

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Synthèse des connaissances sur les soins à domicile

Chercheur principal

André Tourigny, INSPQ¹, CEVQ², Université Laval

Co-chercheur(s)

Lucie Bonin, INSPQ, CEVQ

Pierre J. Durand, Université Laval, CEVQ

Edeltraut Kröger, Université Laval, CEVQ

Danielle Laurin, Université Laval, CEVQ

Line Robichaud, Université Laval, CEVQ

Andrée Sévigny, Université Laval, CEVQ

Collaborateurs

Annick Bédard, CEVQ

Isabel Bean, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jocelyne Bélanger, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jean-Paul Ouellet, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Chantal Bournival, CSSS Becancour-Nicolet-Yamaska

Guylaine Lacroix, CSSS Portneuf

Odile Saint-Amant, CSSS Portneuf

Caroline Dallaire, CSSS de Québec-Nord

Sonia Guilbert, CSSS de Trois-Rivières

Marie-Ève Roussel, CEVQ

Mélanie Martin, CEVQ

Annie Frappier, CEVQ

Maxime Gagnon, CEVQ

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Numéro du projet de recherche

2010-MD-136464

Titre de l'Action concertée

Modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
et le Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)

¹ Institut national de santé publique du Québec

² Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Programme *Actions concertées*
Article promotionnel

IDENTIFICATION

1- Nom du chercheur principal et de son établissement

André Tourigny, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

2- Nom du ou des cochercheur(s), du ou des chercheur(s) collaborateur(s) et de leur(s) établissement(s) respectif(s)

Annick Bédard, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Danielle Laurin, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Lucie Bonin, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Line Robichaud, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Pierre J. Durand, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Edeltraut Kröger, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

Andrée Sévigny, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

Isabel Bean, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jocelyne Bélanger, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jean-Paul Ouellet, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Chantal Bournival, CSSS Becancour-Nicolet-Yamaska

Guylaine Lacroix, CSSS Portneuf

Odile Saint-Amant, CSSS Portneuf

Caroline Dallaire, CSSS de Québec-Nord

Sonia Guilbert, CSSS de Trois-Rivières

Marie-Ève Roussel, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Mélanie Martin, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Annie Frappier, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Maxime Gagnon, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

4- Établissement gestionnaire de la subvention

Centre hospitalier affilié Universitaire de Québec – Hôpital St-Sacrement

5- Titre du projet de recherche

Synthèse de connaissances sur les soins à domicile

6- Numéro du projet de recherche

2010-AC-136464

7- Titre de l'action concertée

Les modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

8- Partenaires de l'action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Coordination et transition impliquant les soins à domicile chez les personnes âgées: quelles sont les preuves d'efficacité ?

Planifier le congé des personnes âgées et agir autant à l'hôpital qu'au domicile pourrait permettre d'éviter un retour à l'hôpital.

Dans un contexte où la demande de soins à domicile augmente beaucoup plus rapidement que ne le fait l'offre de services, il est d'autant plus pertinent de baser les décisions prises et les priorités retenues sur les meilleures données probantes disponibles. Les études scientifiques mettent en évidence que la planification du congé d'une personne âgée de l'hôpital réduit le risque que cette personne soit réadmise à l'hôpital, surtout si elle se déroule à partir de l'hôpital jusqu'au domicile. Cette planification du congé, accompagnée d'un suivi à domicile, pourrait aussi aider la personne âgée à fonctionner de façon plus autonome lors de son retour à la maison après une visite à l'urgence. Une évaluation de l'ensemble de sa condition de santé par une infirmière spécialisée à laquelle s'ajoute un suivi à son domicile pourrait aussi contribuer à améliorer son autonomie dans la réalisation de ses activités.

Les incapacités des personnes âgées ayant des besoins de longue durée pourraient être réduites lorsqu'un professionnel de la santé est spécifiquement attiré à une personne âgée pour coordonner les services et soins de santé qu'elle reçoit ou qu'elle a besoin de recevoir.

D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces interventions sur la santé des patients et sur leurs aidants et vérifier leur coût pour le système de santé. D'autres études sont également requises pour préciser quels sont les éléments clés des interventions qui assurent leur succès, par exemple la durée du suivi au domicile offert par le professionnel de la santé.

Résumé

IDENTIFICATION

1- Nom du chercheur principal et de son établissement

André Tourigny, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

2- Nom du ou des cochercheur(s), du ou des chercheur(s) collaborateur(s) et de leur(s) établissement(s) respectif(s)

Annick Bédard, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Danielle Laurin, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Lucie Bonin, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Line Robichaud, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Pierre J. Durand, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Edeltraut Kröger, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

Andrée Sévigny, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

Isabel Bean, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jocelyne Bélanger, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jean-Paul Ouellet, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Chantal Bournival, CSSS Becancour-Nicolet-Yamaska

Guyline Lacroix, CSSS Portneuf

Odile Saint-Amant, CSSS Portneuf

Caroline Dallaire, CSSS de Québec-Nord

Sonia Guilbert, CSSS de Trois-Rivières

Marie-Ève Roussel, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Mélanie Martin, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Annie Frappier, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Maxime Gagnon, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

4- Établissement gestionnaire de la subvention

Centre hospitalier affilié Universitaire de Québec – Hôpital St-Sacrement

5- Titre du projet de recherche

Synthèse de connaissances sur les soins à domicile

6- Numéro du projet de recherche

2010-AC-136464

7- Titre de l'action concertée

Les modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

8- Partenaires de l'action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Coordination et transition impliquant des soins à domiciles chez les personnes âgées: quelles sont les preuves d'efficacité ?

Quels sont les mécanismes les plus efficaces de transition et de coordination entre le domicile et a) les centres hospitaliers (unités de soins), b) l'urgence, et/ou c) les médecins de famille, pour améliorer la qualité et la continuité des services chez la clientèle âgée avec des besoins de longue durée liés aux pertes d'autonomies liées au vieillissement, aux maladies neurodégénératives et aux maladies chroniques (maladies pulmonaires obstructives chroniques, maladies cardio-vasculaires, diabète) ?

Une revue systématique des revues de la littérature a été réalisée afin de répondre à cette question. Une méthodologie rigoureuse a été employée afin de recueillir les preuves scientifiques d'efficacité des interventions faites à domicile.

Les résultats les plus fiables montrent que la planification du congé d'une personne âgée de l'hôpital réduit le risque de réadmission à l'hôpital, surtout si elle se déroule à la fois à l'hôpital et au domicile. La mortalité n'est toutefois pas affectée. Lorsqu'elles s'accompagnent d'un suivi à domicile, il se pourrait que la planification de congé et les évaluations globales de la condition de santé faites par des infirmières spécialisées puissent permettre aux personnes âgées qui quittent l'urgence de fonctionner de façon plus autonome. Bien que les évaluations en ergothérapie à domicile soient monnaie courante dans le contexte du congé de l'hôpital, notamment pour vérifier si le retour au domicile est sécuritaire, leur efficacité n'est pas encore démontrée.

Les interventions de coordination faites par un gestionnaire de cas diminueraient, quant à elles, les incapacités des personnes âgées fragiles ou atténueraient le déclin de leur niveau de fonctionnement. Lorsque ces interventions sont appliquées, les personnes âgées demeureraient moins longtemps à l'hôpital ou dans un centre d'hébergement et recevraient plus de soins à domicile.

Bien que les preuves scientifiques soient encore insuffisantes pour démontrer quels sont les éléments clés qui assurent le succès d'une intervention, les connaissances actuelles mettent en lumière des pistes intéressantes. Parmi ces pistes, notons: une intervention rapide, du personnel bien formé en gériatrie, une évaluation globale de la personne âgée, des interventions ciblant les personnes les plus à risque, des intervenants qui réfèrent les patients aux bons services et des suivis auprès des patients. Par ailleurs, les interventions de gestion de cas en soins infirmiers seraient plus efficaces lorsqu'elles incluent, en plus du courtage, un ensemble de stratégies allant de la prévention à l'intervention en situation de crise, en passant par l'évaluation globale et le développement du réseau communautaire. Les collaborations interdisciplinaires, des visites du médecin à domicile et des visites fréquentes des infirmières semblent rendre les interventions de coordination et de liaison infirmières plus efficaces.

Actuellement, les interventions évaluées scientifiquement sont majoritairement réalisées par des infirmières avec parfois la contribution d'intervenants provenant d'autres disciplines, particulièrement l'ergothérapie et la physiothérapie. Selon ces données probantes, on ne sait donc pas si la planification de congé et la coordination sont aussi efficaces lorsqu'elles sont réalisées par des intervenants sociaux.

Ces résultats sont limités aux interventions qui comportent des soins offerts au domicile des personnes âgées par un professionnel de la santé. D'autres modèles de soins qui peuvent ou non inclure des services offerts à domicile peuvent avoir démontré leur efficacité mais n'ont pas été évalués dans ce projet. Il reste encore beaucoup à faire pour évaluer l'efficacité des différents mécanismes de transition et de coordination entre les soins à domicile et les autres organismes offrant des soins de santé. Les effets de ces interventions sur les patients, sur les proches et sur le système de soins sont encore insuffisants. Les éléments qui assurent le succès de ces interventions sont à explorer davantage dans les recherches futures. À titre d'exemple des éléments à explorer notons: À quel moment débiter la planification de congé? Qui doit assurer la coordination de la planification du congé (un professionnel de l'hôpital ou des services de soins à domicile) et de la même façon, qui doit assurer le suivi à domicile après le congé de l'hôpital? Combien de visites à domiciles sont nécessaires après le congé et quelle est la fréquence optimale de celles-ci? Quelles disciplines doivent être impliquées? Quels sont les modes de communication les plus efficaces entre les différents programmes ?

Dans un contexte où la demande de soins à domicile augmente beaucoup plus rapidement que ne le fait l'offre de services, il est d'autant plus pertinent de baser les décisions prises et les priorités retenues sur les meilleures données probantes disponibles. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), par le biais du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FORSC) lançait en 2009 un appel de proposition afin de réaliser une synthèse des connaissances sur les modèles et approches innovants en soins à domicile. Les objectifs proposés par les chercheurs étaient les suivants: 1) Réaliser une revue des connaissances sur les modèles ou approches novatrices de soins à domicile pour lesquels des données probantes existent et qui permettent de répondre aux questions de recherche priorisées par les partenaires (MSSS, CSSS); 2) Documenter les éléments de réponse à ces questions, notamment: l'efficacité des modèles d'interventions identifiés pour améliorer les soins au niveau de la personne et de ses proches, des professionnels, et du système de soins; les coûts liés à l'utilisation de ces approches pour le réseau, la personne et la famille; les facteurs facilitants, les obstacles et l'applicabilité dans une province canadienne (Québec) de ces approches; 3) Réaliser une synthèse de ces connaissances et élaborer un énoncé fondé sur les preuves. Les besoins de connaissances des partenaires ont servi à développer les questions de recherche et les partenaires ont assisté à l'ensemble du processus via la formation d'un comité de suivi composé de représentants du MSSS et de quatre Centre de santé et de services sociaux de la grande région de Québec (CSSS de Québec-Nord et de Portneuf) et de la Mauricie (CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska et de Trois-Rivières).

Résumé

La présente synthèse des connaissances a permis de confirmer le grand nombre d'études publiées dans le domaine des soins à domicile. L'équipe de recherche avait répondu à l'appel de proposition du FQRSC avec l'objectif supplémentaire de développer son expertise dans la réalisation de revue systématique. La notion de « systématique » implique une méthode très rigoureuse qui requière deux personnes pour sélectionner les revues, évaluer leur qualité et extraire les données pertinentes. Cette méthodologie implique un investissement en temps et argent relativement élevé. Il serait important dans l'avenir de déterminer au départ si l'intention des partenaires est d'obtenir un survol de la littérature ou une revue systématique. Si le but est d'explorer l'ensemble des interventions possibles, la revue de portée (revue de survol, en anglais "scoping review") serait préférable. Si l'objectif est d'identifier les interventions efficaces, la revue systématique permet de démontrer cette efficacité avec davantage de confiance.

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

IDENTIFICATION

1- Nom du chercheur principal et de son établissement

André Tourigny, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

2- Nom du ou des cochercheur(s), du ou des chercheur(s) collaborateur(s) et de leur(s) établissement(s) respectif(s)

Annick Bédard, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Danielle Laurin, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Lucie Bonin, Institut National de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Line Robichaud, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Pierre J. Durand, Université Laval, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Edeltraut Kröger, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

Andrée Sévigny, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

Isabel Bean, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jocelyne Bélanger, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Jean-Paul Ouellet, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Chantal Bournival, CSSS Becancour-Nicolet-Yamaska

Guyline Lacroix, CSSS Portneuf

Odile Saint-Amant, CSSS Portneuf

Caroline Dallaire, CSSS de Québec-Nord

Sonia Guilbert, CSSS de Trois-Rivières

Marie-Ève Roussel, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Mélanie Martin, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Annie Frappier, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Maxime Gagnon, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

4- Établissement gestionnaire de la subvention

Centre hospitalier affilié Universitaire de Québec – Hôpital St-Sacrement

5- Titre du projet de recherche

Synthèse de connaissances sur les soins à domicile

6- Numéro du projet de recherche

2010-AC-136464

7- Titre de l'action concertée

Les modèles innovants d'organisation de service de soutien à domicile

8- Partenaires de l'action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

SOURCES DE FINANCEMENT

Cette recherche a été financée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC; programme *Actions concertées*) ainsi que par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ). Une contribution des IRSC a aussi été apportée par le biais d'une bourse post-doctorale du programme FormSav.

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION	i
SOURCES DE FINANCEMENT.....	ii
PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	1
1. Problématique	1
2. Principales questions de recherche et hypothèses	2
3. Objectifs poursuivis	2
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX.....	3
PARTIE C - MÉTHODOLOGIE	6
1. Méthode de recherche bibliographique.....	6
2. Sélection des études.....	6
3. Procédure d'extraction	8
4. Évaluation de la qualité méthodologique des revues incluses	8
5. Synthèse des résultats.....	9
PARTIE D - RÉSULTATS	10
1. Résultats obtenus.....	10
2. Conclusions et pistes de solution	10
3. Principales contributions.....	27
PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE	28
1. Pistes de recherche	28
2. Pistes de solutions.....	29
PARTIE F - RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES.....	32

Programme *Actions concertées*
Annexes

LISTE DES ANNEXES

Annexe A État des connaissances	33
Annexe B Questions de recherche identifiées et priorisées lors de l'exercice d'atteinte de consensus (TRIAGE)	38
Annexe C Résumé de la méthodologie.....	42
Annexe D Liste des banques de données et des sites web consultés	44
Annexe E Mots clés utilisés et exemple de stratégie de recherche	48
Annexe F Critères d'inclusion et d'exclusion	53
Annexe G Exemple de fiche d'extraction	57
Annexe H Évaluation de la qualité méthodologique des revues et hiérarchie de la preuve	66
Annexe I Fiche d'évaluation de la qualité	73
Annexe J Résumé des résultats de la recherche bibliographique.....	79
Annexe K Tableaux des résultats.....	131
Annexe L Forces et faiblesses des revues et des études retenues	157
Annexe M Énoncé de la preuve pour chacune des sept études incluses	163
Annexe N Résumé des effets des interventions tirés des énoncés de la preuve....	181

Programme *Actions concertées*
Annexes

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Résumé de la méthodologie	43
Figure 2. Ordinogramme des résultats	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Soins à domicile dans les diverses étapes d'un continuum de soins et traitements.	34
Tableau 2. Liste des banques de données et des sites web consultés lors de la recherche bibliographique	45
Tableau 3. Liste des mots clés utilisés pour les recherches en langue anglaise	49
Tableau 4. Liste des mots clés utilisés pour les recherches en langue française (littérature grise, sites gouvernementaux)	50
Tableau 5. Résumé des résultats obtenus lors de la recherche bibliographique	80
Tableau 6. Liste des documents rejetés et raisons du rejet.....	82
Tableau 7. Description des études retenues provenant des revues systématiques	132
Tableau 8. Résumé des résultats des études retenues et des conclusions de la revue et des études retenues	137
Tableau 9. Description des interventions décrites dans les revues incluses et de leurs résultats	146
Tableau 10. Forces et faiblesses des revues et des études retenues	158
Tableau 11. Résumé des effets des interventions tirés des énoncés de la preuve.	182

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

L'augmentation de l'espérance de vie, un des facteurs contribuant au vieillissement de la population, témoigne du succès des progrès accomplis sur le plan des conditions et habitudes de vie ainsi que des soins et des services de santé. Autre preuve de succès, le taux d'incapacité diminue chez les personnes âgées depuis la fin des années 1980 (Manton, 2008). Ces réussites s'accompagnent cependant d'énormes défis compte tenu de l'arrivée massive des baby-boomers dans la cohorte des 65 ans et plus à partir de 2011. Ainsi, même si certains indicateurs d'état de santé s'améliorent, le nombre de personnes qui présenteront des incapacités ou des maladies chroniques augmentera considérablement compte tenu que le nombre de personnes âgées doublera entre 2006 et 2031, tant au Québec qu'au Canada (Bélanger et al., 2005). Ces changements, accompagnés de d'autres aux plans social, clinique et de l'organisation des soins et des services concourent à mettre à l'avant-plan des politiques de santé, le développement accéléré des soins à domicile ici (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2003) et ailleurs (Tarricone et al., 2008).

Les soins à domicile (SAD) sont compris comme une gamme de soins et de services professionnels qui permettent à des personnes, peu importe la cause et les circonstances de leurs incapacités, de rester à leur domicile ou d'y retourner rapidement après un épisode de soins (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2003). Cette gamme de soins et services professionnels inclut les services médicaux, les soins infirmiers, les services de nutrition, les services de réadaptation de base (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie), les services d'inhalothérapie et les services psychosociaux. D'autres services plus spécialisés de consultation médicale (gériatrie, psychogériatrie, psychiatrie et pédiatrie) ou en réadaptation et des services d'un pharmacien peuvent aussi compléter cette gamme (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2003).

Le Québec a longtemps été une des provinces ayant le moins investi dans les services de soutien à domicile. Il s'est fixé comme objectif depuis quelques années d'accroître les budgets qui y sont consentis (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2005). Dans un contexte de demandes qui augmentent beaucoup plus rapidement que ne le fait l'offre de services, il est d'autant plus pertinent de baser les décisions prises et les priorités retenues sur les meilleures données probantes disponibles.

La littérature scientifique et grise touchant les soins à domicile est considérable étant donné que le champ lui-même des SAD touche toutes les composantes du continuum de soins, en allant de la prévention aux soins en fin de vie (voir l'état des connaissances à l'Annexe A), d'où la pertinence de revoir de façon systématique les données déjà synthétisées touchant les modèles ou approches innovantes de SAD.

Ce rapport de recherche s'inscrit dans le contexte de l'appel de proposition lancé par le FQRSC en mai 2009 intitulé « Les modèles innovants d'organisation de service de

soutien à domicile ».

2. Principales questions de recherche et hypothèses

Le choix de la question de recherche a été déterminé par un comité consultatif composé de représentants du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Portneuf, Québec-Nord, Bécancour-Nicolet-Yamaska et de Trois-Rivières. Afin de faciliter l'atteinte de consensus, la technique de recherche d'informations par animation d'un groupe d'experts (TRIAGE; Gervais et al., 2002) a été utilisée. Cette technique inductive de collecte de données qualitatives se situe entre le groupe de discussion et la technique du groupe nominal. Elle est structurée en trois étapes qui mènent à l'identification d'énoncés : la préparation, la production individuelle et la production interactive. La démarche a été menée les 22 et 25 mars 2010 par une des chercheurs (L.R.), qui a déjà utilisé TRIAGE à plusieurs occasions. Trois représentants du MSSS et cinq représentants de quatre CSSS y ont participé en plus de cinq membres de l'équipe de recherche. Les questions similaires identifiées par les CSSS et le MSSS ont été combinées.

Treize questions ont été ainsi identifiées et priorisées. La liste complète des questions figure à l'Annexe B. La question de recherche qui fait l'objet de ce rapport a été jugée prioritaire tant par le MSSS et les CSSS. Cette question est la suivante :

Quels sont les mécanismes les plus efficaces de transition et de coordination (incluant la coordination des services professionnels – liaison, transfert d'information, etc.), entre le domicile et a) les centres hospitaliers (unités de soins), b) l'urgence, et/ou c) les médecins de famille, pour améliorer la qualité et la continuité des services chez la clientèle âgée avec des besoins de longue durée liés aux pertes d'autonomies liées au vieillissement, aux maladies neurodégénératives et aux maladies chroniques (MPOC, maladies cardio-vasculaires, diabète).

La clientèle adulte en général (âgée et non âgée) était visée au départ. Après discussion avec le comité de suivi, la clientèle visée a cependant dû être restreinte aux personnes âgées ayant des besoins de longue durée et aux revues portant sur plus qu'un problème de santé spécifique compte tenu du nombre important de documents récupérés.

3. Objectifs poursuivis

L'objectif général du projet est de fournir de nouvelles connaissances sur les modèles ou approches novatrices de soins à domicile aux MSSS, aux agences et aux CSSS. Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Identifier les besoins de connaissances des milieux de soins et du MSSS quant aux modèles ou approches novatrices de soins à domicile;
- 2) Réaliser une revue des connaissances sur les modèles ou approches novatrices de soins à domicile pour lesquels des données probantes existent et qui

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

permettent de répondre aux questions des partenaires du milieu;

3) Documenter les éléments de réponse aux questions-clés, notamment :

- l'efficacité des modèles d'interventions identifiés à l'objectif 1 pour améliorer les soins au niveau du patient et de ses proches, des professionnels, et du système de soins;
- les coûts liés à l'utilisation de ces approches pour le réseau, la personne et la famille;
- les facteurs facilitants, les obstacles et l'applicabilité au Québec de ces approches.

4) Réaliser une synthèse de ces connaissances et élaborer un énoncé fondé sur les preuves pour chaque question-clé.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX

Les résultats de cette synthèse des connaissances portent sur les interventions qui incluent des soins offerts au domicile des personnes âgées par un professionnel de la santé. Ils sont susceptibles d'intéresser deux types d'auditoire : les planificateurs et gestionnaires de soins à domicile et les chercheurs.

Les messages généraux s'adressant à ces deux auditoires sont les suivants :

Les soins à domicile couvrent toutes les clientèles, tous les âges et tout le continuum de soins, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie. Ils sont et seront un des enjeux majeurs du système de soins et de services au cours des prochaines années. Puisque les soins à domicile vont requérir des investissements importants afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées dont le nombre est croissant, il apparaît essentiel de prendre en compte ce que nous apprennent les données probantes à ce sujet.

Une synthèse de connaissances qui recourt à une démarche systématique tant pour identifier et sélectionner le matériel pertinent que pour en évaluer la qualité comporte plusieurs avantages par rapport à une revue de littérature qui ne le fait pas. Les risques d'erreur et de biais sont alors minimisés. Ce type de synthèse est à encourager afin d'accroître le degré de confiance des publics-cibles dans les résultats obtenus.

En plus de tenir compte du financement et des échéanciers disponibles, il apparaît essentiel de spécifier et de préciser le plus possible quelques questions prioritaires afin de tirer profit au maximum de ce type de démarche. Dans la présente synthèse de connaissances, plusieurs décisions ont dû être prises en cours de réalisation afin de circonscrire la portée de la synthèse à un objet plus précis et ce, même si des efforts avaient déjà été faits en ce sens lors de l'exercice d'atteinte de consensus visant à choisir les questions de recherche. Malgré cela, la question est demeurée relativement large entraînant une sélection de revues systématiques dont l'objet principal d'étude variait davantage d'une revue à l'autre par rapport à ce qui était

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

attendu. Il apparaît donc important, dès le lancement d'un appel de proposition, de préciser pour chacune des questions à documenter, la **P**opulation à l'étude, l'**I**ntervention précise à étudier et celle(s) à laquelle on désire la **C**omparer, les résultats (« **O**utcomes ») de santé ou autres qui apparaissent pertinents à documenter (**PICO**).

Les responsables d'appel de proposition touchant les synthèses de connaissances ont également intérêt à indiquer d'emblée s'ils désirent une revue systématique ou une revue de portée (« scoping review ») selon, entre autres, l'ampleur souhaitée et si les objectifs impliquent ou non un caractère exploratoire.

La démarche réalisée suggère la pertinence d'inclure à la fois des questions priorisées aux paliers central (ministère) et local (CSSS) pour des sujets comme les soins à domicile puisque les questions identifiées et l'ordre de priorité accordé à celles-ci diffèrent selon les paliers.

Enfin, la réalisation d'une telle synthèse des connaissances s'avère pertinente puisque la majorité des interventions retrouvées dans la littérature sont considérées par les décideurs et gestionnaires comme étant applicables au Québec, moyennant certaines adaptations dans un peu moins de la moitié des cas.

Les messages spécifiques s'adressant aux planificateurs et gestionnaires sont les suivants :

Cette synthèse de connaissances met en évidence trois types de résultats : ceux qui sont bien appuyés scientifiquement, ceux qui apparaissent prometteurs et ceux qui témoignent d'une insuffisance de données scientifiques pour conclure à l'efficacité ou non des interventions.

Les résultats qui sont bien appuyés scientifiquement incitent à poursuivre, voire à intensifier les orientations déjà prises en démontrant les impacts des interventions existantes. Ainsi, la planification du congé de l'hôpital d'une personne âgée réduit le risque de réadmission. De même, les interventions de coordination faites par un gestionnaire de cas peuvent diminuer les incapacités ou ralentir le déclin fonctionnel et réduire le séjour hospitalier en augmentant les soins à domicile.

