures; quality improvement and risk management; and education and research. During this same period, a national rehabilitation stroke services framework was developed and a non-hierarchical services organization model was introduced for stroke victims, including a wide range of outpatient services.

In Ontario, a work plan focusing on key priorities was developed, including establishing a common terminology, supporting a standardized approach to service evaluation, and evaluating and planning outpatient rehabilitation care. To meet these objectives, different tools and frameworks are suggested, notably a framework for reorganization of bedded rehabilitative care.

As part of a wide-ranging national undertaking, the Government of Ireland reviewed its organization of rehabilitative services. Based on the Turner-Stoke principle of service that ranges from the most simple to the most complex, the new service delivery model calls for four levels of care with pathways across care levels. Depending on the complexity of needs and volume of patients, the different levels of care are offered: outpatient primary care rehabilitation services, outpatient community-based rehabilitation services, regional rehabilitation services (inpatient and outpatient) and national rehabilitation services (inpatient and outpatient).

Alberta developed a conceptual framework in order to promote a shared understanding of rehabilitation, provide definitions and serve as a guide for planning, managing and delivering consistent rehabilitation services that meet patient and community needs. The framework outlines five rehabilitation services

sectors: acute care, rehabilitation facility/unit, ambulatory community, home care and long-term care facility.

New Zealand developed a national rehabilitation strategy to ensure a more coordinated focus on developing structures and processes. Key objectives of the strategy include ensuring rehabilitation is an integral component of health and social services strategies and improved integration of services.

With respect to cross-organizational practices (second question), the literature review showed four practices in particular appear repeatedly in the diverse sources consulted:

- adoption by care providers of a common terminology and a shared vision of rehabilitative care;
- service integration together with delivery of a comprehensive and wide range of services;
- presence of an interdisciplinary team with targeted expertise;
- inclusion of patients and family members in the interdisciplinary team.

The literature review also highlighted elements specific to each of the themes investigated. Regarding bed management (third question), certain practices seem essential:

- promotion of early and intensive inpatient rehabilitation services;
- selection of the type of inpatient unit depending on the circumstances of the patient and his/her family, their needs and preferences (dedicated unit, combined unit, mixed unit, orthogeriatric rehabilitation unit, etc.)

Transition management (fourth question) is the series of actions to ensure coordination and continuity of care when a patient is transferred from one establishment to another or from one level of service to another within the same establishment. Based on the organizational practices reviewed, planning and coordination of transitions seems to be indispensable. Early planning of hospital discharge facilitates the patient's return home, maximizes his/her autonomy, reduces isolation and makes it possible to better meet his/her needs and those of the family. In addition, designating a particular individual responsible for coordinating all transitions facilitates continuity of care and encourages effective communication between the care providers concerned.

Lastly, in response to the fifth question, the literature review indicates that delivery of a range of outpatient services adapted to the needs of patients and their families is a central element. In fact, the impact of outpatient services is made very clear in the literature, and many jurisdictions have made such services a key part of their rehabilitation services organization models. Availability of center-based or home-based outpatient rehabilitation services, early supported discharge and

telerehabilitation, when pertinent, seem to be essential to improving the continuum of care.

This report highlights organizational practices that can improve accessibility, continuity and complementarity of care. In Québec, the rehabilitative care continuum seems to breakdown into several phases: the phase closest to the event, when care is provided in an acute care unit in hospital; the “rehabilitation” phase, when inpatient and outpatient rehabilitation services are delivered as center or home-based services; and the last phase, when support services are provided for integrating and remaining in the community. Most of the organizational practices analyzed and presented in this report could be applicable to the organization of services in Québec. Though the concepts are not new, they highlight practices whose implementation in pertinent Québec establishment would be worth evaluating, so that needed adjustments could be made in the rehabilitative services offer for adults with temporary or permanent motor disabilities.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation du Québec
AFRM RACP	Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine of the Royal Australasian College of Physicians
AHS	Alberta Health Services
ANZHFR	Australian and New Zealand Hip Fracture Registry
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPS	Congé précoce avec soutien
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DSDRP	Direction des services en déficience et en réadaptation physique
HAD	Hôpital à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HQO	Health Quality Ontario
HSE NICAG	Health Service Executive National Integrated Care Advisory Group (Irlande)
ICES	Institute for Clinical Evaluative Sciences
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MOHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
NSF	National Stroke Foundation (Australie)
NZRA	New Zealand Rehabilitation Association
PI	Plan d'intervention
PTG	Prothèse totale de genou
PTH	Prothèse totale de la hanche

RCA	Rehabilitative Care Alliance
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNIR	Système national d'information sur la réadaptation
TCC	Traumatisme craniocérébral
UGOR	Unité de réadaptation orthopédique gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

GLOSSAIRE

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

« Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) est un établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant. [...] Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il peut utiliser dans son nom les mots *centre intégré universitaire de santé et de services sociaux* (CIUSSS) » [MSSS, 2017c].

Champion

« Un champion est une personne qui peut assumer plusieurs rôles différents, comme sensibiliser son organisation aux pratiques exemplaires, entraîner des groupes et des comités à envisager l'adoption de ces pratiques, mobiliser, coordonner et faciliter la formation et le perfectionnement des intervenants concernant la mise en œuvre des guides de pratiques exemplaires, etc. » [Castiglione et Ritchie, 2012].

Coordination

La coordination est l'activité de gestion des interdépendances. La coordination ordinaire fait référence à une « activité quotidienne d'ajustement mutuel par laquelle les acteurs gèrent conjointement leurs interdépendances fonctionnelles en temps réel », alors que la coordination dédiée s'apparente à « une forme systématique et continue d'ajustement mutuel, soutenue par des dispositifs informationnels, et effectuée par un intervenant imputable de sa mise en œuvre, en partenariat avec l'utilisateur et ses proches aidants, et ce, de concert avec le réseau de partenaires intra et intersectoriels » [Couturier *et al.*, 2016].

Déficience physique et motrice

Les personnes ayant une déficience physique présentent une « déficience d'un système organique qui entraîne ou risque, selon toutes probabilités, d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices, et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits » [MSSS, 2003]. La déficience motrice, incluse dans la déficience physique, est conséquente à « des troubles d'ordre neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur » qui peuvent « entraîner, sur le plan moteur et neurologique, des incapacités significatives et persistantes susceptibles d'affecter la réalisation des habitudes de vie et de restreindre la participation sociale » [AERDPQ, 2005a].

Durée de séjour

La durée de séjour correspond à la mesure de la durée d'une hospitalisation unique d'un usager admis dans une unité d'un établissement¹.

Habitude de vie

« Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. » La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale [Fougeyrollas *et al.*, 1998].

Incapacité

« Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude ». L'aptitude fait référence, quant à elle, à la possibilité qu'a une personne « d'accomplir une activité physique ou mentale » [Fougeyrollas *et al.*, 1998].

Intervenant

L'intervenant correspond à la « personne qui intervient au cours d'un processus quelconque »². Aux fins du présent document, nous définirons l'intervenant comme toute personne, incluant le professionnel, du réseau de la santé et des services sociaux, du secteur de l'éducation ou du secteur privé ou associatif qui intervient auprès de l'utilisateur ou de sa famille.

Proche

Le proche réfère à un « parent ou à un ami intime »³. Dans le cadre du présent rapport, il s'agit d'un membre de la famille ou de toute autre personne significative dans la vie de l'utilisateur.

Proche aidant

Le proche aidant représente une personne, habituellement un parent ou un ami, qui soutient et aide l'utilisateur dans sa vie de tous les jours. Le proche aidant est différent d'un intervenant qui prodigue des soins ou services professionnels à l'utilisateur ou d'une personne qui agit par le biais d'une organisation bénévole [NICE, 2015].

¹ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Glossaire [site Web]. Disponible à : <http://www.strokebestpractices.ca/appendices/glossaire/?lang=fr>.

² Dictionnaires de français Larousse. Intervenant [site Web]. Disponible à : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intervenant_intervenante/43884.

³ Dictionnaires de français Larousse. Proche [site Web]. Disponible à : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proche/64073?q=proche#63356>.

Professionnel

Le professionnel ou membre d'un ordre professionnel réfère à toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre et qui est inscrite au tableau de ce dernier. Dans le cadre du présent document, il correspond à toute personne exerçant l'une des professions règlementées et régies par le Code des professions du Québec qui intervient, selon son champ d'exercice, auprès de l'utilisateur ou de sa famille⁴.

Services de réadaptation

Les services de réadaptation sont axés sur les objectifs et sont souvent limités dans le temps. Ils permettent aux personnes ayant des déficiences, limitations d'activités et restrictions de participation de déterminer et d'atteindre leur niveau fonctionnel physique, mental et social optimal grâce à un partenariat avec la famille, les prestataires de services et la communauté. La réadaptation met l'accent sur les capacités et vise à faciliter l'indépendance et l'intégration sociale, et comprend l'adaptation et la prévention des blessures et la récurrence de la maladie et des conditions secondaires [AHS, 2012]. Selon la stratégie canadienne de l'AVC, la réadaptation fait référence au rétablissement de l'autonomie fonctionnelle, physique et psychologique optimale d'une personne handicapée⁵.

Les services de réadaptation se déclinent en *services internes de réadaptation*, auquel cas l'utilisateur est admis et hospitalisé dans une unité et y reçoit des services de réadaptation [MSSS, 2017b], ou en *services externes de réadaptation*, auquel cas l'utilisateur est alors inscrit dans un établissement et y reçoit ses services de réadaptation sur une base ambulatoire, soit en établissement, soit à domicile.

⁴ Code des professions (chapitre C-26). Disponible à : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26>.

⁵ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Glossaire [site Web]. Disponible à : <http://www.strokebestpractices.ca/appendices/glossaire/?lang=fr>.

1. INTRODUCTION

La DSDRP du MSSS a planifié la réalisation, en 2018-2019, de travaux pour définir des paramètres d'organisation de services de réadaptation pour les adultes ayant des incapacités motrices. Les directeurs de la Table nationale de coordination en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ont, quant à eux, évoqué la nécessité de clarifier l'offre de service spécifique pour les usagers ayant une déficience motrice, incluant celle des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) des CISSS et des CIUSSS.

Le MSSS a ainsi confié à l'INESSS le mandat de réaliser une recension des écrits, dont l'objectif principal est de décrire des modèles nationaux et internationaux d'organisation de services et des pratiques organisationnelles favorisant l'actualisation d'un continuum optimal en réadaptation pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes qui découlent d'un accident ou d'une maladie (AVC, TCC, amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative) ou encore d'incapacités motrices temporaires qui résultent d'une fracture (fragile avec comorbidités) ou d'une chirurgie (PTH, PTG).

L'INESSS a entamé les travaux en concordance avec les orientations de deux cadres de référence ministériels récents touchant les services de réadaptation. Le premier, « *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience* » promeut la notion d'intégration des soins et services et définit un modèle d'organisation de services ayant pour fondement les besoins des usagers, dont ceux ayant une déficience motrice, leur famille et leurs proches aidants [MSSS, 2017a]. Le deuxième cadre de référence, « *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* », décrit les attentes du MSSS à l'égard de son réseau en matière d'organisation des services de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté pour les usagers à risque de subir ou ayant subi un AVC [MSSS, 2017b].

À l'étape du cadrage du projet, l'INESSS a procédé à une consultation auprès de gestionnaires de CISSS et de CIUSSS et d'un établissement privé conventionné de six régions du Québec, œuvrant dans des missions de centres hospitaliers, de centres de réadaptation en interne et en externe et de soutien à domicile. Les informations ainsi recueillies ont permis de dégager trois principaux thèmes autour desquels s'est articulée la recherche documentaire, soit la gestion des lits dans les centres hospitaliers et dans les unités internes de réadaptation, la gestion des transitions entre les différents prestataires de services et la dispensation des services externes. C'est dans une perspective d'accessibilité, de continuité et de complémentarité des services que ces thèmes ont été explorés à travers la revue des écrits.

Outre le fait d'aider à dégager certains thèmes, la consultation auprès des gestionnaires a permis de comprendre l'organisation actuelle du continuum de services québécois. Ce continuum semble se décliner en trois phases : la première, soit celle suivant immédiatement l'évènement, fait référence aux soins et services offerts dans les unités de soins aigus des centres hospitaliers; la deuxième, dite de

réadaptation, renvoie aux services de réadaptation en unité interne et les services externes offerts autant en établissement qu'à domicile, et la troisième phase se rapporte aux services de soutien à l'intégration et au maintien dans la communauté.

Afin de circonscrire la problématique et de bien appréhender le mandat qui lui est confié, l'INESSS a pris connaissance de différents rapports statistiques 2016-2017 produits par les établissements et par le MSSS⁶. Ces rapports indiquaient que pour l'ensemble du Québec, les taux d'occupation des lits dans une URFI (toutes clientèles confondues) variaient entre 61 % et 131 %. La durée moyenne de séjour pour une même clientèle différait d'une région à l'autre. Les délais d'attente pour une place en réadaptation externe oscillaient entre 2 et 146 jours, tous niveaux de priorité confondus. Quant aux délais d'attente pour une admission dans un lit d'URFI, ils variaient entre 2 et 20 jours. Ces données témoignent d'une grande variabilité de l'offre de service de réadaptation entre les régions du Québec et, ce faisant, elles renforcent l'importance de procéder à une recension des écrits concernant les pratiques organisationnelles de réadaptation.

Les rapports statistiques concernant les centres hospitaliers et les centres d'hébergement et de soins de longue durée⁷ ne permettent malheureusement pas de connaître le nombre de lits spécifiquement dédiés à la réadaptation, ni le nombre de ceux des unités transitoires de récupération fonctionnelle. Ainsi, le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour, les délais d'attente et la volumétrie de la clientèle desservie spécifiquement en réadaptation, et ce, tant à l'interne qu'à l'externe, ne sont pas disponibles.

⁶ AS-484 Rapport statistique des centres de réadaptation en déficience physique 2016-2017 (CRDP).

⁷ AS-478 Rapport statistique des centres hospitaliers, centres d'hébergement et de soins de longue durée et les activités en centre local de services communautaires (CLSC) 2016-2017.

2. OBJECTIF DU PROJET

L'objectif général du projet est de décrire, à travers un « État des pratiques », des modèles documentés d'organisation des services de réadaptation et de faire ressortir les pratiques prometteuses permettant d'accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services destinés aux adultes ayant des incapacités permanentes découlant d'une déficience motrice (AVC, TCC, amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative) ou encore des incapacités temporaires consécutives à une chirurgie pour une PTH ou une PTG ou à une fracture (fragile avec comorbidités).

Les pratiques organisationnelles se déclinent en trois thèmes :

- la gestion des lits;
- la gestion des transitions;
- la dispensation des services externes de réadaptation.

De plus, les pratiques organisationnelles transversales à celles-ci sont présentées.

3. QUESTIONS D'ÉVALUATION

Cinq questions soutiennent l'objectif général de cet état des pratiques.

1. Quels modèles d'organisation de services des juridictions canadiennes et internationales pourraient favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de réadaptation destinés aux adultes ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie ou des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture ou d'une chirurgie?
2. Quelles pratiques organisationnelles transversales favoriseraient l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie ou des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture ou d'une chirurgie?
3. En lien avec la gestion de lits, quelles pratiques organisationnelles sont à considérer puisqu'elles sont reconnues pour accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie ou des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture ou d'une chirurgie?
4. En lien avec la gestion des transitions, quelles pratiques organisationnelles sont à considérer puisqu'elles sont reconnues pour accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie ou des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture ou d'une chirurgie?
5. En lien avec la dispensation des services externes, quelles pratiques organisationnelles sont à considérer puisqu'elles sont reconnues pour accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services pour les adultes ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie ou des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture ou d'une chirurgie?

4. MÉTHODOLOGIE

Des données sur les composantes d'un continuum de services de réadaptation pour les adultes ayant des incapacités motrices ont été examinées. Les modèles d'organisation de services de réadaptation de l'Australie, des États-Unis, de la France, de l'Irlande, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des autres provinces et territoires canadiens ont été considérés.

4.1 Recherche documentaire

4.1.1 Stratégies de recherche

La recherche documentaire a été effectuée par des professionnelles en consultant des sites Web d'organisations, d'associations professionnelles et de sociétés savantes de même que les organismes gouvernementaux de l'Australie, des États-Unis, de l'Irlande, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des autres provinces et territoires canadiens. De plus, les bases de données PubMed et EBM Reviews ont été interrogées. Des recherches ont également été faites par le biais de Google et Google Scholar à partir de mots clés concernant notamment la communication, le rôle du coordonnateur, l'implication de la famille, l'autogestion, le rôle du médecin et le transport (Annexe A).

4.1.2 Critères de sélection

La recherche de la littérature a été réalisée à partir des critères de sélection présentés à l'annexe A. Les documents ont été retenus lorsqu'ils étaient publiés par des sociétés savantes, garantes de produits de qualité. Ils consistaient en des études publiées dans des revues avec comité de pairs, des guides de pratique, des lignes directrices, des rapports d'évaluation ou de comité d'experts et des rapports gouvernementaux.

La littérature retenue décrit de bonnes pratiques d'un continuum de services de réadaptation concernant des clientèles spécifiques, soit :

- les adultes, incluant les personnes âgées, ayant des incapacités motrices permanentes découlant d'un accident ou d'une maladie (AVC, TCC, amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative);
- les adultes, incluant les personnes âgées, ayant des incapacités motrices temporaires résultant d'une fracture (fragilité avec comorbidités) ou d'une chirurgie (PTH ou PTG).

Par ailleurs, à la suite de la revue sommaire de la littérature, il a été convenu d'exclure les clientèles suivantes :

- les enfants;
- les adultes ayant des incapacités temporaires de type fracture simple sans condition associée;
- les adultes ayant besoin de réadaptation pulmonaire ou postchirurgie cardiaque;
- les victimes de brûlures graves;
- les personnes ayant eu une chirurgie en lien avec un cancer.

4.1.3 Évaluation de la qualité de l'information

La qualité des documents issus de la littérature n'a pas été évaluée. Toutefois, pour être retenus, les documents devaient provenir de sources reconnues.

4.2 Résultats de la recherche documentaire

Les documents retenus proviennent de pays où l'organisation du système de santé ou du système de services sociaux et la démographie peuvent différer, ce qui signifie que toute transposition de leurs pratiques au contexte québécois devrait être faite judicieusement et avec réserve (Annexe A pour la liste des documents principaux).

La majorité des documents sélectionnés sont des lignes directrices ou des guides de pratique clinique provenant de diverses juridictions et d'organismes savants, tels que le comité consultatif canadien sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Six revues systématiques ont aussi été consultées, dont cinq réalisées par des auteurs affiliés à un groupe Cochrane. Elles portent sur les transitions sécuritaires [Renneke *et al.*, 2013], la planification du congé [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016], l'hôpital à domicile [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017], les services pour réduire la durée de séjour en centre hospitalier pour les usagers ayant subi un AVC [Fearon et Langhorne, 2012], le congé précoce de l'hôpital à la maison [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017] et la télé-réadaptation [Laver *et al.*, 2013]. De plus, une série de revues (Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, par Teasell) a été examinée.

Enfin, des documents gouvernementaux provenant de l'Australie, du Canada, des États-Unis, de la France, de l'Irlande, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni ont été inclus afin de décrire des modèles d'organisation de services.

La littérature concernant les usagers ayant subi un AVC, une lésion cérébrale acquise (ex. : TCC), une fracture de la hanche ou ayant eu une PTH-PTG est apparue plus abondante que celle s'intéressant aux usagers ayant une maladie neurodégénérative. Cela est congruent à la distribution des clientèles suivies en réadaptation. Les

données répertoriées dans le système clinico-administratif des établissements de réadaptation du Québec, AS-484 de l'année 2016-2017, indiquaient que 45 % des usagers étaient admis dans des lits de réadaptation à la suite d'un AVC et que 11 % l'étaient à la suite d'un TCC. Le constat est le même pour le reste du Canada. Les données 2016-2017 du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révélaient que 33 % des usagers étaient admis en réadaptation pour des troubles orthopédiques et 19 % à la suite d'un AVC^{8,9}.

Certaines juridictions proposent une organisation des services de réadaptation distincte pour les personnes âgées, où la complémentarité des services entre la réadaptation et la gériatrie est nécessaire. Ces modèles sont également examinés.

4.3 Données contextuelles et expérientielles

4.3.1 Données clinico-administratives

À l'étape du cadrage du projet, une consultation des rapports statistiques du MSSS a permis de cerner certains enjeux des milieux cliniques (nombre de lits disponibles en centre de réadaptation en déficience physique, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, délais d'attente, volume de personnes desservies à l'interne et à l'externe). Les données ainsi recueillies, bien que parfois partielles, ont apporté des précisions sur la problématique et aidé à circonscrire les questions d'évaluation.

4.3.2 Consultation des gestionnaires du réseau

Dans un deuxième temps, les professionnelles de l'INESSS ont consulté des gestionnaires de différentes régions du Québec afin de mieux comprendre l'organisation des services, l'offre de service, les pratiques interétablissements, les ententes entre organismes, les problématiques rencontrées ainsi que les pistes de solution mises en place, le cas échéant, et ce, afin d'orienter le projet. Des gestionnaires de neuf CISSS, CIUSSS et d'un établissement privé conventionné, en provenance des milieux hospitaliers, de la réadaptation interne et externe et du soutien à domicile de six régions du Québec ont été interrogés par le biais d'un entretien téléphonique de 90 minutes, entre le 28 septembre et le 7 octobre 2016. Les régions ont été sélectionnées selon le critère suivant : représentativité des milieux urbains, semi-urbains et ruraux.

4.3.3 Consultations auprès d'un comité de travail

Un comité de travail a été mis en place. Il se composait de treize membres : trois professionnels, une infirmière, un médecin et trois gestionnaires directement concernés par les services de réadaptation aux clientèles susmentionnées et œuvrant

⁸ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Réadaptation [site Web]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/readaptation>.

⁹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Statistiques éclair [site Web]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/statistiques-eclair>.

au sein des programmes-services en déficience physique, santé physique ou soutien à l'autonomie des personnes âgées, un représentant de la Direction des services multidisciplinaires et un autre de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique des CISSS et CIUSSS, un gestionnaire d'établissement privé conventionné et, finalement, deux représentants du MSSS (DSDRP et Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire). La composition du comité tenait compte d'une représentativité des différentes régions du Québec ainsi que des contextes urbain, semi-urbain et rural. De plus, un équilibre entre le nombre de gestionnaires et intervenants et le type de directions impliquées a été considéré.

Le mandat du comité de travail était de contribuer à la crédibilité scientifique ainsi qu'à la pertinence clinique et pratique du projet. Les membres ont collaboré à son acceptabilité sur les plans professionnel et social en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Ils ont aussi offert de la rétroaction à différentes étapes.

À cette fin, le comité s'est réuni deux fois, à raison de trois heures par rencontre. Lors de la première rencontre, les membres ont pris connaissance de l'objectif et des orientations du projet. La deuxième rencontre a permis de présenter l'état d'avancement des travaux et d'entendre les préoccupations des membres du comité, afin d'apporter les ajustements nécessaires. Finalement, une version préliminaire du rapport a pu être commentée et bonifiée par les suggestions des membres du comité.

4.4 Analyse et synthèse des données

De multiples données ont été rassemblées, intégrées et synthétisées de façon rigoureuse. Les préoccupations des personnes consultées ont guidé la définition des questions d'évaluation, puis l'analyse et la synthèse ont été faites objectivement en laissant émerger les points communs qui peuvent être considérés comme des éléments prometteurs.

4.5 Validation par les pairs

Le rapport a été soumis à deux lecteurs externes, afin qu'ils en valident les aspects méthodologiques de même que l'exactitude du contexte et du contenu. Les lecteurs externes se sont distingués par leur expertise dans le domaine de la réadaptation et des continuums de services. Leurs commentaires ont été analysés et intégrés au présent rapport, le cas échéant.

5. MODÈLES D'ORGANISATION DE SERVICES DOCUMENTÉS

Le présent chapitre fait état des informations sélectionnées dans la littérature pour répondre à la première question, qui est : quels modèles d'organisation de services des juridictions canadiennes et internationales pourraient favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de réadaptation?

Plusieurs juridictions ont amorcé une réflexion quant à l'optimisation de l'organisation des services de réadaptation, et certaines ont commencé leur transformation. Ces transformations sont relativement récentes, si bien que peu de juridictions sont en mesure de présenter l'ensemble de leur démarche, allant de leur plan d'action aux résultats en passant par leurs réalisations. Cependant, certaines sont plus avancées que d'autres, ayant complété le processus pour une clientèle particulière ou, parfois, pour l'ensemble des clientèles. L'Australie, l'Ontario, l'Irlande, l'Alberta et la Nouvelle-Zélande comptent parmi ces juridictions.

5.1 Australie : Quelques standards pour la dispensation des services de réadaptation et un modèle d'organisation de services

5.1.1 Standards généraux pour la prestation des services médicaux de réadaptation en interne et en externe

L'*Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine*, en collaboration avec le *Royal Australasian College of Physicians*, ont élaboré deux répertoires de standards pour la prestation des services de réadaptation pour les adultes [AFRM RACP, 2014; AFRM RACP, 2011]. Le premier touche les services médicaux de réadaptation à l'interne pour une clientèle adulte hospitalisée et le second, les services médicaux de réadaptation en externe pour une clientèle adulte. Malgré certains éléments spécifiques à chaque répertoire, les standards de ces deux documents se déclinent selon les six thèmes suivants :

- la gouvernance : un département de réadaptation spécialisé, sous la supervision d'un médecin de réadaptation, dispense des services multidisciplinaires centrés sur l'utilisateur. Les services ont pour objectif de soutenir l'utilisateur dans la récupération optimale de ses capacités et sa participation sociale;
- la dotation en personnel : il y a une variété d'intervenants de différentes disciplines avec des compétences et une formation appropriées. Les

membres de l'équipe sont en nombre suffisant pour faire en sorte que chaque usager reçoive des services individualisés et d'intensité adéquate¹⁰;

- les installations et les équipements : les installations et les équipements sont adéquats, appropriés et sécuritaires pour répondre aux besoins de réadaptation des usagers;
- les politiques et procédures : les politiques et les procédures sont formalisées et garantissent aux usagers des services de réadaptation sécuritaires, appropriés, efficaces et des résultats cliniques mesurables. À titre d'exemples, mentionnons des critères d'admission clairs et connus de tous, une procédure d'évaluation définie pour chaque usager, un plan d'intervention individualisé, une politique de partenariat entre les services de réadaptation et les services de la communauté, une procédure de retour au travail, etc.;
- les activités d'amélioration de la qualité et de gestion des risques : le département a un cadre d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques approprié, qui aborde la participation des usagers, l'accès, l'adéquation, l'efficacité, la sécurité et l'efficience;
- la formation et la recherche : le département participe activement à la formation continue, l'enseignement et la promotion de la recherche.

5.1.2 Modèles d'organisation de services en réadaptation recommandés pour les usagers ayant subi un AVC

En parallèle à la détermination des standards décrits ci-dessus, le National Stroke Foundation (NSF) avait présenté, en 2013, un cadre de référence national sur les services de réadaptation post-AVC [NSF, 2013]. Ce cadre détaillait les éléments clés essentiels aux différents modèles d'organisation des services ainsi que les éléments sur lesquels les services de réadaptation devraient s'appuyer. Finalement, il présentait certains modèles fondés sur des données probantes.

Selon le NSF, certains éléments devraient servir d'assises aux modèles d'organisation de services de réadaptation pour les usagers ayant eu un AVC [NSF, 2013]. Ces éléments, listés ci-dessous, rejoignent en grande partie les standards établis par l'*Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine* et le *Royal Australasian College of Physicians* :

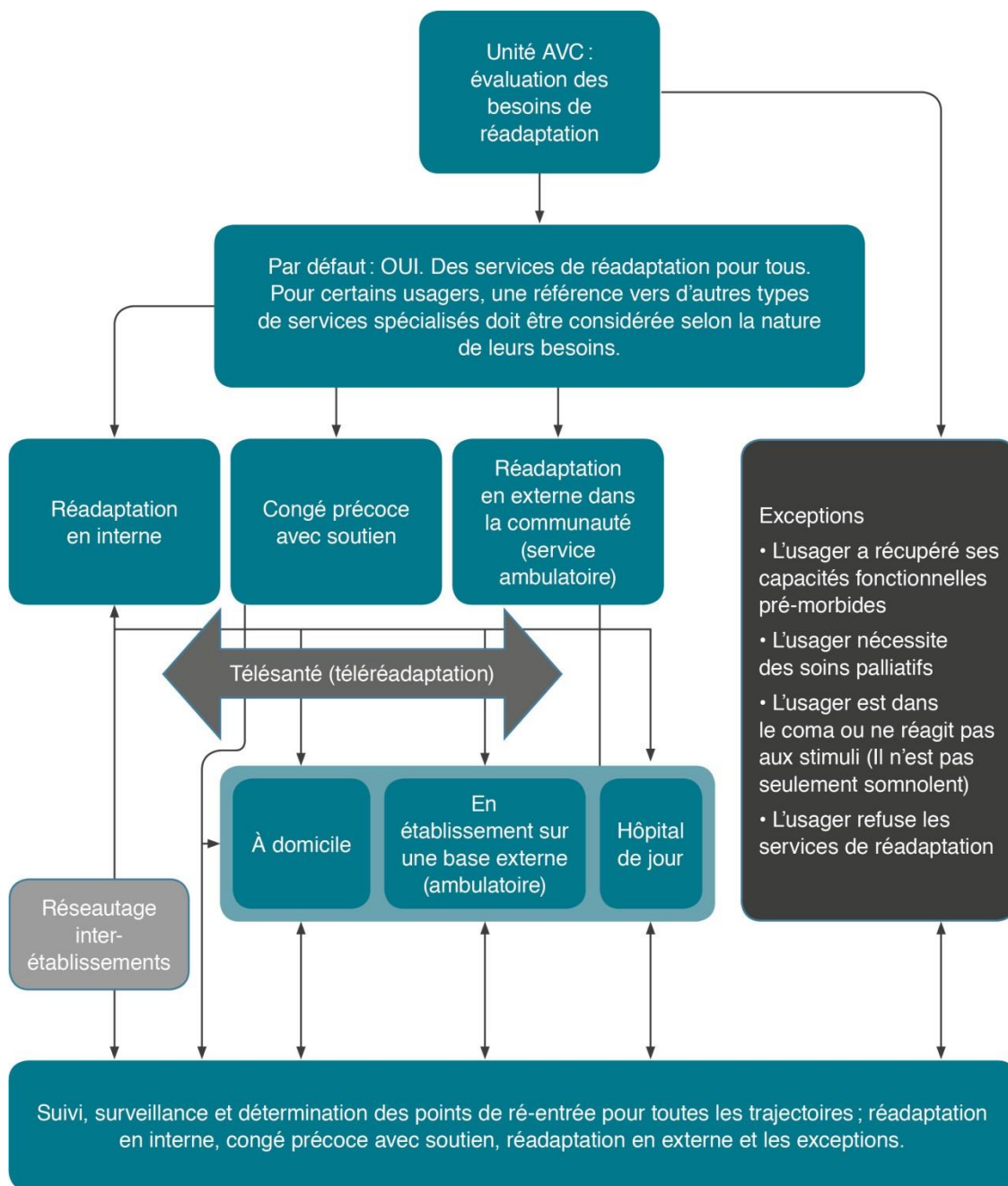
- liens de collaboration et processus de référence définis conjointement par les prestataires de services, notamment entre les phases de réadaptation interne et externe;
- équipe interdisciplinaire composée d'intervenants de différentes disciplines ayant reçu une formation spécifique en soins et services de l'AVC;

¹⁰ Les ratios du nombre de professionnels/types d'usagers sont décrits à la p. 4 du *Standards for the provision of inpatient adult rehabilitation medicine services in public and private hospital* [AFRM RACP, 2011].

- lits destinés à la clientèle ayant subi un AVC dans une unité circonscrite géographiquement;
- standardisation et précocité des évaluations;
- élaboration d'objectifs de réadaptation en collaboration avec l'utilisateur, sa famille ou des proches aidants, et consignation dans un document écrit;
- utilisation systématique de lignes directrices fondées sur des données probantes pour guider les interventions;
- intensité des interventions selon les meilleures pratiques et les objectifs thérapeutiques;
- procédures de transfert des soins, de suivi et de réadmission définies;
- soutien à l'utilisateur ayant subi un AVC, sa famille et les proches aidants pour maximiser la participation dans la communauté et la récupération à long terme (en lien avec cet élément, un outil a d'ailleurs été mis au point, « My Stroke Journey » [Stroke Foundation, 2017b]);
- culture d'amélioration de la qualité à implanter et activités à réaliser régulièrement.

