

Rapport final d'ETMI

L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante?

Une production du



Composé de :

L'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Institut Nazareth et Louis-Braille du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Hôpital juif de réadaptation du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Rapport rédigé par :

Christel Akué, erg., DESS ergonomie, CISSS de la Montérégie-Centre (INLB)

Dominique Bélanger, pht, CIUSSS-CSMTL (IRGLM), CRIR

Loredana Caputo, bibliothécaire, M.L.I.S., CISSS de Laval (HJR), CRIR

Martine Gendron, MSc(A), CIUSSS-CSMTL (IRD), CRIR

Muriel Guériton, M.B.S.I., CIUSSS-CSMTL (CRLB)

Evelina Pituch, erg., MSc, CRIR

Dahlia Kairy, pht, Ph.D., Université de Montréal, CRIR

Comité opérationnel

Membres

Christel Akué, erg., DESS ergonomie
Dominique Bélanger, pht, candidate à la maîtrise
Martine Gendron, MSc(A)
Muriel Guériton, M.B.S.I. (arrivée septembre 2016)
Evelina Pituch, erg., MSc
Loredana Caputo, bibliothécaire, M.L.I.S.
Nancie Brunet, BSc erg., MSc (jusqu'à juin 2015)
Yves Filion, MBA (jusqu'à août 2015)
Martha Visintin, pht, MSc (jusqu'à mars 2016)

Conseiller scientifique

Dahlia Kairy, pht, Ph.D.,
Professeure adjointe, École de réadaptation,
Université de Montréal, Chercheure régulière CRIR

Recherche d'information scientifique

Loredana Caputo, bibliothécaire, M.L.I.S.
David Farley-Chevrier, bibliothécaire, M.L.I.S.

Soutien documentaire

Lucie Pelletier, Tech. en documentation
Francine Baril, Tech. en documentation

Édition et mise en page

Marie-Chantal Hamel, adjointe à la direction
du PUR et du CRIR
Paule Samson, graphiste, CRIR

Comité directeur ETMIR

Sylvie Bilodeau, Directrice des programmes DI-TSA-DP, CISSS de la Montérégie-Centre
Suzanne Cloutier, Directrice adjointe Réadaptation, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Marie-Chantal Hamel, Adjointe à la direction du PUR et du CRIR
Eva Kehayia, Ph.D., Professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill,
et Directrice scientifique du CRIR
Marie-Claude Roussin, Chef de service – Bibliothèques, Centres de documentation, UETMISSS
et Soutien aux activités d'enseignement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Gary Stoopler, Président du PUR – Pôle universitaire en réadaptation
et Directeur des programmes DI-TSA-DP, CISSS de Laval
Bonnie Swaine, pht, Ph.D., Professeure titulaire, École de réadaptation, Université de Montréal,
et Directrice scientifique du CRIR
Spyridoula Xenocostas, Directrice adjointe de la recherche, secteurs social et communautaire,
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Milieus utilisateurs (appellations avant la Loi 10)

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Hôpital juif de réadaptation
Institut Raymond-Dewar
Institut Nazareth et Louis-Braille
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Lecteurs externes

Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour ce rapport les lecteurs externes sont :

M. Normand Boucher, Chercheur d'établissement du CIUSSS de la Capitale-Nationale – IRDPQ
Professeur associé à l'Université Laval
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

M^{me} Diana Zidarov, pht, Ph.D.,
Chercheure postdoctorale, Université McGill
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

Remerciements

Nous tenons à remercier les gestionnaires, cliniciens/professionnels et usagers qui ont participé aux consultations réalisées dans le cadre de ce projet d'ETMIR.

Nous souhaitons également remercier Marie-Josée Drolet, Quan Nha Hong, Christine Lobé, Catherine Safianyk et Frédéric Messier pour leurs contributions et précieux conseils.

Déclaration d'intérêts

Le comité opérationnel déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts dans le cadre de la réalisation de la présente évaluation des technologies et modes d'intervention.

Financement

La présente étude a bénéficié d'une subvention de l'INESSS dans le cadre du Programme de soutien aux initiatives en évaluation des technologies et modes d'intervention (PSI-ETMI) et du support de tous les établissements du PUR.

Responsabilité

Le comité opérationnel assume la responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	1
Sigles et abréviations	4
INTRODUCTION	5
1 Méthodologie	7
1.1 Modèle logique / Cadre d'analyse	9
1.2 Stratégie de recherche d'information	10
1.2.1 Recherche dans les bases de données bibliographiques.....	10
1.2.2 Recherche de la littérature grise	11
1.3 Critères de sélection des études	11
1.4 Sélection des études	12
1.5 Extraction des données	12
1.6 Évaluation de la qualité méthodologique des études	12
1.7 Consultations des parties prenantes	13
1.8 Méthodes d'analyse et de synthèse des données	14
1.9 Processus d'appréciation de la force de la preuve	15
1.10 Processus de formulation des recommandations	16
1.11 Validation par les pairs	16
2 Résultats	17
2.1 Description des résultats de la recherche documentaire	17
2.1.1 Description des études retenues	17
2.1.2 Description des résultats de la recherche de la littérature grise.....	22
2.2 Synthèse narrative thématique	23
2.2.1 Déficience auditive	23
2.2.2 Douleur lombaire chronique.....	23
2.2.3 Arthroplasties de la hanche et du genou.....	23
2.2.4 Neurologie (AVC, TCC, Parkinson).....	25
2.3 Résultats descriptifs de la collecte de données auprès des parties prenantes	29
2.3.1 Questionnaire	29
2.3.2 Groupes de discussion	31
2.3.3 Entrevues individuelles	31
3 Résultats par questions clés de recherche et autre résultats d'intérêt	32
3.1 Résultats par question clé de recherche	32
3.1.1 Y a-t-il des risques à l'intégrité physique et psychologique des personnes (usagers, intervenants) à réaliser des interventions de groupe ?.....	32
3.1.2 L'intervention de groupe est-elle au moins aussi efficace que l'intervention individuelle à l'atteinte d'objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé ?.....	33
3.1.3 Quels sont les impacts de l'intervention de groupe sur la qualité des soins et services : accès, satisfaction, durée de l'épisode de soins et services?	34
3.1.4 Quels sont les facilitateurs et obstacles à considérer :.....	35
3.1.5 Quels sont les impacts budgétaires de transformer les interventions individuelles en interventions de groupe?	37
3.1.6 Y a-t-il des enjeux éthiques et légaux rattachés à l'intervention de groupe?	38
3.2 Autres résultats d'intérêt	39
Discussion	40
Conclusion et recommandations	42

RÉFÉRENCES	45
Annexe A - Modèle logique	49
Annexe B - Stratégie de recherche d'information	50
Annexe C - Sélection des études.....	55
Annexe D - Grille utilisée pour l'extraction des données	56
Annexe E - Mixed Method Appraisal Tool.....	57
Annexe F - Questionnaire.....	58
Annexe G - Guide d'animation des discussions de groupe.....	63
Annexe H - Grille d'entrevue avec les usagers.....	67
Annexe I- Tableau complémentaire de synthèse des études	69
Annexe J - Liste des outils utilisés dans le cadre des études par ordre alphabétique.....	75
Annexe K - Évaluation de la qualité méthodologique des études	77
Annexe L - Information supplémentaire sur l'expérience professionnelle des répondants au questionnaire	78
Annexe M - Caractéristiques des participants aux discussions de groupe	79
Annexe N - Caractéristiques des usagers interrogés.....	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Modèle PICOS.....	8
Tableau 2 - Tableau synthèse des études retenues (Perte auditive, douleurs dorsales chroniques, prothèses de la hanche ou du genou)	19
Tableau 3 - Tableau synthèse des études retenues (Accident vasculaire cérébral).....	20
Tableau 4 - Tableau synthèse des études retenues (Parkinson et traumatisme craniocérébral)	21
Tableau 5 - Nombre de répondants par formation clinique de base	29
Tableau 6 - Nombre de répondants par site (par appellations existantes avant la loi 10)	30
Tableau 7 - Nombre de répondants par clientèle.....	30
Tableau 8 - Nombre de répondants par phase du continuum de soins	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Modèle logique et cadre d'analyse	9
--	---

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'accès aux services de réadaptation est un enjeu primordial dans le maintien des rôles sociaux des personnes ayant une déficience physique. Au Québec, les services de réadaptation sont en demande croissante. Dans ce contexte, les centres de réadaptation en déficience physique de la grande région de Montréal, membres du Pôle universitaire en réadaptation (PUR) se questionnent sur les modalités d'intervention offertes actuellement. Soucieuses de l'efficacité des services et de leur accessibilité, les autorités administratives de ces centres s'interrogent notamment sur la pertinence d'inclure davantage d'interventions de groupe dans leur offre régulière de services.

Question décisionnelle

« L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante ? »

Pour adresser cette question décisionnelle, une démarche d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) a été déployée où les dimensions se rapportant à la sécurité, à la qualité, à l'efficacité, à la mise en œuvre, aux impacts budgétaires et aux enjeux éthiques liés aux interventions de groupes ont été abordées à travers six questions clés de recherche.

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Une revue systématique de la littérature effectuée dans dix-neuf bases de données bibliographiques et une consultation des parties prenantes (gestionnaires, cliniciens et usagers) par le biais d'un questionnaire, de groupes de discussions et d'entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées.

Les études retenues devaient porter sur des clientèles adultes ou aînées ayant une déficience physique, comparer des interventions individuelles et de groupe ayant une proximité de contenu jugée suffisante, inclure des résultats correspondant aux dimensions d'intérêt, se dérouler dans une clinique externe ou un milieu hospitalier offrant des services de réadaptation. L'évaluation de la qualité des études a été effectuée à l'aide de l'outil *Mixed Method Appraisal Tool*.

Une synthèse narrative thématique, ainsi que des tableaux synthèses ont été réalisés afin de faciliter l'analyse des données issues de la littérature. La compilation des données issues du questionnaire et une analyse thématique des propos recueillis ont été utilisées afin d'analyser les informations issues de la consultation des parties prenantes.

Les données issues de la littérature ainsi que celles issues des consultations ont ensuite été mises en perspectives afin d'éclairer et de contextualiser les résultats et d'évaluer le degré de convergence existant entre les données scientifiques et expérientielles.

RÉSULTATS

La recherche de l'information scientifique a permis de répertorier deux mille six cent six documents publiés entre 2005 et 2016. Seize articles, portant sur quinze études, ont été analysés. La consultation des parties prenantes a été réalisée par le biais d'un questionnaire auquel 162 gestionnaires et cliniciens ont répondu, de trois groupes de discussion (20 participants) et d'entrevues individuelles auprès de quatre usagers.

Les principaux faits saillants des résultats en lien avec les dimensions étudiées sont les suivants :

Sécurité

Au vu des résultats des études et de la consultation des parties prenantes, il ne semble pas y avoir de différence sur le plan de la sécurité entre les interventions individuelles et les interventions de groupe.

Efficacité

La littérature scientifique consultée ne rapporte pas de différences significatives en termes d'efficacité entre les interventions de groupe et les interventions individuelles; les personnes consultées perçoivent que les interventions de groupe sont efficaces à condition de viser les bons objectifs.

Impact sur la qualité des soins et services

La littérature scientifique ne permet pas de documenter les impacts des interventions de groupe sur l'accès aux soins ou aux services pour les usagers ou la durée de l'épisode de soins; la satisfaction des usagers ne semble pas différer en fonction de la modalité d'intervention; les personnes consultées sont d'avis qu'une offre d'intervention de groupe en période d'attente de service contribue à l'amélioration de l'accès.

Mise en œuvre (Facilitateurs et obstacles)

Les professionnels ainsi que les gestionnaires interrogés et rencontrés se sont montrés ouverts aux interventions de groupe; les intervenants ont manifesté leur intérêt et ont confiance en leur capacité d'animer des groupes; la majorité des obstacles et facilitateurs relèvent du plan organisationnel ; des enjeux spécifiques à l'organisation des groupes ont émergé (temps de conception et de préparation, la masse critique des usagers).

Impact budgétaire

Le potentiel de diminution des coûts des interventions de groupe n'a pas été clairement démontré.

Enjeux éthiques

La décision d'offrir des interventions de groupes comme mesure d'appoint est perçue comme un moyen d'améliorer l'accessibilité aux soins, une valeur partagée par les parties prenantes; les besoins de l'utilisateur demeurent au centre des préoccupations dans la décision d'offrir des interventions de groupe.

Par ailleurs des résultats d'intérêts additionnels ont été identifiés concernant les bénéfices et aspects spécifiques apportés par les interventions de groupe et leurs modalités d'implantation.

CONCLUSION

Des limites à la généralisation des résultats de cette ETMI existent en lien avec les clientèles étudiées dans les écrits scientifiques (certaines étant surreprésentées : clientèles AVC, d'autres sous représentées : déficience auditive et de langage, d'autres enfin absentes : déficience visuelle). Dans le même ordre d'idée, les interventions de groupes étudiées portaient majoritairement sur des interventions de réadaptation réalisées en circuit en lien avec la mobilité.

Les participants à la consultation sont plutôt favorables à cette modalité. Ils ont la perception que l'offre d'interventions de groupe peut contribuer à une meilleure accessibilité aux services, en complémentarité avec les interventions individuelles.

Bien que les données issues de la littérature scientifique présentent certaines lacunes, et dans la mesure où aucune étude n'a démontré la stricte supériorité ou infériorité d'une modalité par rapport à l'autre en termes d'efficacité et de sécurité pour les clientèles concernées. Le comité opérationnel

recommande aux gestionnaires et cliniciens qui souhaiteraient implanter ou développer leur offre de service sous la forme d'interventions de groupe de tenir compte des éléments suivants :

Réfléchir à une offre globale d'intervention de groupe.

- ✓ Assurer un soutien de la part des directions cliniques pour éviter que les interventions de groupe ne reposent sur les épaules de quelques intervenants (pérennité).
- ✓ Considérer l'offre d'interventions de groupe pour les objectifs liés à la motricité.
- ✓ Considérer l'offre des deux modalités d'intervention (individuelle et en groupe) de façon complémentaire.
- ✓ S'assurer que les besoins de chacun des usagers priment dans le choix de la modalité d'intervention.
- ✓ Considérer l'offre des interventions de groupe pour les usagers en attente de services.

Identifier les obstacles à la mise en œuvre des interventions de groupe propres à son milieu et évaluer s'ils sont surmontables avant la mise en place de cette modalité.

- ✓ Rendre disponibles les ressources matérielles et humaines requises.
- ✓ Prévoir des mécanismes d'adaptation en cas de faible masse critique (ex. : plusieurs clientèles sur la base de besoins similaires, plusieurs sites, plusieurs programmes).
- ✓ Prévoir des solutions aux problèmes de déplacement des usagers pour les établissements qui couvrent un grand territoire.

Mettre en place ou adapter/améliorer des outils de transfert d'information; de gestion des statistiques (HPS: heures de prestation de services) et tenue des dossiers des usagers pour les interventions de groupe, et :

- ✓ Convenir d'un ratio intervenant-usager soutenant la sécurité de tous à partir de l'expérience clinique.
- ✓ Établir des règles et procédures en vue de la prévention des infections lors de l'offre d'interventions de groupe.
- ✓ Établir des règles et procédures spécifiques aux interventions de groupe en ce qui concerne la confidentialité.
- ✓ Prévoir un formulaire de satisfaction standardisé pour les participants aux interventions de groupe à utiliser par les différentes équipes cliniques.

Informar les usagers de leurs options (consentement éclairé) entre attendre une intervention individuelle et participer sans délai à une intervention de groupe.

Documenter les interventions et convenir d'indicateurs communs en terme d'incidents/accidents, coûts complets ; atteinte des objectifs inscrits au plan d'intervention individuel des usagers ; satisfaction des usagers.

Enfin, le comité opérationnel en accord avec le comité de suivi recommande d'encourager des recherches axées plus spécifiquement sur les bénéfices des interventions de groupe avec les différentes clientèles de réadaptation. Et de mettre en place des mécanismes afin d'assurer que les besoins de recherche issus de cette ETMI soient communiqués aux équipes de recherche et aux chercheurs qui supervisent des étudiants.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACMTS	Association canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
AMSTAR	<i>Assessing Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
BOG	Blessures orthopédiques graves
CÉRIU	Consortium des établissements de réadaptation exploitant un institut universitaire
CIRRS	Centre interdisciplinaire en réadaptation et intégration sociale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CN	Capitale-Nationale
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CSMTL	Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle-Trouble du spectre de l'autisme-Déficience physique
ECR	Essai contrôlé randomisé
ECNR	Essai contrôlé non randomisé
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMIR	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en réadaptation
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
HJR	Hôpital juif de réadaptation
HPS	Heures de prestation de services
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
IRD	Institut Raymond-Dewar
IRDPO	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
LM	Lésions médullaires
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
PICOS	Population, Intervention, Comparateur, Résultats (<i>Outcomes</i>), Milieu d'intervention (<i>Setting</i>)

INTRODUCTION

Au Québec, près de 77 000 personnes de tous âges ayant une déficience physique de nature auditive, visuelle, motrice ou du langage reçoivent annuellement des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation dans les centres de réadaptation en déficience physique (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2014).

Les personnes ayant une déficience physique et présentant des incapacités significatives et persistantes peuvent éprouver de la difficulté à réaliser leurs activités courantes et à maintenir leurs rôles sociaux. Les services qui leur sont destinés visent à développer ou à maintenir leur autonomie, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur participation sociale. L'accès à ces services de réadaptation s'avère un enjeu primordial pour le rétablissement des personnes ayant une déficience physique, en leur permettant de réaliser leur plein potentiel.

Ces services de réadaptation sont en demande croissante (St-Pierre & Tardif, 2009). Divers facteurs contribuent à cette augmentation, tels que le vieillissement de la population (Institut de la statistique du Québec, 2014), l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques et les avancées médicales qui réduisent la mortalité (Landry, Jaglal, Wodchis, Raman & Cott, 2008).

Six centres de réadaptation en déficience physique de la grande région de Montréal, membres du Pôle universitaire en réadaptation (PUR), précédemment nommé le Consortium des établissements de réadaptation exploitant un institut universitaire (CÉRIU), ont entamé une réflexion en lien avec cette demande croissante. Leurs interrogations portent particulièrement sur les modalités d'intervention en réadaptation, de groupe et individuelle. Ces centres offrent des services qui s'inscrivent dans les phases 2 et 3 du continuum de services de réadaptation (Ministère de la santé et des services sociaux, 1995). La phase 2 ou phase post-aiguë se déroule habituellement en centre de réadaptation sur une base hospitalisée. On parle aussi de la phase de réadaptation fonctionnelle intensive. La phase 3 est celle de l'adaptation et de l'intégration sociale. Elle se déroule le plus souvent sur une base ambulatoire; l'utilisateur ayant réintégré ou étant en processus de réintégrer son milieu de vie.

La modalité de traitement la plus souvent privilégiée en réadaptation physique est la modalité individuelle (Hammond et al., 2015; Naylor, Harmer, Fransen, Crosbie & Innes, 2006; Robertson & Harding, 2014) à la suite de l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (PII) par une équipe multidisciplinaire. Des interventions de groupe sont actuellement réalisées auprès d'adultes et d'aînés, dans certains de ces centres de réadaptation, mais cette offre n'est pas assurée de façon continue. Elle peut varier selon les périodes et le personnel en place. Par ailleurs, lorsqu'elles sont offertes, ces interventions poursuivent les mêmes objectifs de traitement que ceux inscrits dans les PII des usagers. Il arrive aussi que la modalité de groupe soit offerte au moment de prévoir des mesures d'appoint quand les délais d'attente menacent de dépasser les standards d'accès.

Soucieuses de l'efficacité des services et de leur accessibilité, les autorités administratives de ces centres s'interrogent sur la pertinence d'inclure davantage d'interventions de groupe dans leur offre régulière de services. Dans le cas où certaines interventions seraient aussi efficaces en groupe qu'en individuel, serait-il possible de les offrir sous cette modalité? Est-ce que la mise en œuvre de cette modalité d'interventions est envisageable sur le plan organisationnel dans le contexte du système de

santé québécois? Ces réflexions ont justifié la réalisation d'une démarche d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) à la demande du PUR en ciblant la question décisionnelle suivante :

L'intervention de groupe¹ en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante ?

¹ Intervention de groupe : une activité réalisée en réadaptation physique, sensorielle, cognitive ou psychosociale par un ou plusieurs intervenants qualifiés auprès de plus d'une personne et visant l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé. Cette définition est tirée d'un consensus du comité opérationnel (2014).

1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour mener le présent projet consiste en un devis mixte comprenant une revue systématique de littérature et une collecte de données quantitative et qualitative auprès des parties prenantes selon un devis explicatif séquentiel. Cet avis d'évaluation respecte les normes de production des revues systématiques de l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013). Un plan de réalisation a préalablement été élaboré et a été validé par le comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS.

Questions clés de recherche

Cette évaluation vise à répondre aux six questions clés de recherche suivantes. Elles ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PICOS : la population à l'étude, l'intervention ou mode d'intervention, les comparateurs, les résultats d'intérêt (« outcomes ») et le milieu d'intervention sont présentés dans le tableau 1.

Question 1

Y a-t-il des risques à l'intégrité physique et psychologique des personnes (usagers, intervenants) à réaliser des interventions de groupe ?

Question 2

L'intervention de groupe est-elle au moins aussi efficace² que l'intervention individuelle à l'atteinte d'objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé ?

Question 3

Quels sont les impacts de l'intervention de groupe sur la qualité des soins et services : accès, satisfaction, durée de l'épisode de soins et services?

Question 4

Quels sont les facilitateurs et obstacles à considérer :

- a. Au plan organisationnel?
- b. Au plan individuel (usager)?
- c. Au plan professionnel?

Question 5

Quels sont les impacts budgétaires de transformer les interventions individuelles en interventions de groupe?

Question 6

Y a-t-il des enjeux éthiques rattachés à l'intervention de groupe?

² En termes d'aptitudes (ex : vitesse de marche), d'habitudes de vie (ex : autonomie au déplacement dans la communauté), de participation sociale (ex : retour au travail).

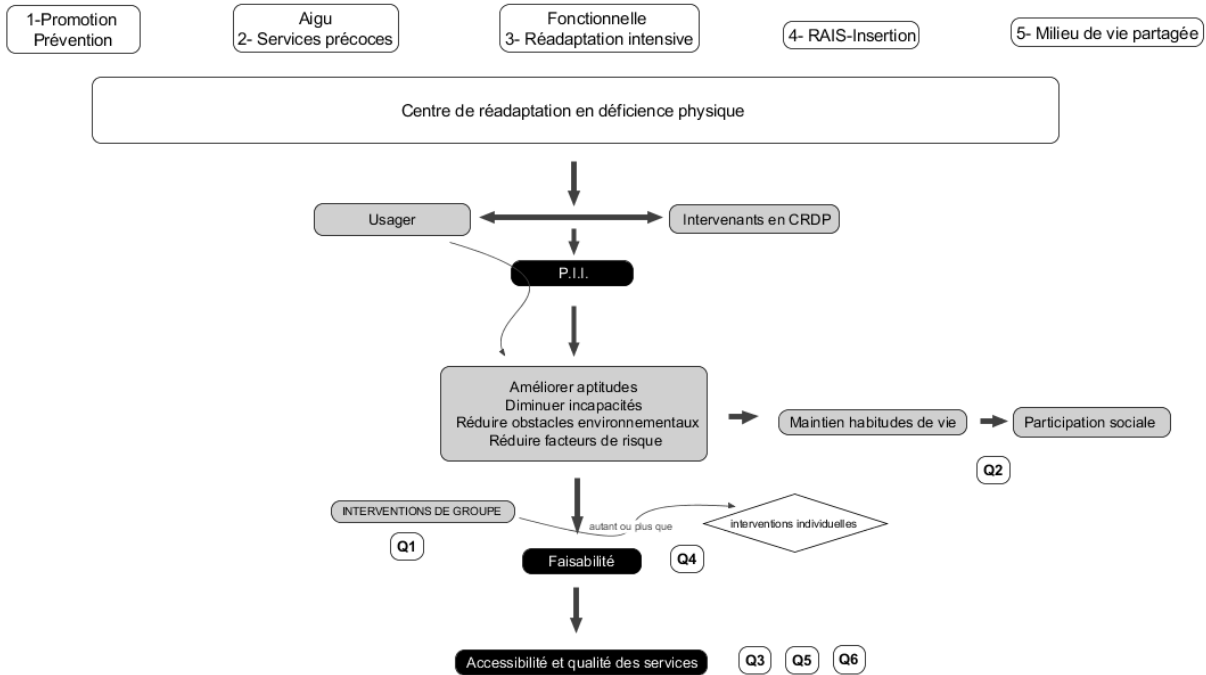
Tableau 1 - Modèle PICOS

POPULATION	Adultes et aînés, déficience physique (auditive, visuelle, motrice, du langage)
INTERVENTION	Intervention de groupe en réadaptation/adaptation sous la supervision d'un ou plusieurs intervenants qualifiés
COMPARATEUR	Intervention individuelle de réadaptation/adaptation sous la supervision d'un intervenant qualifié
RÉSULTATS (OUTCOMES)	<p>Q1. : incidents, contre-indications, effets néfastes</p> <p>Q2. : résultats cliniques (ex: aptitudes et habitudes de vie, participation sociale)</p> <p>Q3. : qualité de services : accessibilité (nombre d'usagers en attente et durée d'attente), durée de l'épisode de soins, satisfaction des usagers, autres</p> <p>Q4. : obstacles et facilitateurs</p> <p>Q5. : coûts (ressources humaines, matériaux, etc.), conséquences et temporalité</p> <p>Q6. : confidentialité, notes au dossier, responsabilité professionnelle, actes réservés</p>
MILIEU D'INTERVENTION (SETTING)	Cliniques externes ; milieu d'hébergement ou milieu hospitalier, milieu offrant des services spécialisés en réadaptation

1.1 Modèle logique / Cadre d'analyse

Le modèle logique choisi a été élaboré par les membres du comité opérationnel lors de la réflexion précédant le plan de réalisation du projet.