Les résultats qui apparaissent prometteurs renforcent l'idée d'explorer davantage certaines avenues d'intervention et de porter un regard critique sur les pratiques actuelles. Ainsi, la planification du congé accompagnée d'un suivi à domicile et d'une évaluation gériatrique globale réalisée par des infirmières spécialisées pourrait permettre aux personnes âgées quittant la salle d'urgence de fonctionner de façon plus autonome. Les interventions en gestion de cas faites par du personnel infirmier semblent quant à elles plus efficaces lorsqu'elles vont au-delà du courtage et qu'elles incluent un ensemble d'éléments comme la prévention, l'intervention en situation de crise, l'évaluation gériatrique globale, le développement du réseau communautaire. Ces interventions seraient aussi plus efficaces en présence de collaborations interdisciplinaires, de visites fréquentes des infirmières et de visites de médecin à domicile.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

Les résultats qui témoignent d'une insuffisance de données scientifiques pour conclure à l'efficacité ou non des interventions sont susceptibles d'inciter à la prudence ou encore d'amener les chercheurs à s'intéresser davantage à ces objets d'étude. Ainsi, puisque les résultats concernant les interventions d'évaluation et de liaison réalisées en une seule occasion reposent sur un petit nombre d'études présentant des limites méthodologiques importantes, des données supplémentaires sont nécessaires afin d'appuyer le manque d'effet de ces interventions sur l'utilisation des salles d'urgence et l'efficacité potentiellement supérieure des interventions plus complexes appliquées à domicile ou en ambulatoire sur une plus longue période. L'efficacité des évaluations en ergothérapie à domicile pour améliorer la qualité des soins dans un contexte de planification du congé n'est pas encore démontrée. L'efficacité des interventions effectuées par les intervenants sociaux dans la planification ou la coordination des services est à démontrer compte tenu du peu d'études réalisées à cet effet. Les interventions de coordination à faire à la salle d'urgence ne font pas l'unanimité. À partir de leur revue systématique, certains suggèrent de détecter/repérer les clients à risque à l'urgence et de faire l'essentiel des interventions au domicile. D'autres suggèrent plutôt d'accroître la complexité des interventions faites à l'urgence en ciblant les grands utilisateurs des services d'urgence, en s'inspirant de la gestion des maladies chroniques, en enseignant les autosoins et en introduisant de la gestion de cas. Finalement, les données étaient insuffisantes pour se prononcer sur les mécanismes les plus efficaces de transition ou de coordination entre les soins à domicile et les médecins de famille.

Devant l'abondance d'articles scientifiques portant sur des études primaires, il est de plus en plus difficile de conclure à partir de celles-ci. C'est pourquoi le nombre de revues systématiques est en forte croissance. La présente synthèse des connaissances met en évidence que la qualité scientifique de ces dernières peut varier passablement de sorte que le caractère systématique incluant une évaluation rigoureuse de la qualité des revues est à encourager fortement. Il apparaît ainsi important de favoriser la réalisation de telles synthèses des connaissances pour orienter les décisions des planificateurs et des gestionnaires. En plus des démarches spécifiques menées à cet effet, de plus en plus de sites WEB d'organismes gouvernementaux ou de recherche rendent disponibles des moteurs de recherche pour répertorier des revues systématiques et se spécialisent également dans l'évaluation de leur qualité (ex : www.health-evidence.ca; <http://www.crd.york.ac.uk/CMS2Web/HomePage.asp>). Ces sites peuvent certainement apporter un éclairage supplémentaire dans un contexte de prise de décision où ni les budgets ni les échéanciers ne permettent la réalisation d'une démarche spécifique de synthèse des connaissances.

Les messages spécifiques s'adressant aux chercheurs sont les suivants :

Cette synthèse des connaissances permet d'identifier certains aspects méthodologiques à renforcer lors de la réalisation de revue systématique, des éléments d'information à rendre disponible et enfin, des pistes de recherche touchant les soins à domicile.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

Au plan méthodologique, les chercheurs qui font des revues systématiques amélioreront la qualité de celles-ci en recourant à plusieurs banques de données bibliographiques et en impliquant deux personnes dans les processus de sélection, d'extraction et d'évaluation de la qualité des études retenues. L'évaluation plus rigoureuse de la qualité des études primaires est aussi à encourager.

La plupart des revues systématiques retenues dans la présente synthèse reprochaient le manque de description des interventions dans les études primaires. Malgré les contraintes souvent imposées sur la longueur des articles publiés, des efforts supplémentaires pourraient certainement être faits afin de rendre disponibles des descriptions plus détaillées des interventions étudiées.

Enfin, les résultats de cette revue de revues permettent d'identifier plusieurs pistes pour les recherches futures et d'orienter les études d'efficacité sur les interventions et modalités d'intervention les plus prometteuses (voir page 28). Plusieurs sont en lien direct avec les constats mentionnés précédemment quant aux résultats prometteurs et ceux mettant en évidence une insuffisance de données pour juger de l'efficacité des interventions (ex : coordination faite par des intervenants sociaux, visites à domicile d'ergothérapeute). Une autre piste est certes d'étudier l'efficacité non pas seulement de l'intervention dans son ensemble mais bien des différentes composantes de celles-ci. Il apparaît aussi pertinent de documenter davantage les effets des interventions de planification du congé ou de coordination sur la santé des personnes âgées mais aussi de celles qui les aident.

PARTIE C - MÉTHODOLOGIE

Compte tenu de l'étendue du domaine des soins à domicile (SAD), de la littérature considérable présente et des objectifs de recherche, les éléments de réponse à la question de recherche ont été identifiés à l'aide d'une revue systématique de revues systématiques. La méthodologie est résumée à la figure 1 (Annexe C).

1. Méthode de recherche bibliographique

Une trentaine de banques de données scientifiques et de sites web contenant des publications issues de la littérature grise ont été consultés pour la période 1995-2009 (Annexe D). Des mots-clés ont été combinés de manière à identifier les publications portant sur les soins à domicile et les revues systématiques (Annexe E). Les références des études incluses ont été vérifiées manuellement.

2. Sélection des études

La sélection des études correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion a été réalisée en deux étapes soit a) pré-sélection de façon parallèle par deux réviseuses (AB, MER) sur la base du titre, du résumé, des descripteurs et/ou de la table des matières, et b) de façon indépendante par les deux réviseuses pour les études retenues en pré-sélection à partir du texte intégral. Les réviseuses devaient ensuite évaluer la pertinence des études retenues lors de la seconde étape avec les questions de recherches identifiées par le comité aviseur (formé des représentants des partenaires). Les désaccords concernant l'inclusion ou la pertinence étaient

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

d'abord résolus par discussion. En l'absence de consensus, au moins un autre membre de l'équipe de recherche (AT, DL, LB, PJD) était consulté afin de trancher. Les critères d'inclusion et d'exclusion détaillés figurent à l'Annexe F.

Critères d'inclusion

Afin d'être incluses dans la présente revue de revues, les études devaient être des revues systématiques de la littérature ou des synthèses systématiques de revues publiées en anglais ou en français entre 1995 et 2009 et incluant des études primaires réalisées au moyen d'un groupe contrôle.

Les participants devaient être a) des adultes de 18-64 ans en post-hospitalisation de soins aigus ou ayant une maladie chronique d'ordre physique, b) des personnes âgées de 65 ans et plus ou c) des aidants, des professionnels de la santé ou des organisations offrant des soins à domicile à l'une ou l'autre des deux populations décrites en a) et en b).

Pour être incluses, les revues devaient porter sur des modèles ou approches novatrices de soins à domicile faisant mention d'une intervention réalisée a) par un professionnel de la santé et b) au moins en partie à domicile (par ex.: évaluation/intervention faite lors d'une visite à domicile ou par téléphone au domicile du patient) ou encore viser la transition ou la coordination de soins entre des partenaires offrant des soins de santé (par ex.: milieux hospitaliers, organisations offrant des soins et services communautaires).

Cinq types de mesures sont considérés pour cette revue : sur les patients, sur les proches, sur les professionnels, sur l'utilisation des ressources et sur les coûts.

Critères d'exclusion

Les revues portant sur la périnatalité ne seront pas retenues en raison des spécificités associées à cette clientèle qui présente des besoins particuliers très différents des clientèles de soins à domicile décrites ci-dessus. Les études en lien avec des problématiques spécifiques comme les céphalées et les migraines sont aussi exclues puisque non ciblées directement par le modèle québécois de soins à domicile. Les interventions réalisées en centre de jour ne sont pas retenues puisqu'aucune partie du service ne se déroule à domicile.

Précisions apportées en cours de projet pour retenir ou exclure des revues systématiques.

La recherche bibliographique a permis d'identifier plus de 2500 références répondant potentiellement aux critères d'inclusion. Une analyse préliminaire a montré qu'environ 2000 d'entre elles ont été réalisées entre 2004 et 2009. Puisque la grande majorité des revues a été réalisée au cours des cinq dernières années, que le présent projet vise les modèles novateurs de soins à domicile et qu'il porte sur des revues systématiques (ayant recensé les études réalisées au cours des années antérieures), seules les revues de littérature publiées entre 2004 et 2009 ont finalement été retenues pour répondre à la question de recherche. Compte tenu de la variété des populations sur lesquelles porte la littérature sur les soins à

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

domicile par rapport aux clientèles ciblées par la majorité des questions de recherche prioritaires par le comité, seules les clientèles prioritaires seront retenues pour évaluer l'inclusion des études. Ces clientèles sont les adultes et les personnes âgées présentant l'une ou l'autre des problématiques suivantes : perte d'autonomie liée au vieillissement, maladies neurodégénératives, maladies chroniques (MPOC, maladies cardio-vasculaires, diabète), AVC, fractures de la hanche, prothèses de genou et de hanche. Les études évaluant des interventions offertes aux personnes âgées en bonne santé sont aussi retenues à cette étape puisque l'une des questions identifiées par le comité (qui ne fait pas l'objet du présent rapport) porte sur les visites préventives chez les 75 ans et plus.

3. Procédure d'extraction

Le formulaire d'extraction (voir Annexe G) résume les caractéristiques clés de la revue, incluant ses objectifs, la méthodologie utilisée, les caractéristiques des participants, les interventions ou modèles à l'étude, les mesures évaluées et les comparaisons réalisées, les résultats de la revue ainsi que les principales conclusions. L'extraction a été réalisée par un réviseur et vérifiée par un second. Les désaccords ont été résolus par discussion et consensus.

4. Évaluation de la qualité méthodologique des revues incluses

La qualité méthodologique de chaque revue systématique a été évaluée de façon indépendante par deux réviseurs à l'aide des listes de vérification proposées par NICE et traduites par l'INSPQ (Jacob, 2008). L'Annexe H présente les détails de la procédure de l'évaluation de la qualité. Cette évaluation a permis, entre autres, d'attribuer une cote à chacune des revues en fonction :

a) du devis des études qu'elle comprend

- cote de « 1 » pour les revues systématiques de méta-analyses ou d'essais randomisés contrôlés
- cote de « 2 » pour les revues systématiques d'études des types suivants: contrôlées non-randomisées, cas-témoins, cohorte, avant-après, série temporelle interrompue, de corrélation des risques de biais

b) des risques de biais qu'elle comporte

- "++": Tous ou presque tous les critères sont satisfaits. Il est jugé très improbable que les critères non satisfaits puissent modifier les conclusions de l'étude.
- "+": Certains critères sont satisfaits. Il est jugé improbable que les critères non satisfaits ou ceux qui n'ont pas été bien décrits puissent modifier les conclusions.
- "-": Peu de critères sont satisfaits, voire aucun. Il est jugé probable ou très probable que ces faiblesses puissent modifier les conclusions de l'étude.

Une revue qui reçoit la cote de 1++ est donc une revue systématique de méta-analyses ou d'essais randomisés contrôlés qui satisfait tous les critères de qualité

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

méthodologique ou pour laquelle il est jugé improbable que les critères non satisfaits puissent modifier ses conclusions. Une étude cotée 2- est une revue d'études contrôlées, mais non randomisées qui satisfait peu de critères de qualité et pour laquelle il est jugé probable que ses conclusions soient affectées par ces faiblesses méthodologiques.

Le devis randomisé contrôlé est le devis qui, potentiellement, minimise davantage les biais. Par conséquent, la force de la preuve issue de ces devis est généralement supérieure à celle obtenue à l'aide d'autres devis. Cependant, il n'est pas exempt de sources de biais. C'est pourquoi les revues systématiques rigoureuses doivent évaluer la qualité des études qu'elles incluent et les risques de biais qu'elles comportent, ainsi que nuancer leurs conclusions en conséquence. La cote « ++, +, - » attribuée aux revues incluses dans la présente revue de revues reflète les sources de biais de la revue elle-même (par exemple, un biais de publication) ainsi que la façon dont la revue a évalué la qualité et les risques de biais des études qu'elle a incluses ainsi que nuancé ses conclusions en tenant compte des résultats de cette évaluation.

Lorsqu'une partie seulement des études d'une revue ont été retenues pour répondre à la question du présent projet, une cote différente a pu être attribuée pour la revue et pour les études retenues. Par exemple, une revue pouvait inclure à la fois des études ayant utilisé un devis expérimental avec groupe contrôle et des études descriptives, recevant la cote de 3 (++, + ou -) alors que les conclusions retenues pour le présent projet (reposant sur les études correspondant à tous les critères d'inclusion) pouvaient avoir été tirées à partir d'essais randomisés contrôlés, recevant la cote de 1 (++, + ou -).

Un exemple de fiche d'évaluation de la qualité des études figure à l'Annexe I.

5. Synthèse des résultats

Importance relative des mesures :

L'importance relative des mesures inventoriées et extraites aurait été évaluée par l'ensemble de l'équipe de recherche si plusieurs revues arrivaient à des conclusions ciblant des résultats différents (non pertinent à la question de recherche dont il est question dans le présent rapport). GRADE suggère d'utiliser une échelle de 1 à 9 pour juger de l'importance d'une mesure (Guyatt et al., 2008).

Applicabilité au Québec

L'applicabilité des modèles de soins inventoriés au contexte des milieux de soins au Québec est évaluée, lorsque cela s'avère pertinent, en comité interdisciplinaire par les membres de l'équipe de recherche et le comité consultatif. Les énoncés suivants sont utilisés pour décrire l'applicabilité de l'ensemble des données sur l'efficacité d'une intervention (Jacob, 2008):

- A. Probablement applicable à un vaste éventail de situations...
- B. Probablement applicable à un vaste éventail..., si elle est adaptée de façon appropriée

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

C. Applicable uniquement aux populations ou aux contextes inclus dans l'étude; une applicabilité plus vaste est incertaine

D. Applicable uniquement aux populations ou aux contextes inclus dans l'étude.

Énoncé fondé sur les preuves

Des tableaux synthèses sont produits pour chaque question de recherche, les lignes représentant les revues systématiques individuelles et les colonnes les éléments comme la population à l'étude, la question ou l'objectif de recherche, la description des interventions, les principaux résultats et principales conclusions, l'applicabilité au Québec.

Un résumé narratif des tableaux et de la hiérarchie de preuve a été réalisé pour chaque revue incluse, en tenant compte de la force de la preuve présentée. Un énoncé fondé sur les preuves présentées par l'ensemble des revues a aussi été formulé.

PARTIE D - RÉSULTATS

1. Résultats obtenus

Plus de quatre mille documents (4319) ont été identifiés par les recherches bibliographiques. Un premier épuration a permis de restreindre le nombre de documents à 2551, avec le retrait des doublons et des documents publiés avant 1995 ou après 2009 (certains moteurs de recherche ne permettant pas de limiter la recherche par dates). Après restriction de la période de publication aux articles publiés à partir de 2004, 2083 ont été retenus pour évaluation. Cinq cent vingt-cinq (525) documents ont été conservés après lecture du titre, du résumé, des mots-clés et/ou de la table des matières. À la lecture du texte intégral, 262 documents ont été rejetés et 184 ont été mis en attente. Soixante-dix-neuf (79) documents satisfont tous les critères du protocole et portent sur les problématiques et clientèles prioritaires par le comité. De ce nombre, 25 ont été jugés pertinents pour répondre à la question de recherche identifiée par le comité dans sa formulation originale (clientèle adulte et âgée). Parmi ceux-ci, six portent sur la clientèle âgée et ne sont pas limités à une condition médicale en particulier. L'examen des références des documents pertinents a permis d'ajouter une étude supplémentaire. Sept documents ont donc été retenus pour répondre à la question de recherche (Ali et al., 2004; Barras, 2005; Eklund et al., 2009; Hastings et al., 2005; Liebel et al., 2009; McCusker et al., 2006; Preyde et al., 2009).

L'Annexe J présente les détails concernant les documents identifiés, rejetés et non prioritaires. Les tableaux 7 à 9 figurant à l'Annexe K décrivent les sept revues incluses, leurs principaux résultats et les interventions qu'elles ont évaluées. L'Annexe L présente les principales forces et faiblesses des revues retenues.

2. Conclusions et pistes de solution

L'inventaire des revues systématiques a permis d'identifier sept revues satisfaisant les critères d'inclusion, dont celui d'inclure un volet soins à domicile et une clientèle

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

de personnes âgées ayant des besoins de longue durée. Quatre revues systématiques totalisant 143 études primaires (doublons non exclus) portaient sur le congé et leur qualité a été jugée de bonne à très bonne. Les trois autres revues systématiques totalisant 45 études primaires (doublons non exclus) axaient davantage sur la coordination et leur qualité a été jugée de moyenne à très bonne.

Énoncés de la preuve pour chacune des études

Des énoncés de la preuve ont été formulés pour chacune des études. Ces énoncés résument les principales caractéristiques de la revue, les conclusions des auteurs et présentent les interventions évaluées. Ils portent aussi un jugement critique sur les conclusions des auteurs en tenant compte des risques de biais des études. Ces énoncés sont décrits en détail à l'Annexe M. Un résumé des effets des interventions tirées de ces énoncés figure à l'Annexe N.

Les paragraphes qui suivent représentent une version abrégée des énoncés de la preuve qui contiennent uniquement les informations se rapportant aux conclusions tirées des études primaires (les études incluses dans les sept revues sélectionnées) qui satisfont les critères de sélection de la présente revue de revues.

Le congé

What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? (Ali & Rasmussen, 2004)

Ali et Rasmussen (2004) présentent une revue de revues portant sur l'efficacité des services impliqués dans l'interface entre l'hôpital et la communauté chez les personnes âgées présentant des comorbidités complexes ou étant à risque de déclin fonctionnel suite à une condition réversible. Ces personnes pouvaient être à risque d'être admises à l'hôpital ou requéraient des services intermédiaires entre l'hôpital et le soutien à domicile. La revue s'intéressait à l'efficacité de ces services (qualifiés par les auteurs de soins intermédiaires¹ par rapport aux soins usuels) en termes d'effet sur le patient (condition de santé, statut fonctionnel, niveau d'incapacité, satisfaction, mortalité), sur l'utilisation des services de santé (hospitalisation, visites en soins de première ligne, visites à l'urgence) et sur les coûts. Cette revue est de bonne qualité et il est peu probable que les conclusions énoncées soient affectées de façon importante par les sources de biais observées (sélection, extraction et évaluation de la qualité non réalisées de façon indépendante par les deux juges, biais de publication possible (langue anglaise seulement)). Les 37 études décrites dans 39 articles ont été réalisées avec des devis variés (revues systématiques,

¹ Les auteurs considèrent les études qui évaluent ou décrivent les services de soins intermédiaires qui fournissent au moins un des services suivants :

- programmes de soins, services intégrés, liaison de services (linked services), gestion de cas/gestion de soins
- repérage, visites à domicile, gestion de cas, prévention des chutes, équipement de support pour l'environnement, modifications du domicile, technologie d'assistance
- triage et redirection dans les départements d'urgence, hôpital à domicile
- planification de congé, évaluation et gestion de soins
- réadaptation à faible intensité (slow-stream rehabilitation), par exemple les unités centrées sur les soins infirmiers

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

études randomisées contrôlées, études quasi-expérimentales comparatives, comparaisons avant-après, études descriptives). L'inclusion de devis non contrôlés diminue la confiance que l'on peut avoir dans les conclusions énoncées puisque ces devis sont plus sujets aux biais. La revue dans son ensemble reçoit donc une cote de 3+. Par contre, certaines sous-catégories d'interventions ont été évaluées uniquement à l'aide de revues systématiques et/ou d'études randomisées contrôlées, augmentant ainsi la force de la preuve pour les conclusions relatives à ces interventions (1+ ou 2+). La majorité des études proviennent du Royaume-Uni (n=16) et des États-Unis (n=10). Quatre études ont été réalisées au Canada, quatre autres en Australie, deux en Italie, une en Nouvelle-Zélande, une en Allemagne et une en Israël.

Seulement deux études (deux revues systématiques) peuvent être utilisées dans le cadre de la présente revue de revues. Les autres ne satisfont pas les critères d'inclusion (impliquer des soins à domicile et utiliser un groupe contrôle) ou ne font pas l'objet d'une discussion par les auteurs.

Conclusions et description des interventions pour les études retenues pour la présente revue de revues

Parmi toutes les interventions, cinq grandes catégories ont été évaluées exclusivement à l'aide d'études correspondant aux critères de la présente revue de revues, c'est-à-dire qu'elles comparent un modèle de soins à domicile à un autre modèle de soins à l'aide d'un groupe témoin. Toutes ces interventions ont été évaluées à l'aide de revues systématiques ou d'études randomisées contrôlées (1+). Elles comprennent des visites préventives visant la promotion de la santé chez les aînés (n=3), des évaluations gériatriques globales (n=3), la planification de congé incluant un plan de congé et un ensemble de soins ou de services de soutien (n=2) et la prise en charge du congé à la sortie de l'hôpital par des équipes autonomes offrant des services intensifs de réadaptation, d'éducation, de traitement ou de soutien pour une période limitée (n=5).

Seule la planification de congé fait l'objet de conclusions de la part des auteurs. L'absence de conclusions énoncées par les auteurs concernant les visites préventives, les évaluations gériatriques globales et la prise en charge du congé à la sortie de l'hôpital ainsi que sur l'effet de la planification de services pour plusieurs variables reliées aux patients, aux aidants et aux coûts est probablement signe d'un manque de preuves cohérentes pour appuyer ou réfuter un effet sur ces dimensions.

Ali et Rasmussen soulignent que les études portant sur la planification de congé (deux revues systématiques) indiquent un manque d'ERC de qualité pour appuyer l'efficacité de modèles de services spécifiques pour améliorer ou accélérer le congé. Leurs résultats montrent par contre qu'intervenir au niveau du congé réduit le risque de réadmission, mais non la mortalité et la durée de séjour. Cela ne modifie pas non plus l'endroit où le patient réside à la suite du congé. Les auteurs ajoutent que lorsque les caractéristiques associées à l'effet de l'intervention sur les réadmissions ont été examinées, les effets les plus marqués étaient observés pour les interventions se déroulant sur l'ensemble du continuum de soins, à partir de

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

l'hôpital jusqu'aux services communautaires. Par ailleurs, l'effet est légèrement plus important lorsque l'intervention est réalisée par une personne comparativement à une équipe (différence significative entre les groupes intervention et contrôle lorsque l'intervention est appliquée par une seule personne et non lorsqu'elle est en équipe mais la taille de l'effet est très peu différente dans les deux cas). À noter que ce résultat repose sur une analyse ayant été réalisées à partir de l'ensemble des études incluses dans la revue de Parker et collaborateurs. Il est donc difficile de déterminer s'il s'applique aux soins à domicile spécifiquement.

Description des interventions de planification de congé

Parker et al. (2002) ont revu 71 études (dont 54 ERC) visant à améliorer le congé de patients âgés hospitalisés. Ils décrivent quatre catégories de planification de congé soit a) la planification de congé réalisée à l'hôpital par un seul professionnel, souvent un infirmier(ère) spécialisé(e), et comprenant généralement un suivi après la sortie de l'hôpital (par téléphone et/ou lors de visites à domicile), ainsi que des activités d'éducation en plus de l'évaluation et de la coordination, b) des mécanismes de soutien/de prise en charge au congé – comprenant une augmentation du soutien offert autour du congé (incluant notamment les modèles de congé précoce) – qui peuvent être limités à des interventions introduites après la sortie de l'hôpital et qui sont d'intensité variable, allant d'un simple contact téléphonique à des interventions offertes par des équipes de soins à domicile, c) les évaluations gériatriques globales et d) l'enseignement aux patients concernant leur maladie et principalement leurs médicaments. Seules les interventions des catégories a) et b) sont décrites dans la revue.

La seconde revue (Parkes et al., 2003) comprend 8 essais randomisés contrôlés examinant seulement des interventions de planification de congé, définies comme l'élaboration d'un plan de congé avant le départ du patient l'hôpital pour son domicile. Les interventions spécifiques retrouvées dans les études étaient variées et pouvaient inclure différentes stratégies avant l'hospitalisation, pendant et après l'hospitalisation (évaluation pré-admission, détection, évaluation intrahospitalière, préparation du plan de congé reposant sur les besoins individuels, implantation du plan de congé et suivi). Une limite importante des interventions étudiées est l'absence de description de l'efficacité des communications entre l'hôpital et la communauté. Ali et Rasmussen (2004) soulignent aussi l'hétérogénéité des populations, des milieux et de la façon d'implanter les interventions. Le moment où était effectuée la planification du congé variait aussi d'une étude à l'autre.