La figure 1 expose les liens entre les différents types de services. Ce modèle ne repose pas sur une hiérarchisation des services ni sur une logique linéaire. C'est à partir de la phase des soins aigus que toutes les options de services de réadaptation (interne, congé précoce avec soutien ou externe) sont évaluées pour déterminer laquelle répondra le mieux aux besoins de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants. Le tableau 1, qui suit la figure 1, décrit les différents types de services et leurs principaux éléments.

Figure 1 Modèle de services de réadaptation pour les Australiens ayant subi un AVC



Source : Traduction libre de National Stroke Foundation. *Rehabilitation Stroke Services Framework 2013* [NSF, 2013].

Tableau 1 Description des différents types de services en Australie

Types de services	Description
Services internes de réadaptation	<p>Trois modèles existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unité de réadaptation mixte (différentes problématiques-clientèles se retrouvent dans une même unité de réadaptation). • Unité dédiée combinée (une seule problématique-clientèle dans une unité combinant les services des soins aigus et ceux de la phase de réadaptation). • Unité de réadaptation dédiée aux usagers ayant subi un AVC (unité distincte où les usagers sont transférés une à deux semaines après l'AVC et après leur passage à l'unité de soins aigus). <p>Caractéristiques des services internes de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensation des services dans une unité interne située à l'intérieur ou indépendante du centre hospitalier. • Épisodes de services débutant par une évaluation interdisciplinaire. • Accès possible à tous types d'intervenants médicaux ou de réadaptation. • Disponibilité d'un programme d'intervention intensive et multidisciplinaire selon la capacité de l'utilisateur d'en bénéficier. • Modalités de services variées (individuel, groupe, enseignement/coaching, etc.). • Interventions centrées sur des objectifs de participation sociale de l'utilisateur. • Épisode limité dans le temps.
	<p>Caractéristiques spécifiques aux services spécialisés de réadaptation dans une unité dédiée aux usagers ayant subi un AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généralement dispensés dans une unité distincte de l'unité de soins aigus. • Équipe multidisciplinaire spécialisée en réadaptation et coordonnée. • Évaluations complètes et interventions quotidiennes par différents intervenants, ajustées selon les besoins, les capacités et l'évolution de l'utilisateur. • Mobilisation précoce pour éviter de trop longues périodes d'alitement et plan de conservation de l'énergie. • Disponibilité d'offres de formations pour le personnel. • Réunions d'équipe régulières pour discuter des objectifs et des progrès de l'utilisateur et pour planifier son congé. • Rencontres supplémentaires, notamment pour stimuler la participation de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants aux processus de réadaptation.

Tableau 1 Description des différents types de services en Australie (suite)

Types de services	Description
Congé précoce avec soutien (ESD)	<ul style="list-style-type: none"> • Congé précoce de la phase aigüe de réadaptation et mise en place de services externes de réadaptation intensive dispensés au domicile de l'utilisateur. • Services bénéfiques, notamment pour les usagers chez qui les séquelles de l'AVC sont de légères à modérées¹¹. • Équipe interdisciplinaire spécialisée en réadaptation auprès d'usagers ayant eu un AVC¹², qui assure les services de réadaptation entre ceux offerts dans l'unité de soins aigus et ceux éventuellement offerts par une équipe de réadaptation en externe. • Intervenant-pivot pour chaque usager. • Présence d'un coordonnateur pour assurer la planification du congé à partir du centre hospitalier et la poursuite des services de réadaptation au domicile de l'utilisateur. • Rencontres hebdomadaires de l'équipe.
Services externes de réadaptation offerts dans la communauté	<p>Trois types de services externes existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hôpital de jour : interventions interdisciplinaires et intensives offertes en individuel ou en groupe, centrées sur des objectifs à court et long terme de participation de l'utilisateur et limitées dans le temps. • En clinique externe : interventions plutôt disciplinaires et accès à une équipe multidisciplinaire, au besoin. • À domicile : interventions de réadaptation dans le milieu de vie de l'utilisateur et centrées sur des tâches spécifiques.
Réseautage interétablissements/programme de sensibilisation (<i>Outreach</i>)	<p>Deux modèles existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle de collaboration (les centres travaillent ensemble pour offrir des services de réadaptation aux usagers) entre les centres hospitaliers tertiaires, secondaires et primaires ou entre établissements de réadaptation régionaux (spécialisés) et suprarégionaux (surspécialisés). • Modèle de type consultatif (conseil et soutien).
Utilisation de la télé-réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Technologie de communication utilisée pour dispenser des services médicaux ou de réadaptation, prodiguer conseil, soutien et formation à distance. • Utile autant pour les équipes de réadaptation interne que pour les équipes de réadaptation externe.

Source : National Stroke Foundation. *Rehabilitation Stroke Services Framework 2013* [NSF, 2013].

¹¹ Critères d'admissibilité au « Congé précoce avec soutien » décrits à l'annexe 4, p. 22 du *Rehabilitation Stroke Services Framework* [NSF, 2013].

¹² Composition de l'équipe multidisciplinaire : ergothérapeute, infirmière, médecin, orthophoniste, physiothérapeute, travailleur social et personnel de soutien administratif, annexe 2, p. 20 du *Rehabilitation Stroke Services Framework* [NSF, 2013].

En 2016, le Stroke Foundation a effectué une évaluation de l'implantation du modèle d'organisation de services, illustré à la Figure 1, par le biais d'un audit [Stroke Foundation, 2016]. Malgré des signes encourageants, soit l'augmentation du nombre d'éléments du guide de pratique implantés par établissement, il concluait que certains éléments demeuraient problématiques, notamment la variabilité des services entre les différents milieux, le peu de considération des besoins émotionnels et psychologiques des usagers et de leur famille et, finalement, une préparation au congé incomplète.

5.2 Ontario : Une révision complète du modèle d'organisation des services de réadaptation

Les services de réadaptation de l'Ontario sont dispensés dans différents milieux. Un manque d'harmonisation entre ces milieux semblait source de confusion pour les usagers, les familles et les référents, et cela a conduit à une utilisation inefficace des ressources du système. Conséquemment, le *Rehabilitative Care Alliance* (RCA) a présenté un plan d'action qui se déclinait en deux phases : l'élaboration d'un cadre de référence (2013-2015) et le soutien à l'implantation dans les établissements ontariens (2015-2017) [RCA, 2017; RCA, 2015c].

5.2.1 Première phase du projet

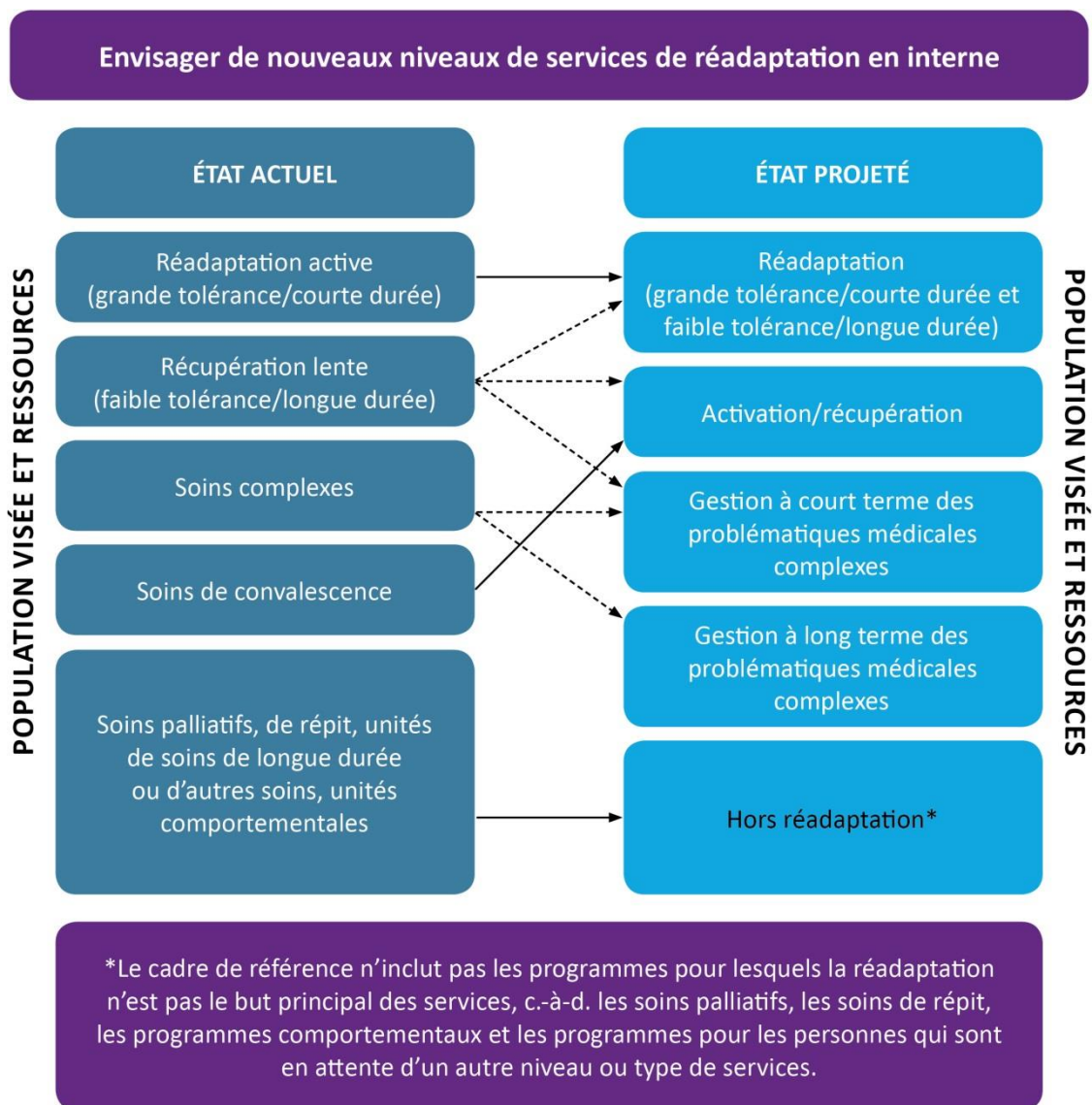
Lors de la première phase du projet, soit l'élaboration d'un cadre de référence, cinq objectifs prioritaires ont été déterminés, au regard desquels le gouvernement ontarien a posé différentes actions.

Objectif 1 : Adopter une terminologie commune, élaborer des définitions claires et convenir de normes de pratique pour tous les niveaux de services de réadaptation dans le continuum, afin d'avoir une compréhension partagée entre les usagers, les familles et les intervenants des services de réadaptation.

- Actions posées : deux cadres de référence ont été publiés.
 - « Definitions Framework for Bedded Levels of Rehabilitative Care » [RCA, 2014];
 - « Definitions Framework for Community Based Levels of Rehabilitative Care » [RCA, 2015d].

Ces cadres décrivent les différents niveaux de services en réadaptation et les normes recommandées pour chacun, en précisant les critères d'admissibilité, les caractéristiques des usagers ainsi que les composantes cliniques. La distribution des différents lits de réadaptation a ainsi été révisée, ce qui a conduit à un repositionnement de cette organisation de services. La figure 2 illustre cette réorganisation.

Figure 2 Réorganisation des lits de réadaptation en Ontario



Source : Traduction libre de *Rehabilitative Care Alliance. Inspiring new directions in rehabilitative care. Rehabilitative Care Alliance 2013-2015 report* [RCA, 2015c].

Chaque type de lits de réadaptation se destine à une clientèle précise et correspond à une gamme de services spécifiques liés aux caractéristiques de cette clientèle. En voici une description détaillée.

- **Lits de réadaptation** : pour des usagers ayant des incapacités fonctionnelles significatives, médicalement stables et en mesure de participer aux activités de réadaptation qui leur sont proposées. La durée de séjour excède rarement 90 jours. Les services visent l'atteinte et le maintien d'un niveau fonctionnel physique, sensoriel, intellectuel, psychologique et social optimal. L'atteinte des objectifs requiert des interventions fréquentes, qui doivent être réévaluées quotidiennement et dispensées par une équipe interdisciplinaire incluant médecins et infirmières. L'intensité des services peut varier selon les besoins de l'utilisateur, et ils sont toujours limités dans le temps.
- **Activation/récupération** : pour des usagers ayant des besoins de convalescence avant un retour à domicile, médicalement stables et en mesure de participer aux activités d'activation/récupération qui leur sont proposées. Les interventions visent la promotion de l'activité de même que l'augmentation de la force, de l'endurance et de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. La durée moyenne de séjour est entre 56 et 72 jours, mais peut aller jusqu'à 90 jours. L'atteinte des objectifs repose principalement sur des exercices et des activités récréatives, et non sur l'intervention quotidienne d'une équipe interdisciplinaire.
- **Gestion à court terme des problématiques médicales complexes** : pour des usagers qui présentent une condition médicale complexe ou une problématique chronique et qui requièrent des soins médicaux et infirmiers spécialisés et, le cas échéant, des services d'autres professionnels de la santé. Dès l'admission, les usagers ont des limitations physiques ou cognitives importantes freinant leur engagement dans un processus de réadaptation actif. Néanmoins, ces usagers présentent un pronostic de récupération favorable. Les services visent à prévenir une détérioration fonctionnelle de l'utilisateur, à augmenter sa tolérance quant à l'activité et à le soutenir dans sa progression vers une récupération optimale. La durée de séjour n'excède pas 90 jours.
- **Gestion à long terme des problématiques médicales complexes** : pour des usagers qui présentent une condition médicale complexe ou une problématique chronique et qui requièrent, pour une période prolongée, des soins médicaux et infirmiers spécialisés. Les services visent à maintenir ou à ralentir le rythme et à éviter une perte de fonction supplémentaire. Ces usagers, eu égard à leurs besoins médicaux complexes, sont et continueront d'être plus ou moins des résidents permanents de l'hôpital. Il n'y a aucune limite de durée de séjour.

Objectif 2 : Élaborer une trousse d'outils afin de soutenir une approche standardisée d'évaluation des services de réadaptation ainsi que du rendement sur l'ensemble du continuum.

- Action posée : cadre de référence diffusé.
 - « Capacity Planning Framework » [RCA, 2015a]

Ce cadre vise à améliorer la compréhension des besoins locaux et régionaux en matière de services de réadaptation et à assurer la cohérence dans la planification et l'organisation des ressources pour répondre aux besoins.

Objectif 3 : Élaborer une approche de services de réadaptation adaptée pour les personnes âgées fragiles et les adultes ayant une condition médicale complexe, afin de soutenir l'opérationnalisation des éléments prioritaires du cadre soutenant cette clientèle.

- Action posée : trajectoire de services distincte pour les personnes âgées fragiles et les adultes ayant une condition médicale complexe (Annexe B).

Objectif 4 : Évaluer et planifier les services de réadaptation externes aux niveaux provincial, régional et organisationnel à partir d'une compréhension et d'une normalisation de l'ensemble des données disponibles en réadaptation.

- Actions posées : Recension des données disponibles sur les services de réadaptation externes pour ensuite normaliser, auprès des établissements concernés, une procédure de collecte de données. Cette collecte visait à bâtir un système de mesures de performance comparables pour soutenir une planification des services aux niveaux local, régional et provincial.
 - « Outpatient/Ambulatory Rehabilitative Care Minimum Data Set » [RCA, 2015b]

De plus, la collecte de données a permis d'avoir une meilleure compréhension du rôle des services de réadaptation externes.

Objectif 5 : Soutenir les établissements dans la mise en place de la procédure provinciale normalisée afin d'assurer une diligence dans les situations où un besoin potentiel de reclassification des lits de réadaptation est reconnu.

- Actions posées : Outil élaboré afin de soutenir la planification des besoins sur le plan local et de s'assurer que l'allocation des ressources pour les lits de réadaptation et pour les lits de soins complexes et continus (*complex continuing care*), par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, concorde avec les travaux du groupe de travail sur la reclassification des lits de réadaptation et de soins continus complexes.

- « Process to Assess Need for Re-classification of Rehab/CCC Beds »¹³

5.2.2 Deuxième phase du projet

Lors de la deuxième phase du projet, le principal objectif était de soutenir l'implantation des cadres de référence et de guider la mise en œuvre des outils, des processus et des normes élaborés au cours de la première phase.

Au cours de cette phase de soutien à l'implantation, quelques préceptes ont été retenus.

- Il est essentiel d'aligner les services sur le cadre de référence.
- Il faut prévoir l'impact que pourraient avoir des changements réalisés dans une phase du continuum sur les autres phases du continuum.
- Il est nécessaire de disposer de temps pour opérer les changements structurels requis (ex. : système d'information clientèle, financement, etc.) pour soutenir l'implantation.
- Il importe de réaliser des arrimages avec les autres directions de la santé.
- Il est primordial d'assurer des liens de communication.

C'est également au cours de cette phase d'implantation que le RCA s'est vu confier un autre mandat, soit l'élaboration de cadres de référence pour l'organisation des services de réadaptation destinés aux usagers ayant eu une PTH, une PTG ou une fracture de la hanche, et l'identification des meilleures pratiques normalisées et spécifiques à ces clientèles. Deux cadres de référence ont alors été élaborés, dans lesquels quatre niveaux de services sont proposés : dans un lit de réadaptation, dans un établissement de la communauté, à domicile et lors des soins de longue durée (uniquement pour les usagers avec une fracture) :

- « Rehabilitative Care Best Practices Framework for Patients with Hip Fractures »;
- « Rehabilitative Care Best Practices Framework for Patients with Primary Hip and Knee Replacement ».

Ces documents décrivent les meilleures pratiques quant aux processus de soins ainsi que des algorithmes décisionnels pour la mise en place des services de réadaptation pour les personnes ayant subi une fracture de la hanche et pour les personnes ayant eu une PTH ou une PTG (Annexes C et D).

¹³ Rehabilitative Care Alliance (RCA). Process to assess need for re-classification of rehab/CCC beds. Toronto, ON : RCA; 2015. Disponible à : http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Final_Report_2013-15/PCRC/Process_to_Assess_Need_for_Re-Classification_of_CCC_Rehab_Beds.pdf.

5.3 Irlande : Un modèle d'organisation de services de proximité

Le gouvernement irlandais a appuyé la révision de son modèle d'organisation des services de réadaptation sur certaines caractéristiques [NRH, 2009], dont :

- l'importance de la prévention primaire et secondaire;
- une intervention au moment opportun afin de maximiser la récupération et limiter les incapacités;
- une excellente communication et un flux adéquat d'informations d'une étape à l'autre pour que l'individu puisse se déplacer à travers un « continuum de services fluide »;
- une coordination des services dans le continuum de la santé afin de s'assurer que les usagers reçoivent le bon service au bon moment, avec efficacité et efficience par les bons prestataires de services;
- une flexibilité dans la dispensation des services afin de répondre aux besoins particuliers de chaque usager;
- des services offerts dans le milieu de l'utilisateur pour faciliter la participation de son réseau social;
- la reconnaissance du caractère non séquentiel ni unidirectionnel du parcours des usagers à travers le continuum et du fait que les usagers peuvent entrer et quitter les services à différentes étapes, différents moments, ou même revenir à certains services. Les services sont basés sur les besoins individuels de l'utilisateur;
- le passage des usagers à travers chaque étape du continuum de réadaptation n'est pas automatique. Par exemple, les usagers ne nécessitent pas tous une hospitalisation et leur réadaptation pourrait être offerte en services externes;
- le type et la complexité des services se modulent en fonction de l'étape de la réadaptation;
- l'endroit où cette étape de réadaptation est dispensée dépend des besoins des usagers.

5.3.1 Objectifs du modèle d'organisation de services

Dans son plan d'action 2011-2015, l'Irlande précisait certaines orientations pour que son continuum de réadaptation soit le plus efficace possible [Department of Health, 2011] :

- la gestion des services de neuro-réadaptation par un seul réseau, et ce, pour tout le pays;
- l'accès à des lits de neuro-réadaptation dans les centres hospitaliers régionaux avec des intervenants formés;
- des liens étroits entre les centres hospitaliers et les équipes communautaires en neuro-réadaptation;

Les moyens permettant l'actualisation de ces orientations étaient :

- des protocoles clairement établis entre les partenaires;
- la présence de gestionnaires de cas identifiés pour coordonner les services de l'utilisateur à travers le continuum;
- l'instauration du congé précoce avec la bonne intensité de services;
- des services externes basés sur des unités régionales afin de maximiser la disponibilité de l'expertise clinique et des installations associées.

Le gouvernement irlandais avait également déterminé deux objectifs principaux sur lesquels reposait sa vision des services de réadaptation pour les usagers ayant une problématique neurologique.

Le premier était de fournir un service « LITI », c'est-à-dire :

- **Local** : le plus près possible des milieux de vie de l'utilisateur. Le recours aux technologies d'assistance, y compris l'utilisation d'équipements installés au domicile, devait être envisagé et intégré aux activités quotidiennes;
- **Individualisé** : adapté aux besoins de l'utilisateur en tenant compte de son environnement, de sa condition et de son évolution probable;
- en **Temps opportun** : offert au moment où l'utilisateur le requiert;
- **Intégré** : prévoyant une évaluation des besoins de l'utilisateur qui soit holistique et qui permette de planifier les services dont l'utilisateur pourrait bénéficier. Pour ce faire, les services sont intégrés, sans pour autant être offerts par le même prestataire, et des protocoles clairs sont mis en œuvre tout au long du continuum.

Le deuxième objectif était de créer un système souple, réactif et responsable qui soutiendrait pleinement la réalisation de l'objectif 1, avec les caractéristiques sous-jacentes suivantes : équitable, centré sur l'utilisateur, efficace, efficient, de qualité, responsable, transparent, sensible [Department of Health, 2011].

5.3.2 Proposition d'un modèle d'organisation de services

La Politique et stratégie nationale pour la prestation des services de réadaptation du gouvernement irlandais stipulait que l'établissement de normes sur le nombre minimum de lits de réadaptation en centre hospitalier était nécessaire, puisque le manque de lits de réadaptation risquait d'entraîner une utilisation inappropriée des lits de soins de courte durée et de causer des retards pour le congé. De plus, cette politique précisait qu'une gamme complète de services externes de réadaptation était une composante essentielle du continuum, afin de permettre un congé rapide du centre hospitalier et d'assurer un accès à de tels services aux usagers pour qui la réadaptation à l'interne n'était pas nécessaire [NRH, 2009].

C'est dans le cadre d'une vaste démarche nationale que le gouvernement d'Irlande a proposé une nouvelle organisation de services de réadaptation (Annexe E). Cette dernière, tout en s'appuyant sur les principes des trois paliers définis par Turner-

Stroke (1999, 2001) allant du service le plus simple au service le plus complexe, s'articulerait selon quatre niveaux de services unis par des liens bidirectionnels. Les services de réadaptation primaires, les services de réadaptation dans la communauté, les services régionaux de réadaptation et les services nationaux de réadaptation seraient ainsi offerts selon la complexité des problématiques-clientèles et le volume de ces mêmes clientèles [Department of Health, 2011]. Le tableau suivant décrit succinctement les éléments constitutifs de ces niveaux de services.

Tableau 2 Les phases du modèle d'organisation de services de réadaptation de l'Irlande

<p>Services primaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services généraux de réadaptation offerts aux usagers résidant dans la communauté. Ces usagers sont des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes souffrant d'affections musculosquelettiques, telles que l'arthrite, des personnes nécessitant des services de réadaptation après une hospitalisation, etc. • Services en externe dispensés par des intervenants qui ont une expertise générale en matière de services de réadaptation. • Approche unidisciplinaire ou interdisciplinaire. • Intensité des interventions de faible à modérée.
<p>Services de réadaptation dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services spécialisés de réadaptation pour les usagers atteints de troubles neurologiques et résidant dans la communauté. • Services en externe dispensés par une équipe d'intervenants qui ont une formation et une expertise spécifiques en neuro-réadaptation. • Approche interdisciplinaire. • Intensité des interventions de modérée à élevée.
<p>Services de réadaptation régionaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services spécialisés de réadaptation pour les usagers atteints de troubles neurologiques, tels qu'un AVC, une lésion cérébrale acquise, un trouble neurologique dégénératif, des incapacités motrices, etc. • Services internes offerts dans des unités de soins aigus ou des unités de réadaptation régionales. • Services externes offerts dans les établissements de réadaptation. • Intensité élevée des interventions tant à l'interne qu'à l'externe.

Tableau 2 Les phases du modèle d'organisation de services de réadaptation de l'Irlande (suite)

<p>Services de réadaptation nationaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services spécialisés de réadaptation basés à un seul endroit, destinés à des usagers chez qui la complexité des problématiques va au-delà de la portée des services régionaux. Cela correspond aux usagers qui présentent des lésions cérébrales acquises associées à des difficultés psychologiques et comportementales complexes, des lésions de la moelle épinière, des amputations, ou encore à des enfants présentant des lésions neurologiques complexes. • Services en interne et en externe. • Intensité élevée des interventions. • Services de consultation et de sensibilisation, de formation et de télé-réadaptation auprès des équipes régionales.
--	---

Source : *National policy and strategy for the provision of neuro-rehabilitation services in Ireland 2011-2015* [Department of Health, 2011].

Dans son « Plan national de services 2018 », le gouvernement irlandais a fait état de l'atteinte des objectifs qu'il s'était fixés en matière de santé et de services sociaux. Il a également réitéré sa volonté d'actualiser sa « Politique et stratégie nationale des services de réadaptation » et de poursuivre l'implantation de son modèle d'organisation de services [HSE, 2017].

5.4 Alberta : Un modèle d'organisation de services fondé sur le modèle de classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

L'Alberta s'est dotée d'un cadre conceptuel de réadaptation afin d'aider les intervenants, les gestionnaires et les planificateurs des services de santé à améliorer l'accès à des services de réadaptation de qualité et durables [AHS, 2012].

Ce cadre conceptuel précisait la contribution importante des services de réadaptation à la santé des Albertains. Il favorise une compréhension commune de la réadaptation, fournit des définitions et un langage communs relatifs aux concepts pertinents pour la réadaptation et sert de guide pour planifier, gérer et dispenser des services de réadaptation appropriés et adaptés aux besoins des usagers et de la collectivité.

Le modèle de Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), produit par l'Organisation mondiale de la santé, est le fondement du cadre conceptuel albertain. Le CIF est une approche biopsychosociale de la santé centrée sur l'utilisateur, qui décrit l'interaction entre la condition médicale de l'utilisateur et les facteurs contextuels pouvant influencer ses activités quotidiennes et sa participation sociale.

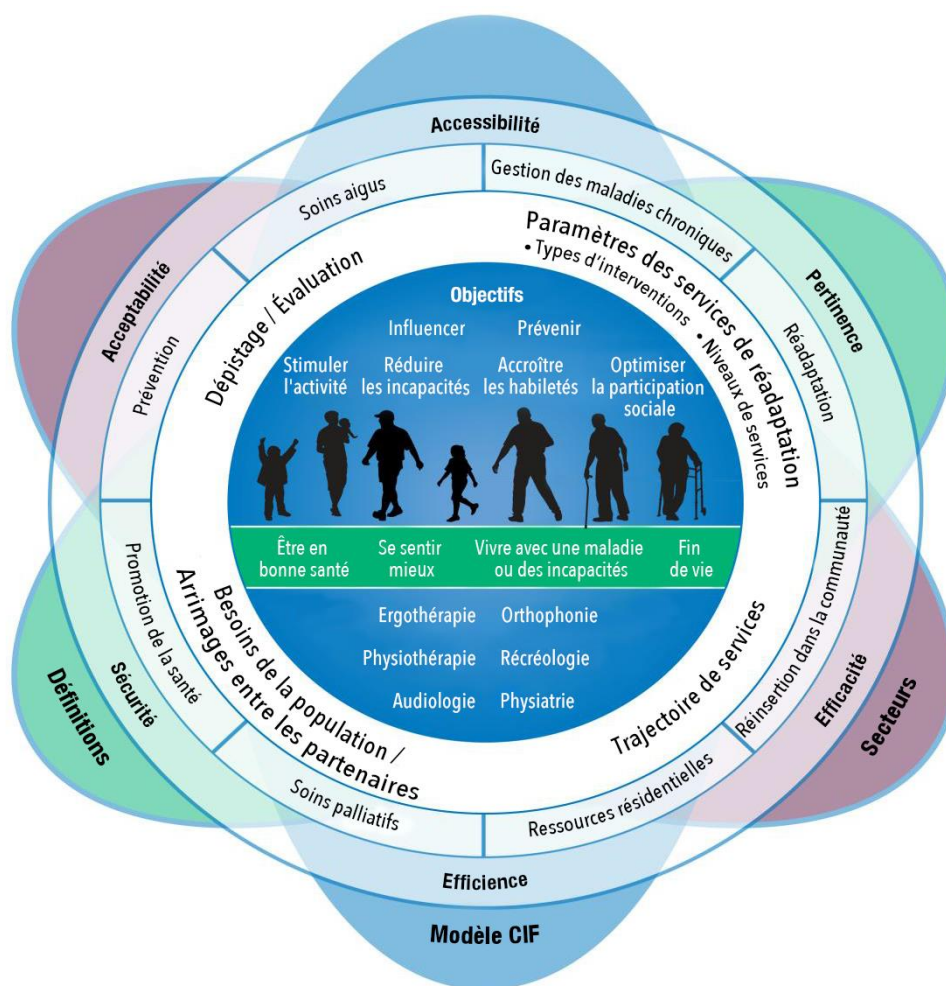
Le cadre conceptuel de l'Alberta définit des concepts relatifs aux services de réadaptation. Il aide les prestataires de services, les chercheurs et les gestionnaires à poursuivre un même but et à se centrer sur le fonctionnement de la personne et la réalisation de ses habitudes de vie plutôt que sur ses incapacités. Les différents

secteurs présentés dans le cadre permettent de comprendre la façon dont sont catégorisés les services.

Treize principes directeurs soutenant la qualité des services de réadaptation sont regroupés selon les six dimensions du Conseil de la qualité des services de santé de l'Alberta, soit : l'acceptabilité, l'accessibilité, la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la sécurité (Annexe F).

Finalement, le cadre conceptuel albertain illustre que tout au long du continuum, la reconnaissance des besoins de l'utilisateur, la détermination des objectifs à poursuivre et le requis de services correspondent à un processus collaboratif auquel tous les prestataires de services sont conviés. La figure 3 illustre le cadre conceptuel albertain.

Figure 3 Cadre conceptuel albertain de la réadaptation



*Amélioration des habiletés fonctionnelles
pour une meilleure qualité de vie*

Source : Alberta Health Services. *Rehabilitation conceptual framework* [AHS, 2012].

5.4.1 Organisation des services de réadaptation

Se basant sur des paramètres législatifs, les caractéristiques du destinataire, les caractéristiques du service et le lieu où le service est rendu, les cinq services de réadaptation financés par l'État albertain sont :

- Services de réadaptation en soins aigus : dispensés dans des centres hospitaliers de niveau local, régional, tertiaire ou de soins avancés.
- Services de réadaptation dans une unité d'un centre de réadaptation : offerts dans un établissement spécialisé ou dans une unité hospitalière spécialisée pour les usagers ayant des besoins immédiats de réadaptation intensive. Les services sont dispensés par une équipe interdisciplinaire spécialisée et dirigée par un médecin.
- Services externes de réadaptation :
 - a) de types primaires et secondaires offerts dans des cliniques privées de réadaptation, des centres de soins urgents, les réseaux de soins primaires, des centres de santé communautaires, les écoles, les lieux communautaires ou municipaux, ou dans tous les autres bâtiments publics pour les usagers vivant dans leur région :
 - intervention individuelle (une discipline impliquée);
 - intervention de groupe (une discipline impliquée);
 - intervention individuelle ou de groupe offerte par une équipe interdisciplinaire dirigée par un professionnel et non par un médecin;
 - intervention individuelle ou de groupe offerte par une équipe multidisciplinaire dirigée par un professionnel et non par un médecin;
 - programme de promotion et de prévention de la santé.
 - b) offerts dans des hôpitaux de soins aigus pour les usagers vivant à domicile, dans une clinique secondaire, tertiaire ou quaternaire dirigée par un médecin, dans un centre de réadaptation.
- Services de réadaptation à domicile : offerts à des usagers admissibles au soutien à domicile. Ces services sont notamment disponibles pour les personnes ayant une fragilité, une invalidité, une maladie aiguë ou chronique.
- Services de réadaptation en soins de longue durée : disponibles dans le cadre d'un programme de soins spécialisés pour les personnes ayant des besoins médicaux complexes et imprévisibles nécessitant une évaluation ou une intervention en soins infirmiers 24 heures sur 24.