Figure 1 Modèle logique et cadre d'analyse³



Selon ce modèle, les éléments pertinents à considérer afin de répondre aux questions de recherche sont représentés selon deux axes (Figure 1). Le premier, selon une tangente horizontale, représente la perspective de l'utilisateur. Sur l'axe vertical, c'est la perspective de l'organisation qui est illustrée. Les bulles de la ligne supérieure représentent les différentes phases du continuum des services en réadaptation. Les centres de réadaptation concernés par cette évaluation offrent des services dans les phases 2 et 3 de ce continuum. Les six questions de recherche, représentées par leurs numéros, sont situées sur les deux axes.

La perspective de l'utilisateur (axe horizontal) se situe dans le continuum de services en réadaptation (Ministère de la santé et des services sociaux, 1995) dans le but de favoriser la réalisation de ses habitudes de vie et soutenir sa participation sociale. Les questions de recherche soulevées le long de cet axe touchent principalement l'efficacité des interventions de groupe à atteindre les objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé comparativement à celle des interventions individuelles (Q2).

En ce qui a trait à la perspective de l'organisation (axe vertical), l'offre de la modalité de groupe doit prendre en compte la sécurité de ces interventions (Q1), son impact sur la qualité des services et sur l'accessibilité aux soins (Q3), les éléments influençant la mise en œuvre de ces interventions (facilitateurs et obstacles) (Q4), l'impact budgétaire (Q5) ainsi que les enjeux éthiques liés à ce mode d'intervention en déficience physique (Q6).

³ Une version agrandie du modèle logique est disponible à l'annexe A.

1.2 Stratégie de recherche d'information

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en recherche d'information scientifique (LC) et validée par un second bibliothécaire spécialisé (DFC). Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche de l'information a été effectuée dans plus d'une base de données, et dans au moins deux registres d'études cliniques en cours. De plus, une recherche spécifique a été menée afin de répertorier les études ou documents qui n'ont pas été publiés dans des périodiques ayant un processus de révision par les pairs.

Afin d'obtenir un portrait récent des connaissances scientifiques, la recherche a été limitée aux études publiées depuis 2005. Aucune limite de langue n'a été appliquée.

Enfin, les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres études pertinentes.

1.2.1 Recherche dans les bases de données bibliographiques

La recherche d'information scientifique a été effectuée dans les bases de données suivantes: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MEDLINE, EMBASE, PROSPERO, les bases EBM Review (ACP Journal club, DARE, Central, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database), Center for Reviews and Dissemination (CRD), Education Resources Information Center (ERIC), Occupational Therapy (OT) seeker, Physiotherapy Evidence Database (PEDro) et Cochrane Library.

La recherche a été effectuée une première fois au printemps 2015 et une mise à jour complète a été effectuée en octobre 2016.

Les stratégies de recherche comprenaient les concepts suivants :

- Interventions individuelles (individual, "one to one", etc.);
- Intervention de groupes (group, classes, "multiple patients", etc.);
- Le concept de réadaptation a été exploré sous divers angles notamment disciplinaire (ex : audiology, etc.), type de professionnels impliqués (ex : occupational therapist, physical therapist, etc.), type de traitement ou d'intervention (ex : speech therapy, etc.), etc.

Ces concepts ont été combinés en tenant compte du langage d'indexation (vocabulaire contrôlé), des mots-clés identifiés par les membres du comité opérationnel (vocabulaire libre) et des options de recherche pour chacune des bases consultées.

Afin de s'assurer de couvrir les différentes dimensions souhaitées, des recherches ont par ailleurs été effectuées dans les bases :

- National Health Service Economic Evaluation Database (NHSEED) et Health Economic evaluations database pour la question portant sur les impacts budgétaires de l'intervention de groupe.
- PsychInfo et Sociological Abstracts pour la question portant sur les enjeux éthiques.

Deux exemples des stratégies de recherche utilisées sont disponibles à l'annexe B.

1.2.2 Recherche de la littérature grise⁴

La stratégie d'interrogation de la littérature grise a été précisée et rendue opérationnelle par les membres de l'équipe aidés par des ressources en documentation. Elle a été effectuée par la bibliothécaire qui a aussi assuré la coordination de cette étape.

En ce qui a trait à la littérature grise, la liste des sites Internet proposés par l'Association canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), dans son document intitulé : « Matière Grise, un outil pratique de recherche du Web au service de la médecine factuelle », du mois de février 2014 (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2014), a constitué la liste de départ.

En fonction du sujet d'évaluation, seules les rubriques regroupant les sites susceptibles de fournir une documentation pertinente ont été conservées; les autres ont été retirées telles que celles du domaine des médicaments, du cancer, des équipements médicaux, de la chirurgie, des essais cliniques, de l'épidémiologie et de la médecine dentaire.

Les sites web des établissements partenaires/milieus utilisateurs de cette étude, des organismes pertinents représentant certaines clientèles (ex. : sclérose en plaques, etc.) ainsi que des associations professionnelles (ex. : physiothérapeutes, etc.) ont été recherchés manuellement.

Enfin, un survol des bases de données incluant des journaux, des magazines et d'autres sources non revues par les pairs (sources déjà répertoriées dans la littérature scientifique) a été effectué.

1.3 Critères de sélection des études

Pour toutes les questions de recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessous ont été utilisés pour déterminer quels articles retenir pour l'analyse.

Critères d'inclusion

Les études devaient :

- Porter sur une population d'adultes ou d'aînés ayant une déficience physique (auditive, visuelle, motrice, de langage);
- Comparer au moins une intervention de réadaptation/adaptation sous la supervision d'un intervenant qualifié⁵ offerte en groupe à une intervention individuelle comparable;
- Inclure des résultats d'intérêt correspondant à au moins une des questions clés de recherche;
 - Q1.: Incidents, contre-indications, effets néfastes
 - Q2. : Résultats cliniques (ex: aptitudes et habitudes de vie, participation sociale, etc.)
 - Q3. : Qualité de services : accessibilité (nombre d'usagers en attente et durée d'attente), durée de l'épisode de soins, satisfaction des usagers
 - Q4. : Obstacles et facilitateurs
 - Q5. : Coûts (ressources humaines, matérielles, etc.), conséquences et temporalité
 - Q6. : Confidentialité, notes au dossier, responsabilité professionnelle, actes réservés

⁴ La littérature grise est : «ce qui est produit par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et de la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous un format papier ou numérique, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale...»—Traduit de : Third International Conference on Grey Literature. 1997. Luxembourg convention.

⁵ Selon un consensus du comité opérationnel, un « intervenant qualifié » est défini comme un intervenant ayant reçu une formation clinique dans un domaine de la santé qui dispense des services au sein des établissements de réadaptation auprès d'usagers ayant une déficience physique.

- Se dérouler dans une clinique externe ou dans un milieu d'hébergement ou un milieu hospitalier offrant des services spécialisés ou surspécialisés de réadaptation;
- Avoir été publiée après 2005.

De plus, tous les types de littérature scientifique ou grise et tous les devis d'études (quantitatif, qualitatifs ou mixtes) étaient retenus.

Critères d'exclusion

Ont été exclues les études :

- Portant sur la population en général et sur la population pédiatrique;
- Portant sur des interventions en promotion de la santé ou en prévention;
- Portant sur la réadaptation cardio-respiratoire;
- Dont les composantes d'intervention étaient trop dissemblables entre le groupe et l'individuel.

1.4 Sélection des études

La sélection des articles répertoriés par la recherche de l'information scientifique ainsi que l'information issue de la littérature grise et non scientifique a été effectuée de façon indépendante par trois paires d'examineurs du comité opérationnel selon les critères de sélection des études présentées précédemment. Dans un premier temps, les titres et abrégés ont été lus par deux examinateurs pour vérifier leur pertinence selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Le texte intégral de l'article a été examiné pour tous les articles retenus ainsi que pour ceux dont la pertinence n'était pas évidente à la lecture du titre et de l'abrégé. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur (DK). Les raisons d'exclusion des articles non retenus ont été spécifiées. L'information issue de la littérature grise a été sélectionnée par deux examinateurs.

Le diagramme de sélection des articles scientifiques est présenté à l'annexe C.

1.5 Extraction des données

Pour chaque étude retenue, l'extraction des données a été effectuée par deux examinateurs du comité opérationnel. Les données ont été colligées à l'aide d'un tableau d'extraction dont le contenu a fait l'objet d'un consensus entre les membres du comité. Les informations tirées des articles incluent entre autres les auteurs, l'année de publication et le devis, les caractéristiques de la population à l'étude, la description de l'intervention, le comparateur, les résultats d'intérêt selon les questions de recherche et les conclusions des auteurs. La mise en commun des données extraites entre les deux examinateurs a servi de processus de validation. La grille d'extraction utilisée est présentée à l'annexe D.

1.6 Évaluation de la qualité méthodologique des études

Le comité opérationnel ne souhaitait exclure d'emblée aucun type de devis d'étude et voulait pouvoir comparer au besoin leur qualité sur une même base. C'est pourquoi l'outil MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) (Pluye et al., 2011) a été retenu car il permet d'évaluer des études réalisées selon des devis quantitatif, qualitatif ou mixte. Les membres du comité opérationnel ont reçu une brève formation sur l'utilisation de l'outil par Quan Nha Hong, doctorante sous la supervision de Dr Pierre Pluye. La grille MMAT est présentée à l'annexe E.

Le choix de cet outil entraîne toutefois une limite: il ne permet pas de réaliser une analyse en

profondeur de la validité interne des études. Le score obtenu au MMAT ne permet pas de rejeter une étude sur cette base.

L'outil AMSTAR (*Assessing Methodological Quality of Systematic Reviews*) (Shea et al., 2007) a été utilisé pour évaluer une seule étude: la revue systématique.

L'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus a été réalisée par deux membres du comité opérationnel qui ont mis en commun leurs observations. Si un désaccord survenait, un troisième membre de ce comité permettait d'obtenir un accord final.

1.7 Consultations des parties prenantes

Afin de mieux cerner les enjeux liés aux facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre des interventions de groupe, des données expérientielles ont été recueillies à partir d'un questionnaire, de groupes de discussion et d'entrevues auprès d'informateurs clés: des gestionnaires, des cliniciens et des usagers. Elles visaient aussi à mieux connaître leur perception entourant les autres questions abordées par cette évaluation (sécurité, qualité des soins, efficacité, aspect économique, aspect éthique). Une approbation du comité éthique du CRIR a été obtenue (CRIR-1166-0716)⁶.

Questionnaire

Un questionnaire portant sur les pratiques et les perceptions face aux interventions de groupe a été élaboré. Ce questionnaire a été réalisé à partir de l'analyse d'articles provenant d'une revue spécifique de la littérature effectuée par la bibliothécaire (LC) et un membre du comité opérationnel (DB), auxquels se sont ajoutés des articles repérés lors des étapes de sélection de la revue systématique⁷. L'expertise clinique des membres du comité opérationnel a également été mise à contribution pour la construction de l'outil.

Ce questionnaire était destiné à tous les cliniciens, coordonnateurs cliniques et chefs de programmes de cinq centres de réadaptation en déficience physique de la grande région de Montréal. Les répondants devaient appartenir aux programmes offrant des services cliniques à des adultes et aînés ayant une déficience physique. Une version préliminaire du questionnaire a été soumise à cinq cliniciens de deux centres de réadaptation afin de vérifier la compréhension des questions. La version finale du questionnaire a été rendue disponible en ligne. Sa complétion a été effectuée sur une base volontaire et anonyme, pendant les heures de travail. À la fin du questionnaire, les répondants souhaitant participer aux groupes de discussion étaient invités à envoyer leurs coordonnées par courriel à un membre du comité opérationnel (DB). Le questionnaire, en plus de répondre aux objectifs de la consultation, a permis de mieux connaître la pratique relative aux interventions de groupe et ainsi contribuer à bâtir le contenu des guides d'animation des groupes de discussion. Le contenu du questionnaire est présenté à l'annexe F.

⁶ Une étude plus approfondie des résultats recueillis lors de la consultation des parties prenantes fera l'objet d'un mémoire de maîtrise et d'une publication scientifique à venir.

⁷ Documents consultés: Boucher, 2012; Camden, Tétreault & Swaine, 2012; Foy et al., 2011; Frich, Rothing & Berge, 2014; Hammond et al., 2015; Hirsche, Williams, Jones & Manns, 2011; Lexell, Alkhed & Olsson, 2013; Mackenzie, Kelly, Paton, Brady, & Muir, 2013; Madsen, Larsen, Madsen, Soe & Hansen, 2013; May, Day & Warren, 2006; Rees, Saw, Larizza, Lamoureux & Keeffe, 2007; Taylor-Schroeder et al., 2011; Zanca et al., 2011

Groupes de discussion

Par la suite, trois groupes de discussion ont été planifiés avec des cliniciens (2) et des gestionnaires (1) de ces mêmes centres. Un groupe de discussion (90 minutes) était composé de cliniciens œuvrant avec des usagers en phase 2 et un groupe (90 minutes) avec des cliniciens travaillant en phase 3. La distinction des groupes selon la phase du continuum de soins et de services s'est avérée judicieuse à la fois pour des raisons pratiques (lieu de travail) et aussi en raison de contextes de traitement différents (intensité, contexte d'hospitalisation pour la phase 2). Les cliniciens de toutes disciplines (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, audiologie, éducation spécialisée, psychologie, etc.) travaillant avec une clientèle adulte et aînée en déficience physique étaient inclus. Les cliniciens pour qui, dû à la spécificité de leur discipline ou à une clientèle particulière, la mise en œuvre d'interventions de groupe n'est pas réalisable étaient exclus. Les cliniciens travaillant exclusivement avec une clientèle pédiatrique étaient aussi exclus. Le fait d'avoir réalisé ou non des interventions de groupe n'était pas un critère d'exclusion. Une partie du recrutement des participants a été réalisée à l'aide des chefs de programmes, le nombre de participants qui s'étaient déclarés intéressés par l'entremise du questionnaire n'étant pas suffisant. Dans la mesure du possible, la diversification des participants en ce qui a trait au nombre d'années d'expérience, à la discipline, ainsi qu'à la clientèle a été assurée pour la composition des groupes. Un troisième groupe (60 minutes) était composé de gestionnaires des cinq centres.

Le guide d'animation a été bâti par les membres du comité opérationnel en collaboration avec un professionnel de recherche formé en animation. Le guide a ensuite été soumis à deux cliniciens afin de vérifier la compréhension des questions. Quelques définitions ont été ajoutées. Le guide d'animation destiné au groupe de gestionnaires a été légèrement modifié pour prendre en compte la nature de leurs responsabilités et la durée plus courte de la séance. Les groupes de discussion ont été animés par un modérateur préalablement formé. Une observatrice, membre de l'équipe de recherche, était également sur place pour noter les interactions entre les participants. Les discussions ont été enregistrées en format audio et transcrites. La retranscription s'est effectuée de manière anonyme (le nom des participants n'était pas mentionné). Le guide d'animation est présenté à l'annexe G.

Entrevues

Des entrevues (4) ont été réalisées auprès des usagers afin de connaître et comprendre leur opinion en lien avec les interventions de groupe. Il a été convenu de privilégier l'entrevue plutôt que le groupe de discussion pour des raisons logistiques (plage horaire, déplacement). Le recrutement des usagers a été fait à l'aide des coordonnatrices de recherche de chacun des centres. Elles ont fait appel soit aux coordonnateurs cliniques ou encore elles ont consulté une liste d'usagers volontaires. Les entrevues semi-dirigées d'une durée d'environ 30 minutes ont été enregistrées en format audio et leur contenu a été transcrit. Le contenu du guide d'entrevues est présenté à l'annexe H.

1.8 Méthodes d'analyse et de synthèse des données

Analyse des données issues de la recherche documentaire

Les études retenues, ont été décrites globalement selon leur provenance, leur devis, les caractéristiques des participants, le contexte de soins et les outils de mesure. Les principaux éléments d'intérêt provenant des études sont également présentés sous la forme de tableaux comprenant les objectifs de chacune d'entre elles, le nombre de participants, le domaine d'intervention, les intervenants impliqués, ainsi qu'une brève description de l'intervention de groupe et de l'intervention

individuelle comparées. La description narrative et les tableaux synthèse sont disponibles à la section 2.1.1.

Une synthèse narrative analytique a également été réalisée. Certains enjeux et conditions de mise en œuvre des interventions de groupe étant différentes en fonction des types de déficience et des clientèles visées. Les études ont été regroupées et analysées conjointement, en fonction des clientèles suivantes : celles ayant une déficience auditive, celles ayant des douleurs lombaires chroniques, celles ayant eu une arthroplastie de la hanche ou du genou et enfin les clientèles en neurologie (clientèles suivies post-AVC, suite à un traumatisme craniocérébral et enfin celles atteintes de la maladie de Parkinson).

Pour chaque groupe d'études, une analyse thématique a été réalisée en fonction des dimensions propres à chacune des questions clés de recherche soit l'efficacité, la sécurité, la qualité, la mise en œuvre, les aspects économiques et l'éthique. Ces synthèses narratives sont présentées à la section 2.2.

Analyse des données provenant de la consultation des parties prenantes

Les données descriptives recueillies grâce au questionnaire ont été regroupées et sont présentées à la section 2.3.1. Le nombre d'occurrences pour lequel un élément influençant la mise en œuvre des interventions de groupe était considéré comme un facilitateur ou un obstacle a été pris en compte. L'appartenance de ces éléments aux plans organisationnel, individuel et professionnel tel que stipulé par la question de recherche sur les facilitateurs et obstacles a aussi été considérée pour cette question.

Les données de nature qualitative provenant du questionnaire ont été intégrées aux données issues des autres sources (groupes de discussion et entrevues). Ces données qualitatives ont été regroupées par thèmes d'intérêt à l'aide du logiciel NVivo. Les thèmes exploités dans le cadre de ce rapport étaient ceux associés aux six sous-questions de recherche, les propositions émanant des participants par rapport à l'organisation d'interventions de groupe ont également été considérées. Enfin, des codes ont été prévus pour identifier d'éventuels thèmes émergents.

Analyse des résultats par question clé de recherche

Dans un troisième temps, les données issues de la littérature scientifique ainsi que les données quantitatives et qualitatives issues de la consultation des parties prenantes ont été intégrées afin d'une part d'éclairer et de contextualiser l'information recueillie, et d'autre part d'évaluer le degré de convergence existant entre les données scientifiques et expérientielles.

1.9 Processus d'appréciation de la force de la preuve

La variabilité des études étant trop importante tant du point de vue des clientèles et des objectifs d'intervention que de celui des devis et approches scientifiques utilisées, l'approche GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) n'a pu être utilisée afin d'apprécier la force de la preuve.

Celle-ci a été effectuée de manière délibérative en tenant compte de la qualité des études telles qu'évaluées à l'aide de l'outil *Mixed Methods Appraisal Tool* (Pluye et al., 2011), des principales limites identifiées pour chaque étude et du degré de convergence de leurs résultats.

1.10 Processus de formulation des recommandations

La qualité des données probantes ainsi que les données recueillies lors de la consultation des parties prenantes ont été prises en considération dans le processus d'élaboration des conclusions et des recommandations. L'élaboration des recommandations a reposé sur la triangulation des données probantes issues de la littérature scientifique, des éléments contextuels et de la perspective des parties prenantes.

L'élaboration des recommandations a été préparée par les membres du comité opérationnel et validée lors d'une rencontre délibérative avec le comité directeur.

1.11 Validation par les pairs

Le rapport préliminaire des résultats a été envoyé à 2 réviseurs scientifiques externes. Les commentaires de ces réviseurs ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final.

2 RESULTATS

Dans cette section, les résultats de la recherche documentaire, la synthèse narrative des études retenues et des résultats descriptifs de la collecte des données auprès des parties prenantes par source de données sont présentés. Les résultats par sous-question de recherche sont présentés à la section suivante, la section 3.

2.1 Description des résultats de la recherche documentaire

La recherche de l'information scientifique a permis de répertorier deux mille six cent six documents. Le texte complet de deux cent trois articles scientifiques a été lu par les membres du comité opérationnel. Seize articles, portant sur quinze études, ont été retenus aux fins d'analyse.

Le diagramme de flux présentant le processus complet de sélection est présenté à l'annexe C.

2.1.1 Description des études retenues

Provenance et devis

Les études retenues présentent une certaine diversité du point de vue de leur provenance. Ainsi, parmi celles-ci, cinq proviennent d'Australie (Coulter, Weber & Scarvell, 2009; English, Hillier & Stiller, 2008; English, Hillier, Stiller & Warden-Flood, 2007; Ko et al., 2013; Lynch, Harling, English & Stiller, 2008; Robertson & Harding, 2014), quatre d'Amérique du Nord (Bradbury et al., 2008; Collins, Liu, Taylor, Souza & Yueh, 2013; Fama, Baron, Hatfield, & Turkeltaub, 2016; King et al., 2015), quatre d'Europe (Aprile et al., 2011; Renner et al., 2016; Thieme et al., 2013; van de Port, Wevers, Lindeman & Kwakkel, 2012) et deux d'Asie (Kim, Han, Kim & Hyun, 2016; Song, Kim & Park, 2015).

La majorité des devis utilisés dans le cadre de ces études sont des essais contrôlés randomisés (Aprile et al., 2011; Collins et al., 2013; Kim et al., 2016; King et al., 2015; Ko et al., 2013; Renner et al., 2016; Thieme et al., 2013; van de Port et al., 2012), l'une d'entre elles ayant adopté de plus un plan d'étude croisé (Aprile et al., 2011). Cependant, d'autres devis sont également présents, des essais cliniques non randomisés (Bradbury et al., 2008; English et al., 2008; English et al., 2007; Fama et al., 2016; Song et al., 2015), une méta-analyse (Robertson & Harding, 2014), une étude observationnelle (Lynch et al., 2008) et une étude de cohorte (Coulter et al., 2009).

L'ensemble de ces études comprenait au moins une comparaison entre une intervention individuelle et une intervention de groupe.

Les études primaires analysées dans le cadre de la méta-analyse n'ont pas été exploitées individuellement.

Caractéristiques des participants aux études

Les participants aux études sont partiellement représentatifs de la diversité des clientèles fréquentant les milieux spécialisés et surspécialisés de réadaptation au Québec. On y retrouve : les personnes présentant des douleurs dorsales chroniques (1 méta-analyse portant sur 6 études primaires; Robertson & Harding, 2014); les personnes ayant reçu une prothèse de la hanche ou du genou (3 études; Aprile et al., 2011; Ko et al., 2013; Coulter et al., 2009), les vétérans ayant des pertes auditives

(1 étude; Collins et al., 2013), les personnes ayant vécu un accident vasculaire cérébral (8 études; English et al., 2007 et 2008; van de Port et al., 2012; Thieme et al., 2013; Lynch et al., 2008; Fama et al., 2016; Kim et al., 2016; Song et al., 2015; Renner et al., 2016), les personnes ayant la maladie de Parkinson (1 étude; King et al., 2015), et enfin les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (1 étude; Bradbury et al., 2008).

Il est à noter que parmi les études comparatives retenues à l'issue du processus de sélection aucune ne porte sur les personnes ayant uniquement une déficience visuelle.

De plus, certaines comorbidités, problèmes cognitifs et problématiques potentielles de troubles de comportements dont pourraient souffrir les clientèles étudiées, sont rarement documentées.

Dans le meilleur des cas, on sait que lors de l'étape de recrutement certains participants ont été exclus sur la base de l'un ou l'autre de ces éléments.

Les principales caractéristiques des études retenues sont présentées dans les tableaux 2, 3 et 4 ci-dessous.