Il est important de noter que bien que la revue d'Ali et Rasmussen porte sur la clientèle âgée avec des comorbidités complexes ou à risque de détérioration fonctionnelle, les résultats reposent sur des revues systématiques qui incluaient tous les patients hospitalisés (soins aigus, de réadaptation ou communautaires (sans service d'urgence)) ou des personnes âgées ayant reçu des soins hospitaliers. Ali et Rasmussen affirment que leur analyse a été réalisée séparément pour les personnes âgées, mais il n'est pas clair s'ils ont distingué les patients ayant des conditions médicales complexes de ceux qui présentent des conditions aiguës/chirurgicales.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

En conclusion :

Les données disponibles appuient l'efficacité de la planification de congé pour réduire les réadmissions chez les personnes âgées ayant été hospitalisées, mais non pour diminuer le taux de mortalité ou la durée de séjour ni modifier l'endroit où le patient résidera à sa sortie de l'hôpital. L'effet de la planification de congé sur les réadmissions pourrait être supérieur lorsque les interventions se déroulent sur l'ensemble du continuum de soins (de l'hôpital à la communauté) et légèrement supérieur lorsque l'intervention est réalisée par une seule personne. Concernant cette dernière conclusion, il est difficile de déterminer si elle s'applique spécifiquement aux soins à domicile. Des études supplémentaires rigoureuses sont nécessaires afin de préciser l'effet de la planification de congé sur le fonctionnement, la santé et la satisfaction du patient de même que sur les aidants et sur les coûts. L'efficacité des communications entre l'hôpital et la communauté est aussi à documenter davantage. Il est difficile de préciser à quel point cet énoncé s'applique aux aînés ayant des besoins de longue durée puisque malgré l'affirmation des auteurs à l'effet que tous les participants étaient des personnes âgées avec comorbidités complexes ou étant à risque de détérioration fonctionnelle liée à des conditions médicales réversibles, les études sur lesquelles reposent les conclusions sur les réadmissions comportaient des personnes hospitalisées ne présentant pas nécessairement ces conditions (par ex. : pour des conditions ponctuelles comme une chirurgie électorale).

Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis (Preyde et al., 2009)

Preyde et collaborateurs (2009) présentent une revue des études portant sur les effets de la planification des congés sur l'utilisation des services de santé (durée de séjour à l'hôpital, taux de réadmission), les coûts, la qualité de vie ainsi que le bien-être et/ou la satisfaction des patients âgés de 65 ans et plus. Cette revue a été jugée de bonne qualité (2+). Elle comprend 25 études ayant toutes utilisé un groupe contrôle et les sources de biais méthodologiques observées (par ex. : absence de randomisation pour certaines études, manque de détails concernant la procédure d'extraction et l'analyse des données) sont peu susceptibles de modifier les conclusions présentées. Douze de ces études portaient spécifiquement sur les soins à domicile et ont été retenues pour la présente revue de revues.

Les conclusions tirées des études retenues pour la présente revue de revues

Les auteurs rapportent que dans la moitié des études (13/25), l'intervention était poursuivie à domicile. Douze (12) de ces études ont été retenues pour la présente revue, l'une d'entre elles ne comprenant que des visites à domicile « au besoin ». Les études retenues ont toutes été réalisées à l'aide d'un devis randomisé contrôlé, augmentant le niveau de confiance que l'on peut accorder aux résultats obtenus par ce sous-groupe d'études (1+). Bien que les auteurs ne présentent pas de conclusions portant spécifiquement sur les études de SAD, il est possible de faire ressortir certains résultats. Ainsi, les études ayant montré un effet statistiquement significatif sur les réadmissions à l'hôpital (n=5) comportent une composante SAD alors que la majorité des 25 études incluses dans la revue ne montrent pas de différence entre le groupe expérimental et le groupe témoin sur cette mesure.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

Puisqu'un effet modéré des interventions de planification de congé a été constaté sur les réadmissions, on peut déduire qu'à elles seules, ces cinq études ayant une composante SAD (dont deux réalisées auprès de patients souffrant d'insuffisance cardiaque) sont responsables de l'effet observé. Par contre, trois autres interventions de SAD n'ont pas montré de différence significative du taux de réadmission. Il est donc difficile de conclure avec certitude que les SAD sont responsables de l'effet observé dans les réadmissions à l'hôpital. Les deux études ayant montré des coûts de réadmission à l'hôpital moins élevés sont aussi des études SAD, mais il est encore plus difficile ici de savoir si les SAD sont responsables puisqu'aucune étude sans SAD n'a mesuré cet effet. Les analyses effectuées par les auteurs en fonction du type d'interventions ne permettent pas de vérifier la présence d'effets différenciés des études avec et sans SAD. Toutefois, les interventions à domicile ont été regroupées sous deux types d'interventions, ce qui, compte tenu de la faible taille de l'échantillon (n=13 au total donc n<13 pour chaque type d'intervention), pourrait contribuer à l'absence de différences significatives rapportées par les auteurs. Par ailleurs, la revue ne permet pas de déterminer pourquoi certaines interventions à domicile semblent plus efficaces que les autres.

Description des interventions pour les études retenues :

Seulement une des interventions de SAD ne comporte pas de planification de congé centrée sur le patient, soit celle portant sur l'hospitalisation à domicile. Les interventions sont principalement multidisciplinaires ou centrées sur les soins infirmiers et peuvent inclure une ou plusieurs visites à domicile (le suivi est téléphonique dans 1 étude).

En conclusion :

Les auteurs soulignent qu'une augmentation de la planification des congés semble avoir un effet modéré sur les ressources hospitalières en matière de réadmission. La présence d'un suivi à domicile incorporé à l'intervention de planification du congé pourrait influencer l'efficacité à réduire les réadmissions.

A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of Occupational Therapy Home Assessment on a range of outcome measures (Barras, 2005)

La revue de Barras (2005) porte sur la planification de congé incluant une évaluation à domicile en ergothérapie chez les personnes âgées se présentant en milieu hospitalier de soins aigus ou de réadaptation. Cette revue comprend une revue descriptive de littérature, une revue systématique réalisée à partir d'études avec et sans groupe contrôle, quatre études randomisées contrôlées ainsi que six études descriptives. Elle a été jugée de faible qualité (3-). Il est possible que les résultats puissent être affectés par les risques de biais observés, notamment un manque de transparence concernant la présentation des résultats ainsi que les procédures de sélection et d'extraction; un biais de sélection; une absence de justification des regroupements réalisés pour la synthèse des données; ainsi que des incohérences entre certaines informations rapportées. Des douze études

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

présentées par Barras, quatre seulement comportent un groupe contrôle et ont pu être retenues pour la présente revue de revues. Bien que comportant des ERC, il est probable que les risques d'erreurs et de biais de la revue pour ce sous-groupe d'études puissent modifier les conclusions de l'auteure (1-).

Deux études ont été réalisées en Australie, une en France et une au Danemark.

Conclusion sur les études retenues par la présente revue de revues

Barras émet par ailleurs des conclusions qui reposent sur les quatre études randomisées contrôlées (ERC), ces dernières formant le sous-groupe d'études correspondant aux critères de la présente revue de revues. Elle rapporte que des données provenant d'ERC suggèrent que les évaluations en ergothérapie à domicile puissent influencer la qualité de vie, le nombre de chutes et l'autonomie du patient (1-), tout en soulignant que cet énoncé repose sur des informations limitées et que les effets à long terme ne sont pas connus. En effet, trois des ERC présentés dans la revue ont mesuré les effets sur le statut fonctionnel et/ou l'autonomie, deux ont mesuré l'effet sur les chutes, et un seul rapporte avoir examiné la qualité de vie. Il est intéressant de noter que l'une des études ayant montré une amélioration du statut fonctionnel comprend deux visites réalisées par un ergothérapeute et une infirmière et cinq visites par l'équipe multidisciplinaire. Il apparaît donc difficile de distinguer l'effet de l'évaluation en ergothérapie de l'effet du suivi par l'équipe multidisciplinaire. Pour une autre étude évaluant le statut fonctionnel, le résultat rapporté dans le tableau est difficile à interpréter et ne mentionne pas spécifiquement de différence favorisant l'intervention, rapportant plutôt que d'agir selon l'avis d'ergothérapeutes ne semble pas améliorer les effets chez une population qui utilise déjà beaucoup des aides fonctionnelles. La revue ne spécifie pas si la population à l'étude était principalement composée de personnes utilisant ce type d'aide. Elle fait toutefois ressortir plusieurs biais de cette étude dont le fait qu'il s'agit d'une population aisée qui n'est pas nécessairement représentative des aînés en général ainsi que le fait qu'il y a eu contamination dans le groupe contrôle, dans lequel des participants ont consulté par eux-mêmes des services communautaires et se sont procurés de l'équipement pour optimiser leur indépendance. Il semble donc difficile de tirer des conclusions fiables à partir de cette étude. Or, c'est la seule parmi les ERC présentée dans la revue à avoir mesuré la qualité de vie, ce qui met en doute la conclusion de l'auteure quant à l'amélioration possible de la qualité de vie avec l'évaluation à domicile. Barras présente aussi une discussion portant sur des résultats obtenus à partir d'ERC sur les réadmissions. Elle mentionne que quatre des ERC rapportent une réduction significative des soins de longue durée, aucun changement significatif concernant les taux d'admission et une diminution de la durée de séjour lorsque les patients sont réadmis. Cette discussion est difficile à interpréter puisque 1) la formulation semble suggérer que plus de quatre ERC ont mesuré cet effet alors que la revue ne comprend que quatre ERC au total, 2) l'auteure ne précise pas à quoi réfèrent les « soins de longue durée » qui ont été réduits et 3) seulement un ERC semble avoir mesuré les réadmissions. De plus, l'auteure ne revient pas sur ces résultats dans sa conclusion.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

Description des interventions des études retenues pour la présente revue de revues :

L'auteure réfère à la définition qu'elle juge la plus utile d'une « évaluation à domicile en ergothérapie », celle donnée par Patterson et al. (1999): une visite au domicile d'un patient hospitalisé qui implique l'accompagnement du patient par un ergothérapeute pour évaluer sa capacité à fonctionner indépendamment ou encore d'évaluer son potentiel à fonctionner le plus indépendamment possible avec le support des aidants. L'auteure souligne également que cette évaluation à domicile semble être menée davantage pour s'assurer d'un congé hospitalier sécuritaire plutôt que principalement pour les intérêts du patient. Les interventions évaluées par les ERC étaient similaires avec quelques variantes dans trois des quatre études. L'ergothérapeute faisait une visite à domicile une seule fois (dans deux des 3 ERC), ou à trois reprises (0, 6, 12 mois), pour évaluer les risques, utilisait ou non des instruments standardisés, et pouvait faire des recommandations. Dans le quatrième ERC, l'ergothérapeute faisait partie d'une équipe multidisciplinaire effectuant 5 visites à domicile en 6 semaines.

En conclusion :

Les résultats de cette revue soulèvent le manque de données pour appuyer l'évaluation en ergothérapie à domicile en post-hospitalisation. En raison de ce manque de données et des biais importants de la revue, il est impossible de se prononcer sur l'efficacité des évaluations à domicile en ergothérapie comme mécanisme de transition efficace pour les personnes âgées recevant leur congé de l'hôpital. Cette pratique étant relativement étendue, il serait primordial d'entreprendre les recherches nécessaires pour juger de sa pertinence et de son efficacité sur une base scientifique. Il faudrait aussi questionner l'objectif de telles visites : réadapter une personne peut requérir des types d'intervention, des outils spécifiques et/ou des profils d'intervenants différents par rapport à seulement s'assurer d'un milieu sécuritaire au congé.

A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department (Hastings & Heflin, 2005)

Hastings et Heflin (2005) présentent une revue évaluant les interventions visant à améliorer les résultats de santé chez des personnes âgées recevant leur congé de l'urgence. Cette revue a été jugée de bonne qualité en ce sens que même si elle comporte certains biais méthodologiques (par ex. : manque de précision concernant les critères de sélection, les tailles d'échantillon et la nature des groupes contrôle, recherche documentaire peu étendue, restriction aux articles en anglais, petit nombre d'études incluses), il est peu probable que ces biais modifient de façon importante les conclusions de la revue (+).

Les auteurs présentent les résultats des 27 études de façon distincte pour les 19 études descriptives (3+), les 2 essais cliniques non randomisés (2+) et les 6 essais contrôlés randomisés (ERC). Ils ont toutefois inclus dans cette dernière catégorie une étude quasi-randomisée (2+). Sept de ces études satisfont les critères d'inclusion de la présente revue de revues (les six essais contrôlés et une étude de cohorte)

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

dont quatre sont discutées par les auteurs Hastings et Heflin.

Les conclusions tirées des études retenues pour la présente revue de revues et description des interventions :

Les conclusions de Hastings et Heflin sur les ERC (conclusions cotées 2+) s'appliquent à notre revue de revues puisqu'ils comportent une composante à domicile en plus d'avoir utilisé un groupe contrôle. Ces conclusions reposent sur les résultats suivants. D'abord, trois des quatre ERC ayant mesuré le fonctionnement des participants ont montré une amélioration du statut fonctionnel des participants ayant reçu l'intervention. Hastings et Heflin soulignent toutefois que deux des ERC ayant montré des résultats favorisant l'intervention n'ont pas utilisé de mesures à l'aveugle et que les recherches futures devraient être conçues de façon à limiter cette source de biais. Dans l'une de ces études, une augmentation de l'utilisation des SAD a été notée et pourrait être impliquée dans l'amélioration du statut fonctionnel observée chez les participants. Les auteurs de la revue soulignent par ailleurs que le délai entre la visite à l'urgence et l'application de l'intervention était beaucoup plus long (délai moyen de 4,5 semaines) dans l'ERC dont les résultats n'ont pas favorisé l'intervention, ce qui pourrait expliquer l'absence d'amélioration constatée. La revue rapporte aussi que les ERC ayant donné des résultats positifs ont recruté des patients de 75 ans et plus ou encore des personnes âgées fragiles ou physiquement dépendantes, ce qui amène les auteurs à conclure que les interventions à l'étude peuvent améliorer le fonctionnement de personnes âgées à risque de résultats indésirables. Notons que c'est aussi le cas pour l'étude qui n'a pas démontré de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Les études ne permettent pas de se prononcer sur le meilleur moyen de cibler la bonne clientèle: un critère d'âge ou l'utilisation d'un instrument de repérage/dépistage. Les auteurs ne présentent pas de discussion ou de conclusion sur les autres effets mesurés comme la satisfaction, la qualité de vie et la condition médicale.

Sept études satisfont les critères de la présente revue de revues, mais seulement quatre ont servi aux conclusions présentées par les auteurs. Deux études ont été réalisées au Canada, une en Australie et en une en Écosse. Parmi ces interventions, on retrouve deux évaluations gériatriques ou standardisées réalisées à domicile, alors qu'une autre est effectuée à l'urgence. Toutes ces évaluations sauf une étaient suivies de références, bien que le programme visé par ses références ne soit pas clairement indiqué dans la revue dans la plupart des cas. Une intervention ne semble pas avoir réalisé d'évaluation globale ou standardisée et repose davantage sur la coordination de services, incluant des contacts téléphoniques mensuels et des visites à domicile aux six semaines. Trois études mentionnent avoir effectué un suivi auprès des patients (à la fois par téléphone et en personne dans un cas, non précisé dans deux études). Hastings et Heflin font ressortir que les trois ERC ayant montré une amélioration significative du statut fonctionnel comprenaient le recours à une infirmière spécialement formée pour réaliser des évaluations gériatriques ainsi qu'une composante de soins à domicile.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

En conclusion :

Les chercheurs rappellent avec justesse que les personnes de 75 ans et plus ont les taux de visites aux urgences les plus élevés. Ils soulignent également que les personnes âgées qui obtiennent leur congé ont un taux élevé d'effets indésirables sur leur santé tels qu'un déclin fonctionnel, une diminution de la qualité de vie et le décès. Ils s'exposent de plus à un risque accru de visites de retour à l'urgence et d'hospitalisations.

Les interventions comprenant une évaluation gériatrique spécialisée en soins infirmiers et des services à domicile semblent permettre d'améliorer le fonctionnement des personnes âgées à risque (75 ans et plus et/ou fragiles et/ou dépendantes) quittant l'urgence. Avoir du personnel bien formé, cibler une clientèle à risque, intervenir rapidement, référer aux bons services, exercer un suivi sont autant d'éléments qui sont susceptibles d'y jouer un rôle. Des études supplémentaires visant à étudier le rôle de chacune de ses composantes pourraient être élaborées. La suggestion des auteurs d'une stratégie consistant à identifier les clients à risque à l'urgence, mais d'effectuer davantage les interventions à domicile mériterait effectivement une investigation plus approfondie ou plus d'attention.

Les données appuyant cette efficacité sont toutefois limitées et comportent certains risques de biais (notamment l'absence de mesures des effets à l'aveugle). L'impact de ces interventions à d'autres niveaux, par exemple l'utilisation des services de santé, demeure incertain et la revue ne permet pas de préciser les mécanismes les plus efficaces pour offrir les soins à domicile suite à l'évaluation gériatrique. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour appuyer l'efficacité de ce type d'intervention sur le fonctionnement du patient, préciser l'effet sur les autres dimensions de la qualité des soins, et dégager les mécanismes optimaux sous-jacents.

Coordination/Congé

Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review (McCusker et al., 2006)

L'étude de McCusker et al. (2006) vise à déterminer si des interventions d'évaluation gériatrique globale (Comprehensive geriatric assessment (CGA)) faites à l'hôpital (incluant l'urgence) ou dans la communauté (en ambulatoire ou à domicile) auprès de personnes âgées influencent l'utilisation des salles d'urgence. Elle a aussi pour objectif d'identifier les caractéristiques des interventions qui y sont associées. Un objectif secondaire était de développer des recommandations pour de futures recherches. Il s'agit d'une revue systématique de 26 études avec groupes contrôles incluant 16 essais randomisés. Huit de ces études, dont cinq des essais randomisés, ciblaient des clientèles âgées à domicile selon les critères d'inclusion de la présente revue de revues. Il s'agit d'une revue systématique de qualité moyenne (2-). Plusieurs critères de qualité d'une revue systématique ne sont pas satisfaits (ex. biais de publication, imprécision quant à la sélection, évaluation incomplète de la qualité des études primaires, pouvant entraîner un risque d'erreur ou de biais). Il a été jugé probable que cela puisse modifier les conclusions des auteurs. Le lecteur doit donc exercer une certaine prudence dans l'interprétation des conclusions des

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

chercheurs.

Les conclusions tirées des études retenues pour la présente revue de revues et description des interventions :

Deux essais randomisés avec groupe contrôle où l'intervention, réalisée en une seule fois sur une base ambulatoire, consistait en une évaluation multidisciplinaire, de la liaison avec les services de première ligne et une discussion de cas, n'ont eu aucun effet sur les visites à l'urgence. Un essai randomisé contrôlé et un essai contrôlé sans randomisation ont mesuré l'efficacité d'une intervention faite en une seule fois par une infirmière à l'urgence qui identifiait les cas, pratiquait une évaluation unidisciplinaire et effectuait de la liaison. Aucune réduction des visites à l'urgence n'a été observée.

Quatre études ont été réalisées au domicile des personnes. Deux étaient des essais randomisés avec groupe contrôle. Trois des quatre études comprenaient de la gestion de cas en continu ou sur une longue période (trois ans au maximum) alors qu'une autre recourait à de l'évaluation gériatrique avec suivi pour une période de 25 jours. Deux des études ont montré une réduction de l'utilisation de l'urgence, mais une seule était un essai randomisé avec groupe contrôle. Soulignons que ces études sont hétérogènes au niveau des mesures, des durées de suivi, et des populations ciblées.

En conclusion :

Les auteurs rappellent que des problèmes de qualité et de continuité des soins aux personnes âgées en salle d'urgence sont documentés : manque de reconnaissance de problèmes qui bénéficieraient d'une évaluation plus attentive, manque de référence aux services appropriés dans la communauté, manque de communication rapide aux médecins de première ligne quant aux problèmes identifiés et aux interventions faites à l'urgence.

Les interventions qui mettent l'accent sur l'évaluation et la liaison réalisées en une seule occasion ne semblent pas influencer l'utilisation des salles d'urgence. Il semble y avoir davantage de preuves de réussite lorsque les interventions sont plus complexes, sont appliquées sur une plus longue période de temps et sont faites en ambulatoire ou à domicile. Cependant, le nombre peu élevé d'études (quatre études au total dont seulement deux ERC), leur caractère hétérogène, et les nombreuses limites méthodologiques qui les affectent mettent en évidence un besoin d'accroître le nombre et la qualité des recherches avant de pouvoir poser un jugement adéquat sur cette question.

Coordination

Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials (Eklund et al., 2009)

L'étude de Eklund et al. (2009) vise à revoir les études randomisées avec groupe contrôle portant sur des interventions intégrées ou coordonnées auprès des

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

personnes âgées fragiles vivant dans la communauté quant aux effets mesurés sur les personnes, les aidants et le recours aux services. Cette étude est une revue systématique de neuf essais randomisés contrôlés de bonne qualité (1+). La qualité de chaque étude a été évaluée de façon très rigoureuse et elle variait entre 4 à 7 sur une échelle de 11 (6 et + = grande qualité ; voir Van Tulder 2003). Bien que tous les critères de qualité d'une revue systématique ne soient pas satisfaits (littérature grise absente, langue anglaise seulement), il a été jugé improbable que cela change les conclusions des auteurs. Le lecteur peut donc avoir un degré élevé de confiance dans les conclusions des chercheurs. Sept des neuf études ont montré au moins un résultat positif.

Cinq des neuf études ont été réalisées au Canada, trois aux États-Unis et une en Italie.

Les conclusions des chercheurs sont les suivantes :

Il y a des preuves que les soins intégrés ou coordonnés sont bénéfiques aux personnes âgées fragiles;

Il y a des preuves selon lesquelles les soins intégrés ou coordonnés peuvent diminuer l'utilisation des services de santé (jours d'hospitalisation);

Il y a un manque de connaissance quant aux effets des soins intégrés ou coordonnés sur les aidants;

Les recherches doivent recourir davantage à des instruments valides pour mesurer les résultats;

Les recherches doivent mieux décrire ce en quoi consiste l'intervention de même que son degré d'implantation.

Description des interventions :

L'intervention consistait principalement en de la gestion de cas, mais dont les modalités d'application variaient d'une étude à l'autre. L'évaluation initiale était généralement faite par le gestionnaire de cas (GC) en personne ou par téléphone. Le GC collaborait avec une équipe multidisciplinaire dans cinq des neuf études. Selon les études, il était disponible 24 heures par jour, sur appel ou encore seulement durant les heures ouvrables. Le suivi était fait régulièrement en personne ou par téléphone ou une combinaison des deux. Bien que le transfert d'information faisait implicitement partie de la tâche du GC en étant lié à la référence et la coordination, les façons de faire n'étaient pas décrites dans les études primaires. Une description des interventions faites dans les groupes de comparaisons (contrôles) était aussi absente.

Au moins un bénéfice a été observé avec l'intervention dans sept des neuf études, que ce soit pour le patient, ses proches, l'utilisation des services ou les coûts. Cinq des neuf études ont révélé un résultat positif chez les clients. Parmi les quatre études ayant mesuré les effets sur la médication, trois ont révélé un effet positif alors qu'une ne montrait pas d'effet. Deux des six études ayant mesuré les AVQ (activités de la vie quotidienne) ont montré une amélioration, mais les instruments

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

utilisés ont été jugés peu sensibles. Ceux utilisés pour mesurer le fonctionnement physique présentaient des limites au plan psychométrique.

Seulement deux études ont évalué les effets chez les aidants. Elles ont montré une satisfaction plus élevée, par contre, elles n'ont pas mis en évidence d'effets positifs sur le fardeau.

Cinq des huit études ayant mesuré l'utilisation des services ont montré des résultats positifs, principalement en faveur d'une diminution des jours à l'hôpital ou en institution. Les résultats quant au nombre d'admission à l'hôpital ou de visites à l'urgence sont plus nuancés de même que ceux pour les soins et services à domicile. Il est intéressant de constater cependant que les trois études montrant une augmentation des soins et services à domicile après l'intervention ont aussi montré une diminution des jours d'hospitalisation. Des quatre études ayant mesuré les coûts, une seule met en évidence des coûts moindres alors que les trois autres montrent des coûts similaires.

La grande hétérogénéité des clientèles âgées fragiles commande souvent un ensemble d'interventions très individualisées de sorte que cela peut rendre plus difficile la mise en évidence des résultats de santé ou encore d'identifier quelle composante des interventions produit les effets. Les limites liées aux instruments et les tailles d'échantillon réduites peuvent aussi influencer la capacité à mettre en évidence des résultats favorables.

En conclusion :

Les résultats de cette revue renforcent donc l'importance de la coordination des services effectuée par des gestionnaires de cas pour produire des effets bénéfiques sur le patient (principalement au niveau de la médication) et sur l'utilisation des services de santé (réduction des journées d'hospitalisation principalement). D'autres recherches seront nécessaires pour mieux mesurer l'impact sur les aidants et d'autres effets sur la santé des personnes. Comme les modalités de gestion de cas et de suivi différaient entre les études, d'autres recherches seront nécessaires pour identifier les plus efficaces et les plus efficaces.

Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability (Liebel et al., 2009)

L'étude de Liebel et al. (2009) vise à présenter une revue critique des interventions à domicile impliquant une infirmière auprès d'une clientèle âgée fragile; à identifier quelles composantes des interventions contribuent directement aux résultats sur les incapacités et quelles sont les caractéristiques des personnes âgées fragiles les plus susceptibles de bénéficier des visites à domicile faites par des infirmières. Il s'agit d'une revue systématique de neuf essais randomisés contrôlés et d'une étude avec groupe contrôle apparié de bonne qualité (2+). Bien que tous les critères de qualité d'une revue systématique ne soient pas rencontrés (par ex. : littérature grise absente, langue anglaise seulement, absence de précision sur l'implication de deux personnes pour l'extraction, la sélection et l'évaluation de la qualité pouvant entraîner un risque d'erreur ou de biais), il a été jugé improbable que cela change

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

les conclusions des auteurs. Le lecteur peut avoir un degré relativement élevé de confiance dans les conclusions des chercheurs en regard du résultat incapacité (qui est le résultat ciblé par cette revue systématique). Il doit cependant user de prudence dans l'interprétation des associations faites entre les éléments de la structure et du processus avec les résultats sur l'incapacité. En effet, la présence simultanée de plusieurs de ces éléments au sein d'une même intervention rend plus difficile d'isoler l'effet de l'un par rapport à l'autre. Les auteurs mentionnent que leur revue est la première du genre à cibler uniquement les personnes âgées qui ont déjà des incapacités alors que plusieurs autres ont été réalisées, mais ciblaient des clientèles différentes.

Les conclusions des chercheurs :

En lien avec le résultat de santé incapacité :

Cinq des dix études ont rapporté une amélioration de l'incapacité, dont quatre montrent une différence statistiquement significative avec le groupe contrôle. Une sixième étude a rapporté des effets positifs sur l'incapacité pour un sous-groupe de la population à l'étude, celle ayant un mauvais état de santé ou une plus faible autonomie fonctionnelle. Des interventions à domicile impliquant une infirmière chez des personnes âgées qui présentent déjà des incapacités auraient le potentiel de produire des résultats favorables sur l'incapacité.

Conclusions en lien avec les éléments de la structure ou du processus et description des interventions :

Les interventions qui ont eu le plus d'effet sur l'incapacité bénéficiaient de personnel infirmier d'expérience, qui avait reçu une formation d'infirmière en santé communautaire ou qui avait complété une certification avancée en gériatrie ou encore avait une expérience antérieure auprès de la clientèle gériatrique. Une formation spécialisée sur les technologies d'évaluation en gériatrie était aussi liée à des résultats bénéfiques. Les interventions qui pouvaient offrir un horaire flexible de la part des infirmières, des visites fréquentes (4 et + par année de durée moyenne d'une heure) connaissaient davantage de succès. Ce succès était peut-être relié à la confiance instaurée, la communication soutenue avec les personnes et la capacité à détecter des problèmes de santé.

Les interventions incluaient toute une évaluation gériatrique globale et celles qui avaient le plus de succès comprenaient de multiples composantes (ex. gestion des maladies chroniques, promotion de la santé) et agissaient sur plusieurs facteurs de risque de perte d'autonomie. Toutes les études sauf une ont eu recours à de la gestion de cas allant beaucoup au-delà du rôle de courtier et qui incluait l'évaluation gériatrique globale, les références, la défense des droits du client (advocacy), l'intervention en situation de crise, la prévention, l'enseignement à l'autosoins, l'éducation à la santé, le développement de réseau dans la communauté. Des interventions ayant eu du succès comprenaient des visites de médecins à domicile.

Lorsque les infirmières travaillaient seules, des collaborations interdisciplinaires au sein d'équipes ou avec d'autres professionnels auraient permis de mieux cibler les interventions à faire et d'accroître les résultats sur l'incapacité.

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

Un manque de mesure des façons de faire (process evaluation), le peu de collaboration avec les médecins, une formation insuffisante et l'absence de stratégie adressant spécifiquement l'incapacité (dont des protocoles ou outils de cheminement clinique) ont été identifiés comme étant associés à des interventions à domicile impliquant des infirmières qui se sont révélées inefficaces.

Le résultat principal (incapacité/disability) a été mesuré de différentes façons, certaines études avec des instruments validés, d'autres avec des outils administratifs. Il y avait une grande variabilité entre les différentes interventions incluses (particulièrement au niveau des composantes des interventions, des modèles conceptuel ou théorique, de la structure organisationnelle, des intervenants et de l'évaluation). Aucune étude n'a rapporté de mesures de processus (mise en œuvre/application des interventions) de sorte qu'il est difficile de juger si les sujets ont été exposés à toute l'intervention ou seulement en partie.

En conclusion :

Des interventions faites à domicile auprès d'une clientèle âgée fragile ont permis de diminuer l'incapacité ou ralentir la détérioration de l'incapacité. Cette clientèle provenait de références de la première ligne ou encore de l'hôpital ou l'urgence. Ces interventions comprenaient toutes une composante de gestion de cas assurée par des infirmières incluant de la coordination et de la liaison, mais aussi plusieurs autres fonctions qui sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans leur efficacité. Même si le lecteur doit faire preuve de prudence dans l'interprétation des conclusions des auteurs, plusieurs des pistes suggérées par ces derniers pour développer des interventions efficaces apparaissent prometteuses.

Énoncé fondé sur les preuves pour l'ensemble des études

Le texte qui suit présente un énoncé global résumant les données probantes qui ressortent pour l'ensemble des études en lien avec la question de recherche. Cette question était la suivante: "Quels sont les mécanismes les plus efficaces de transition et de coordination (incluant la coordination des services professionnels – liaison, transfert d'information, etc.), entre le domicile et a) les centres hospitaliers (unités de soins), b) l'urgence, et/ou c) les médecins de famille, pour améliorer la qualité et la continuité des services chez la clientèle âgée avec des besoins de longue durée liés aux pertes d'autonomies liées au vieillissement".

Par rapport au congé

- La planification du congé permet de réduire les réadmissions chez les personnes âgées recevant leur congé d'un centre hospitalier (incluant l'urgence). L'effet sur les coûts demeure incertain en raison de données insuffisantes ou de résultats divergents ainsi que des limites méthodologiques des études. Aucun effet sur la mortalité n'est observé. Trop peu d'études ont documenté les effets sur les aidants pour permettre de dégager des conclusions.
- Les interventions comportant des stratégies appliquées à la fois à l'hôpital et à la maison semblent plus efficaces. Les interventions incluant une planification du

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

congé ou une évaluation gériatrique globale par une infirmière spécialisée en plus d'un suivi à domicile sont prometteuses (voir le tableau 9 de l'Annexe K : Ali et Rasmussen, 2004; Hastings et Heflin, 2005; Preyde et al., 2009). Il est probable qu'une seule personne soit plus efficace qu'une équipe pour intervenir sur le congé, bien qu'il ne soit pas certain que ce résultat s'applique spécifiquement aux soins à domicile.

- Les études primaires de type ERC portant sur le congé et impliquant un intervenant social comme responsable sont rares dans les revues systématiques retenues de sorte que les résultats observés réfèrent principalement aux infirmières. Certaines revues systématiques ont pourtant couvert les banques bibliographiques dans le domaine social.
- Il n'y a pas assez de preuves, en raison du nombre d'études et de leurs limites méthodologiques, pour se prononcer sur l'efficacité d'une évaluation en ergothérapie à domicile lors du congé pour améliorer la qualité des soins. Le recours à de telles visites serait cependant fréquent et demanderait la réalisation d'études primaires de type ERC ayant des tailles d'échantillon appréciables. L'intervention est souvent restreinte à une visite pour évaluer les risques à l'aide ou non d'instruments (ex. grilles de risque) et faire des recommandations. L'objectif semble être davantage d'assurer d'un congé sécuritaire plutôt qu'un objectif d'adaptation/réadaptation pour le patient. L'implication de différents types d'intervention, outils spécifiques et/ou profils d'intervenants pourrait être considérée lors de recherches futures.
- Les interventions qui incluent une évaluation gériatrique spécialisée en soins infirmiers et des soins à domicile sont prometteuses pour améliorer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées recevant leur congé de l'urgence. Bien qu'il soit prématuré d'identifier les éléments des interventions les plus contributives, plusieurs sont susceptibles d'y jouer un rôle favorable : du personnel bien formé, repérer et cibler les personnes à risque, intervenir rapidement, référer aux bons services et exercer un suivi.
- Les communications entre les différentes interfaces – hôpital/soins à domicile/première ligne/patient/proche – sont primordiales, mais leur efficacité a fait l'objet de peu d'étude.

Par rapport à la coordination

- Les interventions de coordination réalisées par un gestionnaire de cas auprès de personnes âgées fragiles pourraient permettre de diminuer les incapacités ou de réduire le déclin fonctionnel. Elles diminueraient le nombre de journées d'hospitalisation ou d'hébergement. Cette diminution serait accompagnée d'un accroissement des soins à domicile. L'effet sur les coûts semble le plus souvent neutre.
- Une étude portant sur la coordination/liaison par des infirmières a étudié les composantes des interventions qui contribuent aux résultats bénéfiques sur les incapacités. Même si la force de la preuve n'est pas très élevée pour les associations trouvées, certains facteurs ressortent comme étant prometteurs. Parmi ceux-ci notons : l'expérience des cliniciennes, une formation spécialisée en gériatrie, une formation sur les technologies d'évaluation en gériatrie, des visites fréquentes et un horaire flexible, le recours à l'évaluation gériatrique globale,

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

une intervention à multiples composantes empruntant des éléments à la gestion des maladies chroniques et à la promotion de la santé, des actions sur les facteurs de risque de perte d'autonomie, une gestion de cas enrichie, dépassant de beaucoup le simple rôle de courtage (incluant l'évaluation gériatrique globale, les références, la défense des droits du client (advocacy), l'intervention en situation de crise, la prévention, l'enseignement à l'autosoins, l'éducation à la santé, le développement de réseau dans la communauté), des collaborations interdisciplinaires au sein des équipes de soins, des visites de médecin à domicile. Un manque d'évaluation des façons de faire (process evaluation), le peu de collaboration avec les médecins, une formation insuffisante et l'absence de stratégie adressant spécifiquement l'incapacité (dont des protocoles ou outils de cheminement clinique) ont par ailleurs été identifiés par les auteurs comme étant associés à des interventions infirmières à domicile qui se sont révélées inefficaces.

- Bien que reposant sur un très petit nombre d'études hétérogènes et limitées sur le plan méthodologique, certaines données suggèrent que les interventions d'évaluation et de liaison réalisées en une seule occasion ne semblent pas influencer l'utilisation des salles d'urgence. Des interventions plus complexes appliquées à domicile ou en ambulatoire sur une plus longue période pourraient être plus efficaces pour réduire les visites à l'urgence..
- Les interventions à faire à la salle d'urgence ne font pas l'unanimité. Les auteurs de deux des revues systématiques semblent mettre de l'avant des visions opposées. Les uns suggèrent de détecter/repérer les clients à risque à l'urgence et de faire l'essentiel des interventions au domicile alors que les autres suggèrent d'accroître la complexité des interventions faites à l'urgence en ciblant les grands utilisateurs des services d'urgence, en s'inspirant de la gestion des maladies chroniques, en donnant de l'enseignement pour l'autosoins, en introduisant de la gestion de cas. La question de la faisabilité de réaliser ce type d'intervention à la salle d'urgence doit aussi se poser.

Applicabilité au Québec

Les interventions ayant montré des bénéfices (voir tableau 9 de l'Annexe K) ont été jugées par le comité de suivi comme étant probablement applicables à un vaste éventail de situations (61%) ou probablement applicables à un vaste éventail de situations si elles sont adaptées de façon appropriée (39%).

Les données recueillies ne permettent pas de se prononcer sur les mécanismes les plus efficaces de transition ou de coordination entre les soins à domicile et les médecins de famille. Bien que certaines études primaires incluses dans les revues retenues mentionnent avoir communiqué avec les médecins de famille ou les intervenants de première ligne, il s'agissait souvent de l'un des nombreux éléments d'une intervention complexe à multiples composantes.

Les résultats dégagés des revues systématiques sont relativement décevants par rapport aux attentes. Ils dépendent évidemment de la quantité et de la qualité des études primaires. Celles-ci présentent souvent un échantillonnage restreint, ont recours à des instruments non validés ou encore peu sensibles, ont des processus

Programme *Actions concertées* **Rapport scientifique intégral**

d'attribution non randomisés, n'ont pas un protocole en simple ou en double insu, etc. L'hétérogénéité des clientèles exigeant souvent des interventions sur mesure rend plus difficile la mesure des effets. Les périodes de suivi sont souvent courtes, de sorte que la mesure des résultats se fait rapidement sans que l'intervention soit complètement implantée et leur degré d'implantation est rarement décrit.

Compte tenu que ces résultats reposent souvent sur un faible nombre d'études, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ou infirmer les tendances observées et vérifier l'effet des interventions sur l'ensemble des dimensions de la qualité des soins pour le patient, ses proches ainsi que l'effet sur l'utilisation des services de santé, les coûts et la continuité des soins. L'efficacité de la planification de congé est appuyée par des preuves relativement solides, mais seulement en ce qui concerne son effet sur les réadmissions. Son impact sur les autres dimensions de la qualité et de la continuité des soins nécessite davantage d'investigation.

3. Principales contributions

Cette revue comporte certaines limites. D'abord, les résultats recensés dépendent de la qualité des revues et de l'information qu'elles rapportent, en plus de la qualité des études qu'elles ont incluses. Les revues comportent souvent peu de détails concernant les interventions évaluées et ne nuancent pas toujours suffisamment les résultats des études qu'elles contiennent en fonction des risques de biais qu'elles comportent. Les résultats présentés dans les tableaux doivent donc être interprétés avec prudence et en tenant compte du résultat de l'évaluation de la qualité la revue (voir la colonne « hiérarchie de la preuve » du tableau 8 de l'Annexe K). Par exemple, le lecteur doit être prudent concernant les résultats et les conclusions des revues qui comprennent des risques de biais importants (soulignés par le signe « - » dans la cote de hiérarchie de la preuve), ce qui est le cas par exemple pour Barras (2005) et McCusker et coll. (2006). L'hétérogénéité des interventions et des populations des études incluses dans la présente revue de revues fait en sorte qu'il est difficile de regrouper des preuves solides pour appuyer un type d'intervention en particulier. Une autre limite tient au fait que la recherche bibliographique a été réalisée au départ en ciblant d'entrée de jeu les soins à domicile. Des questions de recherche portant sur les soins à domicile ont ensuite été identifiées par le comité consultatif. De la sorte, les revues retenues pour la question de recherche portant sur le congé n'incluent probablement pas toutes celles qui l'auraient été en recherchant spécifiquement les études portant sur le congé, indépendamment de la présence requise de soins à domicile. Certains mots-clés plus précis auraient aussi alors pu être utilisés pour effectuer les recherches bibliographiques. Par ailleurs, il est possible que la définition des soins à domicile utilisée (interventions réalisées au moins en partie à domicile ou impliquant de la coordination ou de la transition chez des clientèles spécifiquement identifiées comme recevant des soins à domicile) ait eu pour effet d'écarter des études pertinentes. Finalement, notons que l'amélioration des soins usuels en gérontologie survenue au cours des deux dernières décennies peut contribuer à l'absence de différences significatives observées dans plusieurs études, puisque la différence entre ces soins et les interventions à l'étude s'avèrent probablement moins grandes en 2010 qu'en 1980.

Malgré ces limites, cette revue permet de faire le point sur les données empiriques disponibles pour appuyer l'efficacité des mécanismes de coordination et de transition entre les soins à domicile et les milieux hospitaliers (unités de soins, urgence) chez les personnes âgées ayant des besoins de longue durée. Elle a permis d'identifier quelques stratégies dont l'efficacité est bien appuyée empiriquement, celles qui sont prometteuses et celles pour lesquelles les données sont actuellement insuffisantes ou incohérentes. Ces résultats pourront être utiles aux décideurs et aux gestionnaires impliqués dans la planification et l'organisation des soins aux personnes âgées ayant des besoins de longue durée. Elles peuvent renforcer la pertinence de conserver certains modèles déjà en place (ex. offrir un plan de congé avant le départ du patient âgé de l'hôpital et un suivi à domicile après le congé), d'y ajouter des stratégies prometteuses (ex. inclure une évaluation gériatrique spécialisée réalisée par une infirmière lors de la planification de congé) et d'évaluer davantage les interventions fréquemment utilisées, mais dont l'efficacité demeure incertaine (ex. évaluation en ergothérapie à domicile lors du congé).

PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE

1. Pistes de recherche

Les résultats de cette revue de revues permettent d'identifier plusieurs pistes pour les recherches futures et orienter les études d'efficacité sur les interventions et modalités d'intervention les plus prometteuses. Parmi ces pistes de recherche figurent celles d'étudier :

- l'efficacité des différentes composantes des interventions, des processus et des modalités d'application de planification de congé et de coordination (ex. stratégies spécifiques, intensité et durée du suivi, composition et formation de l'équipe, lieu d'attache des intervenants qui assurent la planification ou la coordination);
- l'impact d'ajouter des évaluations gériatriques globales aux stratégies de coordination et de transition déjà appliquées au Québec;
- l'efficacité des interventions de planification du congé et de coordination sous la responsabilité des intervenants sociaux;
- l'efficacité d'un modèle de planification de congé ciblant les clients à risque à l'urgence et effectuant le suivi surtout à domicile;
- l'effet de la planification de congé sur l'état de santé et le fonctionnement des patients;
- les impacts de la planification de congé et de coordination sur les aidants et les coûts;
- l'efficacité des évaluations à domicile en ergothérapie;
- l'efficacité des stratégies de communication entre les différentes interfaces.

Par ailleurs, les moyens les plus efficaces de répondre aux besoins d'informations des décideurs et gestionnaires en termes de données probantes doivent tenir compte du contexte afin de privilégier la réalisation d'études primaires, de revues

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

systématiques, de revues de revues systématiques ou encore d'un survol de littérature (« scoping »).

2. Pistes de solutions

La réalisation d'études primaires rigoureuses sur le plan méthodologique, élaborées spécifiquement pour examiner les processus et conçues en partenariat avec des décideurs, des gestionnaires et des intervenants du domaine des SAD permettrait d'optimiser les informations pratiques tirées des recherches futures. Des études multicentriques faciliteraient peut-être le recrutement d'un nombre plus élevé de participants de même que l'utilisation de connaissances et d'expériences provenant de différents milieux. Il pourrait aussi être pertinent de cibler les clientèles les plus à risque afin de faire ressortir davantage les effets des interventions et d'investir les ressources là où les besoins sont les plus importants.

Le recours à des données probantes est un des éléments importants, mais pas le seul, qui entrent en jeu lors de la prise de décision en regard de la planification et de l'organisation des services de santé. La présente synthèse des connaissances basée sur une revue de revues systématiques a permis de confirmer le grand nombre d'études publiées. L'équipe de recherche avait répondu à l'appel de proposition du FQRSC avec l'objectif également de développer son expertise dans la réalisation de revue systématique. La méthodologie décrite illustre bien ce à quoi réfère la notion de « systématique » et ce qu'elle impose dont couvrir plusieurs banques de données, impliquer toujours deux personnes qui ont à sélectionner et évaluer la qualité des revues, le recours à des tiers pour établir un consensus. Cette méthodologie implique un investissement en temps et argent relativement considérable et la synthèse n'aurait pu être réalisée à même le budget initial de l'appel de proposition (25,000 \$) sans l'obtention d'une bourse post-doctorale du programme FormSav des IRSC pour la co-auteure principale (AB) et un complément budgétaire du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

Plusieurs enseignements émanent de la démarche suivie dont voici les principaux. Un premier enseignement est de centrer l'appel de proposition sur des questions très précises et sur un nombre restreint d'objets, en tenant compte des échéanciers à respecter et des budgets disponibles. Un deuxième enseignement, qui est apparu malgré des efforts faits en ce sens lors de l'exercice d'atteinte de consensus, est de retenir une question la plus précise possible permettant de restreindre la recherche à un objet très spécifique. Un troisième enseignement est de déterminer au départ si l'intention est d'obtenir un survol de la littérature ou une revue systématique. Si le but poursuivi en est un d'exploration des interventions possibles plutôt que d'identification des interventions efficaces, la revue de portée (« scoping » review) est à privilégier. En effet, il requiert moins de temps et moins d'argent étant donné que l'évaluation de la qualité des études incluses et l'élément « systématique » sont beaucoup moins élaborés.

La plupart des revues systématiques retenues dans la présente synthèse reprochaient le manque de description des interventions dans les études primaires. Les contraintes de publication font probablement en sorte que l'espace requis est

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

limité pour bien décrire l'intervention et son implantation à même un article dont l'objectif est d'en évaluer l'efficacité ou le rapport coût/efficacité/bénéfice. Il apparaît plus difficile de remédier à ce problème avec une revue de revues systématiques. Il faudrait alors juger de la pertinence de réaliser une revue systématique d'études primaires où des contacts seraient faits avec les auteurs afin de mieux décrire les interventions réalisées. La question abordée devra alors être très précise et ne porter que sur un seul type d'intervention.

La revue de revues demeure très pertinente pour étudier la force de la preuve lorsqu'une question de recherche est très précise et que quelques revues systématiques ont déjà été réalisées sur le sujet.

PARTIE F - RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Références

- Ali, W., & Rasmussen, P. (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report*, 7(1).
- Barras, S. (2005). A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 326-336. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x
- Bélanger, A., Martel, L., & Caron-Malenfant, É. (2005). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2005-2031*. , n° 91-520-XIF au catalogue. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2005001-fra.pdf>
- Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 447-458. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x
- Gervais, M., & Pépin, G. (2002). TRIAGE: a new group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation Journal of Australia*, 2(2), 45-49.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Schünemann, H. J. (2008). What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ*, 336, 995-998. doi: 10.1136/bmj.39490.551019.BE
- Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 12(10), 978-986. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032
- Jacob, R. (2008). *Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé - Guide méthodologique*: Direction systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec.

Programme *Actions concertées*
Rapport scientifique intégral

- Liebel, D. V., Friedman, B., Watson, N. M., & Powers, B. A. (2009). Review: review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Medical Care Research & Review*, 66(2), 119-146.
- Manton, K. (2008). Recent declines in chronic disability in the elderly U.S population: risk factors and future dynamics. *Annu. Rev. Public Health*.(29), 91–113.
- McCusker, J., & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(1), 53-62.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2003). Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile., from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2005). *Le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie. Un défi de solidarité*: Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Parker, S. G., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A. M., Abrams, K., Baker, R. (2002). *A systematic review of discharge arrangements for older people Health Technology Assessment* (6, pp. 1-183). Winchester, England: Health Technology Assessment.
- Parkes, J., & Shepperd, S. (2003). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews (Complete Reviews)*(4), Art. No.: CD000313. doi: DOI: 10.1002/14651858.CD000313
- Patterson, C. J., & Mulley, G. P. (1999). The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 13, 101-104.
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(2), 198-216.
- Tarricone, R., & Tsouros, A. G. (Eds.). (2008). *The Solid Facts :Home Care in Europe*.: World Health Organization. Regional office for Europe.

ANNEXES

ANNEXE A

État des connaissances

Programme *Actions concertées*
Annexes

État des connaissances

Une consultation préliminaire pour la période 2000-2009 de quelques-unes des banques de données et de quelques sites WEB couramment utilisés (PubMed, Ageline, CINAHL, Cochrane Library, CRD database, Info-Vieillesse (MSSS)) révèle la grande étendue du champ des soins à domicile (SAD). Les publications sont très nombreuses et diversifiées, tant du côté de la littérature scientifique que grise. Elles peuvent porter sur certains éléments du continuum de soins allant de la prévention aux soins palliatifs ou sur l'ensemble (ex : réseaux de services intégrés). De plus, elles peuvent concerner une clientèle particulière, des problèmes spécifiques ou encore viser certaines disciplines selon les divers éléments du continuum. Des publications font des distinctions selon le genre et plusieurs font référence à des technologies de l'information et de la communication (TIC) disponibles pour tout ou pour une partie du continuum, d'où leur caractère transversal (Tableau 1). Voici quelques exemples pour illustrer la variété et l'étendue des objets en lien avec le continuum de SAD.

Tableau 1. Soins à domicile dans les diverses étapes d'un continuum de soins et traitements.

Continuum	Prévention	Soins aigus	Réadaptation	Soins long terme	Soins palliatifs	Intégration des services, Politiques
Clientèles visées						
Enfants < 1 an	x	x	x			
Jeunes < 18 ans	x	x	x	x	x	
Adultes	x	x	x	x	x	
Pers. âgées	x	x	x	x	x	x
Problèmes						
Dysphagie			x	x	x	
Soin de plaies		x		x		
Prob. dermatolo		x				
MPOC	x	x	x	x		
Diabète	x					
Ins. Cardiaque	x	x	x			
AVC		x	x	x	x	
Fractures	x	x	x			
Cancer	x	x			x	
↓ autonomie	x		x	x		x
Disciplines concernées						
Médecine	x	x		x		
Sciences infirmières	x	x		x	x	
Pharmacie		x		x	x	
Gestion de cas	x	x	x	x	x	x
Physiothérapie	x	x	x	x		
Ergothérapie	x	x	x	x		
Inhalothérapie		x		x		
Nutrition	x			x		
Services? Sociaux	x	x		x	x	
Psychologie			x	x		
<i>Dimensions transversales à tous les éléments :</i>						
<i>Genre ; Technologies de l'information (ex : télémonitoring, télésoins, aides à la décision)</i>						
x : présence recensée de littérature scientifique ou grise en lien avec les soins à domicile						

Programme *Actions concertées*

Annexes

En prévention, plusieurs revues systématiques, dont certaines incluent une méta-analyse, ont été réalisées touchant les visites préventives à domicile auprès de personnes âgées fragiles. Certains pays en ont même fait un programme national (Japon, Danemark, Australie) alors que d'autres l'ont abandonné après l'avoir mis en place (Grande-Bretagne) (Bouman et al., 2008). Les dernières données probantes publiées semblent remettre en question de tels programmes en raison de l'absence de bénéfices sur l'état de santé (Bouman, et al., 2008) et le recours aux services (Huss et al., 2008).