5.4.2 Trajectoire de services

L'Alberta a élaboré des trajectoires de services qui décrivent les étapes générales du parcours des usagers présentant une condition de santé ou des besoins similaires. On y détaille les services de réadaptation attendus de la part des différents prestataires. De plus, les points d'entrée et les critères d'admissibilité pour chaque service et programme de réadaptation sont clairement définis. Dans une perspective d'approche centrée sur l'utilisateur, le processus demeure toutefois souple et s'adapte aux besoins de ce dernier. Par ailleurs, tout au long du continuum, l'utilisateur, la famille et les proches aidants reçoivent un enseignement et des informations, notamment concernant les ressources pouvant les soutenir lors des différentes transitions.

Bien que la réadaptation soit une étape spécifique du continuum de santé, les prestataires de services de réadaptation de cette province ne sont pas limités à travailler uniquement à cette étape du continuum. En effet, en Alberta, les prestataires de services participent à l'atteinte des objectifs de l'utilisateur en étant présents dans huit grandes catégories du continuum : Promotion de la santé, Prévention primaire et secondaire, Soins aigus, Maladie chronique, Réadaptation, Réintégration sociale, Soutien à domicile et Soins palliatifs.

5.5 Nouvelle-Zélande : Un modèle d'organisation en développement

La Nouvelle-Zélande a fait preuve d'un grand leadership en reconnaissant l'importance de la réadaptation et en étant l'une des premières signataires de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et le Protocole facultatif, le 30 mars 2007 (article 26).

Le *Royal Australasian College of Physicians* en collaboration avec le *New Zealand Rehabilitation Association* ont déployé, en 2015, une stratégie en matière de réadaptation visant une plus grande coordination du développement des structures et des processus [AFRM RACP et NZRA, 2015]. On y précisait, entre autres, que les services de réadaptation ne sont pas simplement un ajout à la fin de l'épisode de soins aigus. Lorsque ces services sont intégrés dans le continuum dès l'épisode de soins aigus dispensés en centre hospitalier et au sein de l'ensemble des services externes, ils permettent d'améliorer les résultats en matière de santé et de qualité de vie pour les usagers qui les requièrent.

Actuellement, l'offre de service de réadaptation néozélandaise est assurée, selon les besoins des usagers et leur situation, par différents prestataires, dans différents types de services : services hospitaliers (réseau public), services externes, services à domicile, services d'intégration ou de réintégration au travail, services en résidence ou logement spécialisé [AFRM RACP et NZRA, 2015].

Dans la stratégie nationale de réadaptation, six objectifs ont été retenus afin de promouvoir et influencer positivement la santé et le bien-être des Néo-Zélandais. Ce qui suit détaille ces objectifs et les actions à réaliser pour les atteindre.

Objectif 1 : Exercer un leadership national pour s'assurer que la réadaptation fait partie intégrante des stratégies de santé et de services sociaux en Nouvelle-Zélande.

- Actions :
 - Amélioration de la prestation de services de réadaptation et de l'accessibilité de ces services.
 - Investissements sociaux et financiers judicieux pour assurer un système de santé plus efficace et des résultats optimaux pour les usagers.

Objectif 2 : Répondre aux besoins de services de réadaptation des Maoris.

- Actions :
 - Déploiement d'une offre de service culturellement acceptable pour le peuple autochtone.

Objectif 3 : Assurer une meilleure intégration des services (soins aigus, services de réadaptation, soins communautaires, soins primaires, soins aux personnes âgées, services d'invalidité).

- Actions :
 - Reconnaissance par la communauté médicale et par celle de la réadaptation de l'importance des soins centrés sur l'utilisateur.
 - Intervention précoce offerte dans les unités de soins aigus pour prévenir les complications et maximiser la récupération des capacités.
 - Congé précoce des unités de soins aigus pour réduire la durée moyenne de séjour et améliorer les résultats fonctionnels des usagers.
 - Implantation des services de réadaptation en externe.
 - Élargissement du rôle des services de réadaptation afin que soient promues l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées ainsi que celles des personnes recevant des soins palliatifs.

Objectif 4 : Établir une planification nationale des services et des standards de réadaptation.

- Actions :
 - Des standards sont requis pour planifier les services et pour mesurer la performance du réseau. Ces standards doivent inclure, sans s'y limiter, les éléments suivants :
 - établissement de standards pour la répartition des lits : 30 lits de réadaptation et 15 lits d'évaluation gériatrique pour 100 000 habitants;
 - importance d'avoir un ratio adéquat d'intervenants spécialisés [AFRM RACP, 2011, p. 4] en réadaptation par lit;
 - mise en place d'une équipe interdisciplinaire coordonnée;

- détermination sur le plan national, d'un nombre minimum d'heures d'intervention en s'inspirant des standards établis en Australie et aux États-Unis, soit respectivement de 10 et 15 heures par semaine par usager hospitalisé dans un service de réadaptation;
- promotion de modèles de soins infirmiers de réadaptation et détermination d'un nombre minimum d'heures de soins infirmiers par usager, par jour;
- dans une perspective de continuité des services, élaboration d'un cadre complet de réadaptation interdisciplinaire couvrant toutes les phases du continuum (des soins aigus aux services dans la communauté) pour assurer la sécurité de l'usager, optimiser la récupération de ses capacités, améliorer son autonomie et favoriser sa réintégration dans la communauté et la reprise de ses rôles sociaux;
- précocité des services de réadaptation dès la phase des soins aigus, et ce, même avant que l'usager soit stable médicalement. Cela peut se réaliser dans les lits de soins aigus ou en transférant l'usager dans un lit dédié à la réadaptation situé dans l'unité de soins aigus;
- mise en place de programmes complets de services de réadaptation en externe, incluant ceux en établissement et ceux offerts dans la communauté pour permettre un congé du centre hospitalier rapide et sécuritaire;
- implantation d'un système national de collecte de données et de mesure incluant des critères d'évaluation des services de réadaptation.

Objectif 5 : Actualiser une planification nationale des effectifs.

- Actions :
 - Augmentation des possibilités de formation en réadaptation et du nombre d'intervenants en réadaptation.
 - Meilleure coordination des services.
 - Intensité appropriée de la prestation de services de réadaptation.

Objectif 6 : Concevoir une base de données nationale et procéder à une analyse comparative des résultats.

- Actions :
 - Depuis 2008, des données normalisées décrivant l'épisode de réadaptation de chaque usager hospitalisé par établissement sont recueillies, analysées selon la dispensation, l'accès et la qualité des services et selon les résultats cliniques. Six rapports mensuels sont transmis aux établissements.
 - Il est proposé d'élargir la collecte pour inclure des données sur les services externes et ainsi capter l'effet de ces services sur les résultats de la réadaptation.

En somme

Des cinq modèles d'organisation de services présentés, soit ceux de l'Australie, de l'Ontario, de l'Irlande, de l'Alberta et de la Nouvelle-Zélande, ressortent certains éléments communs. Il s'agit notamment de :

- l'adoption de définitions communes;
- l'adhésion de tous les acteurs concernés à une vision intégrée des services du continuum de réadaptation;
- la mise en place d'une offre complète et variée de services externes.

6. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES TRANSVERSALES

Le présent chapitre décrit les pratiques organisationnelles transversales à la gestion des lits, à la gestion des transitions et à la dispensation des services externes. Elles peuvent influencer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services et servir d'assises à l'organisation des services de réadaptation destinés aux adultes ayant des incapacités motrices permanentes ou temporaires. Les pratiques qui ont été explorées sont : l'intégration des services et la constitution d'un continuum coordonné, une offre complète ainsi qu'une gamme variée de services, la planification des interventions, la composition, la spécialisation, la disponibilité et la collaboration des équipes, l'approche clinique centrée sur l'utilisateur, le soutien offert aux familles et proches aidants et, finalement, la démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'impact positif que peuvent avoir ces pratiques organisationnelles sur les résultats cliniques de santé et de participation sociale des usagers est décrit dans la littérature [RCA, 2017; SIGN, 2009]. D'autres pratiques organisationnelles spécifiques à la gestion des lits, à la gestion des transitions ou à la dispensation des services externes sont également abordées dans la littérature. Elles seront traitées dans les chapitres subséquents.

6.1 Intégration des services

La littérature consultée souligne l'importance d'une vision intégrée des services afin que les différentes pratiques organisationnelles, que les établissements choisissent d'adopter ou de modifier, ne soient pas faites de façon isolée mais bien dans une perspective de continuum de services [AFRM RACP, 2015]. L'intégration des services suppose de mettre en relation le système de santé (soins aigus, services internes et externes de réadaptation) avec les autres secteurs, tels que les soins de longue durée, l'éducation et l'habitation (traduction libre de la définition de Leutz, 1999) [HSE NICAG, 2017]. Le modèle idéal d'organisation des services de réadaptation décrit par Graham propose un continuum où tous les services pertinents pour soutenir les usagers sont présentés en interrelation à travers les différentes étapes de leur récupération, jusqu'à leur participation sociale optimale [Graham, 2013].

L'importance accordée à l'intégration des services est également abordée dans plusieurs guides de pratique, dont celui sur les services en AVC du Royaume-Uni. Les auteurs de ce guide de pratique témoignent du rôle crucial des gestionnaires dans l'implantation des recommandations cliniques. Compte tenu des besoins complexes et à long terme des personnes ayant subi un AVC (ce qui est également vrai pour plusieurs autres clientèles), ces auteurs tablent notamment sur l'importance de la collaboration entre les gestionnaires des services de santé et ceux des services sociaux pour la dispensation de services intégrés [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016]. En raison du financement limité, l'allocation et la distribution des ressources sont malheureusement souvent effectuées en vase clos et sectorisées par phase du continuum. De telles pratiques ne semblent pas favoriser l'intégration des

services [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016]. Dans ce guide, on stipule également que les établissements qui collaborent doivent partager un langage commun, déterminer les évaluations pertinentes à réaliser, préciser la documentation à se partager et choisir des indicateurs de mesure. Ensemble, ces établissements doivent tenter de réduire le plus possible le nombre de transitions et ainsi améliorer la continuité des services [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016].

Plusieurs juridictions tentent d'améliorer l'intégration de leurs services. L'Irlande, par exemple, s'est munie d'un guide, dans lequel il est stipulé que le but de l'intégration est d'améliorer l'expérience et les résultats cliniques des usagers. Dans sa forme la plus complète, l'intégration fait référence à un système unique d'évaluation des besoins, de planification et de prestation de services. Elle est réalisée en utilisant une approche systémique globale, quand [HSE NICAG, 2017] :

- les services sont organisés autour de l'utilisateur;
- toutes les parties prenantes reconnaissent qu'elles sont interdépendantes et comprennent qu'une action dans une partie du système a un impact sur une autre partie du système;
- la vision, les valeurs, les objectifs et les actions (y compris la refonte des services) sont tous partagés;
- les usagers bénéficient de services fluides où les frontières entre les prestataires de services ne sont pas apparentes.

La Nouvelle-Zélande a, quant à elle, réalisé plusieurs réformes pour notamment améliorer l'intégration du financement, de la planification et de la dispensation des services. Bien que les activités de planification et de financement apparaissent mieux intégrées, peu de changements sont notés dans l'offre de service à l'utilisateur. En effet, il semble qu'au regard de la dispensation des services, les problèmes de fonctionnement en silo demeurent [Cumming, 2011].

6.2 Offre complète et gamme variée de services

Une offre complète de service fait référence à la disponibilité des services de réadaptation à chacune des phases du continuum (unités de soins aigus, unités internes de réadaptation, services externes, etc.), alors qu'une gamme variée de services correspond aux différentes interventions qui permettront, à l'utilisateur et sa famille, de reprendre l'ensemble de leurs habitudes de vie.

Il est reconnu que les services de réadaptation permettent d'améliorer l'autonomie des usagers. On rapporte également que plus ces services débutent tôt, meilleurs sont les résultats cliniques [Teasell *et al.*, 2018a; ICES, 2016; BC Guidelines, 2015; Graham, 2013; SIGN, 2013; Stott *et al.*, 2011; SIGN, 2009].

De plus, offrir à l'utilisateur, à sa famille et aux proches aidants le bon service au bon moment est important. En ce sens, disposer d'une offre complète de services et rendre disponibles des services de réadaptation à chacune des phases du continuum deviennent indispensables pour soutenir l'utilisateur, sa famille et les proches aidants en

temps opportun. La politique nationale de l'Irlande sur la prestation des services de réadaptation précise qu'une gamme complète de services externes permet un congé plus rapide de l'unité de soins aigus du centre hospitalier ou de l'unité interne de réadaptation. Aussi, l'accès aux services externes pour les usagers dont la réadaptation à l'interne n'est pas requise est essentiel [NRH, 2009].

Par ailleurs, les services de réadaptation doivent être dispensés au moyen d'une gamme variée d'interventions thérapeutiques pour permettre à l'utilisateur une récupération optimale et la reprise de ses habitudes de vie [Hebert *et al.*, 2016]. Les lignes directrices pour les clientèles ayant eu un AVC ou un TCC précisent qu'outre la récupération des capacités pour réaliser les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, la reprise des activités liées au travail ou aux études, à la conduite automobile, aux loisirs et à la sexualité doit aussi être assurée par les services de réadaptation, afin de favoriser une participation sociale optimale des usagers [Cameron *et al.*, 2016; INESSS, 2016; Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; Winstein *et al.*, 2016; NICE, 2013; SIGN, 2013; SIGN, 2010].

Certains guides de pratique spécifient que, dès le début de la réadaptation, les activités professionnelles de l'utilisateur, antérieures à l'évènement traumatique ou à la maladie, devraient être considérées. Un lien devrait même être établi avec l'employeur. Ainsi, une fois les exigences liées au travail connues et les capacités de l'utilisateur évaluées, des interventions de réadaptation devraient être réalisées afin de permettre à l'utilisateur de réintégrer son emploi ou d'occuper un emploi potentiel, rémunéré ou non [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; SIGN, 2013; SIGN, 2010].

6.3 Planification des interventions

À l'issue de l'évaluation, la planification des interventions doit être enchâssée dans un plan d'intervention (PI), qui présente des objectifs centrés sur l'utilisateur, significatifs et interdisciplinaires, et elle doit être réalisée avec sa collaboration, celle de sa famille et de ses proches aidants, [INESSS, 2016; Agency for Clinical Innovation, 2015; NICE, 2013; NSF, 2013]. Le PI devrait également préciser les modalités d'enseignement et d'information destinées aux familles et aux proches aidants. De plus, il devrait proposer, le cas échéant, des programmes d'autogestion et présenter les stratégies qui permettront la reprise des habitudes de vie. Le soutien offert à l'utilisateur, à sa famille et aux proches aidants doit aussi être précisé dans le PI. Finalement, avant le congé, on devrait inscrire dans le PI de l'utilisateur, s'il le souhaite, les modalités et organismes qui lui permettront de rencontrer des personnes ayant vécu une situation similaire [NSF, 2013].

6.4 Composition, spécialisation, disponibilité et collaboration des équipes interdisciplinaires

La présence d'une équipe composée d'intervenants de différentes disciplines travaillant en interdisciplinarité permet de bien soutenir l'utilisateur, sa famille et les proches aidants dans le processus de réadaptation [Hebert *et al.*, 2016; Graham,

2013; NICE, 2013; SIGN, 2009]. L'équipe est généralement composée d'ergothérapeute, d'infirmier, de médecin, d'orthophoniste, de physiothérapeute, de psychologue, de travailleur social. Au besoin, d'autres professionnels peuvent être appelés à intervenir auprès de l'utilisateur, tels qu'un diététiste, un technicien en orthèses/prothèses, etc. [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016].

Par ailleurs, plusieurs auteurs s'entendent pour souligner la nécessité de recourir à du personnel ayant reçu une formation particulière ou ayant acquis une expertise spécifique pour la clientèle auprès de laquelle il œuvre, et ce, peu importe l'établissement ou la phase du continuum où sont dispensés les services [Teasell *et al.*, 2018a; Hebert *et al.*, 2016; INESSS, 2016; NSF, 2013; SIGN, 2013; SIGN, 2009]. De plus, le maintien à jour des compétences des intervenants devrait faire l'objet d'un suivi [Teasell *et al.*, 2018a; NSF, 2013].

Les lignes directrices en AVC apportent des précisions sur la disponibilité des intervenants spécialisés. En effet, il semble que leur présence, plusieurs heures par jour, sept jours par semaine, puisse améliorer le flux des usagers, notamment dans les phases internes du continuum. Une unité AVC doit avoir accès à un consultant possédant une expertise en AVC cinq jours par semaine [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016]. De plus, des ressources en nombre suffisant permettent à chaque usager de recevoir les services de réadaptation avec l'intensité requise et ainsi optimiser la récupération de ses capacités [Hebert *et al.*, 2016; NSF, 2013].

Enfin, la littérature rapporte que la collaboration entre les médecins et les intervenants a des impacts favorables, soit une amélioration de l'autonomie de l'utilisateur, une diminution de la durée de séjour, une amélioration de la gestion de la condition médicale et, finalement, une diminution des besoins d'hébergement en soins de longue durée [SIGN, 2009].

6.5 Approche centrée sur l'utilisateur

À l'instar de certains établissements du Québec, des organisations d'autres juridictions ont adopté et implanté une approche centrée sur l'utilisateur. Selon la HAS, l'approche centrée sur l'utilisateur « s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction, ensemble, d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient » [HAS, 2015].

Toujours selon la HAS, l'approche centrée sur l'utilisateur est basée sur la personnalisation des soins, le développement et le renforcement des compétences de l'utilisateur et la continuité des soins dans le temps. Cette approche repose sur trois actions :

- développer et renforcer la capacité de décision et d'action de l'utilisateur tout au long de son parcours;

- aider l'utilisateur à acquérir des compétences d'autosoins, d'adaptation et d'autogestion;
- encourager les comportements bénéfiques à sa santé, soutenir sa motivation à prendre soin de lui.

Dans la mise à jour des recommandations canadiennes pour les AVC effectuée en 2015, on soulignait l'inclusion de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants à titre de membres de l'équipe de réadaptation, et on considérait leur participation pour l'élaboration et l'atteinte des objectifs thérapeutiques [Hebert *et al.*, 2016].

Selon une revue narrative de la littérature, plus de vingt-cinq (25) cadres conceptuels différents traitant de l'approche centrée sur l'utilisateur existent. Tous incluent les trois éléments suivants : faciliter une communication fluide, agir selon des principes de partenariat et assurer la promotion de la santé [Constand *et al.*, 2014]. Les deux guides de pratique élaborés par le NICE ont en commun un principe général de soins et services centrés sur l'utilisateur, ainsi qu'il est établi dans la constitution de l'Angleterre [NICE, 2015; NICE, 2013]. Dans le premier guide de pratique du NICE, il est affirmé qu'une approche centrée sur l'utilisateur doit tenir compte de ses besoins, mais aussi de ses préférences et doit lui donner la possibilité d'exprimer son opinion quant aux soins et services à recevoir [NICE, 2013]. En complément, le deuxième guide de pratique du NICE intègre, dans l'approche centrée sur l'utilisateur, le respect de la dignité et l'accès aux services pour les personnes vulnérables [NICE, 2015].

Les auteurs d'une revue systématique rapportent les barrières et les facilitateurs à la dispensation des services de réadaptation du point de vue des personnes ayant des incapacités motrices [Mlenzana *et al.*, 2013]. Les perceptions de ces derniers militent en faveur d'une approche centrée sur l'utilisateur. En effet, les usagers évoquent l'importance, pour les intervenants, d'adopter une attitude empreinte de respect, centrée sur leurs besoins et leurs incapacités plutôt que sur leur diagnostic ou état de santé. Selon eux, une telle attitude a un effet positif sur les résultats cliniques.

Afin de briser les barrières entre les usagers et les intervenants, il importe de valoriser le rôle essentiel que les usagers peuvent exercer, tout en leur offrant des outils qui leur permettent de prendre des décisions éclairées. Leur fournir du soutien sur les plans affectif et psychologique est indispensable pour faciliter l'expression de leurs valeurs et préférences et leur permettre de poser des questions aux intervenants sans sentir que celles-ci seront censurées [Barry et Edgman-Levitan, 2012].

6.6 Soutien aux familles et proches aidants

Le soutien aux familles et proches aidants est fondamental tout au long du processus de réadaptation. La littérature est d'ailleurs éloquent à ce sujet. En effet, au-delà des besoins des usagers, les services de réadaptation doivent répondre aux besoins des familles et proches aidants, afin qu'ils soient en mesure de s'ajuster à leur nouvelle situation et de pouvoir aider la personne sans que cela devienne un fardeau [Cameron *et al.*, 2016].

Tout au long du processus de réadaptation, incluant le moment du congé et après le congé, il importe de renseigner les familles et les proches aidants sur le diagnostic et ses conséquences, de même que sur le rôle spécifique dévolu à chaque intervenant, à l'équipe et aux ressources communautaires. Avec l'accord de l'utilisateur, il faut les inviter à collaborer à l'élaboration des objectifs, à participer aux séances de thérapie, à contribuer à la détermination du plan de congé et à la reprise des activités à plus long terme et, finalement, à discuter du soutien financier possible, le cas échéant [NSF, 2010].

6.7 Amélioration continue de la qualité

L'obligation de se doter d'une démarche d'amélioration continue de la qualité fait aujourd'hui partie intégrante des réseaux de la santé et des services sociaux d'ici et d'ailleurs.

Au Québec et en Ontario, par exemple, le guide de pratique clinique pour les adultes ayant subi un TCC modéré ou grave propose une série d'informations à colliger et analyser [INESSS, 2016]. On incite les différentes équipes de réadaptation à évaluer l'efficacité de leurs services selon certains éléments clés, notamment la durée de séjour en réadaptation interne, l'évolution de l'autonomie de l'utilisateur, l'orientation au congé, le retour au travail ou aux études, la satisfaction des usagers, etc.

L'ICIS¹⁴ permet, quant à lui, l'évaluation comparative par la collecte de données sur les systèmes de santé et la santé des Canadiens. Il gère plus de 28 bases de données, dont le SNIR. Ce dernier appuie la collecte de données par les établissements qui offrent des services aux usagers adultes hospitalisés en réadaptation. Leurs données permettent d'évaluer les variations et la stabilité des résultats cliniques des usagers, l'accès aux services internes de réadaptation et les différents programmes et services qui leur sont offerts. À l'exception des territoires du Nord et du Québec, les provinces et territoires canadiens contribuent à alimenter ces banques de données. D'ailleurs, à la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, tous les établissements provinciaux ayant des lits de réadaptation pour adultes hospitalisés ont été dans l'obligation de soumettre des données au SNIR.

En Australie, les lignes directrices relatives aux services destinés aux usagers ayant subi un AVC décrivent des actions à réaliser pour favoriser l'ancrage d'une culture axée sur l'amélioration continue de la qualité dans un établissement, voire dans tout un réseau [NSF, 2013]. Ainsi, le suivi de l'implantation des meilleures pratiques et de leur utilisation, l'évaluation comparative (*benchmarking*), les consensus d'experts et l'expérience des usagers sont des stratégies proposées. À cet égard, des audits réguliers, au moins tous les deux ans, avec rétroaction aux établissements concernés, garantissent, selon le Stroke Foundation, une amélioration des services [Stroke Foundation, 2017a].

¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Réadaptation [site Web]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/readaptation>.

Parallèlement, le Stroke Foundation appuie l'élaboration d'indicateurs fondés sur les bonnes pratiques [NSF, 2010]. En ce sens, il rejoint d'autres auteurs qui confirment l'impact positif de l'implantation des recommandations cliniques issues des guides de pratique sur l'utilisateur, sa famille et les proches aidants et qui soulignent l'importance de l'adhésion des gestionnaires [Tistad *et al.*, 2016; Hubbard *et al.*, 2012].

Du point de vue des intervenants, les facteurs facilitant l'implantation des bonnes pratiques se résument à : former et rendre disponibles des champions, être en accord avec l'intervention recommandée, se familiariser avec l'intervention, avoir suffisamment de temps pour modifier sa pratique, suffisamment de personnel, d'espace et d'équipement. De plus, une bonne communication entre les membres de l'équipe et une collaboration interdisciplinaire sont également rapportées [Munce *et al.*, 2017].

En somme

Quatre pratiques organisationnelles transversales ressortent de façon prépondérante :

- l'adoption d'une terminologie commune et d'une vision des services de réadaptation partagée entre les prestataires de services;
- une intégration des services associée à une offre complète et une gamme variée de services;
- la présence d'une équipe interdisciplinaire;
- l'inclusion de l'utilisateur et de sa famille.

7. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES LIÉES À LA GESTION DES LITS

Le présent chapitre détaille les informations relatives aux pratiques organisationnelles à considérer dans la gestion des lits de réadaptation (unités de soins aigus ou unités internes de réadaptation) destinés aux adultes ayant des incapacités motrices permanentes ou temporaires.

La gestion des lits dans les unités de soins aigus des centres hospitaliers et dans les unités internes de réadaptation est tributaire d'un ensemble de facteurs. Certains sont spécifiques à la phase du continuum et d'autres sont attribuables à la disponibilité des services dans l'ensemble du continuum, incluant les services externes de réadaptation. Comme il a été mentionné au chapitre précédent, une vision commune partagée entre les partenaires des différentes phases du continuum de services prend toute son importance [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016].

Nonobstant les composantes communes aux différentes phases du continuum, certains facteurs propres à une gestion efficace des lits s'ajoutent, soit l'accès précoce aux services de réadaptation, la fréquence des services de réadaptation, les critères d'admission et d'orientation.

De plus, ce chapitre présentera les modèles d'organisation des lits répertoriés dans la littérature, soit les unités dédiées, mixtes, de récupération lente, de réadaptation gériatrique et de médecine générale.

7.1 Accès précoce aux services de réadaptation

La recherche indique une forte corrélation entre l'accès précoce aux services de réadaptation et la récupération des capacités des usagers ainsi que l'amélioration de leur autonomie [Teasell *et al.*, 2018a; ICES, 2016; BC Guidelines, 2015; NSF, 2013].

Selon des analyses réalisées par l'ICIS, l'accès précoce aux services de réadaptation représente un des facteurs prédictifs du retour à domicile pour les usagers ayant subi un AVC ou une fracture de la hanche [ICIS, 2015; ICIS, 2009]. En effet, plus le délai est court entre l'évènement et l'admission dans des services internes de réadaptation, meilleures sont les chances d'un retour à domicile.

Les guides de pratique consultés mentionnent qu'au cours des 24 à 48 premières heures suivant son admission, un usager ayant subi un AVC doit être évalué [Stroke Foundation, 2017a; Hebert *et al.*, 2016]. Cette évaluation standardisée réalisée par un intervenant des services de réadaptation permettrait de bien orienter l'utilisateur [Hebert *et al.*, 2016; NSF, 2013], de déterminer les services requis et de faciliter le congé [SIGN, 2009]. Pour un usager hospitalisé, la réadaptation doit débuter dès qu'il est médicalement stable et qu'il peut tolérer les interventions [Hebert *et al.*, 2016].

Toujours dans une perspective d'accès précoce aux services, d'autres modèles d'organisation et de financement des services préconisent l'intervention des équipes de réadaptation interdisciplinaires et coordonnées qui se déplacent dans les unités de

soins aigus pour commencer la réadaptation, et ce, avant même que l'utilisateur soit considéré médicalement stable. Ce type d'interventions peut occasionnellement être offert jusqu'à ce qu'un lit devienne disponible dans l'unité dédiée de réadaptation. Lorsque les services internes de réadaptation sont dispensés dans un établissement distinct, on peut aussi définir un nombre minimum de lits de réadaptation dans l'unité de soins aigus du centre hospitalier et convier l'équipe de réadaptation à y intervenir jusqu'à ce que l'utilisateur puisse être transféré dans l'établissement de réadaptation ou à la maison [AFRM RACP et NZRA, 2015].

Pour les usagers ayant subi une chirurgie de remplacement de la hanche, il est recommandé que des exercices de mobilisation (ex. : sortir du lit) et des exercices de réadaptation soient réalisés dans les 24 heures suivantes [ANZHFR, 2014; NICE, 2014; SIGN, 2009]. Par contre, pour les usagers ayant subi un AVC, les résultats d'une étude clinique randomisée, à laquelle ont participé plus de deux mille personnes, indiquent qu'il n'est pas recommandé d'offrir de fréquentes activités hors du lit dans les 24 premières heures suivant l'AVC. Ce type d'interventions devrait, ainsi qu'il est spécifié ci-dessus, commencer entre 24 et 48 heures après l'AVC, si aucune contre-indication ne l'empêche [Hebert *et al.*, 2016].

Pour la clientèle ayant subi un TCC, le SIGN indique que dans les unités de soins aigus, l'intervention précoce permet également de réduire la durée de séjour [SIGN, 2013]. En plus de leur précocité, les interventions thérapeutiques doivent être variées et offertes par des intervenants de disciplines complémentaires [NSF, 2013]. La stratégie canadienne de l'AVC rappelle d'ailleurs que deux des conditions pour un accès à des services spécialisés de réadaptation en temps opportun sont un nombre suffisant d'intervenants et la présence d'une équipe interdisciplinaire formée et expérimentée [Hebert *et al.*, 2016]. Dans cette perspective, lorsque cela est requis, l'accès à des services de programmes complémentaires apparaît important pour couvrir certains autres besoins de l'utilisateur [INESSS, 2016].

7.2 Critères d'admission et d'orientation

Selon plusieurs auteurs, les unités de services internes de réadaptation devraient préciser leurs critères d'admissibilité, notamment en ce qui concerne le diagnostic, le niveau de stabilité médicale requis, le potentiel estimé de récupération et d'apprentissage de l'utilisateur, ainsi que son niveau d'endurance [INESSS, 2016]. Selon Hebert, les critères d'admission en réadaptation interne devraient être standardisés et communiqués à tous les établissements en amont [Hebert *et al.*, 2016]. Les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC comprennent ainsi une liste de critères d'admissibilité et d'admission aux services de réadaptation. Le concept de stabilité médicale y est abordé : un diagnostic net de l'AVC est posé même si l'étiologie initiale reste incertaine, toutes les questions médicales et les comorbidités sont prises en charge, l'état de santé (maladie en évolution) ou les incapacités de l'utilisateur n'empêchent pas une participation au programme de réadaptation au moment du congé, les signes vitaux sont stables, les investigations médicales sont terminées ou planifiées dans un plan de suivi. L'application des

critères permet d'accueillir le bon usager dans le bon service et, ainsi, optimiser l'utilisation des ressources.

Une étude précise que la distance entre l'unité où l'utilisateur reçoit ses services internes de réadaptation et son milieu de vie serait un déterminant majeur dans l'orientation de ce dernier. Ainsi, un usager pourrait se voir orienter vers une ressource à proximité de son milieu de vie même si celle-ci ne correspond pas de façon optimale à ses besoins [Buntin *et al.*, 2005].

Enfin, il semble que d'autres éléments peuvent soutenir la prise de décision pour l'orientation d'un usager. En effet, une étude réalisée au Japon auprès de plus de 1400 usagers ayant subi un AVC a comparé les valeurs-seuils de deux échelles de mesure d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) et Indice Barthel), en fonction du nombre de proches aidants disponibles au moment du congé à domicile. Les auteurs concluent que le congé à domicile est possible même si les résultats à ces échelles sont faibles, pourvu que l'utilisateur soit entouré de plusieurs proches aidants [Sato *et al.*, 2017].

7.3 Intensité des services

Selon le SIGN, l'intensité des services joue un rôle important dans la durée de séjour [SIGN, 2013]. Il semble que plus les thérapies sont fréquentes, meilleurs sont les résultats cliniques chez l'utilisateur et plus grande est l'efficacité des services [NSF, 2013]. Une pratique reconnue internationalement est d'offrir entre 12 et 15 heures par semaine de services internes de réadaptation [NRH, 2009]. Ces interventions devraient toujours être réalisées dans le contexte d'une activité fonctionnelle (s'habiller, s'alimenter, cuisiner, se déplacer, etc.) et être offertes à raison de trois heures par jour, cinq jours par semaine. Néanmoins, les recommandations canadiennes de pratiques optimales de soins de l'AVC précisent que l'intensité des interventions devrait être ajustée selon la tolérance réelle de l'utilisateur et non selon notre perception de sa tolérance [Teasell *et al.*, 2018b; Hebert *et al.*, 2016].