Tableau 2 - Tableau synthèse des études retenues (Perte auditive, douleurs dorsales chroniques, prothèses de la hanche ou du genou)

1 ^{er} Auteur, Année, Pays	Devis d'étude ^a	Clientèles	Objectifs de l'étude	n ^b	Domaine d'intervention et intervenants	Intervention de groupe	Intervention individuelle
Collins, 2013 États-Unis	ECR	Perte auditive	1) Déterminer si les visites d'ajustement d'appareils auditifs et de suivi sont aussi efficaces en groupe qu'en individuel en termes de fonction auditive et d'adhésion au traitement. 2) Déterminer si les séances en groupe coûtent moins tel qu'évaluées à 6 mois post-ajustement.	644	Audiologie par Audiologiste Audioprothésiste	Session d'orientation en groupe (ratio 1:6) 1 visite de suivi post-appareillage en groupe (ratio 1:5)	Session d'orientation en individuel 1 visite de suivi post-appareillage en individuel
Robertson, 2014 Australie	Méta-analyse	Douleur dorsale chronique	Évaluation des données comparant les résultats des activités de réadaptation offertes en groupe et en individuel.	853	Physiothérapie par Physiothérapeute	Sessions d'étirement général, exercices de mise en forme ciblant les douleurs lombaires; composantes éducationnelles; gestion de la douleur; relaxation. Note: variabilité car 6 études.	Exercices (étirements, stabilisation, mise en forme); composantes éducationnelles; thérapie manuelle; massage des tissus mous. Note: variabilité car 6 études.
Aprile, 2011 Italie	ECR Plan d'étude croisé	Prothèse du genou ou de la hanche	Comparer l'efficacité de la physiothérapie proposée en groupe vs en individuel après prothèse de hanche ou de genou.	27	Physiothérapie par Physiothérapeute	Physiothérapie individuelle suivi de Physiothérapie en groupe (ratio 1:4)	Physiothérapie en groupe suivi de Physiothérapie individuelle
Ko, 2013 Australie	ECR	Prothèse du genou ou de la hanche	Comparer la physiothérapie individuelle avec la physiothérapie en groupe ou programme d'exercices à domicile post-arthroplastie du genou.	249	Physiothérapie par Physiothérapeute	Physiothérapie en groupe (ratio 1:2 à 1:8)	Séances de physiothérapie individuelles
Coulter, 2009 Australie	Étude de cohorte	Prothèse du genou ou de la hanche	Comparer l'efficacité et l'efficacité (en termes de temps) de la physiothérapie faite en groupe vs individuelle après arthroplastie (hanche ou genou).	51	Physiothérapie par Physiothérapeute Assistant en physiothérapie Circuit d'entraînement	Circuit d'exercice en groupe	Visite d'un physiothérapeute à la maison

^a Devis : ECR (Essai contrôlé randomisé); ECNR (Essai contrôlé non randomisé)

^b n= nombre de participants à l'étude

Tableau 3 - Tableau synthèse des études retenues (Accident vasculaire cérébral)

1 ^{er} Auteur, Année, Pays	Devis d'étude ^a	Clientèles	Objectifs de l'étude	n ^b	Domaine d'intervention et intervenants	Intervention de groupe	Intervention individuelle
English, 2007, 2008 Australie	ECNR	Accident vasculaire cérébral	1) Comparer l'efficacité des deux modalités d'intervention, pour améliorer les aptitudes à la marche et l'équilibre fonctionnel 2) Déterminer si l'incidence de la douleur à l'épaule est plus grande à la suite d'interventions de groupe en circuit d'entraînement	68	Physiothérapie par Physiothérapeute Assistant physiothérapeute Circuit d'entraînement	Exercices réalisés en circuit (ratio 1:3 à 1:5)	Séances de physiothérapie individuelles
Van de port, 2012 Pays-Bas	ECR	Accident vasculaire cérébral	Évaluer les résultats d'un groupe en circuit d'entraînement comparativement à ceux de la physiothérapie conventionnelle sur les aptitudes à la marche (auto-évaluées) chez des patients post-AVC, à la suite de leur séjour à l'interne.	250	Physiothérapie par Physiothérapeute Thérapeute du sport (entraîneur sportif)	Exercices réalisés en circuit (ratio de 1:1 à 1:8)	Séances de physiothérapie individuelles
Thieme, 2013 Allemagne	ECR	Accident vasculaire cérébral	Déterminer 1) si la thérapie miroir (en groupe ou en individuel) est plus efficace pour améliorer les fonctions sensori-motrices du membre supérieur paralysé, la réalisation des activités de la vie quotidienne, la qualité de vie et la négligence visuospatiale chez une clientèle présentant une parésie sévère du membre supérieur post-AVC; 2) si les effets de l'approche de groupe diffèrent.	60	Physiothérapie "Thérapie miroir" par Physiothérapeute Étudiants en Physiothérapie	Séances de thérapie miroir en groupe (ratio 1:2 à 1:6)	Séances individuelles de thérapie miroir
Lynch, 2008 Australie	Devis observati-onnel	Accident vasculaire cérébral	Déterminer les niveaux de satisfaction de patients ayant subi un AVC en regard de la modalité d'intervention reçue.	49	Physiothérapie par Physiothérapeute Circuit d'entraînement	Exercices réalisés en circuit (ratio 1:3)	Séances de physiothérapie individuelles
Fama, 2016 États-Unis	ECNR	Accident vasculaire cérébral	Déterminer si les patients présentant une aphasie sévère post-AVC, initient davantage la communication au cours des sessions de thérapie de groupe au cours de la phase aiguë de réadaptation.	10	Orthophonie par Orthophoniste	Observation pendant 1 séance de groupe en orthophonie (ratio 1:2 à 1:6)	Observation pendant 1 séance individuelle d'orthophonie
Kim, 2016 Corée	ECR	Accident vasculaire cérébral	Déterminer comment le groupe d'entraînement visant la récupération motrice des membres inférieurs, l'équilibre et l'endurance à la marche chez une clientèle ayant subi un AVC peut être appliqué cliniquement durant la phase subaiguë de leur réadaptation (Phase II).	20	Physiothérapie par Physiothérapeute Circuit d'entraînement	Exercices réalisés en circuit. (ratio 1:2 et plus)	Séances individuelles de physiothérapie
Song, 2015 Corée	ECNR	Accident vasculaire cérébral	Déterminer les différences dans les aptitudes à la marche chez des patients hémiparétiques post-AVC.	30	Physiothérapie Circuit d'entraînement orienté sur la tâche	Exercices réalisés en circuit en plus de thérapie conventionnelle. (ratio 1:2 à 1:3)	Exercices réalisés en circuit sur une base individuelle en plus de thérapie conventionnelle
Renner, 2015 Pays-Bas	ECR	Accident vasculaire cérébral	Comparer l'efficacité d'une thérapie de groupe d'entraînement à la tâche avec une thérapie individuelle comparable quant à la mobilité (perçue) par des personnes ayant subi un AVC de degré modéré à sévère.	73	Physiothérapie Circuit	Exercices réalisés en circuit (ratio 1:2 à 1:8)	Séances individuelles d'exercices

^a Devis : ECR (Essai contrôlé randomisé); ECNR (Essai contrôlé non randomisé)

^b n= nombre de participants à l'étude

Tableau 4 - Tableau synthèse des études retenues (Parkinson et traumatisme craniocérébral)

1 ^{er} Auteur, Année Pays	Devis d'étude ^a	Clientèles	Objectifs de l'étude	n ^b	Domaine d'intervention et intervenants	Intervention de groupe	Intervention individuelle
King, 2015 États-Unis	ECR	Parkinson	Comparer l'efficacité d'exercices physiques administrés à des patients atteints de la maladie de Parkinson dans trois modalités : 1) à domicile 2) physiothérapie en individuel, 3) intervention en groupe. L'étude examine également l'impact des comorbidités courantes associées à cette maladie, sur l'efficacité de chaque modalité d'intervention.	58	Physiothérapie par Physiothérapeute Circuit d'entraînement	Séances de physiothérapie de groupe	Séances individuelles de physiothérapie
Bradbury, 2008 Canada, Toronto	ECNR	Traumatisme craniocérébral	Évaluer l'efficacité d'une version adaptée de l'approche cognitive comportementale auprès de patients avec traumatisme craniocérébral, à réduire leur détresse psychologique et améliorer leur adaptation. La démarche vise aussi à évaluer si cette version peut être offerte selon deux modalités: en groupe et par téléphone. Enfin, évaluer si cette approche surpasse l'approche éducative en groupe.	20	Thérapie cognitivo-comportementale par Psychologue Étudiant en psychologie	Séances de groupe de thérapie cognitivo-comportementale (ratio 2:5)	Séances individuelles d'éducation générale sur la condition, par téléphone

^a Devis : ECR (Essai contrôlé randomisé); ECNR (Essai contrôlé non randomisé)

^b n= nombre de participants à l'étude

Contextes

L'organisation des services et les milieux de soins diffèrent évidemment selon les pays concernés, cependant, à partir des informations disponibles, il a été possible d'établir que les interventions comparées se sont déroulées dans l'équivalent des phases suivantes du continuum de réadaptation québécois : phase 2 (pour 9 d'entre elles), phase 3 (pour 6 d'entre elles). Dans le même ordre d'idées, ces études portent sur des interventions qui ont été offertes soit en cliniques externes (pour 7 d'entre elles), soit auprès de patients recevant des services sur une base hospitalisée (pour 7 d'entre elles) et une étude ne donnant aucune indication à ce sujet.

Outils et mesures

Considérant la variété des clientèles, des aptitudes travaillées et les objectifs propres à chacune des études analysées, une grande variété d'outils et d'indicateurs ont été utilisés. Ainsi, plus de 60 outils de mesure (standardisés, validés ou non) distincts ont pu être recensés.

Le tableau complémentaire de description des études et la liste alphabétique des outils de mesures sont disponibles respectivement aux annexes I et J du présent rapport.

L'annexe K contient les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des études.

2.1.2 Description des résultats de la recherche de la littérature grise

Malgré une recherche étendue de la littérature grise telle que décrite dans la section 1.2.2 du présent rapport, aucun document n'a été retenu à l'issue du processus de sélection des études.

Les critères d'inclusion supposaient entre autres la présence d'une comparaison entre les modalités d'intervention, ce qui a amené à éliminer de l'analyse l'ensemble des documents repérés.

Deux éléments méritent d'être soulignés par rapport à ces résultats. Les guides de pratique clinique concernant les différentes clientèles, et ce indépendamment de leur qualité méthodologique, recommandent dans un certain nombre de cas l'utilisation de la modalité de groupe comme alternative valable ou comme approche complémentaire à la modalité individuelle, mais ne semblent pas se baser sur des études comparatives. Pour cette raison, ils n'ont pas été retenus pour la présente étude.

Il pourrait être intéressant cependant dans une perspective de mise en œuvre par clientèle ou pour certaines conditions d'identifier au sein de ces guides les interventions pour lesquelles la modalité de groupe est systématiquement proposée (par exemple, pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (Truchon, 2016)).

Dans le même ordre d'idées, une recension systématique de programmes visant à identifier les pratiques prometteuses de réadaptation en matière d'amélioration de la participation sociale des usagers dont certains comprenaient des interventions de groupe (Volpe, 2012) a pu être identifiée en Ontario.

2.2 Synthèse narrative thématique

Les résultats des études retenues sont présentés sous forme de synthèse narrative. Ils sont regroupés par clientèle représentée dans les études décrites.

2.2.1 Déficience auditive

Une seule étude (Collins et al., 2013) cherchant à déterminer si les interventions de groupe sont au moins aussi efficaces que les interventions individuelles dans la réadaptation de la déficience auditive a été retenue. Les services pour lesquels des interventions ont été offertes selon deux modalités différentes concernent une rencontre pour procéder à l'appareillage (c.-à-d., ajustement et programmation) et une rencontre de suivi post-appareillage. Cette étude a été réalisée auprès de 644 vétérans. Les interventions offertes en groupe étaient au moins aussi efficaces pour les mesures liées à l'audition, l'adhésion au traitement (c.-à-d., port de la prothèse auditive) ainsi que le nombre de visites de suivi. Collins et al. (2013) ne mesurent pas de différences entre les deux groupes, ni pour l'appareillage, ni pour le suivi. Toutefois, la population spécifique de cette étude (c.-à-d., vétérans) oblige à faire preuve de prudence au moment de généraliser les résultats à une autre population. Les auteurs ont également fait mention d'une réduction de coûts associée à la modalité d'intervention de groupe, rapportant que le coût total des visites individuelles était significativement plus élevé que celui des visites de groupe. Pour ce faire, les auteurs ont considéré le nombre de visites non planifiées en audiologie 6 mois post-intervention, le coût total des visites planifiées et non planifiées et d'autres frais indirects. Enfin, les participants ont eu tendance à préférer la modalité d'intervention qu'ils ont reçue.

2.2.2 Douleur lombaire chronique

Les résultats retenus pour évaluer l'efficacité des interventions de groupe comparativement aux interventions individuelles pour le traitement de la douleur chronique sont tirés d'une méta-analyse (Robertson & Harding, 2014). Cette méta-analyse concerne spécifiquement les douleurs lombaires chez des adultes.

La méta-analyse a été complétée à partir de 6 études s'appuyant toutes sur un devis d'essais contrôlés randomisés regroupant en tout 853 personnes. Pour certains groupes de participants, les interventions étaient offertes selon la modalité individuelle et pour d'autres, selon la modalité de groupe. Bien que l'ensemble des interventions offertes implique des interventions en physiothérapie, la moitié des études offrait en plus, un volet « éducatif » comme la gestion de la douleur ou des cours de relaxation. En fonction de la mesure de résultats réalisée dans les différentes études, une méta-analyse a été complétée pour 3 résultats mesurés: la qualité de vie (4 études), le niveau d'incapacité (5 études) et la douleur (3 études). Aucune différence significative n'a été observée entre la modalité individuelle et celle de groupe pour chacun de ces trois résultats mesurés. Par ailleurs, les résultats des études qui n'ont pas pu être combinés dans une méta-analyse ont été analysés qualitativement. En général, ces résultats supportent ceux de la méta-analyse qui démontrent très peu de différences sur les plans cliniques et statistiques pour la plupart des éléments mesurés entre les groupes soumis à la modalité individuelle et à la modalité de groupe.

2.2.3 Arthroplasties de la hanche et du genou

Les trois études retenues se sont toutes penchées sur le mode d'intervention de groupe lors de la réadaptation suite à une chirurgie de remplacement de la hanche et du genou. Deux des trois études

(Aprile et al., 2011; Coulter et al., 2009) ont porté sur les deux types de chirurgies et une étude (Ko et al., 2013) s'est penchée sur les prothèses totales de genou uniquement. Les études d'Aprile et al. (2011) et de Ko et al. (2013) sont des essais contrôlés randomisés, tandis que Coulter et al. (2009) ont réalisé une étude de cohorte. Ces trois études concernent seulement des interventions en physiothérapie et les aptitudes travaillées par ces interventions visaient la force musculaire des membres inférieurs, l'amplitude articulaire, l'entraînement à la marche et aux escaliers, l'entraînement aérobique, la proprioception et l'équilibre. Elles étaient toutes offertes à des usagers qui en étaient à ce qui correspond à la phase 2 du continuum de soins, mais sur une base ambulatoire pour deux des études (Ko et al., 2013, Coulter et al., 2009), et en milieu hospitalier pour l'une d'entre elle (Aprile et al., 2011). Ces trois études assurent de l'homogénéité des groupes.

L'objectif de l'étude de Ko et al. (2013) était de comparer l'efficacité des traitements offerts en individuel comparativement à des traitements offerts en groupe ou par le biais d'un programme d'exercices à domicile pour un total de 3 groupes (n=249). L'objectif de l'étude de Coulter et al., (2009) était de comparer l'efficacité et l'efficacité de la physiothérapie offerte en individuel à celles réalisées en groupe (n=51). L'objectif de l'étude d'Aprile et al. (2011) était de comparer à l'aide d'une étude croisée l'efficacité des interventions de groupe comparativement au mode individuel (n=27). Cette étude comparait un groupe d'individus ayant fait 15 jours de traitements en groupe suivi de 15 jours de traitements en individuel avec un autre groupe ayant fait 15 jours d'individuel suivi de 15 jours de traitements en groupe.

En ce qui a trait aux interventions, les exercices faits lors des séances individuelles de physiothérapie sont similaires à celles faites en groupe (ex : renforcement, marche, exercices fonctionnels) sauf pour l'étude de Ko et al. (2013) où la thérapie manuelle et des modalités supplémentaires (ex : cryothérapie, électrothérapie, *taping*, prescription d'orthèses) s'ajoutent aux exercices faits en groupe. De plus, dans deux des études (Ko et al., 2013; Coulter et al., 2009), les séances d'exercices en groupe ont été réalisées en circuit.

Les études d'Aprile et al. (2011) et de Coulter et al. (2009) ne rapportent pas de différence significative entre les modalités d'intervention. Aussi, les auteurs Ko et al. (2013) mentionnent que la thérapie individuelle n'apporte pas de résultats supérieurs à ceux des interventions faites en groupe ou par le biais d'un programme d'exercices à domicile ce qui suit la conclusion des deux autres études.

Par ailleurs, Ko et al. (2013) énoncent spécifiquement qu'il n'y a pas eu d'effet d'indésirable associé à leur étude. Les enjeux de sécurité n'ont pas été abordés par les deux autres études retenues. Aussi, bien que seule l'étude de Coulter et al. (2009) a évalué et présenté les coûts associés à leurs modalités d'intervention, tous les auteurs affirment que les traitements offerts en groupe ont apporté des résultats similaires à moindres coûts. Enfin, Ko et al. (2013) ont réalisé un sondage et il en ressort que les usagers ont majoritairement préféré la modalité d'intervention reçue. Toutefois, le taux de réponse de ce sondage était peu élevé (n=98/249). Dans le même ordre d'idées, l'étude de Coulter et al. (2009) a obtenu des réponses très positives en interrogeant la satisfaction des participants, autant pour la modalité individuelle que pour la modalité de groupe, avec un taux de réponse de 80%.

2.2.4 Neurologie

Pour la clientèle en neurologie, 11 articles ont été retenus, dont 9 qui abordaient principalement l'efficacité des interventions. L'article de Lynch et al. (2008) était consacré à la satisfaction des clients. La clientèle post-accident vasculaire cérébral (AVC) est la plus représentée avec 9 articles (English et al., 2008; English et al., 2007; Fama et al., 2016; Kim et al., 2016; Lynch et al., 2008; Renner et al., 2016; Song et al., 2015; Thieme et al., 2013; van de Port et al., 2012) dont 7 portent sur l'approche de l'entraînement en circuit (*circuit class training*) et le développement des habiletés motrices en physiothérapie. Les 2 autres articles (Fama et al., 2016; Thieme et al., 2013) couvrent respectivement la sphère de la communication chez des personnes présentant une aphasie et le développement des habiletés sensorimotrices du membre supérieur hémiparétique par la thérapie miroir.

2.2.4.1 Accident vasculaire cérébral

Cinq études avaient pour objectif de comparer l'efficacité des classes d'entraînement en circuit aux interventions individuelles en physiothérapie, chez une clientèle adulte présentant un AVC avec des niveaux d'incapacités variés et à différents stades de leur réadaptation (English et al., 2007; Kim et al., 2016; Renner et al., 2016; Song et al., 2015; van de Port et al., 2012). Alors que trois d'entre elles (Renner et al., 2015, English et al., 2007, Kim et al., 2016), présentent une clientèle en phase de réadaptation intensive avec des atteintes allant de légères à sévères (respectivement, n=73, n=68 et n=20), van de Port et al. (2012) ciblent plutôt une population avec des atteintes légères à modérées suivie en externe (phase 3, n=250). Song et al. (2015) présentent une clientèle en phase chronique sans préciser la sévérité de leur condition (n=73).

Ces études abordaient principalement l'impact des interventions sur les aptitudes liées à la mobilité et à la marche mesurées par divers outils (ex : mobilité perçue par les participants). D'autres résultats secondaires sont également rapportés par ces études tels que les fonctions des membres supérieurs, la durée de séjour, la satisfaction des usagers (English et al., 2007), l'autonomie dans les activités de la vie domestique, la fatigue ou l'anxiété (van de Port et al., 2012). Les résultats des cinq études soutiennent que, dans l'ensemble, il n'y a pas de différences cliniques statistiquement significatives entre la thérapie individuelle et l'entraînement en circuit pour la récupération des aptitudes liées à la mobilité et à la marche. Le même constat est également noté pour l'ensemble des résultats secondaires.

Parmi les articles retenus, les études présentent une certaine variabilité entre les interventions de groupe et individuelles en termes de contenu et de durée, à l'exception de celles de Renner et al. (2015) et de Song et al. (2015) qui présentent des interventions comparables. En ce qui a trait à la durée de séjour, une étude (English et al., 2007) rapporte une tendance (différence non statistiquement significative) vers une plus courte durée avec l'approche de groupe recourant aux entraînements en circuit comparativement à l'approche individuelle.

En ce qui concerne la sécurité des participants, les auteurs mentionnent l'absence d'incidents majeurs. Le nombre de chutes dans les groupes témoin versus contrôle est rapporté dans deux des études (English et al., 2007; van de Port et al., 2012) et s'avère comparable (van de Port et al. rapportent 29 versus 26 chutes, et English et al. rapportent 2 versus 4 chutes). van de Port et al. (2012) rapportent toutefois deux événements durant les entraînements en circuit qualifiés de sérieux soit une chute et une arythmie qui ont nécessité une hospitalisation et un arrêt temporaire des entraînements. Aussi, Renner et al. (2015) et van de Port et al. (2012) ont mentionné le potentiel de sauver des coûts avec l'intervention de groupe de type entraînements en circuit, mais n'en ont pas fait d'analyse spécifique. Enfin, à l'exception d'un item du questionnaire, English et al. (2007) n'ont pas identifié de différence significative entre les deux groupes dans les réponses au questionnaire mesurant la satisfaction des participants, questionnaire administré au congé et au suivi post-congé. De plus, les participants ayant

bénéficié d'entraînements en circuit ont répondu au suivi post-congé être en accord ou fortement en accord avec le fait d'avoir reçu suffisamment de traitement en physiothérapie (n=21; 95,5%), tandis que 55% des participants suivis en individuel étaient favorables avec cette affirmation.

Par ailleurs, l'article d'English et al. (2008) s'intéressait aux effets adverses des interventions de groupe (entraînements en circuit) sur l'incidence et la sévérité de la douleur à l'épaule. La collecte de données a été menée auprès de participants d'une autre étude des auteurs. Les résultats suggèrent que les participants aux classes d'entraînement en groupe n'ont pas plus de chances de développer de la douleur à l'épaule sur un suivi de 4 semaines. En effet, le degré de contrôle à l'épaule s'est avéré être un facteur significatif contribuant davantage aux chances d'avoir de la douleur que la modalité de l'intervention. Les auteurs suggèrent que les douleurs à l'épaule ne devraient pas constituer un obstacle à la participation aux entraînements en circuit.

L'étude observationnelle de Lynch et al. (2008) a pour sa part évalué et comparé le niveau de satisfaction des patients à l'égard des interventions de groupe (entraînements en circuit) et des interventions individuelles durant la réadaptation post-AVC. Les participants présentaient des atteintes modérées à la mobilité et avaient reçu les deux modalités d'intervention durant leur réadaptation intensive à l'interne, suite à un AVC. La cueillette des données provenait de l'administration d'un questionnaire réalisé une semaine avant le congé des participants. Les résultats de cette étude démontrent qu'il n'y a pas de préférence marquée pour l'une des formes d'intervention, mais que chacune présente des avantages distincts. Comparativement aux entraînements en circuit, les interventions individuelles sont perçues comme étant davantage adaptées à leurs objectifs, tandis que l'entraînement en circuit offre davantage de support des pairs. Les deux modalités d'intervention sont perçues comme étant bénéfiques pour ce qu'elles offraient en termes de défi, d'intérêt, de niveau d'encadrement et d'aide du personnel.

De plus, l'une des études (Thieme et al., 2013) a évalué les effets d'une thérapie miroir offerte en individuel ou en groupe sur les fonctions sensori-motrices, les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique, la qualité de vie et la négligence visuospatiale chez des patients présentant une parésie sévère du membre supérieur post-AVC (n=60). Les résultats démontrent des gains comparables pour l'ensemble des aptitudes observées, mais suggèrent des limitations possibles quant à l'intervention de groupe pour les patients présentant une hémignégligence visuelle et des déficits attentionnels. Les participants ont été suivis en réadaptation intensive au sein de centres de réadaptation (phase 2, < 3 mois post-AVC) par un physiothérapeute ou un étudiant en physiothérapie. Sur un suivi de cinq semaines, des améliorations comparables sont rapportées pour l'ensemble des résultats observés à l'exception de la négligence visuospatiale et de la résistance aux mouvements passifs aux fléchisseurs de la main. Les participants présentant une hémignégligence et ayant participé à la thérapie miroir individuelle ont amélioré davantage leur performance lors d'un test papier-crayon comparativement à ceux qui ont reçu des interventions de groupe. Bien que statistiquement non significatif, sur le plan moteur, une augmentation de la résistance aux mouvements passifs des fléchisseurs de la main est davantage notée chez les participants suivis en individuel. Néanmoins, l'interprétation des résultats ainsi que leur généralisation demeurent limitées en raison de la taille de l'échantillon restreinte. Par ailleurs, l'absence de résultats à moyen et à long terme constitue également une limitation de l'étude.

