



Soutenir la prise de décision
concernant la clôture d'un épisode de
services auprès de la clientèle adulte
suivie en réadaptation physique

RAPPORT d'ETMI abrégée

Novembre 2024

Responsabilité

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les CIUSSS de la Capitale-Nationale et du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ainsi que les membres des Unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

Pour citer ce document

Piedboeuf, P., Dugal, N. et St-Jacques, S. (2024). Soutenir la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services auprès de la clientèle adulte suivie en réadaptation physique. ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale et UETMI, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 97 p.

Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2024

Dépôt légal : 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98916-5 (PDF)

Auteurs

Pascale Piedboeuf, M. Sc., professionnelle scientifique en ETMISSS, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Natasha Dugal, M. Sc., conseillère scientifique en ETMI, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique de l'UETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gestionnaire du mandat

Isabelle Beaumier, chef de service ETMISSS et Bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Catherine Safianyk, chef de service, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Demandeur

Raphaëlle Bédard-Marcotte, chef du Programme déficience auditive adultes/aînés, surdicécité et Programme d'évaluation et d'entraînement en conduite auto (PEECA), Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, et Déficience physique (DDITSADP), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Marie-Marthe Gagnon, bibliothécaire, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Fanny Tremblay-Racine, bibliothécaire, DEUR, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (révision)

Comité de suivi

Raphaëlle Bédard-Marcotte, chef du Programmes déficience auditive adultes/aînés, surdicécité et PEECA, DDITSADP, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Stéphanie Brochu, infirmière et assistante du supérieur immédiat (ASI), DDITSADP, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Andréanne Caron, coordonnatrice professionnelle, Programme des maladies évolutives, Direction adjointe des programmes déficience physique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Pierre Crête, usager partenaire, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Mélanie Fontaine, conseillère-cadre en réadaptation physique, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Richard Larocque, audiologiste, Programme Déficience auditive adulte et surdicécité, DDITSADP, CIUSSS de la Capitale-Nationale

André Martin, conseiller-cadre aux pratiques professionnelles, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Helen Michaud, orthophoniste et coordonnatrice clinique, Programmes déficience auditive, clientèle adulte-aînée et Programme des aphasies primaires progressives, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Anne Seigneur, usager partenaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Kimberley Singerman, Pht, chef de Programme AVC/Neuro/SINT, Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval, Hôpital juif de réadaptation

Diana Zidarov, Pht, Ph. D., chercheure d'établissement, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Conseil scientifique

Pierre Dagenais, MD, Ph. D., FRCPC, professeur agrégé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Directeur scientifique de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (expert de la méthodologie – plan de réalisation)

Thomas Poder, Ph. D., professeur agrégé, École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal, chercheur régulier, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, directeur scientifique de l'UETMI-SM de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal (expert de la méthodologie – rapport)

Mathieu Hotton, Ph. D., audiologiste, professeur adjoint, Département de réadaptation de la Faculté de médecine, Université Laval (expert de la thématique)

Mise en page

Marie-Josée Pageau, technicienne en administration, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, Service du transfert de connaissances et du rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conception graphique

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, Service du transfert des connaissances et rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Remerciements

Éve-Line Bussières, Ph. D., professeure, Département de psychologie, Université du Québec   Trois-Rivières

Isabelle Linteau, Ph. D., coordonnatrice professionnelle, UETMI, DEUR, CIUSSS du Centre-Sud-de-l' le-de-Montréal

Jacky Ndjepel, Ph. D. (c), coordonnatrice professionnelle, UETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Correspondance

Isabelle Beaumier, chef de service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale, isabelle.beaumier.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ

Contexte

Les gestionnaires des programmes de Réadaptation auditive et Surdicécité pour une clientèle adulte et aînée du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont entamé une démarche d'amélioration ciblant la performance des intervenants sur le plan de l'intervention directe. Cet exercice a permis de mettre en lumière une grande variabilité dans la durée des épisodes de services, tant entre les intervenants qu'entre les multiples profils cliniques. En plus de soulever des enjeux relatifs à l'allocation des ressources, cette situation est jugée problématique sur le plan de l'équité dans les services offerts aux usagers et des délais occasionnés au niveau des listes d'attente.

C'est dans ce contexte que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été mandatée afin de réaliser une évaluation des technologies et des modes d'interventions (ETMI) abrégée portant spécifiquement sur la décision de clore un épisode de services en réadaptation physique chez une clientèle adulte. Les conditions visées comprenaient les déficiences motrices, sensorielles (auditive, visuelle) et langagières. Ce projet a été réalisé en collaboration avec l'UETMISSS du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Objectif

L'objectif de cette ETMI était de répondre à la question suivante : « Comment soutenir la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services chez les adultes suivis en réadaptation physique ? ». Trois questions d'évaluation en ont découlé :

1. Quels sont les facteurs ou critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services ?
2. Quels sont les facilitateurs et les obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services ?
3. Quels sont les outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services ?

Méthodologie

Une ETMI abrégée a été réalisée pour répondre à ces questions. Il s'agit de la synthèse de données issues d'une revue de la littérature utilisant une approche systématique. De plus, des données expérientielles ont été recueillies par la réalisation d'entrevues semi-dirigées auprès de participants issus de différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Résultats

La recherche documentaire a permis de repérer 7 203 documents desquels 24 publications ont été retenues, soit 20 études primaires et quatre documents de la littérature grise. Les données, issues de ces documents et des données expérientielles obtenues auprès de quatre intervenants et gestionnaires venant de trois établissements, ont été triangulées. L'analyse de l'ensemble des données a permis de formuler des constats sur les facteurs, les facilitateurs et les obstacles à considérer lors de la décision de clore un épisode de services en réadaptation physique, de même qu'à rapporter les outils pouvant soutenir et accompagner les intervenants dans celle-ci.

Constats

Les constats suivants ont été formulés sur la base de l'évaluation du niveau de preuve et de la convergence des données issues de la littérature et des données expérientielles.

Facteurs ou critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services

-  Selon un niveau de preuve élevé et les données expérientielles, la participation de l'utilisateur dans la décision de clore l'épisode de services est un critère à considérer ;
-  Sans avoir rencontré la convergence nécessaire à l'atteinte d'un niveau de preuve, d'autres facteurs ont été soulignés dans la littérature scientifique et les données expérientielles, soit : l'environnement social et la destination post-congé, la capacité de l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), sa sécurité, l'atteinte d'un plateau thérapeutique et la chronicité de l'état de l'utilisateur ;
-  L'utilisation de critères de fin d'intervention serait également à considérer selon les données expérientielles, mais ce critère n'a pas trouvé écho dans la littérature.

Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services

-  Selon un niveau de preuve élevé et mentionné dans les données expérientielles, le soutien d'une équipe interprofessionnelle facilite la prise de décision ;
-  Selon un niveau de preuve élevé et les données expérientielles, la pression de roulement, les opinions conflictuelles entre collègues, le manque de ressources et les discussions avec l'utilisateur ou des membres de sa famille représentent des obstacles pour la clôture d'un épisode de services ;
-  Selon un niveau de preuve élevé, l'attente d'une évaluation de l'utilisateur par un spécialiste et les enjeux légaux retardent la clôture de l'épisode de services ;
-  La difficulté à laisser l'utilisateur s'impliquer dans la décision a été identifiée comme un obstacle selon les données expérientielles, bien qu'il ait moins de résonance dans la littérature.

Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services

- ✚ Des outils standardisés ou des algorithmes propres aux différentes clientèles et conditions ont été rapportés, chacun dans un seul document de la littérature ;
- ✚ Des outils maison et spécifiques aux disciplines des participants impliqués ont été mentionnés dans les données expérientielles.

Conclusion

Les constats issus de la réalisation de cette EMI abrégée permettront de soutenir la prise de décision de clore un épisode de services en réadaptation physique chez l'adulte. L'analyse des résultats et l'évaluation du niveau de preuve scientifique ont été complexifiées par le large éventail de conditions rencontrées en réadaptation physique, et le petit nombre de participants a limité la portée des données expérientielles. Une ETMI ou un projet de recherche se penchant sur l'applicabilité des résultats en contexte québécois pourraient être des avenues intéressantes en complément des présents constats.

TABLE DES MATIÈRES

1. Contexte	13
2. Problématique	15
3. Méthodologie.....	17
3.1 Question décisionnelle.....	17
3.2 PICOTS.....	17
3.3 Question d'ETMI et questions d'évaluation	18
3.4 ETMI abrégée	18
3.5 Recherche documentaire.....	18
3.5.1 Stratégie de recherche documentaire.....	18
3.5.2 Sélection des documents.....	19
3.6 Extraction, analyse et synthèse des données en provenance de la littérature	21
3.7 Évaluation de la qualité des documents	21
3.8 Collecte de données expérientielles	22
3.8.1 Participants	22
3.8.2 Méthode de collecte des données	22
3.9 Synthèse et analyse des résultats	22
3.9.1 Synthèse de l'ensemble des résultats	22
3.9.2 Évaluation du niveau de preuve	22
3.10 Analyse des données expérientielles	23
3.11 Triangulation des données	23
3.12 Formulation de constats.....	23
4. Résultats.....	24
4.1 Revue de la littérature scientifique.....	24
4.1.1 Sélection des documents.....	24
4.1.2 Caractéristiques des publications retenues	25
4.2 Synthèse narrative des résultats	27
4.2.1 Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services	27
4.2.2 Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services	33
4.2.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services.....	44

4.3 Données expérientielles.....	47
4.3.1 Facteurs ou critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services	48
4.3.2 Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services	50
4.3.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services.....	55
5. Synthèse et analyse.....	57
5.1 Synthèse des résultats.....	57
5.1.1 Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services en réadaptation	57
5.1.2 Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services	58
5.1.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services.....	61
5.2 Analyse des résultats.....	61
5.2.1 Niveau de preuve.....	61
5.2.2 Triangulation des données	63
6. Constats	64
6.1 Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore l'épisode de services.....	64
6.2 Facilitateurs ou obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services	64
6.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services	64
7. Discussion.....	65
8. Conclusion	67
 Références bibliographiques	 68
Annexe I. Stratégies de recherche documentaire.....	72
Annexe II. Recherche littérature grise	83
Annexe III. Canevas d'entrevue pour la collecte de données expérientielles.....	87
Annexe IV. Tableau d'extraction des données des études primaires	88
Annexe V. Tableau d'extraction des données de littérature grise.....	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de sélection PRISMA	24
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et des critères de sélections	17
Tableau 2 : Concepts et exemples de mots-clés utilisés pour la recherche documentaire	19
Tableau 3 : Critères additionnels de sélection des documents	20
Tableau 4 : Caractéristique des études	26
Tableau 5 : Caractéristiques des documents de la littérature grise	27
Tableau 6 : Facteurs à considérer lors de la décision de clore un épisode de services en réadaptation	28
Tableau 7 : Facilitateurs à la prise de décision de clore un épisode de services	34
Tableau 8 : Obstacles à la prise de décision de clore un épisode de service	37
Tableau 9 : Exemples du manque de ressources comme obstacles externes à la clôture d'un épisode de services	42
Tableau 10 : Portrait des différents outils identifiés	44
Tableau 11 : Facteurs à prendre en considération selon la littérature	57
Tableau 12 : Facteurs à prendre en considération selon les données expérientielles	58
Tableau 13 : Facilitateurs et obstacles selon la littérature	59
Tableau 14 : Facilitateurs et obstacles selon les données expérientielles	60
Tableau 15 : Niveau de preuve	62

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Méthode de sélection des documents et d'extraction des données	21
Encadré 2 : Appréciation de la preuve scientifique	23

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CR	Centre de réadaptation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DEUR	Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
DP	Déficience physique
ECR	Essai contrôlé randomisé
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
IURDPM	Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal
LCA	Lésions cérébrales acquises
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PICOTS	Population, Intervention, Comparateur, Outcomes (résultats d'intérêt), Temporalité, Setting (milieu)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
UETMI	Unité d'ETMI
UETMISSS	Unité d'ETMISSS

GLOSSAIRE

Activités de la vie domestique (AVD)

« Activités relatives à la vie domestique (AVD) : utiliser le téléphone, préparer les repas, prendre ses médicaments, gérer ses finances, faire le ménage, utiliser les transports, etc. » (MSSS, 2012).

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

« Activités de base de la vie quotidienne (AVQ), associées aux soins personnels : faire sa toilette, se laver, s'habiller, s'alimenter, se rendre aux toilettes, se déplacer, etc. » (MSSS, 2012).

Adaptation/réadaptation

« Les services d'adaptation/réadaptation consistent en un ensemble d'activités permettant la réalisation du potentiel optimal de la personne en lien avec ses aspirations et ses objectifs, en agissant à la fois sur le développement de ses habiletés, sur la compensation de ses incapacités et sur la réduction des obstacles environnementaux. Ils visent à assurer une participation sociale optimale. Ces services sont circonscrits dans le temps et prennent fin à la reprise des habitudes de vie ou dès l'atteinte des objectifs de participation sociale » (MSSS, 2017, p. 73).

Déficience physique

« Se définit comme étant la déficience d'un système organique qui entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives, persistantes et épisodiques, liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices. La déficience réduit ou risque de réduire la réalisation d'activités courantes ou l'exercice de rôles sociaux » (MSSS, 2017, p. 3).

Épisode de services

« L'épisode de services spécialisés est généralement de courte ou de moyenne durée, variant de quelques semaines à quelques mois. Habituellement, l'épisode de services spécialisés prend fin lorsque la poursuite des interventions n'entraîne pas de progrès ayant un effet significatif sur la réalisation des habitudes de vie de la personne, de sa famille ou de ses proches » (MSSS, 2017, p. 10).

1. Contexte

Au Québec, le programme-service Déficience physique (DP) s'adresse aux personnes de tous âges présentant une déficience auditive, langagière, motrice ou visuelle, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches (MSSS, 2017). L'offre de services y étant rattachée, a pour but de développer et de maintenir les capacités des usagers, de compenser leurs incapacités, de favoriser leur autonomie et de soutenir leur pleine participation sur le plan social, de même qu'à soutenir la famille et les proches des personnes affectées (MSSS, 2017).

Dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) initiée depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris des travaux structurants ciblant la mise en place d'un continuum de services intégrés et hiérarchisés en déficience physique, intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme (MSSS, 2017). Parmi les principes directeurs sur lesquels repose cette gamme de services, l'importance de l'utilisation optimale des ressources et de la précocité des interventions a notamment été soulignée.

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale déploie une offre de services spécialisés et surspécialisés en déficience physique par le biais d'une équipe multidisciplinaire. Depuis plusieurs mois, les gestionnaires des programmes de Réadaptation auditive et Surdicécité adulte et aînée ont entamé une démarche d'amélioration ciblant la performance des intervenants sur le plan de l'intervention directe. Cet exercice a permis de mettre en lumière une grande variabilité dans la durée des épisodes de services, tant entre les intervenants qu'entre les multiples profils cliniques. En plus de soulever des questions liées à l'allocation des ressources, cette situation est jugée problématique sur le plan de l'équité dans les services offerts aux usagers et des délais occasionnés au niveau des listes d'attente.

Les préoccupations associées aux délais de prise en charge revêtent une importance particulière dans le domaine de la déficience physique, intellectuelle et des troubles du spectre de l'autisme, où il est reconnu que la bonne intervention, réalisée au bon moment, offrira à l'utilisateur les meilleures chances de développer son autonomie, de progresser à son plein potentiel et de réduire ou éviter les écarts fonctionnels (MSSS, 2017).

C'est dans ce contexte que la Direction des programmes de Réadaptation auditive et Surdicécité adulte et aînée du CIUSSS de la Capitale-Nationale a mandaté l'UETMISSS de son établissement afin de réaliser une ETMI abrégée portant spécifiquement sur la clôture de l'épisode de services en DP. Ce projet est réalisé en collaboration avec l'UETMISSS du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Cet établissement comprend notamment l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) et offre des services spécialisés et surspécialisés similaires à ceux du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Désireux d'éviter de tendre vers un rationnement des services, en offrant par exemple un nombre fixe de séances à tous les usagers sans considération pour leurs situations et leurs particularités respectives, le demandeur souhaite plutôt documenter les facteurs pouvant alimenter la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services en réadaptation physique adulte et aînée.

Au terme de l'exercice, les résultats de cette ETMI abrégée pourront aider la Direction des programmes de Réadaptation auditive et Surdicécité adulte et aînée du CIUSSS de la Capitale-Nationale, la Direction générale adjointe santé physique générale et spécialisée du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de même que toutes les DDITSADP des CISSS et CIUSSS du Québec, à améliorer la structure de leur offre de services soutenue par les données probantes et répondant aux besoins spécifiques de la clientèle ciblée.

2. Problématique

Le moment choisi pour clore un épisode de services en réadaptation physique implique plusieurs acteurs, autant l'utilisateur lui-même que l'équipe le prenant en charge et le RSSS au sein duquel il évolue.

Pour le réseau de la santé et des services sociaux

Indépendamment du milieu où se déroule l'intervention, le nombre d'heures de prestation de services lors d'une prise en charge en réadaptation physique a un impact direct sur les coûts pour le système de santé (Saxena et al., 2006). En effet, la réduction de la durée de l'épisode de services peut entraîner une importante économie monétaire. En outre, un bénéfice pour les usagers se trouvant sur les listes d'attente est observé, sachant qu'une attente trop longue avant la prise en charge est associée à de moins bons résultats à terme et à plus de complications médicales (Collins et al., 2010).

Dans une étude plus récente (Tavares et al., 2021), l'implantation de procédures standardisées portant notamment sur la fin de l'épisode de services dans un centre de réadaptation pour les troubles du langage a amené des impacts bénéfiques sur la prestation de services, notamment une réduction de la durée moyenne du traitement et une diminution des taux d'abandon.

Pour l'équipe multidisciplinaire

Selon les résultats d'une étude sur le processus d'obtention du congé à la suite d'une fracture de la hanche ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC) auprès d'un échantillon multidisciplinaire (Waring et al., 2019), le travail principal lié à la sortie de l'hôpital tendrait à se dérouler en cinq étapes communes aux différents professionnels :

1. La détermination de l'état de préparation au congé ;
2. L'évaluation et la planification des soins continus à prévoir après le congé ;
3. La détermination des lieux et des ressources pour les soins post-congé ;
4. La gestion de la transition des soins et la réinsertion ;
5. L'initiation des soins continus et la réadaptation au sein de la communauté.

C'est sur la première étape que se penche la présente ETMI. Selon Hersh (2010b), une intervention en réadaptation physique devrait idéalement prendre fin lorsque le problème est résolu, lorsque l'utilisateur a repris son niveau antérieur de fonctionnement ou ce qui s'en approche le plus.

Les différents professionnels impliqués peuvent alors prendre la décision de clore l'épisode de services en ayant un sentiment de devoir accompli. Il y aurait un consensus dans la littérature voulant que les intervenants soient généralement motivés par une préoccupation réelle pour la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et sa satisfaction vis-à-vis de son épisode de services post-aigus lors de la planification du congé (Fredericks, 2021).

Cette étude suggère que les intervenants sont motivés intrinsèquement à s'assurer de prendre en compte les volontés de l'utilisateur dans la planification du congé, bien que d'autres facteurs dans leur environnement de travail puissent également influencer leur motivation. En effet, on observe dans la réalité d'autres motifs pouvant conduire à une réflexion sur la possibilité de mettre un terme à l'épisode de services, notamment les absences répétées de l'utilisateur aux rencontres ou son manque d'investissement dans le traitement, de même que l'absence de progrès ayant un effet significatif sur la réalisation des habitudes de vie de la personne, de sa famille ou de ses proches (MSSS, 2017).

La décision de mettre fin à la thérapie revêt un côté complexe et incertain, faisant parfois appel à l'intuition (Hersh, 2010a) ou à l'expérience de l'équipe (Pashley et al., 2010). Il s'agit souvent d'un processus complexe de négociation avec l'utilisateur, impliquant énergie et émotions diverses (Hersh, 2010b). Hersh (2003, 2009) fait notamment référence à un sevrage et à des stratégies qui peuvent être utilisés afin d'amoindrir le sentiment d'abandon que la fin de l'épisode de services peut susciter chez l'utilisateur. Cela peut entraîner chez certains intervenants un conflit de valeurs, et parfois aller jusqu'à susciter des sentiments d'inconfort, d'anxiété ou de détresse. Une fin d'intervention rapide ou prématurée découlant d'enjeux monétaires ou organisationnels, comme la présence d'une charge de cas trop lourde, peut occasionner un sentiment d'échec à répondre aux besoins de l'utilisateur et à accomplir pleinement son rôle en tant que professionnel de la santé (Hersh, 2010b ; Togher, 2010).

Pour l'utilisateur

Bien qu'une réduction ou une normalisation de la durée de l'épisode de services puisse être bénéfique, elle ne peut se faire au détriment de la qualité des soins offerts aux usagers (Woznowski-Vu et al., 2015). Si le fait de poursuivre un traitement sans la perspective de gains supplémentaires peut être perçu comme inefficace, une fin de traitement précoce ou trop abrupte peut en contrepartie nuire à l'atteinte des objectifs de l'utilisateur (Gillespie & Gartner-Schmidt, 2018). De même, la décision de mettre fin à la thérapie parce que l'utilisateur a atteint momentanément un plateau pourrait être une « décision erronée », s'il s'avérait que d'autres gains peuvent être faits dans le futur (Togher, 2010). L'utilisateur est alors à risque de ne pas atteindre son plein potentiel, voire de régresser, par exemple en cas de chutes, et/ou de développer d'autres conditions (Wong & Wong, 1997). Avec certaines avancées scientifiques, par exemple en neuroplasticité, des études ont démontré que plusieurs usagers avaient effectivement vu leur traitement prendre fin précocement pour de mauvaises raisons, alors que d'autres gains demeuraient possibles (Togher, 2010).

L'ETMI abrégée recense les études publiées dans des revues scientifiques et d'autres publications qui portent sur les différents éléments associés à la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services en réadaptation physique. Des données expérientielles ont également été recueillies auprès d'intervenants et de gestionnaires. L'analyse de l'ensemble de ces données vise à outiller les professionnels impliqués dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de service. En s'assurant que l'épisode de services se termine au moment optimal pour favoriser la récupération, les résultats de cette ETMI contribueront à une meilleure prise en charge des usagers et à améliorer l'efficacité du RSSS.

3. Méthodologie

3.1 Question décisionnelle

La question décisionnelle à la base de cette ETMI est la suivante : **Comment soutenir la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services chez les adultes suivis en réadaptation physique ?**

3.2 PICOTS

La typologie PICOTS (S¹amson & Schoelles, 2012) est utilisée pour aider à circonscrire la question d'évaluation en fonction des besoins du demandeur. Elle permet la formulation de questions d'évaluation claires, aide à la définition de la stratégie de recherche documentaire et à la définition des critères de sélection des études.

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS et des critères de sélections

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
POPULATION	Intervenants et usagers impliqués dans la prise de décision de clore un épisode de services en réadaptation – DP (déficience motrice, sensorielle (auditive, visuelle) et langagière) Clientèle : adultes (18 ans et plus)	Intervenants œuvrant dans tout autre domaine que la réadaptation physique. Clientèle : enfant et déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
INTERVENTION	Décision de clore un épisode de services	
COMPARATEUR	Ne s'applique pas	
OUTCOMES (RÉSULTATS D'INTÉRÊT)	Facteurs ou critère influençant la prise de décision de clore un épisode de services Obstacles et facilitateurs Soutien aux professionnels (ex : outils d'aide à la décision) Autres résultats pertinents	
TEMPORALITÉ (MOMENT DE LA MESURE)	Avant et au moment de la clôture de l'épisode de services	
SETTING (CONTEXTE/ENVIRONNEMENT)	Milieu de réadaptation physique Réadaptation interne ¹ et externe	

¹ Les milieux de réadaptation internes peuvent inclure les milieux de soins aigus lorsque le continuum de réadaptation a déjà été engagé.

3.3 Question d'ETMI et questions d'évaluation

La question d'ETMI formulée à partir des critères PICOTS est la suivante :

Comment soutenir la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services en réadaptation physique auprès d'une clientèle adulte ?

De cette question découlent trois questions d'évaluation :

1. Quels sont les facteurs ou critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services ?
2. Quels sont les facilitateurs et les obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services ?
3. Quels sont les outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services.

Dans le cadre de ce projet, seules les dimensions professionnelle et organisationnelle seront abordées. Les données utilisées pour répondre aux questions d'évaluation proviendront de la recherche de littérature dans des bases de données bibliographiques, de la recherche de littérature grise et de données expérientielles. Les dimensions d'efficacité, d'efficience, d'éthique, sociale, légale et économique ne seront pas abordées.

3.4 ETMI abrégée

Une ETMI abrégée est définie comme étant une synthèse de données issues d'une revue de la littérature utilisant une méthode systématique et de données contextuelles et expérientielles. La triangulation de l'ensemble des données conduit à la formulation de constats.

Opter pour une ETMI abrégée permet une diminution des délais de réalisation par rapport à une ETMI classique, qui implique la réalisation d'une revue systématique, afin de répondre au besoin exprimé par le demandeur tout en assurant des résultats de qualité.

3.5 Recherche documentaire

3.5.1 Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été élaborée en collaboration avec une bibliothécaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale spécialisée dans la réalisation de revues systématiques. Cette stratégie a été révisée par une bibliothécaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal.

L'ensemble du processus et les détails qui s'y rapportent sont décrits dans un document rédigé par la bibliothécaire et disponible sur demande. Les stratégies de recherche dans les différentes bases de données bibliographiques apparaissent dans l'**annexe I**. La période de publication couverte dans cette ETMI est de janvier 2012 à janvier 2023.

A) Recherche dans les bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche documentaire a été élaborée à partir d'une liste de concepts et de mots-clés, dont une partie a été identifiée lors de la recherche exploratoire de la littérature (**tableau 2**). Les bases de données bibliographiques CINAHL (EBSCO), Embase (Ovid) et Medline (Ovid) ont été interrogées. Les stratégies de recherche détaillées sont présentées à l'annexe I. Les bibliographies des études retenues ont également été consultées.

Tableau 2 : Concepts et exemples de mots-clés utilisés pour la recherche documentaire

CONCEPT 1 DÉFICIENCE PHYSIQUE		CONCEPT 2 INTERVENTION	CONCEPT 3 FIN DE L'INTERVENTION/OUTILS
Sensory language speech hearing auditory vision cognitive motor	Impairment Loss Deficiency Disability ...	Rehabilitation Intervention Treatment Approach Therapy ...	Length of stay Treatment duration Duration of therapy Episode of care Patient discharge Discharge planning Treatment termination Decision making...

B) Recherche sur le web (littérature grise)

La recherche de littérature grise² pertinente en lien avec ce projet d'ETMI a été effectuée à l'aide de l'outil Grey Matters et dans les sites web de diverses organisations. Le moteur de recherche Google a été également utilisé. De plus, les bibliographies des documents retenus ont été consultées. Les mots-clés, les sites consultés ainsi que les dates de consultation sont documentés à l'**annexe II**.

3.5.2 Sélection des documents

La sélection des documents a été menée à partir des critères d'inclusion et d'exclusion déterminés sur la base de l'outil PICOTS (**tableau 1**) et d'autres spécifications concernant le type de devis, la langue et le pays (**tableau 3**). La sélection des documents a été répartie entre les deux premières auteures (PP et ND).

² La littérature grise représente « tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (Schöpfel, 2012).