Pour les usagers ayant subi un AVC ou un TCC, les auteurs rapportent que l'intensité minimale des services internes de réadaptation devrait être de trois heures par jour [Stroke Foundation, 2017a; Hebert *et al.*, 2016; INESSS, 2016; ICES, 2016]. D'autres auteurs indiquent qu'un minimum de 45 minutes d'intervention par intervenant de réadaptation impliqué auprès de l'utilisateur ayant subi un AVC est requis, et ce, aussi longtemps que des progrès sont observés [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; NICE, 2013]. Les heures d'intervention devraient être dispensées sur 5 à 6 jours par semaine [Hebert *et al.*, 2016; INESSS, 2016; ICES, 2016].

Les auteurs précisent que pour répondre aux besoins de l'utilisateur et lui offrir des interventions à une intensité suffisante, une équipe spécialisée et complète devrait être disponible. L'organisation des services doit permettre aux intervenants de passer environ 80 % de leur temps en présence des usagers [Hebert *et al.*, 2016].

Finalement, une équipe devrait s'assurer que les apprentissages effectués lors des thérapies puissent être transférés dans les activités quotidiennes de l'utilisateur ou dans des activités dans sa communauté [Stroke Foundation, 2017a; Hebert *et al.*, 2016].

7.4 Modèles d'organisation des lits

7.4.1 Unités dédiées

Les unités dédiées offrent des services de réadaptation exclusivement à la clientèle identifiée pour ce type d'unités. On trouve beaucoup de documentation sur les unités dédiées aux personnes ayant subi un AVC. Elles dispensent des soins cardiovasculaires très efficaces et partagent plusieurs caractéristiques : un emplacement dans une unité géographiquement distincte, des évaluations globales normalisées et précoces de l'utilisateur pour orienter les interventions, une équipe interdisciplinaire spécialisée et coordonnée ayant accès à de la formation et du perfectionnement, une mobilisation précoce de l'utilisateur, et ce, en évitant le plus possible les périodes de repos au lit. D'autres éléments sont également présents dans ce type d'unité : une communication claire, des réunions d'équipe régulières et planifiées, une planification du congé de l'utilisateur et la tenue de rencontres avec ses proches, un encouragement actif pour que l'utilisateur ayant subi un AVC et ses proches participent au processus de réadaptation et, finalement, des interventions basées sur les données probantes [Teasell *et al.*, 2018a; Hebert *et al.*, 2016; Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; NICE, 2013; NSF, 2013].

Il a été démontré que les usagers recevant des soins et services dans une unité dédiée aux personnes ayant eu un AVC ont plus de chances de survivre, d'être autonomes et de vivre à domicile un an après leur AVC, comparativement à ceux recevant des soins et services dans une unité de réadaptation générale, et ce, peu importe l'âge, le sexe, la sévérité ou le type d'AVC [Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2013]. On note également que les usagers ayant reçu leurs soins et services dans une unité dédiée semblent moins présenter de complications médicales [Teasell *et al.*, 2018a].

Il y a trois types d'unité dédiée :

- unité dédiée de soins aigus (regroupe dans une unité des usagers présentant une même problématique. Les soins et services y sont intensifs et limités dans le temps – maximum 7 jours);
- unité dédiée combinée (réunit dans la même unité les soins aigus et les services de réadaptation pour une clientèle précise);
- unité dédiée de réadaptation (regroupe dans une unité des usagers présentant une même problématique. Les services font habituellement suite aux soins aigus et sont axés sur la récupération des capacités et la reprise des habitudes de vie).

Il semble qu'une seule étude clinique randomisée ait été réalisée et permette de comparer les deux modèles d'organisation (unité dédiée de soins aigus et unité dédiée de réadaptation vs unité dédiée combinée) en s'assurant que les usagers présentent des caractéristiques similaires [Chan *et al.*, 2014]. Les résultats démontrent qu'aucune différence dans l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle n'est notée entre les groupes, et ce, malgré une durée de séjour plus courte dans les unités

combinées. Une différence statistiquement significative de 5,28 jours de moins chez les 41 participants à l'étude est notée. Les unités dédiées combinées semblent donc aussi efficaces que les unités dédiées séquentielles (unité de soins aigus suivie de l'unité de réadaptation) et significativement plus efficaces.

Les lignes directrices de différentes juridictions, dont l'Australie, le Canada et le Royaume-Uni, mettent l'accent sur la mise en place de l'un ou l'autre des types d'unités dédiées (de soins aigus, de réadaptation ou combinées) pour les usagers ayant subi un AVC ou un TCC [Stroke Foundation, 2017a; Casaubon *et al.*, 2016; SIGN, 2013; SIGN, 2010].

7.4.2 Unités mixtes de réadaptation

Les unités mixtes de réadaptation accueillent des usagers présentant différents diagnostics liés à la déficience motrice, dont celui de l'AVC. Une revue systématique [Teasell *et al.*, 2018a] a comparé les services de réadaptation offerts dans des unités mixtes avec les services de réadaptation offerts dans des unités de médecine générale. Les conclusions révèlent qu'il y a moins de décès et moins de transferts en établissement de soins de longue durée et qu'il y a une augmentation de l'autonomie des usagers lorsqu'ils reçoivent leurs services de réadaptation dans des unités mixtes plutôt que dans des unités de médecine générale. Bien que l'admission dans une unité dédiée aux usagers ayant subi un AVC soit l'option à privilégier, une admission dans une unité de réadaptation destinée à une clientèle mixte devrait être favorisée en cas d'indisponibilité [Stroke Foundation, 2017a; Hebert *et al.*, 2016; SIGN, 2010].

7.4.3 Équipe mobile

L'équipe mobile est une équipe interdisciplinaire ambulante offrant des services de réadaptation dans différents environnements [Teasell *et al.*, 2018a]. Elle joue aussi un rôle de conseil et d'expertise auprès des autres intervenants impliqués auprès de l'utilisateur. L'équipe-conseil ne dispense pas directement des soins, mais participe à l'amélioration de la prise en charge dans les services où elle intervient. La littérature rapporte que la mise en place d'une équipe mobile apparaît moins efficace que celle d'unités dédiées aux usagers ayant subi un AVC [Teasell *et al.*, 2018a] ou d'unités de réadaptation destinées à la population générale [Langhorne *et al.*, 2005]. Ces résultats s'expliquent par le fait que les équipes mobiles jouent principalement un rôle-conseil et n'offrent pas directement aux usagers des soins et services [Teasell *et al.*, 2018a].

7.4.4 Unités de récupération lente

Les unités de récupération lente offrent des services de réadaptation avec une intensité moindre et une durée plus longue, afin de répondre aux besoins de l'utilisateur ayant des atteintes sévères. Malgré la sévérité de leurs atteintes et même si leurs progrès tendent à être plus lents, les usagers peuvent bénéficier de la réadaptation. Alors qu'au début des années 2000 l'implantation des unités de récupération lente pour les usagers ayant subi un AVC était une avenue préconisée en Australie, au Royaume-Uni et en Ontario [GTA Rehab Network, 2004], aujourd'hui, les données sont insuffisantes pour démontrer l'efficacité d'une telle organisation de services [Teasell *et al.*, 2018c].

7.4.5 Unités de réadaptation orthogériatrique

Les unités de réadaptation gériatrique (UGOR) offrent des services à des usagers ayant une condition gériatrique et des besoins de réadaptation. Le modèle de soins hospitaliers, qui existe encore dans de nombreuses régions d'Australie et de Nouvelle-Zélande, propose des unités de soins aigus orthopédiques ou chirurgicales aux usagers souffrant d'une fracture de hanche, dans lesquelles l'équipe orthopédique est la seule responsable des soins [ANZHFR, 2014].

Par contre, dans d'autres régions de ces deux pays, le modèle d'organisation des soins a évolué, à l'instar de celui du Royaume-Uni, et des unités de soins orthogériatriques ont été implantées. La particularité de ces dernières est de favoriser la contribution et le partage des responsabilités entre les orthopédistes et les gériatres. Ainsi, le gériatre a la responsabilité d'optimiser la condition de l'utilisateur avant la chirurgie (nutrition, hydratation, soins de pression, gestion de la continence et surveillance de la cognition). Il assure le leadership dans les soins postopératoires et voit à la planification du congé. Ces unités semblent contribuer à diminuer la durée moyenne de séjour dans l'unité de soins aigus de l'hôpital, le nombre de complications, la mortalité lors de la phase hospitalière et la mortalité à moyen terme après le congé de l'hôpital. Elles permettraient également l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des coûts [Tarazona-Santabalbina *et al.*, 2016].

Après la phase aiguë, de nombreux usagers ayant eu une fracture de la hanche nécessitent des services de réadaptation. Le Royaume-Uni, devant la recrudescence des fractures de la hanche chez les personnes âgées, a créé des unités de réadaptation orthopédique gériatrique (UGOR) et réservé des lits de réadaptation pour cette clientèle. Cela est moins courant en Australie et en Nouvelle-Zélande, où la réadaptation des usagers hospitalisés se fait davantage dans une unité de réadaptation mixte gérée par un gériatre ou un médecin de réadaptation. Des lits de réadaptation peuvent être disponibles dans le centre hospitalier de soins aigus, comme au Royaume-Uni, ou dans un établissement de réadaptation, comme en Australie [ANZHFR, 2014].

Une comparaison entre les UGOR et les unités conventionnelles, pour la clientèle PTH-PTG, indique que le recours aux premières favorise une augmentation de l'autonomie et une utilisation plus efficace des lits, mais ne permet pas de réduire la durée de séjour. En effet, dans les UGOR, les durées de séjour peuvent être longues, notamment à cause du besoin de soutien social et de problématiques liées aux pertes cognitives (ex. : démence). Toutefois, le passage dans ces unités améliore les perspectives de retour à domicile [SIGN, 2009].

Plusieurs guides recommandent que toutes les personnes âgées présentant une fracture « fragile » soient admises dans une unité d'orthopédie avec accès à un gériatre. Celles-ci devraient être regroupées à l'intérieur de l'unité orthopédique. Dès l'admission de l'utilisateur, une évaluation orthogériatrique devrait être réalisée, les objectifs de réadaptation devraient rapidement être déterminés et les services appropriés convenus. Une révision continue et coordonnée des services devrait être faite et une planification du congé décidée avec l'ensemble des services connexes, incluant les programmes de prévention des chutes, les services de santé mentale, etc.

[ANZHFR, 2014; NICE, 2014; SIGN, 2009]. En Ontario, le guide de pratique spécifie que les soins et services offerts aux personnes âgées ayant subi une fracture de hanche devraient suivre les principes inhérents aux approches d'intervention gériatrique [HQO et MOHLTC, 2013].

Par ailleurs, il semble qu'une unité de réadaptation réponde mieux aux besoins des personnes âgées fragiles qu'une unité générale en milieu hospitalier [CRD, 2013]. Les caractéristiques de l'unité de réadaptation spécialisée pour cette clientèle sont notamment la présence d'une équipe interdisciplinaire, des évaluations gériatriques qui intègrent les dimensions médicale, sociale et fonctionnelle pour déterminer et tenir compte de ces besoins, un PI ainsi qu'un plan de congé. Dans l'éventualité où les usagers n'ont pas accès à ce type d'unité, la contribution des spécialistes en gériatrie devrait être sollicitée par l'équipe de réadaptation [Stott *et al.*, 2011].

Une revue systématique et une méta-analyse [Fox *et al.*, 2012] comparent l'unité de gériatrie avec les unités de médecine générale. Cette revue indique que les unités gériatriques qui adoptent le modèle *Acute Care for Elders* (ACE), soit des soins centrés sur l'utilisateur, des examens médicaux fréquents, une réadaptation précoce, une planification du congé structurée et une préparation de l'environnement, obtiennent de meilleurs résultats pour les usagers. Le modèle ACE permet de prévenir le déclin fonctionnel et les complications associées à l'âge. Les équipes composées de médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux se rencontrent régulièrement pour planifier les soins des usagers.

En somme

Certaines pratiques organisationnelles liées à la gestion des lits émergent de la recension des écrits :

- la précocité et l'intensité des services internes;
- le choix du type d'unité interne à privilégier aligné sur les besoins et préférences de l'utilisateur et de sa famille.

8. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES LIÉES À LA GESTION DES TRANSITIONS

Le présent chapitre présente les pratiques organisationnelles à considérer dans la gestion des transitions afin d'accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services destinés aux adultes ayant des incapacités motrices.

La gestion des transitions se définit comme une série d'actions pour assurer la coordination et la continuité des services lorsqu'un usager est transféré d'un établissement à un autre ou d'un niveau de services à un autre au sein d'un même établissement [Fancott, 2011]. Plusieurs auteurs indiquent que la gestion des transitions ne se limite pas à celles survenant lors du congé du centre hospitalier ou des services internes de réadaptation, ou encore lors du retour à domicile. Elle s'applique également lorsque les usagers ne sont pas admis à l'hôpital [BC Guidelines, 2015] ou pour ceux qui nécessitent des soins de fin de vie [NICE, 2015].

La gestion des transitions entre les différentes phases du continuum de services doit être prévue, et des mécanismes de suivi post-congé de même que des critères de réadmission doivent être partagés pour permettre l'arrimage entre les équipes et les différents partenaires et pour faciliter la reconnaissance de nouveaux besoins chez l'usager, sa famille et les proches aidants [NSF, 2013].

Les usagers, notamment ceux présentant des problématiques multiples ou ayant des besoins complexes, peuvent nécessiter des soins et services de différents prestataires, ce qui implique la gestion de plusieurs transitions.

Le Comité consultatif sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC a élaboré des lignes directrices spécifiques à la gestion des transitions à la suite d'un AVC [Cameron *et al.*, 2016]. Le rapport comprend des recommandations basées sur les données probantes et sur un consensus d'experts. Le NICE a également écrit un guide sur ce sujet [NICE, 2015] ainsi qu'un groupe d'experts de l'American Heart Association/American Stroke Association [Winstein *et al.*, 2016]. De ces lignes directrices et de celles d'autres juridictions, des composantes essentielles à un processus de gestion efficace des transitions se dégagent [Stroke Foundation, 2017a; Cameron *et al.*, 2016; Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; Winstein *et al.*, 2016; NICE, 2015] :

1. la planification du congé;
2. la coordination des transitions;
3. l'enseignement auprès des usagers, des familles et des proches aidants;
4. la communication et la transmission d'information.

8.1 Planification du congé

Selon les lignes directrices de l'AVC émises en Australie, la planification du congé facilite le retour de l'usager à domicile, maximise son autonomie, réduit son isolement et permet de mieux répondre à ses besoins, à ceux de sa famille et des proches

aidants [Stroke Foundation, 2017a]. Une revue systématique de Cochrane démontre également que la planification du congé a le potentiel de réduire la durée de séjour et le nombre de réadmissions non planifiées à l'hôpital ainsi que d'améliorer la coordination des services après la sortie des services internes auprès d'une clientèle avec diverses conditions médicales [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016; Winstein *et al.*, 2016; McMartin, 2013].

Réduire la durée de séjour dans un système où il y a pénurie de lits favoriserait l'utilisation efficace et efficiente des ressources et permettrait à un plus grand nombre d'utilisateurs de recevoir, en temps opportun et à l'endroit approprié, les services qu'ils requièrent [Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010]. Par ailleurs, la planification du congé ne retarderait pas le moment effectif du congé [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016].

Selon plusieurs auteurs, pour que la planification du congé ait les effets escomptés, elle devrait commencer précocement, soit lors de l'admission ou de l'évaluation initiale de l'utilisateur [Stroke Foundation, 2017a; INESSS, 2016; NICE, 2015; HQO et MOHLTC, 2013; SIGN, 2013; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010; Waddell *et al.*, 2010].

De plus, la planification du congé devrait se baser sur l'évaluation des besoins des utilisateurs, des familles et des proches aidants [Cameron *et al.*, 2016] ainsi que sur la détermination des problèmes potentiels susceptibles de retarder le congé. Une approche proactive permet de trouver des solutions afin d'éviter des écueils [HQO et MOHLTC, 2013; Waddell *et al.*, 2010]. Selon certains auteurs, l'évaluation des besoins des utilisateurs, de leur famille et des proches aidants devrait avoir lieu avant chaque transition pour déterminer les besoins d'apprentissage, apprécier l'intégration des connaissances acquises, partager de nouvelles informations et dépister les problèmes d'adaptation, de dépression ou autres [Cameron *et al.*, 2016].

Pour soutenir les transitions et respecter les durées de séjour, un rapport d'évaluation sur les services de réadaptation ontariens recommande la présence d'intervenants sept jours par semaine [ICES, 2016].

Plusieurs auteurs mentionnent également qu'un plan de congé, distinct du PI, devrait être rédigé [HQO et MOHLTC, 2016; Hebert *et al.*, 2016; INESSS, 2016; NICE, 2015; SIGN, 2013; Waddell *et al.*, 2010]. Ce plan, élaboré en partenariat avec l'utilisateur, sa famille et les proches aidants, devrait être mis en œuvre par un intervenant responsable de la coordination des activités [Stroke Foundation, 2017a], et ce, dès le début de la prestation des services [Cameron *et al.*, 2016]. De plus, une copie du plan, rédigé dans un langage clair et adapté à l'utilisateur, devrait lui être transmise ainsi qu'à sa famille, aux proches aidants et à toutes autres personnes susceptibles d'intervenir auprès d'eux [INESSS, 2016; NICE, 2015; HQO et MOHLTC, 2013; NSF, 2013; SIGN, 2010; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010].

En matière de gestion des transitions, et spécifiquement au regard d'une planification du congé, une expérience étrangère a retenu notre attention. En voici un résumé.

Exemple de l'Ontario

Le GTA Rehab Network présente la standardisation d'un modèle de services de réadaptation pour usagers avec remplacement de genou ou de hanche de l'Ontario [GTA Rehab Network, 2014a; GTA Rehab Network, 2014b]. Afin de répondre aux standards provinciaux du retour à domicile après la phase aigüe de 90 % des usagers et d'une durée de séjour de 4,4 jours, le GTA Rehab network indique qu'il faut retenir deux éléments.

- Dès la phase préopératoire, il est important d'informer l'utilisateur du déroulement de l'opération et du suivi qui s'en suit, de lui enseigner des stratégies et des exercices, d'organiser son transport pour se rendre au centre de réadaptation pour recevoir les services en externe et de mettre en place les modalités de transfert vers les équipes de réadaptation externe.
- Pendant la phase aigüe d'hospitalisation, il importe d'établir et de maintenir les liens avec les équipes de réadaptation externe.

8.2 Coordination des transitions

Une autre stratégie gagnante dans la gestion des transitions consiste à nommer une personne responsable de la coordination des transitions [NICE, 2015; Rennke *et al.*, 2013; Department of Health, 2011; Waddell *et al.*, 2010]. Selon les lignes directrices de plusieurs juridictions, un intervenant devrait être désigné pour coordonner le congé de l'utilisateur et participer à toutes les décisions concernant ce dernier [Hebert *et al.*, 2016; NICE, 2015]. De plus, il semble que la présence d'un tel intervenant réduirait la durée de séjour [Stroke Foundation, 2017a]. Le coordonnateur offre également du soutien à l'utilisateur, à sa famille et aux proches aidants et s'assure que les références aux services de réadaptation sont faites [Stroke Foundation, 2017a; Cameron *et al.*, 2016; Winstein *et al.*, 2016; NICE, 2015]. Le coordonnateur est le trait d'union entre l'utilisateur, sa famille, les proches aidants, l'équipe multidisciplinaire et tous les autres partenaires impliqués [INESSS, 2016]. Étant donné qu'à chaque étape de la réadaptation de l'utilisateur, différents prestataires de services peuvent être impliqués [Department of Health, 2011], le coordonnateur voit à la planification du congé en s'assurant de la continuité des services et d'une communication efficace entre les prestataires concernés [INESSS, 2016].

Le coordonnateur est aussi responsable de l'élaboration et de la mise en place du plan de congé. Il travaille en collaboration avec les intervenants du centre hospitalier de même qu'avec ceux des services internes et externes de réadaptation. Il s'assure que ce plan tient compte de l'ensemble des besoins de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants [NICE, 2015].

En matière de gestion des transitions, et spécifiquement au regard de la coordination des transitions, une expérience étrangère a retenu notre attention. En voici un résumé.

Exemple des États-Unis

L'Agency for Healthcare Research and Quality¹⁵ des États-Unis indiquait, en février 2014, que de nombreux États et organismes américains avaient adopté le programme du «Transitions Coach». Ce dernier accompagne les usagers ayant un profil de besoins complexes qui quittent le centre hospitalier ou un établissement de soins de courte durée pour retourner à domicile. Afin d'être admissible à un «Transitions Coach», l'utilisateur doit notamment, outre la présence de besoins complexes et le fait de vivre à domicile ou dans une ressource de la communauté, ne pas présenter de démence et avoir accès à un téléphone pour les suivis téléphoniques. Le rôle du «Transitions Coach» est d'aider ces usagers à comprendre et à gérer leurs besoins complexes une fois rendus à domicile et à assurer la continuité des soins entre les différents partenaires.

Tout au long de cet accompagnement (30 jours), le «Transitions Coach» s'assure que l'utilisateur comprend et utilise son dossier de santé personnel. Il aide l'utilisateur et sa famille à déterminer quand et comment ils devraient recourir à des services primaires ou spécialisés et les soutient dans la formulation de questions aux différents prestataires de services. Le «Transitions Coach» planifie avec l'utilisateur une visite de suivi chez le médecin de famille ou le médecin spécialiste et l'accompagne lors de cette visite. Il aide l'utilisateur et sa famille à jouer un rôle actif dans la gestion de sa condition et à développer des compétences pour l'autogestion de la médication et la reconnaissance des symptômes qui impliquent l'accès à des services. Le «Transitions Coach» informe l'utilisateur et sa famille sur les moyens et modalités pour trouver réponse à leurs besoins.

La mise en place d'une intervention en transition, qui inclut notamment un «Transitions Coach», a permis de réduire les réadmissions et les coûts liés à celles-ci. Les données probantes proviennent d'un essai contrôlé randomisé de 750 sujets qui a évalué l'impact de l'intervention comparativement aux soins usuels [Coleman *et al.*, 2006].

8.3 Enseignement auprès de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants

Les lignes directrices canadiennes comprennent des recommandations liées au soutien et à l'éducation des usagers, des familles et des proches aidants. Les activités d'enseignement auprès de l'utilisateur devraient aborder, notamment, la prévention et l'autogestion et être adaptées aux besoins éducationnels en fonction des phases du continuum [Cameron *et al.*, 2016]. L'autogestion correspond, chez l'utilisateur, au développement de ses capacités de résolution de problèmes, de prise de décision et d'utilisation des diverses ressources ainsi qu'à son engagement actif dans les activités [Cameron *et al.*, 2016; Winstein *et al.*, 2016]. Il semble que l'enseignement auprès de

¹⁵ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Transition coaches reduce readmissions for Medicare patients with complex postdischarge needs [site Web]. Disponible à : <https://innovations.ahrq.gov/profiles/transition-coaches-reduce-readmissions-medicare-patients-complex-postdischarge-needs>.

l'utilisateur ait le potentiel de diminuer le nombre de réadmissions [Cameron *et al.*, 2016]. Les activités d'enseignement devraient être réévaluées régulièrement [NICE, 2013].

Une étude de Schiller, réalisée auprès d'utilisateurs ayant subi une fracture de la hanche, met en lumière le contenu à intégrer dans le matériel éducatif leur étant destiné. Trois thèmes sont retenus : i) informer l'utilisateur du processus de rétablissement, s'assurer qu'il sait quoi faire à la maison et lui transmettre la liste des ressources disponibles dans la communauté; ii) lui fournir l'information nécessaire pour qu'il soit actif quotidiennement; et, finalement, iii) l'encourager à persévérer même si les progrès sont lents [Schiller *et al.*, 2015].

Par ailleurs, l'enseignement auprès des familles et des proches aidants est, selon différents auteurs, une intervention essentielle dans la gestion des transitions [Hebert *et al.*, 2016; NICE, 2015; NICE, 2013; SIGN, 2013; Avoidable Hospitalization Advisory Panel, 2011; Waddell *et al.*, 2010]. Cet enseignement permet aux familles et aux proches aidants de soutenir l'utilisateur dans la reprise de ses activités de la vie quotidienne, et également de l'aider à accroître son niveau d'autonomie de façon sécuritaire [Cameron *et al.*, 2016; INESSS, 2016; NICE, 2015]. L'enseignement dispensé permet aussi aux familles et aux proches aidants d'acquiescer des stratégies leur permettant de s'adapter au nouveau rôle qu'ils doivent exercer, de mieux gérer les situations de stress et de favoriser leur participation à la réadaptation [Cameron *et al.*, 2016]. Finalement, cela aide à clarifier les attentes à leur égard, à accroître leur sécurité et celle des utilisateurs, à améliorer leur qualité de vie, à réduire les symptômes de la dépression ainsi que la perception de fardeau [Cameron *et al.*, 2016; Agency for Clinical Innovation, 2015].

Différentes activités pour réaliser l'enseignement auprès des utilisateurs, des familles et des proches aidants sont décrites dans la littérature [Cameron *et al.*, 2016; Winstein *et al.*, 2016; SIGN, 2010] :

- la transmission d'information facile à comprendre et dans des formats variés;
- l'expérimentation des techniques enseignées;
- les conseils et le soutien.

En matière de gestion des transitions, et spécifiquement au regard de l'enseignement, une expérience étrangère a retenu notre attention. En voici un résumé.

Exemple des États-Unis

Aux États-Unis, le Hallmark Health System a créé le programme *Bone & Joint Program*¹⁶ pour offrir un soutien clinique et une formation préopératoire aux utilisateurs en attente d'une chirurgie orthopédique.

Des rencontres mensuelles ont lieu, au cours desquelles des intervenants informent les utilisateurs et leurs familles du processus de la chirurgie et de celui

¹⁶ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Comprehensive orthopedic surgical program to improve patient experience increases satisfaction, reduces length of stay, and allows more patients to be discharged directly home [site Web]. Disponible à : <https://innovations.ahrq.gov/profiles/comprehensive-orthopedic-surgical-program-improve-patient-experience-increases-satisfaction>.

de la récupération. Ces séances comportent des conférences, des démonstrations ainsi que des discussions avec les intervenants. Elles offrent aussi l'occasion de faire du réseautage avec les prestataires de services, les autres usagers et leurs familles. Les usagers se voient confier un journal de bord dans lequel sont consignées les interventions qu'ils recevront et dans lequel ils pourront écrire leurs questions ou préoccupations.

À la suite de son opération, l'usager est dirigé vers une unité orthopédique dédiée avec un personnel spécialement formé pour tous les usagers qui subissent une chirurgie orthopédique. Toutes les infirmières de l'unité y reçoivent une certification obligatoire et une formation en orthopédie. Le coordonnateur du programme organise mensuellement des formations avec les infirmières de l'unité.

La planification du congé commence lors des rencontres préopératoires, et des ajustements sont effectués au besoin pendant le séjour en centre hospitalier. Un rendez-vous de suivi est planifié avant le congé de l'usager, et un appel à l'usager est réalisé après le congé pour s'assurer que le plan de congé est exécuté de manière appropriée. Un coordonnateur organise les soins entre les centres hospitaliers et les établissements de réadaptation.

On rapporte une diminution des durées de séjour, des taux d'infection chirurgicale peu élevés et une augmentation du pourcentage d'usagers qui sont retournés directement à domicile lors du congé, plutôt que dans un établissement de réadaptation. Le programme enregistre une augmentation du taux de satisfaction des usagers.

8.4 Communication et transmission d'information

Une autre activité importante liée à la gestion des transitions concerne la communication et la transmission d'information entre les parties prenantes [Cameron *et al.*, 2016; NICE, 2015].

La communication et la transmission d'information peuvent prendre différentes formes et être destinées à diverses personnes, incluant l'usager lui-même, sa famille, les proches aidants, le médecin de famille et les autres prestataires de services.

8.4.1 Protocoles interétablissements

La littérature indique que l'élaboration de protocoles clairs entre les centres hospitaliers et les services de réadaptation est essentielle pour faciliter la transition des usagers [INESSS, 2016]. Un formulaire de référence standardisé précisant autant le processus de consultation que l'accès aux services de réadaptation devrait être inclus dans le protocole [NSF, 2013]. Les liens bidirectionnels ainsi que les stratégies visant à prévenir les complications et l'apparition d'un nouvel événement doivent y être énoncés. Ces protocoles doivent être diffusés à l'ensemble du personnel [Cameron *et al.*, 2016; NSF, 2013].

Des procédures devraient être mises en place pour s'assurer que l'information est transmise de façon efficace à chaque épisode de services et lors des transitions dans le système de santé [Cameron *et al.*, 2016]. Selon le NICE, pour assurer une meilleure continuité, fluidité et complémentarité des services lors des transitions entre les prestataires de services, des protocoles et des procédures de communication devraient être mis en place pour encadrer les admissions. De plus, une personne

devrait avoir la responsabilité de s'assurer que l'ensemble des informations pertinentes ont été transmises à l'équipe qui assurera la poursuite des services auprès de l'utilisateur [NICE, 2015].

8.4.2 Informations transmises à l'utilisateur, à sa famille, aux proches aidants, au médecin de famille et aux prestataires de services

La transmission d'information est particulièrement importante lorsque les services internes et externes ne sont pas offerts dans le même établissement [Unnewehr *et al.*, 2015]. Le sommaire de congé représente une des modalités de communication entre les différents prestataires de services. Les caractéristiques d'un bon sommaire de congé devraient être l'exactitude, l'exhaustivité, la qualité de l'écriture et sa disponibilité en temps opportun [Unnewehr *et al.*, 2015]. Il devrait minimalement inclure : l'information clinique (le diagnostic, les coordonnées du médecin traitant, l'état cognitif de l'utilisateur, le traitement reçu, le pronostic), l'information sur les recommandations de traitement et de suivi (le plan de congé) et l'information sur la médication (la liste des médicaments, les changements de médicaments et la raison de ces changements). On devrait également y faire état des enseignements prodigués à l'utilisateur, à sa famille et aux proches aidants afin qu'ils puissent les utiliser après le congé. Finalement, le sommaire de congé devrait être remis à l'utilisateur [Cameron *et al.*, 2016; SIGN, 2010].

Une communication régulière et la transmission d'information à l'utilisateur, à sa famille et aux proches aidants devraient débuter dès l'admission, lorsque l'utilisateur est hospitalisé dans une unité de soins aigus ou une unité de réadaptation interne [NICE, 2015], et se poursuivre tout au long du processus de réadaptation, à des moments opportuns et assurément avant le congé.

Pour les utilisateurs ayant subi une PTH ou PTG, l'information relative à la médication, à la mobilité, aux progrès escomptés, à la gestion de la douleur et aux ressources d'aide et de conseil disponibles devrait être transmise à l'utilisateur et à sa famille [SIGN, 2009].

Pour les utilisateurs ayant subi un AVC, la transmission d'information devrait permettre d'accroître les connaissances de l'utilisateur, de la famille et des proches aidants, d'améliorer certains aspects de la satisfaction de l'utilisateur et de réduire les symptômes de la dépression et de l'anxiété chez l'utilisateur, bien que les résultats de la transmission d'information sur ces symptômes soient moins probants, [Forster *et al.*, 2012]. Par ailleurs, il semble que l'implication de l'utilisateur, de sa famille, des proches aidants et des intervenants dans la transmission d'information de même que la mise en place de mécanismes où l'utilisateur peut poser des questions, clarifier, bonifier ou réviser l'information reçue soient des stratégies gagnantes [Forster *et al.*, 2012].

Les stratégies d'autogestion devraient également être communiquées à l'utilisateur [NICE, 2015; NSF, 2013; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010]. L'information relative aux différents prestataires et aux mécanismes pour accéder à leurs services est également importante à communiquer à l'utilisateur et sa famille. Cette transmission d'information permettrait d'accroître l'autonomie de l'utilisateur, de diminuer d'éventuels problèmes de santé et de réduire l'impact économique y étant associé [Hebert *et al.*, 2016].

Selon une revue systématique, rencontrer la famille de l'utilisateur, bien que requérant beaucoup de temps, apparaît essentiel [Loupis et Faux, 2013]. Pour être efficace, l'ordre du jour de la rencontre doit être clair, le temps bien géré, et tous doivent participer à la prise de décision. Une lacune fréquemment observée est l'implication réactive plutôt que proactive de la famille. L'équipe répond à des problèmes, alors qu'elle pourrait agir sur les préoccupations en amont.

La transmission d'information au médecin de famille de l'utilisateur est d'une importance capitale au moment du congé de la réadaptation. En effet, le médecin devrait recevoir rapidement des informations sur le séjour de l'utilisateur à l'interne, les services reçus et les interventions à venir [SIGN, 2009].