Pour les soins aigus/court terme, les SAD prodigués par des professionnels peuvent être dispensés dans un contexte d'hôpital à domicile. Les programmes cherchant à éviter une hospitalisation montrent des résultats comparables à ceux en hôpital alors que ceux visant le retour précoce à domicile post-hospitalisation (Shepperd, Doll, Angus et al., 2009; Shepperd, Doll, Broad et al., 2009) ne montrent pas en général de meilleurs résultats sur la santé et le recours aux services sauf une diminution significative de l'hébergement.

En réadaptation, une revue Cochrane vient d'être publiée sur l'efficacité de différents lieux (réadaptation à l'hôpital, en établissement autre que l'hôpital ou à domicile) (Ward et al., 2008). Cette synthèse aide à comprendre l'état de la situation, ce qu'on connaît et ce qui demeure à explorer, et à mieux en saisir la complexité auprès des personnes âgées. En soins de longue durée, la gestion des maladies chroniques est l'objet de nombreuses publications. Le rôle des infirmières et des médecins de première ligne y est particulièrement important pour des maladies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire chronique, le diabète (Bras et al., 2006).

En soins palliatifs, une revue systématique récente dont plus de la moitié des recherches recensées se déroulaient au domicile conclut que les données probantes disponibles ne permettent pas encore d'appuyer la création d'équipes spécialisées et que des recherches additionnelles doivent être entreprises en étant axées sur les différents programmes (domicile, clinique ambulatoire etc.) (Zimmermann et al., 2008). Une autre revue systématique compare les différents modes d'organisation de soins de fin de vie (Thomas et al., 2006). Un protocole dans le cadre de la Collaboration Cochrane portant sur les interventions pour améliorer la continuité des soins chez les patients atteints de cancer est en cours de réalisation par des chercheurs de Québec (Aubin et al., 2009).

En regard de l'intégration des services, les modèles de coordination (PRISMA : Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie) (Hébert et al., 2010) et d'intégration complète (SIPA : Services intégrés pour les personnes âgées) (Béland et al., 2006) ont été développés, implantés et évalués au Québec. Plusieurs autres recherches évaluatives ont été menées aux États-Unis et en Europe et des revues systématiques ont été produites (Johri et al., 2003). Les résultats semblent supporter un impact positif des réseaux de services intégrés sur l'utilisation des services de santé et le déclin de l'autonomie fonctionnelle. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) peuvent jouer un rôle dans toutes les composantes du continuum de soins. Déjà des

synthèses de littérature ont été réalisées au plan canadien (Tran et al., 2008) et québécois (Lehoux et al., 2004).

La littérature scientifique et grise touchant les soins à domicile est donc considérable compte tenu que le champ lui-même des SAD touche toutes les composantes du continuum de soins, en allant de la prévention aux soins en fin de vie. Le survol qui en a été fait illustre bien la pertinence de revoir de façon systématique les évidences déjà synthétisées touchant les modèles ou approches innovantes de SAD.

Références

- Aubin, M., Giguère, A., Verreault, R., Fitch, M. I., & Kazanjian, A. (2009). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD007672. doi:10.1002/14651858.CD007672.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P., et al. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : Results from a randomized controlled trial. *Journals of Gerontology : Medical Sciences*, 61A, M367-M373.
- Bouman, A., Rossum, E. V., Nelemans, P., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8-74. doi:10.1186/1472-6963-8-74
- Bras, P.-L., Duhamel, G., & Gras, E. (2006). *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de «disease management»*. France: Inspection générale des affaires sociales.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M., et al. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(1), 107-118. doi:10.1093/geronb/gbp027
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A(3), 298-307.
- Johri, M., Béland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 222-235. doi: 10.1002/gps.819
- Lehoux, P., Law, S., & Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2004). *Les technologies de soins à*

Programme *Actions concertées*

Annexes

- domicile: enjeux de l'organisation et de la prestation des services au Québec.*
Montréal: Boothroyd L.
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., et al. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home. *Canadian Medical Association Journal*, 180(2), 175-182. doi: 10.1503/cmaj.081491
- Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., et al. (2009). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000356. doi:10.1002/14651858.CD000356.pub3.
- Thomas, R. E., Wilson, D., & Sheps, S. (2006). A literature review of randomized controlled trials of the organization of care at the end of life. *Canadian Journal on Aging*, 25(3), 271-293.
- Tran, K., Polisena, J., Coyle, D., Coyle, K., Kluge, E.-H. W., Cimon, K., et al. (2008). *Home telehealth for chronic disease management*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Ward, D., Drahota, A., Gal, D., Severs, M., & Dean, T. P. (2008). Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003164. doi:10.1002/14651858.
- Zimmermann, C., Riechelmann, R., Krzyzanowska, M., Rodin, G., & Tannock, I. (2008). Effectiveness of specialized palliative care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 299(14), 1698-1709. doi: 10.1001/jama.299.14.1698

ANNEXE B

Questions de recherche identifiées et priorisées lors de l'exercice d'atteinte de consensus (TRIAGE)

Programme *Actions concertées*

Annexes

Questions identifiées par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Priorité MSSS : 1; Priorité CSSS : 1

Quels sont les mécanismes les plus efficaces de transition et de coordination (incluant la coordination des services professionnels – liaison, transfert d'information, etc.), entre le domicile et a) les centres hospitaliers (unités de soins), b) l'urgence, et/ou c) les médecins de famille pour améliorer la qualité et la continuité des services chez les clientèles âgées avec des besoins de longue durée liés aux pertes d'autonomie liées au vieillissement, aux maladies neurodégénératives et aux maladies chroniques (MPOC, maladies cardio-vasculaires, diabète)?

Priorité MSSS : 2; Priorité CSSS : 5

Quelles sont les meilleures pratiques et stratégies cliniques (ex. interdisciplinarité) auprès de la clientèle adulte et âgée avec des besoins de longue durée (ex : perte d'autonomie liée au vieillissement) pour diminuer le recours à l'urgence, à l'hospitalisation et à l'hébergement, améliorer la qualité des soins à domicile et/ou améliorer ou maintenir l'autonomie fonctionnelle?

Les disciplines/domaines suivant(e)s seront considéré(e)s dans cet ordre de priorité : Soins infirmiers, réadaptation, psychosocial, pharmacie, nutrition.

Priorité MSSS : 3; Priorité CSSS : 7

Quelle est l'efficacité des interventions en réadaptation à domicile par rapport à celles en établissement (ambulatoire) pour améliorer l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées?

Au besoin, les clientèles présentant les problématiques suivantes seront priorisées : AVC, fracture de la hanche, prothèses de hanche ou de genou.

Au besoin, les disciplines suivantes seront examinées dans cet ordre de priorité : Réadaptation physique (physiothérapeutes et techniciens en réadaptation physique), ergothérapie.

Priorité MSSS : 4; Priorité CSSS : 10

Quels sont les moyens (ex : stratégies de changement de pratiques) les plus efficaces pour intégrer les données probantes à la pratique clinique afin d'améliorer les soins à domicile (entre autres l'état de santé ou les processus clinico-administratifs)?

Au besoin, les disciplines/domaines suivant(e)s seront considéré(e)s dans cet ordre de priorité : soins infirmiers, réadaptation, psychosocial, pharmacie, nutrition

Au besoin, la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sera priorisée.

Programme *Actions concertées*

Annexes

Priorité MSSS : 5; Priorité CSSS : 8

Quels sont les modèles ou les moyens les plus efficaces pour favoriser l'interdisciplinarité dans les soins à domicile ?

Au besoin, la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sera priorisée.

Question identifiée par le MSSS seulement

Priorité : 6

Quels sont les moyens les plus efficaces pour assurer le développement de l'expertise en pratique de soins à domicile chez les personnes ayant des maladies chroniques (MPOC, maladies cardio-vasculaires, diabète)?

Questions identifiées par les CSSS seulement

Priorité : 2

Quels sont les effets (efficacité et efficience) des visites préventives, de surveillance ou de relances préventives téléphoniques auprès des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile (par rapport à ne pas avoir de telles visites) pour améliorer l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie, diminuer le recours à l'urgence et à l'hospitalisation, diminuer l'hébergement?

Priorité : 3

Quels sont les modèles (ex : suivis systématiques de première ligne) qui ont été mis en place et qui sont probants, pour le dépistage, le traitement et le suivi des personnes ayant des déficits cognitifs (avec ou sans problèmes du comportement) afin d'assurer le maintien de ces personnes dans leur milieu de vie le plus longtemps possible et en toute sécurité?

Priorité : 4

Quelles sont les approches de détermination de priorité de services les plus efficaces pour favoriser l'accès aux services des personnes (adultes et personnes âgées) en perte d'autonomie?

Priorité : 6

Quels sont les modèles et les approches les plus efficaces et efficaces de gestion de cas pour améliorer la continuité et la coordination des services chez les personnes en perte d'autonomie (adultes et aînés)?

Programme *Actions concertées*

Annexes

Priorité : 9

Quels sont les meilleurs modèles de soins palliatifs en milieu rural et en milieu urbain pour améliorer la qualité de vie des personnes en fin de vie et de leurs proches?

Questions supplémentaires (non priorisées)

Quels sont les modèles les plus efficaces et efficaces pour favoriser l'accès à l'adaptation du domicile des personnes en perte d'autonomie?

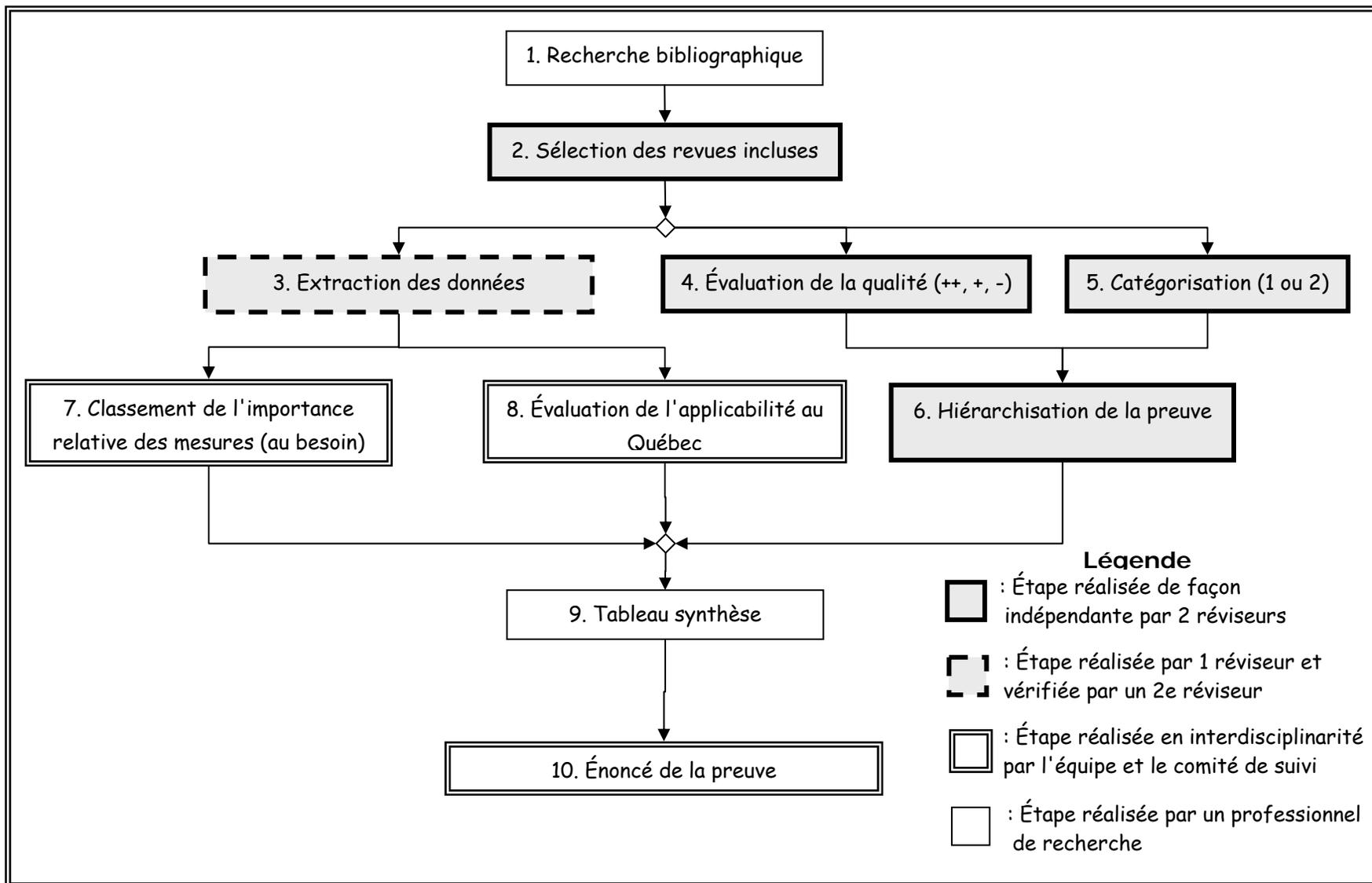
Quels sont les effets des normes émises par les ordres professionnels sur l'organisation du travail des dits professionnels et l'accessibilité des services qu'ils prodiguent aux clients?

ANNEXE C

Résumé de la méthodologie

Programme *Actions concertées*
Annexes

Figure 1. Résumé de la méthodologie



ANNEXE D

Liste des banques de données et des sites web consultés

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 2. Liste des banques de données et des sites web consultés lors de la recherche bibliographique

Banque de donnée ou portail	Site de la recherche
Pubmed (inclut Medline)	Pubmed (hébergé par National Institute of Health; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
Embase	Embase (Embase.com)
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	EBSCO Host
PsycINFO et PsyArticles	APA PsychNET
Psychology and Behavioral Sciences Collection	EBSCO Host
AgeLine	CSA (de Proquest)
Sociological Abstracts	CSA (de ProQuest)
Social Services Abstracts	CSA (de ProQuest)
Cochrane Database of Systematic Reviews	The Cochrane Library (par Wiley; http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cochrane_search_fs.html)
Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)	The Cochrane Library (par Wiley; http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cochrane_search_fs.html)
Health Technology Assessment Database(HTA)	The Cochrane Library (par Wiley; http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cochrane_search_fs.html)
NHS Economic Evaluation Database	The Cochrane Library (par Wiley; http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cochrane_search_fs.html)
The Campbell Library	Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews (http://www.campbellcollaboration.org/library.ph)
Database of promoting health effectiveness reviews (DoPHER)	DoPHER (hébergé par EPPI-Centre ; http://eppi.ioe.ac.uk/webdatabases/Intro.aspx?ID=2)
Proquest – Dissertations and thesis	ProQuest
Canadian Health Technologies Assessment	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health

Programme *Actions concertées*
Annexes

	(CADTH)
Evidence Library de EPPI-Centre	The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre); http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=61&language=en-US)
NHS Evidence - Systematic review	Fourni par National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); http://www.evidence.nhs.uk/default.aspx)
NHS Evidence - Guidelines	Fourni par National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); http://www.evidence.nhs.uk/default.aspx)
Bibliothèque de CORDIS	Community Research and Development Information Service (CORDIS); http://cordis.europa.eu/library/fr/home.html)
Library & Information Networks for Knowledge Database de World Health Organization's library database (WHOLIS)	World Health Organization (http://disei.who.int/uhtbin/cgiirsi/10SuyJ511j/20000010/60/495/X)
System for Information on Grey Literature in Europe (OpenSIGLE)	Géré par l'Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST; http://opensigle.inist.fr/)
The King's Fund Library Database	The King's Fund (http://kingsfund.koha-ptfs.eu/)
National Guidelines Clearinghouse (NGC)	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); http://www.guideline.gov/index.aspx)
Guidelines du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	SIGN (http://www.sign.ac.uk/guidelines/index.html)
Catalogue de l'ICIST (collection de l'ICIST-CNRC)	Conseil national de recherches Canada (http://cisti-icist.nrc-cnrc.gc.ca/fra/services/icist/catalogue/index.html)
Santécom	Institut national de santé publique du Québec (http://www.santecom.qc.ca)
Catalogue en direct de la bibliothèque ministérielle de Santé Canada	Santé Canada (http://204.50.92.25/Health_Canada_English/Enhsearch.asp)
Agence de la santé publique du Canada	Agence de la santé publique du Canada (http://recherche-research.gc.ca/s_r?t3mp11t34d=1&s5t34d=phac&l7c113=fra)
Réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec - CUBIQ	Réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec (CUBIQ; http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/zonesl/)
Base de données du Réseau sur le	RVCD – Ministère de la santé et des services sociaux du

Programme *Actions concertées*
Annexes

vieillessement et les changements démographiques (RVCD)	Québec (http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/k30/K30RechAv.asp)
Base de données de KUUC	Knowledge Utilization – Utilisation des connaissances (KUUC) – Chaire sur le transfert de connaissances et l'innovation (http://kuuc.chair.ulaval.ca/english/index.php)
Portail Documentation de Santé Montérégie	Portail Santé Montérégie (http://www.santemonteregie.qc.ca/portail/documentation/liste/index.fr.html)
Home and Community Care Digest	Longwoods (www.longwoods.com)
Canadian Home Care Association/Association canadienne de soins et services à domicile	Canadian Home Care Association/Association canadienne de soins et services à domicile (http://www.cdnhomocare.ca/content.php?sec=3)
The New York Academy of Medicine (NYAM) Library's Online Catalog – Section "Grey Literature Report"	The New York Academy of Medicine (NYAM); http://nyam.waldo.kohalibrary.com/)
science.gov	science.gov - USA government for Science - Government Science Portal

ANNEXE E

Mots clés utilisés et exemple de stratégie de recherche

Programme *Actions concertées*
Annexes

Mots clés utilisés

Pour plusieurs banques de données scientifiques, un filtre a été utilisé pour identifier les revues systématiques. Lorsque disponibles, des filtres déjà élaborés ont été utilisés. Si aucun filtre n'est disponible pour une base de données, les filtres existants ont été adaptés

Tableau 3. Liste des mots clés utilisés pour les recherches en langue anglaise

	Home care	Filtre pour identifier les revues systématiques
Pubmed (incluant Medline)	home care services home care agencies house calls	Health Evidence Bulletins
Embase (Embase.com)	home care health visitor	BMJ Evidence Center
CINHAL (Sur EBSCO)	home health care+ home health agencies home health care information systems	SIGN
PsycINFO (sur PsycNET)	home care home care personnel home visiting programs	Health Evidence Bulletins
Ageline (sur CSA)	home care home care agencies home health care home care workers visiting nurses	Health Evidence Bulletins – filtre de PsycINFO adapté pour la recherche dans CSA
Texte libre	home care* homecare* home-care* home health care or home healthcare or home-healthcare home health agencies or home health agency house calls domiciliary care health visitor* visiting nurse* nurse visit* home rehab* hospital at home home nurs* or home-nurs* telehealth or tele-health telenursing telecare or tele-care telehomecare or tele-homecare or telehome-	

Programme *Actions concertées*

Annexes

	care home telemedicine or home tele-medicine home telemonitoring or home tele-monitoring medical home mobile health units home based care home-based care (home based or home-based or in-home or domicile or home visit*) and (rehab* or therap* or treatment or testing or health personnel or health professional* or health care professional* or healthcare professional* or physical* or physician* or psychologist* or psychiatr* or social worker* or social work or pharmacy or pharmaci* or nutritionist* or speech-language pathologist or patient care team* or case management or case manager* or liaison nurse* or collaborative practice* or collaborative care or nurse-led follow-up or interdisciplinary care or interdisciplinary team*or interdisciplinary care team* or team care or multi agency working or inter agency working or multi professional working or interprofessional working or multidisciplinary team* or multidisciplinary care team* or interdisciplinary treatment approach* or telemedicine or tele-medicine or telecommunication or tele-communication or telemonitoring or tele-monitoring	
Limites	Date : 1995-2009 Langue : Anglais ou français Groupe d'âge : 18 ans et plus	

Tableau 4. Liste des mots clés utilisés pour les recherches en langue française (littérature grise, sites gouvernementaux)

Soins à domicile
Soins ET domicile
Télesanté ou télé-santé
Télé-médecine ou télé-médecine
Télésoins ou télé-soins
Reuves
Revue de littérature ou revue ou littérature
Synthèse
Examen des connaissances
Revue systématique ou systématique
Rapport

Stratégie de recherche PUBMED¹

1. home care services[Mesh]
2. home care agencies[Mesh]
3. house calls[Mesh]
4. "home care"[tiab] OR "home cares"[tiab] OR "homecare"[tiab] OR "home-care"[tiab] OR "home-cares"[tiab] OR "domiciliary care"[tiab] OR "home health care"[tiab] OR "home healthcare"[tiab] OR "home-healthcare"[tiab] OR "home health agencies"[tiab] OR "home health agency"[tiab] OR "health visitor"[tiab] OR "health visitors"[tiab] OR "house calls"[tiab] OR "visiting nurses"[tiab] OR "visiting nurse"[tiab] OR "nurse visit"[tiab] OR "nurse visits"[tiab] OR "telehealth"[tiab] OR tele-health[tiab] OR "telenursing"[tiab] OR telecare[tiab] OR tele-care[tiab] OR telehomecare[tiab] OR tele-homecare[tiab] OR telehome-care[tiab] OR "home telemedicine"[tiab] OR "home tele-medicine"[tiab] OR "home telemonitoring"[tiab] OR "home tele-monitoring"[tiab] OR "medical home"[tiab] OR "home nursing"[tiab] OR "home nurse"[tiab] OR "home-nurses"[tiab] OR "home-nursing"[tiab] OR "home based care"[tiab] OR "home-based care"[tiab] OR "mobile health units"[tiab] or "mobile health unit"[tiab] OR "home rehabilitation"[tiab] OR "hospital at home"[tiab]
5. "home based"[tiab] OR "home-based"[tiab] OR "in-home"[tiab] OR "home visit"[tiab] OR "home visits"[tiab] OR "home visiting"[tiab]
6. rehab*[tiab] OR therap*[tiab] OR treatment[tiab] OR testing[tiab] OR "health care provider"[tiab] OR "health care providers"[tiab] OR "health personnel"[Mesh] OR "health care personnel"[tiab] OR "health professional"[tiab] OR "health professionals"[tiab] OR "health care professional"[tiab] OR "health care professionals"[tiab]OR "healthcare professional"[tiab] OR "healthcare professionals"[tiab] OR physician*[tiab] OR psycholog*[tiab] OR psychiatr*[tiab] OR "social worker"[tiab] OR "social workers"[tiab] OR "social work"[tiab] OR pharmacy[tiab] OR pharmaci*[tiab] OR nutritionist*[tiab] OR "speech-language pathologist"[tiab] OR "speech-language pathologists"[tiab] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "patient care team"[tiab] OR "patient care teams"[tiab] OR "case management"[tiab] OR "case manager"[tiab] OR "case managers"[tiab] OR "liaison nurse"[tiab] OR "liaison nurses"[tiab] OR "collaborative practice"[tiab] OR "collaborative practices"[tiab] OR "collaborative care"[tiab] OR "nurse-led follow-up"[tiab] OR "interdisciplinary care"[tiab] OR "interdisciplinary team"[tiab] OR "interdisciplinary teams"[tiab] OR "interdisciplinary care team"[tiab] OR "interdisciplinary care teams"[tiab] OR "team care"[tiab] OR "multi agency working"[tiab] OR "inter agency working"[tiab] OR "multi professional working"[tiab] OR "interprofessional working"[tiab] OR "multidisciplinary team" [tiab] OR "multidisciplinary teams" [tiab] OR "multi [disciplinary care teams](#)"[tiab] OR "interdisciplinary treatment approaches"[tiab] OR telemedicine[tiab] OR tele-medicine[tiab] OR

¹ Les stratégies de recherche utilisées pour les autres banques de données seront fournies sur demande.

Programme *Actions concertées*

Annexes

telecommunication[tiab] OR tele-communication[tiab] OR telemonitoring[tiab]
OR tele-monitoring[tiab]

7. #5 and #6

8. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #7

9. ("meta-analysis"[pt] OR "meta-analysis"[pt] OR meta-anal*[tw] OR metaanal*[tw] OR "quantitative review"[tw] OR "quantitative overview"[tw] OR "systematic review"[tw] OR "systematic overview"[tw] OR "systematic reviews"[tw] OR "systematic overviews"[tw] OR (methodologic*[tw] AND (review*[tw] OR overviews*[tw])) OR "integrative research review"[tw] OR "research integration"[tw] OR (quantitativ*[tw] and syntheses*[tw]) OR "medline"[mesh] OR "medlars"[mesh] OR medline[tw] OR medlars[tw] OR embase[tw] OR scisearch[tw] OR psychinfo[tw] OR psycinfo[tw] OR psychlit[tw] OR psyclit[tw] OR "hand search"[tw] OR "manual search"[tw] OR "hand searches"[tw] OR "manual searches"[tw] OR "electronic database"[tw] OR "bibliographic database"[tw] OR "electronic databases"[tw] OR "bibliographic databases"[tw] OR ((pooling[tw] OR pooled[tw]) AND analys*[tw]) OR "mantel haenszel"[tw] OR peto[tw] OR "der simonian"[tw] OR dersimonian[tw] OR "fixed effect"[tw] OR "fixed effects"[tw]) AND (review[pt] OR review*[tw] OR overview*[tw]))

10.#8 AND #9

11. "1995"[Publication Date] : "2009"[Publication Date]

12. (french[la] OR english[la])

13. #10 AND #11 AND #12

14. #13 NOT ((infant[MeSH] OR child[MeSH] OR adolescent[MeSH]) NOT (adult[MeSH]))

ANNEXE F

Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

Types d'étude

Les revues systématiques et les synthèses systématiques de revues systématiques incluant des études primaires réalisées au moyen d'un groupe contrôle (qualitative ou quantitative; expérimentales, quasi-expérimentale ou observationnelles) seront incluses.