Un premier tri a d'abord été réalisé sur la base des titres et des résumés. La sélection finale s'est faite sur la base de la lecture complète des documents. Afin d'assurer une compréhension commune des critères, la sélection des premiers 10 % des titres et des documents a été réalisée de manière indépendante par les deux auteures (PP et ND). En l'absence de consensus, les désaccords ont été résolus par la responsable scientifique du projet (SSJ). Le processus de sélection des documents est résumé dans la première partie de l'**encadré 1**.

Tableau 3 : Critères additionnels de sélection des documents

CRITÈRE	INCLUSION	EXCLUSION
TYPES DE PUBLICATION	Études primaires (aucun devis exclu) Guides de pratique clinique Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes (pratiques exemplaires) Mémoires de maîtrise/thèses de doctorat	Revue narratives Revue systématiques Rapport d'ETMI Résumés de conférences Livres Chapitres de livres avec résultats Lettres Notes Actes de congrès Éditoriaux
LANGUES DE PUBLICATION	Français, anglais	
PAYS DE PUBLICATION	Pays membres de l'OCDE	
PÉRIODE DE PUBLICATION	Janvier 2012 à janvier 2023	

Les revues narratives, les revues systématiques et les rapports d'ETMI pertinents au sujet sont exclus parce qu'ils incluent généralement une partie des études primaires repérées par la stratégie de recherche. Ils sont cependant utilisés pour identifier des études primaires pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche. Le but est de ne pas compiler les résultats d'une même étude primaire plus d'une fois.

Encadré 1 : Méthode de sélection des documents et d'extraction des données

Sélection des documents

Phase 1 : Lecture des titres et des résumés

Phase 2 : Lecture complète des documents retenus à la phase 1 (raisons d'exclusions documentées)

- ✚ Deux professionnelles en ETMI se partagent la sélection ;
- ✚ Fidélité interjuge pour 10 % des premiers titres (phases 1 et 2) ;
- ✚ Résultats rapportés dans un diagramme de flux PRISMA.

Extraction des données*

- ✚ Deux professionnelles en ETMI se partagent l'extraction des données ;
- ✚ Fidélité interjuge pour les cinq premiers documents ;
- ✚ Recours à une grille structurée incluant, notamment :
 - Premier auteur, année de publication, pays où l'étude a été réalisée ;
 - Devis de recherche ;
 - Participants (type, nombre et caractéristiques) ;
 - Description de l'intervention (objectif, durée, intensité, etc.) et comparateur ;
 - Résultats d'intérêt.

3.6 Extraction, analyse et synthèse des données en provenance de la littérature

L'extraction des données a été réalisée par les deux premières auteures (PP et ND) à l'aide d'une grille structurée. Un test de fidélité interjuge a d'abord été effectué sur les cinq premiers documents afin de s'assurer d'une compréhension commune des champs de la grille. Les autres documents ont été partagés entre les deux auteurs. Par la suite, une synthèse narrative de l'ensemble des données recueillies a été réalisée. Cette synthèse se divise en trois blocs, correspondant respectivement aux trois questions d'évaluation.

3.7 Évaluation de la qualité des documents

La qualité méthodologique des études primaires retenues a été établie à l'aide de l'outil QualSyst (Kmet et al., 2004) pour les devis quantitatif et qualitatif. La grille Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Pluye et al., 2011) a quant à elle été utilisée pour évaluer la qualité des études mixtes. La qualité méthodologique des études est exprimée en pourcentage. Les études ayant un score de 80 % et plus sont considérées de qualité élevée, de 70 à 79 % de bonne qualité, de 50 à 69 % d'une qualité adéquate et en dessous de 50 % d'une qualité faible. Une validation interjuge pour 10 % des documents a été effectuée.

À l'exception des thèses et des mémoires dont la qualité méthodologique a été traitée comme des études primaires et l'évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratiques qui a été réalisée à l'aide de la grille AGREE II (Melissa et al., 2010), la crédibilité des autres documents de la littérature grise a été évaluée avec l'outil d'évaluation et d'appréciation AACODS (Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance) (Tyndall, 2010). Selon les réponses à l'outil AACODS, la crédibilité des documents de la littérature grise a été classée comme faible, modérée ou élevée. Une validation interjuge pour tous les documents a été effectuée.

3.8 Collecte de données expérientielles

La collecte de données expérientielles visait à explorer le contexte organisationnel et le vécu des gestionnaires et des intervenants au moment de décider de clore un épisode de services en réadaptation physique auprès de la clientèle adulte.

3.8.1 Participants

Des gestionnaires et des intervenants ont été invités à participer à un groupe de discussion. Ceux-ci ont été identifiés avec l'aide du demandeur, des membres du comité de suivi, du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL), et par divers contacts effectués par les professionnelles en ETMI.

3.8.2 Méthode de collecte des données

Un canevas d'entrevue semi-dirigée, reprenant les trois questions d'évaluation et développé par l'équipe d'ETMI, a été utilisé lors des entrevues (**annexe III**). Celles-ci ont été animées par les deux professionnelles en ETMI (PP et ND). Les entrevues ont été enregistrées et une transcription des verbatim a été réalisée afin de faciliter l'extraction, la synthèse et l'analyse des données.

3.9 Synthèse et analyse des résultats

3.9.1 Synthèse de l'ensemble des résultats

Les données issues de la littérature et les données expérientielles ont été synthétisées et analysées en fonction des questions d'évaluations.

3.9.2 Évaluation du niveau de preuve

Les critères retenus pour l'appréciation du niveau de preuve des résultats d'intérêt issus des études scientifiques sont inspirés des critères de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2017). Quatre critères sont considérés pour apprécier chacun des résultats d'intérêt : 1) le nombre d'études, 2) l'optimalité des devis, 3) la qualité méthodologique des études et 4) la cohérence des résultats entre les études. La méthode utilisée pour l'appréciation du niveau de preuve est décrite dans l'**encadré 2**.

Encadré 2 : Appréciation de la preuve scientifique



Deux professionnelles en ETMI complètent la grille d'appréciation du niveau de preuve pour chacun des résultats d'intérêt qui ont été rapportés dans au moins trois études. Les résultats sont ensuite mis en commun et les désaccords sont résolus par consensus ou avec la responsable scientifique ;



À partir des tendances observées pour les critères d'appréciation, un niveau de preuve scientifique, jugé comme étant insuffisant, faible, modéré ou élevé, est établi ;



Critères d'appréciation :

- **Limites méthodologiques :**
 - ✓ Quantité d'études incluses rapportant un même résultat ;
 - ✓ Choix du devis d'étude par rapport à l'objectif de l'étude ;
 - ✓ Qualité méthodologique des études.
- **Cohérence des résultats**

3.10 Analyse des données expérientielles

L'analyse des données expérientielles recueillies a été réalisée en utilisant d'abord une approche déductive en fonction des questions d'évaluations, puis une approche inductive pour intégrer les éléments nouveaux apportés par les participants.

3.11 Triangulation des données

Bien que les données scientifiques demeurent à la base de l'ETMI, ces données peuvent être comparées et examinées à la lumière des données expérientielles pour évaluer l'applicabilité des résultats dans la pratique. Par la triangulation, la valeur des données est établie au moyen de différentes mesures qui convergent vers un même résultat ou qui fournissent une image globale cohérente ou nuancée (Beauchamp, 2018). La concordance entre les données expérientielles recueillies et les données issues de la littérature a été évaluée et utilisée pour la formulation de constats.

3.12 Formulation de constats

Des constats ont été formulés sur la base de l'évaluation du niveau de preuve et de la convergence des données issues de la littérature et des données expérientielles. Ceux-ci constituent donc un résumé des faits saillants issus des données probantes disponibles à ce jour.

4. Résultats

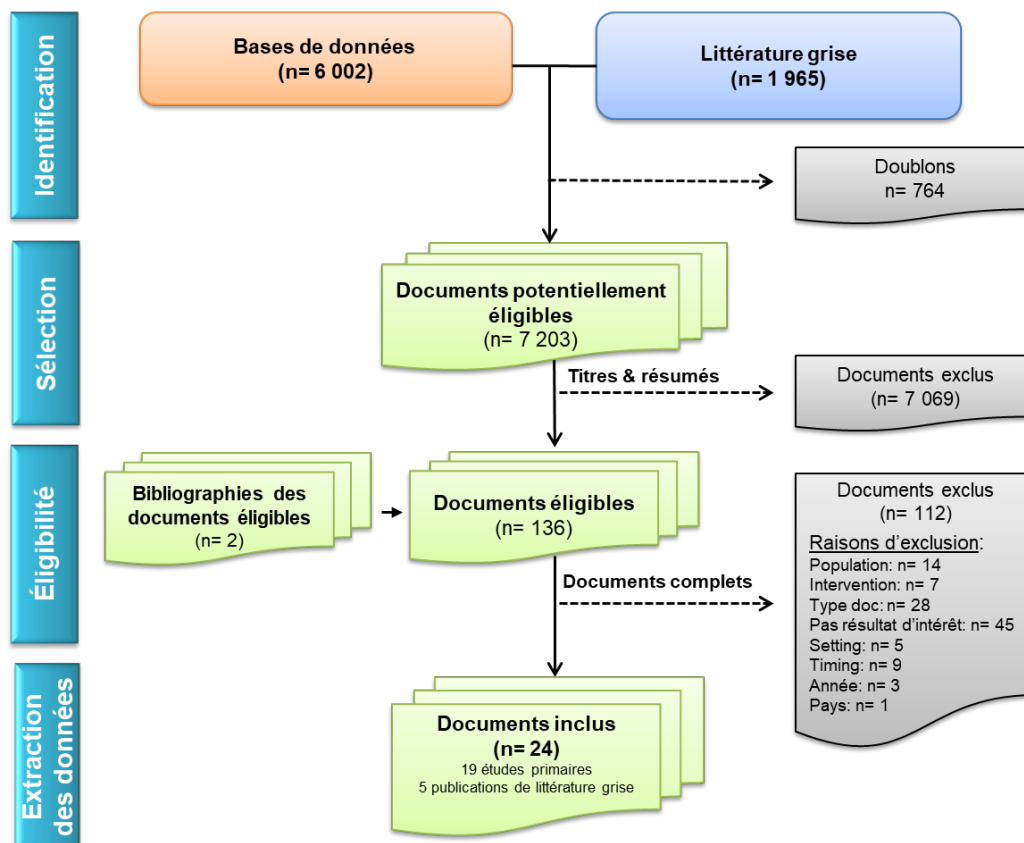
Cette section présente les résultats obtenus dans le cadre de cette démarche d'ETMI abrégée. Dans un premier temps, la sélection et les caractéristiques des documents retenus sont présentées. Suit la synthèse narrative des études et autres documents retenus et des données expérientielles. Les résultats sont ensuite rapportés, en fonction des questions d'évaluation.

4.1 Revue de la littérature scientifique

4.1.1 Sélection des documents

La recherche documentaire dans les bases de données bibliographiques et sur le web a permis de recenser 7 203 publications potentiellement éligibles dont 6 002 issues de la littérature scientifique et 1 965 provenant de la littérature grise. À la fin de la sélection, 24 documents ont été retenus : 19 articles scientifiques et 5 documents de la littérature grise. Le schéma PRISMA de sélection des documents (Page et al., 2021) est présenté dans la **figure 1**.

Figure 1 : Schéma de sélection PRISMA



4.1.2 Caractéristiques des publications retenues

Les 24 documents retenus proviennent de 9 pays, soit le Canada (7), les États-Unis (4), l'Australie (4), le Royaume-Uni (3), l'Italie (2), les Pays-Bas (1), la Corée du Sud (1), le Danemark (1) et l'Irlande (1). La documentation retenue inclut 19 articles scientifiques et 5 documents de la littérature grise (une thèse, 2 guides de pratique et 2 documents issus d'organisations savantes).

Pour la suite, la thèse de Smith-Gabai (2016) a été traitée comme une étude primaire. Dix-sept études retenues sont de qualité méthodologique élevée, ayant obtenu un score supérieur ou égal à 80 %. Trois études sont considérées de bonne qualité méthodologique, ayant obtenu un score entre 70 % et 79 %. Aucun des articles scientifiques n'a obtenu un score inférieur à 70 %. Trois des documents de la littérature grise retenus sont considérés comme ayant un niveau de crédibilité élevé et le dernier comme ayant un niveau de crédibilité modéré. Les tableaux présentant les caractéristiques des études et des documents de la littérature grise retenus sont présentés ci-dessous (**tableaux 4 et 5**).

Tableau 4 : Caractéristique des études

1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	PAYS	DEVIS	QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE
BARNETT 2022	Royaume-Uni	Qualitatif Approche constructiviste de base empirique	Élevée (90 %)
BORONOWSKI 2012	Canada	Quantitatif Étude prospective	Élevée (95 %)
DE RIDDER 2018	Pays-Bas	Quantitatif Étude transversale rétrospective	Élevée (80 %)
GIALANELLA 2014	Italie	Quantitatif Étude observationnelle prospective	Élevée (91 %)
GILLESPIE 2018	États-Unis	Qualitatif	Bonne (70 %)
ISAKSEN 2018	Danemark	Qualitatif Approche phénoménologique et ethnologique	Élevée (95 %)
KIM 2016	États-Unis	Quantitatif Analyse secondaire des données d'une étude mixte	Élevée (85 %)
LALIBERTÉ 2018	Canada	Qualitatif Descriptive exploratoire interprétative	Élevée (85 %)
MARTIN 2022	Australie	Qualitatif Approche inductive	Élevée (95 %)
MATMARI 2014	Canada	Mixte Enquête transversale	Bonne (72 %)
NEW 2015	Australie	Quantitatif Étude de cohorte et de cas prospective	Élevée (91 %)
NEW 2013A	Australie	Mixte Processus itératif	Bonne (75 %)
NEW 2013B	Australie	Quantitatif Étude de cohorte prospective	Élevée (95 %)
NEWMAN 2022	Royaume-Uni	Quantitatif Étude factorielle	Élevée (85 %)
NOLAN 2016	Irlande	Quantitatif Étude de cohorte prospective	Élevée (90 %)
PARK 2014	Corée du Sud	Quantitatif Avant-après	Élevée (95 %)
SMITH-GABAI 2016	États-Unis	Qualitatif	Élevée (90 %)
VIGLIANESE 2020	Italie	Quantitatif Étude transversale	Élevée (80 %)
WARING 2019	Royaume-Uni	Qualitatif Ethnographique	Élevée (80 %)
WYLEGALA 2015	États-Unis	Quantitatif Étude transversale rétrospective	Élevée (95 %)

Tableau 5 : Caractéristiques des documents de la littérature grise

1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	PAYS	TYPE DE DOCUMENT DEVIS (SI APPLICABLE)	CRÉDIBILITÉ
GREATER TORONTO AREA (GTA) REHAB NETWORK 2018	Canada	Cartographies	Modérée
INESSS/ONF 2016	Canada	Guide de pratique	Élevée
ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION 2018	Canada	Rapport gouvernemental	Élevée
REHABILITATIVE CARE ALLIANCE 2022	Canada	Guide de pratique	Élevée

4.2 Synthèse narrative des résultats

Cette section présente la synthèse narrative des résultats issus des documents retenus selon chacune des questions d'évaluation. Les données extraites de la littérature scientifique et de la littérature grise sont présentées dans les **annexes IV et V**.

4.2.1 Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services

Au total, 10 documents ont été retenus pour répondre à la première question d'évaluation : Quels sont les facteurs ou critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services ?

Cinq études s'intéressent aux professionnels, notamment des ergothérapeutes, physiothérapeutes et orthophonistes, alors que trois portent essentiellement sur des usagers présentant une variété de conditions de santé. Les deux autres publications sont des guides de pratique pour la réadaptation des adultes ayant subi, respectivement, un TCC modéré à grave et un remplacement total de la hanche et du genou. Les 10 principaux facteurs identifiés dans ces différentes publications sont rapportés dans le **tableau 6**.

Tableau 6 : Facteurs à considérer lors de la décision de clore un épisode de services en réadaptation

FACTEURS	1 ^{ER} AUTEUR (ANNÉE)	PARTICIPANTS	MILIEUX DE SOINS
PARTICIPATION DE L'USAGER	Kim et Leland (2016)	45 ergothérapeutes 47 physiothérapeutes	Établissements de soins spécialisés
	Laliberté (2018)	13 physiothérapeutes	Départements externes de physiothérapie
	Wylegala (2015)	41 110 usagers présentant des troubles variés	Unités de réadaptation
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	Kim et Leland (2016)	45 ergothérapeutes 47 physiothérapeutes	Établissements de soins spécialisés
	INESSS/ONF (2016)	N/A	Services de réadaptation
MOBILITÉ ET AMPLITUDE DE MOUVEMENT	Gialanella (2014)	210 usagers avec troubles orthopédiques et traumatologiques	Unité de médecine aiguë
	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	
CAPACITÉ DANS LES AVQ	INESSS/ONF (2016)	N /A	Services de réadaptation
	Rehabilitative Care Alliance (2022)	N/A	Milieus de soins ontariens
ATTEINTE D'UN PLATEAU THÉRAPEUTIQUE	Laliberté (2018)	13 physiothérapeutes	Départements externes de physiothérapie
	Rehabilitative Care Alliance (2022)	N/A	Milieus de soins ontariens
ENVIRONNEMENT SOCIAL ET DESTINATION POST-CONGÉ	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unités de médecine aiguë
ÉTAT DE FRAGILITÉ	Nolan (2016)	41 usagers âgés (65 ans et plus)	Unité de réadaptation post-aiguë
SÉCURITÉ DE L'USAGER	Newman (2022)	74 ergothérapeutes	Soins intermédiaires pour âgés
CHRONICITÉ DE L'ÉTAT DE L'USAGER	Laliberté (2018)	13 physiothérapeutes	Départements externes de physiothérapie
CAPACITÉ À TRANSFÉRER LES ACQUIS HORS DU CADRE THÉRAPEUTIQUE	Gillespie (2018)	7 et 50 orthophonistes spécialisés en thérapie vocale	Centre vocal universitaire

1. Participation de l'utilisateur

La participation de l'utilisateur a été évoquée dans trois documents. Dans l'étude de Kim & Leland (2016) concernant les meilleures pratiques en contexte de soins post-aigus pour les fractures de la hanche, un échantillon d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes a été invité à identifier les processus de soins qu'ils jugeaient les plus prioritaires selon cinq domaines cliniques. La participation de l'utilisateur et du proche aidant à la planification de la sortie était la pratique jugée comme essentielle par un peu plus de la moitié des répondants (57 %).

Dans une deuxième étude menée à Montréal (Laliberte et al., 2018), les auteurs ont exploré la perception de 13 intervenants œuvrant en département externe de physiothérapie sur les facteurs influençant l'attribution des services en termes de fréquence, de durée et de priorisation. Le niveau de collaboration de l'utilisateur est identifié comme l'un des facteurs non cliniques contributifs à la rapidité avec laquelle un congé est envisagé. La perception des intervenants quant au niveau d'engagement de l'utilisateur, de même que sa capacité à naviguer dans le système (ex. : l'insistance et la persistance dans la prise de rendez-vous), sont décrits comme des facteurs influençant positivement la décision de clôture.

En contrepartie, des facteurs tels qu'un manque d'assurance perçue ou un niveau de coopération moindre chez l'utilisateur, incluant le fait de se présenter en retard ou de ne pas effectuer ses exercices par soi-même, seraient pris en compte pour estimer le potentiel de bénéfice d'un traitement et, de ce fait, la décision d'y mettre un terme. Par ailleurs, le niveau de satisfaction de l'utilisateur est également identifié par les participants comme l'un des facteurs cliniques influençant la décision de clôture.

Dans une troisième étude, Wylegala et al. (2015) ont sondé plus de 41 000 usagers après leur sortie d'une unité de réadaptation aux États-Unis. Les résultats montrent que 89 % des répondants sont d'accord ou fortement d'accord avec le fait d'avoir participé aux prises de décision lors de leur séjour en réadaptation. Les modèles de régression multivariés indiquent qu'une plus grande participation perçue dans la prise de décision est associée ($p < 0,05$) à des durées de séjour légèrement plus grandes, un statut de fonctionnement après la sortie plus élevé, et de plus grandes probabilités de retourner dans la communauté après la sortie de l'unité de réadaptation.

2. Environnement physique

Des facteurs liés à l'environnement physique ont été identifiés dans deux documents. Dans l'étude de Kim et Leland (2016), décrite plus haut, le domaine de la planification du congé désignait les éléments de la réadaptation visant à faciliter une transition sûre et efficace vers la communauté. Dans ce domaine, la transmission d'informations sur l'achat d'appareils et d'équipements d'assistance (55 %) et la réalisation d'évaluations et de modifications du domicile et de l'environnement (54 %) étaient deux processus de soins jugés comme prioritaires par plus de la moitié des participants.

Un guide de pratique pour la réadaptation des adultes ayant subi un TCC modéré-grave a été réalisé par l'INESSS en collaboration avec la Fondation ontarienne de neurotraumatologie (ONF) (INESSS/ONF, 2016). Les recommandations présentées reposent principalement sur des consensus d'experts ou des études de moindre qualité, reflétant la nature de la pratique en réadaptation et la difficulté de réaliser des essais contrôlés randomisés (ECR) chez cette population.

Selon ce guide, la planification du congé de réadaptation devrait tenir compte de manière prioritaire de l'environnement domiciliaire et social de l'utilisateur ainsi que de son milieu de vie. Si nécessaire, le guide de pratique recommande des adaptations essentielles au domicile de l'utilisateur. Un délai raisonnable devrait ensuite être accordé pour permettre de terminer les adaptations avant l'obtention du congé.

3. Mobilité et amplitude de mouvement

Deux études rapportent que la mobilité et l'amplitude de mouvement seraient des facteurs influençant la durée de l'épisode de réadaptation. Dans l'étude de Gialanella (2014), les auteurs ont évalué la durée de traitement et les variables prédictives de la durée d'un épisode de services chez 210 usagers adultes s'étant présentés dans un service de réhabilitation orthopédique et traumatologique en ambulatoire.

Une analyse de régression logistique univariée a été appliquée dans le but d'analyser les relations entre différentes variables et la durée de réhabilitation suivie d'une analyse de régression multiple par étapes dans le but d'identifier les variables qui prédisent la durée de la période de traitement. Les résultats montrent que la durée du traitement est étroitement liée, de façon statistiquement significative, à l'amplitude des mouvements à l'admission ($\beta=0,15$) ainsi qu'à l'intervalle entre l'apparition des symptômes et le moment de l'admission ($\beta=0,23$).

Dans une autre étude, des chercheurs canadiens ont examiné l'expérience de la planification du congé du point de vue de 39 physiothérapeutes travaillant sur des unités de médecine interne en Ontario (Matmari et al., 2014). Cette étude transversale s'intéressait notamment à l'importance et au classement des facteurs internes et externes pouvant affecter la décision d'accorder un congé. Les résultats révèlent que la mobilité de l'utilisateur compte parmi les facteurs à considérer lors de la clôture de l'épisode de soins.

4. Capacité dans les AVQ

Dans le guide de pratique pour la réadaptation des adultes ayant subi un TCC modéré-grave décrit plus haut (INESSS/ONF, 2016), la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) de manière sécuritaire, avec ou sans assistance, est également citée comme un critère de retour au domicile. De manière similaire, dans un guide ontarien des meilleures pratiques en remplacement total de la hanche et du genou (Rehabilitative Care Alliance, 2022), la capacité à reprendre sûrement ses activités, de même qu'à réaliser de manière sécuritaire des tâches telles que les transferts vers le domicile ou un véhicule et l'utilisation d'escaliers, sont identifiés comme des critères d'obtention du congé des soins ambulatoires.

5. Atteinte d'un plateau thérapeutique

L'étude de Laliberté et al. (2018), décrite plus haut, a relevé l'atteinte d'un plateau thérapeutique comme un déterminant de la clôture de l'épisode de service. Selon l'échantillon de 13 physiothérapeutes, la décision de clore une intervention auprès d'usagers atteints de conditions aiguës serait principalement influencée par l'atteinte de leur potentiel le plus élevé. Outre l'atteinte des objectifs cliniques et d'une récupération fonctionnelle complète, l'atteinte d'un plateau thérapeutique est identifiée par les participants comme l'un des facteurs cliniques contributifs à la décision de donner le congé à un usager plus rapidement.

Toutefois, les points de vue des participants divergent quant à la définition de ce concept. Alors que certains confirment la présence d'un plateau à la suite d'un certain nombre de traitements (visites) sans évolution ou bénéfices cliniques, d'autres l'abordent en termes de temps (mois, années). De plus, dans le guide ontarien des meilleures pratiques en remplacement total de la hanche et du genou décrit précédemment (Rehabilitative Care Alliance, 2022), il est notamment recommandé d'accorder son congé des soins ambulatoires à un usager lors de l'atteinte d'un plateau thérapeutique, plutôt qu'en fonction d'un nombre maximum de visites.

6. Environnement social et destination post-congé

L'impact de l'environnement social sur la décision de clore un épisode de services en réadaptation physique est évoqué dans l'étude de Matmari et al. (2014). Le soutien de la famille est identifié par les intervenants comme l'un des principaux facteurs influençant leur décision, indépendamment du type de pratique, de l'environnement ou des caractéristiques de l'unité.

Les répondants ont également identifié la disponibilité des différents soutiens dispensés par les centres d'accès aux soins communautaire (Community Care Access Centre ; CCAC) comme une considération supplémentaire. Selon les résultats de cette même étude (Matmari et al., 2014), la destination post-congé représente l'une des principales considérations liées à l'usager dans la prise de décision de clore un épisode de services.

7. État de fragilité

Dans l'étude de Nolan (2016), l'objectif secondaire était d'évaluer la relation entre la fragilité et les résultats de la réadaptation chez une cohorte prospective de 41 aînés (65 ans et plus) suivie de l'admission à la sortie d'une unité de réadaptation post-aiguë. Bien qu'il n'existe pas de définition standardisée de la fragilité, les auteurs la définissent comme un syndrome caractérisé par une diminution des réponses physiologiques aux facteurs de stress tels qu'une maladie aiguë ou une détresse psychologique.

La relation entre la fragilité, évaluée à l'admission et au moment du congé à l'aide du Clinical Frailty Scale (CFS), et les résultats de la réadaptation a été calculée à l'aide de coefficients de corrélation et d'une analyse de régression multivariée prenant en compte les facteurs confondants. Les résultats montrent que la fragilité est associée négativement ($p < 0,044$) à un indice d'indépendance dans les AVQ au moment du congé, suggérant que les participants plus fragiles présenteraient une dépendance plus importante dans la vie quotidienne. L'état de fragilité est aussi associé négativement ($p \leq 0,001$) au score obtenu au test d'équilibre de Tinetti, suggérant que les participants plus fragiles seraient à plus haut risque de chutes après l'obtention de leur congé. De plus, la fragilité montre une association positive modérée ($p = 0,013$) avec la durée de l'épisode de services en termes de jours passés en unité de réadaptation.

8. Sécurité de l'utilisateur

Une étude a identifié le degré de sécurité de l'utilisateur comme un facteur contributif à la planification du congé (Newman, 2022). Les auteurs se sont intéressés aux effets de la prise de risque dite « positive » sur la décision d'accorder un congé aux usagers âgés dans le contexte de soins intermédiaires en ergothérapie. Cette notion est définie comme un arbitrage entre l'atténuation et une prise de risque bénéfique et appropriée dans le cadre d'une intervention ergotherapique. Dans cette enquête factorielle, un groupe d'étudiants et d'experts en ergothérapie a été invité à déterminer les barrières les plus fréquentes à la prise de risque positive.