La transmission d'information aux prestataires de services de réadaptation en temps opportun est considérée comme tout aussi importante que celle faite au médecin de famille [Cameron *et al.*, 2016].

Lors des interventions électives, l'échange d'information entre l'équipe soignante dans la communauté et celle du centre hospitalier est d'une grande importance avant l'admission pour la chirurgie [NICE, 2015].

En matière de gestion des transitions, deux expériences étrangères ont retenu notre attention. La première est spécifique à la transmission d'information et la seconde à un outil conçu pour une gestion efficace des transitions. En voici un résumé.

Exemple de la Nouvelle-Zélande

Découlant du plan national en santé de 2010, le portail électronique de sécurité du gouvernement néozélandais vise l'accès à des soins et services plus sécuritaires et de meilleure qualité. Ce portail permet d'effectuer des références électroniques, ce qui facilite la gestion des transitions à travers le continuum de soins et services. De plus, ce portail favorise l'autogestion en permettant à l'utilisateur de réserver ses médicaments, planifier un rendez-vous avec son médecin de famille, renouveler ses prescriptions, effectuer le suivi de sa vaccination ou poser des questions à son médecin ou à une infirmière. Du point de vue du médecin, le portail facilite les liens avec l'utilisateur et permet d'optimiser son temps de pratique [New Zealand Ministry of Health, 2013].

Le portail de la Nouvelle-Zélande permet également de partager entre les différents intervenants concernés les objectifs poursuivis, les interventions réalisées et le plan d'intervention de l'utilisateur.

Enfin, le recours à la vidéoconférence peut accélérer le retour à domicile de certains usagers, en permettant aux médecins de réaliser des visites « virtuelles » auprès de ces usagers. Ces derniers peuvent également compter sur le soutien d'une équipe de soins et services virtuels [New Zealand Ministry of Health, 2013].

Exemple de l'Irlande

Le Health Service Executive National Integrated Care Advisory Group d'Irlande a élaboré un outil pour la planification du congé et des transitions efficaces [HSE NICAG, 2017]. Cet outil se décline en neuf étapes et est largement inspiré de celui conçu au Royaume-Uni [DoH UK, 2010] :

1. Planifier le congé ou le transfert avant l'admission pour une intervention élective ou le jour même pour les admissions non planifiées.
2. Déterminer si l'utilisateur a des besoins simples ou complexes et planifier les interventions en conséquence.
3. Élaborer un plan d'intervention dans les 24 heures suivant l'admission, en collaboration avec l'utilisateur, sa famille et ses proches aidants et commencer l'élaboration du plan de congé.
4. Travailler conjointement pour fournir à l'utilisateur une évaluation exhaustive et un plan d'intervention.
5. Estimer dans les 24 à 48 heures suivant l'admission une durée de séjour : date prévue du congé ou de transfert. Aviser les futurs prestataires de services au moins cinq jours avant le congé et les informer de tous changements.
6. Impliquer l'utilisateur, sa famille et ses proches aidants afin qu'ils prennent des décisions et fassent des choix éclairés.
7. Revoir le plan de congé quotidiennement avec l'utilisateur.
8. Vérifier 24 à 48 heures avant le congé que tout est en place pour que le congé s'actualise de façon sécuritaire.
9. Prendre la décision de donner le congé ou transférer l'utilisateur chaque jour avant 11 h.

8.5 Moments clés dans la gestion des transitions

La gestion des transitions comporte différents moments au cours desquels des actions doivent être réalisées pour permettre à l'utilisateur et à sa famille un passage harmonieux entre les prestataires de services. Bien que la terminologie diffère d'un auteur à l'autre, trois moments clés sont reconnus, soit 1) lors de l'épisode de services, et ce, dès l'admission dans le cas d'utilisateurs hospitalisés, 2) au moment du congé et 3) une fois l'épisode de services de réadaptation terminé. À cet égard, le Health Quality Ontario (HQP) (2016)¹⁷ est entrain de déterminer des normes de qualité. Il a répertorié les pratiques fondées sur les données probantes et les pratiques innovantes à réaliser lors de chacun de ces moments clés pour assurer une gestion efficace de la transition entre l'hôpital et la maison.

¹⁷ Health Quality Ontario (HQP). Transitions in care. From hospital to home. A quality standard currently in development [site Web]. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-all-Quality-Standards/Transitions-in-Care>.

8.5.1 Au cours de l'épisode de services

Selon différents auteurs, c'est au cours de l'épisode de services que sont réalisées les actions suivantes [Cameron *et al.*, 2016; NICE, 2015; HQO et MOHLTC, 2013; McMartin, 2013; Waddell *et al.*, 2010] :

- l'évaluation de l'utilisateur;
- l'enseignement auprès de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants;
- la désignation d'un coordonnateur responsable des transitions;
- l'enseignement de l'autogestion des médicaments;
- l'organisation des rendez-vous pour les services spécialisés ou les services de soutien à domicile, lorsque cela est requis.

Plus spécifiquement pour l'épisode de services à l'intérieur, la planification d'une visite au domicile de l'utilisateur s'ajoute à la liste présentée ci-dessus. Cette dernière permet de s'assurer que le retour de l'utilisateur dans son environnement se fera de façon sécuritaire [Hebert *et al.*, 2016]. Ce type de visite permet également de déceler les problèmes réels ou potentiels, de préciser les besoins post-congé et de s'assurer que les adaptations, les équipements et les services requis sont en place [Hebert *et al.*, 2016; Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; HQO et MOHLTC, 2013; SIGN, 2013; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010; Waddell *et al.*, 2010; SIGN, 2009].

Bien qu'une visite à domicile soit une pratique à retenir, plusieurs lignes directrices et documents de juridictions différentes insistent sur la nécessité d'évaluer la pertinence d'une telle visite, et ce, autant pour les utilisateurs ayant subi un AVC ou un TCC que pour ceux ayant eu une PTH-PTG [HQO et MOHLTC, 2013; SIGN, 2013; NSF, 2010; SIGN, 2010; SIGN, 2009]. Ainsi, les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC précisent que la visite à domicile devrait avoir lieu si l'équipe ou la famille anticipe l'apparition, chez l'utilisateur, de changements risquant de compromettre sa sécurité [Hebert *et al.*, 2016].

Selon le HQO (2016), lorsqu'un utilisateur est hospitalisé, les meilleures pratiques ou les pratiques innovantes qui devraient être réalisées, dès son admission, sont :

- établir un bilan comparatif des médicaments;
- procéder à une évaluation du risque de réadmission;
- évaluer la connaissance de l'utilisateur quant à son état de santé;
- communiquer avec le prestataire de services dans la communauté pour l'aviser de l'admission de l'utilisateur;
- élaborer, en collaboration avec le prestataire de services dans la communauté, un plan de soins et services coordonnés entre l'hôpital et les services dans la communauté.

Par ailleurs, tout au long de l'épisode de services, le HQO précise qu'il faut :

- adopter des stratégies d'enseignement pour favoriser le développement des capacités de l'utilisateur et de sa famille;

- utiliser des outils visuels pour améliorer la communication entre l'utilisateur et les intervenants.

Les lignes directrices pour les usagers ayant subi un TCC indiquent qu'une période de transition graduelle entre la réadaptation à l'internat et le retour à domicile devrait comporter une visite à domicile, des sorties quotidiennes et un congé de fin de semaine avec la famille ou les proches, ou encore une expérience en logement de transition [INESSS, 2016].

8.5.2 Au moment du congé

Préalablement au moment du congé, trois actions devraient être réalisées, selon le HQO :

- assurer une transmission d'information personnalisée d'un clinicien à l'autre entre les prestataires de services;
- établir un bilan comparatif des médicaments avant le congé;
- planifier avant le congé un rendez-vous entre l'utilisateur et l'équipe des soins primaires.

Le *Health Service Executive National Integrated Care Advisory Group* a rapporté, quant à lui, cinq éléments fondamentaux à considérer au moment du congé [HSE NICAG, 2017] :

- des services organisés pour les usagers;
- une reconnaissance de l'interdépendance des actions posées par les différentes équipes ou prestataires de services (chacun doit comprendre et reconnaître que l'action de l'un influe sur l'action de l'autre);
- une vision, des valeurs, des objectifs et des actions partagés entre les équipes et prestataires de services;
- des frontières entre les équipes et prestataires de services qui ne doivent pas être apparentes;
- des services centrés sur l'utilisateur et personnalisés selon ses besoins.

C'est au moment du congé que l'on devrait rappeler à l'utilisateur qu'il peut communiquer en tout temps avec le coordonnateur et l'informer des étapes et activités à venir [NICE, 2015; McMartin, 2013; Rennke *et al.*, 2013; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010; SIGN, 2009]. C'est aussi à ce moment qu'on encourage les proches aidants à communiquer avec leur médecin de famille, notamment s'il devient difficile pour eux d'assumer les tâches dévolues à leur rôle, et que l'on rappelle aux familles et proches aidants qu'ils peuvent recourir à des services pour répondre à leurs propres besoins [SIGN, 2009].

Les cas de congés qui présentent des risques pour les usagers et qui sont susceptibles de mobiliser l'équipe de soins de première ligne de façon soutenue devraient être discutés à l'avance avec le médecin de famille [SIGN, 2009].

8.5.3 Une fois l'épisode de services terminé

La période suivant la fin d'un épisode de services est constamment rapportée par les usagers et les proches aidants comme un moment stressant où tout le monde doit s'adapter à son nouveau rôle [Cameron *et al.*, 2016]. La préparation de cette étape ne doit donc pas être négligée. Des interventions devraient être réalisées autant pour l'usager qui réintègre son domicile que pour celui qui est dirigé vers des soins de longue durée [Cameron *et al.*, 2016].

L'appel téléphonique ou la visite de suivi à domicile sont les principales modalités à privilégier une fois l'épisode de services terminé [NICE, 2015; McMartin, 2013; Rennke *et al.*, 2013; NSF, 2010].

Lorsqu'un usager quitte l'hôpital pour son domicile, le HQO recommande :

- d'identifier dans la communauté une personne responsable du bilan comparatif des médicaments;
- d'acheminer aux équipes de soins primaires (ou de première ligne) le sommaire de congé au cours des 48 heures suivant le congé;
- d'effectuer un suivi auprès de l'usager au cours des 48 heures suivant le retour à domicile;
- de désigner dans la communauté une personne qui aura la responsabilité de soutenir l'usager dans ses besoins non cliniques.

Une fois l'épisode de services terminé, tous les usagers ayant subi un AVC, un TCC ou ayant eu une PTH ou une PTG devraient bénéficier d'un appel téléphonique de suivi [INESSS, 2016; Avoidable Hospitalization Advisory Panel, 2011]. Différents intervenants (infirmière responsable de l'usager, médecin, coordonnateur) peuvent effectuer cet appel. Il importe toutefois qu'ils aient été formés pour réaliser cette activité.

Les rapports produits par l'Ontario indiquent que pour les usagers ayant subi un AVC, l'appel téléphonique de suivi devrait avoir lieu dans les 48 heures suivant le retour à domicile. Pour les autres clientèles, cet appel devrait se dérouler au cours des sept jours suivant la sortie du centre hospitalier ou de l'unité interne de réadaptation [HQO et MOHLTC, 2013; Avoidable Hospitalization Advisory Panel, 2011].

Lors de l'appel de suivi, l'intervenant devrait minimalement s'assurer que l'usager :

- se souvient du pourquoi, quand et comment reconnaître les symptômes d'aggravation liés à sa condition;
- sait quand solliciter de l'aide;
- se rend au rendez-vous fixé avec son médecin;
- comprend comment et quand prendre ses médicaments.

L'intervenant devrait aussi réviser avec l'usager les différents éléments de son plan d'autogestion, s'assurer de la mise en œuvre du plan de congé et planifier, si cela est pertinent, une visite en établissement de trois à cinq jours après le retour à domicile [Avoidable Hospitalization Advisory Panel, 2011].

Le cheminement des usagers à travers le continuum n'étant ni séquentiel ni unidirectionnel, et leurs besoins pouvant changer dans le temps, différents auteurs rappellent l'importance de mettre en place un suivi à plus long terme. Cela permet d'apprécier les nouveaux besoins de l'utilisateur, d'évaluer son état de santé physique et psychologique, de constater les changements dans sa situation sociale et de convenir des interventions à faire, le cas échéant. Un certain consensus se dégage des différentes lignes directrices sur la fréquence de ces suivis à plus long terme. Il s'agit de : 6 mois après la fin de l'épisode de services, un an après la fin de l'épisode de services et annuellement par la suite [CRD, 2013].

En somme

En matière de gestion des transitions, il existe différents moments clés au cours desquels des actions doivent être réalisées pour permettre à l'utilisateur et à sa famille un passage harmonieux entre les prestataires de services, soit : lors de l'épisode de services, au moment du congé, une fois l'épisode de services terminé.

Par ailleurs, une des pratiques liées à la gestion des transitions est conseillée dans plusieurs lignes directrices, guides de pratique clinique ou revues systématiques et qualifiée comme incontournable :

- la planification et la coordination des transitions.

9. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES LIÉES À LA DISPENSATION DES SERVICES EXTERNES DE RÉADAPTATION

Ce dernier chapitre détaille les informations relatives à la question sur les pratiques organisationnelles à considérer dans la dispensation des services externes destinés aux adultes ayant des incapacités motrices permanentes ou temporaires.

Les services externes peuvent être dispensés dans différents lieux : en centre hospitalier, en établissement de réadaptation, dans la communauté ou au domicile de l'utilisateur. Ils peuvent aussi être en continuité des services offerts dans les unités de soins aigus ou ceux des unités internes de réadaptation. Selon la Stratégie canadienne pour les services de réadaptation destinés aux personnes ayant subi un AVC, le type de services externes devrait être choisi en adéquation avec les besoins de réadaptation, les objectifs thérapeutiques, les préférences de l'utilisateur ainsi que la disponibilité de la famille et des proches aidants [Hebert *et al.*, 2016].

L'importance de l'accès à des services externes de réadaptation est reconnue par diverses juridictions, notamment l'Irlande où ces services sont offerts par le *National Rehabilitation Hospital*. Parmi les recommandations de leur plan stratégique, on reconnaît le besoin de développer les services spécialisés de réadaptation en externe et les services de maintien dans la communauté, pour s'assurer que le milieu de soins aigus ou post-aigus ne devient pas un milieu de soins chroniques [NRH, 2009]. Dans son plan de transformation de ses services de santé, le gouvernement de l'Australie-Méridionale mise également sur une optimisation de ses services externes à domicile, notamment en ce qui a trait aux services de réadaptation, aux soins gériatriques ou palliatifs, et ce, dans une perspective de réduction des hospitalisations pour recevoir ces mêmes services [Department for Health and Ageing, 2015].

Selon une revue systématique effectuée par la Stratégie canadienne de l'AVC, les services externes favoriseraient l'amélioration de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne [Hebert *et al.*, 2016].

Mentionnons également que les services externes de réadaptation devraient être offerts un minimum de 45 minutes par jour par discipline, deux à cinq jours par semaine, selon les besoins et les objectifs de l'utilisateur [Hebert *et al.*, 2016]. De plus, il semble que les familles et proches aidants ne ressentent pas, dans la plupart des cas, de fardeau supplémentaire. La politique nationale des services de réadaptation de l'Irlande, 2011-2015, ajoute que les services offerts dans le milieu de l'utilisateur favorisent la participation de son réseau social [Department of Health, 2011].

Dans une revue systématique réalisée par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, à la lumière d'une précédente revue systématique (9 études) et de sept études additionnelles, les auteurs concluent que la chirurgie d'un jour peut être bénéfique et sécuritaire pour les personnes ayant besoin d'une PTH. En effet, peu d'événements indésirables sont répertoriés à la suite de la chirurgie d'un jour. De plus, réduire le nombre de jours d'hospitalisation permet des économies

budgétaires. Toutefois, les auteurs rapportent que cette façon de faire ne convient pas nécessairement à tous. Par ailleurs, les programmes misant sur une chirurgie d'un jour pour une PTH commandent la mise en place d'une approche multidisciplinaire et de mesures assurant la sélection juste des usagers, de même que des activités d'éducation pour l'utilisateur et sa famille, des exercices de mobilisation, des services de physiothérapie sur une base intensive et, finalement, une implication active des proches aidants à domicile [Foerster, 2017].

Pour toute référence vers les services externes de réadaptation, ainsi qu'il a été spécifié dans le chapitre traitant de la gestion des transitions, les arrimages et les transmissions d'information entre les différents prestataires de services, incluant le médecin de famille, sont essentiels [Hebert *et al.*, 2016; NICE, 2015; SIGN, 2009].

Selon la littérature répertoriée, il existe cinq types de services dans la gamme complète des services externes de réadaptation :

- la clinique externe;
- l'hôpital à domicile;
- le congé précoce avec soutien;
- l'hôpital de jour;
- la téléadaptation.

Pour assurer la continuité des services, certaines lignes directrices précisent des conditions d'accès aux services externes. Les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC et le guide de pratique pour AVC du NICE stipulent que les services externes de réadaptation, peu importe la modalité utilisée, devraient débuter moins de 48 heures après le congé des services de l'unité de soins aigus d'un centre hospitalier ou moins de 72 heures après le congé des services internes de réadaptation [Hebert *et al.*, 2016; CRD, 2013]. Pour certains types de services, notamment le congé précoce avec soutien, le guide de pratique de l'Angleterre évoque un délai maximal de 24 heures entre le congé de l'unité de soins aigus et le début des services en externe [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016].

9.1 Services en clinique externe de réadaptation

Selon les juridictions, les services en clinique externe de réadaptation sont soit dans un centre hospitalier, soit dans la communauté. Les usagers y accèdent directement après les soins aigus ou après un épisode de services internes en réadaptation [GTA Rehab Network, 2014b]. Ces services sont interdisciplinaires et coordonnés [SIGN, 2010].

Ils sont offerts sur une base individuelle ou de groupe [GTA Rehab Network, 2014a; GTA Rehab Network, 2014b; NSF, 2013]. Les interventions visent à améliorer l'autonomie de l'utilisateur en ce qui concerne les soins personnels, les transferts, les déplacements et les activités de la vie quotidienne.

Certaines conditions faciliteraient l'accès aux services externes de réadaptation : la motivation de l'utilisateur à retourner à domicile, la disponibilité de soutien dans son

environnement, la possibilité de bénéficier d'aide financière et l'accès à un moyen de transport [GTA Rehab Network, 2014a; GTA Rehab Network, 2014b].

À l'instar de l'organisation des services spécialisés de réadaptation en interne, la dispensation des services spécialisés de réadaptation en externe par une équipe donnée assure une concentration d'utilisateurs au même endroit et donne aux cliniciens la possibilité de développer une expertise de pointe tout en favorisant une prestation de services basée sur des données probantes. Pour offrir des services externes spécialisés, les équipes doivent mettre en place un programme d'activités efficace basé sur des données probantes. Selon la littérature, cette organisation est possible dans les réseaux métropolitains de la santé et des services sociaux ou dans les grandes villes des régions suburbaines et rurales. Dans les régions éloignées et les plus petites municipalités, des services de consultation avec une organisation en étoile (*hub-and-spoke*), où les équipes de petits centres sont rattachées à des centres régionaux, pourraient être utilisés. Cela permettrait de maximiser la portée régionale des services spécialisés de réadaptation en externe tout en assurant une coordination et une gestion des cas centralisée. Ce type d'organisation de services serait approprié notamment pour les personnes ayant subi une blessure médullaire ou un TCC [AFRM RACP, 2014].

En plus d'être dispensés dans un établissement de la communauté, les services externes peuvent être offerts à domicile. Quelques études laissent entendre que les services externes de réadaptation dispensés à domicile améliorent davantage l'autonomie des utilisateurs dans leurs activités de la vie quotidienne que ceux offerts en établissement. Toutefois, dans le cas des victimes d'un AVC, les données probantes n'indiquent pas de différence cliniquement significative en matière d'autonomie fonctionnelle entre les deux groupes d'utilisateurs (services externes de réadaptation en établissement par rapport aux services externes de réadaptation à domicile). Néanmoins, les services offerts en établissement seraient possiblement plus économiques [Teasell *et al.*, 2018b; Ghazipura, 2015].

Conséquemment, le guide de pratique en AVC (SIGN 118) recommande de considérer les deux options et de prendre la meilleure décision au regard des conditions personnelles de l'utilisateur [SIGN, 2010]. De son côté, le guide de pratique de l'Australie recommande de privilégier la réadaptation à domicile comme modèle de réadaptation en externe. Par contre, si cela n'est pas possible, les personnes ayant subi un AVC devraient recevoir leurs services externes en établissement [Stroke Foundation, 2017a].

Peu importe que les services externes de réadaptation soient dispensés à domicile ou en établissement, il semble que les personnes ayant subi un AVC qui reçoivent ces services dans les 30 jours suivant leur congé de l'unité de soins aigus risquent moins d'être réhospitalisées que celles qui n'ont reçu aucun service en externe [Freburger *et al.*, 2018].

En matière de services externes, et spécifiquement au regard des services en clinique externe de réadaptation, une expérience étrangère a retenu notre attention. En voici un résumé.

Exemple de l'Ontario

À la suite d'une consultation et d'une revue de la littérature, le GTA Rehab Network a proposé un modèle standardisé de services en clinique externe de réadaptation pour les usagers ayant subi une fracture de la hanche. La durée moyenne du programme est établie à 8 semaines, mais elle peut s'échelonner de 6 à 12 semaines selon les besoins cliniques de l'utilisateur. La fréquence moyenne des interventions est de 2 fois par semaine, et la durée de chaque séance peut varier entre 45 et 90 minutes, selon le niveau de tolérance de l'utilisateur et le nombre d'intervenants impliqués auprès de lui.

9.2 Services en hôpital à domicile

« L'hôpital à domicile (HAD) permet d'offrir au domicile de l'utilisateur, ainsi que dans un établissement avec hébergement, des soins médicaux et paramédicaux continus (24/24, 7/7) et coordonnés pour une période limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur. Les soins sont nécessairement complexes, techniques, longs, pluriquotidiens, délivrés par divers professionnels de santé de différentes spécialités » [HAS, 2016]. Considérée d'abord comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, avec l'objectif de raccourcir, retarder ou éviter totalement une hospitalisation, cette modalité a été reconnue par la suite comme une modalité spécifique de prise en charge hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et réadaptation [Cour des comptes, 2015].

Le nombre de jours de soins HAD a augmenté de façon importante entre 2005 et 2014 en France, mais ce service demeure mal connu et il est difficile de définir précisément son positionnement dans l'offre complète de soins. L'HAD est principalement utilisé pour les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins infirmiers lourds [HAS, 2016]. Le principal enjeu est l'intégration des services en HAD dans le parcours de soins. La Cour des comptes de France a publié un rapport sur l'évolution de l'HAD et conclut que certaines difficultés peuvent être liées à l'absence de référentiels [Cour des comptes, 2015]. Des outils visant à clarifier les critères de transfert des usagers vers l'HAD ont été élaborés afin de favoriser une meilleure connaissance de cette offre de soins [HAS, 2016].

Pour être admissibles aux services en HAD, les usagers « nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial ». Trois catégories de soins sont établies : ponctuels, continus ou de réadaptation à domicile. Cette dernière catégorie est destinée à des usagers ayant besoin de réadaptation pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiaque ou d'une polyopathie [HAS, 2016].

Une revue systématique effectuée par le groupe de Cochrane a examiné cette approche auprès de diverses clientèles [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017]. Les auteurs rapportent peu ou pas de différences sur le nombre de réadmissions, le taux de mortalité et le taux d'hébergement en soins de longue durée entre les usagers ayant

reçu des services en HAD et ceux étant demeurés à l'hôpital. Pour les personnes présentant des problématiques médicales complexes, il semble que cette approche pourrait même augmenter le risque de réadmission. Par ailleurs, les auteurs rapportent que l'HAD permet une réduction de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, particulièrement pour les personnes ayant subi un AVC ou une chirurgie élektive. Les données sont toutefois insuffisantes pour attester des avantages économiques de cette approche [Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017].

9.3 Congé précoce avec soutien

Le congé précoce avec soutien (CPS) est défini comme un congé de l'unité de soins aigus du centre hospitalier réalisé le plus rapidement possible afin de permettre aux usagers de recevoir leurs services de réadaptation à domicile pour une période limitée dans le temps [HQO, 2014; NSF, 2013]. Le CPS est décrit comme un modèle de réadaptation interne, mais à domicile. Sans cette modalité, l'usager serait dirigé vers une unité interne de réadaptation [HQO, 2014]. Il peut aussi être considéré comme le prolongement des services offerts à l'unité de soins aigus et non comme une alternative à ceux-ci [Teasell *et al.*, 2018b; Stroke Foundation, 2017a; HQO, 2014]. À certains égards, l'approche ressemble à l'HAD, mais avec un accent mis sur la réadaptation [Langhorne et Baylan, 2017].

Les auteurs d'une revue systématique concernant des usagers ayant subi un AVC rapportent que les services de CPS amélioreraient l'autonomie des usagers à plus long terme, réduiraient la durée de séjour dans les unités de soins aigus et le nombre d'admissions en hébergement institutionnel, lorsqu'ils sont offerts par des intervenants formés, en nombre suffisant et travaillant en équipe interdisciplinaire coordonnée [Langhorne et Baylan, 2017]. Précisons que les résultats ne sont pas concluants lorsque les mêmes services ne sont pas offerts de façon coordonnée. Les auteurs de la revue n'ont observé aucun effet négatif sur l'humeur ou l'état de santé subjectif des usagers ou des proches aidants, ni sur le taux de réadmission à l'hôpital. Pour les usagers ayant bénéficié d'un CPS, la durée du séjour initial à l'hôpital a été réduite d'environ cinq jours comparativement à ceux ayant reçu des services de réadaptation en interne. Aussi, les usagers ayant reçu des services de CPS étaient plus susceptibles de demeurer à la maison six mois après leur AVC. Ils démontraient également davantage d'autonomie dans leurs activités quotidiennes.

Toutefois, les conclusions relatives aux économies potentielles associées au CPS ne reçoivent pas l'assentiment de tous. En effet, selon le groupe Cochrane, si on les compare aux soins habituels, les services liés au CPS entraînent soit une réduction des coûts, soit une légère augmentation [Langhorne et Baylan, 2017]. Par contre, les auteurs d'une autre revue systématique rapportent que, selon les données probantes, le coût des services de CPS serait légèrement inférieur à celui des services habituellement offerts en unité interne de réadaptation [Teasell *et al.*, 2018b].

Mentionnons également que les services associés au CPS devraient être disponibles cinq jours par semaine, à une fréquence similaire à celle des services offerts à l'interne.

Le CPS est largement documenté en ce qui concerne les usagers ayant subi un AVC. D'ailleurs, les guides de pratique de plusieurs juridictions recommandent son implantation pour ces usagers [Hebert *et al.*, 2016; NSF, 2013; SIGN, 2010; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010]. Cette modalité est aussi préconisée pour d'autres clientèles, notamment les usagers ayant reçu une PTH ou une PTG [ANZHFR, 2014]. Bien qu'un modèle spécifique pour la mise en application du CPS ne soit pas encore implanté, les données probantes démontrent clairement la valeur ajoutée de sa mise en œuvre auprès de nombreux usagers.

Dans les études, on retrouve trois modèles de congé précoce avec soutien :

- des services communautaires non coordonnés offerts par une équipe de bénévoles des services de santé;
- une équipe interdisciplinaire qui coordonne les services au moment du congé de l'unité de soins aigus du centre hospitalier et qui procède au transfert de l'usager à son domicile. Les services de réadaptation sont, par la suite, offerts par des équipes issues d'établissements de proximité;
- une équipe interdisciplinaire qui coordonne les services au moment du congé de l'unité de soins aigus du centre hospitalier et qui fournit les services de réadaptation à domicile.

Selon les auteurs des revues systématiques, c'est le modèle de l'équipe interdisciplinaire coordonnant le congé et offrant les services de réadaptation à domicile qui semble être le plus prometteur [Teasell *et al.*, 2018b; Langhorne et Baylan, 2017]. Teasell spécifie également qu'un plus grand degré de coordination du travail des membres de l'équipe (rencontres régulières des membres de l'équipe interdisciplinaire) est associé à des meilleurs résultats cliniques chez l'usager [Teasell *et al.*, 2018b].

La littérature rapporte quelques conditions associées à la réussite du CPS : la sélection des usagers, un environnement propice à la réadaptation, une planification précoce et coordonnée et la disponibilité d'une équipe interdisciplinaire spécialisée.

9.3.1 Sélection des usagers

Parmi les usagers ayant reçu une PTH ou une PTG, ceux qui sont alertes sur le plan cognitif, médicalement stables et ayant atteint la mobilité souhaitée représentent ceux pour qui les services du CPS seraient bénéfiques. Ils devraient être identifiés lors de l'évaluation interdisciplinaire [ANZHFR, 2014; NICE, 2014; SIGN, 2009].

Pour les usagers ayant subi un AVC, la dernière mise à jour des données probantes relatives aux meilleures pratiques présente des critères d'orientation vers les services du CPS qui s'appuient davantage sur un portrait clinique que sur des seuils obtenus à des échelles d'évaluation des capacités fonctionnelles des usagers [Teasell *et al.*, 2018a]. Ainsi, le CPS est particulièrement recommandé pour ceux dont les séquelles liées à l'AVC sont d'un niveau de sévérité léger à modéré, qui ont un état de santé stable et qui peuvent avoir du soutien (famille, proches aidants, soutien à domicile). Les usagers doivent être aptes à participer à des séances de réadaptation à une fréquence similaire que celles offertes en interne, et ce, dès leur congé de l'unité de

soins aigus [Stroke Foundation, 2017a; Hebert *et al.*, 2016; Fisher *et al.*, 2011]. Il apparaît également important que l'utilisateur puisse avoir accès à des ressources et des services de soutien pour garantir un environnement sécuritaire ainsi qu'à des services externes de réadaptation. Il importe de préciser que le CPS donne peu de résultats avec les usagers dont les séquelles liées à l'AVC sont d'un niveau de sévérité modéré à sévère. Dans ces situations, les services de l'unité interne de réadaptation semblent la modalité à privilégier [Teasell *et al.*, 2018b]. Selon le NICE, le CPS devrait être offert à l'utilisateur capable d'effectuer un transfert sécuritaire du lit à la chaise de façon autonome ou avec aide [NICE, 2015]. On spécifie également que le personnel de l'unité de soins aigus du centre hospitalier devrait procéder à l'évaluation des usagers et déterminer ceux qui seront aptes à poursuivre leurs services de réadaptation selon la modalité du congé précoce avec soutien [Fisher *et al.*, 2011].

9.3.2 Environnement propice à la réadaptation

Un des éléments favorables au CPS est l'existence d'un domicile offrant un environnement propice à la réadaptation et permettant, pour l'utilisateur, la reprise de ses activités quotidiennes [Hebert *et al.*, 2016; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010].

9.3.3 Planification du congé et présence d'un coordonnateur

Le congé précoce avec soutien doit s'inscrire dans une planification précoce [NICE, 2015], afin qu'il puisse se réaliser de façon accélérée et être accompagné de services de soutien post-congé. Il est donc intimement lié à la gestion des transitions [HQO, 2014].

Selon la littérature, la planification du congé et la présence d'un coordonnateur assigné à l'utilisateur [Teasell *et al.*, 2018b] sont deux autres éléments qui contribuent aux résultats favorables observés dans le cas du CPS [Hebert *et al.*, 2016; Fisher *et al.*, 2011]. Le congé est planifié et coordonné à partir du centre hospitalier jusqu'au domicile, afin d'assurer des services de réadaptation en continu [HQO, 2014; NSF, 2013].

9.3.4 Équipe interdisciplinaire spécialisée

Le CPS exige la présence d'une équipe interdisciplinaire spécialisée [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016]. Certains auteurs prétendent que l'équipe devrait être basée en centre hospitalier [Teasell *et al.*, 2018b; Fisher *et al.*, 2011], alors que d'autres estiment qu'elle devrait se trouver dans des cliniques externes, comme dans le modèle de *Reach Early Discharge Scheme* du Royaume-Uni. Le rattachement administratif de l'équipe interdisciplinaire ne fait donc pas l'unanimité. Certains affirment également que le CPS est plus efficace lorsqu'il est offert par des équipes spécialisées et dédiées à ce type d'intervention [Teasell *et al.*, 2018b; SIGN, 2010], tandis que d'autres recommandent que les services soient offerts par la même équipe que celle des services internes de réadaptation [Hebert *et al.*, 2016].