Le groupe de comparaison des études primaires peut être soit un modèle de soins usuels, ou bien une autre intervention. Les comparaisons avant-après ne sont pas considérées comme un groupe contrôle. Les revues systématiques incluant à la fois des études primaires avec et sans groupes contrôle, pourront être incluses si les études réalisées avec ces différents devis sont analysées ou interprétées séparément.

Pour être incluses dans l'étude, les revues devront correspondre aux critères suivants : (a) la revue systématique aborde une question claire et bien ciblée, (b) la méthodologie est décrite, (c) la recherche documentaire a été réalisée dans au moins deux banques de données scientifiques ou être une revue systématique de revues systématiques, (d) la qualité des études recensées a été évaluée et prise en considération.

Les revues publiées en anglais et en français seront incluses. Les études non publiées (ex. protocoles, études dont seulement un résumé/acte de congrès a été publié) ne seront pas retenues. Puisque le matériel inclus comporte seulement des revues systématiques, les risques de biais de publication sont beaucoup plus faibles (les revues systématiques incluent autant les études qui ont montré des résultats positifs que négatifs).

Type de participants

Les participants pourront être a) des adultes de 18-64 ans en post-hospitalisation de soins aigus ou ayant une maladie chronique d'ordre physique, b) des personnes âgées de 65 ans et plus ou c) des professionnels de la santé ou des organisations offrant des soins à domicile à l'une ou l'autre des 2 populations décrites en a) et en b). Les études portant sur des interventions offertes par des professionnels à des proches aidants seront retenues (ex. intervention auprès des proches d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer pour la gestion des symptômes comportementaux).

Types d'intervention

Pour être incluses, les revues devront porter sur des modèles ou approches novatrices de soins à domicile faisant mention d'une intervention réalisée :

- par un professionnel de la santé (ex. médecine, soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, audiologie, pharmacie, nutrition, inhalothérapie, psychologie, service social, réadaptation, questionnaire de cas). Les interventions réalisées par des intervenants qui ne sont pas des

Programme *Actions concertées*

Annexes

professionnels ou des techniciens de la santé, ne seront pas incluses (ex. aidants familiaux, service d'aide domestique, aide à la personne).

- au moins en partie à domicile, par exemple :
 - évaluation/intervention faite à domicile par un professionnel
 - évaluation/intervention faite par téléphone au domicile du patient
 - évaluation/intervention faite à l'aide d'une technologie de l'information entre le professionnel et le patient à domicile
 - suivi/supervision faite par le professionnel (l'intervention initiale ayant pu être réalisée à domicile ou dans un autre lieu)
 - questionnaire envoyé par la poste ou par courriel
- ou encore viser la transition ou la coordination entre des partenaires offrant des soins de santé (ex : milieux hospitaliers, organisations offrant des soins et services communautaires) pour des clientèles recevant des soins à domicile.

Les études qui incluent à la fois des interventions à domicile et des interventions réalisées dans d'autres lieux seront incluses si les interventions à domicile sont analysées séparément. La présence d'un tableau ou d'un texte décrivant séparément chaque étude n'est pas suffisante. Une analyse ou une interprétation doit être explicitée par les auteurs (dans la section résultat ou dans la discussion) qui tient compte séparément des études portant sur les interventions de soins à domicile.

Types de mesure

Cinq types de mesures sont considérés pour cette revue : sur les patients, sur les proches, sur les professionnels, sur l'utilisation des ressources et sur les coûts. Des exemples de mesures sont énumérés ci-dessous mais d'autres pourront s'ajouter à la lecture des documents retenus.

Mesures sur les patients : mortalité, morbidité (prévention des rechutes et des complications, hospitalisation, maladies iatrogènes), autonomie fonctionnelle, qualité de vie, satisfaction, symptômes.

Mesures sur les proches : morbidité (ex. anxiété, dépression), bien-être psychologique, sentiment de fardeau, qualité de vie, satisfaction.

Mesures sur les professionnels : bien-être psychologique, satisfaction, qualité de vie, productivité.

Mesures sur l'utilisation des ressources : Fréquence et durée des visites à domicile, prescriptions, examens et tests, transferts, utilisation des autres services de santé (hôpitaux, cliniques), délais d'attente.

Programme *Actions concertées*

Annexes

Mesures sur les coûts : Coût liés aux soins à domicile (incluant consultations avec professionnels, équipement et médication), coût hospitaliers (consultation en clinique externe, hospitalisations, urgences), coûts liés à d'autres institutions (incluant les coûts d'hébergement dans d'autres institutions).

Mesures sur l'organisation : Qualité des soins (efficacité, sécurité, adhésion au traitement, accessibilité (ex. délai d'attente, équité, continuité)), intégration des services, application de nouvelles pratiques, création d'équipes multidisciplinaires, application de nouvelles pratiques de soins, application de données probantes.

Critères d'exclusion

Les revues portant sur la périnatalité ne seront pas retenues en raison des spécificités associées à cette clientèle qui présente des besoins particuliers très différents des clientèles de soins à domicile décrites ci-dessus. Les études en lien avec les céphalées et les migraines sont aussi exclues puisque le modèle québécois de soins à domicile ne dessert pas cette clientèle. Enfin, les interventions réalisées en centre de jour ne sont pas retenues puisqu'aucune partie du service se déroule à domicile.

ANNEXE G

Exemple de fiche d'extraction

No du document [] Titre []

Extraction faite par: [] Annick Bédard [] Mélanie I [] Marie-Eve Roussel [] Autre... [] Annie Frappier
Extraction vérifiée par: [] Annick Bédard [] Mélanie [] Marie-Eve Roussel [] Autre... [] Annie Frappier

Date de l'extraction [] Date de la vérification de l'extraction []

Extraction complétée [] Oui [] Non Vérification complétée [] Oui [] Non

Domaines de désaccord []

Nom du tiers consulté (s'il y a lieu) [] Date de l'évaluation par le tiers []

Statut entente [] Terminée [] Autre... [] En attente de discussion entre les évaluateurs [] En attente de l'avis d'un tiers

Autres informations importantes []

Type de revue Revue systématique Autre...
 Revue de revue (overview)

Devis inclus Essais randomisés contrôlés (ERC) Revues non systématiques
 Devis avec groupe contrôle autre qu'ERC Méta-analyses
 Devis sans groupe contrôle Incertain
 Revues systématiques Autre...

Objectifs de la revue

Questions de recherche

Critères d'inclusion: Type d'études

Critères d'inclusion: Type de participants

Critères d'inclusion: Type d'intervention

Critères d'inclusion: Type de outcomes mesurés

Critères d'exclusion

Identification **Description générale et méthode** **Méthode** **Résultats: Études et Participants** **Résultats: Intervention et outcome** **Résultats: Effet des interventions** **Forces, faiblesses, risques de biais** **Conclus**

Langue des publications incluses

- Anglais
- Autre...
- Français

Période couverte par la revue

Banques de données consultées

Mots clés utilisés

Description de la méthode de recherche

Description de la procédure de sélection des études

Description de la procédure d'extraction

Synthèse/ analyse des données

Description de l'évaluation de la qualité des études incluses et des risques de biais

Métho: Autres informations importantes

Nombre d'études incluses		Nombre de participants	
Description des études incluses		Description des participants	
Devis des études incluses		Participants: Autres informations importantes	
Études incluses: Autres informations importantes			

Description des interventions et des contrôles

* Inclure les éléments suivants pour chaque intervention discutée:
Si plusieurs études portent sur une même intervention: contrôles, nombre d'études, devis des études, nombre de participants, identification des études (nom de famille et année) toute autre information pertinente).
Pour la description des études individuelles: identification de l'étude, intervention, contrôle, durée du suivi, devis, nbre de participants (et données sur l'attrition), description des participants.

[Empty text area for describing interventions and controls]

Intervention: Autres informations importantes

[Empty text area for additional intervention information]

Description des outcomes

[Empty text area for describing outcomes]

* Bien identifier l'intervention à laquelle se rapporte l'effet discuté

Description des effets des interventions

[Empty text area for describing the effects of interventions]

Effets des interventions: Autres informations importantes

[Empty text area for additional important information about intervention effects]

Références des études discutées

[Empty text area for references of discussed studies]

Forces et faiblesses des études incluses selon les auteurs des études incluses

Forces de la revue selon les auteurs

Faiblesse de la revue selon les auteurs

Description de la qualité et/ou des risques de biais

Forces, faiblesse: Autres informations importantes

Principales conclusions de la revue

Principales conclusions de la revue pour les études retenues

Conclusions: Autres informations importantes

ANNEXE H

Évaluation de la qualité méthodologique des revues et hiérarchie de la preuve

Évaluation de la qualité méthodologique des revues incluses

La qualité méthodologique de chaque revue systématique a été évaluée de façon indépendante par deux réviseurs à l'aide des listes de vérification proposées par NICE, tels que traduites par l'INSPO². Les désaccords ont été résolus par discussion. Un troisième membre de l'équipe de recherche est intervenu pour trancher en l'absence de consensus après discussion. L'évaluation de la qualité méthodologique a été réalisée en suivant les étapes suivantes :

- A. Évaluation de la qualité de la revue selon la section 1 de la liste de vérification de la méthodologie de NICE (voir ci-dessous)
- B. Évaluation globale de la qualité en tenant compte de l'ensemble des réponses à la section 1 (étape A), à l'aide des cotes suivantes :
 - "++" : Tous ou presque tous les critères sont satisfaits. Il est jugé très improbable que les critères non satisfaits puissent modifier les conclusions de l'étude.
 - "+" : Certains critères sont satisfaits. Il est jugé improbable que les critères non satisfaits ou ceux qui n'ont pas été bien décrits puissent modifier les conclusions.
 - "-" : Peu de critères sont satisfaits, voire aucun. Il est jugé probable ou très probable que ces faiblesses puissent modifier les conclusions de l'étude.
- C. Catégorisation de chaque revue à partir de son type dans l'une des catégories suivantes
 1. Méta-analyses, revues systématiques d'ECR (essai comparatif randomisé).
 2. Revues systématiques d'études des types suivants : contrôlées non-randomisées, cas-témoins, cohorte, avant-après, série temporelle interrompue, de corrélation.
 3. Revue systématique d'études non-analytiques (ex. rapport sur des cas, séries de cas).
 4. Revue systématique d'opinion d'experts ou de consensus formel.
- D. Énoncé des principaux points de la revue qui seront utilisés dans la formulation des conclusions du rapport et présentation des limitations générales de la revue (ex. la revue est-elle à jour?) ainsi que des limitations spécifiques (ex. la revue répond-elle aux objectifs spécifique du travail?) (voir le tableau 3).
- E. Hiérarchie de la preuve : Combinaison de la cote de catégorisation de la revue (1, 2 ou 3) et de l'évaluation globale de la qualité (++, +, -) afin d'établir une cote combinée qui permettra d'hiérarchiser les études incluses et apprécier la force de la preuve.

Lorsqu'une partie seulement des études d'une revue ont été retenues pour répondre à la question du présent projet, une cote différente a pu être attribuée pour la revue et pour les études retenues. Par exemple, une revue pouvait inclure à la fois des

² Source : Jacob R. Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé - Guide méthodologique : Direction systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec; 2008.

Programme *Actions concertées*

Annexes

études ayant utilisé un devis expérimental avec groupe contrôle et des études descriptives, recevant la cote de 3 (++, + ou -) alors que les conclusions retenues pour le présent projet (reposant sur les études correspondant à tous les critères d'inclusion) pouvaient avoir été tirées à partir d'essais randomisés contrôlés, recevant la cote de 1 (++,+ ou -).

Section 1: Liste de vérification de la méthodologie : revues systématiques et méta-analyses³

La liste de vérification de la méthodologie de NICE comprend 5 éléments soit:

- 1.1. L'étude aborde une question claire et bien ciblée.
- 1.2. La méthodologie est décrite
- 1.3. La recherche documentaire est suffisamment rigoureuse pour permettre d'identifier toutes les études pertinentes
- 1.4. La qualité des études retenues est évaluée et prise en considération
- 1.5. Il y a suffisamment de similarités entre les études retenues pour que leur comparaison soit raisonnable.

Les évaluateurs doivent juger si chacun de ces éléments est:

- Entièrement rencontré
- Rencontré de façon satisfaisante
- Rencontré de façon non satisfaisante
- Traité sans précision
- Pas traité traité
- Ne s'applique pas

La section ci-dessous présente les détails donnés par NICE et traduits par l'INSPQ³ pour chacun des éléments. Des précisions supplémentaires ont aussi été apportées dans le cadre du présent projet.

A1.1 La revue systématique aborde une question pertinente et bien ciblée

À moins qu'une question claire et bien définie soit précisée dans le rapport de la revue systématique, il sera difficile d'évaluer la mesure dans laquelle elle atteint ses objectifs ou même sa pertinence par rapport à la question que nous avons examinée.

³ Source : Jacob R. Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé - Guide méthodologique : Direction systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec; 2008.

Précisions pour le projet sur les soins à domicile :

- o La question peut aussi être formulée sous forme d'objectif.
- o Afin de considérer que la question est bien ciblée (cote *Entièrement rencontrée*), le PICOS devrait être retrouvé dans les sections de l'introduction et/ou de la méthode. PICOS signifie « Population, Interventions, Controls, Outcomes, Study design ». L'introduction devrait préciser la population à l'étude, le type d'intervention, les effets mesurés et les devis retenus.

A1.2 La méthodologie est décrite

Le caractère systématique de la méthodologie constitue l'une des principales différences entre une revue systématique et les autres types de revue de la littérature scientifique. Une revue systématique devrait comprendre une description détaillée des méthodes utilisées pour repérer et évaluer les études disponibles. En l'absence d'une telle description, il est impossible de réaliser une évaluation approfondie de la qualité de la revue systématique, et cette dernière devrait être rejetée comme source de preuve de niveau 1 (elle peut cependant être utilisée comme preuve de niveau 4, s'il n'est pas possible de trouver de meilleures preuves).

Précisions pour le projet sur les soins à domicile :

- o Évaluer ici non seulement si la méthodologie est décrite mais aussi si elle est appropriée, sauf pour la méthode de recherche qui est évaluée en A.1.3. Se limiter à ce qui est décrit dans la section méthodologie, sauf pour la présentation des résultats.

Les points à considérer sont :

- o La méthode de recherche est décrite de façon détaillée (incluant les banques de données et autres sources documentaires utilisées : experts du sujet, organismes, recherches manuelles, les mots clés recherchés, la période (années) couverte par la revue et les autres restrictions (ex. langues).
- o La procédure de sélection est décrite :
 - o Critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des études, se rapportant à la population visée, à l'intervention, aux principaux effets et au type de devis utilisés.
 - o Sélection réalisée par 2 évaluateurs de façon indépendante.
- o La procédure pour l'extraction est décrite (de façon indépendante, en double, etc.) :
 - o Nombre d'évaluateurs : au minimum 2
- o La méthode d'analyse ou de synthèse des données est énoncée (ex : méta-analyse, synthèse narrative) et est appropriée à la question de recherche ainsi qu'aux données. Pour les méta-analyses, la revue précise les méthodes statistiques utilisées pour combiner les résultats et la méthode utilisée pour vérifier l'hétérogénéité et annonce a priori des analyses de sensibilité pour évaluer les sources de biais de publication ou d'hétérogénéité.
- o Présentation des résultats
 - o Ordinoigramme de la sélection des études.
 - o Présentation des données descriptives et de la qualité de chaque étude incluse.
 - o Résumé des résultats les plus importants, discussion des

Programme *Actions concertées*

Annexes

inférences basées sur la validité interne, interprétation à la lumière des preuves, description des biais potentiels et suggestions d'avenues de recherche.

A1.3 La recherche documentaire est suffisamment rigoureuse pour permettre d'identifier toutes les études pertinentes

Une revue systématique fondée sur une recherche limitée dans la littérature (ex. une recherche uniquement dans Medline) sera probablement fortement faussée. Une revue systématique soigneusement réalisée doit comprendre au minimum une recherche dans Embase et Medline, ainsi que dans la Cochrane Library pour les documents depuis la fin des années 1990. Toute indication à l'effet qu'une recherche manuelle dans les principales revues ou qu'un suivi de la bibliographie des études incluses a été effectué, en plus de la recherche dans les bases de données électroniques, constitue généralement une preuve que l'examen a été soigneusement réalisé.

Précisions pour le projet sur les soins à domicile :

Les points à considérer sont :

- Le nombre de bases de données
 - *Entièrement rencontré* : au moins trois banques de données scientifiques.
- La recherche de documents dans la littérature grise
 - *Entièrement rencontré* : mention de recherche dans la littérature grise.
- Recherche manuelle dans les principales revues ou un suivi de la bibliographie des études incluses.
- La période couverte doit généralement remonter jusqu'à 10 ans avant la réalisation de la revue.
- Les langues de publication (ex. seulement les articles publiés en anglais, en anglais et en français, toutes les langues, etc.).

A1.4 La qualité de chaque étude recensée a été évaluée et prise en considération

Dans une revue systématique soigneusement réalisée, il importe d'utiliser des critères précis pour évaluer la qualité de chaque étude avant de décider de l'inclure. S'il n'y a pas d'indication qu'une telle évaluation a été faite, la revue systématique devrait être rejetée comme source de preuve de niveau 1. Si les précisions sur la façon dont cette évaluation a été faite sont faibles ou si les méthodes ne sont pas adéquates, la qualité de la revue systématique devrait être déclassée. Dans les deux cas, il pourrait être indiqué d'obtenir et d'évaluer vous-mêmes les études primaires afin de réaliser l'examen de la question à l'étude.

Précisions pour le projet sur les soins à domicile :

- Afin que ce critère soit rencontré entièrement, des critères précis et appropriés doivent avoir été utilisés pour évaluer la qualité de chaque étude et cette évaluation doit avoir servi à nuancer les conclusions tirées dans la revue.
- S'il est mentionné que la qualité de chaque étude a été évaluée à l'aide de critères précis mais qu'il n'est pas clair comment les résultats ont été nuancés à partir de cette évaluation, le critère A1.4 est considéré comme

Programme *Actions concertées*

Annexes

rencontré de façon satisfaisante. Si les critères ont servi à déterminer l'inclusion de l'étude dans la revue, le critère A1.4 est considéré comme rencontré de façon satisfaisante.

- Si seul le devis a été considéré dans l'évaluation de la qualité, le critère est rencontré de façon non satisfaisante.

A1.5 Il y a suffisamment de similarités entre les études choisies pour que leur comparaison soit raisonnable

Les études couvertes dans une revue systématique doivent être choisies à l'aide de critères d'inclusion (voir la question B.1.4 ci-dessus). Ces critères doivent aborder, implicitement ou explicitement, la question de la possibilité de comparer légitimement les études choisies. Il doit être clairement déterminé, notamment, que les populations couvertes par les études, que les méthodes et interventions et que les mesures des résultats sont comparables ainsi que la variabilité dans l'ampleur des effets mesurés entre les études n'est pas supérieure à ce que l'on attendrait du hasard.

Précisions pour le projet sur les soins à domicile :

- Ne s'applique pas seulement aux méta-analyses mais aussi aux résumés narratifs.
- Ici, évaluer s'il y a suffisamment de similarité entre les études choisies pour que leur comparaison soit raisonnable ou que les regroupements qui sont faits soient raisonnables.
- Dans le cas d'une méta-analyse, en plus des éléments précisés ci-haut, des analyses démontrant l'homogénéité entre les études ou des études de sensibilité appropriées doivent avoir été utilisées.
- On juge ici pour l'ensemble de la revue. Si des particularités s'appliquent spécifiquement aux études retenues, inscrire un commentaire à cet effet.

Section 2: Évaluation globale⁴

2.1 Dans quelle mesure la revue systématique réduit-elle les risques de biais ?

Cotez ++, + ou -.

2.2 Si cote + ou -, quelle est la direction probable dans laquelle le biais affectera les résultats de la revue systématique ?

Section 3: Description de l'étude⁵

3.1 Quels types d'études sont inclus dans cette revue systématique ?

3.2 De quelle façon la revue systématique permet-elle de répondre à la question-clé?

Résumez la principale conclusion de la revue systématique et indiquez sa relation avec la question-clé.

Commentez toute force ou faiblesse particulière de la revue systématique comme source de preuve.

⁴ Source : Jacob R. Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé - Guide méthodologique : Direction systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec; 2008.

Programme *Actions concertées*

Annexes

Précisions pour le projet sur les soins à domicile : Il s'agit ici de résumer les points forts et faibles de la revue et des études qu'elle comporte, à partir de toutes les informations obtenues à l'extraction et à l'évaluation de la qualité.

- Pour la relation avec la question clé : cotez la force de la relation selon l'échelle suivante : 1 : Excellente; 2 : Bonne; 3 : Neutre (ni bonne ni faible); 4 : Faible; 5 : Nulle
- Forces et faiblesses de la revue comme source de preuve : Commentez à la fois pour la qualité de la revue et la qualité des études incluses.

ANNEXE I

Fiche d'évaluation de la qualité

Identification

Liste de vérification

Liste de vérification (suite)

Evaluation globale

Description

No du document

Référence

Nom de l'évaluateur

- Annick Bédard
 - Pierre J. Durand
 - Maxime Gagnon
 - Edeltraut Kröger
 - Danielle Laurin
 - Mélanie Martin
 - Marie-Eve Roussel
 - André Tourigny
- Autre...

Date de l'évaluation

Notes

Identification

Liste de vérification

Liste de vérification (suite)

Evaluation globale

Description

1.1 Question pertinente et bien ciblée

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Entièrement rencontré | <input type="radio"/> Traité sans précision |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon satisfaisante | <input type="radio"/> Pas traité |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon nonsatisfaisante | <input type="radio"/> Ne s'applique pas |

Commentaire

Aide-mémoire**(Consulter le document décrivant les critères pour les détails)****1.2 La méthodologie est décrite**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Entièrement rencontré | <input type="radio"/> Traité sans précision |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon satisfaisante | <input type="radio"/> Pas traité |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon nonsatisfaisante | <input type="radio"/> Ne s'applique pas |

Commentaire

Les éléments suivants sont décrits:**Méthode de recherche (banques de données et autres sources, mots clés, période couverte, langues, autres restrictions)**

-
- Oui
-
- Partiellement
-
- Non
-
- Autre...

Procédure de sélection**Critères d'inclusion et d'exclusion se rapportant à la population, aux interventions, aux effets et au type de devis retenus**

-
- Oui
-
- Partiellement
-
- Non
-
- Autre...

Sélection par au moins 2 évaluateurs de façon indépendante ?

-
- Oui
-
-
- Non
-
-
- Pas précisé

Procédure d'extraction**La procédure est décrite**

-
- Oui
-
- Partiellement
-
- Non
-
- Autre...

L'extraction est faite par au moins 2 évaluateurs ? Oui Pas précisé
 Non**Méthode d'analyse (La méthode d'analyse est énoncé. Les méthodes statistiques appropriées sont utilisées dans le cas de méta-analyses).**

-
- Oui
-
- Partiellement
-
- Non
-
- Autre...

Présentation des résultats (Ordinogramme de la sélection des études, données descriptives et de la qualité des études, résumé des résultats, discussion, interprétation, biais, etc.)

-
- Oui
-
- Partiellement
-
- Non

Identification

Liste de vérification

Liste de vérification (suite)

Evaluation globale

Description

1.3 Recherche documentaire rigoureuse

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Entièrement rencontré | <input type="radio"/> Traité sans précision |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon satisfaisante | <input type="radio"/> Pas traité |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon nonsatisfaisante | <input type="radio"/> Ne s'applique pas |

Commentaire

1.4 Évaluation et prise en compte de la qualité des études

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Entièrement rencontré | <input type="radio"/> Traité sans précision |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon satisfaisante | <input type="radio"/> Pas traité |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon nonsatisfaisante | <input type="radio"/> Ne s'applique pas |

Commentaire

1.5 Similarités suffisantes entre les études pour que leur comparaison soit raisonnable

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Entièrement rencontré | <input type="radio"/> Traité sans précision |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon satisfaisante | <input type="radio"/> Pas traité |
| <input type="radio"/> Rencontré de façon nonsatisfaisante | <input type="radio"/> Ne s'applique pas |

Commentaire

Aide-mémoire**(Consulter le document décrivant les critères pour les détails)**

Recherche documentaire: Nbre de BD (au moins 3 pour entièrement rencontré)

Recherche de littérature grise Oui Partiellement NonRecherche manuelle Oui Partiellement Non

Période couverte (remonte généralement à au moins 10 ans)

Langues de publication Anglais Espagnol Autre...
 Français Toutes**Utilisation de critères précis**

- Critères précis utilisés pour nuancer les résultats
- Critères précis utilisés pour déterminer l'inclusion de l'étude
- Mention d'utilisation de critères précis sans précision de la nature de cette utilisation
- Utilisation du devis seulement utilisé pour évaluer la qualité
- Absence de mention de l'utilisation de critères précis

Il est déterminé que les populations, méthodes et interventions et mesures sont comparables et que la variabilité de l'ampleur des effets n'est pas > hasard Oui Partiellement Non

Pour les méta-analyses: utilisation appropriée d'analyses démontrant l'homogénéité entre les études ou des études de sensibilité

- Oui
- Partiellement
- Non
- Non applicable (cocher si la revue n'est pas une méta-analyse)

Section 2 Évaluation globale

- "++": Tous ou presque tous les critères sont satisfaits. Il est jugé très improbable que les critères non satisfaits puissent modifier les conclusions de l'étude.
- "+": Certains critères sont satisfaits. Il est jugé improbable que les critères non satisfaits ou ceux qui n'ont pas été bien décrits puissent modifier les conclusions.
- "-": Peu de critères sont satisfaits, voire aucun. Il est jugé probable ou très probable que ces faiblesses puissent modifier les conclusions de l'étude.
- Autre...