Les résultats suggèrent que les ergothérapeutes cherchent à atténuer les facteurs susceptibles de réduire la sécurité d'un usager lors d'une évaluation de sortie à domicile. Selon l'étude, de nombreux facteurs pourraient influencer la prise de décision en matière de risque, autant liés à l'utilisateur (mobilité et déficits fonctionnels) qu'à son environnement (désordre, planchers inégaux, rampes inadéquates, etc.). De plus, le fait que l'utilisateur ait une capacité limitée à percevoir le risque représente, selon les experts, le facteur considéré comme ayant le plus d'influence sur la décision d'accorder un congé à domicile.

9. Chronicité de l'état de l'utilisateur

L'étude de Laliberté et al. (2018) a également identifié la chronicité de l'état de l'utilisateur comme un facteur contributif aux décisions en matière de prestation de services. Pour les usagers souffrant de conditions chroniques, définies comme la présence de problèmes depuis plusieurs mois sans changement significatif, la décision serait davantage guidée par leur capacité à s'autogérer. Comme les usagers présentant des conditions chroniques ont souvent des périodes d'exacerbation et de rémission, il est plus difficile de prédire leur potentiel de récupération. Certains participants rapportent donc leur offrir un nombre fixe de séances à titre d'essai.

10. Capacité à transférer les acquis hors du cadre thérapeutique

Finalement, une étude réalisée auprès d'orthophonistes spécialisés dans la thérapie vocale a relevé la capacité à transférer les acquis hors du cadre thérapeutique comme contributoire à la décision de congé (Gillespie & Gartner-Schmidt, 2018). En utilisant la méthode Delphi, une liste de facteurs a d'abord été établie par groupe de consensus clinique, puis un questionnaire a été réalisé auprès de 50 orthophonistes afin de classer ceux-ci en ordre d'importance.

Selon les résultats du sondage, les cinq facteurs les plus importants seraient la capacité de l'utilisateur à : (1) utiliser une meilleure voix de manière indépendante, (2) fonctionner avec sa nouvelle production vocale dans les AVQ, (3) faire la différence entre une bonne et une mauvaise voix, (4) assumer la responsabilité de sa voix, et (5) avoir un meilleur son par rapport à sa situation de départ.

Selon l'étude, plus de 85 % des professionnels interrogés jugent que le facteur le plus important pour déterminer l'aptitude de l'utilisateur à recevoir son congé repose sur sa capacité à transférer les techniques vocales au niveau conversationnel, soit à être en contrôle de sa production vocale en dehors du cadre thérapeutique.

4.2.2 Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services

Au total, 11 documents (10 études primaires et 1 guide de pratique) ont été retenus pour répondre à la deuxième question d'évaluation : Quels sont les facilitateurs et les obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services et à sa mise en œuvre ?

Facilitateurs

Quatre études se sont penchées sur la question des facilitateurs à la prise de décision de clore un épisode de services (**tableau 7**). Il y est question de l'importance du soutien de l'équipe interprofessionnelle, du soutien des collègues expérimentés, ainsi que du rôle facilitant d'un coordonnateur à la planification de la clôture de l'épisode de services.

Tableau 7 : Facilitateurs à la prise de décision de clore un épisode de services

FACILITATEURS	1 ^{ER} AUTEUR (ANNÉE)	PARTICIPANTS	MILIEUX DE SOINS
SOUTIEN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	Martin (2022)	14 physiothérapeutes nouvellement gradués (depuis 2 ans ou moins)	Soins hospitaliers
	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unité de médecine aiguë
	Smith-Gabai (2016)	10 ergothérapeutes	Unités de soins aigus
	Waring (2019)	Plus de 200 professionnels	Analyse de 2 systèmes de soins différents, incluant les services primaires, secondaires et communautaires
SOUTIEN DES COLLÈGUES EXPÉRIMENTÉS	Martin (2022)	14 physiothérapeutes nouvellement gradués (depuis 2 ans ou moins)	Soins hospitaliers
	Waring (2019)	Plus de 200 professionnels	Analyse de 2 systèmes de soins différents, incluant les services primaires, secondaires et communautaires
RÔLE FACILITANT D'UN COORDONNATEUR	Waring (2019)	Plus de 200 professionnels	Analyse de 2 systèmes de soins différents, incluant les services primaires, secondaires et communautaires

1. Soutien de l'équipe interprofessionnelle

Les résultats de quatre études soulignent l'importance du soutien d'une équipe interprofessionnelle au moment de prendre une décision sur la clôture d'un épisode de services. D'abord, cette équipe joue un rôle significatif dans la planification de la clôture (Martin et al., 2022). À ce titre, une bonne communication à l'intérieur de l'équipe interprofessionnelle est perçue comme un facilitateur lors de la planification (Martin et al., 2022 ; Matmari et al., 2014 ; Smith-Gabai, 2016), alors qu'une faible communication est perçue comme un obstacle (Martin et al., 2022).

Certaines activités de groupe, telles que les tournées quotidiennes ou les rencontres multidisciplinaires hebdomadaires, fourniraient des opportunités dynamiques d'échanges d'information entre les membres d'une équipe (Waring et al., 2019). L'impact de ces activités sur le potentiel d'apprentissage mutuel serait toutefois limité selon la forme qu'elles prennent et leurs objectifs. De façon plus générale, les recommandations des professionnels seraient très souvent appuyées par les membres de l'équipe interprofessionnelle (Matmari et al., 2014).

2. Soutien des collègues expérimentés

Deux études font référence au soutien de collègues plus expérimentés pour faciliter la prise de décision entourant la clôture d'un épisode de services. Dans la première, les professionnels moins expérimentés déclarent s'appuyer sur leurs collègues plus chevronnés lorsqu'ils ne sont pas certains de la meilleure décision à prendre (Martin et al., 2022). Dans la seconde, une communication ouverte – encouragée par les professionnels plus expérimentés – favoriserait le développement d'une vision commune quant à la planification de la fin de l'épisode de services (Waring et al., 2019).

3. Rôle facilitant d'un coordonnateur à la planification de la clôture de l'épisode de services

Dans leur étude comparant différents systèmes de soins au Royaume-Uni, Waring et al. (2019) se sont intéressés au rôle facilitant d'un coordonnateur à la planification de la clôture de l'épisode de services. Ce rôle peut avoir différentes appellations, mais les responsabilités du coordonnateur tournent autour de ces points centraux : déterminer et répartir les besoins en soins avant et après le congé, prioriser et coordonner les tâches pour la transition des soins, faciliter la communication entre les équipes, travailler avec des organismes externes pour organiser la continuité des soins, et prendre en charge la gestion de la documentation et des plans de soins.

Ces coordonnateurs ont plusieurs contacts personnels au sein de différentes professions, ce qui leur permet de mieux comprendre et d'apprécier le rôle de chacun dans les équipes interprofessionnelles, et s'en trouvent à faciliter le partage des connaissances entre les professions.

Obstacles

Ayant pour objectif d'établir une définition et une classification des différents obstacles à la clôture d'un épisode de services, les auteurs New et al. (2013a) ont recueilli les raisons données par les praticiens les empêchant de clore un épisode de services, pour ensuite les valider à partir de dossiers d'usagers ainsi que lors d'une série d'ateliers multidisciplinaires. Ce processus leur a permis d'arriver à la définition suivante : « A discharge barrier is considered to occur when the treating team believes that there are no longer any goals of therapy or treatment that require inpatient rehabilitation, and yet the patient is unable to be discharged » (p.203).

Cette définition implique, selon les auteurs, que les limitations ou dysfonctions de l'usager ont été adressées adéquatement, que la question de la sécurité a été évaluée, et qu'il n'est plus nécessaire de garder l'usager dans l'unité de réadaptation. Il y a donc présence d'un obstacle, lorsque l'usager est prêt selon l'équipe traitante à sortir de l'unité, mais qu'un ou plusieurs éléments l'en empêchent. D'autres obstacles, présentés dans la littérature, nuisent à la prise de décision éclairée de mettre fin au bon moment à un épisode de services.

Ces derniers, plutôt que de retarder la clôture de l'épisode de services comme les précédents, vont plutôt agir en l'accélérant, pouvant conduire à une sortie précoce. New et al. (2013a) ont classifié les obstacles selon qu'il s'agisse d'un facteur interne (intraorganisationnel), ou externe (extraorganisationnel) à l'hôpital. Les obstacles recensés dans l'ensemble des études sont regroupés selon ces deux grandes catégories.

Onze documents ont été sélectionnés pour répondre à la deuxième question d'évaluation sur les obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services. Le **tableau 8** présente les obstacles identifiés dans ces documents.

Tableau 8 : Obstacles à la prise de décision de clore un épisode de service

OBSTACLES	1 ^{ER} AUTEUR (ANNÉE)	PARTICIPANTS	MILIEUX DE SOINS
OBSTACLES INTERNES			
PRESSION DE ROULEMENT	Barnett (2022)	12 orthophonistes	Clientèle présentant un AVC fonctionnel
	Martin (2022)	14 physiothérapeutes nouvellement gradués (depuis 2 ans ou moins)	Soins hospitaliers
	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unité de médecine aiguë
	Waring (2019)	Plus de 200 professionnels	Analyse de 2 systèmes de soins différents, incluant les services primaires, secondaires et communautaires
OPINIONS CONFLICTUELLES ENTRE COLLÈGUES	Barnett (2022)	12 orthophonistes	Clientèle présentant un AVC fonctionnel
	Martin (2022)	14 physiothérapeutes nouvellement gradués (depuis 2 ans ou moins)	Soins hospitaliers
	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unité de médecine aiguë
	Smith-Gabai (2016)	10 ergothérapeutes	Unités de soins aigus
ATTENTE D'UNE ÉVALUATION PAR UN SPÉCIALISTE	Barnett (2022)	12 orthophonistes	Clientèle présentant un AVC fonctionnel
	New (2015)	235 usagers	Unité de réadaptation à l'interne traitant des lésions de la moelle épinière
	New (2013a)	Professionnels (médecins, infirmières et autres cliniciens de la santé) et plus de 600 dossiers d'usagers	Unités de réadaptation
	New (2013b)	360 usagers	2 unités de réadaptation à l'interne traitant un éventail de conditions neurologiques, orthopédiques, et de déconditionnement à la suite d'autres maladies
DIFFICULTÉ À LAISSER L'USAGER S'IMPLIQUER DANS LA PRISE DE DÉCISION	Isaksen (2018)	12 orthophonistes et 28 usagers aphasiques	Services externes
	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unité de médecine aiguë
INCAPACITÉ À ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'UN TRAITEMENT	New (2013a)	Professionnels (médecins, infirmières et autres cliniciens de la santé) et plus de 600 dossiers d'usagers	Unités de réadaptation
	New (2013b)	360 usagers	2 unités de réadaptation à l'interne traitant un éventail de conditions neurologiques, orthopédiques et de déconditionnement à la suite d'autres maladies
MANQUE DE PRÉPARATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS	Martin (2022)	14 physiothérapeutes nouvellement gradués (depuis 2 ans ou moins)	Soins hospitaliers
CONFUSION DANS LE DIAGNOSTIC	Barnett (2022)	12 orthophonistes	Clientèle présentant un AVC fonctionnel
OBSTACLES EXTERNES			
MANQUE DE RESSOURCES	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unité de médecine aiguë
	New (2015)	235 usagers	Unité de réadaptation à l'interne traitant des lésions de la moelle épinière
	New (2013a)	Professionnels (médecins, infirmières et autres cliniciens de la santé) et plus de 600 dossiers d'usagers	Unités de réadaptation
	New (2013b)	360 usagers	2 unités de réadaptation à l'interne traitant un éventail de conditions neurologiques, orthopédiques et de déconditionnement à la suite d'autres maladies
	Ontario Hospital Association (2018)	N/A	Hôpitaux ontariens
DISCUSSIONS AVEC L'USAGER OU SA FAMILLE	Matmari (2014)	39 physiothérapeutes	Unité de médecine aiguë
	New (2015)	235 usagers	Unité de réadaptation à l'interne traitant des lésions de la moelle épinière
	New (2013a)	Professionnels (médecins, infirmières et autres cliniciens de la santé) et plus de 600 dossiers d'usagers	Unités de réadaptation
	New (2013b)	360 usagers	2 unités de réadaptation à l'interne traitant un éventail de conditions neurologiques, orthopédiques, et de déconditionnement à la suite d'autres maladies
ENJEUX LÉGAUX	New (2015)	235 usagers	Unité de réadaptation à l'interne traitant des lésions de la moelle épinière
	New (2013a)	Professionnels (médecins, infirmières et autres cliniciens de la santé) et plus de 600 dossiers d'usagers	Unités de réadaptation
	New (2013b)	360 usagers	2 unités de réadaptation à l'interne traitant un éventail de conditions neurologiques, orthopédiques et de déconditionnement à la suite d'autres maladies

SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA CLÔTURE D'UN ÉPISODE DE SERVICES AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE ADULTE SUIVIE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Obstacles internes au milieu de soin

Sept obstacles internes à l'organisation ont été identifiés.

1. Pression de roulement

Quatre études font état d'une certaine pression dans la planification des congés, afin d'accélérer la cadence et de diminuer la durée de séjour des usagers, ce qui viendrait teinter la prise de décision de mettre fin précocement à un épisode de services. La majorité des 39 physiothérapeutes sondés dans l'étude de Matmari et al. (2014) rapportent sentir parfois (73 %) ou très souvent (13,5 %) une pression pour diminuer la durée de séjour des usagers, et ce, malgré leur évaluation voulant que l'utilisateur ne soit pas prêt ou qu'il soit confronté à des risques à l'extérieur de l'unité. La même observation est rapportée par 12 orthophonistes anglais travaillant auprès d'une clientèle présentant un AVC fonctionnel qui rapportent que la grande quantité de dossiers que chacun doit assurer instaure une cadence de roulement rapide, ce qui devient un obstacle à une prise de décision éclairée en raison de la pression subie (Barnett et al., 2022).

Cette pression de roulement est qualifiée comme étant l'un des plus importants obstacles à une prise de décision efficace de mettre fin à un suivi chez un échantillon de physiothérapeutes ontariens (Matmari et al., 2014), de même que chez un échantillon de physiothérapeutes nouvellement gradués en Australie (Martin et al., 2022). Dans leur étude comparant les approches dans différents systèmes de soins au Royaume-Uni, Waring et al. (2019) rapportent que les professionnels se sentent incités à accélérer le processus de prise de décision, ce qui entraîne en outre une compression du temps accordé au partage de connaissances et à la collaboration entre les différentes professions.

2. Opinions conflictuelles entre collègues

Quatre études rapportent que des conflits d'opinions entre collègues peuvent constituer un obstacle à une prise de décision éclairée quant à la clôture d'un épisode de services. Plusieurs physiothérapeutes de l'étude de Matmari et al. (2014) parlent d'un manque d'accord, de communication ou de collaboration à l'intérieur de l'équipe.

Selon l'étude de Martin et al. (2022), certains physiothérapeutes nouvellement gradués rapportent qu'ils craignent d'entraîner une frustration au sein de leur équipe professionnelle si la clôture de l'épisode de services ne se fait pas au rythme attendu. Ils sont préoccupés par le fait que les autres membres de l'équipe les perçoivent comme voulant retenir inutilement un usager, ou de créer un fardeau pour le reste de l'équipe. Cette pression sur la prise de décision est perçue comme une source significative de stress et de conflit, ce qui aurait un impact négatif sur l'efficacité de ces professionnels. L'étude de Barnett et al. (2022) sur les orthophonistes précise qu'ils vivent surtout des conflits d'opinion avec des collègues plus expérimentés dont la pratique pourrait être différente.

La thèse de doctorat de Smith-Gabai (2016) aborde également la question de la communication et de la collaboration entre collègues. Dans son étude, plusieurs participants n'avaient pas le sentiment que les coordonnateurs ou les autres membres de l'équipe prenaient en compte ou encore lisaient les notes des ergothérapeutes. Ils avaient l'impression que leurs recommandations n'étaient qu'une formalité, et que celles des physiothérapeutes avaient plus de poids. De leur point de vue, les usagers avaient leur congé sans bénéficier des recommandations des ergothérapeutes, ce qui peut augmenter les risques ou compromettre leur sécurité.

3. Attente d'une évaluation par un spécialiste

Être en attente d'une évaluation ou d'une révision par un spécialiste représente également un obstacle à la clôture d'un épisode de services. C'est le cas par exemple pour une visite devant être réalisée par un ergothérapeute avant que l'utilisateur puisse retourner chez lui (New et al., 2013a). Ceci est identifié chez 1,1 % des usagers présentant un obstacle à la fin de leur épisode de services dans une unité de réadaptation pour lésions de la moelle épinière. Cependant, le nombre médian de jours additionnels non nécessaires passés sur l'unité n'était que d'un seul jour (New, 2015). L'attente d'une évaluation a également été rapportée comme un obstacle pour 0,6 % du total des usagers dans deux unités de réadaptation pour conditions diverses. Un nombre médian de 1,5 jours additionnels non nécessaires ont été passés sur l'unité (New et al., 2013b).

Un autre exemple cité est celui où un usager requiert une évaluation neuropsychologique afin d'évaluer ses capacités à s'impliquer dans la prise de décision de mettre fin à l'épisode de services (New et al., 2013a). Cela concernait 0,3 % du total des usagers dans deux unités de réadaptation pour des conditions diverses. Un nombre médian de 10 jours additionnels non nécessaires ont été passés sur l'unité (New et al., 2013b). Le dernier cas de figure cité dans l'étude de New et al. (2013a) est celui où l'utilisateur requiert une révision médicale ou une chirurgie afin de déterminer si des délais dans la planification de sa sortie sont nécessaires. Cela concernait 1,1 % du total des usagers dans deux unités de réadaptation pour conditions diverses, représentant un nombre médian de 9 jours additionnels non nécessaires passés sur l'unité (New et al., 2013b).

Dans son étude auprès d'orthophonistes travaillant auprès d'une clientèle présentant un AVC fonctionnel, Barnett et al. (2022) soulèvent également la question de l'évaluation comme un obstacle. D'après les auteurs, la ligne entre « trouble neurologique » et « trouble de santé mentale » n'est pas toujours clairement établie, et une évaluation psychologique de l'utilisateur avant l'obtention du congé s'en trouve donc requise, ce qui peut également entraîner des délais.

4. Difficulté à laisser l'utilisateur s'impliquer dans la prise de décision

Deux études traitent de la difficulté à laisser l'utilisateur s'impliquer réellement dans la prise de décision de clore un épisode de services. Dans la première, les participants (physiothérapeutes) soulèvent une certaine méconnaissance des usagers et de leur famille quant au processus et aux politiques entourant la clôture d'un épisode de services. Il s'agirait selon eux d'un des plus importants obstacles internes à une prise de décision efficace (Matmari et al., 2014).

La deuxième étude porte sur des orthophonistes travaillant avec une clientèle atteinte d'aphasie (Isaksen, 2018). De manière générale, ces orthophonistes indiquent tous qu'ils souhaitent impliquer les usagers dans la prise de décision de mettre fin à leur suivi. Toutefois, les analyses de discours entre les professionnels et les usagers montrent que les interactions sont contrôlées par les professionnels, et que ceux-ci dominent le discours quant au traitement et à sa fin.

Bien qu'il arrive que l'utilisateur expose ses préférences, c'est au professionnel que revient le rôle de juger si son argument doit être pris en considération ou non. Laisser l'utilisateur prendre la décision peut même être vu comme un relâchement de la responsabilité professionnelle.

D'autres participants indiquent que le partage de la décision n'est pas toujours nécessaire parce qu'ils disent bien connaître leurs clients et être les mieux placés pour prendre la meilleure décision. Dans tous les cas, une illusion de prise de décision partagée est parfois créée, dans une volonté que l'utilisateur adhère à la décision. Les résultats de l'étude indiquent que l'implication de l'utilisateur dans la prise de décision de mettre un terme au suivi, tout comme le résultat de la démarche, reste contrôlée par le professionnel.

5. Incapacité à atteindre les objectifs d'un traitement

Certains auteurs remarquent parfois une incapacité à atteindre les objectifs d'un traitement, particulièrement dans les cas d'usagers présentant une ou des fractures aux membres inférieurs et qui n'arrivent pas à atteindre leurs objectifs de levée de poids. L'utilisateur ne retire alors plus de bénéfice du traitement, mais l'équipe de soins recommande de maintenir la thérapie parce que l'utilisateur n'est pas apte à retourner dans la communauté (New et al., 2013a). Cette situation est constatée chez 5,6 % des usagers de deux unités de réadaptation avec un nombre médian de 43,5 jours additionnels non nécessaires passés sur l'unité (New et al., 2013b).

6. Manque de préparation des nouveaux professionnels

L'étude australienne de Martin et al. (2022) concerne la perception des nouveaux professionnels quant à la planification de la fin d'un épisode de services. Parmi les participants, plusieurs disent ne pas se sentir adéquatement préparés ni posséder les habiletés nécessaires pour faire face à la complexité de la prise de décision de clore un épisode de services. Plusieurs professionnels rapportent qu'ils auraient aimé recevoir une formation additionnelle durant leur cursus universitaire, incluant une meilleure connaissance des rôles de chaque membre de l'équipe multidisciplinaire lors de la planification de la clôture de l'épisode de services, ainsi que des mises en situation pour des cas complexes.

7. Confusion dans le diagnostic

Les symptômes des usagers présentant un AVC fonctionnel sont parfois mal interprétés par les praticiens et confondus avec des troubles d'origine psychologique. Aussi, cette clientèle n'est souvent pas considérée comme une priorité. Conséquemment, ces usagers sont les premiers dont l'épisode de services prend fin, parfois à leur détriment (Barnett et al., 2022).

Obstacles externes au milieu de soin

Quatre des études sélectionnées pour répondre à la deuxième question d'évaluation se sont intéressées aux obstacles à la clôture d'un épisode de services externes à l'organisation. Trois principaux obstacles ont été identifiés (**tableau 8**).

1. Manque de ressources

Le manque de ressources est un enjeu majeur lorsqu'il est question de la clôture d'un épisode de services en réadaptation physique. Le guide de l'Ontario Hospital Association a été préparé afin d'aider les hôpitaux et autres organisations à mieux comprendre la législation ontarienne en ce qui a trait aux transitions entre les différents services en santé, incluant le retour en communauté.

Ce guide rapporte que l'identification d'un lieu où l'usager pourra aller après sa sortie représente souvent le défi principal lorsqu'il occupe un lit d'hôpital, alors qu'il ne nécessite plus l'intensité des ressources ou des services fournis sur l'unité (Ontario Hospital Association, 2018). De leur côté, New et al. (2013a) indiquent que la plupart des obstacles à la clôture d'un épisode de services identifiés dans leur étude sont de nature environnementale.

Ces obstacles reflètent généralement des inefficacités dans la planification des soins, ou encore une inadéquation quant à la disponibilité des ressources. Matmari et al. (2014) renchérissent en identifiant le manque de ressources comme étant l'obstacle externe le plus important pour la clôture d'un épisode de services. Ces auteurs rapportent que la sortie de l'unité peut même avoir lieu alors que les ressources disponibles à l'externe ne permettent pas de répondre aux besoins de l'usager. Le **tableau 9** présente des exemples de manque de ressources cités dans les études de New (2015) et New et al. (2013a, 2013b).

Tableau 9 : Exemples du manque de ressources comme obstacles externes à la clôture d'un épisode de services

RESSOURCE MANQUANTE (NEW ET AL., 2013A)	POURCENTAGE DES USAGERS PRÉSENTANT CET OBSTACLE*/NOMBRE MÉDIAN DE JOURS ADDITIONNELS PASSÉS SUR L'UNITÉ (NEW, 2015)	POURCENTAGE DES USAGERS PRÉSENTANT CET OBSTACLE**/NOMBRE MÉDIAN DE JOURS ADDITIONNELS PASSÉS SUR L'UNITÉ (NEW ET AL., 2013B)
EN ATTENTE DE SERVICES DE RÉADAPTATION AMBULATOIRE	3,5 % 28 jours	0,3 % et 1,9 %*** 7 et 4 jours
EN ATTENTE DE MODIFICATIONS À LA MAISON	30,2 % 25,5 jours	2,5 % 34 jours
EN ATTENTE DE L'ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE	17,4 % 37 jours	1,1 % 45 jours
EN ATTENTE DE FONDS POUR DU PERSONNEL DE SOUTIEN	3,5 % 27 jours	1,7 % 93 jours
EN ATTENTE DE RECRUTEMENT ET DE FORMATION POUR DU PERSONNEL DE SOUTIEN	9,3 % 38 jours	1,4 % 15 jours
EN ATTENTE D'UNE OPTION DE LOGEMENT ADÉQUATE	8,1 % 35 jours	3,3 % 16,5 jours
EN ATTENTE DE LA CONFIRMATION POUR UN SERVICE, UN ÉQUIPEMENT OU DES SOINS DE LONGUE DURÉE	41,9 % 11 jours	1,9 % 12 jours
EN ATTENTE D'UN LOGEMENT OFFRANT DES SOINS RÉSIDENTIELS	41,9 % 15 jours	0,6 % et 0,8 %*** 17 et 26 jours

* Sur la totalité des usagers présentant un obstacle

** Sur la totalité des usagers de l'étude

*** Selon l'emplacement

2. Discussions avec l'utilisateur ou sa famille

L'étude de Matmari *et al.* (2014) rapporte que les attentes parfois irréalistes de l'utilisateur ou des membres de sa famille quant à la disponibilité ou au type de soutien qu'ils recevront une fois que l'épisode de services prendra fin, représentent l'un des plus importants obstacles externes à la prise de décision de mettre un terme au suivi. La nature informelle de la communication ainsi que le manque de clarté ou de ligne de temps évidente sont des préoccupations mises en lumière par les physiothérapeutes participant à l'étude.

Selon New *et al.* (2013a), les discussions et négociations avec les membres de la famille peuvent parfois ajouter des délais au processus de clôture d'un épisode de services. Ce fut le cas pour 12,8 % des usagers d'une unité de réadaptation pour lésions de la moelle épinière (New, 2015), et pour 3,6 % du total des usagers dans deux unités de réadaptation pour conditions diverses (New *et al.*, 2013b). Les nombres médians de jours additionnels non nécessaires passés sur l'unité étaient respectivement de 8 (New, 2015) et de 24 (New *et al.*, 2013b).

3. Enjeux légaux

Un autre obstacle soulevé dans la littérature concerne les enjeux légaux. À titre d'exemple, des délais peuvent être ajoutés au processus de clôture d'un épisode de services si une demande pour déterminer le gardien ou le tuteur légal d'un usager n'est pas satisfaite (New *et al.*, 2013a). Ce type d'enjeux concernait 3,5 % des usagers d'une unité de réadaptation pour des lésions de la moelle épinière qui présentaient un obstacle à la fin de l'épisode de services (New, 2015), et 0,6 % des usagers de deux unités de réadaptation (New *et al.*, 2013b). Un nombre médian, respectivement de 27 et de 31 jours additionnels non nécessaires passés sur l'unité a été rapporté (New, 2015) (New *et al.*, 2013b).

Conséquences des délais occasionnés par la présence d'obstacles à la clôture des épisodes de services

Si certains obstacles, comme la pression de roulement, peuvent accélérer la sortie, la plupart toutefois, entraîneront des délais de sortie des usagers. Des auteurs ont rapporté que 17,5 % des lits d'une unité de réadaptation pour lésions de la moelle épinière (New, 2015) et 21 % de ceux de deux unités de réadaptation pour conditions diverses (New *et al.*, 2013b) étaient occupés, au moment où les études ont été réalisées, par des usagers qui auraient pu cliniquement sortir de l'unité, mais qui y restaient en raison d'obstacles à la décision de clore l'épisode de services.