Les ressources humaines affectées aux services entourant le CPS doivent être suffisantes et bien coordonnées [Winstein *et al.*, 2016; NSF, 2013; Fearon et Langhorne, 2012]. Une étude danoise précise que pour 100 usagers ayant subi un AVC inscrits annuellement, un ratio de trois thérapeutes à temps complet devrait être alloué pour les services du CPS [Langhorne *et al.*, 2014; Fisher *et al.*, 2011]. Une autre étude faite au Danemark par le même auteur précise que les interventions sont majoritairement réalisées par des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des infirmières. Les usagers ont aussi la possibilité de rencontrer des psychologues, des orthophonistes, des médecins et des travailleurs sociaux [Fisher *et al.*, 2011]. On précise également dans cette étude que le CPS s'échelonne, pour la majorité des usagers, sur un à trois mois [Langhorne *et al.*, 2014].

La tenue de rencontres d'équipe régulières [Fisher *et al.*, 2011], idéalement une fois par semaine [Teasell *et al.*, 2018b], est aussi une condition favorable.

En matière de services externes de réadaptation, et spécifiquement au regard du CPS, une expérience du Royaume-Uni a retenu notre attention. En voici un résumé.

Exemple du Royaume-Uni

Le programme de congé précoce avec soutien s'amorce dès qu'un usager est identifié pour ce programme. L'équipe Stroke REDS « Reach Early Discharge Scheme » coordonne et organise les activités suivantes pour assurer une transition sécuritaire de l'unité de courte durée vers le domicile de l'usager [CNWL NHS Camden Provider Services, 2012].

Stroke REDS fournit une évaluation par le biais d'une équipe composée d'intervenants formés pour offrir des services axés sur la récupération maximale des capacités, afin de rendre l'usager le plus autonome possible.

Stroke REDS complète une visite à domicile avant le congé, si nécessaire, pour s'assurer que l'environnement familial est adapté pour la réadaptation et que les équipements nécessaires sont en place, et ce, afin que le congé soit sécuritaire.

Stroke REDS assure la liaison avec l'équipe multidisciplinaire de l'unité de soins dédiée aux personnes ayant subi un AVC pour déterminer une date de congé.

Stroke REDS s'assure que la liaison avec l'unité de soins dédiée aux personnes ayant subi un AVC facilite la planification du congé. Il met l'accent sur l'organisation des communications avec l'usager et la famille, en validant la capacité de l'usager à administrer sa médication et en recueillant les informations nécessaires pour un congé sécuritaire.

Le jour du congé, Stroke REDS s'assure que les examens sont complétés et que les médicaments ainsi que les références pour les services externes sont disponibles. Lorsque l'usager retourne à la maison, le programme d'interventions se décline comme suit :

- Semaine 1 : retour à domicile, évaluations et interventions, détermination des mesures de résultat et soutien pour favoriser la reprise des activités quotidiennes;
- Semaine 2 : élaboration des objectifs, évaluations et interventions, soutien pour favoriser la reprise des activités quotidiennes;
- Semaine 3 : interventions, diminution du soutien pour favoriser la reprise des activités quotidiennes;

- Semaine 4 : interventions, diminution du soutien pour favoriser la reprise des activités quotidiennes, évaluation;
- Semaine 5 : interventions, diminution ou fin du soutien pour favoriser la reprise des activités quotidiennes, liaison avec l'équipe de la clinique externe;
- Semaine 6 : interventions, fin des services admissibles, évaluation des objectifs et des résultats, planification de la fin des interventions ou du transfert à l'équipe de la clinique externe.

Il est possible de prolonger le suivi à huit semaines pour les thérapies seulement, si cela est pertinent. Tout au long des six à huit semaines d'interventions, des réunions d'équipes interdisciplinaires et des rencontres avec les proches aidants ont lieu hebdomadairement.

L'équipe utilise une approche centrée sur la personne. Elle est concentrée sur les objectifs de réadaptation intensive jusqu'à six semaines, afin de reproduire ce qui est offert dans une unité dédiée aux personnes ayant subi un AVC. Au cours de la dernière partie de ce processus intensif, toute autre demande d'interventions impliquant un suivi continu est transmise à l'équipe de la clinique externe pour la réadaptation à plus long terme. Ce transfert est facile puisque Stroke REDS fait partie de l'équipe des services externe de réadaptation.

9.4 Services en hôpital de jour

Les services externes de type hôpital de jour existent depuis très longtemps et sont encore présents dans quelques juridictions, notamment en Alberta et en Ontario où ils sont principalement destinés aux usagers de plus de 65 ans. En hôpital de jour, les soins et services sont de courte durée et offerts sur une base ambulatoire aux personnes âgées. Les objectifs poursuivis sont l'évaluation et l'amélioration des capacités fonctionnelles des usagers afin qu'ils préservent leur autonomie. Différents professionnels peuvent être impliqués, notamment des ergothérapeutes, infirmières, gériatres, médecins, physiothérapeutes, psychiatres gériatriques, psychologues, récréologues et travailleurs sociaux.

En Australie, les services externes de type hôpital de jour prennent la forme d'un programme multidisciplinaire intensif de consultation pour les usagers nécessitant deux ou plusieurs interventions. Ils sont offerts sur une base individuelle ou de groupe. Les interventions commencent toujours par une évaluation multidisciplinaire. Ce programme, limité dans le temps, vise des objectifs de participation sociale à court et à long terme [NSF, 2013].

Une revue systématique réalisée en 1999 a exploré l'efficacité des services en hôpital de jour. Les auteurs concluaient que ces services semblaient efficaces pour les personnes âgées ayant besoin de réadaptation. Toutefois, cette modalité ne semblait présenter aucun avantage clair par rapport à d'autres modalités de services [Forster *et al.*, 1999].

9.5 Téléréadaptation

La télésanté, telle que définie dans les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC, est « l'utilisation de la technologie de l'information et de la communication pour fournir des services de santé et transmettre des compétences et des renseignements à distance », alors que la téléAVC est « l'utilisation de la technologie des télécommunications pour relier les établissements d'orientation et de consultation de soins de santé pour l'évaluation et la prise en charge en temps réel de victimes d'un AVC » [Blacchiere et Silver, 2017]. La téléréadaptation, quant à elle, se définit comme l'« utilisation des technologies de l'information et des communications pour la prestation de services de réadaptation entre des personnes séparées géographiquement » [AERDPQ, 2005b].

Selon une revue de Cochrane, la prestation de services de téléréadaptation peut se réaliser en utilisant différentes modalités technologiques : le téléphone, la visioconférence, le recours à la réalité virtuelle ou l'utilisation de capteurs installés au domicile de l'utilisateur et transmettant aux intervenants, en temps réel, des informations sur la reprise de ses habitudes de vie [Laver *et al.*, 2013]. De plus, la téléréadaptation peut servir à diverses fins : évaluation diagnostique, formulation d'objectifs, intervention thérapeutique, enseignement ou surveillance [Laver *et al.*, 2013; Stott *et al.*, 2011].

Selon les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC, les modalités de prestation de téléAVC doivent garantir l'accès aux services dans toutes les régions du Canada et être intégrées dans la planification et la prestation des soins et services de tout le continuum. Conséquemment, les services de téléAVC devraient, dans une perspective de récupération optimale des usagers, faire partie d'un plan intégré touchant la prévention, les soins aigus, la réadaptation interne et externe ainsi que les soins à domicile. De plus, les diverses technologies nécessaires à la pratique de la téléAVC ou de la téléréadaptation devraient être accessibles et disponibles, et le personnel devrait être formé à leur utilisation dans un objectif de prestation de services de qualité, sécuritaire et satisfaisante [Blacchiere et Silver, 2017].

Précisons également que la téléréadaptation est recommandée par plusieurs guides de pratique et pour diverses clientèles ou problématiques, notamment pour les usagers ayant eu un AVC [Blacchiere et Silver, 2017] ou un TCC [SIGN, 2013] ou pour ceux ayant eu une PTH [SIGN, 2009].

9.5.1 La valeur ajoutée de la téléréadaptation et ses limites

Les résultats d'une revue systématique du groupe Cochrane basée sur dix études concernant les usagers ayant subi un AVC illustrent l'insuffisance de preuves pour démontrer que la téléréadaptation est aussi efficace que les thérapies en face à face [Laver *et al.*, 2013]. Néanmoins, l'étude de Chen (2016), sur laquelle s'appuient les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de l'AVC, ne révèle pas de différence entre l'effet de la téléréadaptation et celui des services usuels sur l'amélioration des habiletés fonctionnelles de l'utilisateur [Blacchiere et Silver, 2017].

Le recours à la téléadaptation pour les personnes présentant des troubles neurologiques, des maladies cardiaques, des troubles musculo-squelettiques, des lésions de la moelle épinière, des troubles du langage et des troubles orthopédiques, incluant les PTH et PTG, a été étudié, et les résultats cliniques observés chez les usagers sont comparables à ceux obtenus lorsque des services de réadaptation plus traditionnels sont utilisés [Nelson *et al.*, 2017]. Selon une étude réalisée auprès d'usagers ayant eu une PTG, l'ordinateur semble l'une des technologies de téléadaptation les plus accessibles (comparativement au téléphone intelligent ou à la tablette).

Les avantages potentiels de la téléadaptation sont clairs. Elle facilite l'accès aux services de réadaptation pour les usagers de régions éloignées, ou pour obtenir des services de pointe normalement disponibles dans les grands centres urbains [Blacchiere et Silver, 2017; Stroke Foundation, 2017a]. Elle permet ainsi de diminuer les déplacements pour les usagers ou pour les professionnels qui auraient à se rendre à domicile ou dans un autre établissement [Laver *et al.*, 2013]. Par ailleurs, la téléadaptation permet de devancer le congé des services internes et de commencer des services de réadaptation en externe, mais à distance [Laver *et al.*, 2013]. Elle offre aussi la possibilité d'augmenter la fréquence des services, et elle a le potentiel de réduire certains coûts associés aux services de réadaptation [Laver *et al.*, 2013]. Enfin, elle contribue à répondre aux besoins à plus long terme de certains usagers et, ainsi, à mieux les soutenir dans leur participation sociale [Laver *et al.*, 2013; Department of Health, 2011].

Toutefois, la téléadaptation présente certaines limites. D'abord, elle ne convient pas à toutes les interventions, notamment celles requérant des techniques manuelles, celles demandant l'adaptation des techniques ou la présence d'un proche pour assister le professionnel à distance. De plus, elle oblige l'intervenant et l'utilisateur à posséder les connaissances nécessaires pour utiliser les technologies de l'information et pour résoudre les problèmes techniques qui pourraient se présenter [Blacchiere et Silver, 2017; Laver *et al.*, 2013]. Enfin, dans le cadre de l'utilisation de la téléadaptation, le transfert des données et la confidentialité demeurent deux éléments pour lesquels des balises doivent être établies [Laver *et al.*, 2013].

En matière de services externes de réadaptation, et spécifiquement au regard de l'utilisation de la téléadaptation, deux expériences ont retenu notre attention. En voici un résumé.

Exemple aux États-Unis

La Clinique Mayo¹⁸ aux États-Unis offre des séances de réadaptation cognitive à distance aux usagers qui ont subi une lésion cérébrale acquise (TCC). À l'aide d'une plate-forme de messagerie instantanée et sécurisée, basée sur Internet, un professionnel actualise la séance de réadaptation à partir de son bureau, et ce, avec un usager à domicile. Les résultats de ces thérapies démontrent que les usagers améliorent leurs capacités. Les usagers et les thérapeutes rapportent un taux élevé de satisfaction pour le programme. Ce modèle de services permet à des usagers pour qui les déplacements en clinique sont difficiles d'avoir accès aux services de réadaptation.

Trois étapes clés ont été définies pour mettre en œuvre ce type de thérapie à distance. La première consiste à recruter des professionnels et à leur offrir une formation rapide sur l'utilisation de la messagerie instantanée. Les professionnels utilisent la même approche thérapeutique que celle employée dans leur pratique clinique en présence. Aucune autre formation supplémentaire n'est requise.

La deuxième étape est de déployer un système de messagerie instantanée sécurisée et simple d'utilisation. Pour ce faire, la *Mayo Clinic* a travaillé avec une division de Google. Pour commencer sa thérapie avec les professionnels, l'usager active l'icône sur son ordinateur personnel, entre un nom et un mot de passe. Le système utilise des fonctions de sécurité éprouvées pour protéger les communications privilégiées.

La troisième étape consiste à former les usagers à utiliser la messagerie instantanée. Cette formation est généralement d'une durée maximale de 2 heures. L'objectif est d'assurer une transition en douceur d'une thérapie en présence vers une à distance.

Exemple en Australie

Dans une région de l'Australie, des ergothérapeutes ont recours à des moyens technologiques alternatifs pour effectuer, avant le congé de l'unité de soins aigus du centre hospitalier ou de l'unité interne de réadaptation, des évaluations domiciliaires. Il est reconnu que ces évaluations à domicile aident à réduire le risque de chute et à prévenir l'occurrence d'autres événements indésirables [Nix et Comans, 2017]. Conséquemment, les ergothérapeutes explorent diverses solutions pour offrir ce service en temps opportun et sans délai, lorsque l'usager est prêt à quitter l'unité de soins aigus ou l'unité interne de réadaptation.

Initialement, l'utilisation de moyens alternatifs est testée auprès d'usagers en attente d'une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou, puis élargie à toute personne nécessitant une évaluation à domicile.

Différentes modalités technologiques sont utilisées en complémentarité

¹⁸ Agency for Healthcare Research and Quality. At-home, internet-enabled therapy sessions enhance access to cognitive rehabilitation for traumatic brain injury patients, leading to high levels of patient and therapist satisfaction [site Web]. Disponible à : <https://innovations.ahrq.gov/profiles/home-internet-enabled-therapy-sessions-enhance-access-cognitive-rehabilitation-traumatic>.

ou remplacement des méthodes standard d'évaluation. Aussi, tandis que certaines évaluations peuvent être réalisées par des visites à domicile traditionnelles rehaussées par l'utilisation de la technologie (téléphone intelligent, ordinateur, tablette électronique, logiciel de photographie, de vidéo, etc.), d'autres sont faites exclusivement en utilisant des modalités technologiques.

Différentes étapes encadrent la détermination de la modalité d'évaluation à privilégier :

- une évaluation fonctionnelle de l'utilisateur pour déterminer la nécessité qu'une évaluation domiciliaire soit effectuée avant son congé de l'unité de soins aigus ou de l'unité interne de réadaptation;
- si une telle évaluation domiciliaire est requise, la deuxième étape consiste à déterminer si l'utilisateur peut, en toute sécurité, participer à une visite à domicile alors qu'il est encore hospitalisé;
- le cas échéant, une analyse sommaire de l'environnement domiciliaire est faite pour s'assurer que l'utilisateur et l'ergothérapeute peuvent s'y rendre en toute sécurité et ainsi compléter l'évaluation;
- si l'utilisateur ne peut, en toute sécurité, participer à une visite de son domicile, deux options lui sont offertes :
 - qu'un intervenant (ergothérapeute ou assistant-ergothérapeute) visite le domicile en son absence;
 - que soient utilisées différentes modalités technologiques (visite et évaluation virtuelles du domicile) avec un membre de la famille.

La mise en œuvre de ces stratégies a eu un impact favorable tant sur le nombre d'évaluations domiciliaires réalisées avant le congé que sur le nombre d'utilisateurs rencontrés plus tôt dans le processus.

9.6 Accès aux services externes : transport

Bien que le choix du type de services externes repose sur l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur, ses objectifs et la gamme de services externes disponible [Hebert *et al.*, 2016], le transport demeure la principale barrière pour y accéder [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010]. Les services de réadaptation externes exigent l'accès à des transports appropriés et un budget suffisant pour assurer ceux-ci [AFRM RACP, 2014]. Un sondage réalisé au Royaume-Uni auprès de 1000 utilisateurs ayant un diagnostic de sclérose en plaques rapporte que l'indisponibilité de moyens de transport limite l'accès aux services de physiothérapie en clinique externe [Campbell *et al.*, 2017].

Selon le RCA, les utilisateurs devraient disposer de meilleures options de transport pour se rendre à leurs rendez-vous en réadaptation et en revenir. L'amélioration du temps d'attente pour prendre le transport, et ce, autant pour l'aller que pour le retour, ainsi que la présence d'une assistance sur les lieux des services, sont des enjeux documentés [AFRM RACP et NZRA, 2015].

De plus, étant donné que les services externes peuvent aussi être offerts à domicile, l'accès à un transport pour les intervenants appelés à se rendre chez l'utilisateur devrait aussi être considéré. Que ce soit pour les usagers ou les intervenants, le transport doit être efficace, efficient et réalisé dans un délai raisonnable [AFRM RACP, 2014].

Enfin, le Royal Australasian College of Physicians indique que les services de réadaptation externes devraient être autosuffisants et équipés pour assurer le transport [AFRM RACP, 2014].

En somme

Le déploiement de services externes variés et adaptés aux besoins des usagers et de leur famille représente un des éléments fondamentaux de cette recension des écrits. Aussi, une offre variée de services externes devrait être rendue disponible, notamment :

- des services externes en établissement ou à domicile;
- des services de congé précoce avec soutien.

Par ailleurs, le recours à la téléadaptation devrait faire partie des options envisagées dans la dispensation des services externes.

10. DISCUSSION

Les chapitres précédents ont rapporté l'ensemble des données examinées sur des organisations existantes de services de réadaptation et sur des paramètres pouvant soutenir l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services destinés aux adultes ayant des incapacités motrices. Ces données sont issues de revues systématiques, de guides de pratique et de documents gouvernementaux provenant de diverses juridictions (Australie, Canada, États-Unis, France, Irlande, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni). Ce chapitre-ci expose les faits saillants de cette recension de la littérature.

10.1 Faits saillants relatifs aux modèles d'organisation de services de l'Australie, de l'Ontario, de l'Irlande, de l'Alberta et de la Nouvelle-Zélande

Des cinq modèles d'organisation de services examinés, quelques éléments communs ressortent pour assurer une fluidité des services et une réponse optimale aux besoins des personnes nécessitant de la réadaptation. Il s'agit notamment de l'adoption de définitions communes, de l'adhésion de tous les acteurs concernés à une vision intégrée des services du continuum de réadaptation et de la mise en œuvre d'une offre complète et variée de services externes.

De façon plus particulière, relevons qu'en Australie, deux répertoires de standards pour la prestation des services de réadaptation, un pour l'interne et un pour l'externe, ont été conçus. Ils se déclinent selon six thèmes : gouvernance, dotation, installations et équipements, politiques et procédures, amélioration de la qualité et gestion des risques, formation et recherche. Parallèlement à la détermination de ces standards, un cadre de référence national sur les services de réadaptation post-AVC a été défini, et un modèle non hiérarchisé d'organisation de services en AVC a été déployé, incluant une offre variée de services externes.

L'Ontario a, quant à lui, élaboré un plan d'action dans lequel des objectifs prioritaires sont déterminés, soit :

- adopter une terminologie commune;
- soutenir une approche standardisée d'évaluation des services;
- élaborer une approche de services de réadaptation adaptée pour les personnes âgées fragiles et les adultes ayant une condition médicale complexe;
- évaluer et planifier les services de réadaptation en externe;
- soutenir les établissements dans la mise en place du processus provincial de reclassification des lits de réadaptation.

Dans la poursuite de ces objectifs, différents outils et cadres de référence sont proposés, notamment celui décrivant la réorganisation des lits de réadaptation et les algorithmes conçus pour aider à l'orientation des usagers nécessitant des services de réadaptation à la suite d'une fracture de la hanche ou d'une chirurgie pour une PTH ou une PTG.

L'organisation de services de réadaptation de l'Irlande prend assise sur deux objectifs principaux. Le premier est de fournir un service à l'utilisateur le plus près possible de son domicile, individualisé, en temps opportun et intégré. Le deuxième objectif est de créer un système souple, réactif et responsable qui soutiendra l'atteinte du premier objectif. Tout en s'appuyant sur les principes définis par Turner-Stroke (1999, 2001), allant du service le plus simple au service le plus complexe, la nouvelle organisation de services de réadaptation s'articule selon quatre niveaux unis par des liens bidirectionnels. Les services de réadaptation primaires, les services de réadaptation dans la communauté, les services régionaux de réadaptation et les services nationaux de réadaptation sont ainsi offerts selon la complexité des problématiques-clientèles et le volume de ces mêmes clientèles.

L'Alberta s'est quant à elle dotée d'un cadre conceptuel de réadaptation qui favorise une compréhension commune de la réadaptation, fournit des définitions et sert de guide pour planifier, gérer et dispenser des services de réadaptation cohérents et adaptés aux besoins des usagers et de la collectivité. En adéquation avec ce cadre, cinq types de services de réadaptation sont déployés :

- en soins aigus;
- en unité interne de réadaptation;
- en externe;
- à domicile;
- en soins de longue durée.

Finalement, la Nouvelle-Zélande a mis au point une stratégie nationale en matière de réadaptation visant une plus grande coordination de l'élaboration des structures et des processus. Six objectifs sont retenus afin de promouvoir et influencer positivement la santé et le bien-être des Néo-Zélandais, pour que :

- la réadaptation fasse partie intégrante des stratégies de santé et de services sociaux;
- l'offre de service puisse répondre aux besoins de ses populations autochtones;
- l'intégration des services soit bonifiée;
- une planification nationale des services et des standards de réadaptation soit établie;
- la planification nationale des effectifs soit actualisée;
- une base de données nationale soit déployée.

10.2 Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles transversales

Quatre pratiques organisationnelles transversales ressortent de façon prépondérante, soit :

- l'adoption d'une terminologie commune et d'une vision des services de réadaptation partagée entre les prestataires de services;
- une intégration des services associée à une offre complète et une gamme variée de services;
- la présence d'une équipe interdisciplinaire ayant acquis une expertise ciblée;
- l'inclusion de l'utilisateur et sa famille.

10.2.1 Une terminologie commune : une assise importante

De nombreux auteurs ont reconnu et documenté l'effet indéniable des services de réadaptation sur l'autonomie des usagers. Néanmoins, il semble que la compréhension qu'ont les divers prestataires de ce que sont réellement les services de réadaptation ne soit pas toujours homogène. Pour pallier cette lacune, plusieurs juridictions ont adopté une vision globale du continuum de réadaptation et se sont dotées de définitions claires et accessibles pour tous, constituant ainsi l'assise nécessaire à la transformation de leur réseau. Alignés sur cette vision commune et sur ces définitions partagées, des modèles d'organisation de services en harmonie les uns avec les autres ont par la suite été élaborés.

Au Québec, plusieurs experts ont souligné l'importance d'adopter de telles définitions afin d'avoir une compréhension commune du continuum de services de réadaptation entre les usagers, les familles et les différents prestataires. En effet, le concept de réadaptation semble faire référence à des notions différentes selon les programmes-services concernés (santé physique, déficience physique, soutien à l'autonomie des personnes âgées). Un langage commun permettrait à chaque équipe de s'approprier ce qui est attendu en matière de services de réadaptation et pourrait soutenir les établissements, incluant ceux ayant des unités de soins aigus, dans le développement d'une culture de réadaptation et le déploiement d'une meilleure coordination des services et transitions au sein du continuum.

10.2.2 L'intégration des services associée à une offre complète et une gamme variée de services : une visée de cohérence

La littérature consultée souligne l'importance d'une vision intégrée des services, afin que les pratiques organisationnelles que les établissements choisissent d'adopter ou de modifier ne soient pas faites de façon isolée, mais bien dans une perspective de continuum de services. L'intégration des services suppose de mettre en relation l'ensemble des services (prévention et promotion, soins aigus, services de réadaptation internes et externes, soins à domicile ou de longue durée, services dans la communauté relatifs à l'éducation, au travail, aux loisirs, à l'habitation, au transport)

tout en sachant que des changements apportés à l'organisation ou à la dispensation des services d'une des phases du continuum auront nécessairement un impact sur l'organisation ou la dispensation des services des autres phases. Une volonté ferme et un fort leadership de la part des décideurs et des gestionnaires représentent les prémices de l'intégration des services [Intercollegiate Stroke Working Party, 2016].

Comme il a été mentionné dans les guides de pratique consultés, l'intégration des services suppose, par ailleurs, qu'une offre de service complète soit rendue disponible à l'utilisateur et à sa famille. En effet, il est essentiel que les services de chaque phase du continuum, notamment en externe, soient disponibles pour soutenir l'utilisateur et sa famille dans la reprise de leurs habitudes de vie vers une participation sociale optimale. De plus, les services de réadaptation doivent être dispensés par le biais d'une gamme variée d'interventions thérapeutiques. Ainsi, ils ne doivent pas soutenir uniquement la reprise des activités de la vie quotidienne, mais également celle de l'ensemble des habitudes de vie (soins personnels, déplacements, relations interpersonnelles, éducation, travail, loisirs, etc.).

Le Québec peut miser sur une organisation de services de réadaptation déjà bien implantée dans ses différentes régions. Par ailleurs, la dernière réforme du RSSS a établi certaines bases d'une intégration des services par la création des CISSS et des CIUSSS. Un des objectifs derrière cette réforme était de réduire les frontières entre les établissements et de rendre plus fluide le cheminement de l'utilisateur à travers les différents services du réseau¹⁹. Le Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme promeut aussi la notion d'intégration des soins et des services et fait de l'implantation et de l'évaluation des mécanismes et des processus du réseau de services intégrés un de ses principes directeurs [MSSS, 2017a].

La volonté du MSSS de revoir les différents paramètres d'organisation des services de réadaptation est manifeste. C'est d'ailleurs dans cette perspective que la DSDRP a mandaté l'INESSS pour la réalisation des présents travaux. Parallèlement, le ministère a produit de nombreux documents d'orientations cliniques concernant les soins et services destinés aux usagers ayant subi un AVC. Déjà en 2013, les orientations ministérielles précisaient qu'il fallait rendre accessibles, en temps opportun, les services de réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC [MSSS, 2013]. Par la suite, les paramètres organisationnels de réadaptation, de réintégration et de maintien dans la communauté pour les usagers ayant subi un AVC sont venus décrire les services de réadaptation requis à chacune des phases suivant l'AVC [MSSS, 2017b]. Finalement, le Plan de mise en œuvre 2016-2018 du continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC a contribué à soutenir les établissements québécois dans l'implantation des pratiques optimales liées à l'AVC [MSSS, 2017d]. Les établissements du Québec peuvent également tableer sur un continuum de services bien implanté et documenté pour les usagers ayant eu un TCC.

¹⁹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>.

Nonobstant ces documents d'orientation, il apparaît essentiel, comme il est mentionné dans la littérature recensée puis corroboré par les experts consultés, qu'une vision intégrée du continuum québécois de l'ensemble des services de réadaptation soit convenue entre les directions ministérielles concernées. Cela permettrait de prendre en compte chacune des étapes du continuum et de prévoir les changements souhaités dans un ensemble cohérent, afin d'éviter de sectoriser en fonction de l'une ou l'autre phase du continuum ou selon des problématiques-clientèles spécifiques. La prudence évoquée par les membres du comité de travail d'éviter une organisation de services en silo, soit par problématique-clientèle, soit par phase du continuum, prend ici toute son importance. Une organisation de services de réadaptation basée d'abord sur le niveau de complexité requis en termes de prestation de soins et services apparaît intéressante et leur semble davantage centrée et adaptée aux besoins de l'utilisateur et de sa famille, tout en permettant de mieux considérer la présence de comorbidité. Cela conduit inéluctablement, selon l'avis des experts, à questionner les modes d'allocations budgétaires actuellement consenties par programmes-services puisqu'elles pourraient rendre plus ardu le développement d'une vision commune et transversale des services de réadaptation.

Par ailleurs, on rapporte que les systèmes d'information-clientèle actuellement utilisés par les établissements québécois ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble du continuum de services. L'interopérabilité de ces différents systèmes favoriserait une meilleure intégration des services.

10.2.3 Une équipe interdisciplinaire ayant acquis une expertise ciblée : un gage de succès

La présence d'une équipe composée d'intervenants de différentes disciplines travaillant en interdisciplinarité permet de bien soutenir l'utilisateur, sa famille et les proches aidants dans leur processus de réadaptation [Hebert *et al.*, 2016; Graham, 2013; NICE, 2013; SIGN, 2009]. De plus, il apparaît essentiel de pouvoir compter sur du personnel ayant reçu une formation particulière ou ayant acquis une expertise adéquate eu égard à la clientèle auprès de laquelle il œuvre [Teasell *et al.*, 2018a; Hebert *et al.*, 2016; INESSS, 2016; NSF, 2013; SIGN, 2013; SIGN, 2009].

Dans les établissements québécois, les concepts de l'interdisciplinarité sont connus. Les programmes collégiaux et universitaires enseignent d'ailleurs ces principes. Toutefois, selon l'avis d'experts, dont les membres du comité de travail, bien qu'il y ait compréhension des concepts d'interdisciplinarité, l'adhésion à ceux-ci demeure variable de même que leur application. On rapporte que des formations devraient être offertes pour développer ou maintenir des savoirs, mais aussi des savoir-faire et savoir-agir. Par ailleurs, on souligne que l'interdisciplinarité demeure tributaire de la présence médicale et de la disponibilité d'intervenants de disciplines différentes au sein des équipes de réadaptation.

10.2.4 L'inclusion de l'utilisateur et de sa famille : un incontournable

L'inclusion de l'utilisateur et de sa famille au sein de l'équipe interdisciplinaire et leur participation dans la détermination et l'atteinte des objectifs de réadaptation sont

considérées, par plusieurs, comme des éléments essentiels. En effet, plusieurs auteurs évoquent l'importance de prendre en considération les besoins et les préférences des usagers et de leur famille de même que de tableer sur le développement et le renforcement de leurs compétences [Hebert *et al.*, 2016; HAS, 2015; NICE, 2015; Mlenzana *et al.*, 2013; NICE, 2013].

Au Québec, l'approche centrée sur l'utilisateur et les concepts liés à l'interdisciplinarité font partie intégrante des nombreux documents d'orientation. Le partenariat de soins et de services est quant à lui de plus en plus répandu dans les milieux universitaires, de recherche et cliniques. Bien que ces concepts soient véhiculés, leur implantation et leur utilisation restent variables dans les établissements québécois. Pour des membres du comité de travail, il faudrait continuer à en faire la promotion, déployer des formations pour soutenir les établissements et leurs intervenants et se doter d'indicateurs qui permettraient d'en apprécier l'actualisation.

10.3 Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles liées à la gestion des lits

Certaines pratiques organisationnelles liées à la gestion des lits émergent de la recension des écrits et méritent une attention particulière. Il s'agit de la précocité et de l'intensité des services internes et du type d'unité interne à privilégier.

10.3.1 La précocité et l'intensité des services internes : un nécessaire engagement

La recherche indique une forte corrélation entre l'accès précoce aux services de réadaptation et la récupération des capacités des usagers ainsi que l'amélioration de leur autonomie [Teasell *et al.*, 2018b; ICES, 2016; BC Guidelines, 2015; NSF, 2013]. Cet accès précoce représenterait même un des facteurs prédictifs de retour à domicile pour les usagers ayant subi un AVC ou une fracture de la hanche [ICIS, 2015; ICIS, 2009]. Les services devraient débuter dès que l'utilisateur est dans un état de stabilité médicale relative, c'est-à-dire que sa condition de santé ne l'empêche pas de participer au programme de réadaptation, même si les investigations médicales ne sont pas toutes terminées [Hebert *et al.*, 2016].

L'intensité des services en unité interne a un effet important sur la durée de séjour et sur les résultats cliniques observés chez l'utilisateur [NSF, 2013; SIGN, 2013]. Une pratique reconnue internationalement est d'offrir entre 12 et 15 heures par semaine de services internes de réadaptation [NRH, 2009]. Cependant, l'intensité devrait être ajustée selon la tolérance de l'utilisateur [Teasell *et al.*, 2018b; Hebert *et al.*, 2016].

Au Québec, quelques balises en matière de précocité et d'intensité des services interne de réadaptation sont diffusées, notamment dans certains documents d'orientations ministérielles en AVC. Toutefois, selon l'avis de membres du comité de travail, un grand défi demeure quant à la présence médicale et à la disponibilité d'intervenants de différentes disciplines afin de respecter ces balises et d'assurer la précocité et l'intensité requises. Ils soulignent aussi qu'à la lumière de certains standards établis dans d'autres juridictions, des balises relatives à la durée moyenne

de séjour ainsi que des normes liées au nombre de lits de réadaptation requis selon une population donnée pourraient être explorées.