L'étude de Fama et al. (2016) avait pour objectif de déterminer si les patients présentant une aphasie sévère durant la phase aiguë de réadaptation (phase 1), amorçaient davantage la communication lors des interventions de groupe comparativement aux interventions individuelles. L'étude ne visait pas une comparaison de l'efficacité des deux modalités d'intervention, mais elle présentait plutôt les différences de comportement sur le plan de la communication pour chacune des modalités

d'intervention. Les résultats démontrent que dans le contexte de groupe, les participants amorçaient significativement plus fréquemment la communication et avaient recours à une plus grande diversité de mode d'expression comparativement à la modalité individuelle. Dans cette étude, 10 participants ont été observés durant 10 sessions où ils ont reçu durant la même journée des interventions en individuel et en groupe. Une grille d'observation a été utilisée pour recueillir et analyser la fréquence de divers comportements. Bien que les deux modalités d'intervention ne puissent être comparées en termes de contenu, diverses aptitudes liées à la communication (p.ex., compréhension auditive, expression verbale) étaient travaillées lors des deux séances d'interventions. Ainsi, les auteurs de l'étude considèrent que l'intervention de groupe constitue un judicieux complément aux interventions individuelles en orthophonie pour la population étudiée.

2.2.4.2 Traumatisme craniocérébral (TCC)

Bradbury et al. (2008) ont évalué l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour réduire la détresse émotionnelle et améliorer les stratégies adaptatives chez un groupe de participants (n=20) présentant un TCC modéré à sévère ainsi qu'une détresse émotionnelle importante. Bien que l'objectif de cette étude était centré sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale, les interventions reçues par les groupes témoins et les groupes contrôles ont été délivrées soit en groupe ou en individuel via discussion téléphonique. Les résultats ont démontré une efficacité comparable de la thérapie cognitivo-comportementale qu'elle soit délivrée en groupe ou en individuel.

Dans cette étude, les participants ont été suivis durant la phase chronique de leur condition (phase 3, soit 7 à 10 ans post-TCC). Les professionnels impliqués dans l'offre de services incluaient un psychologue, un étudiant en psychologie ainsi qu'un éducateur. Comparativement aux groupes contrôle, les participants ayant reçu des interventions de thérapie cognitivo-comportementale ont démontré une réduction significative de la détresse émotionnelle avec un maintien des gains 1 mois post-intervention. Quant aux résultats secondaires (c.-à-d., stratégies d'adaptation, intégration dans la communauté), les auteurs rapportent des gains en faveur de la thérapie cognitivo-comportementale (similaire entre individuel et groupe) quant au recours à de saines stratégies d'adaptation. Les résultats concernant l'intégration dans la communauté sont non concluants étant donné que l'ensemble des participants, indépendamment de l'intervention reçue, a rapporté des changements similaires pour cette mesure. Toutefois, il est important de noter que cette étude s'adressait seulement aux participants ayant une détresse émotionnelle importante et que la taille de l'échantillon est restreinte ce qui restreint la généralisation possible des résultats.

2.2.4.3 Parkinson

King et al. (2015) ont comparé l'efficacité des exercices administrés à l'aide de trois modalités d'intervention soit à domicile, en individuel ou en groupe auprès de personnes atteintes de Parkinson. Pour chacune des modalités, l'étude examinait également les impacts des comorbidités courantes associées au Parkinson sur l'efficacité des interventions. Les résultats suggèrent que les interventions de groupe et individuelles apportent des bénéfices spécifiques à chaque modalité. Dans cette étude, les interventions individuelles soutiennent davantage l'amélioration des habiletés fonctionnelles et l'équilibre, alors que les interventions de groupe semblent plus efficaces pour l'amélioration des aptitudes liées à la marche. Quant aux impacts des comorbidités associées au Parkinson, les auteurs rapportent qu'elles ont peu d'impact sur l'efficacité des interventions délivrées en individuel ou en groupe.

Dans cette étude, 58 participants ayant un diagnostic de Parkinson et au moins une comorbidité ont été suivis pendant 4 semaines à raison de 3x/semaine en clinique externe (phase 3). Les participants

ont reçu des interventions en physiothérapie axées sur le développement du contrôle postural, la coordination, l'équilibre et la marche. En ce qui a trait aux résultats principaux, seuls les participants ayant reçu des interventions en individuel ont démontré des améliorations au Physical Performance Test, un outil qui simule sept tâches courantes (Reuben & Siu, 1990). Aussi, ces participants ont démontré une plus grande amélioration pour certains des résultats secondaires tels que les activités de la vie domestique, l'apathie, l'efficacité personnelle, la dépression et l'équilibre. Ceux ayant reçu des interventions de groupe ont davantage amélioré leurs aptitudes liées à la marche telles que la vitesse du pas, le blocage (*freezing of gait*), la variabilité de la marche et la marche durant deux tâches. Ainsi, les auteurs suggèrent une approche qui combine les deux modalités d'intervention.

2.3 Résultats descriptifs de la collecte de données auprès des parties prenantes

2.3.1 Questionnaire

Un lien vers un questionnaire en ligne a été envoyé à 470 cliniciens, coordonnateurs cliniques et gestionnaires de cinq centres de réadaptation en déficience physique qu'elle soit motrice, visuelle, du langage ou auditive de la région de Montréal. Treize gestionnaires, huit coordonnateurs cliniques et 142 cliniciens ont répondu au questionnaire pour un total de 162 répondants. Le taux de réponse est de 34 %. Les gestionnaires sont les chefs de programme des programmes clientèles adultes des cinq centres impliqués. Les coordonnateurs cliniques ou spécialistes de l'activité clinique sont des intervenants clés au sein des programmes cliniques, car ils participent à l'analyse des besoins des usagers. Cinq coordonnateurs cliniques sur huit ont répondu être directement impliqués dans les services offerts aux usagers. Les cliniciens proviennent de diverses disciplines (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, audiologie, éducation spécialisée, psychologie, etc.) et œuvrent directement avec les différentes clientèles en déficience physique. Les tableaux 5, 6 et 7 donnent plus d'information sur la formation des répondants ainsi que leur provenance (site) et la clientèle auprès de laquelle ils offrent des services.

Cent quatre répondants ont affirmé avoir réalisé des groupes au cours des 5 dernières années (sur ce nombre, 99 sont des cliniciens); 58 affirment ne pas en avoir réalisé.

Tableau 5 - Nombre de répondants par formation clinique de base

Formation clinique	n	%
Ergothérapie	29	19
Physiothérapie	23	15
Orthophonie	16	11
Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle	13	9
Service social	13	9
Psychologie	11	7
Éducation spécialisée	9	6
Audiologie	8	5
Psychoéducation	5	3
Technique de réadaptation physique	5	3
Neuropsychologie	4	3
Nutrition	3	2
Kinésiologie	3	2
Orientation	3	2
Soins infirmiers	2	1
Sociologie	1	1
Inhalothérapie	1	1

Tableau 6 - Nombre de répondants par site (par appellations existantes avant la Loi 10)

Sites participants	Nombre de répondants
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	40
Hôpital juif de réadaptation	19
Institut Raymond-Dewar	32
Institut Nazareth et Louis-Braille	30
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	44

Note: certains répondants travaillent sur 2 sites.

Tableau 7 - Nombre de répondants par clientèle

Clientèle	Nombre de répondants
Déficiência visuelle	30
Déficiência auditive	33
Trouble du langage	7
Déficiência motrice : Traumatisme craniocérébral (TCC)	17
Déficiência motrice : Accident vasculaire cérébral (AVC)	38
Déficiência motrice : Autres lésions cérébrales (ex. tumeur, encéphalopathie...)	23
Déficiência motrice : Maladie neuromusculaire évolutive	22
Déficiência motrice : Lésions médullaires	21
Déficiência motrice : Neuropathies	13
Déficiência motrice : Amputations	24
Déficiência motrice : Lésions musculosquelettiques complexes, incluant blessures orthopédiques graves	23
Déficiência motrice : Brûlures graves	2
Déficiência motrice : Affection rhumatologique	4
Déficiência motrice : Douleur chronique	8
Déficiência motrice : Orthopédie - Clientèle santé physique	27

Note : Il pouvait y avoir plus d'une réponse.

Tableau 8 - Nombre de répondants par phase du continuum de soins

Phase du continuum	Nombre de répondants
Phase 2	52
Phase 3	95
Phase 2 et 3	15

Des informations supplémentaires décrivant l'expérience professionnelle des répondants sont présentées à l'annexe L.

En plus du portrait descriptif, les répondants avaient à exprimer leur accord avec certaines affirmations proposées. Les réponses aux affirmations sont intégrées aux différents thèmes de recherche dont les résultats seront présentés par sous-question. De plus, le questionnaire demandait aux répondants d'identifier quels éléments, parmi une liste proposée, influençaient positivement ou négativement la mise en œuvre d'interventions de groupe. Ils identifiaient par la suite ceux qu'ils considéraient comme facilitateurs et ceux qu'ils considéraient comme obstacles. Ces éléments sont présentés dans la section 3.1 sous la question des facilitateurs et obstacles.

Certaines questions comportaient une case permettant de répondre librement par des commentaires. Ceux-ci ont été intégrés à l'analyse qualitative des groupes de discussion selon les mêmes thèmes.

2.3.2 Groupes de discussion

Vingt personnes ont participé aux trois groupes de discussion. Les caractéristiques des participants, soit l'âge, le sexe, la provenance (site, programme), la clientèle (cliniciens) et le nombre d'années dans la profession sont présentées à l'annexe M.

Lors des groupes de discussion, les participants étaient d'abord invités à nommer les types de groupes qui sont offerts dans leur milieu. Ceci a permis de faire ressortir tout un éventail d'activités de groupe ayant lieu ou ayant eu lieu dans les cinq sites représentés. Deux raisons principales motivent le recours aux interventions de groupe: le désir de l'offrir comme mesure d'appoint en attendant l'intervention individuelle habituelle en situation de liste d'attente et le souci d'offrir un complément d'intervention aux sessions individuelles. Les interventions de groupe consistent soit en une activité thérapeutique (ex.: gestion du stress, exercices cardiovasculaires, motricité des membres supérieurs), soit en une activité de type informatif. Cette dernière est conçue afin de fournir de l'information sur une condition donnée, d'offrir de l'enseignement sur de nouvelles procédures ou sur des stratégies d'adaptation ou de prévention.

La plupart des éléments influençant la tenue des interventions de groupe proposés dans le questionnaire ont été repris lors des différentes rencontres. Certains éléments ont fait objet de plus d'insistance de la part des répondants. De nouveaux éléments ont aussi émergé des discussions. Les principales sous-questions de recherche ont aussi été brièvement abordées en insistant principalement sur celle des facilitateurs et des obstacles. Le temps consacré à cette dernière équivalait au temps total consacré aux cinq autres thèmes. Les résultats ont été analysés par sous-question et sont présentés dans la section suivante.

2.3.3 Entrevues individuelles

Quatre entrevues ont été réalisées avec des usagers des sites participants. Ces usagers sont issus de différentes clientèles en déficience physique, plus précisément celles de la déficience motrice et sensorielle. L'âge, le sexe, le type de déficience, la provenance (site, programme), le statut d'utilisateur (recevant encore des services ou ayant reçu son congé) et la phase du continuum de soins correspondant aux interventions de groupe reçues sont présentés à l'annexe N.

Un des usagers participait à des interventions de groupe en attendant d'être vu en mode individuel alors que les autres recevaient ou avaient reçu des interventions de groupe en complément d'un suivi individuel. Les interventions de groupe auxquelles ces quatre usagers ont participé étaient toutes de nature thérapeutique. Deux participants ne recevaient plus de services en groupe et deux en recevaient toujours au moment de l'entrevue.

Les propos recueillis ont été analysés selon les mêmes thèmes que ceux tirés des groupes de discussion. Ils ont été intégrés aux résultats par sous-question de recherche.

3 RÉSULTATS PAR QUESTION CLÉ DE RECHERCHE ET AUTRES RÉSULTATS D'INTÉRÊT

3.1 Résultats par question clé de recherche

3.1.1 Y a-t-il des risques à l'intégrité physique et psychologique des personnes (usagers, intervenants) à réaliser des interventions de groupe ?

La plupart des études retenues n'ont pas rapporté d'événements spécifiques représentant une menace à la sécurité des participants ou des animateurs des interventions de groupe dans un contexte de réadaptation physique.

Dans une étude (van de Port et al., 2012), les auteurs mentionnent que le nombre de chutes observées chez des usagers qui participent à des interventions de groupe est du même ordre de grandeur que celui observé au cours d'interventions individuelles. Dans un autre cas (Renner et al., 2015), on ne déplore aucun « incident fâcheux » au cours d'interventions de groupe. Selon la définition des auteurs, un incident est jugé fâcheux s'il entraîne le retrait de la personne des activités de groupe. On ne peut donc pas écarter la possibilité que des incidents soient survenus, mais le cas échéant, aucun n'a entraîné la conséquence fâcheuse décrite.

Ce constat de non-menace à la sécurité vaut, quelle que soit la nature des activités offertes. Ainsi, les activités de groupe proposant de compléter un circuit d'exercices impliquant des déplacements physiques d'un point à l'autre ne semblent pas représenter une menace supplémentaire à la sécurité des personnes comparativement aux activités physiques pour lesquelles moins de déplacements sont nécessaires.

Les études retenues n'évaluaient pas la menace au bien-être psychologique des usagers ou des intervenants présents lors d'interventions de groupe.

Enfin, les études ne rapportent pas de préoccupation spécifique sur le plan de la sécurité liée aux différentes clientèles impliquées, qu'il s'agisse d'usagers ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), ayant reçu une prothèse de remplacement du genou ou de la hanche ou encore de personnes présentant une déficience auditive.

Il est à noter que dans l'ensemble des études retenues, les ratios d'encadrement étaient ajustés en fonction du nombre des participants au groupe, ce dernier pouvant varier d'une session à l'autre au cours d'une même étude.

Un résultat semblable semble émerger de l'analyse des réponses au questionnaire rempli par les intervenants et les gestionnaires. La grande majorité d'entre eux (92%) perçoivent que les interventions de groupe sont sécuritaires.

Lors des discussions de groupe, les participants ont démontré leur préoccupation face à cette dimension. Ils ont soulevé des éléments à prendre en compte lors de la mise en œuvre des interventions de groupe afin d'assurer la sécurité des participants. Ainsi, le respect d'un ratio intervenant-usagers « suffisant » a été mentionné, de même que la nécessité d'offrir un accès à des locaux sûrs. Le souci de prévoir un transfert d'information adéquat au sujet des usagers qui participent aux activités de groupe ainsi que la question entourant la prévention des infections a émané des discussions.

Quant aux usagers rencontrés en entrevue, les quatre ont l'impression que la sécurité des interventions de groupe ne représente pas un enjeu.

Fait saillant

Au vu des résultats des études et de la consultation des parties prenantes, il ne semble pas y avoir de différence sur le plan de la sécurité entre les interventions individuelles et les interventions de groupe.

3.1.2 L'intervention de groupe est-elle au moins aussi efficace que l'intervention individuelle à l'atteinte d'objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé ?

Les mesures utilisées dans la littérature scientifique afin de comparer l'efficacité des interventions sont extrêmement diversifiées tant du point de vue des outils que des aptitudes évaluées, tel que constaté à la lecture de la synthèse narrative. Une étude (Aprile et al., 2011) n'a pas été intégrée ici, son devis (plan d'étude croisé) ayant été considéré comme inapproprié pour nous renseigner, en termes d'efficacité comparée. Cette étude démontre qu'il n'y a pas d'effet d'ordre entre les deux modalités.

La majorité des articles analysés soutiennent qu'il n'y a pas de différence significative entre le mode d'intervention de groupe et le mode individuel.

Une seule étude (Fama et al., 2016) rapporte une supériorité d'efficacité du mode d'intervention de groupe. Cette étude s'est intéressée aux comportements en lien avec la communication chez une clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral et présentant une aphasie sévère.

Enfin, une autre étude (King et al., 2015) a démontré que l'efficacité de chacun des deux modes d'intervention peut varier en fonction de l'aptitude travaillée. Ainsi, la possibilité de choisir entre l'une ou l'autre modalité peut contribuer à l'atteinte de meilleurs résultats en fonction des objectifs visés.

Par ailleurs, la consultation des parties prenantes révèle que soixante pour cent des répondants au questionnaire ont la perception que l'intervention de groupe est efficace⁸. Les propos recueillis lors des groupes de discussion vont dans le même sens; selon les participants, les interventions de groupe sont efficaces si elles visent les bons objectifs.

Faits saillants

La littérature scientifique consultée ne rapporte pas de différences significatives en termes d'efficacité entre les interventions de groupe et les interventions individuelles.

Les personnes consultées perçoivent que les interventions de groupe sont efficaces à condition de viser les bons objectifs.

⁸ Les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles.

60 % sont complètement d'accord ou d'accord.

40 % sont en désaccord ou complètement en désaccord.

3.1.3 Quels sont les impacts de l'intervention de groupe sur la qualité des soins et services : accès, satisfaction, durée de l'épisode de soins et services?

La qualité est un concept dont la définition varie d'une étude à l'autre. À des fins d'extraction, les trois indicateurs suivants ont été retenus par le comité opérationnel: **accès, satisfaction et durée de l'épisode de soins**. D'autres indicateurs auraient pu être choisis.

Aucune des études retenues ne permet de documenter les impacts des interventions de groupe sur l'accès aux soins ou aux services pour les usagers.

Pour ce qui est de la satisfaction des usagers, cinq études (English et al., 2007, Coulter et al., 2009, Lynch et al., 2008, Collins et al., 2013, Ko et al., 2013) ne rapportent aucune différence en fonction de la modalité d'intervention reçue (individuelle ou de groupe).

Lynch et al. (2008) proposent que les deux modalités comportent des avantages particuliers: l'approche individuelle serait davantage orientée vers l'atteinte des objectifs de réadaptation de l'utilisateur alors que celle de groupe miserait surtout sur le soutien psychologique des pairs. Les deux modalités sont jugées intéressantes et valables. Elles sont considérées comme complémentaires.

Pour ce qui est de la durée de l'épisode de soins ou de services, une étude (English et al., 2007) rapporte une tendance vers une plus courte durée avec l'approche de groupe recourant aux circuits d'exercices comparativement à l'approche individuelle. Toutefois, la différence observée n'est pas significative.

Un peu plus du trois quarts des répondants au questionnaire ont la perception que les interventions de groupe ne diminuent pas la qualité des soins⁹.

Par ailleurs, au terme des discussions, les participants ont convenu que si des interventions de groupe sont offertes comme mesure d'appoint afin d'améliorer les délais d'accès alors que les usagers sont en attente de services, la possibilité de leur offrir des interventions individuelles, une fois l'attente terminée, doit être maintenue et envisagée. On reconnaît que l'approche de groupe procure aux usagers des bénéfices spécifiques. Selon ces participants, une bonne façon de soutenir la qualité des services réside dans l'offre des deux modalités d'intervention.

Faits saillants

La littérature scientifique ne permet pas de documenter les impacts des interventions de groupe sur l'accès aux soins ou aux services pour les usagers, la durée de l'épisode de soins.

La satisfaction des usagers ne semble pas différer en fonction de la modalité d'intervention.

Les personnes consultées sont d'avis qu'une offre d'intervention de groupe en période d'attente de service contribue à l'amélioration de l'accès au service.

⁹ En tant que professionnel, j'estime que les interventions de groupe diminuent la qualité des soins.

- 23 % sont complètement d'accord ou d'accord.
- 77 % sont en désaccord ou complètement en désaccord.

3.1.4 Quels sont les facilitateurs et obstacles à considérer :

Au plan organisationnel?

Au plan professionnel?

Au plan individuel (usager)?

Les informations utilisées pour traiter cette question sont tirées de la collecte de données provenant du questionnaire et des groupes de discussion.

La moitié des intervenants présents lors des discussions de groupe était composée de volontaires ayant manifesté leur intérêt au moment de remplir le questionnaire. L'autre moitié a été référée par un supérieur immédiat afin de compléter les groupes.

Tous ont participé de façon constructive aux discussions. On ne rapporte aucune opposition fondamentale aux interventions de groupe et les enjeux nommés l'ont été autant par les intervenants que par les gestionnaires.

Au moment de remplir le questionnaire, les répondants étaient invités à indiquer quels éléments, parmi la liste des dix sept éléments suivants, influençaient la mise en œuvre d'interventions de groupe, qu'ils soient des facilitateurs ou des obstacles.

- Accès à des locaux et matériel
- Disponibilité du personnel de soutien
- Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire)
- Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe
- Homogénéité des objectifs de réadaptation
- Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers
- Gestion des statistiques (HPS)
- Gestion des dossiers (notes au dossier)
- Soutien des supérieurs immédiats
- Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants
- Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation
- Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique
- Assiduité des usagers (présents à l'ensemble des rencontres)
- Compétence des professionnels en animation de groupe
- Observation de la progression de chacun des usagers
- Potentiel d'influence entre les participants
- Cibles d'intensité de traitement à atteindre

Par ailleurs, au cours des discussions de groupe, quatre éléments supplémentaires constituant des obstacles ont été soulevés pour un total de vingt-et-un éléments. Les deux premiers l'ont été avec davantage d'insistance :

- Le temps requis pour la planification;
- La masse critique des usagers pouvant participer au groupe;
- Les déplacements des usagers;
- La prévention des infections.

Si on réorganise ces éléments selon des plans organisationnel, professionnel et individuel (usagers), on constate que parmi les 5 facilitateurs les plus souvent mentionnés dans le questionnaire:

- 3 relèvent du plan organisationnel: la disponibilité de ressources matérielles et humaines, l'homogénéité des objectifs de réadaptation des usagers;
- 1 relève du plan professionnel: la compétence des intervenants en animation de groupe et;
- 1 appartient au plan individuel: l'intérêt des usagers pour l'intervention de groupe.

Pour ce qui est des 5 principaux obstacles perçus tirés du questionnaire :

- 4 relèvent du plan organisationnel (gestion de l'horaire, disponibilité de ressources matérielles, le peu d'homogénéité d'usagers présentant un niveau fonctionnel comparable);
- 1 appartient au plan individuel (assiduité des usagers).

Les quatre obstacles, qui ont émergé des groupes de discussion relèvent tous du plan organisationnel (temps requis pour la planification, la masse critique des usagers pouvant participer au groupe, les déplacements des usagers et la prévention des infections).

En plus des questions sur les facilitateurs et obstacles, le questionnaire contenait des affirmations permettant aux répondants d'exprimer leur niveau d'accord. L'analyse de ces réponses révèle qu'une forte majorité d'entre eux (92%) se sentent aptes à mener des interventions de groupe¹⁰. Par ailleurs, les deux tiers (67%) perçoivent que les interventions de groupe sont difficiles à organiser¹¹. Enfin, une majorité de répondants (89%) croient que les usagers apprécient les interventions de groupe¹².

Sur ce dernier point, on note une convergence entre la perception des répondants au questionnaire et les propos recueillis lors des entrevues avec des usagers pour ce qui est de l'intérêt de ces derniers pour les interventions de groupe.

Faits saillants

Les professionnels ainsi que les gestionnaires interrogés et rencontrés se sont montrés ouverts aux interventions de groupe.

Les intervenants ont manifesté leur intérêt et ont confiance en leur capacité d'animer des groupes.

La majorité des obstacles et facilitateurs relèvent du plan organisationnel.

Des enjeux spécifiques à l'organisation des groupes ont émergé des discussions de groupe (temps de conception et de préparation, la masse critique des usagers).

¹⁰ En tant que professionnel, je me sens apte à mener des interventions de groupe.

- 92 % sont complètement d'accord ou d'accord.
- 8 % sont en désaccord ou complètement en désaccord.

¹¹ Les interventions de groupe sont difficiles à organiser

- 67 % sont complètement d'accord ou d'accord
- 33 % sont en désaccord ou complètement en désaccord

¹² Les usagers n'aiment pas les interventions de groupe

- 11 % sont complètement d'accord ou d'accord
- 89 % sont en désaccord ou complètement en désaccord

3.1.5 Quels sont les impacts budgétaires de transformer les interventions individuelles en interventions de groupe?

Parmi les études retenues, aucune ne poursuit l'objectif principal d'établir les coûts reliés à l'adoption de la modalité de groupe.