En termes de durée, 35 usagers (40,7 %) d'une unité traitant des lésions de la moelle épinière et présentant un obstacle à la clôture de leur épisode de services sont restés plus d'un mois additionnel sur l'unité de réadaptation (New, 2015). De ce nombre, 5 usagers y ont passé plus de 100 jours supplémentaires et l'utilisateur resté le plus longtemps y a passé près d'un an (357 jours) sans que cela soit cliniquement nécessaire.

Dans cette même étude, la durée de séjour médiane de 107 jours pour les usagers présentant un obstacle était significativement plus grande que celle de 48 jours pour les usagers ne présentant pas d'obstacle à la décision de mettre un terme au suivi. Des résultats semblables sont observés dans l'étude de New *et al.* (2013b), où 25 % des usagers présentant un obstacle ont passé plus de deux mois additionnels dans les unités, dont 9 usagers qui y ont passé plus de 100 jours additionnels (maximum de 322 jours). La durée de séjour médiane de 58 jours pour les usagers présentant un obstacle était significativement plus grande que celle de 21 jours pour les usagers ne présentant pas d'obstacle à la décision de mettre un terme au suivi.

Selon New *et al.* (2013b), lorsqu'un usager reste à l'hôpital plus longtemps que requis pour des raisons médicales, celui-ci est mis à risque de développer des réactions émotionnelles négatives ou des complications iatrogéniques, incluant des erreurs médicales, des infections nosocomiales ou encore des chutes.

4.2.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services

Au total, 5 documents ont été retenus pour répondre à la troisième question d'évaluation : Quels sont les outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture d'un épisode de services ? Le **tableau 10** résume les différents outils identifiés dans les études retenues.

Tableau 10 : Portrait des différents outils identifiés

OUTILS IDENTIFIÉS	CARACTÉRISTIQUES		
	1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE	CONDITIONS/FONCTIONS VISÉES	DOMAINE/ITEMS ABORDÉS
DSS-DISCHARGE (DUTCH STROKE SCORE-DISCHARGE)	De Ridder, 2018	Capacité à effectuer les AVQ à la sortie à la suite d'un AVC	Diabète, hypertension, fibrillation artérielle, hypertension, sexe, âge, score au National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) à l'admission
MROC (NEW MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION OUTCOME CHECKLIST)	Viglianese, 2020	Résultats de réadaptation multidisciplinaire	Mobilité, amplitude de mouvement, autonomie dans les soins personnels, état de guérison de la plaie chirurgicale, score de douleur, durée du séjour et arrangements de réadaptation post-sortie
OTDNS (OCCUPATIONAL THERAPY DISCHARGE NEEDS SCREEN)	Boronowski, 2012	Besoins thérapeutiques ergothérapeutiques à la sortie	Conditions médicales, connaissances de l'usager, mobilité, AVQ, soutien social, obstacles physiques/environnementaux et préparation perçue à la sortie par l'usager et ses proches
ODI (OSWESTRY DISABILITY INDEX)	Park, 2014	Douleur dû à un handicap	Douleur, vie quotidienne

1. Outils d'évaluation

Dutch stroke score (DSS)

Le Dutch Stroke Score (DSS) est un modèle de prédiction basé sur des informations cliniques disponibles à l'admission pour estimer le handicap à la sortie et le résultat fonctionnel trois mois après un AVC ischémique aigu (de Ridder et al., 2018). Les auteurs ont développé et validé le DSS en utilisant des données provenant de trois ECR menés aux Pays-Bas. Le DSS se compose de deux modèles de prédiction distincts : le DSS-discharge, qui évalue l'incapacité à la sortie, et le DSS-3 months, qui prédit le résultat fonctionnel à trois mois. La mesure de résultat utilisée pour l'incapacité à la sortie était le score obtenu au Barthel Index (BI), un outil reconnu pour l'évaluation des performances dans les AVQ.

Les variables incluses dans le modèle ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence clinique et de leur association avec le handicap après un AVC, incluant l'âge, la sévérité de l'AVC mesurée par l'échelle National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) et la présence de diabète. Les résultats de 1 227 usagers ont montré que le modèle avait des performances raisonnables en termes de discrimination et de calibration. Selon les auteurs, le DSS-discharge a démontré une capacité raisonnable à prédire le handicap à la sortie de l'hôpital après un AVC ischémique aigu (de Ridder et al., 2018). Basé sur des variables cliniques facilement accessibles dès l'admission et ne nécessitant pas d'imagerie ou de tests de laboratoires supplémentaires, l'instrument pourrait contribuer à une planification efficace du congé auprès de cette population. En contrepartie, l'outil nécessite une validation externe supplémentaire dans d'autres populations pour évaluer sa généralisabilité.

New-Multidisciplinary Rehabilitation Outcome Checklist (MROC)

Une étude italienne (Viglianese et al., 2020) avait pour objectif de traduire et d'adapter culturellement une échelle de mesure spécifique aux usagers subissant une chirurgie de remplacement de la hanche et/ou du genou. L'échelle New Multi-disciplinary Rehabilitation Outcome Checklist (MROC) est un instrument visant à évaluer, de manière multidisciplinaire et holistique, les résultats de la réadaptation et le risque de sortie à la suite de la chirurgie. L'échelle comprend huit items qui mesurent la mobilité, l'amplitude des mouvements, les soins personnels, l'état de guérison de la plaie chirurgicale, le score de douleur, la durée du séjour à l'hôpital et les arrangements de réadaptation post-congé.

Le MROC a été développé dans une approche multidisciplinaire par un groupe de travail composé de chirurgiens, de médecins en rééducation, d'infirmières, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux dont l'objectif était de créer un outil simple, convivial et gratuit englobant tous les objectifs de traitement et de soins convenus par l'équipe. Tel que rapporté par Viglianese et al. (2020), l'outil a conservé des propriétés satisfaisantes après avoir été traduit dans une autre langue et adapté à une autre réalité culturelle.

Occupational Therapy Discharge Needs Screen (OTDNS)

L'étude canadienne de Boronowski et al. (2012) décrit le développement de la grille d'évaluation Occupational Therapy Discharge Needs Screen (OTDNS) pour l'identification des usagers ayant des besoins ergothérapeutiques plus complexes en matière de planification de la sortie. Cet outil a été conçu dans le but d'améliorer l'efficacité du processus de planification de la sortie et d'assurer une continuité des soins, contribuant ainsi à une pratique optimale. L'article examine les propriétés psychométriques de l'OTDNS ainsi que son utilité pour la prise de décision en matière de sortie.

Composé de sept items regroupés en deux grandes catégories, soit le fonctionnement et le handicap ainsi que les facteurs contextuels, l'OTDNS couvre des aspects tels que les conditions médicales, les connaissances de l'usager, sa mobilité, les AVQ, le soutien social, les obstacles physiques/environnementaux et la préparation à la sortie perçue par l'usager et sa famille. L'outil utilise une échelle de réponse de 5 points et peut être administré en 5 à 10 minutes. Les auteurs rapportent une bonne fiabilité intraévaluateurs (reproductibilité test-retest) avec un coefficient de corrélation intraclass (ICC) de 0,93.

La fiabilité interévaluateurs, initialement faible, s'est améliorée après la révision des définitions des items et des instructions, avec un ICC de 0,91 pour un échantillon de participants plus restreint. En ce qui concerne la validité de l'OTDNS, une corrélation modérée avec l'indice de mesure d'indépendance fonctionnelle (FIM) et le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est mis en évidence. Des instructions claires et une formation adéquate sont nécessaires pour utiliser l'outil de manière fiable.

Oswestry Disability Index (ODI)

Dans une étude coréenne (Park et al., 2014), les auteurs utilisent l'Oswestry Disability Index (ODI) pour évaluer le niveau de handicap fonctionnel chez des usagers souffrant de lombalgie. L'objectif était d'établir un score seuil représentant un état « satisfaisant », soit un état approprié à l'obtention du congé de l'hôpital. L'ODI est un outil validé et sensible pour évaluer la douleur continue avec un handicap sévère. Les usagers hospitalisés pour des troubles lombaires ont été évalués à l'admission et au moment de la sortie à l'aide de l'ODI, et leur niveau de satisfaction a été évalué au moment de l'obtention du congé.

Les résultats de l'étude montrent que le niveau de satisfaction des usagers pouvait être prédit à l'aide de l'ODI au moment de la sortie (ODI2). Un seuil de 30 a été identifié comme point de référence pour la satisfaction de l'usager, celui-ci étant considéré satisfait lorsque le score de l'ODI2 était inférieur à 30. Les items liés à la marche et à la position debout ont été identifiés comme les indicateurs les plus significatifs pour prédire le niveau de satisfaction. Les auteurs soulignent l'importance de prendre en compte à la fois des évaluations objectives, telles que l'ODI, et les niveaux de satisfaction des usagers dans la décision d'accorder le congé. L'ODI a le potentiel d'assister les intervenants dans l'évaluation de l'amélioration fonctionnelle des usagers et la détermination du moment optimal pour la clôture de l'épisode de services.

2. Algorithmes/arbres décisionnels

Des algorithmes ou des arbres décisionnels peuvent également orienter l'utilisateur au fil des différentes étapes de son parcours de réadaptation en fonction de l'atteinte de certains critères. Ceux-ci peuvent notamment conduire à la recommandation de clore un épisode de services ou de passer à une étape subséquente dans la trajectoire de soins, et ainsi outiller les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire dans leur prise de décision.

Dans un document concernant les modèles de soins en réadaptation ambulatoires pour les remplacements articulaires de la hanche et du genou, le Greater Toronto Area (GTA) Rehab Network présente deux algorithmes détaillant le parcours de réadaptation des usagers subissant une intervention de remplacement total de ces deux articulations (GTA Rehab Network, Revised Feb 2018). Ils fournissent des descriptions schématiques des processus de soins recommandés lors des différentes phases de la réadaptation : préopératoire, admission en hospitalisation aiguë et réadaptation ambulatoire.

Ces algorithmes englobent les responsabilités des différents milieux pour soutenir la transition harmonieuse des usagers vers la réadaptation ambulatoire. Ils abordent notamment les critères de sortie de la phase de réadaptation ambulatoire, laquelle repose sur l'évaluation de la mobilité fonctionnelle de l'utilisateur, de sa capacité à évoluer en toute sécurité dans son environnement, ainsi que sa connaissance du programme d'exercices à domicile prescrit et de sa capacité à progresser dans ce programme. Ces deux modèles fournissent donc des directives claires pour le processus de transition des usagers en réadaptation ambulatoire après des remplacements articulaires de la hanche ou du genou.

4.3 Données expérientielles

Des données expérientielles ont été recueillies auprès de gestionnaires et d'intervenants en provenance de trois établissements (CIUSSS de la Capitale-Nationale, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et CISSS de Chaudière-Appalaches).

Au total, trois gestionnaires de programme en réadaptation physique ont été invités à participer à un premier groupe de discussion. Deux intervenants ont également été invités à participer à un second groupe de discussion.

Sur les cinq personnes approchées, un gestionnaire a dû être rencontré individuellement pour des considérations d'horaire et un intervenant s'est désisté. Au final, les consultations se sont réparties comme suit :

-  Un groupe comprenant deux gestionnaires ;
-  Une entrevue individuelle auprès d'un autre gestionnaire ;
-  Une entrevue individuelle auprès d'un intervenant.

Les personnes rencontrées travaillaient au moment de l'étude au sein des programmes suivants :

- ✚ Lésions musculosquelettiques, brûlures graves et amputation ;
- ✚ Direction de la réadaptation Enfance-Ado ;
- ✚ Direction des programmes AVC et autres lésions cérébrales acquises non traumatiques et Réadaptation au travail.

Afin de préserver la confidentialité des participants, ni leur genre ni leur établissement de référence n'est mentionné dans l'analyse des entrevues. Toujours à des fins de confidentialité, ils seront désignés par un chiffre ainsi que leur situation professionnelle, soit intervenant ou gestionnaire.

4.3.1 Facteurs ou critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services

A) Établissement de critères de fin d'intervention

L'un des premiers thèmes abordés par les participants concerne la mise en place de critères de fin d'intervention. Selon le gestionnaire 2, le besoin d'établir des critères découlait de la variabilité observée entre les intervenants de son équipe en matière de clôture des épisodes de services et des difficultés occasionnées.

Deux participants d'un même établissement (gestionnaire 2 & intervenant 1) rapportent la mise sur pied de critères de fins d'interventions pour les usagers avec amputation et ceux avec des lésions musculosquelettiques. Établie il y a quelques années par un sous-comité en se basant sur l'expérience des intervenants et la littérature, la révision de ces critères est prévue de manière ponctuelle dans la programmation du département. Un autre participant (gestionnaire 3) mentionne également l'utilisation de critères clairs définis dans la programmation du service au sein de son équipe.

B) Atteinte d'un plateau thérapeutique

L'atteinte d'un plateau fonctionnel constitue un facteur important quant à la décision de mettre un terme à un épisode de services pour plusieurs participants. Le fait d'arriver à un plateau de récupération serait le critère le plus évident et le plus utilisé dans le processus décisionnel selon le gestionnaire 3. Ce plateau serait atteint lorsque l'intervenant est à même de constater que l'utilisateur progresse peu ou ne progresse plus, ou que les interventions ont peu d'impacts sur sa progression. L'atteinte d'un plateau serait discutée lors des rencontres interdisciplinaires, au fur et à mesure que les différents intervenants rapportent avoir atteint les limites de la récupération dans leur champ d'expertise.

C) Capacité dans les AVQ

Pour le gestionnaire 1, la notion de pronostic de participation sociale constitue l'un des principaux facteurs considérés dans l'évaluation du potentiel de réadaptation. Cette notion aurait d'ailleurs évolué au sein de l'établissement du participant.

Alors que le processus de production du handicap (PPH) était précédemment utilisé, le concept de pronostic de participation sociale désigne aujourd'hui le degré de fonctionnement de l'utilisateur dans ses AVQ, ses AVD et son intégration communautaire (incluant le travail, la conduite automobile ou l'intégration dans les organismes communautaires). Ce concept permet d'estimer jusqu'où l'intervenant et l'équipe perçoivent pouvoir emmener l'utilisateur dans son autonomie à la fin de son épisode de réadaptation.

De manière similaire à l'atteinte d'un plateau fonctionnel, le participant rapporte que si de petits gains demeurent possibles, mais qu'ils n'ont pas d'impact significatif sur le pronostic de participation sociale, l'équipe considérerait alors mettre un terme au processus de réadaptation. De plus, le pronostic de participation sociale entrerait également en jeu afin de déterminer si une prise en charge à l'externe fera suite à un épisode de services à l'interne. Si celui-ci révèle qu'un potentiel de réadaptation demeure possible, l'utilisateur serait référé à l'externe afin de continuer sa progression dans le cadre d'un nouvel épisode de services.

Selon un autre participant (gestionnaire 3), la notion de participation sociale est aussi abordée différemment selon où se situe l'utilisateur dans sa trajectoire de services. Si ce dernier se trouve dans un programme de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS), les interventions seront alors davantage centrées sur l'adaptation et la compensation et non sur le développement des capacités.

D) Chronicité de l'état de l'utilisateur

Un des participants (intervenant 1) a abordé la chronicité de la condition de l'utilisateur comme un facteur pouvant faire varier la prise en charge. Bien que les groupes de douleurs chroniques soient d'une durée prédéfinie (8 semaines) dans l'établissement du participant, celui-ci rapporte qu'il s'agit d'une clientèle qui pourrait rester beaucoup plus longtemps. De plus, contrairement aux utilisateurs venant des soins aigus, les cas de douleurs chroniques peuvent ne pas avoir d'expérience ultérieure d'un suivi interdisciplinaire. L'éventuelle fin des interventions serait donc abordée rapidement avec l'utilisateur afin de lui offrir un horizon clair.

E) Sécurité de l'utilisateur

Selon l'intervenant 1, la notion de sécurité est considérée lors de la décision de clore un épisode de services. Le fait que l'utilisateur ait atteint un assez grand niveau d'autonomie et qu'il soit jugé sécuritaire de le laisser quitter les installations pour poursuivre ses activités serait un critère important. La notion de sécurité est également rapportée par le gestionnaire 1 comme étant un facteur revêtant une importance variable selon le milieu dans lequel se déroule l'épisode de services. En effet, lorsque la réadaptation se déroule à l'interne, la notion de sécurité serait particulièrement centrale à la décision d'accorder un congé, alors qu'une réadaptation se déroulant à l'externe pourrait être appelée à se continuer.

F) Environnement social et destination post-congé

Selon le questionnaire 1, deux usagers avec le même profil fonctionnel pourraient voir la durée de leur épisode de services, et donc la décision de clore celui-ci, varier selon le fait d'avoir ou non un réseau social pouvant le soutenir à domicile. En effet, l'épisode de services serait prolongé pour l'utilisateur vivant seul, qui devrait développer davantage d'autonomie et pour lequel on devrait s'assurer d'avoir mis en place des services via les organismes communautaires ou un réseau de proches. À l'inverse, l'utilisateur de même profil pourrait se voir accorder son congé de manière sécuritaire s'il dispose d'un réseau social à domicile, incluant son/sa conjointe et ses enfants, et qu'il a procédé à l'adaptation de son domicile.

G) Participation de l'utilisateur

L'implication de l'utilisateur serait également un facteur important quant à la décision de clore un épisode de services. D'une part, tous les participants ont rapporté que les besoins et les attentes de l'utilisateur étaient considérés lors de l'élaboration des objectifs du plan d'intervention interdisciplinaire. Les interventions seraient donc mises en place, en grande partie, en fonction des attentes et des besoins de l'utilisateur. Selon l'intervenant 1, lorsque la majorité des objectifs sont atteints, l'utilisateur peut alors avoir un sentiment de compétence et se sentir prêt à partir - bien que certains usagers ne se sentiraient jamais prêts - et qu'il incombe alors aux intervenants de le leur démontrer, possiblement en allant directement dans leur milieu.

Le questionnaire 3 rapporte également que l'utilisateur est intégré à la décision de poursuivre ou non les interventions, qu'il en fait partie. Plus précisément sur la clôture de l'épisode de services, ce même participant rapporte que la volonté de l'utilisateur de poursuivre est aussi considérée au moment de déterminer si une continuité sera assurée par les services externes après la clôture d'un épisode à l'interne. D'autres considérations reliées à l'utilisateur, telles que son niveau d'engagement dans la réadaptation ou son contexte familial, peuvent aussi précipiter la fin des interventions selon l'intervenant 1.

4.3.2 Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services

Facilitateurs

1. Soutien de l'équipe interprofessionnelle

Deux participants soulignent que la décision de mettre fin à un suivi consiste réellement en une décision d'équipe (intervenant 1 ; questionnaire 2). Cette dernière, souvent composée d'un ou d'une physiothérapeute, ergothérapeute, kinésiologue, psychologue, coordonnateur clinique et parfois d'un travailleur social, prend le temps de discuter à l'avance des cas cliniques, afin que tous les membres de l'équipe aient le même discours devant l'utilisateur.

Un autre participant (gestionnaire 3) discute de l'importance de la présence d'un psychologue au sein de l'équipe multidisciplinaire. Selon ce participant, la présence d'un psychologue d'expérience permet d'apporter un autre point de vue à l'équipe et de moduler leurs perceptions, ainsi que de discuter d'éléments plus relationnels ou affectifs qui devraient être pris en compte. Dans le contexte de pénurie actuelle, ce ne sont pas toutes les équipes qui peuvent compter un psychologue au sein de leur service. Selon le participant, ce manque peut se traduire par des séjours qui sont un peu plus longs.

2. Soutien des collègues expérimentés

En parallèle au soutien de l'équipe interprofessionnelle, un participant (intervenant 1) rapporte l'importance du soutien intraprofessionnel. Si souvent les équipes sont composées de membres de diverses professions, il peut arriver qu'un ergothérapeute par exemple, se questionne sur ce qu'il devrait faire avec un usager particulier. Il importe alors que ce professionnel puisse en discuter avec un ou des collègues de sa profession qui pourront l'aider à y voir plus clair.

Dans certains milieux plus petits, il peut arriver qu'une personne soit la seule représentante de sa profession. Le participant souligne alors l'importance du réseautage à l'intérieur d'un CISSS, d'un CIUSSS, ou même de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, et qu'un professionnel qui serait plus isolé dans sa pratique puisse connaître et avoir une façon de contacter d'autres membres de sa profession qui travaillent avec une clientèle semblable.

3. Rôle facilitant d'un coordonnateur à la planification de la clôture de l'épisode de services

Deux participants soulignent le rôle facilitant d'un coordonnateur clinique dans l'équipe. Un participant indique que l'équipe est « toujours chapeautée par le coordonnateur clinique », et que toutes les discussions et les plans d'intervention sont menés en collaboration avec lui (gestionnaire 3). Il indique par ailleurs que la présence d'un coordonnateur peut permettre de dégager quelque peu l'équipe, en endossant une certaine part de responsabilité.

Un deuxième participant ajoute que les intervenants travaillant directement avec la clientèle peuvent parfois manquer de recul. Ces derniers voudraient par exemple laisser continuer un suivi en raison d'un lien fort créé avec un client. Sans avoir un rôle de gestionnaire, un coordonnateur clinique permet à l'équipe de cheminer et amène une certaine distance émotionnelle vis-à-vis des usagers (gestionnaire 1).

Obstacles

Obstacles internes au milieu de soin

1. Pression de roulement

La question de la pression de roulement est abordée par tous les participants aux entrevues. Plusieurs éléments concernant la pression de roulement ont ainsi été abordés. Il s'agit notamment des délais de temps très serrés des trajectoires de services établis par le ministère (gestionnaire 1), ainsi que des listes d'attente qui mettent de la pression (gestionnaire 2), ou encore du fait de devoir fermer des dossiers parce que d'autres clients arrivent ou à cause de contraintes d'horaire (intervenant 1).

Un participant évoque le cas où l'hôpital appelle le service parce qu'ils sont débordés et qu'ils doivent transférer des usagers en réadaptation, invitant l'unité de réadaptation à prendre leurs dossiers et à trouver ceux pour lesquels la clôture de l'épisode de services pourrait être envisagée, même s'ils ne sont pas tout à fait prêts (gestionnaire 1). Afin d'atténuer les conséquences associées à de telles contraintes, un participant explique qu'ils mettent alors tout en place pour voir à ce que la sortie soit sécuritaire, en s'assurant notamment que le lien soit fait avec les services offerts dans la communauté (gestionnaire 1). Un autre participant précise qu'une équipe ne mettra pas fin à un épisode de services s'il reste des gains à faire, mais que cela met inévitablement une pression sur l'équipe (gestionnaire 2).

Cette pression de roulement ne référerait pas tant à la pression reposant sur un seul intervenant par rapport à sa charge individuelle de dossiers, mais serait plutôt en lien avec les vases communicants du réseau de la santé et des services sociaux, l'hôpital faisant pression sur les services de réadaptation à l'interne, qui eux font pression sur les services à l'externe (gestionnaire 1). Cette forme de « pression en cascade » serait une réalité répandue et non propre à une seule région (gestionnaire 3).

Un participant souligne que les intervenants sont sensibles au fait que prolonger certaines interventions équivaut à laisser d'autres personnes sur la liste d'attente plus longtemps. Pour certains usagers, le temps d'attente pour avoir accès aux services aura un impact direct sur le potentiel de récupération (gestionnaire 3).

2. Opinions conflictuelles entre collègues

Des participants aux entrevues ont l'impression que les avis cliniques de certains professionnels ont plus de poids que d'autres. Un participant indique que ses usagers à l'externe vont aussi voir d'autres spécialistes. Un orthopédiste par exemple, peut indiquer que l'usager doit continuer la réadaptation, alors que l'équipe de réadaptation n'y voit aucun bénéfice (intervenant 1). La même chose est observée du côté des médecins dans les unités de réadaptation à l'interne qui, au final, décident quand signer le congé de l'usager, peu importe les recommandations du reste de l'équipe. Le participant précise que cette situation se voit moins dans les services externes (gestionnaire 1).

Finalement, deux participants parlent du fait que les membres de l'équipe peuvent ne pas toujours être en accord avec la clôture d'un épisode de services. Un professionnel peut parfois avoir plus d'affinités avec tel ou tel usager, ce qui l'incite à vouloir continuer les services, ou à sentir qu'il y a encore des aspects à travailler, alors que les autres membres de l'équipe peuvent être prêts à terminer le suivi (intervenant 1 ; gestionnaire 2).

3. Difficulté à laisser l'utilisateur s'impliquer dans la prise de décision

Trois participants aux entrevues nomment que l'utilisateur est au centre de la décision de mettre fin à un suivi (intervenant 1 ; gestionnaire 2 ; gestionnaire 3) et qu'il participe à celle-ci, conjointement avec l'équipe, s'il est apte à le faire (gestionnaire 3). Si l'utilisateur n'identifie pas d'objectifs en lien avec les services externes ou ne souhaite pas poursuivre la réadaptation, l'équipe ne verra pas d'intérêt à poursuivre non plus (gestionnaire 3). L'équipe va tout de même prendre le temps de lui expliquer les avantages et les inconvénients de sa décision et lui donner toutes les ressources nécessaires pour la suite (gestionnaire 2). À l'inverse, s'il choisit lui-même ses objectifs et prend lui-même les décisions de ce qui est important pour lui de travailler, cela aura un impact sur son sentiment de participer activement à la réadaptation et d'être entendu (intervenant 1).

4. Manque de préparation des nouveaux professionnels

Deux participants (intervenant 1 ; gestionnaire 1) ont discuté des lacunes dans la préparation ou la formation des professionnels. Ces derniers ont relevé qu'un manque de connaissance de son rôle et de la clientèle pouvait être perçu comme un obstacle.

Plus précisément, un premier participant souligne l'importance que les intervenants soient bien formés pour la clientèle avec laquelle ils travaillent et qu'ils aient une bonne connaissance du continuum habituel de services. Le fait d'avoir de la difficulté à établir un pronostic fait en sorte qu'il est difficile de reconnaître à quel moment la clôture de l'épisode de services devrait avoir lieu. Ce même participant souligne l'importance du mentorat à l'intérieur des équipes pour pallier le manque de préparation possible de certains intervenants. Il indique aussi qu'une meilleure préparation permet de développer une plus grande confiance en soi comme thérapeute, ce qui facilite la prise de décision de mettre fin à un suivi (intervenant 1).

Un participant met en lumière l'enjeu de la perte d'expertise causée par le roulement du personnel. Les professionnels ne sont pas toujours formés adéquatement pour le poste qu'ils occupent, ne sont pas toujours à l'aise avec la clientèle et ont en conséquence plus de mal à déterminer à quel moment arrêter les interventions (intervenant 1). Un autre participant observe aussi une diminution des formations offertes aux professionnels. Ces formations peuvent par exemple aborder des compétences tels que l'établissement d'un pronostic ou bien la formulation d'objectifs cliniques (gestionnaire 1). En revanche, il y aurait depuis quelques années une nette amélioration de la formation offerte aux futurs professionnels dans le cadre de leur cursus universitaire. La formation reçue serait en effet plus adaptée à l'approche interdisciplinaire, et les étudiants seraient davantage conscients sur le rôle de chaque intervenant et sur la valeur ajoutée de la collaboration (gestionnaire 1).

Obstacles externes au milieu de soin

1. Manque de ressources

Le manque de ressources a été soulevé par les quatre participants lors des entrevues. Le fait de ne pas pouvoir obtenir de transport adapté pour un client, de ne pas avoir de ressources pour faire l'entretien ménager, ou même de ne pas avoir de logement adéquat en raison de la pénurie de logements sont des enjeux soulevés (intervenant 1 ; gestionnaire 2).