10.3.2 Les différents types d'unités internes : un choix en adéquation avec les besoins de l'utilisateur

Selon la littérature consultée, plusieurs types d'unités internes existent et trois sont des unités dites dédiées, c'est-à-dire qu'elles offrent des soins et services exclusivement à une clientèle spécifique :

- unité dédiée de soins aigus (pour une clientèle particulière ayant une problématique d'origine neurologique ou d'origine musculosquelettique);
- unité dédiée de services de réadaptation (problématique neurologique ou musculosquelettique);
- unité combinée (soins aigus et services de réadaptation combinés pour une clientèle particulière ayant une problématique d'origine neurologique ou musculosquelettique).

Il existe également des unités orthogériatriques, qui pourraient être qualifiées d'unités dédiées aux personnes âgées ayant subi une chirurgie orthopédique à la suite d'une blessure ou en raison d'une condition médicale particulière.

Plusieurs auteurs ont rapporté que les usagers recevant des soins et services dans une unité dédiée ont plus de chances de survivre, d'être autonomes et de retourner à domicile. Cela est démontré tant pour les usagers ayant subi un AVC que pour les personnes âgées ayant eu une chirurgie orthopédique [Teasell *et al.*, 2018a; Tarazona-Santabalbina *et al.*, 2016; Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2013].

Les lignes directrices de l'Australie, du Canada et du Royaume-Uni insistent sur la mise en place d'unités dédiées aux usagers ayant subi un AVC ou un TCC [Stroke Foundation, 2017a; Casaubon *et al.*, 2016; SIGN, 2013; SIGN, 2010]. Bien que l'admission dans une unité dédiée aux usagers ayant subi un AVC soit l'option à privilégier, une admission dans une unité de réadaptation destinée à une clientèle mixte devrait être favorisée en cas d'indisponibilité [Stroke Foundation, 2017a; Hebert *et al.*, 2016; SIGN, 2010].

Par ailleurs, la création d'unités combinées (soins aigus et services de réadaptation dans une seule unité) pourrait être explorée, puisque leur efficacité semble comparable à celle des unités dédiées séquentielles (soins aigus et services de réadaptation dans deux unités distinctes) tout en requérant une plus courte durée de séjour [Chan *et al.*, 2014].

Au Québec, plusieurs exigences sont associées à la désignation de centre hospitalier secondaire ou tertiaire en AVC, notamment la création d'une unité de soins aigus dédiée aux usagers ayant subi un AVC ou un TCC. Pour les unités internes de réadaptation, l'organisation est toutefois variable dans les différentes régions du Québec, notamment en fonction de la masse critique d'utilisateurs et la disponibilité des ressources. Selon les experts consultés, lorsqu'il est difficile, voire impossible, de

créer des unités dédiées de réadaptation, le rapprochement de ces unités avec celles de soins aigus apparaît une avenue fort intéressante.

Aussi, à l'intention des personnes âgées hospitalisées dans les unités de soins aigus, le MSSS a mis de l'avant un projet visant à implanter l'« Approche adaptée aux personnes âgées (AAPA) » qui propose des actions pour améliorer sensiblement la qualité de leur séjour et des soins qui leur sont offerts en milieu hospitalier et pour éviter leur déclin fonctionnel au cours de l'hospitalisation [MSSS, 2011]. On y présente un algorithme des soins cliniques tenant compte de deux problématiques, soit le delirium et le syndrome d'immobilisation, que rencontrent certaines personnes âgées à l'hôpital. Selon l'avis de membres du comité de travail, l'application de cette approche est bénéfique, mais demeure un défi opérationnel de chaque instant, notamment dans un contexte où son succès repose sur la capacité à réaliser et à coordonner diverses actions de façon proactive et interdisciplinaire sur une base quotidienne.

Les experts consultés soulignent également l'énorme pression que ressentent actuellement les unités internes de réadaptation des CISSS et des CIUSSS pour admettre des usagers et ainsi libérer les lits des centres hospitaliers de courte durée et ceux des urgences. Bien que tous conviennent des efforts qui doivent être consentis pour assurer une circulation fluide des usagers à travers les différentes étapes de soins et services du RSSS, les experts soulèvent l'importance de maintenir une adéquation entre les ressources disponibles, leurs compétences et les besoins des usagers.

10.4 Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles liées à la gestion des transitions

En matière de gestion des transitions, il existe différents moments clés au cours desquels des actions doivent être réalisées pour permettre à l'utilisateur et sa famille un passage harmonieux entre les prestataires de services. Bien que la terminologie diffère d'un auteur à l'autre, trois moments clés sont définis, soit lors de l'épisode de services, au moment du congé et une fois l'épisode de services terminé.

Plusieurs lignes directrices, guides de pratique clinique et revues systématiques de la littérature se sont penchés sur les pratiques organisationnelles entourant la gestion des transitions. Une de ces pratiques apparaît incontournable. Il s'agit de la planification et de la coordination des transitions.

10.4.1 La planification et la coordination de la transition : un exercice indispensable

Les effets favorables de la planification des transitions sont nombreux. Elle facilite le retour de l'utilisateur à domicile, maximise son autonomie, réduit son isolement et répond mieux à ses besoins. Elle permet de réduire la durée de séjour et le nombre de réadmissions non planifiées à l'hôpital de même que d'améliorer la coordination des services après la sortie des services internes, et ce, auprès d'une clientèle avec

diverses conditions médicales [Stroke Foundation, 2017a; Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016; Winstein *et al.*, 2016; McMartin, 2013].

Pour que la planification du congé donne les effets escomptés, elle devrait débiter précocement, soit dès l'admission ou l'inscription de l'usager, et se baser sur l'évaluation de ses besoins, de ceux de sa famille et des proches aidants ainsi que sur la détermination des problèmes potentiels susceptibles de retarder le congé. La communication et la transmission d'information entre les parties prenantes sont des stratégies gagnantes dans la gestion des transitions. La transmission d'information est particulièrement importante lorsque les services internes et externes ne sont pas dispensés dans le même établissement [Unnewehr *et al.*, 2015]. Le médecin de famille de l'usager et les autres prestataires de services de réadaptation doivent, au moment du congé, recevoir les informations pertinentes relatives au séjour de l'usager à l'interne, aux services reçus et aux interventions à venir [Cameron *et al.*, 2016; SIGN, 2009]. Aussi, une communication régulière et la transmission d'information à l'usager, sa famille et aux proches aidants devraient débiter dès l'admission, lorsque l'usager est hospitalisé dans une unité de soins aigus ou une unité de réadaptation interne [NICE, 2015], et se poursuivre tout au long du processus de réadaptation, à des moments opportuns et assurément avant le congé ou au moment de la transition.

Par ailleurs, l'élaboration de protocoles clairs entre les différents prestataires de services est essentielle pour soutenir la transition des usagers [Cameron *et al.*, 2016; INESSS, 2016; NSF, 2013]. De plus, un plan de congé, distinct du PI, devrait être rédigé dans un langage clair et remis à l'usager et sa famille ainsi qu'au médecin de famille et autres prestataires de services [Stroke Foundation, 2017a; INESSS, 2016; NICE, 2015; HQO, 2013; SIGN, 2013; Stroke Foundation of New Zealand et NZGG, 2010; Waddell *et al.*, 2010].

Un intervenant devrait être désigné pour coordonner les transitions auxquelles l'usager sera confronté et participer à toutes les décisions. Le coordonnateur offre du soutien à l'usager, à sa famille et aux proches aidants et s'assure que les références aux services requis par l'usager sont réalisées [Stroke Foundation, 2017a; Cameron *et al.*, 2016; Hebert *et al.*, 2016; INESSS, 2016; Winstein *et al.*, 2016; NICE, 2015].

Au Québec, bien que la terminologie utilisée puisse varier selon les équipes ou les phases du continuum de services, on peut compter sur la présence d'un intervenant qui assume une fonction-lien entre l'usager, sa famille et les autres intervenants. On lui confie souvent la coordination des activités cliniques mises en place pour l'usager, sa famille et les proches aidants ainsi que la communication intra et inter équipes ou établissements. Selon les experts consultés, la présence d'un coordonnateur pour l'ensemble des services de réadaptation serait prometteuse, notamment pour les cas plus complexes qui demandent des interventions intensives et des services à différentes phases du continuum. Dans certaines situations, lorsqu'il y a des risques inhérents à la personne, au réseau social ou au réseau de services et que des ruptures d'équilibre sont fréquentes, des gestionnaires de cas sont désignés pour soutenir les usagers à travers tous les soins et services qu'ils requièrent.

Selon l'avis des experts, la communication et la transmission d'information entre les prestataires de services québécois seraient grandement améliorées si ces derniers pouvaient tabler sur des modalités électroniques confidentielles et sécuritaires et sur des outils téléaccessibles.

L'élaboration et l'utilisation de protocoles interétablissements font partie des recommandations de nombreux documents d'orientation québécois. Ces protocoles sont souvent enchâssés dans des ententes de collaboration formalisées entre les prestataires de services. Pour les membres du comité de travail, le danger serait d'avoir un protocole différent pour chacune des problématiques-clientèles. Ils expriment donc le souhait qu'à travers les ententes de collaboration interétablissements, une meilleure intégration de ces outils de communication et de transmission d'information soit proposée.

10.5 Faits saillants relatifs aux pratiques organisationnelles liées à la dispensation des services externes

10.5.1 Le déploiement des services externes : une pratique à renforcer

Le déploiement de services externes variés et adaptés aux besoins des usagers et de leur famille représente un des éléments fondamentaux de cette recension des écrits. En effet, l'accès à des services externes de réadaptation est reconnu par diverses juridictions pour s'assurer que les milieux de soins aigus ou post-aigus ne deviennent pas des milieux de soins chroniques et, conséquemment, pour aider à réduire les durées de séjour. Les modèles d'organisation de services de réadaptation détaillés au chapitre 4 témoignent, pour la plupart, de la grande place accordée aux services externes.

L'impact des services externes a été démontré. Il semble, en effet, qu'ils favoriseraient l'amélioration de l'autonomie de l'utilisateur dans les activités de sa vie quotidienne [Freburger *et al.*, 2018; Hebert *et al.*, 2016]. Certains auteurs mentionnent également que le choix du type de services externes (services dans une clinique externe – en établissement ou à domicile -, l'hôpital à la maison, le CPS, l'hôpital de jour) repose sur l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur, ses objectifs et la gamme de services externes disponibles [Hebert *et al.*, 2016]. Le recours à la téléadaptation pour les personnes présentant des troubles neurologiques, des maladies cardiaques, des troubles musculosquelettiques, des lésions de la moelle épinière, des troubles du langage et des troubles orthopédiques, incluant les PTH et PTG, a été étudié, et les résultats cliniques observés chez les usagers sont comparables à ceux obtenus lorsque des services de réadaptation plus traditionnels sont utilisés [Nelson *et al.*, 2017]. Les avantages potentiels de la téléadaptation sont clairs. Elle facilite l'accès aux services de réadaptation pour les usagers de régions éloignées ou pour obtenir des services de pointe normalement disponibles dans les grands centres urbains [Blacquiere et Silver, 2017; Stroke Foundation, 2017a]. Elle permet aussi de diminuer les déplacements [Laver *et al.*, 2013].

Les services externes peuvent se déployer sous diverses formes. Certains sont déjà largement implantés au Québec; d'autres, de l'avis des membres du comité de travail, seraient à réévaluer ou à bonifier.

La modalité de CPS commence à se mettre en place au Québec. Selon les membres du comité de travail, étant donné son efficacité reconnue, on pourrait davantage soutenir son actualisation pour l'ensemble des clientèles. Ils soulignent également que la modalité d'hôpital de jour, d'abord déployée pour répondre aux besoins d'une clientèle gériatrique, pourrait aussi être revue et adaptée pour permettre une dispensation de services de réadaptation en externe. Conséquemment, les services en hôpital de jour pourraient avoir une autre vocation, soit celle de soutenir les équipes des services de première ligne, de même qu'éviter les réadmissions en unité de soins aigus ou évaluer la pertinence d'une admission ou d'une réadmission en unité interne de réadaptation.

Toujours selon les membres du comité de travail, il faudrait davantage développer le volet des services communautaires puisqu'à la fin de l'épisode de services de réadaptation, les usagers se sentent souvent démunis et seuls face aux défis qui les attendent. Les groupes de soutien et les activités de maintien des acquis, lorsqu'ils sont présents, apportent l'aide et le réconfort essentiels à l'utilisateur et sa famille.

À l'instar de nombreuses juridictions, la disponibilité de moyens de transport abordables et variés demeure, au Québec, une barrière importante à l'accès aux différents types de services externes. En agissant en partenariat avec les communautés pour trouver des solutions de transport permettant à l'utilisateur de recevoir les services externes dont il a besoin, un coordonnateur de services de réadaptation pourrait possiblement atténuer cette problématique. Les membres du comité de travail soulignent la nécessité que soient réalisés des travaux conjoints entre les différents ministères concernés, afin que les usagers des différentes régions du Québec puissent bénéficier de moyens de transport appropriés et avoir accès à des services externes adaptés à leurs besoins et préférences.

CONCLUSION

Le présent état des pratiques avait pour objectif d'exposer des modèles documentés d'organisation des services de réadaptation et de faire ressortir les pratiques prometteuses permettant d'accroître l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services destinés aux adultes ayant des incapacités permanentes découlant d'une déficience motrice (AVC, TCC, amputation, blessure ou lésion médullaire, maladie dégénérative) ou des incapacités temporaires consécutives à une chirurgie pour une PTH ou une PTG ou à une fracture (fragile avec comorbidités).

Près d'une centaine de documents (revues systématiques, lignes directrices, guides de pratique clinique provenant de diverses juridictions et d'organismes savants, rapports ou documents gouvernementaux émanant de juridictions canadiennes ou internationales) ont été utilisés.

De cette recension des écrits, les modèles d'organisation de services de l'Australie, de l'Ontario, de l'Irlande, de l'Alberta et de la Nouvelle-Zélande ont été présentés. Ces juridictions ont toutes amorcé une réflexion d'optimisation de l'organisation de leurs services de réadaptation, et certaines ont commencé leur transformation. Cela pourrait inspirer le Québec quant à sa propre organisation des services de réadaptation destinés aux adultes présentant des incapacités motrices.

De plus, cet état des pratiques a permis de mettre en lumière des pratiques organisationnelles qui pourraient avoir le potentiel d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services. Dans une perspective d'accroissement de l'accessibilité des services, la mise en place d'équipes interdisciplinaires ayant acquis l'expertise nécessaire dans toutes les phases du continuum, la précocité et l'intensité des interventions dans les services internes de réadaptation de même que la disponibilité et la variété de services externes en adéquation avec les besoins et préférences des usagers apparaissent incontournables.

Pour améliorer la continuité des services, les pratiques organisationnelles touchant la gestion des transitions apparaissent les plus favorables, notamment celles liées à la planification et la coordination des transitions incluant les communications régulières, bidirectionnelles et la transmission d'information en temps opportun aux personnes concernées. L'adoption d'un langage commun assorti de définitions claires et convenues entre tous les prestataires de services semble également être un gage de réussite en matière de continuité.

La complémentarité des services pourrait, quant à elle, prendre assise sur une vision intégrée des services de réadaptation et une planification visant le plus possible les services externes, de même que sur la création d'unités internes adaptées aux besoins spécifiques des usagers.

Les concepts rapportés dans cet état des pratiques, sans être nouveaux, mettent en relief des pratiques dont il serait intéressant d'apprécier l'implantation actuelle dans les établissements concernés du Québec. Ces derniers pourraient, à la lumière des résultats, bonifier ensemble leur offre de service de réadaptation aux adultes présentant des incapacités motrices permanentes ou temporaires.

RÉFÉRENCES

- Agency for Clinical Innovation, Government of New South Wales. NSW Rehabilitation Model of Care. Chatswood, Australie : Agency for Clinical Innovation (ACI); 2015. Disponible à : <https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/rehabilitation/rehabilitation-model-of-care/rehabilitation-moc/NSW-Rehabilitation-MOC.pdf>.
- Alberta Health Services (AHS). Rehabilitation conceptual framework. Edmonton, AB : AHS; 2012. Disponible à : http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/knowledgeexchange/Alberta_Health_Services-Rehabilitation-Conceptual-Framework.pdf.
- Association des établissements de réadaptation du Québec (AERDPQ). Guide d'attribution des aides techniques en déficience motrice à l'intention des intervenants. Montréal, Qc : AERDPQ; 2005a. Disponible à : http://aerdpq.reseaut.net/fichiers/publications/guide_dattributions_daidetes_motric es_mars_2005.pdf.
- Association des établissements de réadaptation du Québec (AERDPQ). Cadre de référence pour l'utilisation de la téléadaptation. Montréal, Qc : AERDPQ; 2005b. Disponible à : http://aerdpq.reseaut.net/fichiers/publications/cadre_refer_utilisation_telereada p.pdf.
- Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine of the Royal Australasian College of Physicians (AFRM RACP). Standards for the provision of rehabilitation medicine services in the ambulatory setting. Sydney, Australie : AFRM RACP; 2014. Disponible à : <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/ambulatory-standards.pdf>.
- Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine of the Royal Australasian College of Physicians (AFRM RACP). Standards for the provision of inpatient adult rehabilitation medicine services in public and private hospital. Sydney, Australie : AFRM RACP; 2011. Disponible à : <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/afrm-standards-2011.pdf?sfvrsn=2>.
- Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine of the Royal Australasian College of Physicians (AFRM RACP) et New Zealand Rehabilitation Association (NZRA). Call for a New Zealand Rehabilitation Strategy. Wellington, Nouvelle-Zélande : AFRM RACP et NZRA; 2015. Disponible à : https://www.racp.edu.au/docs/default-source/default-document-library/call_for_a_new-zealand_rehabilitation_strategy.pdf.
- Australian and New Zealand Hip Fracture Registry (ANZHFR) Steering Group. Australian and New Zealand guideline for hip fracture care: Improving outcomes in hip fracture management of adults. Sydney, Australie : ANZHFR; 2014. Disponible à : <http://anzhfr.org/wp-content/uploads/2016/07/ANZ-Guideline-for-Hip-Fracture-Care.pdf>.

- Avoidable Hospitalization Advisory Panel. Enhancing the continuum of care: Report of the Avoidable Hospitalization Advisory Panel. Toronto, ON : Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC); 2011. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/baker_2011/baker_2011.pdf.
- Barry MJ et Edgman-Levitan S. Shared decision making: pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366(9):780-1.
- BC Guidelines. Stroke and transient ischemic attack – Acute and long-term management. Victoria, BC : British Columbia Ministry of Health; 2015. Disponible à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/stroketia_2015_full.pdf.
- Blacquièrè D et Silver FL. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Télé-AVC – Mise à jour 2017. Sixième édition. Ottawa, ON : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada; 2017. Disponible à : http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/10/CSBPR-TELESTROKE-Module-FINAL_FRENCH_-_27March-1.pdf.
- Buntin MB, Garten AD, Paddock S, Saliba D, Totten M, Escarce JJ. How much is postacute care use affected by its availability? *Health Serv Res* 2005;40(2):413-34.
- Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *Int J Stroke* 2016;11(7):807-22.
- Campbell E, Coulter E, Mattison P, McFadyen A, Miller L, Paul L. Access, delivery and perceived efficacy of physiotherapy and use of complementary and alternative therapies by people with progressive multiple sclerosis in the United Kingdom: An online survey. *Mult Scler Relat Disord* 2017;12:64-9.
- Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, Blacquièrè D, Boucher S, Brown K, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015. *Int J Stroke* 2016;11(2):239-52.
- Castiglione SA et Ritchie JA. Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en oeuvre pour les professionnels de la santé. Ottawa, ON : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); 2012. Disponible à : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/lm_moving_into_action-fr.pdf.
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD). Inpatient rehabilitation services for the frail elderly. York, Royaume-Uni : National Institute for Health Research (NIHR); 2013. Disponible à : <https://www.york.ac.uk/media/crd/Inpatient%20rehabilitation%20services%20for%20the%20frail%20elderly.pdf>.
- Chan DK, Levi C, Cordato D, O'Rourke F, Chen J, Redmond H, et al. Health service management study for stroke: A randomized controlled trial to evaluate two models of stroke care. *Int J Stroke* 2014;9(4):400-5.

- CNWL NHS Camden Provider Services. Management of patients with stroke: REDS (Reach Early Discharge Scheme). Londres, Angleterre : NHS; 2012. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20140804214944/https://arms.evidence.nhs.uk/resources/qjpp/116737/attachment>.
- Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2006;166(17):1822-8.
- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. BMC Health Serv Res 2014;14:271.
- Cour des comptes. L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes. Paris, France : Cour des comptes; 2015. Disponible à : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>.
- Couturier Y, Bonin L, Belzile L. L'intégration des services en santé : une approche populationnelle. Montréal, Qc : Presses de l'Université de Montréal; 2016.
- Cumming J. Integrated care in New Zealand. Int J Integr Care 2011;11(Spec 10th Anniversary Ed):e138.
- Department for Health and Ageing, Government of South Australia (SA Health). Delivering transforming health - Our next steps. Adelaïde, Australie : SA Health; 2015. Disponible à : <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/d7b9d08043749130b307bff2cadc00ab/Delivering-Transforming-Health-Appendices.pdf>.
- Department of Health, Ireland. National policy and strategy for the provision of neuro-rehabilitation services in Ireland 2011-2015. Dublin, Irlande : Department of Health; 2011. Disponible à : http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/NeuroRehab_Services1.pdf.
- Department of Health UK (DoH UK). Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care. Londres, Angleterre : DoH UK; 2010. Disponible à : https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_assets/Resources/Personalisation/EastMidlands/PandEI/Ready_to_Go_-_Hospital_Discharge_Planning.pdf.
- Fancott C. Interventions and measurement tools related to improving the patient experience through transitions in care: A summary of key literature Toronto, ON : The Change Foundation; 2011. Disponible à : http://www.hqontario.ca/portals/0/Modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/Care%20Transitions%20Literature%20Review.pdf.
- Fearon P et Langhorne P. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. Cochrane Database Syst Rev 2012;(9):CD000443.
- Fisher RJ, Gaynor C, Kerr M, Langhorne P, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. A consensus on stroke: Early supported discharge. Stroke 2011;42(5):1392-7.
- Foerster V. Outpatient (same-day) total hip replacement. CADTH Issues in Emerging Health Technologies; issue 152. Ottawa, ON : CADTH; 2017. Disponible à : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/EH0050_Outpatient_Same_Day_Total_Hip_Replacement_e.pdf.

- Forster A, Brown L, Smith J, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(11):CD001919.
- Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *The Day Hospital Group. BMJ* 1999;318(7187):837-41.
- Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côté J, St-Michel G. Classification québécoise : processus de production du handicap. Québec, Qc : Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH); 1998.
- Fox M, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Trugenno D, Schraa E. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(12):2237-45.
- Freburger JK, Li D, Fraher EP. Community use of physical and occupational therapy after stroke and risk of hospital readmission. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99(1):26-34.e5.
- Ghazipura M. Home-based versus centre-based rehabilitation for community-dwelling postacute stroke patients: A rapid review. Toronto, ON : Health Quality Ontario (HQO); 2015. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/rapid-reviews/qbp-stroke-homevscentre-rehab-20141211-en.pdf>.
- Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(6):CD000356.
- Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(1):CD000313.
- Graham LA. Chapter 10 - Organization of rehabilitation services. Dans : Barnes MP et Good DC, réd. *Handbook of Clinical Neurology*, Volume 110. Elsevier; 2013 : 113-20.
- GTA Rehab Network. Outpatient rehab model of care following primary, elective total joint replacement. Toronto, ON : GTA Rehab Network; 2014a. Disponible à : http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/reports/TJR_OPR_Model_of_Care_June_2014_.pdf.
- GTA Rehab Network. Developing an outpatient rehabilitation model of care for patients post-hip fracture. Toronto, ON : GTA Rehab Network; 2014b. Disponible à : http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/reports/Developing_an_Outpatient_Rehab_Model_of_Care_-_Hip_Fracture_Report_June_2014_FINAL.pdf.
- GTA Rehab Network. Low tolerance long duration stroke rehabilitation initiative report. Toronto, ON : GTA Rehab Network; 2004. Disponible à : <http://www.gtarehabnetwork.ca/uploads/File/reports/rpt-LTLD-june2004.pdf>.

- Haute Autorité de Santé (HAS). Feuille de route – Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2016. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/feuille_de_route_-_algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2015. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf.
- Health Quality Ontario (HQO). Effectiveness of an early supported discharge service for patients hospitalized after a stroke episode: A special report. Toronto, ON : HQO; 2014. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/special-reports/eba-early-supported-discharge-140417-en.pdf>.
- Health Quality Ontario (HQO) et Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Quality-based procedures: Clinical handbook for stroke (acute and postacute) Toronto, ON : HQO; 2016. Disponible à : http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/qbp_stroke.pdf.
- Health Quality Ontario (HQO) et Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Quality-based procedures: Clinical handbook for hip fracture. Toronto, ON : HQO; 2013. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/docs/qbp_hipfracture.pdf.
- Health Service Executive (HSE). National Service Plan 2018. Dublin, Irlande : HSE; 2017. Disponible à : <https://www.hse.ie/eng/services/publications/serviceplans/national-service-plan-2018.pdf>.
- Health Service Executive National Integrated Care Advisory Group (HSE NICAG). Integrated Care Guidance: A practical guide to discharge and transfer from hospital. Dublin, Irlande : HSE; 2017. Disponible à : <https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/resourcespublications/nationalintegratedcareguidance.pdf>.
- Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke* 2016;11(4):459-84.
- Hubbard IJ, Harris D, Kilkenny MF, Faux SG, Pollack MR, Cadilhac DA. Adherence to clinical guidelines improves patient outcomes in Australian audit of stroke rehabilitation practice. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93(6):965-71.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Facteurs prédictifs de retour au domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite de la récupération d'une fracture de la hanche. Ottawa, ON : ICIS; 2015. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/NRS_Hips_2015_FR_web.pdf.

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les facteurs de probabilité de retour à domicile des patients hospitalisés en réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Analyse en bref. Ottawa, ON : ICIS; 2009. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/aib_nrs_stroke_f.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave. Québec, Qc : INESSS; 2016. Disponible à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_GPC_TCCMG_Rapport_VF.pdf.
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES). Ontario Stroke Evaluation Report 2016: A focus on stroke rehabilitation. Toronto, ON : ICES; 2016. Disponible à : <https://www.ices.on.ca/flip-publication/Ontario-Stroke-Evaluation-Report-2016/files/assets/common/downloads/publication.pdf>.
- Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. Fifth edition. Londres, Angleterre : Royal College of Physicians; 2016. Disponible à : [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx).
- Langhorne P et Baylan S. Early supported discharge services for people with acute stroke. Cochrane Database Syst Rev 2017;(7):CD000443.
- Langhorne P, Jepsen BG, Larsen T. Early home-supported discharge after stroke: A brief report on the practical implementation. Int J Rehabil Res 2014;37(2):192-4.
- Langhorne P, Dey P, Woodman M, Kalra L, Wood-Dauphinee S, Patel N, Hamrin E. Is stroke unit care portable? A systematic review of the clinical trials. Age Ageing 2005;34(4):324-30.
- Laver KE, Schoene D, Crotty M, George S, Lannin NA, Sherrington C. Telerehabilitation services for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2013;(12):CD010255.
- Loupis YM et Faux SG. Family conferences in stroke rehabilitation: A literature review. J Stroke Cerebrovasc Dis 2013;22(6):883-93.
- McMartin K. Discharge planning in chronic conditions: An evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser 2013;13(4):1-72.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience – Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Québec, Qc : MSSS; 2017a. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté en AVC. Québec, Qc : MSSS; 2017b. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-02W.pdf>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Glossaire – Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : MSSS; 2017c. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Plan de mise en oeuvre Phase 2016-2018. Québec, Qc : MSSS; 2017d. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Orientations ministérielles 2013-2018. Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-944-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence. Québec, Qc : MSSS; 2011. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009. Québec, Qc : MSSS; 2003. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-841-01.pdf>.
- Mlenzana NB, Frantz JM, Rhoda AJ, Eide AH. Barriers to and facilitators of rehabilitation services for people with physical disabilities: A systematic review. *Afr J Disabil* 2013;2(1):22.
- Munce SEP, Graham ID, Salbach NM, Jaglal SB, Richards CL, Eng JJ, et al. Perspectives of health care professionals on the facilitators and barriers to the implementation of a stroke rehabilitation guidelines cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):440.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. NICE guideline NG27. Londres, Angleterre : NICE; 2015. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hip fracture: Management. Clinical guideline CG124. Londres, Angleterre : NICE; 2014. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke rehabilitation in adults. Clinical guideline CG162. Londres, Angleterre : NICE; 2013. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162>.
- National Rehabilitation Hospital (NRH). National policy/strategy for the provision of rehabilitation services. Dun Laoghaire, Irlande : NRH; 2009. Disponible à : <http://www.nrh.ie/wp-content/uploads/2010/07/NRH-submission-to-National-Strategy-forRehabilitation-Working-Group.pdf>.
- National Stroke Foundation (NSF). Rehabilitation Stroke Services Framework 2013. Melbourne, Australie : NSF; 2013. Disponible à : <https://strokefoundation.org.au/what-we-do/treatment-programs/clinical-guidelines/national-stroke-services-frameworks>.

- National Stroke Foundation (NSF). Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne, Australie : NSF; 2010. Disponible à : https://extranet.who.int/ncdccs/Data/AUS_D1_Clinical%20Guidelines%20for%20Stroke%20Management.pdf.
- Nelson MJ, Crossley KM, Bourke MG, Russell TG. Telerehabilitation feasibility in total joint replacement. *Int J Telerehabil* 2017;9(2):31-8.
- New Zealand Ministry of Health. Sharing Health Information: Toward better, safer care. Wellington, Nouvelle-Zélande : Ministry of Health; 2013. Disponible à : [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/1D7473F2780973A9CC257C5E0076B407/\\$file/sharing-health-information-toward-better-safer-care\(Nov13\).pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/1D7473F2780973A9CC257C5E0076B407/$file/sharing-health-information-toward-better-safer-care(Nov13).pdf).
- Nix J et Comans T. Home Quick: Occupational therapy home visits using mHealth, to facilitate discharge from acute admission back to the community. *Int J Telerehabil* 2017;9(1):47-54.
- Rehabilitative Care Alliance (RCA). Transforming rehabilitative care in Ontario. 2015-2017 report. Toronto, ON : RCA; 2017. Disponible à : http://www.rehabcarealliance.ca/uploads/File/Final_Report_2015-17/RCA_Final_Report_March_2017.pdf.
- Rehabilitative Care Alliance (RCA). Capacity planning framework. Toronto, ON : RCA; 2015a. Disponible à : http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Initiatives_and_Toolkits/Definitions_and_Capacity_Planning/Capacity_Planning_Framework_FINAL.pdf.
- Rehabilitative Care Alliance (RCA). Outpatient data collection technical report. Toronto, ON : RCA; 2015b. Disponible à : http://www.rehabcarealliance.ca/uploads/File/Final_Report_2013-15/OPAMB/Technical_Report_describing_the_data_elements_within_the_Access_and_Transition_and_Financial_Quadrants_of_the_MDS.pdf.
- Rehabilitative Care Alliance (RCA). Inspiring new directions in rehabilitative care. Rehabilitative Care Alliance 2013-2015 report. Toronto, ON : RCA; 2015c. Disponible à : <https://drive.google.com/file/d/0B5OJaWOPBwpXU3c0d2V5ZGo5cW8/view>.
- Rehabilitative Care Alliance (RCA). Definitions framework for community based levels of rehabilitative care Toronto, ON : RCA; 2015d. Disponible à : http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Initiatives_and_Toolkits/Definitions_and_Capacity_Planning/Def_Framework_for_Community_Based_Levels_of_Rehabilitative_Care_Aug_2017_.pdf.
- Rehabilitative Care Alliance (RCA). Definitions framework for bedded levels of rehabilitative care. Toronto, ON : RCA; 2014. Disponible à : http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Toolbox/Definitions/Definitions_Framework_for_Bedded_Levels_of_Rehabilitative_Care_FINAL_Dec_2014_.pdf.
- Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158(5 Pt 2):433-40.