Certaines études tirent des conclusions sur cette question sans avoir procédé à des évaluations de coûts. Ainsi, après avoir constaté une efficacité comparable entre les différentes modalités d'intervention, trois études (Aprile et al., 2014, Ko et al., 2013, Renner et al., 2015) suggèrent que la réadaptation offerte en groupe est moins coûteuse et qu'elle permettrait une meilleure allocation des ressources que celle offerte en mode individuel.

Par ailleurs, certains auteurs ont comparé les coûts des différentes approches d'intervention qu'ils ont scrutées. Pour ce faire, ils ont eu recours à des indicateurs variés qui ne prennent généralement pas compte de l'ensemble des coûts reliés à la prestation de services de réadaptation pour toutes les parties impliquées. Cette variété d'indicateurs rend difficile la comparaison des résultats provenant de ces différentes sources.

Par exemple, dans l'étude de Collins et al. (2013), les auteurs retiennent le nombre de visites en audiologie non planifiées pour chacun des participants au cours des 6 mois post-intervention ainsi que le coût total des visites planifiées et non planifiées pour chacun d'entre eux. Ils ont aussi pris en compte le montant des allocations données aux participants et les autres frais indirects. Ils arrivent à la conclusion que le coût total des visites (planifiées et non planifiées) a été plus élevé pour les participants qui ont été vus en individuel comparativement au coût des visites de ceux qui ont été vus en groupe.

De leur côté, Coulter et al. (2009) ont recours au temps du professionnel, celui passé en présence de l'utilisateur (temps direct) et le temps passé sans la présence de l'utilisateur (temps indirect), comme indicateur de coût des différentes approches. Ici aussi, on rapporte un coût plus élevé pour l'approche individuelle.

Un raisonnement semblable est proposé par van de Port et al. (2012). Se basant sur la possibilité d'augmenter le ratio jusqu'à 1 professionnel pour 3 usagers en toute sécurité, les auteurs affirment que l'entraînement en circuit en groupe est plus économique que l'approche individuelle.

La question des coûts a été abordée lors des groupes de discussion. Les propos recueillis autour de cette question ont permis de constater que les participants sont partagés quant à la conviction que les interventions de groupe représentent une réelle économie de coût par rapport aux interventions individuelles.

Même s'il est intuitif de concevoir que les interventions de groupe devraient représenter une économie, il semble que l'absence d'une démonstration claire de ce potentiel de diminution des coûts contribue à maintenir le flou sur cette question chez les parties prenantes.

Fait saillant

Le potentiel de diminution des coûts des interventions de groupe n'a pas été clairement démontré.

3.1.6 Y a-t-il des enjeux éthiques et légaux rattachés à l'intervention de groupe?

L'éthique appliquée en réadaptation peut être définie comme un « processus de réflexion critique, sur l'ensemble du domaine moral, ayant pour but d'orienter l'action en permettant de résoudre les conflits de valeurs et/ou de normes qui surgissent lors de situations concrètes. »¹³

À la base, la question décisionnelle, à savoir si l'intervention de groupe est une option gagnante, sous-tend une réflexion sur diverses valeurs et normes qui préoccupent l'ensemble des parties prenantes (usagers, professionnels, organisations, société). Ainsi, le souci d'offrir un service de qualité aux usagers, d'assurer l'accessibilité à des soins de santé au plus grand nombre de personnes, de réduire les temps d'attente et leurs conséquences et la distribution des ressources disponibles dans un contexte de précarité sont quelques exemples de valeurs liées la question décisionnelle.

La majorité des répondants au questionnaire ne rapportent pas d'enjeux éthiques spécifiques liés à l'intervention de groupe. Les données recueillies lors des groupes de discussions ont permis de dégager certaines valeurs qui peuvent potentiellement être considérées ou priorisées dans la décision d'offrir ou non des interventions de groupes.

- En termes d'accès aux services de réadaptation, offrir des interventions de groupe lorsque les usagers sont en attente de services peut être perçu comme un compromis acceptable.
- Les usagers doivent être bien informés de leurs options : consentement éclairé entre attendre des services en mode individuel et participer sans délai à des interventions de groupe.
- Les intervenants n'adhèrent pas à l'idée d'offrir des groupes principalement pour des raisons économiques.
- Les interventions de groupe doivent répondre aux besoins des usagers.
- Les parties prenantes ont également souligné l'importance de maintenir une vigilance particulière par rapport à la confidentialité, tant à propos des participants, que du déroulement des interventions de groupe.

Faits saillants

La décision d'offrir des interventions de groupes comme mesure d'appoint est perçue comme un moyen d'améliorer l'accessibilité aux soins, une valeur partagée par les parties prenantes.

Les besoins de l'utilisateur demeurent au centre des préoccupations dans la décision d'offrir des interventions de groupe.

¹³ Définition issue des notes du cours « Éléments d'éthique appliquée (ETA 100) hiver 2009, Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie », Université de Sherbrooke.

3.2 Autres résultats d'intérêt

Lors de l'analyse des données collectées suite à la consultation des parties prenantes, plusieurs thèmes d'intérêt, complémentaires aux questions clés de recherche ont émergés. Ces thèmes sont particulièrement intéressants et sont présentés ici.

Bénéfices de l'intervention de groupe

Lors des groupes de discussion, plusieurs participants ont souligné qu'il y a une plus-value à réaliser des interventions de groupe. Ils ont insisté sur le fait que cette modalité d'intervention apporte un soutien des pairs et contribue à un phénomène de normalisation, ce que ne procurent pas les interventions individuelles. Ils ont aussi fait ressortir le fait que l'intervention de groupe apporte des effets spécifiques et que certaines aptitudes ne peuvent être travaillées qu'en groupe. Ces remarques font écho aux bénéfices potentiels identifiés dans certaines des études issues de la revue de littérature notamment Fama et al. (2016) pour la variété des modalités de communication initiées en groupe pour les personnes aphasiques post-AVC ainsi que King et al. (2015) pour l'amélioration de la confiance en soi en matière d'équilibre. De plus, trois des quatre usagers interrogés ont explicitement parlé du soutien des pairs et du bien-être ressenti à échanger avec des personnes partageant les mêmes difficultés qu'eux.

La notion d'« empowerment » a aussi été nommée par certains professionnels qui constatent que certains usagers se responsabilisent davantage en contexte de groupe par rapport à leur programme d'exercices comparativement au contexte où ils sont seuls avec leur intervenant.

D'autres observations sur l'intervention de groupe ont aussi émergé des groupes de discussion: on rappelle que certaines approches pourraient difficilement être offertes en mode individuel (ex : yoga adapté) et qu'elles permettent dans certains cas aux usagers d'avoir accès à un professionnel moins accessible.

Propositions d'interventions de groupe

Au terme des discussions de groupe, les participants étaient invités à compléter leurs propos sur l'intervention de groupe. Les participants ont fortement insisté sur l'importance d'assurer les conditions gagnantes à la mise en œuvre des interventions de groupe c'est-à-dire, le temps dégagé pour les professionnels et le soutien en ressources (soutien administratif, soutien des préposés). Le temps dégagé pour les professionnels ne devrait pas seulement inclure le temps pour réaliser les rencontres de groupe, mais aussi le temps pour réfléchir à l'offre de groupe et à son adaptation constante en fonction des besoins changeants des usagers actifs. L'importance de s'assurer que les groupes répondent bien aux objectifs de réadaptation des usagers a été soulignée et justifie ce besoin d'adaptation.

Du groupe de discussion composé de gestionnaires a émergé la réflexion que l'offre de la modalité de groupe doit être réfléchiée par tous les intervenants d'un programme et ne pas provenir de l'initiative d'un seul intervenant. Il a aussi été proposé de procéder à l'évaluation continue de l'offre de groupe. Enfin, plusieurs participants ont mentionné leur intérêt à développer davantage d'activités multidisciplinaires en groupe et proposé de prendre exemple sur les groupes qui fonctionnent bien, de les adapter et de les offrir dans les milieux qui s'y prêtent.

DISCUSSION

Le but de cette ETMI était d'appuyer la prise de décision des directeurs des sites membres du PUR (anciennement connu sous le nom du CERIU), en lien avec le projet et d'inclure davantage d'interventions de groupe dans leur offre régulière de services.

Pour ce faire, il était nécessaire d'obtenir de l'information comparative, entourant la sécurité de cette modalité et son efficacité à atteindre les objectifs de réadaptation physique. Il importait aussi de connaître son impact sur la qualité des soins et des services ainsi que les facilitateurs et les obstacles rencontrés lors de sa mise en œuvre. Enfin, des informations sur les coûts apparaissaient utiles à la prise de décision ainsi que toute question d'ordre éthique que son adoption en milieu de réadaptation physique pourrait soulever.

Ces informations ont été recueillies à l'aide d'une revue systématique de la littérature ainsi que d'une consultation auprès des parties prenantes. Cette consultation a permis de mieux connaître la perspective de l'organisation et des usagers telle qu'énoncé dans le modèle logique.

La recension systématique des écrits a permis d'identifier 15 études comparant les résultats issus d'interventions de réadaptation semblables offertes selon les deux modalités d'intervention répondant aux critères d'inclusion.

Les interventions comparées dans ces études sont rarement identiques, cependant les membres cliniciens du comité opérationnel ont jugé la proximité de leur contenu suffisante d'un point de vue clinique pour prendre en compte les résultats présentés. Les études sélectionnées portent à la fois sur des clientèles internes et externes, en phase 2 ou 3 du continuum de soins et de services.

Le choix de retenir des études comparant la modalité d'intervention, qui avait pour objectif de donner un portrait en termes de relation d'égalité entre les deux modes d'interventions (infériorité, non-infériorité, supériorité), a toutefois eu pour effet de rejeter des études qui auraient pu alimenter plus substantiellement certaines dimensions. Par exemple, peu d'information sur le plan des bénéficiaires des interventions de groupe pour différentes clientèles découle de ce type de devis. Ce choix a aussi eu pour effet d'éliminer les guides de pratique clinique qui ne réfèrent pas aux interventions de groupe en termes de comparaison, mais en termes de complémentarité.

Enfin, le choix de l'outil MMAT pour évaluer la qualité des articles retenus a permis de comparer entre elles des études réalisées selon différents devis sans permettre toutefois de donner un poids aux résultats rapportés en fonction de la validité interne de celles-ci. Aucune étude n'a été rejetée sur la base de sa qualité méthodologique.

Parmi les études retenues, la clientèle en déficience motrice ayant subi un AVC est la plus représentée alors que certaines sont sous-représentées (déficience auditive, déficience du langage) et une est absente (déficience visuelle). Les interventions les plus souvent étudiées visent surtout la mobilité et la formule en circuit d'exercices est la plus fréquente. Une seule étude par exemple poursuit des objectifs psychosociaux auprès d'une clientèle ayant subi un TCC.

Même quand plusieurs études portaient sur une même clientèle et poursuivaient des objectifs comparables, en raison des différents indicateurs, outils et mesures d'efficacité utilisés par les auteurs, il aurait été difficile d'effectuer une méta-analyse des résultats. Globalement, les études n'ont pu établir de différences statistiquement significatives entre la modalité de groupe et la modalité

individuelle pour ce qui est de l'efficacité, du moins pour les interventions visant principalement une amélioration de la mobilité. Bien qu'intéressants, ces résultats sont difficilement généralisables à toutes les clientèles en déficiences physiques dont les objectifs d'intervention sont autres que l'amélioration de la motricité.

La consultation des parties prenantes a permis d'aborder sommairement la plupart des questions de l'évaluation, mais a permis surtout de mieux appréhender la perception des participants par rapport aux principaux facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre des interventions de groupe en contexte de réadaptation physique. La plupart des facilitateurs et obstacles perçus et rapportés sont surtout d'ordre organisationnel. L'un d'entre eux tient à la petite masse critique des usagers poursuivant des objectifs de réadaptation relativement homogènes.

Ces rencontres ont aussi permis de constater que le milieu n'est pas opposé à l'adoption de cette modalité de traitement. On suggère entre autres que l'offre d'interventions de groupe peut contribuer à une meilleure accessibilité aux services. Les interventions de groupe sont considérées complémentaires aux interventions individuelles.

Toujours selon les intervenants et gestionnaires rencontrés, des conditions gagnantes doivent être réunies pour assurer le succès et la pérennité des interventions de groupe. Ainsi, une réflexion globale de la part des directions cliniques quant à une offre d'interventions de groupe devrait précéder les initiatives isolées pour éviter que cette option de traitement ne repose sur les épaules de quelques-uns. De plus, la disponibilité des ressources matérielles et humaines requises au déroulement sécuritaire des interventions de groupe devrait être assurée de même que l'allocation de temps de conception et de préparation de ces interventions. Des procédures spécifiques à la tenue de dossiers des usagers qui participent aux groupes ainsi que la façon de rapporter les heures de prestation de services (HPS) devraient être convenues.

Les usagers rencontrés n'ont pas rapporté de souci particulier ni sur le plan de la sécurité ni sur celui de la qualité des interventions de groupe.

Il est à noter que dans le cadre de ce projet d'ETMI et dans un contexte de réorganisation majeure du système de santé, l'atteinte de la saturation des données qualitatives n'a pu être garantie. L'approche adoptée a donc consisté à s'assurer de la représentativité de l'échantillonnage et des moyens de consultation, afin de vérifier s'il existait une convergence ou des divergences majeures entre les données issues de la littérature scientifique et les perceptions des cliniciens, gestionnaires et usagers.

En général, les propos recueillis lors de la consultation étaient en convergence avec les données issues de la littérature.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La question soumise à cette démarche d'évaluation visait plusieurs déficiences physiques, dont la déficience motrice, sensorielle et du langage, chez des adultes et des personnes âgées. La preuve d'efficacité comparable obtenue entre les interventions de groupe et les interventions individuelles en contexte de réadaptation physique repose sur des observations recueillies principalement en déficience motrice pour des interventions visant la mobilité avec une clientèle ayant subi un AVC, en comparant l'apport des circuits d'exercices complétés en groupe à celui des exercices physiques réalisés en mode individuel.

La généralisation de ce résultat pour les autres clientèles dont l'objectif majeur des interventions de réadaptation est d'une autre nature que celle de la mobilité demeure limitée. Des recherches sont encouragées afin de connaître les bénéfices et les limites de l'intervention de groupe dans les champs de réadaptation physique non couverts par cette évaluation par exemple la déficience visuelle, auditive, du langage.

La cueillette de données expérientielle et contextuelle auprès d'intervenants, de gestionnaires et d'utilisateurs, dont la majorité a déjà expérimenté les interventions de groupe fournit pour sa part des observations concrètes portant sur l'ensemble des clientèles se situant tout au long du continuum de soins en réadaptation. Plutôt favorables à cette modalité, les participants ont la perception que l'offre d'interventions de groupe peut contribuer à une meilleure accessibilité aux services, en complémentarité avec les interventions individuelles.

Les informations tirées de cette consultation constituent une revue intéressante des conditions gagnantes à mettre en place advenant le choix des équipes cliniques d'offrir cette modalité de traitement. Ces conditions visent à la fois la sécurité des usagers, l'efficacité du traitement en fonction de leurs besoins et cherchent aussi à aplanir des contraintes administratives entourant les interventions de groupe.

Par ailleurs, des pistes de réflexion sont proposées avant même l'adoption de cette modalité dans les services courants afin de soutenir un éventuel changement de pratique et de favoriser sa pérennité, le cas échéant. L'ensemble des centres de réadaptation qui s'intéresse aux résultats de cette démarche d'évaluation y trouvera des éléments pertinents et utiles pour soutenir leur réflexion quant à l'offre de cette modalité de traitement.

Ce projet d'évaluation a aussi permis à toute une équipe de développer des capacités de production en ETMI au sein de nos établissements en réadaptation. Ces connaissances seront utiles dans une perspective de réalisation de nouveaux projets d'évaluation et de transfert de connaissance.

Des activités de diffusion sont prévues afin de rejoindre les équipes cliniques et de recherche autant dans une visée d'accompagnement à la mise en œuvre de ces interventions que d'approfondissement des connaissances. Des présentations dans plusieurs colloques et conférences ont d'ores et déjà été acceptées. La rédaction d'un article portant sur la consultation auprès des parties prenantes est aussi prévue.

Les recommandations présentées ci-dessous ont été élaborées par le comité opérationnel et ont fait l'objet d'un consensus suite à une rencontre délibératoire avec les membres du comité directeur auquel ont été présentés les résultats recueillis lors de la présente ETMI ainsi que des pistes de

recommandations appuyées par ces résultats. Bien que les données issues de la littérature scientifique présentent certaines lacunes, et dans la mesure où aucune étude n'a démontré la stricte supériorité ou infériorité d'une modalité par rapport à l'autre en termes d'efficacité et de sécurité pour les clientèles concernées. Le comité opérationnel recommande aux gestionnaires et cliniciens qui souhaiteraient implanter ou développer leur offre de service sous la forme d'interventions de groupe de tenir compte des éléments énoncés ci-dessous.

Recommandations destinées aux gestionnaires et cliniciens

Réfléchir à une offre globale d'intervention de groupe.

- ✓ Assurer un soutien de la part des directions cliniques afin d'éviter que les interventions de groupe ne reposent sur les épaules de quelques intervenants et ainsi assurer la pérennité de ces dernières.
- ✓ Considérer l'offre d'interventions de groupe pour les objectifs liés à la motricité.
- ✓ Considérer l'offre des deux modalités d'intervention (individuelle et en groupe) de façon complémentaire.
- ✓ S'assurer que les besoins de chacun des usagers priment dans le choix de la modalité d'intervention.
- ✓ Considérer l'offre des interventions de groupe pour les usagers en attente de services.

Identifier les obstacles à la mise en œuvre des interventions de groupe propres à son milieu et évaluer s'ils sont surmontables avant la mise en place de cette modalité.

- ✓ Rendre disponibles les ressources matérielles et humaines requises.
- ✓ Prévoir des mécanismes d'adaptation en cas de la faible masse critique (ex : plusieurs clientèles sur la base de besoins similaires, plusieurs sites, plusieurs programmes).
- ✓ Prévoir des solutions aux problèmes de déplacement des usagers pour les établissements qui couvrent un grand territoire.

Mettre en place des outils.

- ✓ Assurer des mécanismes de transfert d'information concernant les usagers participants aux interventions de groupe (ex. : fiche d'information à compléter).
 - Déterminer les informations requises sur ces fiches.
- ✓ Adapter et faciliter les processus de gestion des statistiques (HPS: heures de prestation de services) et la tenue des dossiers des usagers pour les interventions de groupe.
- ✓ Convenir d'un ratio intervenant-usager soutenant la sécurité de tous à partir de l'expérience clinique.
- ✓ Établir des règles et procédures en vue de la prévention des infections lors de l'offre d'interventions de groupe.
- ✓ Établir des règles et procédures spécifiques aux interventions de groupe en ce qui concerne la confidentialité (ex. : l'identité des participants, leur diagnostic, le déroulement des activités de groupe, etc.).
- ✓ Prévoir un formulaire de satisfaction standardisé pour les participants aux interventions de groupe à utiliser par les différentes équipes cliniques.

Informez les usagers de leurs options (consentement éclairé) entre attendre une intervention individuelle et participer sans délai à une intervention de groupe.

Documenter et évaluer les éléments suivants :

- ✓ Documenter les interventions et convenir d'indicateurs communs.
- ✓ Documenter à partir des rapports accidents/incidents des différents sites, les événements rapportés en lien avec des interventions de groupe.
- ✓ Documenter les coûts complets associés aux interventions de groupe dans nos milieux en vue d'une éventuelle étude économique.
- ✓ Évaluer les interventions de groupe en fonction de l'atteinte des objectifs inscrits dans les plans d'intervention individuels des usagers.
- ✓ Évaluer la satisfaction des usagers et recueillir leurs commentaires en lien avec cette modalité d'intervention.

La présente évaluation des technologies et modes d'intervention a par ailleurs permis de mettre à jour, le manque ou la rareté d'informations scientifiques solidement appuyées notamment en ce qui concerne les évaluations économiques. D'autre part certaines études mentionnent que les interventions de groupe peuvent amener des bénéfices spécifiques pour les usagers. Dans cette perspective le comité opérationnel en accord avec le comité directeur émet les recommandations suivantes.

Recommandations en lien avec la recherche

- ✓ Encourager des recherches axées plus spécifiquement sur les bénéfices des interventions de groupe avec les différentes clientèles de réadaptation.
- ✓ Mettre en place des mécanismes afin d'assurer que les besoins de recherche issus de cette ETMI soient communiqués aux équipes de recherche et aux chercheurs qui supervisent des étudiants.

RÉFÉRENCES

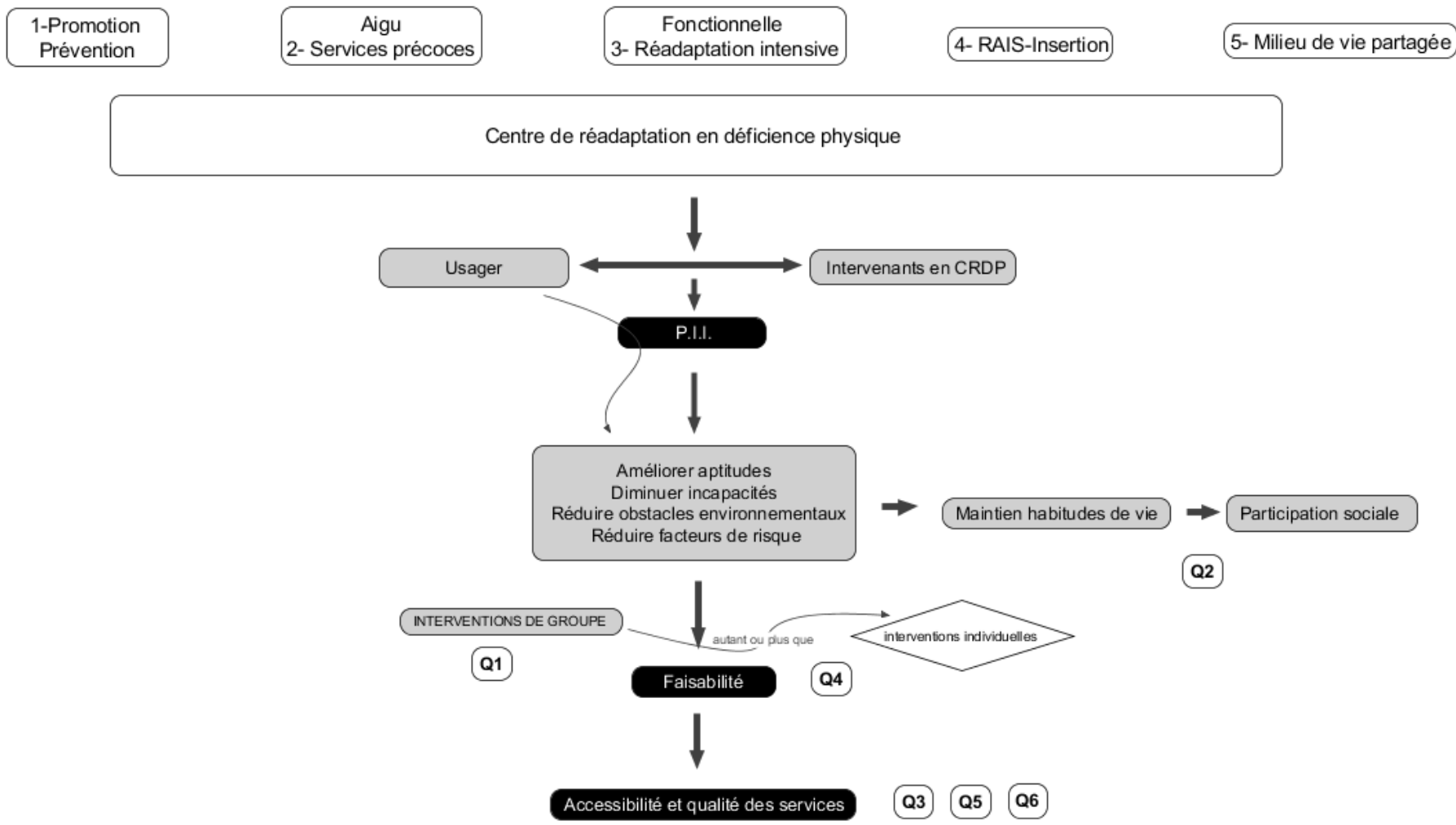
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2014) Matière Grise, un outil pratique de recherche du Web au service de la médecine factuelle.
- Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. *Plan d'action 2012-2015 - Étape 1 : Services aux adultes ayant une déficience physique motrice : État de situation 2012 ; 2012*. Disponible à : https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/isbn978-2-89510-608-1.pdf
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (2014). *Matière Grise un outil pratique de recherche du Web au service de la médecine factuelle*. Ottawa, Toronto, Ontario: Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
- Aprile, I., Rizzo, R.S., Romanini, E., de Santis, F., Marsan, S., Rinaldi, G. & Padua, L. (2011). Group rehabilitation versus individual rehabilitation following knee and hip replacement: A pilot study with randomized, single-blind, cross-over design. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 47(4), 551-559.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2014). *Mémoire portant sur le projet de loi n°10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Montréal: Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec.
- Boucher, N., Mc Ginn, C.A. (2012). *Les interventions thérapeutiques de groupe visant le développement des compétences sociales et des capacités motrices des enfants et des adolescents avec une déficience physique: identification des conditions gagnantes d'organisation*. Note brève. . Québec: Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)
- Bradbury, C.L., Christensen, B.K., Lau, M.A., Ruttan, L.A., Arundine, A.L. & Green, R.E. (2008). The efficacy of cognitive behavior therapy in the treatment of emotional distress after acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(12 Suppl), S61-68. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.08.210>
- Camden, C., Tetreault, S. & Swaine, B. (2012). Increasing the use of group interventions in a pediatric rehabilitation program: perceptions of administrators, therapists, and parents. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 32(2), 120-135. doi:<https://dx.doi.org/10.3109/01942638.2011.616267>
- Collins, M.P., Liu, C.F., Taylor, L., Souza, P.E. & Yueh, B. (2013). Hearing aid effectiveness after aural rehabilitation: individual versus group trial results. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 50(4), 585-598. doi:10.1682/JRRD.2012.0.0049
- Coulter, C.L., Weber, J.M. & Scarvell, J.M. (2009). Group physiotherapy provides similar outcomes for participants after joint replacement surgery as 1-to-1 physiotherapy: A sequential cohort study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(10), 1727-1733. doi:10.1016/j.apmr.2009.04.019
- English, C., Hillier, S. & Stiller, K. (2008). Incidence and severity of shoulder pain does not increase with the use of circuit class therapy during inpatient stroke rehabilitation: A controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, 54(1), 41-46. doi:10.1016/S0004-9514(08)700065-5
- English, C.K., Hillier, S.L., Stiller, K.R. & Warden-Flood, A. (2007). Circuit class therapy versus individual physiotherapy sessions during inpatient stroke rehabilitation: A controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(8), 955-963. doi:10.1016/j.apmr.2007.04.010