Un autre participant discute des délais occasionnés lorsque le retour à domicile n'est pas jugé sécuritaire. Il faut alors trouver des ressources intermédiaires pour accueillir l'usager, mais la non-disponibilité des ressources dans la communauté est nommée comme un obstacle pouvant prolonger indûment les délais de séjour (gestionnaire 3).

Côté logement, un autre participant discute du Programme d'adaptation de domicile (PAD), qui permet d'effectuer des modifications importantes afin d'adapter le domicile d'un usager à sa nouvelle réalité. Toutefois, dans leur domaine, les délais peuvent aller de plusieurs mois à plusieurs années avant d'avoir accès au programme. Une relocalisation temporaire est donc parfois nécessaire, en résidence privée pour aînés (RPA) ou en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (gestionnaire 1).

Il est parfois nécessaire d'avoir accès à des ressources pour faire des adaptations au travail, ce qui peut également impliquer des délais de plusieurs mois. Les intervenants sont confrontés à un manque de ressources professionnelles, tant à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux qu'à l'extérieur (intervenant 1).

Un participant fait aussi mention d'une nouvelle équipe récemment mise sur pied dans laquelle un ergothérapeute en réadaptation et un travailleur social travaillent ensemble dans certains cas très complexes. L'objectif de cette équipe est de planifier et de mettre en œuvre les services nécessaires pour le retour au domicile par exemple, ou pour planifier une relocalisation. La mise sur pied de cette équipe depuis un an et demi aurait permis d'éliminer les cas où des usagers étaient bloqués à l'interne alors que leur état ne le nécessitait plus (gestionnaire 2).

2. Discussions avec l'usager ou sa famille

Les participants aux entrevues observent qu'il peut également y avoir un décalage entre les objectifs du client et ce qu'il sera réellement possible d'atteindre en réadaptation (intervenant 1 ; gestionnaire 1 ; gestionnaire 2 ; gestionnaire 3). Les attentes du client, parfois irréalistes, peuvent devenir un obstacle à une clôture de l'épisode de services efficiente. Ils voudraient parfois revenir « comme avant » ou pouvoir retrouver 100 % de leur capacité. D'autres expriment de la fermeture face à la thérapie et ont de la difficulté à accepter leur condition, terrassés par un immense sentiment d'injustice. Certains peuvent aller jusqu'aux menaces, disant qu'ils vont faire des plaintes aux ordres professionnels si cela ne fonctionne pas comme ils le veulent (intervenant 1).

Alors que le processus de réadaptation est parfois terminé aux yeux des cliniciens, le deuil des usagers ne fait quant à lui que commencer. Certains vont chercher des traitements expérimentaux trouvés sur Internet par exemple, et ne comprennent pas pourquoi cela ne pourrait pas fonctionner avec eux. Même si des gains pourraient éventuellement se réaliser, l'équipe doit prendre en compte que ceux-ci doivent être significatifs par rapport à leur offre de services habituelle. Il arrive parfois que des clients soient référés au privé s'ils veulent aller plus loin dans leur réadaptation (gestionnaire 1).

3. Enjeux réglementaires

Un participant a fait part d'enjeux reliés aux organismes payeurs tels que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Ces organismes demanderaient parfois que la réadaptation ne prenne pas fin avant que l'utilisateur ait atteint un certain degré de capacité, alors que l'équipe clinique juge que la fin de l'épisode de services devrait avoir lieu. Ainsi, malgré un profil clinique similaire, les usagers dédommagés par ces agents payeurs (SAAQ, CNESST) pourraient à l'occasion recevoir des services d'une durée différente de ceux couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), suggérant une certaine iniquité (intervenant 1).

4.3.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services

En matière d'outils permettant d'assister les intervenants dans la clôture de l'épisode de services, un participant (gestionnaire 1) mentionne utiliser, au sein de son équipe, une fiche recto verso comprenant 78 questions (oui/non) pour évaluer l'admissibilité aux services. Ces mêmes questions seraient posées au moment de mettre fin à l'épisode de services afin de vérifier que l'utilisateur ne répond plus aux critères d'admission. Sans être forcément déposée au dossier de l'utilisateur, cette fiche contribuerait à outiller l'équipe en opérationnalisant, dans une certaine mesure, les facteurs de fin d'une intervention.

L'utilisation d'arbres décisionnels, propres aux différentes conditions, a également été mentionnée par un participant (gestionnaire 3). Faisant partie de la trousse à outils des intervenants au sein de son service, ces arbres décisionnels peuvent permettre de clarifier et d'uniformiser les bases sur lesquelles doit reposer la décision de clore un épisode de services. Dans le même ordre d'idées, un autre participant (gestionnaire 2) rapporte que chaque discipline dispose de ses propres outils.

À ce titre, un autre participant (intervenant 1) mentionne employer dans sa pratique en ergothérapie le questionnaire DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) sur la perception des incapacités liées à une atteinte aux membres supérieurs. Complété directement par l'utilisateur, le DASH serait utilisé au fil du processus de réadaptation afin de monitorer la progression par la baisse des scores obtenus. En plus d'offrir une certaine opérationnalisation des perceptions de l'utilisateur, l'outil permet également à l'intervenant d'illustrer le progrès accompli au moment d'aborder la fin de l'intervention.

Sur l'utilisation d'instruments standardisés, l'un des participants (gestionnaire 1) rapporte qu'un outil d'évaluation des habitudes de vie a déjà été utilisé dans le passé au sein de son équipe. L'outil était utilisé périodiquement pour mesurer l'évolution fonctionnelle des usagers et vérifier s'ils avaient atteint un plateau thérapeutique. Constatant un certain décalage entre la pratique dite « de terrain », soit le jugement clinique de l'intervenant, et les résultats de l'outil, son utilisation a finalement été délaissée.

Par ailleurs, un autre participant (gestionnaire 2) rapporte l'utilisation, au sein de son équipe, d'un studio recréant le retour à domicile de l'utilisateur avant son transfert en externe. Se déroulant sur une fin de semaine ou une semaine, le séjour permettrait d'évaluer le degré de fonctionnement de l'utilisateur sur le plan de ses AVQ (faire ses courses, prendre en charge ses soins de manière autonome, faire des sorties, etc.). De plus, l'utilisation du studio permettrait d'outiller l'utilisateur en lui donnant un sentiment de compétence.

5. Synthèse et analyse

5.1 Synthèse des résultats

Une synthèse des résultats repérés dans la littérature et les données expérientielles sur les facteurs à prendre en considération ainsi que les facilitateurs et obstacles, respectivement, sont présentés dans les **tableaux 11 à 14**. Les résultats d'intérêts sur les outils sont également synthétisés.

5.1.1 Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services en réadaptation

Les facteurs à considérer au moment de prendre la décision de mettre fin ou non à un épisode de services sont résumés dans le **tableau 11**. La participation de l'utilisateur, la considération de son environnement physique ainsi que sa mobilité et son amplitude de mouvement ont été identifiées dans plus d'une étude. Parmi ces facteurs, seule la participation de l'utilisateur est rapportée dans suffisamment d'étude pour évaluer un niveau de preuve.

Tableau 11 : Facteurs à prendre en considération selon la littérature

FACTEURS	KIM ET LELAND 2016	LALIBERTÉ 2018	GIALANELLA 2014	GILLESPIE 2018	INESSS/ONF 2016	MATMARI 2014	NEWMAN 2022	NOLAN 2016	RCA 2022	WYLEGALA 2015	TOTAL
PARTICIPATION DE L'USAGER	X	X								X	3
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	X				X						2
MOBILITÉ ET AMPLITUDE DE MOUVEMENT			X			X					2
CAPACITÉ DANS LES AVQ					X				X		2
ATTEINTE D'UN PLATEAU THÉRAPEUTIQUE		X							X		2
ENVIRONNEMENT SOCIAL ET DESTINATION POST- CONGÉ						X					1
ÉTAT DE FRAGILITÉ								X			1
SÉCURITÉ DE L'USAGER							X				1
CHRONICITÉ DE L'ÉTAT DE L'USAGER		X									1
CAPACITÉ DE L'USAGER À TRANSFÉRER LES ACQUIS HORS DU CADRE THÉRAPEUTIQUE				X							1

Le facteur le plus souvent rapporté dans les données expérientielles (**tableau 12**) est la participation de l'utilisateur. L'établissement de critères de fin d'intervention a aussi souvent été rapporté, mais ceux-ci n'ont pas été précisés.

Tableau 12 : Facteurs à prendre en considération selon les données expérientielles

FACTEURS	INTERVENANT 1	GESTIONNAIRE 1	GESTIONNAIRE 2	GESTIONNAIRE 3
PARTICIPATION DE L'USAGER	X	X	X	X
UTILISATION DE CRITÈRES DE FIN D'INTERVENTION	X		X	X
CAPACITÉ DANS LES AVQ		X		X
SÉCURITÉ DE L'USAGER	X	X		
ATTEINTE D'UN PLATEAU THÉRAPEUTIQUE				X
CHRONICITÉ DE L'ÉTAT DE L'USAGER	X			
ENVIRONNEMENT SOCIAL ET DESTINATION POST-CONGÉ		X		

5.1.2 Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services

Trois facilitateurs et 10 obstacles ont été identifiés dans la littérature (**tableau 13**). Le facilitateur le plus souvent rapporté est le soutien d'une équipe interprofessionnelle. Six obstacles ont été rapportés par trois études et plus, soit la pression de roulement, les opinions conflictuelles entre collègues, l'attente d'une évaluation par un spécialiste, le manque de ressources, les discussions entre l'intervenant et l'utilisateur ou un membre de sa famille, ainsi que les enjeux légaux. Ces résultats ont été rapportés dans suffisamment d'études pour faire l'évaluation du niveau de preuve.

Tableau 13 : Facilitateurs et obstacles selon la littérature

FACILITATEURS ET OBSTACLES	BARNETT 2022	ISAKSEN 2018	MARTIN 2022	MATMARI 2014	NEW 2015	NEW 2013A	NEW 2013B	ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION 2018	SMITH-GABAI 2016	WARING 2019	TOTAL
FACILITATEURS											
SOUTIEN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE			X	X					X	X	4
SOUTIEN DES COLLÈGUES EXPÉRIMENTÉS			X							X	2
RÔLE FACILITANT D'UN COORDONNATEUR										X	1
OBSTACLES INTERNES											
PRESSIION DE ROULEMENT	X		X	X						X	4
OPINIONS CONFLICTUELLES ENTRE COLLÈGUES	X		X	X					X		4
ATTENTE D'UNE ÉVALUATION PAR UN SPÉCIALISTE	X				X	X	X				4
DIFFICULTÉ À LAISSER L'USAGER S'IMPLIQUER DANS LA PRISE DE DÉCISION		X		X							2
INCAPACITÉ À ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'UN TRAITEMENT						X	X				2
MANQUE DE PRÉPARATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS			X								1
CONFUSION DANS LE DIAGNOSTIC	X										1
OBSTACLES EXTERNES											
MANQUE DE RESSOURCES				X	X	X	X	X			5
DISCUSSIONS AVEC L'USAGER OU SA FAMILLE				X	X	X	X				4
ENJEUX LÉGAUX					X	X	X				3

En ce qui concerne les données expérientielles (**tableau 14**), le facilitateur le plus souvent mentionné par les participants est le soutien de l'équipe interprofessionnelle. La pression de roulement, le manque de ressources et les discussions avec l'usager et ses proches sont d'autres obstacles fréquemment rapportés. On retrouve également les opinions conflictuelles entre les collègues et la difficulté de laisser l'usager s'impliquer dans la prise de décision.

Tableau 14 : Facilitateurs et obstacles selon les données expérientielles

FACILITATEURS ET OBSTACLES	INTERVENANT	GESTIONNAIRE 1	GESTIONNAIRE 2	GESTIONNAIRE 3
FACILITATEURS				
SOUTIEN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	X		X	X
RÔLE FACILITANT D'UN COORDONNATEUR		X		X
SOUTIEN DES COLLÈGUES EXPÉRIMENTÉS	X			
OBSTACLES INTERNES				
PRESSIION DE ROULEMENT	X	X	X	X
OPINIONS CONFLICTUELLES ENTRE COLLÈGUES	X	X	X	
DIFFICULTÉ À LAISSER L'USAGER S'IMPLIQUER DANS LA PRISE DE DÉCISION	X		X	X
MANQUE DE PRÉPARATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS	X	X		
OBSTACLES EXTERNES				
MANQUE DE RESSOURCES	X	X	X	X
DISCUSSIONS AVEC L'USAGER OU SA FAMILLE	X	X	X	X
ENJEUX RÉGLEMENTAIRES	X			

5.1.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services

Quatre outils ont été identifiés dans la littérature (DSS-Discharge, MROC, OTDNS et ODI) ainsi que deux algorithmes pour les usagers ayant subi un remplacement du genou ou de la hanche. Ces outils n'ont pas été mentionnés par les participants aux entrevues. En revanche, les participants ont rapporté l'utilisation d'un outil maison pour évaluer l'admissibilité au service (gestionnaire 1) et d'arbres décisionnels propres aux différentes conditions (gestionnaire 3). Un des gestionnaires (gestionnaire 2) a rapporté l'utilisation d'un studio recréant l'environnement à domicile avant le retour de l'utilisateur dans son milieu. Ce même gestionnaire a aussi mentionné que chaque discipline disposait de ses propres outils. Dans le même ordre d'idées, l'intervenant interrogé mentionne employer le questionnaire DASH dans sa pratique en ergothérapie pour l'autoévaluation d'atteintes aux membres supérieurs.

5.2 Analyse des résultats

5.2.1 Niveau de preuve

Le niveau de preuve a été évalué pour des résultats similaires concernant les facteurs à considérer, les facilitateurs et les obstacles qui sont rapportés dans trois études et plus (tableau 15). Aucun outil n'a fait l'objet de plus qu'une étude.

Tableau 15 : Niveau de preuve

RÉSULTATS D'INTÉRÊT	LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES			COHÉRENCE	NIVEAU DE PREUVE
	NOMBRE D'ÉTUDES	DEVIS OPTIMAL *	QUALITÉ MÉTHOD.**	CONVERGENCE DES RÉSULTATS ENTRE LES ÉTUDES	
	N	OUI (N) MOYEN (N) NON (N)	ÉLEVÉE (N) BONNE (N) ADÉQUATE (N) FAIBLE (N)	ÉLEVÉE MODÉRÉE FAIBLE NON APPLICABLE	ÉLEVÉ MODÉRÉ FAIBLE INSUFFISANT
FACTEURS					
PARTICIPATION DE L'USAGER	3	Oui (3)	Élevée (3)	Élevée	Élevé
FACILITATEURS					
SOUTIEN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	4	Oui (4)	Élevée (3) Bonne (1)	Élevée	Élevé
OBSTACLES					
PRESSIION DE ROULEMENT	4	Oui (4)	Élevée (3) Bonne (1)	Élevée	Élevé
OPINIONS CONFLICTUELLES ENTRE COLLÈGUES	4	Oui (4)	Élevée (3) Bonne (1)	Élevée	Élevé
ATTENTE D'UNE ÉVALUATION PAR UN SPÉCIALISTE	4	Oui (4)	Élevée (3) Bonne (1)	Élevée	Élevé
MANQUE DE RESSOURCES	4	Oui (4)	Élevée (2) Bonne (2)	Élevée	Élevé
DISCUSSION AVEC L'USAGER OU SA FAMILLE	4	Oui (4)	Élevée (2) Bonne (2)	Élevée	Élevé
ENJEUX LÉGAUX	3	Oui (3)	Élevée (2) Bonne (1)	Élevée	Élevé

Élevé : Tous les critères ont obtenu une appréciation positive ; **Modéré** : La majorité des critères ont obtenu une appréciation positive ;

Faible : Tous ou la plupart des critères ont obtenus une appréciation négative ; N/A : non applicable.

Les niveaux de preuve ont été considérés élevés pour la participation de l'utilisateur (facteur à considérer), le soutien d'une équipe interprofessionnelle (facilitateur) et la pression de roulement, les opinions conflictuelles entre collègues, l'attente d'une évaluation par un spécialiste, le manque de ressources, les discussions avec l'utilisateur ou les membres de sa famille et les enjeux légaux (obstacles).

5.2.2 Triangulation des données

A) Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore un épisode de services en réadaptation

La participation de l'utilisateur à la prise de décision de terminer un épisode de services est le facteur à considérer le plus souvent rapporté dans la littérature (trois études ; niveau de preuve élevé) et par les quatre participants à la collecte de données expérientielles. Les autres facteurs mentionnés à la fois dans la littérature et les données expérientielles sont l'atteinte d'un plateau thérapeutique, la chronicité de l'état de l'utilisateur et sa sécurité. Cependant, ces facteurs ne sont rapportés que dans une seule étude et par un seul participant.

B) Facilitateurs et obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services

Le soutien apporté par une équipe interprofessionnelle constitue un facilitateur identifié à la fois dans la littérature (quatre études ; niveau de preuve élevé) et dans les données expérientielles (trois participants sur quatre). Pour ce qui est des obstacles, quatre études (niveau de preuve élevé) et les quatre participants mentionnent le manque de ressources, la pression de roulement et les discussions parfois difficiles avec l'utilisateur et sa famille. Un autre obstacle rapporté dans quatre études (niveau de preuve élevé) et par trois participants est les opinions conflictuelles entre collègues.

6. Constats

En se basant sur l'évaluation du niveau de preuve et la triangulation des données scientifiques et expérientielles, il est possible de formuler les constats suivants :

6.1 Facteurs et critères à considérer lors de la décision de clore l'épisode de services

- ✚ Selon un niveau de preuve élevé et mentionné par tous les participants à la collecte de données expérientielles, la participation de l'usager dans la décision de terminer l'épisode de services est un critère à considérer ;
- ✚ Sans avoir rencontré la convergence nécessaire à l'atteinte d'un niveau de preuve, d'autres facteurs ont été soulignés dans la littérature scientifique et les données expérientielles :
 - L'environnement social et la destination post-congé ;
 - La capacité dans les AVQ ;
 - La sécurité de l'usager ;
 - L'atteinte d'un plateau thérapeutique ;
 - La chronicité de l'état de l'usager.
- ✚ Selon trois participants sur quatre, l'utilisation de critères de fin d'intervention serait également à considérer. Cependant ce critère ne trouve pas écho dans la littérature.

6.2 Facilitateurs ou obstacles à la prise de décision de clore un épisode de services

- ✚ Selon un niveau de preuve élevé et mentionné dans les données expérientielles, le soutien d'une équipe interprofessionnelle facilite la prise de décision ;
- ✚ Selon un niveau de preuve élevé et les données expérientielles, la pression de roulement, les opinions conflictuelles entre collègues, le manque de ressources et les discussions parfois difficiles avec l'usager ou des membres de sa famille représentent des obstacles pour la clôture d'un épisode de services ;
- ✚ Selon un niveau de preuve élevé, les données scientifiques montrent que l'attente d'une évaluation de l'usager par un spécialiste et les enjeux légaux retardent la clôture de l'épisode de services ;
- ✚ La difficulté à laisser l'usager s'impliquer dans la prise de décision a été identifiée par trois des quatre participants comme un obstacle, bien que ce résultat ait moins de résonance dans la littérature.

6.3 Outils permettant de soutenir et d'accompagner les intervenants dans la prise de décision concernant la clôture de l'épisode de services

- ✚ Des outils standardisés ou des algorithmes propres aux différentes clientèles et conditions ont été rapportés, chacun dans un seul document de littérature, mais non par les participants ;
- ✚ Des outils maison et spécifiques aux disciplines des intervenants impliqués ont été mentionnés par les participants.

7. Discussion

Cette ETMI abrégée a conduit à la formulation de constats sur les éléments à considérer au moment de prendre la décision de clore un épisode de services en réadaptation physique chez l'adulte. L'analyse des résultats des publications retenues illustre la difficulté à identifier un élément en particulier, puisqu'elles s'intéressent à un large éventail de conditions, n'utilisent pas exactement les mêmes mesures et que les variables d'intérêts varient considérablement selon le type de déficience. Cependant, le regroupement des données a tout de même permis d'identifier des facteurs, des facilitateurs et des obstacles à considérer lorsque vient le moment de mettre un terme à un épisode de services.

La participation de l'utilisateur dans la prise de décision s'est révélée être un facteur central à considérer. À l'inverse, la difficulté à laisser l'utilisateur s'impliquer dans la prise de décision tout comme des discussions et négociations difficiles avec l'utilisateur ou des membres de sa famille se sont révélées être des obstacles à cette prise de décision. Cela met en lumière la place centrale que prend l'utilisateur au sein de ce processus.

Une bonne relation entre l'utilisateur et son équipe peut faire toute la différence afin de mettre un terme de façon harmonieuse à l'épisode de services. Cela incite aussi à s'intéresser au point de vue des usagers quant à la décision de clore un suivi, plusieurs études s'étant penchées sur leurs expériences relativement à la prise de décision en contexte de réadaptation (Panday et al., 2022) ou encore sur les appréhensions qui les habitent face à cet important tournant (Gustafsson & Bootle, 2013 ; Panday et al., 2022 ; Radenovic et al., 2022 ; Wottrich et al., 2012).

Par ailleurs, l'utilisation de critères de fin d'intervention, tel que mentionné par des participants à la collecte de données, pourrait être une manière d'optimiser les attentes des usagers et d'accroître leur sentiment d'autonomie (Prki et al., 2020). Ces derniers font également part de l'importance pour les usagers d'obtenir un soutien à la suite de la clôture de l'épisode de services (Foster et al., 2020 ; Radenovic et al., 2022). La réalisation d'une prochaine ETMI portant spécifiquement sur le point de vue des usagers dans la clôture d'un épisode de services pourrait être une avenue intéressante.

La présente ETMI révèle qu'une certaine opérationnalisation dans l'évaluation de l'aptitude d'un usager à recevoir son congé peut soutenir les intervenants dans leur prise de décision. Bien que les résultats portant sur l'utilisation d'outils n'aient pas présenté de convergence, ils apparaissent en cohérence avec la littérature sur la pertinence de l'utilisation d'instruments de mesure standardisés, notamment afin d'informer la poursuite de la réadaptation en physiothérapie et en ergothérapie (Bland et al., 2015).

Les guides de pratiques repérés dans le cadre de la présente ETMI comportaient également, en annexe ou en soutien, de longues listes d'outils pouvant soutenir les intervenants au fil du processus de réadaptation (INESSS/ONF, 2016 ; Rehabilitative Care Alliance, 2022). Ce type d'instruments étant généralement destinés à une condition ou à une discipline spécifique, il pourrait être envisagé de circonscrire le champ d'intérêt d'une future ETMI pour dresser une liste plus exhaustive d'outils pertinents.

Par ailleurs, une bonne communication et un soutien des membres au sein de l'équipe interdisciplinaire se sont avérés être des éléments importants, ayant le potentiel d'être optimisés afin de faciliter la clôture d'un épisode de services. Plusieurs obstacles récurrents à la prise de décision de clore un épisode de services pourraient également être identifiés sur les différentes unités et départements. Déterminer s'il s'agit d'obstacles sur lesquels il est possible d'agir, possiblement pas le biais d'un projet de recherche, permettrait d'établir des priorités d'action afin de faciliter le processus de clôture.

Cette ETMI présente des forces et des limites dont il importe de faire mention. Tout d'abord, parmi les forces, se trouve l'utilisation d'une méthode systématique permettant de répondre aux questions d'évaluation. Aussi, une réalité interrégionale a été mise en valeur par la collaboration entre le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour la réalisation de cette ETMI, ainsi que par la participation de membres de ces deux régions sur le comité de suivi.

Des limites sont cependant à souligner, notamment en ce qui a trait au grand nombre de conditions visées dans le cadre de cette ETMI, à savoir des déficiences motrices, sensorielles (auditive, visuelle) et langagières chez l'adulte. Cette hétérogénéité de conditions et de milieux où se déroulent les interventions (unités de réadaptation à l'interne ou services externes), des moments où les résultats ont été obtenus (avant, pendant ou après la clôture de l'épisode de service), tout comme des résultats rapportés dans les études a rendu difficile le regroupement des facteurs, des facilitateurs et des obstacles à la prise de décision de clore un épisode de service en réadaptation physique.

Plusieurs ont pu être listés, mais il s'est avéré impossible d'évaluer le niveau de preuve scientifique pour certains et de les pondérer entre eux, plusieurs n'ayant fait l'objet que d'une ou deux études. Toujours en raison du grand nombre de conditions visées de la quantité d'outils existants, toute la littérature présentant simplement des outils sans les évaluer n'a pas été recensée.

En ce qui a trait aux données expérientielles recueillies, il est important de souligner la difficulté de recruter des participants pour les entrevues et groupes de discussion, principalement des intervenants. En conséquence, la taille de l'échantillon n'était pas suffisante pour en faire une analyse approfondie. Pour cette raison, les données recueillies et l'analyse qui en a été faite doivent être interprétées avec prudence. Par ailleurs, aucune entrevue n'a été réalisée avec des usagers.

8. Conclusion

En conclusion, les résultats de cette ETMI, en identifiant les facteurs, les facilitateurs et les obstacles rencontrés, permettront de soutenir la prise de décision lors de la clôture d'un épisode de services en réadaptation physique chez les adultes. Cette ETMI abrégée souligne l'importance d'impliquer l'utilisateur et d'avoir recours à une équipe interprofessionnelle et une approche personnalisée au moment de prendre une décision sur la fin ou la poursuite d'un épisode de services. Il importe également de prendre en compte ce qui peut faciliter, ou à l'inverse, créer un obstacle à la sortie des usagers des services de réadaptation.

Ainsi, différents facteurs devraient être soigneusement évalués afin d'assurer une transition optimale pour les usagers dans leur parcours de réadaptation. Des outils cliniques ou des instruments de mesure validés et standardisés pourraient être utiles.