- Salter K, Allen L, Richardson M, Cotoi A, Iliescu A, Carr B, Teasell R. Chapter 19: Community reintegration. London, ON : Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR); 2018. Disponible à : <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH19-NET-1.pdf>.
- Sato A, Fujita T, Yamamoto Y. Activities of daily living independence level for home discharge in stroke patients based on number of caregivers: An analysis of the Japan Rehabilitation Database. *Phys Ther Res* 2017;20(2):23-7.
- Schiller C, Franke T, Belle J, Sims-Gould J, Sale J, Ashe MC. Words of wisdom - patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2015;9:57-64.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Brain injury rehabilitation in adults. SIGN 130. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2013. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. SIGN 118. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2010. Disponible à : <https://www.sign.ac.uk/assets/sign118.pdf>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of hip fracture in older people. SIGN 111. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2009. Disponible à : <https://www.sign.ac.uk/assets/sign111.pdf>.
- Sinha SK. Vivre bien et plus longtemps. Rapport soumis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées sur les recommandations visant à contribuer à la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées. Toronto, ON : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2012. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/docs/seniors_strategy_report.pdf.
- Stott S, Jones P, Bond B, Thorn B, Taine B, Miles K, McNair P. Report on the musculoskeletal workforce service review. Wellington, Nouvelle-Zélande : Health Workforce New Zealand (HWNZ); 2011. Disponible à : <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/musculoskeletal-workforce-service-review.pdf>.
- Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2017. Melbourne, Australie : Stroke Foundation; 2017a. Disponible à : <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017>.
- Stroke Foundation. My Stroke Journey. Melbourne, Australie : Stroke Foundation; 2017b. Disponible à : <https://strokefoundation.org.au/what-we-do/support-programs/my-stroke-journey>.
- Stroke Foundation. National Stroke Audit: Rehabilitation services report 2016. Melbourne, Australie : Stroke Foundation; 2016. Disponible à : <https://informme.org.au/stroke-data/Rehabilitation-audits>.

- Stroke Foundation of New Zealand et New Zealand Guidelines Group (NZGG). New Zealand clinical guidelines for stroke management 2010. Wellington, Nouvelle-Zélande : Stroke Foundation of New Zealand; 2010. Disponible à : <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2013;(9):CD000197.
- Tarazona-Santabalbina FJ, Belenguier-Varea A, Rovira E, Cuesta-Peredo D. Orthogeriatric care: Improving patient outcomes. Clin Interv Aging 2016;11:843-56.
- Teasell R, Foley N, Hussein N, Wiener J, Speechley M. Chapter 6: The elements of stroke rehabilitation. London, ON : Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR); 2018a. Disponible à : <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH6-NET.pdf>.
- Teasell R, Foley N, Richardson M, Allen L, Cotoi A. Chapter 7: Outpatient stroke rehabilitation. London, ON : Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR); 2018b. Disponible à : <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH7-NET.pdf>.
- Teasell R, Pereira S, Cotoi A. Chapter 22: The rehabilitation of severe stroke. London, ON : Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR); 2018c. Disponible à : <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH22-NET-1.pdf>.
- Tistad M, Palmcrantz S, Wallin L, Ehrenberg A, Olsson CB, Tomson G, et al. Developing leadership in managers to facilitate the implementation of national guideline recommendations: A process evaluation of feasibility and usefulness. Int J Health Policy Manag 2016;5(8):477-86.
- Unnewehr M, Schaaf B, Marev R, Fitch J, Friederichs H. Optimizing the quality of hospital discharge summaries – A systematic review and practical tools. Postgrad Med 2015;127(6):630-9.
- Waddell J, McMullan J, Lo N, O'Connor M, Sheppard L, Mensour M, et al. Improving time to surgery- Emergency room, preoperative and immediate postoperative clinical practice guidelines for the management of hip fracture patients. Toronto, ON : Bone and Joint Health Network; 2010. Disponible à : http://boneandjointcanada.com/wp-content/uploads/2014/05/ER-Pre-op-Clinical-Practice-Guidelines-20101101_Final.pdf.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2016;47(6):e98-e169.

ANNEXE A

Sélection de la littérature

A.1. Critères de sélection

- Population : Les adultes ayant des incapacités motrices permanentes qui découlent d'un accident ou d'une maladie (AVC, TCC, amputation, blessure ou lésion médullaire, maladies dégénératives) ou d'incapacités motrices temporaires qui résultent d'une fracture (fragile avec comorbidités) ou d'une chirurgie (PTH, PTG);
- Intervention : Les pratiques cliniques et organisationnelles en réadaptation telles que le recours à des lits dédiés en centre hospitalier (AVC, TCC, etc.), les unités de réadaptation dédiées, les services de réadaptation la fin de semaine, les visites à domicile avant le congé, le congé précoce avec soutien, les suivis téléphoniques, les services externes en ambulatoire ou à domicile et les mécanismes de communication;
- Comparateur : Ne s'applique pas;
- Résultats (Outcomes) : L'effet des pratiques sur l'arrimage, la continuité, la fluidité et la complémentarité des services est documenté en examinant des résultats spécifiques tels que la durée de séjour, les délais d'attente, les gains fonctionnels et la satisfaction du personnel, des usagers, des familles et des proches aidants;
- Contexte d'intervention (Setting) : réadaptation en centre hospitalier et la réadaptation fonctionnelle intensive interne ainsi que les services ambulatoires de réadaptation offerts tant en externe qu'à domicile;
- Langues : Les publications en français ou en anglais;
- Types de publication : Les études, les guides de pratique, les lignes directrices et les rapports gouvernementaux;
- Qualité méthodologique : Les documents provenant de la littérature scientifique grise seront retenus lorsque publiés par des organisations garantes d'une bonne qualité et réalisés selon des normes de production explicites ou ayant fait l'objet d'une évaluation formelle.

A.2. Critères d'exclusion

Les clientèles ayant des incapacités temporaires, de type fracture simple sans condition associée, ainsi que celles ayant besoin de réadaptation pulmonaire ou postchirurgie cardiaque, seront exclues du présent projet. Il en est de même pour la clientèle pédiatrique.

De plus, suite à la revue sommaire de la littérature, il a été convenu d'exclure la clientèle des victimes de brûlures graves et celle ayant eu une chirurgie en lien avec un cancer puisqu'aucun élément spécifique à cette clientèle ne permettait d'identifier des leviers de changement autre que ceux documentés pour l'ensemble des clientèles retenues.

A.3. Termes utilisés en diverses combinaisons pour la recherche dans PubMed et sur le Web

- Transport/access, automobiles
- Rehabilitation
- Family conference, patient care team, patient care planning, family relations, interdisciplinary rounds, continuity of patient care, professional family relations, patient education, patient discharge
- Intersectorial, interinstitutional relations
- Delivery of health care, outcome and process assessment (Health care), quality improvement

A.4. Liste des organismes ou sites Web consultés

AVC

- Stratégie canadienne de l'AVC : <http://www.canadianstrokestrategy.ca>
- National Stroke Foundation (Australie) : <https://strokefoundation.org.au/>
- Intercollegiate Stroke Working Party (R.-U.) : <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/stroke-guidelines>
- American Heart Association/American Stroke Association (AHA et ASA) : <http://www.heart.org/HEARTORG/> et <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>
- Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR) : <http://www.ebrsr.com>
- StrokEngine : <http://www.strokengine.ca>

Générique

- Royal College of Physicians (R.-U.) : <https://www.rcplondon.ac.uk/>
- American College of Physicians (É.-U.) : <http://www.acponline.org>
- National Guideline Clearinghouse (É.-U.) : <http://www.guideline.gov>
- Haute Autorité de Santé (HAS) (France) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) : <http://www.irdes.fr/default.htm>
- Centre for Reviews and Dissemination (R.-U.) : <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (R.-U.) : <http://www.nice.org.uk>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (R.-U.) : www.sign.ac.uk,
- New Zealand Guidelines Group : www.nzgg.org.nz/index.cfm
- Australian Clinical Practice Guidelines : <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : <https://www.kce.fgov.be/fr>
- Guidelines International Network (G-I-N) : www.g-i-n.net

- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) : <http://www.inahta.org/>

Québec

- CIUSSS de la Capitale-Nationale et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (IRD PQ, centres de réadaptation Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge)

Canadien

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : <https://www.cihi.ca/fr>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) : <http://www.ices.on.ca>
- GTA Rehab Network : <http://www.gtarehabnetwork.ca/>
- Health Quality Ontario (HQO) : <http://www.hqontario.ca/>
- Alberta Health Services (AHS) : <https://www.albertahealthservices.ca/>
- BC Guidelines.ca

A.5. Principaux documents retenus

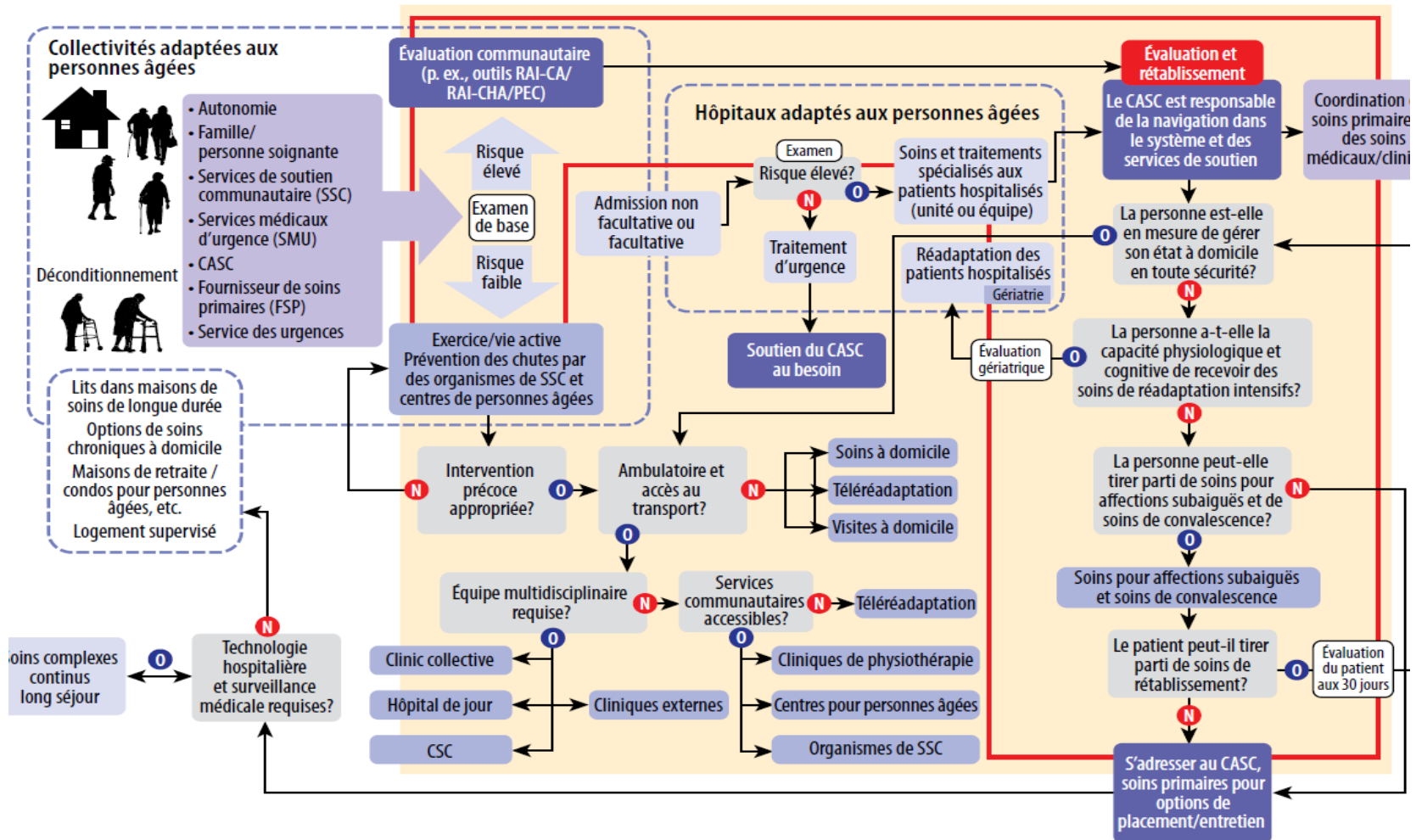
Guides	
Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine of the Royal Australasian College of Physicians, 2011, Australie AFRM RACP, 2014, Australie	Standards for the provision of inpatient adult rehabilitation medicine services in public and private hospital
ANZHFRC, 2014, Australie et NZ Blacquiére, 2017, Canada	Standards for the provision of rehabilitation medicine services in the ambulatory setting Australian and New Zealand guideline for hip fracture care
Cameron, 2016, Canada	Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (téléadaptation)
HAS, 2015, France	Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (transitions)
HAS, 2016, France	Démarche centrée sur le patient
Hebert, 2016, Canada	Algorithme HAD
Intercollegiate Stroke Working Party. Royal College of Physicians, 2016, Angleterre	Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (réadaptation)
NICE, 2015, Royaume-Uni	National clinical guideline for stroke
NICE, 2014, Royaume-Uni	Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs (NG27)
SIGN, 2009, Royaume-Uni	Hip fracture: Management (CG124)
SIGN, 2010, Royaume-Uni	Management of hip fracture in older people (SIGN 111)
SIGN, 2013, Royaume-Uni	Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning (SIGN 118)
Stroke Foundation, 2017, Australie	Brain injury rehabilitation in adults (SIGN 130)
Stroke Foundation, 2016, Australie	Clinical guidelines for stroke management 2017
National Stroke Foundation, 2013, Australie	National Stroke Audit: Rehabilitation services report 2016
	Rehabilitation Stroke Services Framework 2013

A.5. Principaux documents retenus (*suite*)

Guides	
Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group, 2010, Nouvelle-Zélande	New Zealand clinical guidelines for stroke management 2010
Waddell, 2010, Canada	Improving time to surgery- Emergency room, preoperative and immediate postoperative clinical practice guidelines for the management of hip fracture patients
Winstein (for the American Heart Association/American Stroke Association), 2016	Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association
Revue systématique	
Fearon, 2012	Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients
Gonçalves-Bradley, 2017	Early discharge hospital at home
Gonçalves-Bradley, 2016	Discharge planning from hospital
Laver, 2013	Telerehabilitation services for stroke
Langhorne, 2017	Early supported discharge services for people with acute stroke
Rennke, 2013	Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: A systematic review
Teasell, 2018, Canada	Chapter 6: The elements of stroke rehabilitation
Teasell, 2018, Canada	Chapter 7: Outpatient stroke rehabilitation
Salter, 2018, Canada	Chapter 19: Community reintegration
Teasell, 2018, Canada	Chapter 22: The rehabilitation of severe stroke

ANNEXE B

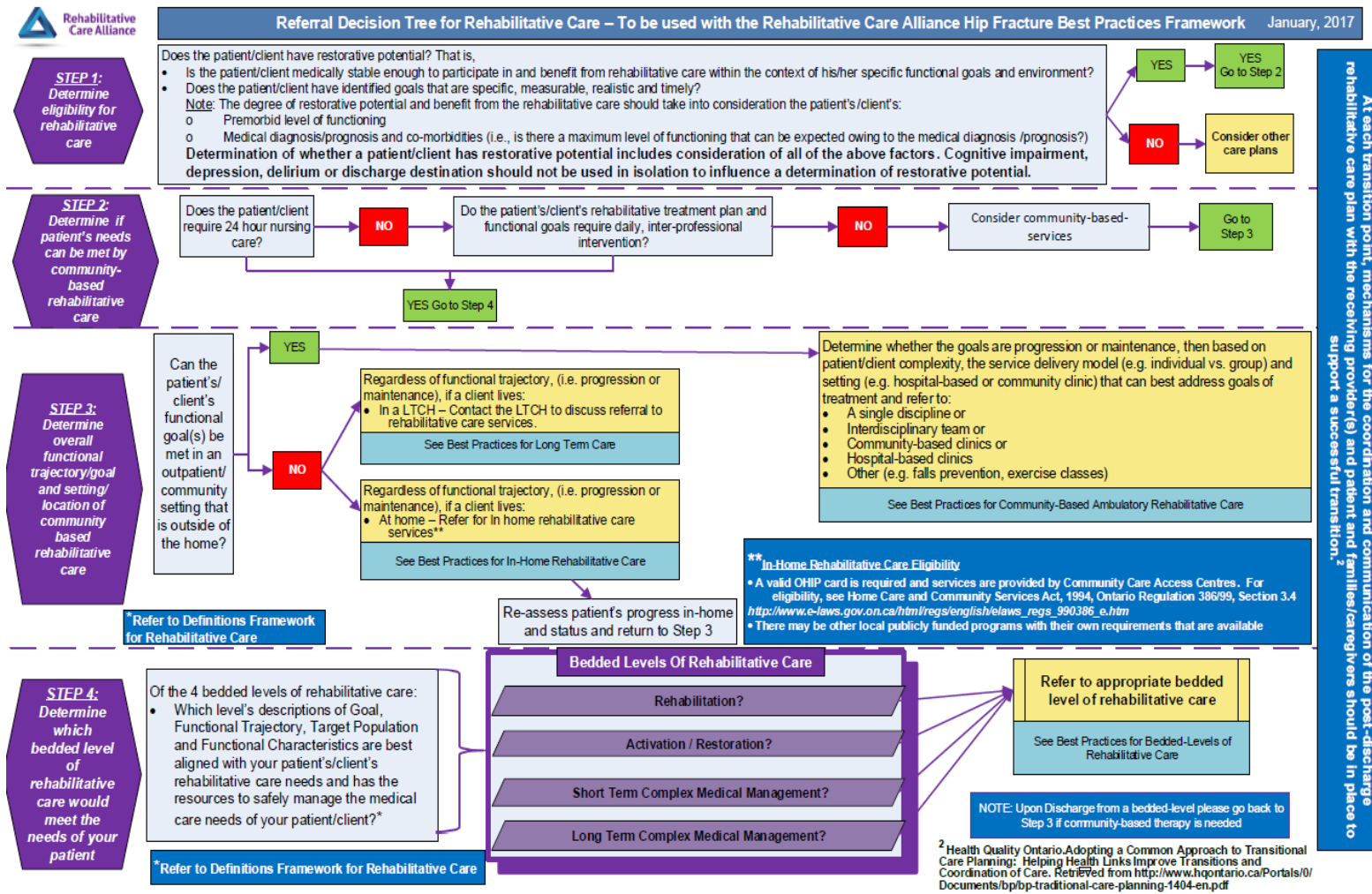
Trajectoire de services distincte pour les « personnes âgées fragiles » et les adultes ayant une condition médicale complexe en Ontario



Source : Sinha, *Vivre bien et plus longtemps* [Sinha, 2012, p. 109].

ANNEXE C

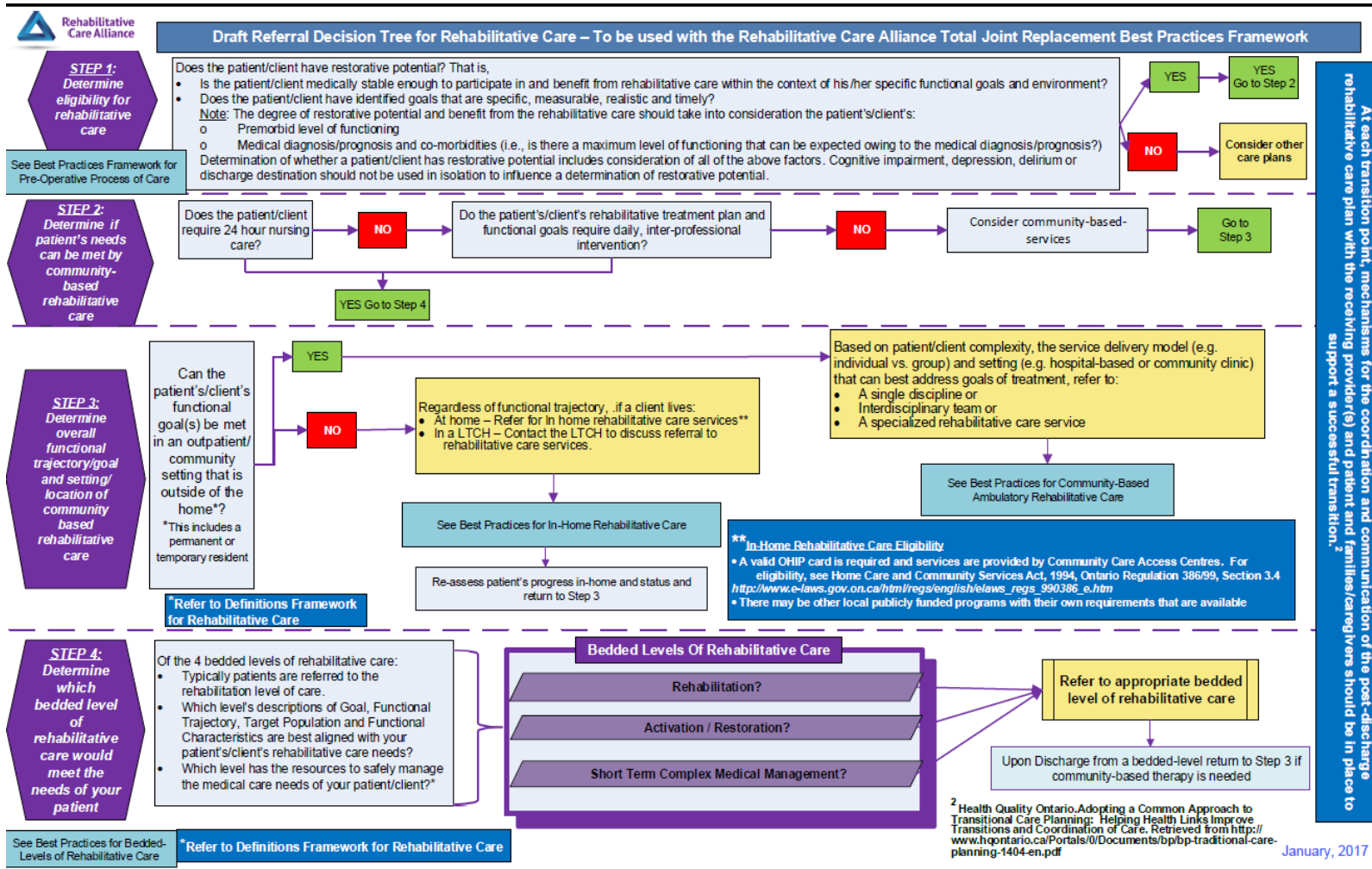
Algorithme décisionnel pour les services de réadaptation destinés aux usagers ayant eu une fracture de la hanche en Ontario



Source : Rehabilitative Care Alliance. *Transforming rehabilitation care in Ontario. 2015-2017 report* [RCA, 2017].

ANNEXE D

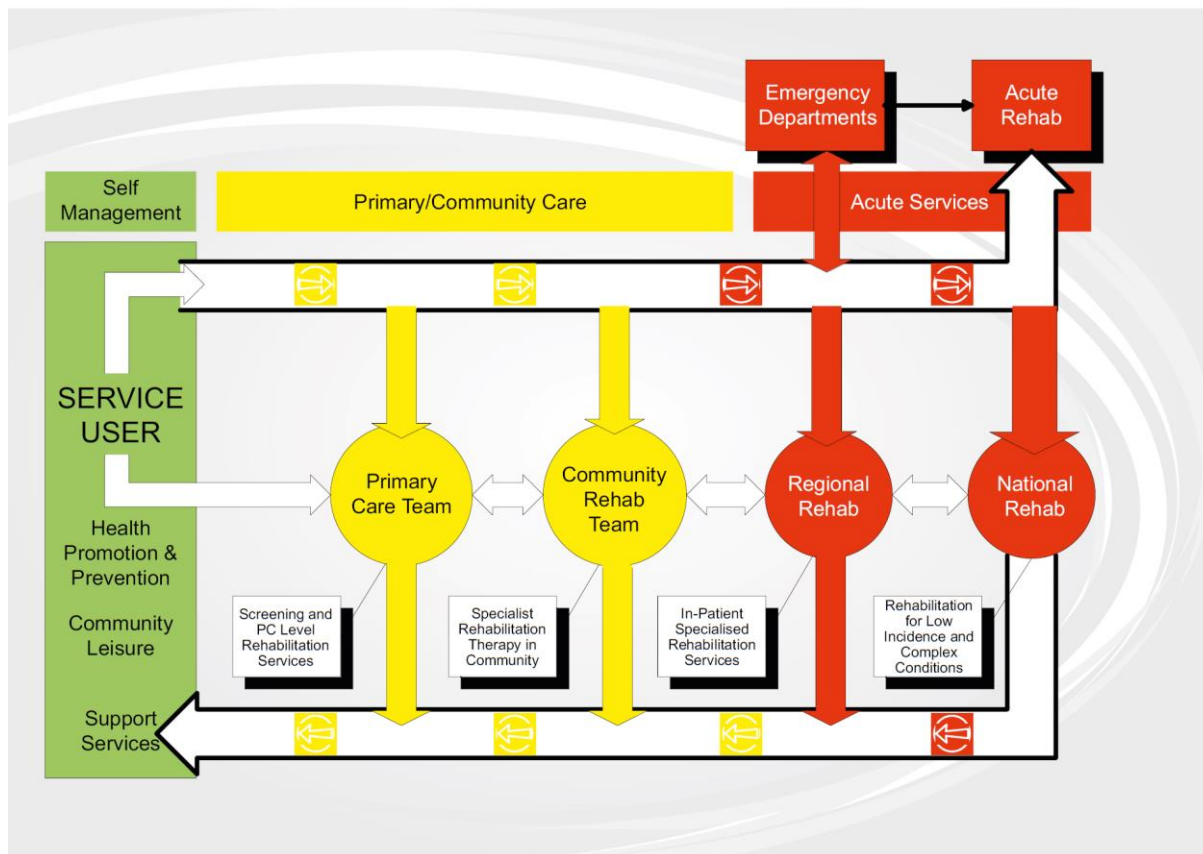
Arbre décisionnel pour les services de réadaptation destinés aux usagers ayant eu une PTH ou PTG en Ontario



Source : Rehabilitative Care Alliance. Transforming rehabilitation care in Ontario. 2015-2017 report [RCA, 2017].

ANNEXE E

Modèle d'organisation des services de réadaptation en Irlande



Source : *National policy and strategy for the provision of neuro-rehabilitation services in Ireland 2011-2015* [Department of Health, 2011].

ANNEXE F

Les treize éléments clés du modèle albertain pour une prestation de services de réadaptation

Dimensions de la qualité	Éléments clés	Description des éléments clés
Acceptabilité	Approche centrée sur l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Offre de service de réadaptation complète dans l'ensemble du continuum. • Offre de service selon une approche accueillante, sans jugement, pleine d'espoir, sensible aux niveaux d'alphabétisation et à la diversité culturelle des usagers, respectueuse et centrée sur la personne. • Offre de service de réadaptation cohérente avec les principes du « vieillir en bonne santé » et de la « responsabilité individuelle pour la santé ». • Disponibilité d'information et de soutien pour permettre aux usagers et prestataires de services de jouer un rôle actif dans la prise de décisions concernant les services de réadaptation. • Services de réadaptation alignés sur les besoins et attentes des usagers et de leur famille. • Disponibilité des services de réadaptation pour les personnes ayant des besoins de réadaptation complexes tout au long de leur vie. • Respect et soutien de la qualité de vie telle que définie par l'utilisateur.
	Approche holistique	<ul style="list-style-type: none"> • Considération de tous les besoins de l'utilisateur (physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels). • Couverture dans tous les secteurs du continuum des services. • Disponibilité d'un large éventail de services et de disciplines qui, ensemble, tiennent compte de l'ensemble des besoins de l'utilisateur et le soutiennent dans sa participation sociale et l'exercice de ses rôles sociétaux.
Pertinence	Optimisation des rôles	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance et reconnaissance de son champ d'exercice professionnel, de ses rôles et responsabilités ainsi que ceux dévolus à chaque membre de l'équipe de réadaptation. • Choix du prestataire, du type de services et du milieu où le service sera offert selon les meilleures données disponibles et les ressources humaines disponibles.
	Population ciblée	<ul style="list-style-type: none"> • Prestation de services structurée selon les besoins prioritaires de la population. • Efficacité des services (maximum d'efficacité pour un minimum d'intensité) pour répondre aux besoins et objectifs de santé des usagers.

Dimensions de la qualité	Éléments clés	Description des éléments clés
Accessibilité	En temps opportun	<ul style="list-style-type: none"> • Services de réadaptation offerts en temps opportun, selon les besoins fonctionnels de l'utilisateur et en fonction de leur impact probable sur la récupération des capacités de l'utilisateur. • Accès à des services de réadaptation coordonnés afin de diminuer les temps d'attente et réduire l'utilisation multiple de services similaires. • Services de réadaptation offerts à proximité du domicile de l'utilisateur. • Circulation fluide de l'information pertinente entre les différents prestataires de services dans le continuum.
	Orienter vers l'avenir	<ul style="list-style-type: none"> • Services de réadaptation tenant compte, à court, à moyen et à long terme, de l'impact de toute décision et mettant l'accent sur la prévention primaire et secondaire des maladies, blessures et maladies. • Services et ressources de réadaptation régulièrement revus, adaptés et priorisés pour répondre aux besoins changeants des usagers. • Développement et maintien de compétences et connaissances des différents prestataires de services. • Activités de mentorat entre collègues. • Utilisation des pratiques exemplaires, des pratiques novatrices et de toute technologie disponible, dans le cadre de la dispensation des services.
Efficacité	Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Culture organisationnelle et pratiques collaboratives favorisant la coordination des services dans le continuum de services. • Partenariat entre les prestataires de services, les usagers, leurs familles, et d'autres fournisseurs de services à l'intérieur ou à l'extérieur du système de santé. Ce principe implique l'établissement d'objectifs conjoints, la planification commune des services, la prise de décision et la responsabilité partagée pour l'atteinte des objectifs. • Partenariats stratégiques créés avec d'autres organisations ou équipes, avec des ministères, des institutions, des groupes communautaires pour développer des services intégrés optimisés et ce tant internes qu'externes. • Reconnaissance de l'interdépendance des services. Plans de services élaborés et communiqués de manière appropriée entre les partenaires concernés, pour faciliter l'intégration des services.
	Basé sur les forces de chacun	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance des forces de l'utilisateur, de sa famille et des proches aidants afin de maximiser l'utilisation des compétences de chacun et répondre efficacement aux préoccupations.

Dimensions de la qualité	Éléments clés	Description des éléments clés
	Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Services de réadaptation font partie intégrante des autres services de santé dans le continuum des services et sont intégrés à ceux-ci, tout en offrant la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins des usagers. • Conformes aux priorités stratégiques du ministère. • Services de réadaptation coordonnés dans le continuum des services et entre les personnes, les fonctions, les activités et les sites. • Planification anticipée des services de réadaptation pour les usagers ayant des besoins à long terme ou des besoins chroniques complexes, et soutien lors des moments clés de transitions. • Services de réadaptation coordonnés en partenariat avec d'autres programmes (éducation; services à l'enfance et à la jeunesse; services aux aînés, etc.).
	Résultats obtenus	<ul style="list-style-type: none"> • Services de réadaptation conçus, mis en œuvre et évalués au regard de résultats ayant un impact sur la santé, l'activité et la participation sociale de l'utilisateur. • Accent mis sur l'évaluation systématique des résultats cliniques, des programmes et des systèmes grâce à une mesure du rendement, à des rapports et à des analyses.
	Données probantes	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'une pratique fondée sur les données probantes ou d'une prise de décision partagée encouragée à travers des opportunités de recherches, d'apprentissage et de soutien destinées à l'application des meilleures pratiques. • Perception des usagers, de leur famille et des proches aidants quant à l'efficacité des services intégrée au concept de Qualité des services.
Efficiencia	Rentabilité/ Durabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins individuels et populationnels de santé satisfaits de manière ingénieuse selon une gestion saine des ressources humaines et financières. • Rentabilité obtenue grâce à des stratégies telles que la priorisation, la normalisation et la réingénierie. • Duplication des services minimisée et répartition équitable des fonds pour répondre aux besoins de santé de la population. • Importance, pour les prestataires de services, de renforcer les capacités des usagers, de leurs familles et des proches aidants.

Dimensions de la qualité	Éléments clés	Description des éléments clés
Sécurité	Sécuritaire	<ul style="list-style-type: none"> • Priorité accordée à la sécurité à tout moment au cours de la prestation des services. • Informations et soutien mis à la disposition des usagers, familles, proches aidants et des prestataires de services pour leur permettre d'évoluer dans un environnement sécuritaire. • Communication ouverte et honnête entre les usagers, les familles, les proches aidants et les prestataires de services. • Équilibre entre la sécurité des usagers, le respect de leur autonomie et de leur droit de faire des choix et d'en assumer les risques.

Source : Alberta Health Services. *Rehabilitation conceptual framework* [AHS, 2012].

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