- Fama, M.E., Baron, C.R., Hatfield, B. & Turkeltaub, P.E. (2016). Group therapy as a social context for aphasia recovery: A pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(4), 276-283. doi:10.1080/10749357.2016.1155277
- Foy, T., Perritt, G., Thimmaiah, D., Heisler, L., Offutt, J. L., Cantoni, K., . . . Backus, D. (2011). The SCIRehab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Occupational therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(2), 162-175. doi:10.1179/107902611X12971826988093
- Frich, J.C., Rothing, M. & Berge, A.R. (2014). Participants', caregivers', and professionals' experiences with a group-based rehabilitation program for Huntington's disease: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(395), 1-8. doi:10.1186/1472-6963-14-395
- Hammond, F.M., Barrett, R., Dijkers, M.P., Zanca, J.M., Horn, S.D., Smout, R.J., . . . Dunning, M.R. (2015). Group therapy use and its impact on the outcomes of inpatient rehabilitation after traumatic brain injury: Data from traumatic brain injury-practice based evidence project. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(8 Suppl), S282-292.e285. doi:10.1016/j.apmr.2014.11.029
- Hirsche, R.C., Williams, B., Jones, A. & Manns, P. (2011). Chronic disease self-management for individuals with stroke, multiple sclerosis and spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation*, 33(13-14), 1136-1146. doi:10.3109/09638288.2010.523103
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Québec: Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Montréal: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- Kim, S.M., Han, E.Y., Kim, B.R. & Hyun, C.W. (2016). Clinical application of circuit training for subacute stroke patients: a preliminary study. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(1), 169-174. doi:10.1589/jpts.28.169
- King, L., Wilhelm, J., Chen, Y., Blehm, R., Nutt, J., Chen, Z., . . . Horak, F. (2015). Does Group, Individual or Home Exercise Best Improve Mobility for People With Parkinson's Disease? *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 39(4), 204-212. doi:10.1097/npt.000000000000101
- Ko, V., Naylor, J., Harris, I., Crosbie, J., Yeo, A. & Mittal, R. (2013). One-to-one therapy is not superior to group or home-based therapy after total knee arthroplasty: a randomized, superiority trial. *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume*, 95(21), 1942-1949. doi:10.2106/JBJS.L.00964
- Landry, M.D., Jaglal, S., Wodchis, W.P., Raman, J. & Cott, C.A. (2008). Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective. *Disability & Rehabilitation*, 30(24), 1837-1847. doi:10.1080/09638280701688078
- Lexell, E. M., Alkhed, A. K., & Olsson, K. (2013). The group rehabilitation helped me adjust to a new life: experiences shared by persons with an acquired brain injury. *Brain Injury*, 27(5), 529-537. doi:10.3109/02699052.2013.765598
- Lynch, E., Harling, R., English, C., Stiller, K. (2008). Patient satisfaction with circuit class therapy and individual physiotherapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(4), 167-173. doi:10.12968/ijtr.2008.15.4.29035
- Mackenzie, C., Kelly, S., Paton, G., Brady, M. & Muir, M. (2013). The living with dysarthria group for post-stroke dysarthria: The participant voice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(4), 402-420. doi:10.1111/1460-6984.12017

- Madsen, M., Larsen, K., Madsen, I.K., Soe, H. & Hansen, T. B. (2013). Late group-based rehabilitation has no advantages compared with supervised home-exercises after total knee arthroplasty. *Danish Medical Journal*, 60(4), A4607.
- May, L., Day, R. & Warren, S. (2006). Perceptions of patient education in spinal cord injury rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 28(17), 1041-1049. doi:10.1080/09638280500494744
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1995). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Naylor, J., Harmer, A., Fransen, M., Crosbie, J. & Innes, L. (2006). Status of physiotherapy rehabilitation after total knee replacement in Australia. *Physiotherapy Research International*, 11(1), 35-47. doi:10.1002/pri.40
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartle, P.G., O' Cathain, A., Griffiths, F., . . . MC., R. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systema:c mixed studies reviews.
- Rees, G., Saw, C., Larizza, M., Lamoureux, E. & Keeffe, J. (2007). Should Family and Friends Be Involved in Group-Based Rehabilitation Programs for Adults with Low Vision? *British Journal of Visual Impairment*, 25(2), 155-168. doi:10.1177/0264619607076001
- Renner, C., Outermans, J., Ludwig, R., Brendel, C., Kwakkel, G. & Hummelsheim, H. (2016). Group therapy task training versus individual task training during inpatient stroke rehabilitation: a randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(7), 637-648. doi:10.1177/0269215515600206
- Reuben, D.B. & Siu, A. L. (1990). An objective measure of physical function of elderly outpatients. The Physical Performance Test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(10), 1105-1112. doi:10.1111/j.1532-5415.1990.tb01373.x
- Robertson, B. & Harding, K.E. (2014). Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 95(11), 2187-2198. doi:10.1016/j.apmr.2014.07.005
- Shea, B.J., Grimshaw, J.M., Wells, G.A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L.M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7, 1-7. doi:10.1186/1471-2288-7-10
- Song, H.S., Kim, J.Y. & Park, S.D. (2015). Effect of the class and individual applications of task-oriented circuit training on gait ability in patients with chronic stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(1), 187-189. doi:10.1589/jpts.27.187
- St-Pierre, M.-A. & Tardif, J. (2009). *Regards sur le système de Santé et de Services sociaux du Québec*. Québec, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications.
- Taylor-Schroeder, S., LaBarbera, J., McDowell, S., Zanca, J.M., Natale, A., Mumma, S., . . . Backus, D. (2011). The SCIR rehab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Physical therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(2), 149-161. doi:10.1179/107902611X12971826988057
- Thieme, H., Bayn, M., Wurg, M., Zange, C., Pohl, M. & Behrens, J. (2013). Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke--a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 314-324. doi:10.1177/0269215512455651

- Truchon, C. (2016). *Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme cranio cérébral modéré-grave : Processus de développement et recommandations cliniques*. Montréal : Institut national d'excellence en santé et services sociaux.
- van de Port, I.G., Wevers, L.E., Lindeman, E. & Kwakkel, G. (2012). Effects of circuit training as alternative to usual physiotherapy after stroke: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 344(7859), e2672. doi:10.1136/bmj.e2672.
- Volpe, R. (2012). *Casebook of Exemplary Evidence-Informed Programs that Foster Community Participation After Acquired Brain Injury*. Ontario Neurotrauma Foundation. .
- Zanca, J.M., Natale, A., Labarbera, J., Schroeder, S. T., Gassaway, J. & Backus, D. (2011). Group physical therapy during inpatient rehabilitation for acute spinal cord injury: findings from the SCIRehab Study. *Physical Therapy*, 91(12), 1877-1891. doi:10.2522/ptj.20100392

Annexe A - Modèle logique



Annexe B - Stratégie de recherche d'information

Exemple de stratégies pour deux des bases de données consultées

MEDLINE (OVID) Dates de couverture de la base <1996 à 2016>, MEDLINE(Ovid) In-Process & Other Non-Indexed Citations

Date de la recherche : Avril 2015

Dernière mise à jour : Octobre 2016

1. exp "Physical and Rehabilitation Medicine"/ or exp Rehabilitation/
2. ("recovery of function" or "Sports for Persons with Disabilities" or "Occupational Therapy" or "Occupational Therapy Department, Hospital" or "Physical Therapist Assistants" or "Physical Therapy Department, Hospital" or "Physical Therapy Modalities" or "Physical Therapy Specialty" or "speech therapy" or "voice training" or "audiology" or "language therapy" or "social work" or "Community Health Services" or "Kinesiology, Applied" or "Correction of Hearing Impairment" or "Education, Special" or "food labeling" or nutrigenomics or "nutrition therapy" or "nutrition assessment" or "nutritional requirements" or "nutritional sciences" or "nutritionists" or "nutritive value" or "glycemic index" or "diet therapy" or "sports nutritional physiological phenomena" or "sports nutritional sciences" or "health educators").sh.
3. ((rehabilitation adj1 technician*) or (rehabilitation adj monitor*) or (nutrition* adj1 assessment*) or (nutrition* adj1 index*) or (nutrition* adj1 indice*) or (nutrition* adj1 requirement*) or (nutrition* adj1 science*) or (sport* adj1 nutrition*) or (exercis* adj1 nutrition*)).ab,ti.
4. ("physical rehabilitation" or "occupational therapy" or "occupational therapist" or "occupational therapists" or "physical therapy" or "physical therapist" or "physical therapists" or "physiotherapy" or "physiotherapist" or "physiotherapists" or "speech therapy" or "speech therapist" or "speech therapists" or audiology or audiologist or audiologists or nursing or nurses or nurse or "social work" or "social worker" or "social workers" or kinesiology or kinesiologist or kinesiologists or "special education" or "food labeling" or "food label" or "nutrition labeling" or "nutrition label" or "nutritional genetics" or "nutritional genomics" or "nutrition therapy" or "nutritional therapy" or "nutritionists" or "nutritionist" or "nutritional availability" or "nutritive value" or "glycemic" or "nutrition value" or "nutritional value" or "diet therapy" or "nutritional management" or "diet management" or "special educator" or "special educators" or "health educator" or "health educators" or "low vision therapist" or "vision and rehabilitation therapist" or "orientation and mobility specialist" or "low vision therapists" or "vision and rehabilitation therapists" or "orientation and mobility specialists" or "vision and rehabilitation therapy" or "low vision therapy" or "vision therapy" or "vision therapies" or psychosocial*).ab,ti.
5. 1 or 2 or 3 or 4

6. exp Cardiovascular Diseases/ or exp Cardiovascular Abnormalities/ or exp Cardiovascular Infections/ or exp Heart Diseases/ or exp Vascular Diseases/ or exp Disabled Persons/
7. ("mild cognitive impairment" or "memory disorders" or "perceptual disorders" or "Auditory Perceptual Disorders" or "speech disorders" or "language disorders" or "Parkinson Disease" or "Parkinson Disease, Postencephalitic" or "Parkinson Disease, Secondary" or "Parkinsonian Disorders" or "Multiple Sclerosis" or "Brain Injuries" or "Musculoskeletal Diseases" or "Musculoskeletal Pain" or "Orthopedics" or "Stroke" or "Chronic Pain" or Amputation or Amputees or "Spinal Cord Injuries" or "Brain Neoplasms" or Aphasia or Dysarthria or "Vision Disorders" or "Blindness" or "Macular Degeneration" or "Glaucoma" or "Retinitis Pigmentosa" or "Hearing Disorders" or "Persons With Hearing Impairments" or "Hearing Loss" or "Health Services for Persons with Disabilities" or "Cochlear Implants" or "Hearing Aids" or "Language Development Disorders" or "Spatial Processing" or "vision, low" or "Ischemic Attack, Transient" or "brain ischemia" or "intracranial hemorrhages" or "myocardial infarction" or malnutrition or "nutrition disorders").sh.
8. ((pain adj1 manage*) or (speech adj1 impair*) or (language adj1 impair*)).ab,ti.
9. (parkinson* or "multiple sclerosis" or "traumatic brain" or musculoskeletal or orthopaedic or orthopedic or orthopaedics or orthopedics or stroke or "chronic pain" or amputee or amputees or amputate or amputation or amputations or "spinal cord" or "brain tumor" or "brain tumour" or "brain tumors" or "brain tumours" or encephalopathy or encephalopathies or encephalopathic or neurodegeneration or neurodegenerative or aphasia or aphasias or aphasiology or dysarthria or dysarthrias or dysphasia or dysphasias or "visual impairment" or "visual impaired" or "visual impairments" or "visually impaired" or blindness or "macular degenerative" or "macular degeneration" or glaucoma or glaucomas or "retinitis pigmentosa" or "hearing impairment" or "hearing impaired" or "hearing impairments" or "hearing loss" or "cochlear implant" or "cochlear implants" or "hearing aid" or "hearing aids" or "auditory processing impairment" or mobility or "special education" or "special needs" or "myocardial infarction" or "myocardial infarct" or "cardiovascular" or "heart disease" or "heart diseases" or "low vision" or ischemia or ischemic or hemorrhagic or hemorrhage or hemorrhaged or hemorrhages or malnutrition or "nutritional deficiency" or "undernutrition" or "nutritionally deficient" or "nutrition disorders" or "nutrition diseases" or "metabolic disorders" or "metabolic diseases").ab,ti.
10. 6 or 7 or 8 or 9
11. (Group or groups or grouping or grouped or regroup or regroups or regrouping or regrouped or class or classes or "multiple patients" or "many patients" or "multiple people" or "many people" or "multiple persons" or "many persons" or "multiple clients" or "many clients" or "more than two" or "two or more" or "two and more" or "more than one" or "one or more" or "one and more" or "two people or more" or "two patients" or "two clients").ab,ti.
12. (individual or individualised or individualized or "One on one" or "one to one" or "1 on 1" or "1 to 1" or "personal treatment" or "personal treatments" or "personal intervention" or "personal interventions" or "personal therapy" or "one person" or "one client" or "one patient").ab,ti.
13. 11 and 12
14. 5 and 10 and 13

Date de la recherche initiale: Avril 2015

Dernière mise à jour : Octobre 2016

1. (MW "Rehabilitation") or (MH "Rehabilitation+")
2. MH "functional status" or "Sports Re-Entry" or "Sports, Disabled" or "Occupational Therapy" OR "Occupational Therapy Assistants" OR "Students, Occupational Therapy" OR "Research, Occupational Therapy" OR "Occupational Therapy Practice, Research-Based" OR "Occupational Therapy Practice, Evidence-Based" OR "Occupational Therapy Assessment" OR "Education, Occupational Therapy" OR "Occupational Therapy Service" OR "Occupational Therapy Practice" OR "Physical Therapy" OR "Students, Physical Therapy" OR "Research, Physical Therapy" OR "Physical Therapy Practice, Research-Based" OR "Physical Therapy Assessment" OR "Education, Physical Therapy" OR "Chest Physical Therapy" OR "Physical Therapist Assistants" OR "Physical Therapy Service" OR "Physical Therapy Practice, Evidence-Based" OR "Physical Therapy Practice" OR "Home Physical Therapy" OR "Speech Therapy" OR "Research, Speech-Language-Hearing Therapy" OR "Language Therapy" OR "Voice Therapy" OR "Speech-Language Pathologists" OR "Speech-Language Pathology" OR "Speech-Language Pathologist Attitudes" OR "Speech and Language Assessment" OR "Audiology" OR "Students, Audiology" OR "Education, Audiology" OR "Rehabilitation of Hearing Impaired" OR "Audiologists" OR "Social Work" OR "Students, Social Work" OR "Social Work, Psychiatric" OR "Social Work Service" OR "Research, Social Work" OR "Education, Social Work" OR "Social Work Practice" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Nursing" OR "Community Health Workers" OR "Community Health Services" OR "Health Education" OR "Health Educators" OR "Kinesiology" OR "Applied Kinesiology" OR "Education, Special" OR "Physical Education, Adapted" OR "Food Labeling" OR "nutrigenomics" OR "Glycemic Index" OR "Glycemic Load" OR "Diet Therapy" or "Nutritional Assessment" or "Nutritional Requirements" or "Sports Nutritional Sciences" or "Nutritional Physiology" or "Nutrition Services" or "Nutritive Value"
3. TI (rehabilitation n1 technician*) or TI (rehabilitation n1 monitor*) or TI (nutrition* n1 assessment*) or TI (nutrition* n1 index*) or TI (nutrition* n1 indice*) or TI (nutrition* n1 requirement*) or TI (nutrition* n1 science*) or TI (sport* n1 nutrition*) or TI (exercis* n1 nutrition*) OR AB (rehabilitation n1 technician*) or AB (rehabilitation n1 monitor*) or AB (nutrition* n1 assessment*) or AB (nutrition* n1 index*) or AB (nutrition* n1 indices*) or AB (nutrition* n1 requirement*) or AB (nutrition* n1 science*) or AB (sport* n1 nutrition*) or AB (exercis* n1 nutrition*)
4. TI "physical rehabilitation" or "occupational therapy" or "occupational therapist" or "occupational therapists" or "physical therapy" or "physical therapist" or "physical therapists" or "physiotherapy" or "physiotherapist" or "physiotherapists" or "speech therapy" or "speech therapist" or "speech therapists" or audiology or audiologist or audiologists or nursing or nurses or nurse or "social work" or "social worker" or "social workers" or kinesiology or kinesiologist or kinesiologists or "special education" or "food labeling" or "food label" or "nutrition labeling" or "nutrition label" or "nutritional genetics" or "nutritional genomics" or "nutrition therapy" or "nutritional therapy" or "nutritionists" or "nutritionist" or "nutritional availability" or "nutritive value" or "glycemic" or "nutrition value" or "nutritional value" or "diet therapy" or "nutritional management" or "diet management" or "special educator" or "special educators" or "health educator" or "health educators" or "low vision therapist" or "vision and rehabilitation therapist" or "orientation and mobility specialist" or "low vision therapists" or "vision and rehabilitation therapists" or "orientation and mobility specialists" or "vision and rehabilitation therapy" or "low vision therapy" or "vision therapy" or "vision therapies" or psychosocial*
5. AB "physical rehabilitation" or "occupational therapy" or "occupational therapist" or "occupational therapists" or "physical therapy" or "physical therapist" or "physical therapists" or "physiotherapy" or "physiotherapist" or "physiotherapists" or "speech therapy" or "speech therapist" or "speech therapists"

or audiology or audiologist or audiologists or nursing or nurses or nurse or "social work" or "social worker" or "social workers" or kinesiology or kinesiologist or kinesiologists or "special education" or "food labeling" or "food label" or "nutrition labeling" or "nutrition label" or malnutrition or "nutritional deficiency" or "undernutrition" or "nutritionally deficient" or "nutritional genetics" or "nutritional genomics" or "nutrition disorders" or "nutrition diseases" or "metabolic disorders" or "metabolic diseases" or "nutrition therapy" or "nutritional therapy" or "nutritionists" or "nutritional availability" or "nutritive value" or "glycemic" or "nutrition value" or "nutritional value" or "diet therapy" or "nutritional management" or "diet management" or "special educator" or "special educators" or "health educator" or "health educators" or "low vision therapist" or "vision and rehabilitation therapist" or "orientation and mobility specialist" or "low vision therapists" or "vision and rehabilitation therapists" or "orientation and mobility specialists" or "vision and rehabilitation therapy" or "low vision therapy" or "vision therapy" or "vision therapies" or psychosocial*

6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5
7. MW "cardiovascular" or "heart" or "vascul*" or "orthopedic*" or "stroke" or "pain" or "amputation" or "aphasia" or "dysarthria" or "hearing" or "intracranial" or "myocardial"
8. MH "Cognition" or "Cognition Disorders" or "Cognitive Therapy" or "Memory" or "Memory Disorders" or "Auditory Perceptual Disorders" or "Perceptual Disorders" or "Deaf-Blind Disorders" or "Gait Disorders, Neurologic" or "Speech Disorders" or "language disorders" or "Articulation Disorders, Organic" or "Articulation Disorders, Functional" or "Communicative Disorders" or "Articulation Disorders" or "Fluency Disorders" or "Parkinson Disease" or "Parkinsonian Disorders" or "multiple sclerosis" or "Right Hemisphere Injuries" or "Left Hemisphere Injuries" or "Brain Injuries" or "Musculoskeletal Abnormalities" or "Musculoskeletal Diseases" or "Musculoskeletal System" or "amputees" or "Spinal Cord Injuries" or "Brain Neoplasms" or "Vision Disorders" or "blindness" or "blindness, cortical" or "macular degeneration" or "nerve degeneration" or "glaucoma" or "Glaucoma, Angle-Closure" or "retinitis" or "retinitis pigmentosa" or "Health Services for Persons with Disabilities" or "cochlear implant" or "cochlear implant programming" or "Language Development" or "spatial perception" or "vision, subnormal" or "Cerebral Ischemia" or "Cerebral Ischemia, Transient" or "Hemorrhage" or "malnutrition" or "Nutrition Disorders"
9. TI parkinson* or "multiple sclerosis" or "traumatic brain" or musculoskeletal or orthopaedic or orthopedic or orthopaedics or orthopedics or stroke or "chronic pain" or amputee or amputees or amputate or amputation or amputations or "spinal cord" or "brain tumor" or "brain tumour" or "brain tumors" or "brain tumours" or encephalopathy or encephalopathies or encephalopathic or neurodegeneration or neurodegenerative or aphasia or aphasias or aphasiology or dysarthria or dysarthrias or dysphasia or dysphasias or "visual impairment" or "visual impaired" or "visual impairments" or "visually impaired" or blindness or "macular degenerative" or "macular degeneration" or glaucoma or glaucomas or "retinitis pigmentosa" or "hearing impairment" or "hearing impaired" or "hearing impairments" or "hearing loss" or "cochlear implant" or "cochlear implants" or "hearing aid" or "hearing aids" or "auditory processing impairment" or mobility or "special education" or "special needs" or "myocardial infarction" or "myocardial infarct" or "cardiovascular" or "heart disease" or "heart diseases" or "low vision" or ischemia or ischemic or hemorrhagic or hemorrhage or hemorrhaged or hemorrhages or pain or speech or language or malnutrition or "nutritional deficiency" or "undernutrition" or "nutritionally deficient" or "nutrition disorders" or "nutrition diseases" or "metabolic disorders" or "metabolic diseases"
10. AB parkinson* or "multiple sclerosis" or "traumatic brain" or musculoskeletal or orthopaedic or orthopedic or orthopaedics or orthopedics or stroke or "chronic pain" or amputee or amputees or amputate or amputation or amputations or "spinal cord" or "brain tumor" or "brain tumour" or "brain tumors" or "brain tumours" or encephalopathy or encephalopathies or encephalopathic or

neurodegeneration or neurodegenerative or aphasia or aphasias or aphasiology or dysarthria or dysarthrias or dysphasia or dysphasias or "visual impairment" or "visual impaired" or "visual impairments" or "visually impaired" or blindness or "macular degenerative" or "macular degeneration" or glaucoma or glaucomas or "retinitis pigmentosa" or "hearing impairment" or "hearing impaired" or "hearing impairments" or "hearing loss" or "cochlear implant" or "cochlear implants" or "hearing aid" or "hearing aids" or "auditory processing impairment" or mobility or "special education" or "special needs" or "myocardial infarction" or "myocardial infarct" or "cardiovascular" or "heart disease" or "heart diseases" or "low vision" or ischemia or ischemic or hemorrhagic or hemorrhage or hemorrhaged or hemorrhages or pain or speech or language or malnutrition or "nutritional deficiency" or "undernutrition" or "nutritionally deficient" or "nutrition disorders" or "nutrition diseases" or "metabolic disorders" or "metabolic diseases"