Références bibliographiques

- Ayiku, L., Hudson, T., Williams, C., Levay, P., & Jacob, C. (2021). The NICE OECD countries' geographic search filters: Part 2-validation of the MEDLINE and Embase (Ovid) filters. *J Med Libr Assoc*, 109(4), 583-589. <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.1224>
- Barnett, C., Mitchell, C., & Tyson, S. (2022). The management of patients with functional stroke: Speech and language therapists' views and experiences. *Disability & Rehabilitation*, 44(14), 3547-3558. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1867910>
- Beauchamp, S. D., Martin, D., Dionne, C., & Carmen, M. (2018). Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social sector using scientific, contextual and experiential data. *International Journal of Hospital-Based Health Technology Assessment*(1), 3-14. <https://doi.org/10.21965/IJHBHTA.2018.001>
- Bland, M. D., Whitson, M., Harris, H., Edmiaston, J., Connor, L. T., Fucetola, R., Carter, A., Corbetta, M., & Lang, C. E. (2015). Descriptive data analysis examining how standardized assessments are used to guide post-acute discharge recommendations for rehabilitation services after stroke. *Physical therapy*, 95(5), 710-719. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.2522/ptj.20140347>
- Boronowski, L. E., Shorter, C. M., & Miller, W. C. (2012). Measurement properties of the occupational therapy discharge needs screen. *Canadian journal of occupational therapy, Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(4), 248-256. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed13&AN=366362331>
- Collins, N. J., Crossley, K. M., Darnell, R., & Vicenzino, B. (2010). Predictors of short and long term outcome in patellofemoral pain syndrome: a prospective longitudinal study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(11).
- de Ridder, I. R., Dijkland, S. A., Scheele, M., den Hertog, H. M., Dirks, M., Westendorp, W. F., Nederkoorn, P. J., van de Beek, D., Ribbers, G. M., Steyerberg, E. W., Lingsma, H. F., & Dippel, D. W. (2018). Development and validation of the Dutch Stroke Score for predicting disability and functional outcome after ischemic stroke: A tool to support efficient discharge planning. *Eur Stroke J*, 3(2), 165-173. <https://doi.org/10.1177/2396987318754591>
- Foster, M., Legg, M., Hummell, E., Burrige, L., & Laurie, K. (2020). Right people, right time? A qualitative study of service access experiences of adults with acquired brain injury following discharge from inpatient rehabilitation. *Brain Impairment*, 22(1), 92-107. <https://doi.org/10.1017/Brlmp.2020.12>
- Fredericks, M. R. (2021). *The Role of Organizational Culture on Patient Discharge Planning* [Doctoral dissertation, Franklin University]. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=frank1637086207739769
- Gialanella, B., Altieri, G., & Clemente, M. (2014). Determinants in predicting duration of treatment in an out-patient rehabilitation orthopedic-traumatologic service. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 50(3), 247-254. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed15&AN=609191407>
- Gillespie, A. I., & Gartner-Schmidt, J. (2018). Voice-Specialized Speech-Language Pathologist's Criteria for Discharge from Voice Therapy. *Journal of Voice*, 32(3), 332-339. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.05.022>
- GTA Rehab Network. (Revised Feb 2018). *Outpatient Rehab Process Maps for Total Knee and Total Hip Replacements*. Retrieved from <https://gtarehabnetwork.ca/wp->

[content/uploads/2022/08/Outpatient Rehab Process Maps for Total Knee and Total Hip Replacements.pdf](#)

- Gustafsson, L., & Bootle, K. (2013). Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Disability & Rehabilitation*, 35(16), 1380-1386. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.740134>
- Hersh, D. (2003). "Weaning" clients from aphasia therapy: Speech pathologists' strategies for discharge [Journal Peer Reviewed Journal]. *Aphasiology*, 17(11), 1007-1029.
- Hersh, D. (2009). How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*, 23(3), 331-350. <https://doi.org/10.1080/02687030701764220>
- Hersh, D. (2010a). Aphasia therapists' stories of ending the therapeutic relationship. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(1), 30-38. <https://doi.org/10.1310/tsr1701-30>
- Hersh, D. (2010b). I can't sleep at night with discharging this lady: The personal impact of ending therapy on speech-language pathologists. *International Journal of Speech Language Pathology*, 12(4), 283-291.
- INESSS/ONF. (2016). *Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave* (ISBN 978-2-550-76776-3). G. d. Québec. <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Guide-inesss-readaptation-adulte-tcc.pdf>
- Isaksen, J. (2018). "Well, you are the one who decides": Attempting shared decision making at the end of aphasia therapy. *Topics in Language Disorders*, 38(2), 126-142. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000150>
- Kim, L. H., & Leland, N. E. (2016). Rehabilitation practitioners' prioritized care processes in hip fracture post-acute care. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 34(2/3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/02703181.2016.1267295>
- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields*. (HTA Initiative #13). Alberta Heritage Foundation for Medical Research. <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>
- Laliberte, M., D, E. F., Williams-Jones, B., & Hunt, M. (2018). Operationalizing wait lists: Strategies and experiences in three hospital outpatient physiotherapy departments in Montreal. *Physiotherapy theory and practice*, 34(11), 872-881. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09593985.2018.1430877>
- Martin, R., Phan, A., Tan, S., Mandrusiak, A., & Forbes, R. (2022). Hospital discharge planning: A qualitative study of new graduate physiotherapists' experiences. *Health Education in Practice: Journal of Research for Professional Learning*, 5(1), 43-57. <https://doi.org/10.33966/hepj.5.1.15759>
- Matmari, L., Uyeno, J., & Heck, C. S. (2014). Physiotherapists' perceptions of and experiences with the discharge planning process in acute-care general internal medicine units in Ontario. *Physiotherapy Canada*, 66(3), 254-263. <https://doi.org/10.3138/ptc.2013-12>
- Melissa, C. B., Michelle, E. K., George, P. B., Jako, S. B., Francoise, C., Gene, F., Béatrice, F., Ian, D. G., Jeremy, G., Steven, E. H., Peter, L., Julie, M., & Louise, Z. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2012). *Déclin fonctionnel dans les AVQ - Fiche clinique « Autonomie » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000518/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *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. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001935>
- New, P. W. (2015). Prospective study of barriers to discharge from a spinal cord injury rehabilitation unit. *Spinal Cord*, 53(5), 358-362. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1038/sc.2014.166>
- New, P. W., Cameron, P. A., Olver, J. H., & Stoelwinder, J. U. (2013a). Defining barriers to discharge from inpatient rehabilitation, classifying their causes, and proposed performance indicators for rehabilitation patient flow. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94(1), 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.026>
- New, P. W., Jolley, D. J., Cameron, P. A., Olver, J. H., & Stoelwinder, J. U. (2013b). A prospective multicentre study of barriers to discharge from inpatient rehabilitation. *Medical Journal of Australia*, 198(2), 104-108. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5694/mja12.10340>
- Newman, C. (2022). *Positive risk-taking in intermediate care: a study of risk-related decision making in occupational therapy* [Northumbria University]. <https://nrl.northumbria.ac.uk/id/eprint/51029>
- Nolan, M., Power, D., Long, J., & Horgan, F. (2016). Frailty and its association with rehabilitation outcomes in a post-acute older setting. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 23(1), 33-40. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2016.23.1.33>
- Ontario Hospital Association. (2018). *Managing Transitions – A Guidance Document*, second edition. In.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Panday, J., Velikonja, D., Moll, S. E., & Harris, J. E. (2022). Experiences of inpatient rehabilitation from the perspective of persons with acquired brain injury. *Disabil Rehabil*, 44(19), 5539-5548. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1938706>
- Park, S.-W., Shin, Y.-S., Kim, H.-J., Lee, J.-H., Shin, J.-S., & Ha, I.-H. (2014). The dischargeable cut-off score of Oswestry disability index (odi) in the inpatient care for low back pain with disability. *European Spine Journal*, 23(10), 2090-2096. <https://doi.org/10.1007/s00586-014-3503-8>
- Pashley, E., Powers, A., McNamee, N., Buivids, R., Piccinin, J., & Gibson, B. E. (2010). Discharge from Outpatient Orthopaedic Physiotherapy: A Qualitative Descriptive Study of Physiotherapists' Practices. *Physiotherapy Canada*, 62(3), 224-234.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.-P., & Rousseau, M. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. *Montréal: McGill University*, 2, 1-8.
- Prki, C. A., Viveen, J., The, B., Koenraadt, K. L. M., & Eygendaal, D. (2020). Early mobilization and functional discharge criteria affecting length of stay after total elbow arthroplasty. *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Cechoslovaca*, 87(3), 197-202. (Casna mobilizace a funkční kritéria pro propustení ovlivňující délku pobytu po totální endoproteze lokte)
- Radenovic, M., Aguilar, K., Wyrrough, A. B., Johnson, C. L., Luong, S., Everall, A. C., Hitzig, S. L., Dilkas, S., MacKay, C., & Guilcher, S. J. T. (2022). Understanding transitions in care for people with major lower limb amputations from inpatient rehabilitation to home: A

- descriptive qualitative study. *Disability and rehabilitation*, 44(16), 4211-4219. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2021.1882009>
- Rehabilitative Care Alliance. (2022). *Rehabilitative Care Best Practices for Patients with Hip & Knee Replacement*. Retrieved from https://www.rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/TJR_Framework.pdf
- Samson, D., & Schoelles, K. M. (2012). Chapter 2: medical tests guidance (2) developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks. *J Gen Intern Med*, 27 Suppl 1(Suppl 1), S11-19. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2007-7>
- Saxena, S. K. S., Ng, T. P., Yong, D., Fong, N. P., & Gerald, K. (2006). Total direct cost, length of hospital stay, institutional discharges and their determinants from rehabilitation settings in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 114(5), 307-314.
- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation* 66(3), 14-24
- Smith-Gabai, H. (2016). *Occupational therapy discharge planning and recommendations in acute care: An action research study* [Doctor of Philosophy (PhD) in Occupational Therapy, Nova Southeastern University]. https://nsuworks.nova.edu/hpd_ot_student_dissertations/54.
- Tavares, M. A., Mandra, P. P., Moretti, T., Santos, C. M. D., Wolf, L. B., & Cera, M. L. (2021). Treatment indicators influence speech therapy discharge time [Journal]. *Codas*, 33(5).
- Togher, L. (2010). The dilemma of discharge and some possible solutions. *International Journal of Speech Language Pathology*, 12(4), 320-324.
- Tyndall, J. (2010). *The AACODS checklist is designed to enable evaluation and critical appraisal of grey literature*. https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/3326/AACODS_Checklist.pdf
- Viglianese, S., Servadio, A., Maggi, G., Mollica, R., Valente, D., & Galeoto, G. (2020). Multi-disciplinary rehabilitation outcome checklist: Italian validation of an instrument for risk of discharge in patients with total hip and/or knee replacement. *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation*, 27(1), 16-22. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/2210491720912551>
- Waring, J., Bishop, S., Marshall, F., Tyler, N., & Vickers, R. (2019). An ethnographic study comparing approaches to inter-professional knowledge sharing and learning in discharge planning and care transitions. *Journal of Health Organization & Management*, 33(6), 677-694. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1108/JHOM-10-2018-0302>
- Wong, S., & Wong, J. (1997). A discharge scoring system for patients with total hip replacement. *Leadership Health Services*, 10(6), i-vi.
- Wottrich, A. W., Astrom, K., & Lofgren, M. (2012). On parallel tracks: Newly home from hospital-people with stroke describe their expectations [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Disability & Rehabilitation*, 34(14), 1218-1224. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.640381>
- Woznowski-Vu, A., Da Costa, C., Turgeon-Provost, F., Dagenais, K., Roy-Mathie, B., Aggban, M., & Preuss, R. (2015). Factors Affecting Length of Stay in Adult Outpatient Physical Rehabilitation: A Scoping Review of the Literature. *Physiotherapy Canada*, 67(4), 329-340.
- Wylegala, J. A., Graham, J. E., Karmarkar, A. M., Illig, C., Bennett Illig, S., & Ottenbacher, K. J. (2015). Association between self-reported participation in decision-making and inpatient rehabilitation outcomes. *HPA Resource*, 15(3), J12-J21. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=110468733&lang=fr&site=ehost-live>

Annexe I. Stratégies de recherche documentaire

1. Bases de données interrogées

-  Embase (Ovid) ;
-  Medline (Ovid) ;
-  CINAHL (EBSCO).

1.1 Date de la recherche

La recherche a été effectuée le 17 janvier 2023.

1.2 Plan de concepts

DURÉE DE L'ÉPISODE DE SERVICES	DÉFICIENCE			
	PHYSIQUE	COMMUNICATION	VISUELLE	AUDITIVE
Closure Discharge Discontinued Dosage Duration End of rehabilitation End of therapy Length of stay Treatment termination	Ambulatory impaired Ambulatory impairment kinesiotherapy Mobility disorder Motor dysfunction Movement therapy Orthopedics Physical therapy Physiotherapist Physiotherapy psychomotor retardation Walking difficulty Walking problem	Abnormal articulation Articulation problem Communication problems Communication impairment Disarticulated Language defect Language disorder Language problems Speech disorder Speech language impairment Speech language pathologist Speech problem Voice disorder Voice deficiency Voice handicap	Abnormal vision blind Problem with the eyes Ocular deficiency Visually challenged Visually handicapped Visual deficit Visual impairment Vision deficiency	Abnormal hearing Audiology Audiologist Auditory problem Deaf Ear problem Hearing disorder Hearing impairment

1.3 Limites et filtres

TYPE	LIMITE
ANNÉES	2012 – 2022
LANGUES	Anglais et français
TYPE DE DOCUMENTS	Retirer les types de documents suivants : étude de cas, résumé de conférence, éditorial, lettre et note
POPULATION	Adulte
AUTRE	Pays de l'OCDE

Le filtre utilisé pour les pays de l'OCDE pour *Embase* et *Medline* a été réalisé par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) ((Ayiku et al., 2021)). Le filtre a été adapté pour le vocabulaire contrôlé de *CINAHL*.

1.4 Bilan de recherches

BASE DE DONNÉES	NOMBRE DE RÉSULTATS
EMBASE (OVID)	3807
MEDLINE (OVID)	1150
CINAHL (EBSCO)	1045
TOTAL AVANT RETRAIT DES DOUBLONS	6002
DOUBLONS RETIRÉS	764
RÉFÉRENCES UNIQUES	5238

1.5 Stratégies de recherche

BASE DE DONNÉES : EMBASE (OVID) DATE DE LA RECHERCHE : 17 JANVIER 2023
NOMBRE DE RÉSULTATS : 3807

1	((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (approach? or correction or correcting or correct or criteria? or decision? or intervention? or intensity or patient? or manage? or managing or management? or model? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment? or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) adj1 time)).ti,kw,kf.	62980
2	treatment duration/	280777
3	(closure or discharg* or discontin* or dosage or dose? or duration or end or ending or extent or episode? or length or span or period? or terminat* or time spent or ((therap* or treatment?) adj1 time)).ti,ab,kw,kf.	8126595
4	1 or (2 and 3)	211 601
5	((articulat* or communicat* or language* or linguistic? or phonation or phonolog* or speech* or verbal* or vocal or voice) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or disarticulat* or mute).ti,kw,kf.	36359
6	communication disorder/	10 838
7	developmental language disorder/	1631
8	language disability/	17109
9	exp "speech and language rehabilitation"/	19 701
10	speech disorder/	26 597
11	speech language pathologist/	3339
12	speech sound disorder/	1117
13	voice disorder/	2262
14	5 or 6 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	90862
15	((ambul* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?))	69465

	or (physical* adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or trouble?)) or ((occupational or physiotherap* or (physical* adj2 (train or training or treatment? or therap*))) and (ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking)) or ((kinesiotherap* or orthop?edic*) adj2 (care or department? or intervention? or outpatient? or program? or rehab* or service?))) .ti,kw,kf.	
16	disability/	124406
17	disabled person/	34734
18	kinesiotherapy/	37034
19	limited mobility/	2986
20	mobilization/	37561
21	motor dysfunction/	78254
22	movement therapy/	2501
23	rehabilitation/	92503
24	orthopedics/	24399
25	physical disability/	24405
26	physically disabled person/	153
27	psychomotor disorder/	6245
28	psychomotor retardation/	5559
29	physiotherapy/	100799
30	walking difficulty/	15519
31	15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 21 or 22 or 23 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30	527747
32	((((ocular or oculo* or vision or visual* or eye?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (blind not (single blind or double blind or triple blind)) or blindness).ti,kw,kf.	71402
33	abnormal vision/	446
34	"education of visually disabled"/	38
35	low vision/	4492
36	visual disorder/	32686
37	visual impairment/	59851
38	Visually Impaired Persons/	8946
39	32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38	157884
40	((((acoustic* or audio or audiolog* or auditory or auditorily or aural* or ear? or hear or hearing or sound?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or deaf* or hard of hearing or unhearing*).ti,kw,kf.	67490
41	audiology/	6682
42	auditory rehabilitation/	3595
43	deaf education/	365
44	hearing/	47692
45	hearing disorder/	8152
46	hearing impaired person/	1689
47	exp hearing impairment/	113314
48	40 or 41 or 42 or 43 or 45 or 46 or 47	147123
49	(((((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (approach? or correction or correcting or correct or criteria* or decision? or hospital or intervention? or intensity or manage? or managing or management? or patient? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment* or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) adj1 time)) adj4 (((ocular or oculo* or vision or visual* or eye?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover*	743

	or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (blind not (single blind or double blind or triple blind)) or blindness)).ab.	
50	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (approach? or correction or correcting or correct or criteria* or decision? or hospital or intervention? or intensity or manage? or managing or management? or patient? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment* or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) adj1 time)) adj4 ((ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (physical* adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) and (ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking)) or ((kinesiotherap* or orthop?edic*) adj2 (care or department? or intervention? or outpatient? or program? or rehab* or service?)))ab.	3294
51	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or criteria? or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or ((therapy or treatment) adj1 time)) adj4 (((acoustic* or audio or audiolog* or auditory or auditorily or aural* or ear? or hear or hearing or sound?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or trouble?)) or deaf* or hard of hearing or unhearing*))ab.	350
52	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or criteria* or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or ((therapy or treatment) adj1 time)) adj4 (((articulat* or communicat* or language* or linguistic? or phonation or phonolog* or speech* or verbal* or vocal or voice) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or trouble?)) or disarticulat* or mute)).ab.	707
53	(case report? or congress* or comment* or conference? or dissertation? or editorial? or letter? or note?).pt.	8 357 816
54	case report?.ti.	383976
55	case report/	2 823 275
56	53 or 54 or 55	10564447
57	afghanistan/ or africa/ or "africa south of the sahara"/ or albania/ or algeria/ or andorra/ or angola/ or argentina/ or "antigua AND barbuda"/ or armenia/ or exp azerbaijan/ or bahamas/ or bahrain/ or bangladesh/ or barbados/ or belarus/ or belize/ or benin/ or bhutan/ or bolivia/ or borneo/ or exp "bosnia AND herzegovina"/ or botswana/ or exp brazil/ or brunei darussalam/ or bulgaria/ or burkina faso/ or burundi/ or cambodia/ or cameroon/ or cape verde/ or central africa/ or central african republic/ or chad/ or exp china/ or comoros/ or congo/ or cook islands/ or cote d'ivoire/ or croatia/ or cuba/ or cyprus/ or democratic republic congo/ or djibouti/ or dominica/ or dominican republic/ or ecuador/ or el salvador/ or egypt/ or equatorial guinea/ or eritrea/ or eswatini/ or ethiopia/ or exp "federated states of micronesia"/ or fiji/ or gabon/ or gambia/ or exp "georgia (republic)"/ or ghana/ or grenada/ or guatemala/ or guinea/ or guinea-bissau/ or guyana/ or haiti/ or honduras/ or exp india/ or exp indonesia/ or iran/ or exp iraq/ or jamaica/ or jordan/ or kazakhstan/ or kenya/ or kiribati/ or kosovo/ or kuwait/ or kyrgyzstan/ or laos/ or lebanon/ or liechtenstein/ or lesotho/ or liberia/ or libyan arab jamahiriya/ or madagascar/ or malawi/ or exp malaysia/ or maldives/ or mali/ or malta/ or mauritania/ or mauritius/ or melanesia/ or moldova/ or monaco/ or mongolia/ or "montenegro (republic)"/ or morocco/ or	1615744

	mozambique/ or myanmar/ or namibia/ or nauru/ or nepal/ or nicaragua/ or niger/ or nigeria/ or niue/ or north africa/ or oman/ or exp pakistan/ or palau/ or palestine/ or panama/ or papua new guinea/ or paraguay/ or peru/ or philippines/ or polynesia/ or qatar/ or "republic of north macedonia"/ or romania/ or exp russian federation/ or rwanada/ or sahel/ or "saint kitts AND nevis"/ or "saint lucia"/ or "saint vincent AND the grenadines"/ or saudi arabia/ or senegal/ or exp serbia/ or seychelles/ or sierra leone/ or singapore/ or "sao tome AND principe"/ or solomon islands/ or exp somalia/ or south africa/ or south asia/ or south sudan/ or exp southeast asia/ or sri lanka/ or sudan/ or suriname/ or syrian arab republic/ or taiwan/ or tajikistan/ or tanzania/ or thailand/ or timor-leste/ or togo/ or tonga/ or "trinidad AND tobago"/ or tunisia/ or turkmenistan/ or tuvalu/ or uganda/ or exp ukraine/ or exp united arab emirates/ or uruguay/ or exp uzbekistan/ or vanuatu/ or venezuela/ or viet nam/ or western sahara/ or yemen/ or zambia/ or zimbabwe/	
58	"Organisation for Economic Co-Operation and Development"/	2313
59	exp australia/ or "australia AND new zealand"/ or austria/ or baltic states/ or exp belgium/ or exp canada/ or chile/ or colombia/ or costa rica/ or czech republic/ or denmark/ or estonia/ or europe/ or exp finland/ or exp france/ or exp germany/ or greece/ or hungary/ or iceland/ or ireland/ or israel/ or exp italy/ or japan/ or korea/ or latvia/ or lithuania/ or luxembourg/ or exp mexico/ or netherlands/ or new zealand/ or north america/ or exp norway/ or poland/ or exp portugal/ or scandinavia/ or sweden/ or slovakia/ or slovenia/ or south korea/ or exp spain/ or switzerland/ or "turkey (republic)"/ or exp united kingdom/ or exp united states/ or western europe/	3674588
60	European Union/	30288
61	developed country/	34943
62	58 or 59 or 60 or 61	3706696
63	57 not 62	1469377
64	(adult? or elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or (old* adj2 (age or individual? or inpatient? or man or men or outpatient? or patient? or people or person? or population or wom?n)) or middle age*).ti,kw,kf.	1035319
65	adult/ or aged/ or institutionalized adult/ or middle aged/ or young adult/ or exp adulthood/	10297150
66	64 or 65	10 553 356
67	juvenile/ or exp adolescent/ or exp child/ or exp *Pediatrician/ or exp *Pediatrics/ or exp newborn care/ or exp child health care/ or newborn intensive care/ or pediatric advanced life support/ or pediatric hospital/ or neonatal intensive care unit/ or exp newborn nursing/ or exp adolescence/ or exp childhood/ or exp newborn period/ or perinatal period/ or prenatal period/ or perinatal care/	3996074
68	(newborn* or new born* or babie* or baby* or infant? or infancy or toddler? or preschool* or pre school* or kindergar* or child? or child's or children* or childhood* or kid or kid' or kids or kid's or boy? or boy's or girl? or girl's or schoolchild* or juvenil* or preadolescent* or youth* or youngster* or adolescent* or teen? or teen's or teenage* or puber? or puber's or pubert* or pubescen* or minority or high school* or highschool* or secondary school* or p?ediatric* or PICU* or neonat* or neo nat* or NICU* or nursery or nurserie* or peri natal* or perinat* or post natal* or postnat* or puericult*).ti,kf,kw.	2191519
69	67 or 68	4 340 393
70	69 not 66	2797688
71	(4 and (14 or 52)) not 56 not 63 not 70	553
72	(4 and (31 or 50)) not 56 not 63 not 70	3701
73	(4 and (48 or 51)) not 56 not 63 not 70	557
74	(4 and (39 or 49)) not 56 not 63 not 70	1015
75	71 or 72 or 73 or 74	5630
76	Limit 75 (english or french)	5342
77	Limit 76 to yr="2012 –Current"	3803

BASE DE DONNÉES : MEDLINE (OVID) DATE DE LA RECHERCHE : 17 JANVIER 2023

NOMBRE DE RÉSULTATS : 1150

1	((((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (approach? or correction or correcting or correct or criteria? or decision? or intervention? or intensity or patient? or manage? or managing or management? or model? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment? or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) adj1 time)).ti,kw,kf.	47016
2	episode of care/	1852
3	"Duration of Therapy"/	669
4	Patient discharge/	39 528
5	(closure or discharg* or discontin* or dosage or dose? or duration or end or ending or extent or episode? or length or span or period? or terminat* or time spent or ((therap* or treatment?) adj1 time)).ti,ab,kw,kf.	6114282

6	1 or ((2 or 3 or 4) and 5)	75 579
7	((((articulat* or communicat* or language* or linguistic? or phonation or phonolog* or speech* or verbal* or vocal or voice) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or disarticulat* or mute).ti,kw,kf.	34315
8	communication disorders/	2802
9	exp language disorders/	53060
10	language development disorders/	7287
11	speech disorders/	11659
12	exp "rehabilitation of speech and language disorders"/	11604
13	social communication disorder/	121
14	speech sound disorder/	355
15	speech-language pathology/	3680
16	voice disorders/	6195
17	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16	87481
18	((((ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (physical* adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or trouble?)) or ((occupational or physiotherap* or (physical* adj2 (train or training or treatment? or therap*))) and (ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking)) or ((kinesiotherap* or orthop?edic*) adj2 (care or department? or intervention? or outpatient? or program? or rehab* or service?))) .ti,kw,kf.	57211
19	Early Ambulation/	3258
20	exp Exercise Therapy/	63285
21	mobility limitation/	5261
22	Motor Disorders/	1024
23	rehabilitation/	18687
24	Motor Skills Disorders/	3228
25	Orthopedics/	23923
26	"Physical and Rehabilitation Medicine"/	3608
27	physical therapy specialty/	2971
28	Health Services for Persons with Disabilities/	149
29	Disabled Persons/	47672
30	18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	213793
31	((((ocular or oculo* or vision or visual* or eye?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (blind not (single blind or double blind or triple blind)) or blindness).ti,kw,kf.	67087
32	vision disorders/	30520
33	vision, low/	4001
34	Visually Impaired Persons/	2747
35	"education of visually disabled"/	93
36	31 or 32 or 33 or 34 or 35	92036
37	((((acoustic* or audio or audiolog* or auditory or auditorily or aural* or ear? or hear or hearing or sound?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or deaf* or hard of hearing or unhearing*).ti,kw,kf.	64239
38	Auditory perception/	31 758
39	hearing disorders/	14663
40	Persons With Hearing Impairments/	3057

41	exp Hearing Loss/	77935
42	"education of hearing disabled"/	605
43	"correction of hearing impairment"/	2144
44	audiology/	2336
45	37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44	141085
46	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (approach? or correction or correcting or correct or criteria* or decision? or hospital or intervention? or intensity or manage? or managing or management? or patient? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment* or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) adj1 time)) adj4 (((ocular or oculo* or vision or visual* or eye?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (blind not (single blind or double blind or triple blind)) or blindness)).ab.	540
47	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (approach? or correction or correcting or correct or criteria* or decision? or hospital or intervention? or intensity or manage? or managing or management? or patient? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment* or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) adj1 time)) adj4 (((ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (physical* adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or trouble?)) or ((occupational or physiotherap* or (physical* adj2 (train or training or treatment? or therap*))) and (ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking)) or ((kinesiotherap* or orthop?edic*) adj2 (care or department? or intervention? or outpatient? or program? or rehab* or service?))))).ab.	1999
48	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or criteria? or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or ((therapy or treatment) adj1 time)) adj4 (((acoustic* or audio or audiolog* or auditory or auditorily or aural* or ear? or hear or hearing or sound?) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or trouble?)) or deaf* or hard of hearing or unhearing*))).ab.	279
49	(((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or (discharg* adj3 (care or caring or correction or correcting or correct or criteria* or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or ((therapy or treatment) adj1 time)) adj4 (((articulat* or communicat* or language* or linguistic? or phonation or phonolog* or speech* or verbal* or vocal or voice) adj2 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or trouble?)) or disarticulat* or mute)).ab.	497
50	(case report? or congress* or comment* or conference? or dissertation? or editorial? or letter* or note?).pt.	4 352 243