11. 7 or 8 or 9 or 10

12. TI Group or groups or grouping or grouped or regroup or regroups or regrouping or regrouped or class or classes or "multiple patients" or "many patients" or "multiple people" or "many people" or "multiple persons" or "many persons" or "multiple clients" or "many clients" or "more than two" or "two or more" or "two and more" or "more than one" or "one or more" or "one and more" or "two people or more" or "two patients" or "two clients"

13. AB Group or groups or grouping or grouped or regroup or regroups or regrouping or regrouped or class or classes or "multiple patients" or "many patients" or "multiple people" or "many people" or "multiple persons" or "many persons" or "multiple clients" or "many clients" or "more than two" or "two or more" or "two and more" or "more than one" or "one or more" or "one and more" or "two people or more" or "two patients" or "two clients"

14. 12 or 13

15. TI individual or individualised or individualized or "One on one" or "one to one" or "1 on 1" or "1 to 1" or "personal treatment" or "personal treatments" or "personal intervention" or "personal interventions" or "personal therapy" or "one person" or "one client" or "one patient"

16. AB individual or individualised or individualized or "One on one" or "one to one" or "1 on 1" or "1 to 1" or "personal treatment" or "personal treatments" or "personal intervention" or "personal interventions" or "personal therapy" or "one person" or "one client" or "one patient"

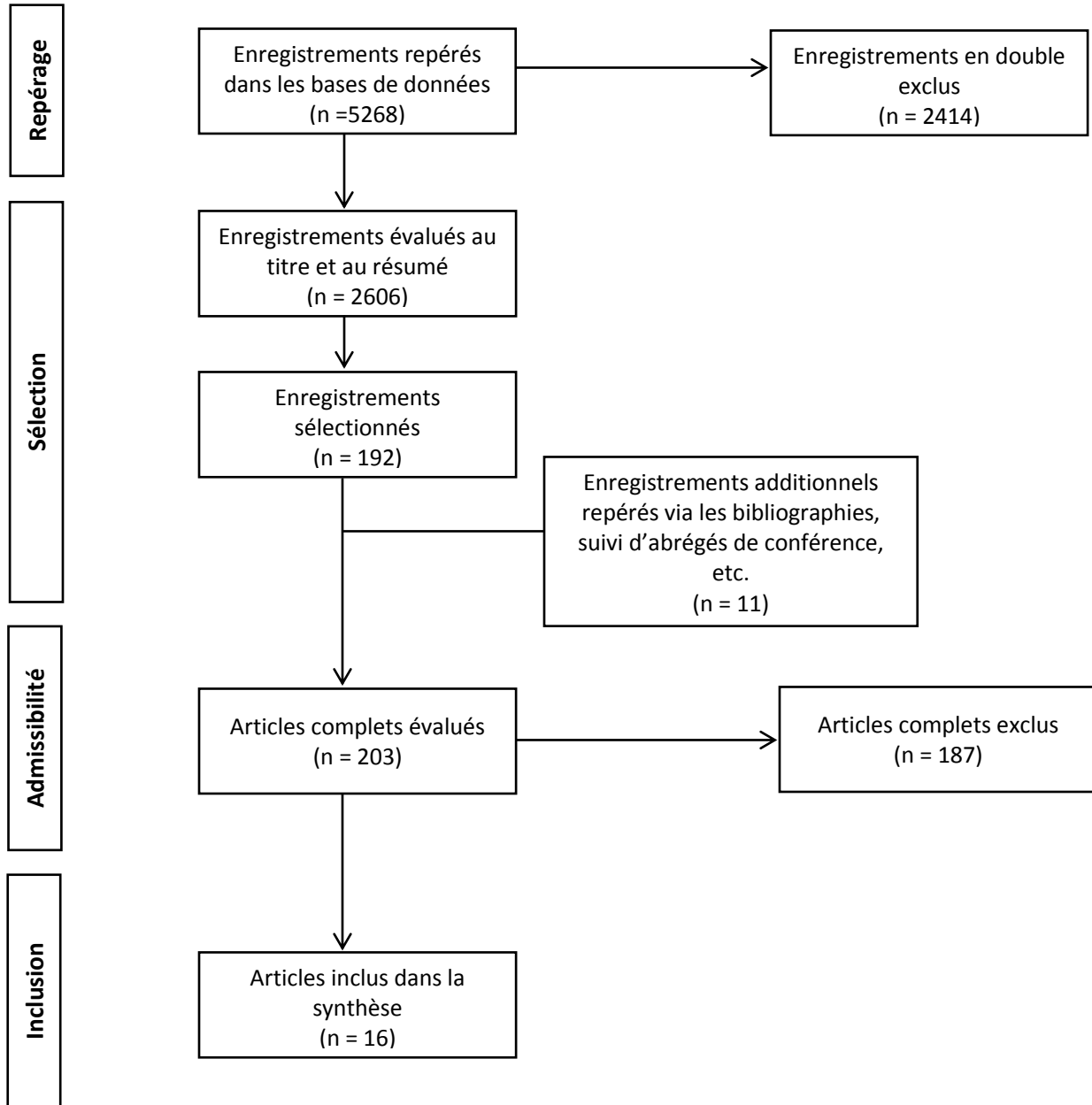
17. 15 or 16

18. 14 and 17

19. 6 and 11 and 18

Annexe C - Sélection des études

Figure - 1 Diagramme de flux de sélection de la littérature scientifique



Annexe D - Grille utilisée pour l'extraction des données

N°	Auteurs Année Pays	Type d'étude (devis)	Objectif de l'étude	Clientèle	Population n Age moyen – groupe d'âge	Aptitude travaillée	Intervention	Comparateur	Domaine d'intervention et intervenants	Outils de mesure	Résultats	Conclusion des auteurs	Phase du conti- num
											Q1 : Q2 : Q3 : Q4 : Q5 : Q6 :		

Annexe E - Mixed Method Appraisal Tool

PART I. MMAT criteria & one-page template (to be included in appraisal forms)

Types of mixed methods study components or primary studies	Methodological quality criteria (see tutorial for definitions and examples)	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	<ul style="list-style-type: none"> Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)? Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). 				
	<i>Further appraisal may be not feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?				
	1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?				
	1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?				
	1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?				
2. Quantitative randomized controlled (trials)	2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)?				
	2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)?				
	2.3. Are there complete outcome data (80% or above)?				
	2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias?				
	3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?				
	3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?				
	3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)?				
	4.2. Is the sample representative of the population understudy?				
	4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)?				
	4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?				
5. Mixed methods	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?				
	5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)?				
	5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?				
<i>Criteria for the qualitative component (1.1 to 1.4), and appropriate criteria for the quantitative component (2.1 to 2.4, or 3.1 to 3.4, or 4.1 to 4.4), must be also applied.</i>					

*These two items are not considered as double-barreled items since in mixed methods research, (1) there may be research questions (quantitative research) or research objectives (qualitative research), and (2) data may be integrated, and/or qualitative findings and quantitative results can be integrated.

Annexe F - Questionnaire

Structure du questionnaire

Perception des cliniciens et gestionnaires face à l'intervention de groupe en réadaptation en déficience physique

Vous êtes invité(e) à participer à un sondage effectué par l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) du PUR (Pôle universitaire en réadaptation) dont fait partie votre installation.

La première évaluation de cette UETMI porte sur les interventions de groupe comme modalité d'intervention en déficience physique en réadaptation. Les membres de cette unité sont :

- Christel Akué du CISSS de la Montérégie-Centre (Institut Nazareth et Louis-Braille),
- Dominique Bélanger du CIUSSS-du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal),
- Loredana Caputo du CISSS de Laval (Hôpital Juif de réadaptation),
- Martine Gendron du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Institut Raymond-Dewar),
- Dahlia Kairy, conseillère scientifique de l'unité, École de Réadaptation de l'Université de Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

Cette évaluation est subventionnée par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Ce sondage fait partie de cette évaluation. Il vise à connaître la perception des cliniciens et des gestionnaires sur les interventions de groupe en réadaptation physique. Cette portion du projet fait aussi partie du projet de maîtrise de Dominique Bélanger sous la direction des Professeurs Dahlia Kairy et Nicole Leduc.

Nature de votre participation

Votre participation consiste à remplir un court questionnaire en ligne d'une durée d'environ 10 minutes.

Lors d'une deuxième phase, si vous avez manifesté votre intérêt pour y participer, il est possible que vous soyez appelé à faire partie d'un groupe de discussion sur la même problématique. Bien entendu, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer à ce deuxième volet.

Le fait de remplir ce questionnaire tient lieu de consentement à participer au sondage. Vous pouvez cependant vous retirer en tout temps sans avoir à fournir de justification

Confidentialité et anonymat

Vos réponses ne seront utilisées qu'aux fins de cette étude. Les réponses fournies resteront confidentielles ainsi que l'identité des répondants.

Aucune information personnelle n'est demandée dans ce sondage.

Conservation des données

Les données recueillies au cours de cette étude seront conservées, sous clé, par la responsable du projet, Dominique Bélanger, au site IRGLM, pour une période de 5 ans après quoi, elles seront détruites.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, vous pouvez joindre:

Me Anik Nolet

Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

Téléphone:(514) 527-4527 poste 2643 Courriel: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

Données sociodémographiques

Êtes-vous...?

- Gestionnaire
- Clinicien
- Coordonnateur clinique

Plus d'une réponse possible

Avez-vous une implication directe auprès des usagers?

Oui/non

Quelle est votre formation clinique de base?

À quelle(s) installation(s) travaillez-vous présentement?

- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
- Hôpital juif de réadaptation
- Institut Raymond-Dewar
- Institut Nazareth et Louis-Braille
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Avec quelle(s) clientèle(s) travaillez-vous en ce moment?

15 choix proposés ainsi que case « Autre »

À quelle(s) phase(s) du continuum offrez-vous des services?

- Réadaptation intensive (phase 2)
- Adaptation et intégration sociale (phase 3)

Depuis combien d'années travaillez-vous dans votre profession actuelle?

- 0 à 5 ans
- 6 à 15 ans
- 16 à 25 ans
- 26 ans et plus

Utilisation des interventions de groupe

Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des interventions de groupe (2 usagers ou +) visant l'atteinte d'objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé (PII) ?

Oui/non

Si oui, sous-question : **Avec quelle clientèle avez-vous fait vos interventions de groupe ?**

15 choix proposés ainsi que case « Autre »

Quelle proportion (%) de vos activités professionnelles auprès d'usagers ont-elles été offertes en groupe ?

- Moins de 10 %
- Entre 10 % et 24 %
- Entre 25 % et 49 %
- 75 % et plus

Dans votre milieu, comment se font les références à l'intervention de groupe ?

- Suite à la décision du clinicien
- Grâce à un processus pré-établi
- Par les coordonnateurs cliniques
- Par le choix de l'utilisateur

NB : Plus d'une réponse possible, possibilité de spécifier dans « Autre »

À votre avis, dans votre contexte de travail, qu'est-ce qui motive (ou qui pourrait motiver) le recours à la modalité de groupe ?

- Pour réduire la liste d'attente
- Pour augmenter l'offre de services (voir plus d'utilisateurs)
- Pour atteindre des objectifs spécifiques du PII
- Pour varier l'approche de traitement (faire changement)
- Pour rentabiliser le temps du professionnel
- Pour favoriser le soutien entre utilisateurs

NB : Plus d'une réponse possible, possibilité de spécifier dans « Autre »

Opinion sur les interventions de groupe

Veillez indiquer la réponse qui correspond le mieux à votre opinion concernant les affirmations suivantes

9 affirmations avec 4 choix de réponses : Complètement en accord, D'accord, En désaccord, Complètement en désaccord

- Les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles
- Les interventions de groupe ne posent pas de problème éthique auprès des usagers
- Les usagers n'aiment pas les interventions de groupe.
- Les interventions de groupe sont offertes pour des raisons financières.
- Les interventions de groupe sont sécuritaires.
- En tant que professionnel, je me sens apte à mener des interventions de groupe.
- C'est au professionnel à décider de la modalité d'intervention qui convient à l'utilisateur.
- Les interventions de groupe sont difficiles à organiser.
- En tant que professionnel, j'estime que les interventions de groupe diminuent la qualité des soins que j'offre à mes usagers.

Parmi les éléments suivants, veuillez cocher ceux qui, selon vous, influencent la tenue d'interventions de groupe (l'influence peut être positive ou négative).

17 éléments proposés :

- Accès à des locaux et matériel
- Disponibilité du personnel de soutien
- Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire)
- Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe
- Homogénéité des objectifs de réadaptation
- Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers
- Gestion des statistiques (HPS)
- Gestion des dossiers (notes au dossier)
- Soutien des supérieurs immédiats
- Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants
- Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation
- Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique
- Assiduité des usagers (présents à l'ensemble des rencontres)
- Compétence des professionnels en animation de groupe
- Observation de la progression de chacun des usagers
- Potentiel d'influence entre les participants
- Cibles d'intensité de traitement à atteindre

Parmi les éléments importants que vous avez identifiés à la question précédente, veuillez cocher c

17 éléments proposés

Veillez classer les éléments que vous considérez comme Facilitateurs par ordre d'importance.

Parmi les éléments importants que vous avez identifiés précédemment, veuillez cocher ceux que vous considérez comme Obstacles lors de la tenue d'interventions de groupe.

17 éléments proposés

Veillez classer par ordre d'importance les éléments que vous considérez comme Obstacles.

17 éléments proposés

Selon vous, en quelles circonstances les interventions de groupe devraient-elles être offertes aux usagers ?

- Seulement lorsqu'aucun autre service n'est disponible
- En complément aux interventions en individuel
- Lorsque l'intervention de groupe favorise l'évolution de l'utilisateur
- Aucune circonstance

NB : Plus d'une réponse possible, possibilité de spécifier dans « Autre »

Annexe G - Guide d'animation des discussions de groupe

1- **Mot de bienvenue et mise en contexte** (15 minutes)

- Remerciements, présentation des membres, modalités techniques (signature du formulaire de consentement, fiches sociodémographiques, enregistrement), but de l'étude, définitions (ETMI, intervention de groupe), présentation générale de résultats du sondage (# réponses)
- Règles de participation, déroulement du groupe (étapes : Intro, Expériences, Obstacles et facilitateurs, 5 dimensions par thèmes, Synthèse, Clôture)

2- **Introduction** (maximum 15 minutes pour section 2 et 3)

- À main levée : qui en a déjà fait??
- Quand on vous parle d'intervention de groupe en réadaptation, en un mot ou une phrase, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit?

3- **Expériences**

- Afin que nous puissions tous nous faire une idée de ce dont on parle et profiter de l'expérience du groupe, pouvez-vous penser à des types d'interventions de groupe qui ont déjà été réalisées en contexte de réadaptation (par vous, vos collègues ou peut-être d'autres équipes)?
- J'aimerais entendre vos expériences...avez-vous eu une bonne expérience et/ou une mauvaise expérience lors de réalisation d'intervention de groupe en réadaptation que vous voudriez partager afin qu'on ait des exemples de ce dont on souhaite parler?
 - Ex. : une fois que ça a bien marché parce qu'il y avait cohésion entre les membres...ou une fois que ça n'a pas bien été parce que vous n'étiez pas préparé par ex...
 - Avec quelle clientèle?
 - Quelle discipline (ex. physiothérapie, orthophonie, ergothérapie...)?
 - Dans quel contexte?
- **Au besoin** : À part les exemples précédents, pouvez-vous penser à d'autres interventions de groupe qui, à votre avis, en théorie, **pourraient bénéficier** à la clientèle en réadaptation?

4- **Facilitateurs et obstacles** (le vif du sujet –jusqu'à 25 min)

En pensant aux types de groupes qui pourraient exister,

- Quels sont les **éléments facilitants** qui pourraient favoriser la mise en œuvre d'intervention de groupe?
 - En réadaptation en général?
 - Dans vos milieux respectifs en particulier?
 - En quoi ces éléments sont facilitants?
 - Pour quelles raisons?

- Est-ce que vous pouvez en identifier d'autres?
 - Lesquels vous semblent plus important?

- Quels éléments sont des obstacles à la mise en œuvre d'intervention de groupe?
 - En quoi ces éléments sont des obstacles?
 - Pour quelles raisons?
- Est-ce que vous pouvez en identifier d'autres?
 - Lesquels vous semblent plus important?

5- Dimensions par thèmes_(25 minutes)

Le projet d'ETMI proposait de répondre à la question en considérant plusieurs dimensions ou thèmes. Pour cette raison, nous aimerions approfondir vos questions et vos idées en lien avec les thèmes 1) de la sécurité, 2) de la qualité des services en lien avec l'intervention de groupe, 3) de l'efficacité des interventions de groupe, 4) l'aspect financier et 5) l'aspect éthique.

Thème : SÉCURITÉ

- (Outre celles que nous avons déjà mentionnées) Pouvez-vous penser à des préoccupations de sécurité en lien avec l'intervention de groupe en contexte de réadaptation?
 - **Au besoin** : y a-t-il des risques particuliers dus au fait que l'intervention soit faite en groupe? Lesquels?

Thème : QUALITÉ DES SERVICES

- Quels impacts croyez-vous qu'une offre d'intervention de groupe pourrait avoir sur la qualité des services de réadaptation offerts à la clientèle?

NB : penser à accès aux services, satisfaction, durée de l'épisode de soins...

- Permettrait-elle de maintenir ou d'améliorer la qualité des services? Ou si, au contraire, elle aurait un impact négatif sur la qualité des services? Expliquez.
 - **Au besoin** : Quand on parle de « qualité » des soins, que signifie la « qualité » pour vous?
 - **Au besoin** : Avez-vous l'impression que l'intervention de groupe est une intervention de moindre / de meilleure qualité? Si oui pourquoi?

Thème : EFFICACITÉ

- Selon vous, est-ce que les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles?
Donner la définition d'efficacité
 - Pouvez-vous spécifier « efficace » à l'atteinte de quoi? (objectifs du PII? Autre objectif?)

Thème : ASPECT FINANCIER

- Quels impacts croyez-vous qu'une offre d'intervention de groupe pourrait avoir sur les coûts des services de réadaptation?
 - Selon vous, est-ce que l'intervention de groupe permet de diminuer les coûts? ou le contraire?
 - Expliquer?
 - **Au besoin** : Dans quelles circonstances? Donnez des exemples.

Thème : ASPECT ÉTHIQUE

- Selon vous, y a-t-il des considérations éthiques particulières dont il faudrait tenir compte dans les interventions de groupe?
NB : Lorsqu'on parle d'enjeux éthiques, on parle par exemple de :
 - droit à tous de recevoir des services de qualité et au devoir des professionnels d'offrir des services de qualité
 - devoirs des professionnels de donner le meilleur traitement disponible aux usagers,
 - droit à la dignité,
 - justice sociale ou distributive (que tous ait accès aux services de santé)
 - **Au besoin** : Que pensez-vous de l'intervention de groupe comme moyen de gérer les listes d'attentes?
 - **Au besoin** : dans un contexte d'optimisation des ressources, que pensez-vous du recours aux interventions de groupe?

6- Synthèse (10 minutes)

- En repensant à l'ensemble de nos échanges d'aujourd'hui, comment percevez-vous l'intervention de groupe en contexte de réadaptation? En un mot ou en une phrase.
- **Extra** : Selon vous, y a-t-il une "plus-value" à faire des interventions de groupe?
 - **Au besoin** : selon vous, est-ce que les interventions de groupe mériteraient d'être développées davantage?
 - Si oui, pour quelles raisons?
 - À quelles étapes de la réadaptation en particulier?
 - Pour quels types de clientèles et d'interventions?
 - Pensez-vous que les obstacles dont nous avons parlé plus tôt sont surmontables? (Expliquez)

- Dans ce cas, quels sont les premiers obstacles qui devraient être confrontés?
(pas nombre maximum)
- **BONUS** : Y a-t-il un autre thème dont nous n'avons pas discuté mais que vous auriez aimé aborder?

7- Clôture

NB : Ce guide a été légèrement modifié pour les gestionnaires. Étant donné que le groupe avait une durée de 60 minutes au lieu de 90, moins d'importance a été consacrée aux expériences et chaque section a été un peu réduite.

Annexe H - Grille d'entrevue avec les usagers

Nous sollicitons votre participation à une entrevue qui portera sur l'intervention de groupe dans le contexte de prestation de services de réadaptation. Les gens que nous recherchons pour notre étude doivent avoir reçu des services de réadaptation en déficience physique au cours des 12 derniers mois, avoir participé à des interventions de groupe ainsi que des interventions individuelles au cours de leur période de réadaptation.

Nous estimons que l'entrevue aura une durée approximative de 30 minutes. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. L'entrevue sera enregistrée, mais toutes les informations que vous nous fournissez demeureront confidentielles et anonymes. Votre participation est volontaire et vous êtes libre de cesser l'entrevue à tout moment.

Avez-vous des questions avant de commencer l'entrevue ?

Données sociodémographiques

- Quel âge avez-vous?
- Pour quel type de déficience physique avez-vous reçu des services de réadaptation?
 - *Si ne comprend pas* : Quelles raisons? Quel diagnostic?
- Recevez-vous encore des services de réadaptation (ou avez-vous reçu votre congé)?

Questions générales sur l'expérience vécue

- Parlez-moi des services de réadaptation en groupe que vous avez reçus.
 - *Au besoin* : Combien de fois? À quelle fréquence?
- Pendant votre épisode de soins, avez-vous aussi reçu des services professionnels de façon individuelle (ex : des services d'ergothérapie ou d'orthophonie seul avec un intervenant)?
- Lors de votre expérience, avez-vous fait 2 activités similaires comparables en groupe et en individuel?
 - *Donner exemples au besoin pour la compréhension.*
 - *Si oui* : Comment se comparent des 2 activités de réadaptation?

Perceptions face à l'intervention de groupe

- Que pensez-vous de l'aménagement des lieux où ont été offertes les interventions de groupe?
- Comment avez-vous trouvé l'animation des groupes par les professionnels?
- Quel lien aviez-vous avec les autres participants du (ou des) groupe(s)?
 - Connaissez-vous les autres participants au début de l'expérience?
 - Est-ce que des liens ont été développés lors des séances de groupe?

- Pour vous, est-ce que ceci est un aspect important dont il faudrait tenir compte lorsque des groupes en réadaptation sont offerts?
- Aimez-vous les interventions de groupe?
 - Pourquoi? Pourquoi pas?
- Selon vous, quelle est la principale raison qui motive le professionnel à recommander des interventions de groupe dans le contexte de la réadaptation?

Sugg. : pour voir plus de gens, pour favoriser le soutien entre usagers...
- Trouvez-vous qu'elles favorisent le soutien entre usagers?
 - Ont-elles favorisé le soutien entre usagers dans votre situation vécue?
 - Dans quel sens? (ou pourquoi pas?)
 - Seriez-vous en mesure de donner un ou des exemples?
- Trouvez-vous que les interventions de groupe sont sécuritaires?
 - Trouvez-vous qu'il y a plus de risques en ce qui a trait à la sécurité à faire des interventions de groupe?
- Trouvez-vous que les interventions de groupe ont un impact sur la qualité des services offerts?
 - Dans quel sens? Pourquoi?

Plus-value

- Trouvez-vous que les interventions de groupe comportent certains avantages comparativement aux interventions individuelles?
 - Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles?
- Est-ce que l'intervention de groupe permet d'aller chercher des éléments qu'il n'est pas possible de travailler de façon individuelle?
- Y a-t-il des aspects que vous avez aimé faire en contexte de groupe?
- Y a-t-il des aspects qui, selon vous, ont avantage à être travaillés en groupe?
- Y a-t-il un autre aspect concernant les interventions de groupe que vous aimeriez partager ?

Nos questions sont maintenant terminées.

Merci pour votre temps et votre participation.