51	case report?.ti.	328100
52	case reports/	2344435
53	50 or 51 or 52	4402734
54	afghanistan/ or africa/ or africa, northern/ or africa, central/ or africa, eastern/ or "africa south of the sahara"/ or africa, southern/ or africa, western/ or albania/ or algeria/ or andorra/ or angola/ or "antigua and barbuda"/ or argentina/ or armenia/ or azerbaijan/ or bahamas/ or bahrain/ or bangladesh/ or barbados/ or belize/ or benin/ or bhutan/ or bolivia/ or borneo/ or "bosnia and herzegovina"/ or botswana/ or brazil/ or brunei/ or bulgaria/ or burkina faso/ or burundi/ or cabo verde/ or cambodia/ or cameroon/ or central african republic/ or chad/ or exp china/ or comoros/ or congo/ or cote d'ivoire/ or croatia/ or cuba/ or "democratic republic of the congo"/ or cyprus/ or djibouti/ or dominica/ or dominican republic/ or ecuador/ or egypt/ or el salvador/ or equatorial guinea/ or eritrea/ or eswatini/ or ethiopia/ or fiji/ or gabon/ or gambia/ or "georgia (republic)"/ or ghana/ or grenada/ or guatemala/ or guinea/ or guinea-bissau/ or guyana/ or haiti/ or honduras/ or independent state of samoa/ or exp india/ or indian ocean islands/ or indochina/ or indonesia/ or iran/ or iraq/ or jamaica/ or jordan/ or kazakhstan/ or kenya/ or kosovo/ or kuwait/ or kyrgyzstan/ or laos/ or lebanon/ or liechtenstein/ or lesotho/ or liberia/ or libya/ or madagascar/ or malaysia/ or malawi/ or mali/ or malta/ or mauritania/ or mauritius/ or mekong valley/ or melanesia/ or micronesia/ or monaco/ or mongolia/ or montenegro/ or morocco/ or mozambique/ or myanmar/ or namibia/ or nepal/ or nicaragua/ or niger/ or nigeria/ or oman/ or pakistan/ or palau/ or exp panama/ or papua new guinea/ or paraguay/ or peru/ or philippines/ or qatar/ or "republic of belarus"/ or "republic of north macedonia"/ or romania/ or exp russia/ or rwanda/ or "saint kitts and nevis"/ or saint lucia/ or "saint vincent and the grenadines"/ or "sao tome and principe"/ or saudi arabia/ or serbia/ or sierra leone/ or senegal/ or seychelles/ or singapore/ or somalia/ or south africa/ or south sudan/ or sri lanka/ or sudan/ or suriname/ or syria/ or taiwan/ or tajikistan/ or tanzania/ or thailand/ or timor-leste/ or togo/ or tonga/ or "trinidad and tobago"/ or tunisia/ or turkmenistan/ or uganda/ or ukraine/ or united arab emirates/ or uruguay/ or uzbekistan/ or vanuatu/ or venezuela/ or vietnam/ or west indies/ or yemen/ or zambia/ or zimbabwe/	1293850
55	"Organisation for Economic Co-Operation and Development"/	545
56	australasia/ or exp australia/ or austria/ or baltic states/ or belgium/ or exp canada/ or chile/ or colombia/ or costa rica/ or czech republic/ or exp denmark/ or estonia/ or europe/ or finland/ or exp france/ or exp germany/ or greece/ or hungary/ or iceland/ or ireland/ or israel/ or exp italy/ or exp japan/ or korea/ or latvia/ or lithuania/ or luxembourg/ or mexico/ or netherlands/ or new zealand/ or north america/ or exp norway/ or poland/ or portugal/ or exp "republic of korea"/ or "scandinavian and nordic countries"/ or slovakia/ or slovenia/ or spain/ or sweden/ or switzerland/ or turkey/ or exp united kingdom/ or exp united states/	3492728
57	European Union/	17680
58	Developed Countries/	21365
59	55 or 56 or 57 or 58	3508668
60	54 not 59	1204357
61	(adult? or elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or (old* adj2 (age or individual? or inpatient? or man or men or outpatient? or patient? or people or person? or population or wom?n)) or middle age*).ti,kw,kf.	854918
62	exp Adult/	7942798
63	61 or 62	8 225 954
64	exp Infant/ or exp Child/ or Adolescent/ or exp *Intensive Care, Neonatal/ or exp *Intensive Care Units, Neonatal/ or exp *Intensive Care Units, Pediatric/ or *Hospitals, Pediatric/ or *Hospitals, Maternity/ or exp *Neonatology/ or exp *Neonatal Nursing/ or exp *Nurses, Pediatric/ or exp *Nurseries/ or exp *Perinatology/ or exp *Perinatal Care/ or exp *Pediatrics/ or exp *Pediatricians/ or exp *Child, Hospitalized/ or exp *Child, Institutionalized/ or exp *Adolescent, Hospitalized/ or exp *Adolescent, Institutionalized/	3985817
65	(newborn* or new born* or babie* or baby* or infant? or infancy or toddler? or preschool* or pre school* or kindergar* or child? or child's or children* or childhood* or kid or kid' or kids or kid's or boy? or boy's or girl? or girl's or schoolchild* or juvenil* or preadolescen* or youth* or youngster* or adolescen* or teen? or teen's or teenage* or puber? or puber's or pubert* or pubescen* or minority or high school* or highschool* or secondary school* or p?ediatric* or PICU* or neonat* or neo nat* or NICU* or nursery or nurserie* or peri natal* or perinat* or post natal* or postnat* or puericult*).ti,kf,kw.	1926496
66	64 or 65	4 381 130
67	66 not 63	2503127
68	(6 and (17 or 49)) not 53 not 60 not 67	272
69	(6 and (30 or 47)) not 53 not 60 not 67	1543
70	(6 and (36 or 46)) not 53 not 60 not 67	69
71	(6 and (45 or 48)) not 53 not 60 not 67	94
72	68 or 69 or 70 or 71	1957
73	limit 72 to (english or french)	1813
74	limit 73 to yr="2012 -Current"	1205

BASE DE DONNÉES : CINAHL (EBSCO) DATE DE LA RECHERCHE : 17 JANVIER 2023

NOMBRE DE RÉSULTATS : 1045

S1	TI (((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) n2 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* n2 (approach? or correction or correcting or correct or criteria? or decision? or intervention? or intensity or patient? or manage? or managing or management? or model? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment? or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) N0 time))	20,571
S2	(MH "Treatment Duration") OR (MH "Discharge Planning") OR (MH "Patient Discharge")	39,332
S3	TI (closure or discharg* or discontin* or dosage or dose? or duration or end or ending or extent or episode? or length or span or period? or terminat* or time spent or ((therap* or treatment?) N0 time)) OR AB (closure or discharg* or discontin* or dosage or dose? or duration or end or ending or extent or episode? or length or span or period? or terminat* or time spent or ((therap* or treatment?) N0 time))	1,089,344
S4	S1 OR (S2 AND S3)	42,328
S5	TI (((articulat* or communicat* or language* or linguistic? or phonation or phonolog* or speech* or verbal* or vocal or voice) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or disarticulat* or mute)	16,582
S6	(MH "Communicative Disorders") OR (MH "Language Disorders") OR (MH "Rehabilitation, Speech and Language+") OR (MH "Speech Disorders") OR (MH "Speech-Language Pathology") OR (MH "Voice Disorders")	29,839
S7	S5 OR S6	38,431
S8	TI (((ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disabilit* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (physical* N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or trouble?)) or ((occupational or physiotherap* or (physical* N1 (train or training or treatment? or therap*))) and (ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking)) or ((kinesiotherap* or orthop?edic*) N1 (care or department? or intervention? or outpatient? or program? or rehab* or service?)))	20,874
S9	(MH "Early Ambulation") OR (MH "Health Services for Persons with Disabilities") OR (MH "Motor Skills Disorders") OR (MH "Orthopedics") OR (MH "Persons with Disabilities") OR (MH "Physical Therapists") OR (MH "Physical Therapy") OR (MH "Rehabilitation") OR (MH "Therapeutic Exercise")	
S10	S8 OR S9	
S11	TI (((ocular or oculo* or vision or visual* or eye?) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (blind not (single blind or double blind or triple blind)) or blindness)	
S12	(MH "Rehabilitation of Persons with Vision Loss") OR (MH "Vision Disorders") OR (MH "Vision, Subnormal")	
S13	S11 OR S12	
S14	TI (((acoustic* or audio or audiolog* or auditory or auditorily or aural* or ear? or hear or hearing or sound?) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or deaf* or hard of hearing or unhearing*)	

S15	(MH "Audiology") OR (MH "Auditory Perception") OR (MH "Hearing Disorders") OR (MH "Rehabilitation of Persons with Hearing Loss")	
S16	S14 OR S15	
S17	AB (((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) N2 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* N2 (approach? or correction or correcting or correct or criteria? or decision? or intervention? or intensity or manage? or managing or management? or patient? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment* or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) N0 time)) N3 (((ocular or oculo* or vision or visual* or eye?) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or trouble?)) or (blind not (single blind or double blind or triple blind)) or blindness))	
S18	AB (((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) N2 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment? or therap* or visit?)) or (discharg* N2 (approach? or correction or correcting or correct or criteria? or decision? or intervention? or intensity or manage? or managing or management? or patient? or plan? or planning or planification? or practice? or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or time or treatment* or therap* or visit?)) or ((therap* or treatment?) N0 time)) N3 (((ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or trouble?)) or (physical* N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disability* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or trouble?)) or ((occupational or physiotherap* or (physical* N1 (train or training or treatment? or therap*))) and (ambulat* or locomot* or mobility or motor or physio or walk or walking)) or ((kinesiotherap* or orthopedic*) N1 (care or department? or intervention? or outpatient? or program? or rehab* or service?))))	
S19	AB (((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) N2 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or (discharg* N2 (care or caring or correction or correcting or correct or criteria? or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or ((therapy or treatment) N0 time)) N3 (((acoustic* or audio or audiolog* or auditory or auditorily or aural* or ear? or hear or hearing or sound?) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or trouble?)) or deaf* or hard of hearing or unhearing*))	76
S20	AB (((closure or discontin* or dosage or dose or duration or end or ending or extent or episode or length or span or period? or terminat* or time spent) N2 (care or caring or correction or correcting or correct or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or (discharg* N2 (care or caring or correction or correcting or correct or criteria? or intervention? or intensity or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or visit?)) or ((therapy or treatment) N0 time)) N3 (((articulat* or communicat* or language* or linguistic? or phonation or phonolog* or speech* or verbal* or vocal or voice) N1 (accident* or abnormal* or approach? or care or caring or challeng* or correction or correcting or correct or defect* or deficien* or deficit? or delay* or difficult* or disab* or disable* or disease* or disorder* or disturb* or dysfunct* or dystroph* or handicap* or impair* or intervention? or incapacit* or intensity or limit* or loss or manage? or managing or management? or model? or patholog* or practice? or problem* or program? or recover* or rehab* or session? or strateg* or train or training or treatment* or therap* or trouble?)) or disarticulat* or mute))	
S21	T1 case report?	
S22	(MH "Case Studies")	
S23	S21 OR S22	

S24	Tl (adult? or elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or (old* N1 (age or individual? or inpatient? or man or men or outpatient? or patient? or people or person? or population or wom?n)) or middle age*) OR AB (adult? or elder* or senior* or geriatric* or ag?ing or gerontology* or centenarian* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or senium or very old or late adulthood or (old* N1 (age or individual? or inpatient? or man or men or outpatient? or patient? or people or person? or population or wom?n)) or middle age*)	
S25	(MH "Adult+")	
S26	S24 OR S25	
S27	Tl ((newborn* or new born* or babie* or baby* or infant? or infancy or toddler? or preschool* or pre school* or kindergar* or child? or child's or children* or childhood* or kid or kid' or kids or kid's or boy? or boy's or girl? or girl's or schoolchild* or juvenil* or preadolescenc* or youth* or youngster* or adolescen* or teen? or teen's or teenage* or puber? or puber's or pubert* or pubescen* or minority or high school* or highschool* or secondary school* or p?ediatric* or PICU* or neonat* or neo nat* or NICU* or nursery or nurserie* or peri natal* or perinat* or post natal* or postnat* or puericult*)) OR AB ((newborn* or new born* or babie* or baby* or infant? or infancy or toddler? or preschool* or pre school* or kindergar* or child? or child's or children* or childhood* or kid or kid' or kids or kid's or boy? or boy's or girl? or girl's or schoolchild* or juvenil* or preadolescenc* or youth* or youngster* or adolescen* or teen? or teen's or teenage* or puber? or puber's or pubert* or pubescen* or minority or high school* or highschool* or secondary school* or p?ediatric* or PICU* or neonat* or neo nat* or NICU* or nursery or nurserie* or peri natal* or perinat* or post natal* or postnat* or puericult*))	
S28	(MH "Infant+") OR (MH "Child+") OR (MH "Adolescence+") OR (MH "Adolescent, Hospitalized") OR (MM "Adolescent Health Services") OR (MM "Intensive Care, Neonatal+") OR (MM "Intensive Care Units, Pediatric+") OR (MM "Hospitals, Pediatric") OR (MM "Minors (Legal)") OR (MM "Pediatric Nursing+") OR (MM "Pediatrics+") OR MM("Pediatric Units+") OR MM("Hospitals, Maternity") OR MM("Pediatric Care+") OR MM("Pediatric Nurse Practitioners+") OR MM("Nurseries, Hospital") OR MM("Nursing Units") OR MM("Perinatal Care") OR MM("Postnatal Care+") OR MM(Pediatricians)	
S29	S27 OR S28	
S30	S29 NOT S26	
S31	LA french OR LA english	
S32	(S4 AND (S7 OR S20) AND S31) NOT S23 NOT S30	
S33	(S4 AND (S10 OR S18) AND S31) NOT S23 NOT S30	
S34	(S4 AND (S13 OR S17) AND S31) NOT S23 NOT S30	
S35	(S4 AND (S16 OR S19) AND S31) NOT S23 NOT S30	58
S36	S32 OR S33 OR S34 OR S35	1,598
S37	S32 OR S33 OR S34 OR S35 Opérateurs de restriction - Date de publication: 20120101-20231231	1,045

Annexe II. Recherche littérature grise

Recherches dans les sites spécialisés

SITE WEB	URL	STRATÉGIE	DATE	MOTS CLÉS	# DE RÉSULTATS PERTINENTS
		Recherche par mots-clés			
AMERICAN ACADEMY OF AUDIOLOGY (AAA)	https://www.audiology.org	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (ACMTS)	https://www.cadth.ca/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE (ACP)	https://physiotherapy.ca/fr	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (CAOT – ACE)	https://caot.ca/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHÉRAPEUTES (ANFE)	https://anfe.fr/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA)	https://www.aota.org/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION (APTA)	https://www.apta.org/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	1
AMERICAN SPEECH-LANGUAGE AND HEARING ASSOCIATION (ASHA)	https://www.asha.org	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
BRITISH SOCIETY OF AUDIOLOGY (BSA)	https://www.thebsa.org.uk/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
CENTRE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN RÉADAPTATION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (CRIR)	http://www.crir.ca/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
RÉSEAU EUROPÉEN D'INFORMATION SUR LES AIDES TECHNIQUES (EASTIN)	http://www.eastin.eu/fr-lu/searches/products/index	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0

SITE WEB	URL	STRATÉGIE	DATE	MOTS CLÉS	# DE RÉSULTATS PERTINENTS
HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL (HTAI)	https://htai.org/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (INAHTA)	http://www.inahta.org/	Examen de la liste des publications	5 mai 2023	« discharge » « length of stay » et « treatment termination » (abstract)	1
ORTHOPHONIE ET AUDIOLOGIE CANADA (OAC)	http://www.oac-sac.ca/	Examen de la liste des publications	17 mai 2023	N/A	0
ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ)	https://www.oeq.org/	Examen de la liste des publications	17 mai 2023	N/A	0
ORDRE DES ORTHOPHONISTES DU QUÉBEC (OOAQ)	https://www.ooaq.qc.ca	Examen de la liste des publications	17 mai 2023	N/A	0
ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC (OPPQ)	https://oppq.qc.ca/	Examen de la liste des publications	17 mai 2023	N/A	0
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHYSIOTHÉRAPIE (SFP)	https://www.sfphysio.fr/	Examen de la liste des publications	3 mai 2023	N/A	0
WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT)	https://www.wfot.org/	Examen de la liste des publications	17 mai 2023	N/A	0
WORLD PHYSIOTHERAPY	https://world.physio/	Examen de la liste des publications	17 mai 2023	N/A	0

Recherches Google

#	STRATÉGIE	DATE	# DE RÉSULTATS EXAMINÉS	# DE RÉSULTATS PERTINENTS
1	discharge "rehabilitation" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	27-juin-23	100	1
2	discharge "physical therapy" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	30-juin-23	30	0
3	discharge "physical therapist" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	30-juin-23	30	0
4	discharge physiotherapy (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	01-juil-23	20	0
5	discharge disability (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	01-juil-23	20	0
6	discharge injury (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
7	discharge "occupational therapy" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	40	1
8	discharge "occupational therapist" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	10	0
9	discharge "speech-language" pathologist (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
10	discharge (orthopedic OR orthopaedic) (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
11	discharge arthroplasty (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
12	discharge impairment (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
13	"length of stay" "rehabilitation" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
14	"length of stay" "physical therapy" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
15	"length of stay" "physical therapist" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
16	"length of stay" physiotherapy (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
17	"length of stay" disability (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
18	"length of stay" injury (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0

#	STRATÉGIE	DATE	# DE RÉSULTATS EXAMINÉS	# DE RÉSULTATS PERTINENTS
19	"length of stay" "occupational therapy" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
20	"length of stay" "occupational therapist" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
21	"length of stay" "speech-language" pathologist (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
22	"length of stay" (orthopedic OR orthopaedic) (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
23	"length of stay" arthroplasty (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
24	"length of stay" impairment (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
25	"duration of therapy" "rehabilitation" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	04-juil-23	20	0
26	"duration of therapy" "physical therapy" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
27	"duration of therapy" "physical therapist" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
28	"duration of therapy" physiotherapy (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
29	"duration of therapy" disability (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
30	"duration of therapy" injury (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
31	"duration of therapy" "occupational therapy" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
32	"duration of therapy" "occupational therapist" (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
33	"duration of therapy" "speech-language" pathologist (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
34	"duration of therapy" (orthopedic OR orthopaedic) (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
35	"duration of therapy" arthroplasty (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0
36	"duration of therapy" impairment (checklist OR criteria Or factor OR guidelines OR model OR practice OR program OR protocol OR strategy OR tool) -drug after:2012-01-01 filetype:pdf	05-juil-23	20	0

Annexe III. Canevas d'entrevue pour la collecte de données expérientielles

1. Selon vous, quels sont les facteurs ou critères à prendre en compte pour mettre fin à un suivi?

✚ Comment ça se passe lorsque vous commencez à vous poser la question si ce serait le temps de mettre fin à un suivi ?

- À quel moment de l'épisode de service/de quelle façon abordez-vous la fin du suivi avec l'utilisateur ?
- Pratiques spécifiques développées dans votre équipe ?
- Expériences vécues, positives ou négatives ?

✚ Qui prend la décision de mettre fin à un suivi ?

- L'utilisateur (et ses proches) est-il impliqué ?

✚ Qu'est-ce qui détermine qu'un usager arrive à la fin de son traitement ?

- Solutions, leçons apprises ?

2. Selon vous, qu'est-ce qui facilite ou pourrait faciliter la prise de décision de mettre fin à un suivi?

✚ La fin du suivi est-elle discutée en équipe multidisciplinaire ?

- Pratiques spécifiques développées dans votre équipe ?

✚ Est-ce qu'il y a des choses que vous considérez comme des obstacles à la prise de décision de mettre fin à un suivi ?

3. Est-ce que vous vous servez d'outils pour faciliter cette prise de décision ?

✚ Selon vous, quels pourraient être des outils à développer ou à clarifier en lien avec la décision de mettre fin à un suivi ?

- Arbre décisionnel, outil de mesure
- Moment où l'outil est utilisé ?

4. Est-ce que les clients peuvent ensuite revenir vous voir s'ils ont l'impression qu'ils en auraient besoin ?

Avez-vous d'autres commentaires à partager ?

Annexe IV. Tableau d'extraction des données des études primaires

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS																																		
BARNETT (2022) ROYAUME-UNI	Explorer la vision des orthophonistes et leur expérience à travailler avec une clientèle présentant un AVC fonctionnel	Devis : Qualitatif Qualité : 90 %	12 orthophonistes Clientèle présentant un AVC fonctionnel	Entrevues semi-structurées	Selon les participants : - Ils ont un rôle d'aide pour une sortie de l'hôpital en toute sécurité et en temps voulu - Il y a une pression pour que les patients bougent, pour que les patients sortent. - Les patients souffrant d'un AVC fonctionnel sont souvent les premiers à sortir de l'hôpital, parfois au détriment de l'intérêt du patient																																		
BORONOWSKI (2012) CANADA (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	Déterminer la fidélité interobservateur et la fidélité intraobservateur, de même que la validité prédictive et concourante de l'OTDNS, un outil de dépistage qui permet d'identifier des clients ayant des besoins plus complexes face à leur congé	Devis : Quantitatif – prospectif Qualité : 95 %	89 usagers Unités de réadaptation et de soins de transition d'un hôpital communautaire	Occupational Therapy Discharge Needs Screen (OTDNS) Dépistage des clients ayant des besoins plus complexes face à leur sortie Functional Independence Measure (FIM) Functional Autonomy Measurement System (SMAF)	Outil OTDNS Fiabilité Intraobservateur : ICC=0.93 (95 % CI 0.90-0.96) Interobservateurs : ICC=0.53 (0.27-0.70) version révisée : ICC = 0.91 (0.62-0.96) Validité Relation inverse avec FIM : r = -0.51 (p<0.001) Relation positive avec SMAF : r= 0.64 (p<0.001) Sensibilité et spécificité Seuil de 7 sur OTDNS procure les meilleures sensibilité (75 %) et spécificité (40 %) Score ≥7 peut identifier les usagers avec des besoins complexes qui peuvent nécessiter des ressources additionnelles ou plus de services thérapeutiques post-congé																																		
DE RIDDER (2018) PAYS-BAS	Développer et valider un score pronostique pour l'incapacité à la sortie de l'hôpital et le résultat fonctionnel à 3 mois chez les patients ayant subi un AVC ischémique aigu, sur la base des informations cliniques disponibles à l'admission	Devis : Quantitatif – cohorte rétrospective Qualité : 80 %	1227 usagers avec AVC ischémiques Unité d'AVC	Dutch Stroke Score (DSS) Barthel Index (BI) à la sortie (DSS-discharge) Modified Rankin Scale (mRS) à 3 mois (DSS-3 months) National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)	Création de 2 modèles prédictifs de la fonctionnalité au moment du congé (BI) et 3 mois après AVC (mRS) selon les informations cliniques disponibles à l'admission. Charte de score DSS basée sur l'analyse ordinaire du BI et du mRS (score plus élevé = mauvais résultat fonctionnel) <table><tr><th>VARIABLE</th><th>POINTS POUR PRÉDIRE BI AU CONGÉ</th></tr><tr><td>Âge</td><td></td></tr><tr><td><60</td><td>0</td></tr><tr><td>60-70</td><td>1</td></tr><tr><td>70-80</td><td>2</td></tr><tr><td>80-90</td><td>3</td></tr><tr><td>90+</td><td>4</td></tr><tr><td>NIHSS</td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-4</td><td>1</td></tr><tr><td>5-15</td><td>5</td></tr><tr><td>16-20</td><td>10</td></tr><tr><td>21-42</td><td>15</td></tr><tr><td>Diabète</td><td>1</td></tr><tr><td>AVC précédent</td><td>-</td></tr><tr><td>Fibrillation artérielle</td><td>-</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>0-20</td></tr></table>	VARIABLE	POINTS POUR PRÉDIRE BI AU CONGÉ	Âge		<60	0	60-70	1	70-80	2	80-90	3	90+	4	NIHSS		0	0	1-4	1	5-15	5	16-20	10	21-42	15	Diabète	1	AVC précédent	-	Fibrillation artérielle	-	TOTAL	0-20
VARIABLE	POINTS POUR PRÉDIRE BI AU CONGÉ																																						
Âge																																							
<60	0																																						
60-70	1																																						
70-80	2																																						
80-90	3																																						
90+	4																																						
NIHSS																																							
0	0																																						
1-4	1																																						
5-15	5																																						
16-20	10																																						
21-42	15																																						
Diabète	1																																						
AVC précédent	-																																						
Fibrillation artérielle	-																																						
TOTAL	0-20																																						

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS
					Permet d'identifier les usagers à risque de mauvais résultats avant la décision de traitement.
GIALANELLA (2014) ITALIE	Évaluer la durée du traitement et identifier les variables prédictives de ce résultat (résultat principal) et l'efficacité de l'amplitude de mouvement (ROM) et des activités de la vie quotidienne (résultat secondaire)	Devis : Quantitatif – Étude observationnelle prospective Qualité : 91 %	210 usagers atteints de troubles orthopédiques et traumatologiques Unité de réadaptation à l'externe	<i>Health Assessment Questionnaire</i> (HAQ) <i>Cumulative Illness Rating Scale</i> (CIRS) Analyse de régression multivariée	- Durée moyenne du traitement était de 29,7 jours (± 15 jours) - Selon la régression linéaire réalisée (<i>coefficient regression</i> β), cette durée serait liée à : La situation professionnelle ($\beta=0.15$) L'incapacité à l'admission ($\beta=0.17$) L'intervalle entre le traumatisme et l'admission ($\beta=0.23$) Le type (groupe) de diagnostic ($\beta=0.32$) La douleur à l'admission ($\beta=0.18$) L'amplitude du mouvement à l'admission ($\beta=0.15$) - Avec l'analyse de régression multivariée, les prédicteurs de la durée de traitement seraient : L'amplitude du mouvement à l'admission ($P < 0.001$) L'intervalle entre le traumatisme et l'admission ($P < 0.001$)
GILLESPIE (2018) ÉTATS-UNIS	(1) Déterminer les facteurs que les orthophonistes jugent les plus importants lorsqu'ils donnent congé de la thérapie vocale, et (2) déterminer si les réponses diffèrent en fonction du nombre d'années d'expérience dans le domaine de la voix	Devis : Qualitatif Qualité : 70 %	(1) 7 orthophonistes spécialisés en thérapie vocale (2) 50 orthophonistes spécialisés en thérapie vocale	Groupe de consensus clinique et questionnaire, selon la méthode Delphi	Selon les orthophonistes, les 5 critères les plus importants à considérer lors de la sortie d'un usager seraient sa capacité à : - Utiliser une meilleure voix de manière indépendante - Fonctionner avec sa nouvelle production vocale dans la vie quotidienne - Être capable de faire la différence entre une bonne et une mauvaise voix - Assumer la responsabilité de sa voix et s'améliorer par rapport à la situation de départ - S'améliorer par rapport à la situation de départ
ISAKSEN (2018) DANEMARK	Décrire le processus de prise de décision entre le professionnel et son client lors de la clôture de l'épisode de services	Devis : Qualitatif Qualité : 95 %	12 orthophonistes et 28 usagers aphasiques Services externes	33 sessions de thérapie enregistrées vidéo puis analysées Entrevues semi-structurées avec les orthophonistes	<u>Identification de 4 thèmes :</u> 1) Prise de décision partagée est désirée et tentée 2) Points de vue et rôle des participants peuvent interférer avec la prise de décision partagée 3) Prise de décision partagée pas toujours nécessaire 4) Aphasie peut affecter la prise de décision partagée Les résultats indiquent que bien que l'orthophoniste veuille impliquer les usagers dans la prise de décision et ait pris des mesures en ce sens, les résultats révèlent que l'orthophoniste contrôlait l'interaction par : - Ses initiatives - Le choix du sujet - La présentation d'un choix limité
KIM (2016) ÉTATS-UNIS	Quantifier les perceptions des meilleures pratiques en matière de soins post-aigus pour les fractures de la hanche par les intervenants de première ligne qui dispensent les interventions en physiothérapie et en ergothérapie	Devis : Quantitatif – Analyse secondaire des données d'une étude mixte Qualité : 85 %	45 ergothérapeutes et 47 physiothérapeutes Établissements de soins spécialisés	Hiérarchisation des processus de soins considérés comme prioritaires et reflétant les meilleures pratiques	Selon plus de la moitié des participants, les processus de soins prioritaires lors de la planification d'un congé sont : - Implication du patient et du soignant dans la planification du congé (57 %) - Transmission d'informations sur l'achat d'appareils et d'équipements d'assistance (55 %) - L'évaluation et les modifications à apporter au domicile et à l'environnement de l'usager (54 %)