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe I - Tableau complémentaire de synthèse des études

1 ^{er} Auteur, Année Clientèle	Population - âge moyen :	Aptitudes travaillées	Outils de mesure	Conclusion des auteurs	Phase ^a
Collins, 2013 Déficience auditive	Adultes-Aînés - âge moyen : 65,5 ans (de 23,3 à 93,1 ans)	Recours à des stratégies verbales et non verbales de communication. Utilisation de l'aide auditive. Handicaps reliés aux incapacités auditives.	Mesures à 10 jrs post-visite appareillage et 2 sem. post-visite suivi. Capacités/incapacités auditives: Effectiveness of Auditory Rehab (EAR-module 1): fonctions auditives dans silence et bruit; Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE): handicaps reliés à incapacités auditives incluant dimensions sociale et émotive; Communication Profile for the Hearing Impaired (CPHI): comportements mal adaptés (MB), stratégies verbales (VS), stratégies non verbales (NVS). État de santé: Medical Outcomes Study 12 Item Short-Form Health Survey (SF-12): santé physique et mentale. Bénéfices aide technique: Hearing Aid Adherence (AdHeRe): fréquence utilisation aide auditive ; EAR (Module 2): confort, apparence, commodité aide auditive; Hearing Aid satisfaction with amplification in daily life (SADL); effets positifs, services et coût, aspects négatifs, image personnelle; International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA): bénéfices aides auditives. <u>À la fin des 2 visites: appareillage et suivi, questionnaire éval. session + info. retenue. 6 mois post-appareillage:</u> Questionnaires: SF-12, EAR, HHIE, CPHI, AdHeRe, SADL, IOI-HA. Évaluation économique: #visites non planifiées, coût total des visites d'ajustement et de f/u (planifiées et non planifiées) en audiologie. Coût inclut temps + salaire + bénéfices + coûts indirects.	Les visites d'ajustement de d'appareil auditif de groupe sont au moins aussi efficaces que les visites individuelles en termes de fonction auditive, adhésion et au nombre de visites non planifiées en plus d'autres données secondaires recueillies 6 mois post-ajustement. Cette étude supporte le recours à la modalité de groupe d'ajustement et de suivi pour réduire les coûts. Ce mode d'intervention peut contribuer à freiner l'augmentation des ressources requises et améliorer les délais d'attente pour les usagers tout en offrant des services de qualité.	3
Robertson, 2014 Douleurs lombaires	Adultes - âge moyen : entre 40,6 ans et 46,1 ans	Pour la douleur lombaire: Qualité de vie, Niveau d'incapacité (Lire ici "niveau de capacité") et le niveau de Douleur .	Qualité de vie: EuroQuol 5 dimensional Questionnaire. État de santé: Medical Outcomes Study 12 Item Short-Form Health Survey (SF-12); Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). Niveau d'incapacité: Oswerty Disability Index (ODI); The Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ); Douleur: Pain Self Efficacy Scale (PSES); Visual Analog Scale (VAS); The Quebec Back Pain Scale (QBPS). Back and leg scale.	Pas d'évidence que la physiothérapie offerte en groupe donne de moins bons résultats qu'en individuel, pour les douleurs lombaires (résultats équivalents).	3

^a Phase du continuum de service en réadaptation 2) phase post-aiguë 3) phase de l'adaptation et de l'intégration sociale

1 ^{er} Auteur, Année Clientèle	Population - âge moyen :	Aptitudes travaillées	Outils de mesure	Conclusion des auteurs	Phase ^a
Aprile, 2011 Prothèse du genou ou de la hanche	Aînés - âge moyen : 76,4 ans ± 8,7 ans	Force musculaire des membres inférieurs, l'amplitude articulaire, l'entraînement à la marche et aux escaliers, l'entraînement aérobique, la proprioception et l'équilibre.	<u>Mesure à : Pré-traitement, après 15 jours de traitement, à la fin du traitement (30 jours):</u> Japanese Orthopaedic Association (hanche) (JOA), International Keen Society Rating System (IKRS), Deambulation Index (DI), The Italian SF-36 Health Survey (SF-36), WOMAC, Harris Hip Score (HHS), Visual Analogue Scales (VAS): douleur. <u>Mesuré en pré-traitement:</u> BIG FIVE: évaluation des traits de la personnalité.	Pas de différence significative entre les 2 groupes. Leurs résultats suggèrent que, pour la même population, un programme en groupe peut offrir des résultats similaires à moindre coût comparé à des traitements individuels (pas d'analyse de coûts).	2
Ko, 2013 Prothèse du genou ou de la hanche	Adultes - âge moyen : N/D (Gpe d'âge N/D) Informations dans les annexes non disponibles	Force musculaire des membres inférieurs, l'amplitude articulaire, l'entraînement à la marche et aux escaliers, l'entraînement aérobique, la proprioception et l'équilibre.	<u>Mesures à 2, 10, 26 et 52 sem. post-op. Capacités/incapacités:</u> Oxford Knee Score (OKS); Western Ontario McMaster's University Osteoarthritis Index (WOMAC); AA genou; 6 m walk test; Capacité escalatrice, État de santé: Medical Outcomes Study 12 Item Short-Form Health Survey (SF-12). Satisfaction: questionnaire satisfaction, préférence du mode de tx, effets non désirés.	Thérapie individuelle n'apporte pas de résultats supérieurs comparativement aux traitements offerts en groupe ou au programme d'exercices à domicile pour le court et le long terme à la suite d'une arthroplastie du genou.	2
Coulter, 2009 Prothèse du genou ou de la hanche	Adultes-Aînés - âge moyen : 68 ans - (38 à 86 ans)	Force musculaire des membres inférieurs, l'amplitude articulaire, l'entraînement à la marche et aux escaliers, l'entraînement aérobique, la proprioception et l'équilibre.	<u>Mesures au congé de l'hôpital, 5 sem., 12 sem. post-op.</u> Capacités/Incapacités: Western Ontario McMaster's University Osteoarthritis Index (WOMAC); Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36); Time Up and Go (TUG), Range of Motion (ROM); 6 m walk test; Flexion du genou; extension du genou; Questionnaire de satisfaction. Efficacité du temps professionnel: Comparaison entre les deux groupes du temps direct (en présence de l'utilisateur) et indirect (préparation, documentation, nettoyage, suivi) par usager, passé par le personnel à chaque 4 mois. Le temps total du personnel pour la modalité de groupe inclut celui du physiothérapeute et des assistants en physiothérapie.	Pas de différence d'efficacité dans les résultats entre physiothérapie à la maison (individuelle) et en groupe à l'hôpital. En termes de temps professionnel, la modalité de groupe est jugée plus efficace (plus de temps direct avec usager).	2

^a Phase du continuum de service en réadaptation 2) phase post-aiguë 3) phase de l'adaptation et de l'intégration sociale

1 ^{er} Auteur, Année Clientèle	Population - âge moyen :	Aptitudes travaillées	Outils de mesure	Conclusion des auteurs	Phase ^a
English, 2007 2008 AVC	Adultes-Aînés - âge moyen : 66 ans ± 12 ans	Marche, Équilibre, Autonomie, Capacité motrice des membres supérieurs.	<p><u>Mesure à 4 sem., congé, 6 mois post-congé.</u> Marche-vitesse: 5 meter walk test (5MWT); Marche fonctionnelle: 2 minutes walk test (2MWT); Marche autonomie: Iowa level of assistance scale (ILOAS); Équilibre: Berg Balance scale (BBS). Capacité motrice des membres supérieurs: Motor assessment scale (MAS). Questionnaire: durée de séjour, satisfaction.</p> <p><u>Mesure Pré, à 4 sem., congé.</u> oui/non pour présence douleur dans les 24 hr précédentes. Sévérité de la douleur: Visual analogue scale (VAS). 15 choix proposés ainsi que case « Autre »</p>	<p>Pas de différences cliniques importantes ou d'écart statistique importants entre la thérapie individuelle et le groupe en circuit d'entraînement pour la récupération des aptitudes à la marche, l'équilibre et la capacité motrice des membres supérieurs. Cependant une proportion plus importante de participants à la modalité <u>groupe</u> était autonome à la marche (au moment du congé) et était davantage satisfaite du nombre de traitement reçus en physiothérapie (mais ont reçu le double du temps d'intervention) comparativement aux participants de la modalité individuelle. Démontre la sécurité et la faisabilité du groupe en circuit d'entraînement en tant que modalité unique de traitement en physiothérapie pour les usagers à l'interne.</p> <p>L'incidence et la sévérité de la douleur à l'épaule ne sont pas influencées par le mode d'intervention. Elles le sont davantage par le degré de mouvement actif de l'épaule. La crainte de la douleur à l'épaule ne devrait pas être une barrière à l'implantation de groupes.</p>	2
Van de port, 2012 AVC	Adultes - âge moyen : 56 et 58 ans	Équilibre, marche.	<p><u>Mesure Pré, 6, 12, 18, 24 sem. post-intervention :</u> résultats primaires: domaines mobilité du Stroke Impact Scale (SIS, auto évaluation, version 3.0). <u>Pré, 12, 24 sem. Post-intervention :</u> résultats secondaires: autres domaines du SIS; Rivermead mobility index (RMI), the falls efficacy scale (FES), Nottingham extended activities of daily living (NEADL), the hospital anxiety and depression scale (HADS), and the fatigue severity scale (FSS); Autres tests de performance: Motricity index (MI- Bras, Jambe), functional ambulation categories, six minute walk test , five metre comfortable walking speed test, timed balance test, timed up and go, modified stairs test, single letter cancellation task; autres outils: livre de bord tenu par patient (min. 12 semaines).</p>	<p>Pour les patients avec atteintes légères à modérées post-AVC, le groupe en circuit d'entraînement, débutant dans les 6 mois post-accident, est sûr et tout aussi efficace pour la distance et la vitesse de marche que les interventions individuelles en physiothérapie. Le faible ratio intervenant-patient suggère que ce mode d'intervention pourrait être moins coûteux et pourrait permettre d'intensifier le nombre d'interventions offertes en physiothérapie.</p>	3

^a Phase du continuum de service en réadaptation 2) phase post-aiguë 3) phase de l'adaptation et de l'intégration sociale

1 ^{er} Auteur, Année Clientèle	Population - âge moyen :	Aptitudes travaillées	Outils de mesure	Conclusion des auteurs	Phase ^a
Thieme, 2013 AVC	Adultes-Aînés - âge moyen : 67,2 ans ± 10,5	Fonction sensori-motrice, niveau d'activité, autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, la qualité de vie, la négligence visuospatiale.	Mesure Pré et post intervention (5 sem.) : Capacités/incapacités motrices: Reach arm test, Fugl-Meyer test (sections douleur et étendue du mouvement du module Bras); Modified Ashworth Scale (spasticité des doigts et des flexeurs du poignet). Qualité de vie: Stroke Impact Scale (SIS) Négligence visuo spatiale: Star Cancellation Test. Activités de la vie quotidienne: Barthel Index (AVQ).	Pas de différences entre les approches pour : aspect sensori-moteur, activités de la vie quotidienne, qualité de vie, étendue du mouvement et douleur. Différence significative pour les résultats obtenus en thérapie miroir (individuel vs groupe) pour la spasticité des doigts: plus spastique en individuel. La thérapie miroir en individuel est associée à de meilleurs résultats que l'intervention de contrôle pour la négligence visuospatiale. Pas de différence significative (groupe vs indiv.) pour ce qui est du taux d'adhésion. Démontre la faisabilité de l'approche de groupe avec les patients AVC ayant une atteinte motrice sévère. Considère que les patients avec négligence visuospatiale ou déficit d'attention seraient mieux desservis en mode individuel.	2
Lynch, 2008 AVC	Adultes-Aînés âge moyen 69,4 ± 14,6 ans.	N/A	Mesure: une semaine précédant la fin des interventions : Questionnaire maison (fiabilité test-retest évaluée)	Pas de différence dans le taux de satisfaction pour les deux formes d'intervention. Les patients perçoivent des avantages distincts aux deux modes d'intervention.	2
Fama, 2016 Étas-unis AVC	Adultes-Aînés - âge moyen : 58,7 ans (de 39 à 87 ans).	Aptitudes liées au langage et à la communication: le nombre de fois la personne initie la conversation; validité des réponses oui/non à des questions; exactitude à tâches automatiques de parole (ex: compter de 1 à 10); nombre de mots réels différents produits par la personne au cours d'exercices non automatiques.	Classification des observations selon le type, la cible et l'objectif de la communication. Types de communication: verbalisation, vocalisation, expression faciale/ contact visuel, pointer/montrer, iconique et tactile. Cibles de la communication: l'orthophoniste, un pair, un observateur ou le participant lui-même. Objectifs de la communication: transfert d'information, expression d'une demande/de besoins, le contact social, l'étiquette et le propos pour soi-même (self-talk). si impossible à déterminer par l'observateur, le contexte de communication était décrit.	La modalité de groupe offre un milieu propice pour travailler les objectifs de communication chez les personnes présentant une aphasie sévère en phase aiguë. Le groupe favorise l'initiation de la communication et est associé à une plus grande diversité de mode d'expression comparativement à l'approche individuelle. Les auteurs considèrent que l'intervention de groupe est un complément à l'approche individuelle en orthophonie pour cette clientèle aphasique post-AVC.	2

^a Phase du continuum de service en réadaptation 2) phase post-aiguë 3) phase de l'adaptation et de l'intégration sociale

1 ^{er} Auteur, Année Clientèle	Population - âge moyen :	Aptitudes travaillées	Outils de mesure	Conclusion des auteurs	Phase ^a
Kim, 2016 Corée AVC	Adultes-Aînés - âge moyen : 65,6 ans ± 9,2 ans.	Contrôle moteur des membres inférieurs, l'équilibre et la marche.	<u>Pré et post traitement (4 sem.)</u> Motricité membres inférieurs: Fugl-Meyer assessment (FMA-LL) Endurance à la marche: 6 min walk test (6MWT) Équilibre: Berg Balance Scale (BBS) Réalisation des activités quotidiennes: Korean version of the Modified Barthel Index (K-MBI).	Les résultats suggèrent que l'entraînement de groupe en circuit d'exercices de 90 min est aussi efficace qu'une intervention individuelle de 60 min. pour la récupération fonctionnelle des membres inférieurs, l'équilibre, l'endurance à la marche et la réalisation des activités de base de la vie quotidienne.	2
Song, 2015 Corée AVC	Adultes-Aînés - âge moyen : Groupe II: conventionnel + indiv: 64,10 (± 8,61 ans); Groupe III: conventionnel + groupe (circuit entraînement) 59,28 (±5,23 ans).	Mobilité, équilibre, marche.	<u>Pré et post traitement (4 sem.)</u> Marche: dimension qualitative: GAITRite (symétrie dans les phases d'appui et d'oscillation, foulée, ...) Marche: dimension quantitative: 2-minute walking Test (2MWT).	Les circuits d'entraînement orientés sur la tâche, offerts en individuel ou en groupe sont efficaces pour la réadaptation en déficience physique. La modalité de groupe semble avoir un effet positif pour les habiletés de marche chez les patients hémiplegiques post-AVC.	3
Renner, 2015 Pays-Bas AVC	Adultes - âge moyen 55,5 ± 10,5 ans (45 à 66 ans).	Mobilité, équilibre, marche, capacité escalatrice, Négligence visuo-spatiale.	<u>Mesures:</u> Pré intervention, 6 sem. (fin intervention, 24 sem.: Résultats primaires: SIS-Mobilité. Résultats secondaires: SIS autres domaines, RMI, FES, HADS, FSS, MI, 6MWT, timed up and go, chair rise test, modified climb test, LCT. L'étude fait mention de deux mesures importantes pour les déplacements dans la communauté soit la capacité à marcher à une vitesse de plus de 1.2 m/s cruciale ainsi qu'une distance de marche de plus de 300 m.	Pour les patients post AVC en réadaptation intensive, présentant des atteintes modérées à sévères, les entraînements axés sur la tâche, offerts en groupe sont aussi efficaces que les interventions en individuel. Ces interventions de groupe sont sûres même pour les patients qui ne peuvent se déplacer de manière autonome. Les interventions de groupe nécessitent moins de personnel.	2

^a Phase du continuum de service en réadaptation 2) phase post-aiguë 3) phase de l'adaptation et de l'intégration sociale

1 ^{er} Auteur, Année Clientèle	Population - âge moyen :	Aptitudes travaillées	Outils de mesure	Conclusion des auteurs	Phase ^a
King, 2015 Étas -Unis Parkinson	Adultes-Aînés - âge moyen : 64,2 ± 7,3 ans.	Activités de la vie quotidienne, équilibre, marche, mobilité.	Mesures: Pré-Post (4 sem.) Résultats primaires: Physical performance test (PPT) Résultats secondaires Niveau fonctionnel: UPDRS (AVQ et aspect moteur) PDQ, LARS, SES, GDS, MBT, ABC Marche: Freezing of gait (FOG), TUG, TUG-D, Vitesse de la foulée, du bras et du tronc, variabilité du temps de la foulée, durée de la rotation.	Des bénéfices spécifiques sont associés aux différentes modalités d'intervention. Le <u>groupe</u> semble plus efficace pour l'amélioration des aptitudes liées à la marche. Le sentiment de confiance en son équilibre est plus grand dans cette modalité. Les auteurs suggèrent que les interactions et l'ambiance du groupe peuvent contribuer à renforcer cette confiance par ailleurs importante pour l'amélioration de la marche. La modalité <u>individuelle</u> soutient d'avantage l'amélioration des habiletés fonctionnelles et l'équilibre. L'auteur suggère une approche qui combine les deux modalités d'intervention.	3
Bradbury, 2008 Canada TCC	Adultes - âge moyen : 41,19 ans (entre 29,3 et 55,5 ans). Traumatisme craniocérébral de degré modéré à sévère.	Bien-être émotionnel, capacités d'adaptation, intégration dans la communauté.	Mesuré: Pré, post-traitement et suivi (1 mois post-traitement). Résultats primaires: Symptom checklist-90-revised (SCL-90-R) Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) Résultats secondaires: Community integration questionnaire (CIQ), Ways of coping scale revised, Community Integration Questionnaire.	Résultats similaires pour les deux modalités de l'approche cognitivo-comportementale avec impact positif sur la diminution de la détresse émotionnelle et maintien 1 mois post-traitement. L'impact de cette version de l'approche destinée à des traumatisés crâniens sur l'intégration à la communauté et la stratégie d'adaptation demeurent non concluants et nécessitent plus d'investigation.	3

^a Phase du continuum de service en réadaptation 2) phase post-aiguë 3) phase de l'adaptation et de l'intégration sociale

Annexe J - Liste des outils utilisés dans le cadre des études par ordre alphabétique

Abréviations	Noms
2MWT	2-Meter Walk Test
5MWT	5-Meter Walk Test
6MWT	6-Meter Walk Test
AA	Amplitudes articulaires
ABC Scale	Activities-specific <i>Balance Confidence Scale</i>
ARAT	Action Research Arm Test
AdHeRe	Hearing Aid Adherence
Back and Leg Scale	–
Balance Confidence Scale	–
Barthel Index	–
BBS	Berg Balance Scale
BIG FIVE (Personality Test)	–
Test de capacité escalatrice	–
Chair Rise Test	–
CIQ	Community Integration Questionnaire
CPHI	Communication Profile for the Hearing Impaired
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale
DI	Deambulation Index
EAR	Effectiveness of Auditory Rehab
EuroQuol 5 D	EuroQuol 5-dimension questionnaire
FES	Fall Efficacy Scale
FSS	Fatigue Severity Scale
FMA FMA-LL	Fugl-Meyer Assessment
GAITRite	–
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HHIE	Hearing Handicap Inventory for the Elderly
HHS	Harris Hip Score
IKSRS	International Keen Society Rating System
ILOAS	Iowa Level of Assistance Scale
IOI-HA	International Outcome Inventory for Hearing Aids
JOA	Japanese Orthopaedic Association
K-MBI	–
LARS	Lille Apathy Rating Scale
LCT	Letter Cancellation Task
MAS	Motor assessment scale
MBT	Mini-BESTest
Modified Climb Test	–
MOS	Medical Outcomes Study
NEADL	Nottingham Extended ADL Scale

Abréviations	Noms
ODI	Oswestry Disability Index
OKS	Oxford Knee score
PDQ	Parkinson's Disease Questionnaire
PSES	Pain Self-Efficacy Scale
QBPS	The Quebec Back Pain Scale
RAT	Reach Arm test
RMDQ	The Roland-Morris Disability Questionnaire
RMI	Rivermead Mobility Index
ROM	Range of motion
SADL	Hearing Aid Satisfaction with Amplification in Daily Life
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
SF-12	12-Item Sort-Form Health Survey
SF-36	36-Item Short-Form Health Survey
SIS	Stroke Impact Scale
SCT	Star Cancellation Test
PPT	Physical Performance Test
TBS	Timed Balanced Scale
TUG	Timed Up and Go
UPDRS	Unified Parkinson's Disease Rating Scale
VAS	Visual Analog Scale
Ways of Coping Scale	–
WOMAC	The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

Annexe K - Évaluation de la qualité méthodologique des études

AMSTAR (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*)

Étude	Score
Robertson & Harding, 2014	9/11

MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool*)

Étude	Score
Aprile et al., 2011	Aucun score
Bradbury et al., 2008	4/4
Collins et al., 2013	3/4
Coulter, Weber & Scarvell, 2009	4/4
English et al., 2007	3/4
English, Hillier & Stiller, 2008	4/4
Fama et al., 2016	3/4
Kim et al., 2016	4/4
King et al., 2015	3/4
Ko et al., 2013	4/4
Lynch et al., 2008	4/4
Renner et al., 2015	3/4
Song, Kim & Park, 2015	1/4
Thieme et al., 2013	3/4
Van de Port et al., 2012	4/4

Annexe L - Information supplémentaire sur l'expérience professionnelle des répondants au questionnaire

Nombre de répondants au questionnaire classés selon le nombre d'années dans la profession actuelle (total 162)

Nombre d'années dans la profession	Nombre de répondants	Pourcentage (100%)
0 à 5 ans	34	21,0 %
6 à 15 ans	62	38,3 %
16 à 25 ans	46	28,4 %
26 ans et plus	20	12,3 %

Nombre de répondants ayant rapporté avoir effectué des interventions de groupe par clientèles (parmi les 104 répondants ayant affirmé avoir réalisé des interventions de groupe)

Clientèles	Nombre de mentions
Déficience visuelle	16
Déficience auditive	22
Trouble du langage	6
Déficience motrice : Traumatisme craniocérébral (TCC)	14
Déficience motrice : Accident vasculaire cérébral (AVC)	28
Déficience motrice : Autres lésions cérébrales (ex. tumeur, encéphalopathies)	16
Déficience motrice : Maladie neuromusculaire évolutive	20
Déficience motrice : Lésions médullaires	16
Déficience motrice : Neuropathies	8
Déficience motrice : Amputations	9
Déficience motrice : Lésions musculosquelettiques complexes, incluant blessures orthopédiques graves (BOG)	18
Déficience motrice : Brûlures graves	0
Déficience motrice : Affection rhumatologique	5
Déficience motrice : Douleur chronique	8
Déficience motrice : Orthopédie - Clientèle santé physique	19
Autre	10

Proportion des activités professionnelles réalisées en groupe (parmi les 104 répondants ayant affirmé avoir réalisé des interventions de groupe)

Proportion	Nombre
Moins de 10 %	73
Entre 10 % et 24 %	23
Entre 25 % et 49%	6
Entre 50 % et 74 %	2
75 % et plus	0

Annexe M - Caractéristiques des participants aux discussions de groupe

Cliniciens Phase 2

Site	Discipline	Programme	Clientèle	# années profession
HJR	Physiothérapie	Santé physique	Orthopédie externe	14
IRGLM	Ergothérapie	Neurologie (AVC)	AVC + autres neuro	6
IRGLM	Technique de réadaptation physique	Santé physique	Orthopédie-subaiguë	34
IRGLM	Service social	Neurologie	AVC-TCC-autre neuro	14
IRGLM	Physiothérapie	Amputés-BOG (Blessures orthopédiques graves)	Amputés	20
IRGLM	Neuropsychologie	Neurologie (TCC)	TCC	15

Cliniciens Phase 3

Site	Discipline	Programme	Clientèle	# années profession
IRD	Psychologie	Sourds	Sourds	15
HJR	Ergothérapie	Trauma et spécialisés	Adultes- retour au travail/santé physique	29
CRLB	Ergothérapie	Lésions Médullaires (LM)	LM	22
IRD	Psychologie	Aînés	Aînés/sourdes gestuelles/malentendants	30
INLB	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle	Aînés Mtl-Laval	Aînés	8
CRLB	Service social	Clinique des maladies neuromusculaires	Adultes/maladies neuromusculaires	20
CRLB	Éducation spécialisée	LM	LM	11
CRLB	Orthophonie	Encéphalopathies	AVC	13
IRD	Audiologie	Aînés	Aînés-malentendants	6

NB : parmi les participants aux 2 groupes de cliniciens, une seule personne n'avait jamais réalisé d'interventions de groupe.

Gestionnaires

Site	Discipline	Programme	# années profession
IRGLM-CRLB	Ergothérapie	Amputations - BOG	6
INLB - IRD	Service social	Surdicécité, Aînés Mtl-Laval	5
INLB	Spécialité en réadaptation en déficience visuelle	Adultes + réadaptation au travail	15
INLB	Soins infirmiers	Coordo. services en réadaptation en déficience visuelle	13
IRGLM-CRLB	Service social	Santé physique	12

Annexe N - Caractéristiques des usagers interrogés

Sexe/âge	Site	Programme	Déficiences	Phase	Statut
F 70 ans	INLB	Aînés Montréal-Laval	Déficiences visuelles	Phase 3	Congé
H 49 ans	CRLB	Maladies évolutives	Déficiences motrices: Sclérose en plaques	Phase 3	Actif
H 82 ans	IRGLM	AVC	Déficiences motrices: AVC	Phase 3	Actif
F 69 ans	HJR	AVC	Déficiences motrices: AVC	Phase 2 et 3	Congé