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS
LALIBERTÉ (2018) CANADA (MONTRÉAL)	Explorer (1) la perception du personnel de 3 OPD concernant les facteurs qui influencent l'établissement des priorités, la fréquence des traitements, la durée des traitements et le choix des stratégies de gestion des procédures, et (2) leurs expériences en matière de gestion des listes d'attente	Devis : Qualitatif – Descriptive exploratoire interprétative Qualité : 85 %	13 physiothérapeutes Départements externes de physiothérapie	Entrevues semi-structurées	Facteurs cliniques et non cliniques intégrés dans l'attribution des services a) Facteurs cliniques : - Récupération fonctionnelle complète - Physiothérapie plus indiquée - Satisfaction des patients quant au résultat - Atteinte des objectifs cliniques - Plateau thérapeutique b) Facteurs non cliniques : - Capacité à s'autogérer - Moins d'assurance - Moins de coopération (par exemple, en retard, ne s'engage pas dans les traitements) - Ou plus de coopération (par exemple, peut s'autogérer) - Se conformer aux limitations des ressources institutionnelles (par exemple, le personnel)
MARTIN (2022) AUSTRALIE	Explorer les expériences de nouveaux physiothérapeutes concernant la planification de sortie Explorer l'influence de la formation préprofessionnelle sur la perception d'être préparé à la planification de sortie	Qualitatif Approche inductive Qualité : 85 %	14 physiothérapeutes nouvellement gradués employés dans un hôpital depuis un minimum de 8 semaines	Entrevues téléphoniques Enregistrement audio, transcription verbatim Analyse thématique	Quatre thèmes identifiés : 1) Répondre à la pression associée avec la sortie de patients -Travailler dans un environnement sous pression -Pression perçue de la part des collègues pour prendre une décision de sortie 2) Prise de décision complexe - Surpris par la complexité de la planification de sortie -Mise au défi de prendre des décisions ayant des conséquences significatives -S'appuyer sur le personnel plus expérimenté face à la complexité de la situation -Surmonter les obstacles complexes à la sortie 3) Rôle de l'équipe interprofessionnelle - Pratique interprofessionnelle cruciale pour une planification efficace de la sortie - Communication à l'intérieur de l'équipe - Défense de ses intérêts de physiothérapeute au sein de l'équipe 4) Souhait que la formation préprofessionnelle soit plus contextuelle et plus complexe - Manque de contexte concernant leur rôle dans l'hôpital - Aimerait préparation additionnelle pour la pratique interprofessionnelle - Aimerait préparation additionnelle pour la complexité de la planification de sortie
MATMARI (2014) CANADA (ONTARIO)	Examiner le processus de clôture de l'épisode de services des usagers dans une unité de médecine aiguë en Ontario selon la perspective de physiothérapeutes	Devis : Mixte - enquête transversale Qualité : 72 %	39 physiothérapeutes Unité de médecine aiguë	Questionnaire en ligne	1) Facteurs à considérer lors de la clôture des soins : - Mobilité - Destination du congé - Soutien familial - Connaissances des usagers 2) Obstacles internes et externes impliqués dans la planification de la clôture de l'épisode de services Facteurs internes : pression pour réduire la durée du séjour des patients hospitalisés malgré l'évaluation des physiothérapeutes selon laquelle un patient n'est pas prêt ou court des risques pour sa sécurité s'il sort

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS
					Préoccupations des professionnels : manque de respect, désaccord (entre collègues ou entre l'usager et le professionnel), destinations inappropriées après le congé, défis liés aux ressources Cursus et formation en physiothérapie : plus de 85 % des répondants se sentaient quelque peu mal préparés (44.4 %) ou pas du tout préparés (41.7 %) par leur programme de formation en physiothérapie à participer aux réalités de la planification du congé 3) Facilitateurs : planification idéale de clôture d'un épisode - Équipe hautement fonctionnelle - Pratique collaborative interprofessionnelle - Stratégies de communication efficaces pour garantir que le patient est en sécurité et prêt à recevoir son congé vers la destination appropriée
NEW (2015) AUSTRALIE	Mesurez la prévalence des obstacles à la sortie (clôture de l'épisode de services), leurs causes et les jours d'hospitalisation inutiles supplémentaires qui en résultent	Devis : Quantitatif - étude de cohorte et de cas prospective Qualité : 91 %	235 usagers Unité de réadaptation à l'interne traitant des lésions de la moelle épinière	Monitoring des usagers dans le cadre des réunions d'équipe	- Dans cette étude, on considère qu'il y a un obstacle à la sortie lorsque l'équipe soignante estime qu'il n'y a plus d'objectifs thérapeutiques ou de traitement nécessitant une réadaptation en milieu hospitalier, mais que le patient ne peut pas sortir (p. 359) - 86/235 usagers présentaient un obstacle de sortie soit 36.6 % avec un intervalle de confiance (IC) à 95 % (30,4 – 43.1 %). - Les causes les plus courantes d'obstacles à la sortie rapportés : L'attente d'approbation pour des services de longue durée Les soins en établissement Les modifications à apporter au domicile de l'usager Les délibérations familiales concernant la planification de la sortie La fourniture de l'équipement nécessaire à la sortie - Parmi les 86 patients présentant un obstacle à la sortie, 34 avaient un obstacle, 37 avaient deux obstacles et 15 patients avaient trois obstacles ou plus à la sortie - 35 patients (40.7 %) qui présentaient un obstacle à la sortie ont passé plus d'un mois supplémentaire en réadaptation et 5 patients ont eu plus de 100 jours supplémentaires d'hospitalisation inutiles - La durée de séjour (médiane 107 jours, IQR 74–149) pour les patients présentant une barrière à la sortie était significativement ($P < 0.0001$) supérieure à celle des patients qui n'avaient pas de barrière à la sortie (durée de vie médiane 48 jours, IQR 26)
NEW (2013A) AUSTRALIE	Développer une définition d'un obstacle à la clôture de l'épisode de services pour les soins post-aigus et en classer les causes	Devis : Mixte - processus itératif (partie qualitative retenue seulement)	Professionnels (médecins, infirmières et autres cliniciens de la santé) et plus de 600 dossiers d'usagers	Processus itératif de consultation et de retour d'information impliquant des physiatres, des médecins spécialisés dans les soins aux personnes âgées,	<u>Barrières intrinsèques à la sortie de l'usager :</u> - Famille - Non-portance de l'usager après une fracture - Évaluation de l'ergothérapie à domicile - Évaluation des compétences - Examen du spécialiste - Réadaptation ambulatoire

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS
	Rapporter les résultats d'un sondage sur les indicateurs de performance. (Objectif non retenu pour cette ETMI.)	Qualité : 75 %	Unités de réadaptation	des infirmières expérimentées et des cliniciens paramédicaux	<u>Barrières extrinsèques à la sortie de l'utilisateur</u> : - Modification du domicile - Équipement - Financement des aidants - Recrutement et entraînement des aidants - Hébergement - Désignation du tuteur/de la procuration - Évaluation/approbation des soins de longue durée et des soins ou services assistés et de l'équipement - Autre lieu de soins
NEW (2013B) AUSTRALIE	Évaluer la prévalence et les raisons des obstacles à la clôture de l'épisode de services ; en mesurer l'impact sur le nombre additionnel de jours passés à l'hôpital et en déterminer les prédicteurs.	Devis : Quantitatif - cohorte prospective Qualité : 95 %	360 usagers 2 unités de réadaptation à l'intérieur traitant un éventail de conditions neurologiques, orthopédiques, et de déconditionnement à la suite d'autres maladies	Données récoltées sur une période de 8 à 10 mois Les obstacles, les causes et la date du début de la résolution sont notés lors des tournées bihebdomadaires dans les unités et confirmés lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe	- 16.4 % (CI 12.7 % - 20.6 %) des usagers ont vécu des obstacles à leur sortie - Pas de différence (p=0.2) entre les unités participantes et la survenue d'obstacle à la sortie <u>Obstacles à la sortie les plus fréquents</u> : - Non-portance après fracture d'un membre inférieur - Délégations de la famille sur la planification de la sortie - Attente d'une modification du logement - Attente d'un logement <u>Obstacles causant le plus de jours additionnels d'hospitalisation</u> : - Non-portance après fracture d'un membre inférieur - Attente d'une modification du logement - Financement des aidants - Délégation de la famille - Attente d'un logement - Équipement nécessaire pour la sortie <u>Facteurs prédictifs des jours d'hospitalisation supplémentaires résultant d'obstacles à la sortie</u> (p=0.006) : - Dépendance à l'admission - Groupe d'âge (<50 ans)
NEWMAN (2023) ROYAUME-UNI	- Étudier l'effet de 4 barrières positives à la prise de risque (capacité limitée, absence de soutien, famille hostile au risque, culture du blâme) sur les ergothérapeutes novices, semi-experts et experts, afin de déterminer s'ils recommanderaient une sortie à domicile pour une personne âgée - Et identifier quel groupe est plus ou moins susceptible de recommander une sortie à domicile	Devis : quantitatif (étude factorielle) Qualité : 85 %	74 étudiants en ergo et ergothérapeutes	- Collecte de données à travers 281 vignettes (109 réponses enregistrées) - Analyse de régression multiple	Les facteurs qui réduisent la probabilité de recommander une sortie à domicile pour une personne âgée sont : - Absence de soutien : selon les novices : p=0.002; semi-experts = 0.001 et experts p=0.009 - Capacité limitée : novices p < 0.003, semi-experts, p = 0.006 et experts p = 0.001 - Culture du blâme : semi-experts p = 0.010 Les participants « novices » étaient moins susceptibles de recommander une sortie à domicile

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS															
NOLAN (2016) IRLANDE	Évaluer les changements dans la fonction physique, la qualité de vie et l'auto-efficacité face aux chutes chez les personnes âgées en réadaptation post-aiguë. L'objectif secondaire est d'évaluer la relation entre la fragilité et les résultats de la réadaptation	Devis : quantitatif - étude de cohorte prospective Qualité : 95 %	41 usagers Unité de réadaptation post-aiguë de 36 lits	Évaluations à l'admission et à la sortie par consensus de l'équipe multidisciplinaire	1) Corrélation positive modérée identifiée entre l'échelle de fragilité clinique et la durée du séjour : r = 0.386 : p = 0.013 2) Analyse de régression réalisée sur les scores de fragilité à l'admission (en ajustant l'âge, le sexe, le nombre de comorbidités, l'état mental et le niveau de mobilité) montre que : Les scores de l'échelle de fragilité clinique à l'admission sont prédictifs de la durée de séjour : b=0.299, p<0.024 3) Durée médiane de séjour selon le niveau de fragilité des participants : Participants très fragiles : 54,5 jours Participants modérément fragiles : 33 jours Participants légèrement fragiles : 35,5 jours															
PARK (2014) CORÉE DU SUD	Utiliser l' <i>Oswestry Disability Index</i> (ODI) pour évaluer le niveau de handicap fonctionnel chez des usagers souffrant de lombalgie et définir le score de coupure approprié au moment de la sortie	Devis : quantitatif avant-après Qualité : 95 %	774 usagers avec lombalgie Unité spécialisée dans les troubles de la colonne vertébrale	Entrevues avec le médecin : - Caractéristiques de base -Symptômes - Indicateurs de résultats avec échelle d'évaluation numérique (NRS) -ODI à l'admission -ODI à la sortie -Niveau de satisfaction (échelle Likert) Mesure des différences entre les caractéristiques de base entre patients satisfaits et non satisfaits ODI ₁ -ODI ₂	<u>Facteurs statistiquement différents entre les patients satisfaits et non satisfaits :</u> - Âge (p<0.001) - Présence de radiculopathie (p<0.001) - Scores ODI (p<0.001) <table><tr><td></td><td>N</td><td>ODI₂</td><td>ODI₁ – ODI₂</td><td></td></tr><tr><td>Groupe satisfait</td><td>527</td><td>22.91</td><td>24.16</td><td>p<0.0001</td></tr><tr><td>Groupe insatisfait</td><td>247</td><td>42.99</td><td>12.12</td><td>p<0.0001</td></tr></table> <u>5 facteurs corrélés avec score ODI</u> (p<0.05) : - Se lever - Marcher - Se tenir debout - Activités sociales - Voyages Valeur seuil de ODI = 30 pour sortie du patient Prédicteurs : marcher et se tenir debout		N	ODI ₂	ODI ₁ – ODI ₂		Groupe satisfait	527	22.91	24.16	p<0.0001	Groupe insatisfait	247	42.99	12.12	p<0.0001
	N	ODI ₂	ODI ₁ – ODI ₂																	
Groupe satisfait	527	22.91	24.16	p<0.0001																
Groupe insatisfait	247	42.99	12.12	p<0.0001																
SMITH-GABAI (2016) ÉTATS-UNIS	Examiner comment les ergothérapeutes en soins aigus s'engagent dans le processus de planification de la sortie, quelles sont les stratégies qu'ils utilisent et quelles nouvelles approches ils peuvent développer pour améliorer la qualité de ce processus	Thèse Qualitatif Méthodologie de recherche-action	10 ergothérapeutes (2 groupes de 5)	Transcription des discussions audios Méthodologie d'analyse et d'interprétation des données de recherche-action de Stringer Modèle écologique de Schell comme modèle théorique pour analyser les facteurs qui influencent la prise de décision de l'ergothérapeute en matière de congé	<u>Fil conducteur de l'analyse des données et des plans d'action :</u> -Importance de la communication -Augmentation de la visibilité et des contributions de l'ergothérapie au processus de planification de la sortie															

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS												
					<table><tr><th>Thèmes</th><th>Résultats</th><th>Plans d'action</th></tr><tr><td>Pragmatique de la pratique</td><td>Défis de temps; Politiques des hôpitaux et du système de santé</td><td>Aucun</td></tr><tr><td>Respects et sensibilisation</td><td>Perception d'un manque de respect ou de prise en compte de la contribution des ergothérapeutes au processus de planification de la sortie</td><td>Éducation des gestionnaires de cas concernant les contributions de l'ergothérapie Mise en évidence des recommandations de sortie ergothérapeutes dans la</td></tr><tr><td>Complexité de la planification de sortie</td><td>Utilisation limitée d'évaluations standardisées</td><td>Barthel index Patient specific function Etc.</td></tr></table>	Thèmes	Résultats	Plans d'action	Pragmatique de la pratique	Défis de temps; Politiques des hôpitaux et du système de santé	Aucun	Respects et sensibilisation	Perception d'un manque de respect ou de prise en compte de la contribution des ergothérapeutes au processus de planification de la sortie	Éducation des gestionnaires de cas concernant les contributions de l'ergothérapie Mise en évidence des recommandations de sortie ergothérapeutes dans la	Complexité de la planification de sortie	Utilisation limitée d'évaluations standardisées	Barthel index Patient specific function Etc.
Thèmes	Résultats	Plans d'action															
Pragmatique de la pratique	Défis de temps; Politiques des hôpitaux et du système de santé	Aucun															
Respects et sensibilisation	Perception d'un manque de respect ou de prise en compte de la contribution des ergothérapeutes au processus de planification de la sortie	Éducation des gestionnaires de cas concernant les contributions de l'ergothérapie Mise en évidence des recommandations de sortie ergothérapeutes dans la															
Complexité de la planification de sortie	Utilisation limitée d'évaluations standardisées	Barthel index Patient specific function Etc.															
VIGLIANESE (2020) ITALIE	Traduire l'échelle MROC en langue italienne, l'adapter culturellement et la valider, afin de pouvoir ensuite l'utiliser spécifiquement chez les usagers avec une prothèse primaire totale de la hanche et/ou du genou	Devis : Quantitatif – Avant-après Qualité : 80 %	114 usagers avec remplacement total de la hanche et/ou du genou Unité interne de réadaptation	MROC après une arthroplastie totale (hanche ou genoux) T0=sortie de l'hôpital T1 : 25 jours période au cours de laquelle tous les participants ont été admis dans une unité de rééducation	<u>Fiabilité</u> hanche : 0.977 (IC95 % 0.955-0.999) p<0.01 genoux : 0.97 (0.9430-0.997) p<0.01 <u>Validité</u> Hanche : BI=0.583 p<0.01 Genou : BI=0.542 p<0.01 <table><tr><th></th><th>T0</th><th>T1</th><th>T0-T1</th></tr><tr><td>Hanche</td><td>4,3 ±1</td><td>6,1 ±1</td><td>-3.506</td></tr><tr><td>Genoux</td><td>4,3 ±1</td><td>6,2 ±1,2</td><td>-3.450</td></tr></table> MROC est un outil validé en italien pour l'évaluation du risque de sortie des patients avec arthroplastie de la hanche et du genou (prévention du risque qui pourrait mener à une sortie précoce)		T0	T1	T0-T1	Hanche	4,3 ±1	6,1 ±1	-3.506	Genoux	4,3 ±1	6,2 ±1,2	-3.450
	T0	T1	T0-T1														
Hanche	4,3 ±1	6,1 ±1	-3.506														
Genoux	4,3 ±1	6,2 ±1,2	-3.450														
WARING (2019) ROYAUME-UNI	Investiguer comment trois interventions de communication utilisées lors de la planification de sorties et la transition de soins permettent le transfert interprofessionnel de connaissances et l'apprentissage pour une meilleure intégration du travail	Qualitatif Ethnographique	213 professionnels de différents horizons (médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes et autres ainsi que des patients et leurs familles)	Entrevues semi-structurées Observations Analyse interprétative	<u>Étapes de planification de sortie</u> : - Déterminer l'état de préparation à la sortie, y compris l'achèvement des soins hospitaliers - Évaluer et planifier les soins après la sortie - Déterminer les lieux et les ressources pour les soins après la sortie - Gérer la transition des soins et la réinstallation - Mise en place de soins continus et d'une réadaptation au sein de la communauté <u>Plusieurs professionnels spécialisés soutiennent la planification de la sortie, dont</u> : - Coordonnateurs de la sortie/des soins avant et après la sortie - Travailleurs communautaires												

AUTEUR ANNÉE PAYS	OBJECTIF	DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS MILIEUX	MESURES OUTILS	PRINCIPAUX RÉSULTATS												
					- Équipe de liaison pour la sortie <u>Ils sont chargés de :</u> - Déterminer et de répartir les besoins en matière de soins avant et après la sortie - Ordonner et coordonner les tâches liées à la transition des soins - Faciliter la communication entre les équipes hospitalières et communautaires; - Travailler avec des organismes externes pour organiser les soins continus - Gérer la documentation et les plans de soins Les coordinateurs de sortie jouent le rôle le plus actif dans la planification de la sortie, en travaillant avec les cliniciens du service hospitalier pour soutenir la progression vers la sortie et en assurant la liaison avec les services communautaires pour planifier les soins continus. L'organisation des soins aux patients implique de nombreuses activités de groupe interprofessionnelles, dont trois constituent les principaux sites de planification de la sortie : - Les tournées quotidiennes dans les services - Les visites quotidiennes du conseil d'administration - Les réunions hebdomadaires de l'équipe pluridisciplinaire												
WYLEGALA (2015) ÉTATS-UNIS	Évaluer les associations indépendantes entre la perception de l'usager d'avoir participé à la prise de décision durant son séjour de réhabilitation et -de mettre fin à l'épisode de services de réadaptation -du statut fonctionnel à la fin de l'épisode -de la destination à la sortie	Devis : quantitatif - étude transversale rétrospective Qualité : 95 %	41 110 usagers présentant des troubles variés Sortis d'unités de réadaptation	Entrevues téléphoniques de 80 à 180 jours après la sortie de l'unité de réadaptation <i>Functional Independence Measure (FIM)</i>	<u>Variable indépendante</u> =perception de l'usager d'avoir pris part aux décisions lors de son séjour à l'unité de réhabilitation 89 % des répondants disent avoir participé aux prises de décisions lors de leur séjour en réadaptation <table><tr><th>IMPLICATION PERÇUE DANS LA PRISE DE DÉCISION</th><th>DURÉE DE SÉJOUR</th><th>SCORE FIM</th><th>PROBABILITÉ DE SORTIE DANS LA COMMUNAUTÉ</th></tr><tr><td>En désaccord</td><td>β : -0.56</td><td>β :- 3.39</td><td>OR : 0.75</td></tr><tr><td>En accord</td><td>β : 0.14</td><td>β : 0.99</td><td>OR : 1.24</td></tr></table> <u>Implication dans la prise de décision</u> associée (p<0.05) avec : - Plus longue durée de séjour - Statut fonctionnel plus élevé à la sortie - Probabilité accrue de sortie dans la communauté <u>AVC</u> : - La plus longue durée de séjour - Le plus faible statut fonctionnel - La plus faible probabilité de sortir dans la communauté <u>Remplacement articulation</u> : - La plus courte durée de séjour - Le statut fonctionnel le plus élevé - Une plus grande probabilité de sortir dans la communauté <u>Meilleur statut fonctionnel à l'admission</u> : - Durée de séjour plus courte - Meilleur statut fonctionnel à la sortie - Probabilité plus élevée de sortir dans la communauté	IMPLICATION PERÇUE DANS LA PRISE DE DÉCISION	DURÉE DE SÉJOUR	SCORE FIM	PROBABILITÉ DE SORTIE DANS LA COMMUNAUTÉ	En désaccord	β : -0.56	β :- 3.39	OR : 0.75	En accord	β : 0.14	β : 0.99	OR : 1.24
IMPLICATION PERÇUE DANS LA PRISE DE DÉCISION	DURÉE DE SÉJOUR	SCORE FIM	PROBABILITÉ DE SORTIE DANS LA COMMUNAUTÉ														
En désaccord	β : -0.56	β :- 3.39	OR : 0.75														
En accord	β : 0.14	β : 0.99	OR : 1.24														

Annexe V. Tableau d'extraction des données de littérature grise

AUTEURS ANNÉE PAYS	TYPE DE DOCUMENT CRÉDIBILITÉ	SUJET	POPULATION CIBLÉE	RÉSULTATS/RECOMMANDATIONS
GTA REHAB NETWORK 2018 CANADA	Document d'organisation savante Modérée	Cartographies (2) document le parcours de réadaptation ambulatoire de la clientèle ayant subi une arthroplastie élective de la hanche ou du genou	Usagers avec une arthroplastie de la hanche ou du genou	2 cartes de processus pour l'arthroplastie élective du genou et de la hanche, élaborées pour illustrer les processus de soins recommandés et couvrant notamment la phase de réadaptation ambulatoire Celle-ci débute au moment du retour à domicile suite au congé des soins aigus jusqu'à l'obtention du congé du programme ambulatoire Arthroplastie élective du genou : La majorité (90 %) des usagers devrait participer à 12 classes de physiothérapie sur le remplacement du genou, à raison de 2 x semaine sur 6 semaines. Le 10 % restant (cas complexes) pourrait nécessiter jusqu'à 15 séances. Le congé sera obtenu en 6 à 10 semaines, mais peut être plus tôt ou plus tard selon les progrès de l'utilisateur. Arthroplastie élective de la hanche : La majorité (jusqu'à 100 %) des usagers devrait participer à 1 séance ou classe initiale sur le remplacement de la hanche et un <i>follow-up</i> entre 6-12 semaines. Un 20-25 % (cas complexes) pourrait nécessiter jusqu'à 8 séances. Le congé sera obtenu en 6 à 12 semaines après l'opération, et est déterminé par la mobilité fonctionnelle, la capacité à bien fonctionner dans l'environnement, la connaissance des programmes d'exercices et de progression à domicile
INESSS EN COLLABORATION DE LA FONDATION ONTARIENNE DE NEUROTRAUMATOLOGIE (ONF) 2016 CANADA	Guide de pratique clinique Élevée	Guide de pratique clinique pour soutenir la réadaptation de la clientèle adulte ayant subi un TCC modéré-grave	Adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave	GPC présentant 266 recommandations (rec.) en 2 sections : composantes d'un continuum optimal de réadaptation à la suite d'un TCC (71 rec.) et évaluation et réadaptation des séquelles du TCC (195 rec.) b) Planification du congé : 1^{re} section avec 10 rec. de niveau de preuve C (basé essentiellement sur l'opinion d'experts pp 47-48) - Prise en compte de l'environnement domiciliaire et social de la personne - Vérifier que la continuité des services de réadaptation spécialisés requise peut être assurée et la réponse à ses besoins fournie sans délai - Inclure dans la préparation du retour dans la communauté de la personne ayant subi un TCC : - Formation de la famille et des proches sur l'utilisation de l'équipement et la prise en charge de la personne à domicile de façon sécuritaire - Transmission d'informations à la personne et à sa famille ou ses proches sur les ressources publiques ou privées, y compris les organismes bénévoles et les groupes d'entraide, et devrait indiquer comment y avoir accès

ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION 2018 CANADA	Rapport gouvernemental Élevée	Guide général pour aider à comprendre la législation ontarienne en ce qui a trait aux transitions entre les différents systèmes de soins, incluant les milieux institutionnels et communautaires	Personnels des hôpitaux et autres organisations	La manière dont les patients transitent dans le système de soins est un important facteur pour une sortie efficace de l'hôpital, centrée sur le patient La désignation ALC (<i>Alternate Level of Care</i>) est utilisée lorsqu'un usager occupe un lit dans un hôpital, alors qu'il ne nécessite plus l'intensité des ressources ou des services fournis sur l'unité. Ces patients sont prêts à quitter l'hôpital, mais il pourrait y avoir un ou des obstacles à leur sortie immédiate Les patients sont désignés ALC dans l'une ou l'autre des situations suivantes : Leurs objectifs thérapeutiques ont été atteints Leurs progrès ont atteint un plateau Ils ont atteint leur plein potentiel dans ce programme ou niveau de soins Leur admission est reliée à des soins de soutien, car il n'y avait plus de place dans la communauté (admissions sociales) L'identification d'un lieu où l'usager pourra aller après sa sortie représente souvent le défi principal dans les situations ALC
REHABILITATIVE CARE ALLIANCE 2022 CANADA	Guide de pratique clinique Élevée	Meilleures pratiques pour soutenir la réadaptation des usagers avec un remplacement électif de la hanche et du genou	Usagers avec un remplacement électif de la hanche ou du genou	En se basant sur les trajectoires de soins existantes dans le domaine de la réadaptation à la suite d'un remplacement total de la hanche ou du genou, cadre présentant des recommandations de meilleures pratiques spécifiques aux différents niveaux de soins, dont ambulatoires/en cliniques communautaires et à domicile La <u>planification des transitions dans les soins</u> est l'un des processus de soins visés par les recommandations. Les critères de décharge recommandés sont notamment : - Ambulation indépendante (à l'intérieur et à l'extérieur, avec ou sans aide à l'ambulation selon les besoins - prendre en compte l'état préopératoire) - Capacité à entrer et à sortir de son domicile/véhicule en toute sécurité - Utilisation sécuritaire des escaliers, si nécessaire - Besoins d'équipement à long terme identifiés et comblés - Les usagers sortent de l'hôpital lorsqu'ils ont atteint leurs objectifs de sortie ou qu'ils ont atteint un plateau, plutôt qu'en fonction d'un nombre maximum de visites

UETMISSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