Direction du biais

Si cote + ou -: quelle est la direction probable dans laquelle le biais affectera les résultats de la revue systématique ?

Type d'étude: Revue

- 1. Méta-analyse, revue systématique d'ECRs
- 2. Revue systématique d'études: contrôlées non-randomisées, cas-témoins, de cohorte, avant-après, de série temporelle interrompue, de corrélation
- Autre...

Type d'étude: Études retenues

- 1. Méta-analyse, revue systématique d'ECRs
- 2. Revue systématique d'études: contrôlées non-randomisées, cas-témoins, de cohorte, avant-après, de série temporelle interrompue, de corrélation
- Autre...

Catégorie hiérarchique: Revue

1 ++ 1 + 1 - 2 ++ 2 + 2 - Autre...

Catégorie hiérarchique: Études retenues

1 ++ 1 + 1 - 2 ++ 2 + 2 - Autre...

Commentaire évaluation globale

Section 3 Description de l'étude

Relation entre la conclusion et la question clé 1 (cotez puis précisez)

1:Excellente 2: Bonne 3: Neutre (ni bonne ni faible) 4: Faible 5: Nulle

Relation entre la conclusion et la question clé 2 (cotez puis précisez)

1:Excellente 2: Bonne 3: Neutre (ni bonne ni faible) 4: Faible 5: Nulle

Forces de la revue comme source de preuve (commentez la qualité de la revue et la qualité des études incluses)

Faiblesses de la revue comme source de preuve / Limitations générales et spécifiques (commentez la qualité de la revue et la qualité des études incluses)

ANNEXE J

Résumé des résultats de la recherche bibliographique

Programme *Actions concertées*
Annexes

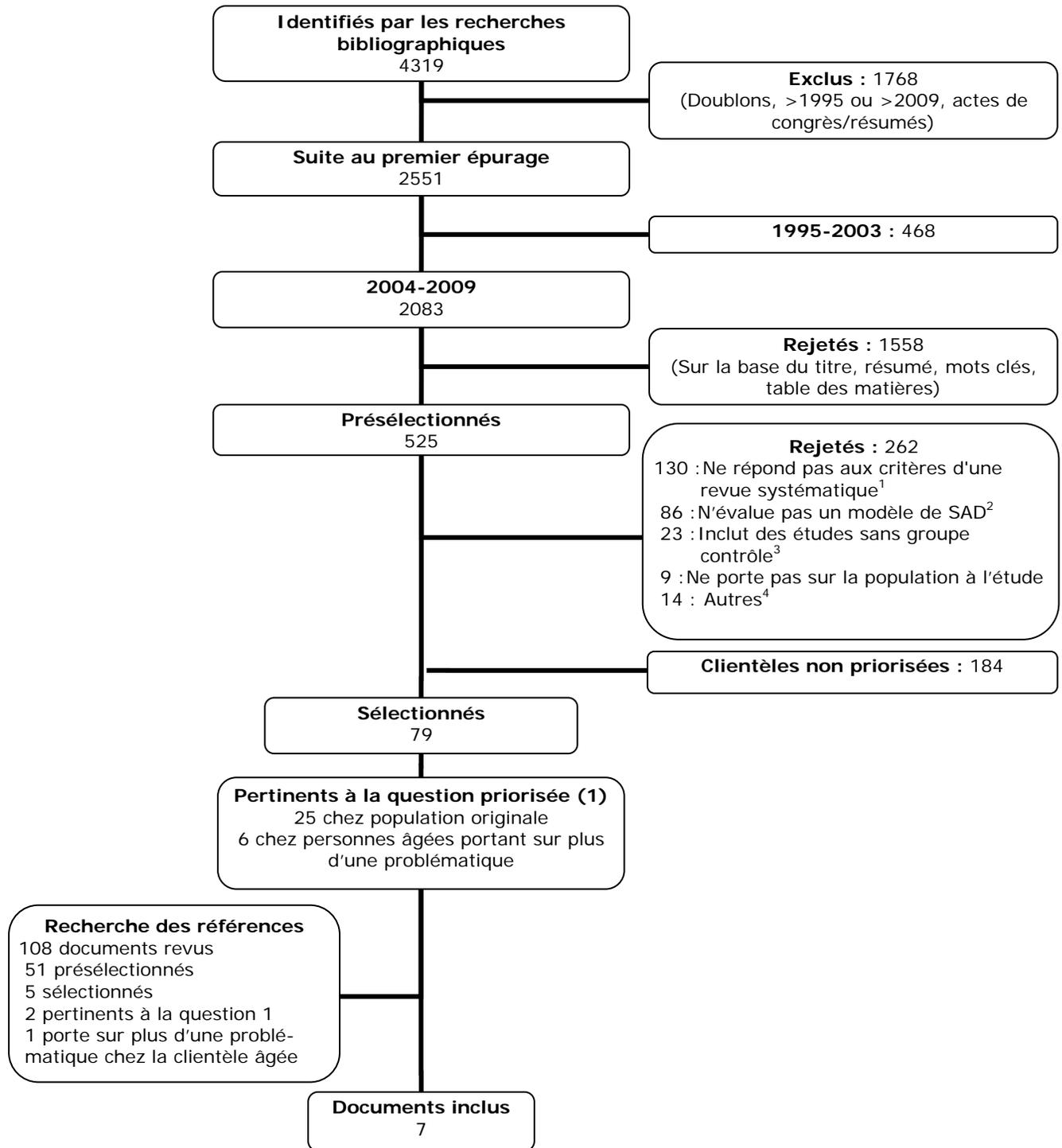
Tableau 5. Résumé des résultats obtenus lors de la recherche bibliographique

Banque de données	Nombre de résultats bruts
Pubmed	365
Embase	605
CINAHL	331
PsycINFO et PsyArticles	458
Psychology and Behavioral Sciences Collection	44
Ageline	147
Cochrane Database of Systematic Reviews	52
DARE	78
HTA Database	18
NHS Economic Evaluation Database	27
Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews	23
DoPHER	85
Sociological Abstracts	43
Social Services Abstracts	94
Proquest – Dissertations and thesis	20
NHS Systematic review	208
NHS Guidelines	169
CADTH	110
CORDIS	5
Santécom	31
CUBIQ	103
WHOLIS	17
OpenSIGLE	7
EPPI	37
Santé Canada (Catalogue en direct de la bibliothèque ministérielle)	294
ICIST – CNR	212
RVCD	73
KUUC	90
Agence Santé Canada	307
The King's Fund	82
Portail Documentation de Santé Montréal	29
NGC	62
SIGN	55
Home and Community Care Digest	25
Canadian Home Care Association	0
NYAM Grey Literature Report	4
USA government for Science - Government Science Portal	9
Total de résultats obtenus	4319

Note : Les recherches bibliographiques ont été effectuées entre le 1^{er} février 2010 et le 18 mars 2010 ainsi qu'en août 2010 pour certains sites de littérature grise.

Programme *Actions concertées*
Annexes

Figure 2. Ordinoigramme des résultats



¹ Le document ne comporte pas une revue de littérature ou la revue n'est pas une revue systématique selon les critères d'inclusion (la méthodologie n'est pas décrite, une seule banque de données scientifique a été consultée, la qualité des études n'a pas été évaluée)

² Le document a) ne porte pas sur l'évaluation d'un modèle ou d'une intervention de soins à domicile ou les informations disponibles ne permettent pas de déterminer si l'intervention est réalisée à domicile ou auprès d'une clientèle recevant des soins à domicile, ou b) comporte à la fois des interventions avec et sans soins à domicile mais ne présente pas d'analyse/discussion distincte pour les soins à domicile

³ Absence de groupe contrôle ou absence d'analyse/discussion distincte pour les études avec groupe contrôle

⁴ Intervention non réalisée par des professionnels de la santé, présentation insuffisante des résultats, doublons, publié avant 2004 ou après 2009, publié dans une autre langue que le français ou l'anglais

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 6. Liste des documents rejetés et raisons du rejet.

Auteur année	Raisons du rejet
Aas 2007	Pas une revue systématique
Abbott 2009	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Adams 2007	Pas une revue systématique
Alzheimer's Disease International 2009	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Agren Bolmsjo 2008	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Arthur 2006	Études sans groupes contrôles distincts
Ashworth 2005	Pas d'implication d'un professionnel de la santé dans le SAD
Audit Commission 2004	Pas une revue systématique
Augustovski 2007	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Azarmina 2005	Études sans SAD distincts
Aziz 2008	Études sans SAD distincts
Balas 2004	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Barlow 2007	Pas d'évaluation de la qualité
Barrois 2007	Études sans SAD distincts
Bartels 2005a	Pas une revue systématique
Bartels 2005b	Pas une revue systématique
Bartoli 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Baztan 2009	Études sans SAD distincts
Bell 2006	Pas une revue systématique
Bergmo 2009	Études sans SAD distincts
Blake 2008	Pas d'évaluation de la qualité
Bodenheimer 2005	Pas une revue systématique
Bond 2006	Études sans SAD distincts
Borgermans 2008	Études sans SAD distincts
Bowles 2007	Études sans groupes contrôles distincts
Bradley 2005	Études sans SAD distincts

Programme *Actions concertées*
Annexes

Brady 2006	Études sans SAD distincts
Bratan 2006	Méthodologie non décrite
Brazil 2004	Pas une revue systématique
Brebner 2006	Études sans SAD distincts
Brennan 2005	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Bridge 2006	Pas d'évaluation de la qualité
Brown 2003	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Brown 2007a	Population ne correspond pas
Brown 2007b	Pas une revue systématique
Brown 2007c	Études sans SAD distincts
Budnick 2009	Études sans groupes contrôles distincts
Budweiser 2008	Méthodologie non décrite
Buller 2004	Méthodologie non décrite
Burton 2006	Pas une revue systématique
Cabin 2008	Méthodologie non décrite
Cabin 2009	Méthodologie non décrite
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2010a	Méthodologie non décrite
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2010b	Méthodologie non décrite
Canadian Healthcare Association 2009	Pas une revue systématique
Canadian Home Care Association/Association canadienne de soins et services à domicile 2006	Méthodologie non décrite
Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service 2008	Pas une revue systématique
Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service 2009a	Études sans SAD distincts

Programme *Actions concertées*
Annexes

Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service 2009b	Pas une revue systématique
Cappuccio 2005	Pas une revue systématique
Caress 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Catty 2007	Population ne correspond pas
Centre for Developmental Disability Studies 2004	Méthodologie non décrite
Chan 2004	Méthodologie non décrite
Chan 2008	Études sans groupes contrôles distincts
Chaudhary 2007	Pas d'évaluation de la qualité
Chevreur 2005	Méthodologie non décrite
Chia 2006	Études sans SAD distincts
Clemensen 2007	Méthodologie non décrite
Cohen 2009	Pas une revue systématique
Conrad 2009	Méthodologie non décrite
Conseil canadien de la santé 2005	Méthodologie non décrite
Coupar 2007	Pas une revue systématique
Coyle 2008	Études sans SAD distincts
Cunningham 2004	Méthodologie non décrite
Curiale 2007	Pas une revue systématique
Cuvelier 2005	Pas une revue systématique
De Rouck 2008	Pas une revue systématique
Demaerschalk 2007	Études sans SAD distincts
Demiris 2008	Pas d'évaluation de la qualité
Dennis 2005	Population ne correspond pas
DePalma 2008	Pas une revue systématique
Derom 2007	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Deshpande 2008a/2008c	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Deshpande 2008b	Résultats non rapportés en détails

Programme *Actions concertées*
Annexes

Deshpande 2008d	Études sans SAD distincts
Deshpande 2008e/2008f	Études sans groupes contrôles distincts
Dewar 2006	Pas d'évaluation de la qualité
Dowling-Castronovo 2008	Études sans SAD distincts
"Education to prevent foot ulcers" 2005	Études sans SAD distincts
Edwards 2008	Pas une revue systématique
Effing 2007/Monninkhof 2003	Études sans SAD distincts
Ell 2006	Méthodologie non décrite
Eng 2006	Études sans SAD distincts
Enomoto 2006	Pas une revue systématique
Eshah 2009	Études sans groupes contrôles distincts
European Stroke Organisation 2008	Pas une revue systématique
Fagerström 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Fleuren 2004	Études sans SAD distincts
Forbes 2007	Études sans SAD distincts
Foust 2005	Méthodologie non décrite
Fraser 2008a	Études sans groupes contrôles distincts
Fraser 2008b	Ne compare pas l'intervention à un témoin, mais les facteurs qui influencent l'allocation des services
French 2008	Études sans SAD distincts
Funnell 2008	Pas une revue systématique
Futrell 2008	Pas une revue systématique
Gage 2004	Études sans groupes contrôles distincts
Gately 2008	Études sans groupes contrôles distincts
George 2008	Études sans SAD distincts
Gerdner 2007	Pas une revue systématique
Glazier 2006	Études sans SAD distincts
Goddard 2008	Pas une revue systématique

Programme *Actions concertées*
Annexes

Golder 2008	Études sans SAD distincts
Gomes 2009	Pas une revue systématique
Gough 2009	Pas une revue systématique
Griffiths 2005	Études sans SAD distincts
Guo 2006	Études sans SAD distincts
Hackett 2008	Études sans SAD distincts
Hailey 2004a	Études sans groupes contrôles distincts
Hailey 2004b	Études sans groupes contrôles distincts
Halbert 2007	Études sans SAD distincts
Hallberg 2004	Études sans groupes contrôles distincts
Halpin 2007	Méthodologie non décrite
Ham 2008	Pas une revue systématique
Harper 2005	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Haykowsky 2007	Études sans SAD distincts
Health Canada 2008	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Health Telematics Unit 2002	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Heart and Stroke Foundation of Ontario 2005	Études sans SAD distincts
Hempel 2008	Études sans groupes contrôles distincts
Hersh 2006	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Hill 2006	Études sans SAD distincts
"Home blood pressure monitoring" 2005	Pas une revue systématique
"'Hospital at home' schemes are as safe as inpatient care" 2005	Pas une revue systématique
Hurkmans 2009	Pas une revue systématique
Hutchinson 2006	Pas d'évaluation de la qualité
Innes 2006	Études sans SAD distincts
Institute for Clinical Systems Improvement 2008	Études sans SAD distincts

Programme *Actions concertées*
Annexes

Institute for Clinical Systems Improvement 2009	Pas une revue systématique
Jaana 2007	Études sans groupes contrôles distincts
Jennett 2004	Pas une revue systématique
Jónsdóttir 2008	Pas d'évaluation de la qualité
Kadushin 2004	Études sans SAD distincts
Kaur 2009	Études sans SAD distincts
Kong 2009	Études sans SAD distincts
Kresevic 2008	Pas une revue systématique
Kuraitis 2007	Pas une revue systématique
Kwakkel 2007	Études sans SAD distincts
Lang 2008	Études sans groupes contrôles distincts
Langhorne 2005	Études sans SAD distincts
Langhorne 2007 (2 documents évalués)	Pas une revue systématique Pas d'évaluation de la qualité
Larsen 2006	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Lauriks 2007	Études sans SAD distincts
Lavis 2005	Études sans SAD distincts
Law 2004	Études sans SAD distincts
Law 2005	Études sans SAD distincts
Lehoux 2004	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Lynch 2005	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Macario 2006	Pas une revue systématique
MacDonald 2004	Études sans groupes contrôles distincts
MacFarlane 2006	Pas une revue systématique
Mair 2007	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Martelly-Kebreau 2009	Pas une revue systématique
Martinez 2006	Pas une revue systématique
Marziali 2005	Études sans SAD distincts
McGrail 2008	Pas une revue systématique

Programme *Actions concertées*
Annexes

Meadows 2009	Pas une revue systématique
Ministry of Health and Long-term Care 2006	Pas une revue systématique
Moser 2007	Études sans SAD distincts
Mottram 2007	Version 2007 retirée; Seule version accessible date de 2002, soit hors période
Munn 2008	Pas une revue systématique
National Collaborating Centre for Acute Care 2007	Études sans SAD distincts
National Collaborating Centre for Chronic Conditions 2006a	Pas une revue systématique
National Collaborating Centre for Chronic Conditions 2006b	Pas une revue systématique
National Collaborating Centre for Mental Health 2007	Études sans SAD distincts
National Collaborating Centre for Mental Health 2009	Études sans groupes contrôles distincts
National Institute for Health and Clinical Excellence 2009a	Études sans groupes contrôles distincts
National Institute for Health and Clinical Excellence 2009b	Études sans groupes contrôles distincts
National Patient Safety Agency 2007	Pas une revue systématique
Nelson 2006	Études sans SAD distincts
Nelson 2009	Méthodologie non décrite
Nero-Reid 2009	Pas une revue systématique
Netto 2008	Population ne correspond pas
Neville 2007	Études sans SAD distincts
New Zealand Guidelines Group 2005	Pas une revue systématique

Programme *Actions concertées*
Annexes

Noguchi 2009	Pas une revue systématique
Noorani 2003	Doublons, hors période, pas anglais ni français
North South Group 2004	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
O'Reilly 2006	Pas d'évaluation de la qualité
Olsan 2009	Études sans SAD distincts
Ostaszkiwicz 2004	Études sans SAD distincts
Paré 2007	Études sans groupes contrôles distincts
Pare 2009	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Parker 2006	Études sans SAD distincts
Parkes 2003	Études sans SAD distincts
Patmore 2005	Méthodologie non décrite
Pauly 2008	Pas une revue systématique
Peek 2009	Méthodologie non décrite
Phillips 2007	Études sans SAD distincts
Pinquart 2006	Études sans SAD distincts
Ploeg 2005	Études sans SAD distincts
Plonk 2005	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Polisena 2009	Pas d'analyses sans les enfants
Provencher 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Rabe 2007	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Redman 2006	Pas une revue systématique
Rensink 2009	Études sans SAD distincts
Reynolds 2009	Population ne correspond pas
Rizzo 2004	Pas une revue systématique
Robinson 2006	Études sans SAD distincts
Rojas 2008	Pas d'évaluation de la qualité
Rosser 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Ryan 2009	Pas d'implication d'un professionnel de la santé dans le SAD
Sawka 2005a	Études sans SAD distincts

Programme *Actions concertées*
Annexes

Sawka 2005b	Études sans SAD distincts
Schatz 2009	Études sans SAD distincts
Schumacher 2004 (2 documents)	Méthodologie non décrite Doublons, hors période, pas anglais ni français
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006	Études sans SAD distincts
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007a	Études sans SAD distincts
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007b	Études sans SAD distincts
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007c	Études sans SAD distincts
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008	Pas une revue systématique
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010	Études sans SAD distincts
Sebern 2005	Études sans SAD distincts
Shalhoub 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Shaw 2009	Études sans SAD distincts
Shepperd 2009	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Shimizu 2006	Pas une revue systématique
Shojania 2006	Études sans SAD distincts
Siguroardottir 2005	Études sans SAD distincts
Singh 2006	Pas une revue systématique
Skelton 2005	Pas une revue systématique
Smith-Stoner 2004	Pas une revue systématique
Smits 2007	Études sans SAD distincts
Soares-Weiser 2007	Population ne correspond pas
Social Data Research 2005	Études sans SAD distincts
Stacey 2003	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Staessen 2008	Méthodologie non décrite
Stewart 2005	Pas une revue systématique

Programme *Actions concertées*
Annexes

Stroke Unit Trialists' Collaboration 2007	Études sans SAD distincts
Tarricone 2008	Pas une revue systématique
Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology 2005	Pas une revue systématique
Taylor 2004a	Pas une revue systématique
Taylor 2004b	Études sans SAD distincts
Taylor 2005	Études sans SAD distincts
The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2004	Santé mentale adulte
The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2005	Pas une revue systématique
Thomas 2008	Études sans SAD distincts
Tran 2008	Doublons, hors période, pas anglais ni français
Urton 2007	Études sans SAD distincts
Van Citters 2004	Études sans groupes contrôles distincts
Van Zyl 2006	Pas une revue systématique
Verberk 2005	Pas d'évaluation de la qualité
Verhagen 2007	Études sans SAD distincts
Verkaik 2005	Études sans SAD distincts
Vermeire 2005	Études sans SAD distincts
Viera 2007	Méthodologie non décrite
Vig 2008	Études sans SAD distincts
Vilamovska 2009	Pas d'évaluation de la qualité
Volmink 2007	Population ne correspond pas
Walker 2004	Études sans SAD distincts
Westby 2006	Pas une revue systématique
Whellan 2005	Méthodologie non décrite

Programme *Actions concertées*
Annexes

Whellan 2005	Nombre de bases de données consultées inférieur à 2
Willems 2006	Études sans SAD distincts
Wilson 2004	Pas une revue systématique
Wilson 2006	Études sans groupes contrôles distincts
Wilson 2008	Études sans groupes contrôles distincts
Wilson 2009	Études sans SAD distincts
Wood 2008	Pas une revue systématique

Références des documents rejetés

- Aas, M., & Harald, I. (2007). *The organizational challenge for health care from telemedicine and e-health*. Oslo: Work Research Institute.
- Abbott, A.L. (2009). Medical (nonsurgical) intervention alone is now best for prevention of stroke associated with asymptomatic severe carotid stenosis: Results of a Systematic Review and Analysis. *Stroke*, 40(10), e573-583. doi: 10.1161/strokeaha.109.556068
- Adams, H.P. Jr., del Zoppo, G., Alberts, M. J., Bhatt, D. L., Brass, L., Furlan, A., et al. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Circulation*, 115(20), e478-534. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181486
- Agren Bolmsjo, I. (2008). End-of-life care for old people: A review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(4), 328-338. doi: 10.1177/1049909108315910
- Alzheimer's Disease International. (2009). *Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2009*. Récupéré de <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>.
- Arthur, H.M. (2006). Improving secondary prevention of cardiovascular disease through increased referral to cardiac rehabilitation. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 13(10), 572-577.
- Ashworth, N.L., Chad, K. E., Harrison, E. L., Reeder, B. A., & Marshall, S. C. (2005). Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004017. doi: 10.1002/14651858.CD004017.pub2
- Audit Commission. (2004). *Implementing telecare: strategic analysis and guidelines for policy makers, commissioners and providers*. Récupéré de www.auditcommission.gov.uk/olderpeople.
- Augustovski, F., Pichon Riviere, A., Alcaraz, A., Bardach, A., Ferrante, D., Garcia Marti, S., et al. (2007). Evaluation of home care utility: pneumonia, cerebrovascular disease, urinary tract infections and postsurgical infections (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database*. Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32007000428/frame.html>
- Azarmina, P., & Wallace, P. (2005). Remote interpretation in medical encounters: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(3), 140-145.
- Aziz, N. A., Leonardi-Bee, J., Phillips, M., Gladman, J. R. F., Legg, L., & Walker, M. F. (2008). Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD005952. doi: 10.1002/14651858.CD005952.pub2

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Balas, E. A., S., K., Kretshmer, R. A., Cheek, T. R., Lobach, D. F., & Boren, S. A. (2004). Computerized knowledge management in diabetes care. *Medical Care*, *42*, 610-621.
- Barlow, J., Singh, D., Bayer, S., & Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *13*(4), 172-179. doi: 10.1258/135763307780908058
- Barrois, B., Ribinik, P., Gougeon, F., Rannou, F., & Revel, M. (2007). What is the interest of rehabilitation in physical medicine and functional rehabilitation ward after total knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *50*(9), 729-733. doi: 10.1016/j.annrmp.2007.08.005
- Bartels, S. J. (2005). Preface: Evidence-based geriatric psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, *28*(4), xiii-xv. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.001
- Bartels, S. J., & Drake, R. E. (2005). Evidence-based geriatric psychiatry: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, *28*, 763-784.
- Bartoli, L., Zanaboni, P., Masella, C., & Ursini, N. (2009). Systematic review of telemedicine services for patients affected by chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Telemedicine Journal and E-Health*, *15*(9), 877-883. doi: 10.1089/tmj.2009.0044
- Baztan, J. J., Suarez-Garcia, F. M., Lopez-Arrieta, J., Rodriguez-Manas, L., & Rodriguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *British Medical Journal*, *338*(7690), 334-336. doi: 10.1136/bmj.b50
- Bell, D., Bowes, A., Dawson, A., & Roberts, E. (2006). Establishing the evidence base for an evaluation of free personal care in Scotland. (Research Findings No.51). Récupéré de <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/130401/0031223.pdf>
- Bergmo, T. S. (2009). Can economic evaluation in telemedicine be trusted? A systematic review of the literature. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, *7*, 18. doi: 10.1186/1478-7547-7-18
- Blake, H. (2008). Caregiver stress in traumatic brain injury. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, *15*(6), 263-271.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Shafiri, C. (2005). Helping patients manage their chronic conditions. Oakland: California Health Care Foundation.
- Bond, K., Ospina, M., Blitz, S., Friesen, C., Innes, G., Yoon, P., et al. (2006). Interventions to reduce overcrowding in emergency departments. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Borgermans, L. A., Goderis, G., Ouwens, M., Wens, J., Heyrman, J., & Grol, R. P. (2008). Diversity in diabetes care programmes and views on high quality diabetes care: Are we in need of a standardized framework? *International Journal of Integrated Care*, 8, e07.
- Bowles, K. H., & Baugh, A. C. (2007). Applying research evidence to optimize telehomecare. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(1), 5-15.
- Bradley, J. M., & O'Neill, B. (2005). Short-term ambulatory oxygen for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004356. doi: 10.1002/14651858.CD004356.pub3
- Brady, M., Furlanetto, D., Hunter, R. V., Lewis, S., & Milne, V. (2006). Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003864. doi: 10.1002/14651858.CD003864.pub2
- Bratan, T., & Clarke, M. (2006). Optimum design of remote patient monitoring systems. *Conference proceedings : ... Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Conference*, 1, 6465-6468. doi: 10.1109/IEMBS.2006.260729
- Brazil, K., Royle, J. A., Montemuro, M., Blythe, J., & Church, A. (2004). Moving to evidence-based practice in long-term care: The role of a Best Practise Resource Centre in two long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(3), 14-19.
- Brebner, J. A., Brebner, E. M., & Ruddick-Bracken, H. (2006). Accident and emergency teleconsultation for primary care: A systematic review of technical feasibility, clinical effectiveness, cost effectiveness and level of local management. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(Suppl. 1), 5-8.
- Brennan, M., Vega, M., Garcia, I., Abad, A., & Friedman, M. B. (2005). Meeting the mental health needs of elderly Latinos affected by depression: Implications for outreach and service provision. *Care Management Journals*, 6(2), 98-106. doi: 10.1891/152109805780650724
- Bridge, C., Phibbs, P., Kendig, H., Mathews, M., & Bartlett, H. (2006). The costs and benefits of using private housing as the 'home base' for care for older people: A systematic literature review: Australian Housing and Urban Research Institute, Sydney Research Centre.
- Brown, A., Taylor, R., Noorani, H., Stone, J., & Skidmore, B. (2003). Exercise-based cardiac rehabilitation programs for coronary artery disease: A systematic clinical and economic review (Vol. Technology report no 34). Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.
- Brown, A., Wells, P., Jaffey, J., McGahan, L., Poon, M.-C., Cimon, K., et al. (2007a). Devices for point-of-care monitoring of long-term oral anticoagulation therapy:

Programme *Actions concertées*

Annexes

- clinical and cost effectiveness (Vol. Technology overview no 24). Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Brown, E. L., Raue, P. J., & Halpert, K. D. (2007b). *Detection of depression in older adults with dementia*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core
Récupéré de <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=11054>.
- Brown, S. R., & Nelson, R. L. (2007c). Surgery for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001757.
doi:10.1002/14651858.CD001757.pub2.
- Budnick, K., Campbell, J., Esau, L., Lyons, J., Rogers, N., & Haennel, R. G., et al. (2009). Cardiac rehabilitation for women: A systematic review. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(4), 13-25. doi: 10.1097/01.HCR.0000361199.48890.18.
- Budweiser, S., Jorres, R. A., & Pfeifer, M. (2008). Noninvasive home ventilation for chronic obstructive pulmonary disease: indications, utility and outcome. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 14(2), 128-134. doi: 10.1097/MCP.0b013e3282f379fc
- Buller, H. R., Agnelli, G., Hull, R. D., Hyers, T. M., Prins, M. H., & Raskob, G. E. (2004). Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 126(3 Suppl.), 401S-428S. doi: 10.1378/chest.126.3_suppl.401S
- Burton, J., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Thorgaard, C., & Underhill, K. (2006). Home visits for prevention of impairment and death in elderly people *Campbell Systematic Reviews*.
- Cabin, W. D. (2008). Moving toward Medicare home health coverage for persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Social Work*, 51(1-2), 77-86.
doi: 10.1080/01634370801967562.77
- Cabin, W. D. (2009). Evidence-based research challenges home care PPS patient benefits, costs, and payment structure. *Home Health Care Management and Practice*, 21(4), 240-245. doi: 10.1177/1084822308328325
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Consumer Intervention: Improving quality. Récupéré le 23 février 2010 de <http://www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions/intervention?id=39>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Consumer Intervention: Minimising risks or harms. Récupéré le 23 février 2010 de <http://www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions/intervention?id=40>

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Canadian Healthcare Association. (2009). Home care in Canada. From the margins to the mainstream/Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration. Ottawa.
- Canadian Home Care Association/Association canadienne de soins et services à domicile. (2006). *The delivery of home care services in rural and remote communities in Canada. Identifying service gaps and examining innovative practice*. Récupéré de <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2172>.
- Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service. (2008). *Use of blood glucose test strips for the management of diabetes mellitus – PROJECT PROTOCOL*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service. (2009a). *Cost-effectiveness of blood glucose test strips in the management of adult patients with diabetes mellitus*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service. (2009b). *Second-line therapy for patients with diabetes inadequately controlled on metformin – PROJECT PROTOCOL*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Cappuccio, F. P., Kerry, S. M., Forbes, L., & Gutknecht, D. R. (2005). Review: Home or self blood pressure monitoring improves clinic blood pressure in essential hypertension. *Evidence-Based Medicine, 10*(2), 40. doi: 10.1136/ebm.10.2.40
- Caress, A., Luker, K. A., Chalmers, K. I., & Salmon, M. P. (2009). A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing, 18*(4), 479-491. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02556.x
- Catty, J. S., Burns, T., Comas, A., & Poole, Z. (2007). Day centres for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (1)*, CD001710. doi: 10.1002/14651858.CD001710.pub2
- Centre for Developmental Disability Studies. (2004). Client participation in the Individual Planning Process - A literature review: NSW Department of Ageing, Disability and Home Care.
- Chan, C. K. L. (2008). A preliminary study of functional electrical stimulation in upper limb rehabilitation after stroke: An evidence-based review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 18*(2), 52-58. doi: 10.1016/S1569-1861(09)70003-8
- Chan, C. T. (2004). Cardiovascular effects of frequent intensive hemodialysis. *Seminars in Dialysis, 17*(2), 99-103. doi: 10.1111/j.0894-0959.2004.17204.x
- Chaudhary, N., & Kreiger, N. (2007). Nutrition and physical activity interventions for low-income populations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 68*(4), 201-206.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Chevreur, K., Com-Ruelle, L., Midy, F., & Paris, V. (2005). Le développement des services de soins hospitaliers à domicile – Expériences australienne, canadienne et britannique. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Chia, L., Schlenk, E. A., & Dunbar-Jacob, J. (2006). Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs and Aging, 23*(3), 191-202. doi: 10.2165/00002512-200623030-00002
- Clemensen, J., Larsen, S. B., Kyng, M., & Kirkevold, M. (2007). Participatory design in health sciences: Using cooperative experimental methods in developing health services and computer technology. *Qualitative Health Research, 17*(1), 122-130. doi: 10.1177/1049732306293664
- Cohen, M., Hall, N., Murphy, J., & Priest, A. (2009). Innovations in community care. From pilot project to system change. Vancouver (Canada): Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Conrad, D. A., & Perry, L. (2009). Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it? *Annual Review of Public Health, 30*, 357-371. doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100243
- Conseil canadien de la santé. (2005). Les soins à domicile : document de travail joint à Renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement. Toronto.
- Coupar, F., Legg, L., Pollock, A., Sackley, C., & van Vliet, P. (2007). Home-based therapy programmes for upper limb functional recovery following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD006755. doi: 10.1002/14651858.CD006755
- Coyle, D., Coyle, K., Vale, L., de Verteuil, R., Imamura, M., Glazener, C., et al. (2008). Minimally invasive arthroplasty in the management of hip arthritic disease: Systematic review and economic evaluation. (Vol. Technology report no 102). Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Cunningham, R. S. (2004). Advanced practice nursing outcomes: A review of selected empirical literature. *Oncology Nursing Forum, 31*(2), 219-232. doi: 10.1188/04.ONF.219-232
- Curiale, V., Cella, A., Luzzani, M., & Prete, C. (2007). Home-based palliative care for adults with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*, CD006510.
- Cuvelier, A., Molano, L. C., & Muir, J. F. (2005). [Domiciliary ventilation in patients with COPD]. *Revue des Maladies Respiratoires, 22*(4), 615-633. doi: 10.1016/S0761-8425(05)85614-1
- De Rouck, S., Jacobs, A., & Leys, M. (2008). A methodology for shifting the focus of e-health support design onto user needs: A case in the homecare field. *International Journal of Medical Informatics, 77*(9), 589-601. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2007.11.004

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Demaerschalk, B. M., Woodruff, B. K., & Caselli, R. J. (2007). Dementia treatment: Let the evidence lead us. *Evidence-based neurology: Management of neurological disorders*. (pp. 184-198): Malden: Blackwell Publishing.
- Demiris, G., & Hensel, B. K. (2008). Technologies for an aging society: A systematic review of "smart home" applications. *Yearbook of Medical Informatics*, 33-40.
- Dennis, C. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *British Medical Journal*, 331(7507), 15-18. doi: 10.1136/bmj.331.7507.0-a
- DePalma, J. A. (2008). Evidence to support social work in home care for the elderly. *Home Health Care Management and Practice*, 20(3), 276-277. doi: 10.1177/1084822307310000
- Derom, E., Marchand, E., & Troosters, T. (2007). Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(7), 615-626. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub2
- Deshpande, A., Khoja, S., Lorca, J., McKibbin, A., Rizo, C., & Jadad, A. R. (2008a). Telehealth: Systematic review of analytic studies and environmental scan of relevant initiatives (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database*, 49. Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32008000105/frame.html>
- Deshpande, A., Khoja, S., McKibbin, A., & Jadad, A. R. (2008b). Real-time (synchronous) telehealth in primary care: Systematic review of systematic reviews (Vol. Technology report no 100). Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Deshpande, A., Khoja, S., McKibbin, A., & Jadad, A. R. (2008c). Real-time (synchronous) telehealth in primary care: Systematic review of systematic reviews (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database*, 27. Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32008000106/frame.html>
- Deshpande, A., Khoja, S., McKibbin, A., Rizo, C., & Jadad, A. R. (2008d). Telehealth for acute stroke management (Telestroke): Systematic review of analytic studies and environmental scan of relevant initiatives (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database*, 64. Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32008000104/frame.html>
- Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 33-38.
- Dowling-Castronovo, A., & Bradway, C. (2008). Urinary incontinence (UI) in older adults admitted to acute care. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey & T.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Fulmer (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed., pp. 309-336). New York: Springer Publishing Company.
- Education to prevent foot ulcers in diabetes. (2005). *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 9(5), 351-358. doi: 003410.001002/14651858.CD14003417.pub14651852
- Edwards, M. (2008). Staff training improved oral hygiene in patients following stroke. *Evidence-Based Dentistry*, 9(3), 73. doi: 10.1038/sj.ebd.6400593
- Effing, T., Monninkhof, E. M., van der Valk, P. D., van der Palen, J., van Herwaarden, C. L., Partidge, M. R., et al. (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD002990. doi: 10.1136/thorax.58.5.394
- Ell, K. (2006). Depression care for the elderly: Reducing barriers to evidence-based practice. *Home Health Care Services Quarterly*, 25(1-2), 115-148. doi: 10.1300/J027v25n01_07
- Eng, D. (2006). Management guidelines for motor neurone disease patients on non-invasive ventilation at home. *Palliative Medicine*, 20(2), 69-79. doi: 10.1191/0269216306pm1113oa
- Enomoto, Y. (2006). *Effects of decision support tools on cardiac telephone consultation process*. M.A.Sc. MR23392, University of Waterloo (Canada), Canada. Récupéré de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1296095401&Fmt=7&clientId=9268&RQT=309&VName=PQD>
- Eshah, N. F., & Bond, A. E. (2009). Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 131-139. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01738.x
- European Stroke Organisation. (2008). Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Diseases*, 25(5), 457-507. doi: 10.1159/000131083
- Fagerström, L., Wikblad, A., & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people - is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 558-568. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00637.x L2
- Fleuren, M., Paulussen, T., & Wiefferrink, K. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care* 16(2), 107-123.
- Forbes, M., Hill, C. J., & Lynn, L. E. (2007). The logic of governance in health care delivery: An analysis of the empirical literature. *Public Management Review*, 9(4), 453-477.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Foust, J. B., Naylor, M. D., Boling, P. A., & Cappuzzo, K. A. (2005). Opportunities for improving post-hospital home medication management among older adults. *Home Health Care Services Quarterly*, 24(1-2), 1-2. doi: 10.1300/J027v24n01_08
- Fraser, K. (2008a). *Factors that influence: Case manager resource allocation decision-making in home care*. Ph.D. NR45429, University of Alberta (Canada), Canada. Récupéré de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1670285681&Fmt=7&clientId=9268&RQT=309&VName=PQD>
- Fraser, K. D., & Estabrooks, C. (2008b). What factors influence case managers' resource allocation decisions? A systematic review of the literature. *Medical Decision Making*, 28(3), 394-410. doi: 10.1177/0272989X07312709
- French, H. P., & Dowds, J. (2008). An overview of continuing professional development in physiotherapy. *Physiotherapy*, 94(3), 190-197.
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., et al. (2008). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 31(Suppl. 1), S97-S104.
- Futrell, M., Melillo, K. D., & Remington, R. (2008). Evidence-based practice guideline. Wandering. Iowa City: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation Dissemination Core.
- Gage, H., & Storey, L. (2004). Rehabilitation for Parkinson's disease: A systematic review of available evidence. *Clinical Rehabilitation*, 18(5), 463-482. doi: 10.1191/0269215504cr764oa
- Gately, C., Rogers, A., Kirk, S., & McNally, R. (2008). Integration of devices into long-term condition management: A synthesis of qualitative studies. *Chronic Illness*, 4(2), 135-148. doi: 10.1177/1742395308092484
- George, J., Elliott, R. A., & Stewart, D. C. (2008). A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs and Aging*, 25(4), 307-324.
- Gerdner, L. (2007). Individualized music for elders with dementia. Iowa City: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation Dissemination Core.
- Glazier, R. H., Bajcar, J., Kennie, N. R., & Willson, K. (2006). A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. *Diabetes Care*, 29(7), 1675-1688. doi: 10.2337/dc05-1942
- Goddard, M. K. (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services in England*. York: Centre for Health Economics, University of York.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Golder, S., Mason, A., & Spilsbury, K. (2008). Systematic searches for the effectiveness of respite care. *Journal of the Medical Library Association*, 96(2), 147-152. doi: 10.3163/1536-5050.96.2.147
- Gomes, B., Higginson, I. J., & McCrone, P. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD007760.
- Gough, M., Mitchell, D., Michaels, J., Shearman, C., & Earnshaw, J. (2009). The provision of services for patients with vascular disease. Récupéré de http://www.vascularsociety.org.uk/library/vascular-society-publications/doc_download/65-revised-provision-of-vascular-services-2004.html
- Griffiths, P., Ullman, R., Harris, R., & King's College London. (2005). Self assessment of health and social care needs by older people: A multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- Guo, B., & Harstall, C. (2006). Strategies to reduce emergency department overcrowding. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A., & Halteh, C. (2008). Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003689. doi: 10.1002/14651858.CD003689.pub3
- Hailey, D., Ohinmaa, A., & Roine, R. (2004a). Published evidence on the success of telecardiology: A mixed record. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10(Suppl. 1), 36-38. doi: 10.1258/1357633042614195
- Hailey, D., Ohinmaa, A., & Roine, R. (2004b). Study quality and evidence of benefit in recent assessments of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10(6), 318-324. doi: 10.1258/1357633042602053
- Halbert, J., Crotty, M., Whitehead, C., Cameron, I., Kurrle, S., Graham, S., et al. (2007). Multi-disciplinary rehabilitation after hip fracture is associated with improved outcome: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(7), 507-512. doi: 10.2340/16501977-0102
- Hallberg, I. R., & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: A review of recent case management studies. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6B), 112-120. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01054.x
- Halpin, D. M. G. (2007). Management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Minerva Pneumologica*, 46(1), 5-17.
- Ham, C., Glasby, J., Parker, H., & Smith, J. (2008). Altogether now? Policy options for integrating care. London (United Kingdom): Health Services Management Centre, University of Birmingham.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Harper, G. M. (2005). Managing urinary incontinence in older patients. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine*, 5(10), 537.
- Haykowsky, M., Clark, A. M., & Block, P. C. (2007). A meta-analysis of the effect of exercise training on left ventricular remodeling in heart failure patients: The benefit depends on the type of training performed. *ACC Cardiosource Review Journal*, 16(10), 33-37. doi: 10.1016/j.jacc.2007.02.055
- Health Canada. (2008). An Assessment of Continuing Care Requirements in First Nations and Inuit Communities: Review of Literature and National Health Data Sources Ottawa.
- Health Telematics Unit. (2002). Socio-economic impact of telehealth: Evidence now for health care in the future (Vol. 1): University of Calgary.
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO) & Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2005). Nursing best practice guideline. Stroke assessment: Across the continuum of care. Toronto (Canada): Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO).
- Hempel, S., Norman, G., Golder, S., Aguiar-Ibanez, R., & Eastwood, A. (2008). Psychosocial interventions for non-professional carers of people with Parkinson's disease: A systematic scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 214-228. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04806.x
- Hersh, W. R., Hickam, D. H., Severance, S. M., Dana, T. L., Pyle Krages, K., & Helfand, M. (2006). Diagnosis, access and outcomes: Update of a systematic review of telemedicine services. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12 Suppl 2, S3-31. doi: 10.1258/135763306778393117
- Hill, A., & Brettell, A. (2006). Counselling older people: What can we learn from research evidence? *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 281-297.
- Home blood pressure monitoring improves blood pressure control. (2005). *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 9(2), 121-122. doi: 10.1016/j.ehbc.2005.01.004
- 'Hospital at home' schemes are as safe as inpatient care for people with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease (COPD). (2005). *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 9(1), 46-47. doi: 10.1016/j.ehbc.2004.11.004
- Hurkmans, E., van der Giesen Florus, J., Vliet Vlieland Thea, P. M., Schoones, J., & Van den Ende Els, C. H. M. (2009). Home-based exercise therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD007829. doi: 10.1002/14651858.CD007829
- Hutchinson, A. B., Branson, B. M., Kim, A., & Farnham, P. G. (2006). A meta-analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status. *AIDS*, 20(12), 1597-1604.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Innes, A., Macpherson, S., & McCabe, L. (2006). Promoting person-centred care at the front line. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). Safe site invasive procedure - non-operating room. Bloomington.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2009). Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Bloomington.
- Jaana, M., & Pare, G. (2007). Home telemonitoring of patients with diabetes: A systematic assessment of observed effects. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 242-253. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00686.x
- Jennett, P. A., Scott, R. E., Affleck Hall, L., Hailey, D., Ohinmaa, A., Anderson, C., et al. (2004). Policy implications associated with the socioeconomic and health system impact of telehealth: A case study from Canada. *Telemedicine Journal and E-Health*, 10(1), 77-83. doi: 10.1089/153056204773644616.
- Jónsdóttir, H. (2008). Nursing care in the chronic phase of COPD: A call for innovative disciplinary research. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illnesses*, 17(7B), 272-290. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02271.x
- Kadushin, G. (2004). Home health care utilization: A review of the research for social work. *Health and Social Work*, 29(3), 219-244.
- Kaur, S., Mitchell, G., Vitetta, L., & Roberts, M. S. (2009). Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: A systematic review. *Drugs & Aging*, 26(12), 1013-1028. doi: 10.2165/11318890-000000000-00000
- Kong, E. H., Evans, L. K., & Guevara, J. P. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 13(4), 512-520. doi: 10.1080/13607860902774394
- Kresevic, D. M. (2008). Assessment of function. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey & T. Fulmer (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed., pp. 23-40). New York: Springer Publishing Company.
- Kuraitis, V. (2007). Disease management and the medical home model: Competing or complementary? *Disease Management and Health Outcomes*, 15(3), 135-140. doi: 10.2165/00115677-200715030-00002
- Kwakkel, G., de Goede, C. J. T., & van Wegen, E. E. H. (2007). Impact of physical therapy for Parkinson's disease: A critical review of the literature. *Parkinsonism and Related Disorders*, 13(Suppl 3), S478-S487. doi: 10.1016/S1353-8020(08)70053-1
- Lang, A., Edwards, N., & Fleiszer, A. (2008). Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 130-135. doi: 10.1093/intqhc/mzm068

Programme *Actions concertées*
Annexes

- Langhorne, P., Dey, P., Woodman, M., Kalra, L., Wood-Dauphinee, S., Patel, N., et al. (2005). Is stroke unit care portable? A systematic review of the clinical trials. *Age and Ageing*, 34(4), 324-330. doi: 10.1093/ageing/afi038
- Langhorne, P., & Holmqvist, L. W. (2007). Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 103-108. doi: 10.2340/16501977-0042
- Larsen, T., Olsen, T. S., & Sorensen, J. (2006). Early home-supported discharge of stroke patients: a health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(3), 313-320.
- Lauriks, S., Reinersmann, A., Van der Roest, H. G., Meiland, F. J., Davies, R. J., Moelaert, F., et al. (2007). Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia. *Ageing Research Reviews*, 6(3), 223-246. doi: 10.1016/j.arr.2007.07.002
- Lavis, J. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(Suppl. 1), 35-48.
- Law, S. (2005). Oxygénothérapie à domicile : les appareils à oxygène liquide : rapport. Montréal : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
- Law, S., & Lehoux, P. (2004). La technologie hospitalière à domicile : les appareils portatifs d'oxygénothérapie pour le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : rapport Montréal : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
- Lehoux, P., Law, S., et collaboration, & Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2004). *Les technologies de soins à domicile : enjeux de l'organisation et de la prestation des services au Québec*. Montréal : Boothroyd L.
- Lynch, M., Estes, C. L., & Hernandez, M. (2005). Chronic care initiatives for the elderly: Can they bridge the gerontology-medicine gap? *Journal of Applied Gerontology*, 24(2), 108-124. doi: 10.1177/0733464804271455
- Macario, A., Chow, J. L., & Dexter, F. (2006). A Markov computer simulation model of the economics of neuromuscular blockade in patients with acute respiratory distress syndrome (Structured abstract). *BMC Medical Informatics and Decision Making*, (15). Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22006000737/frame.html>
- MacDonald, C. (2004). Older People and Community Care in Scotland - A Review of Recent Research: Scottish Executive Social Research.
- MacFarlane, A., Clerkin, P., & Murphy, A. W. (2006). Telemedicine services in the Republic of Ireland: An evolving policy context. *Health Policy*, 76(3), 245-258.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Mair, F., May, C., Sullivan, F. M., O'Donnell, K., Murray, E., Epstein, O., et al. (2007). Understanding the implementation and integration of e-Health services: Research report. Glasgow: National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme.
- Martelly-Kebreau, Y., & Farren, M. (2009). Research on prevention of urinary incontinence and catheter management. *Home Healthcare Nurse, 27*(8), 468-474. doi: 10.1097/01.NHH.0000360920.11109.7f
- Martinez, M. A., & Puig, J. G. (2006). Usefulness of home blood pressure in the diagnosis and control of hypertension in primary care. *Current Hypertension Reviews, 2*(1), 41-46.
- Marziali, E., Serafini, J. M., & McCleary, L. (2005). A systematic review of practice standards and research ethics in technology-based home health care intervention programs for older adults. *Journal of Aging and Health, 17*(6), 679-696. doi: 10.1177/0898264305281100
- McGrail, K. M., Broemeling, A.-M., McGregorm, M. J., Salomons, K., Ronald, L. A., & McKendry, R. (2008). *Home health services in British Columbia. A portrait of users and trends over time*. Récupéré de <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2008/chspr08-15.pdf>.
- Meadows, C. A. (2009). Integrating new graduate nurses in home health care. *Home Healthcare Nurse, 27*(9), 561-568. doi: 10.1097/01.NHH.0000361929.52668.10
- Ministry of Health and Long-term Care. (2006). Choosing quality, rewarding excellence: Ontario's response to the Caplan Report on home care. Récupéré de http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/caplanresp06/caplanresp06.pdf
- Moser, A., Houtepen, R., & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing, 57*(4), 357-365. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04105.x
- Mottram, P., Pitkala, K., & Lees, C. (2007). WITHDRAWN: Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD003542. doi: 10.1002/14651858.CD003542.pub
- Munn, Z. (2008). Home vs. inpatient treatment for deep vein thrombosis. *Journal of Advanced Nursing, 64*(6), 576-577. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04887.x
- National Collaborating Centre for Acute Care. (2007). Faecal incontinence. The management of faecal incontinence in adults: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2006a). *National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care*. London (United Kingdom): Royal College of Physicians.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2006b). Parkinson's Disease. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care: Social Care Institute for Excellence National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Depression with a chronic physical health problem: Full guideline: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009a). Rehabilitation services. *Evidence for transforming community services*. Birmingham: University of Birmingham.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009b). Services for long term conditions. *Evidence for transforming community services*. Birmingham: University of Birmingham.
- National Patient Safety Agency. (2007). *Actions that can make anticoagulant therapy safer*. Récupéré de <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60105&type=full&servicetype=Attachment>.
- Nelson, E. A., O'Meara, S., Craig, D., Iglesias, C., Golder, S., Dalton, J., et al. (2006). A series of systematic reviews to inform a decision analysis for sampling and treating infected diabetic foot ulcers. *Health Technology Assessment, 10*(12), iii-iv, ix-x, 1-221.
- Nelson, J. A. (2009). Point-of-care resistance. *Home Health Care Management and Practice, 21*(5), 366-368. doi: 10.1177/1084822309334033
- Nero-Reid, V., & Alexander-Knight, A. (2009). Research on patient-provider communication and management of diabetes. *Home Healthcare Nurse, 27*(1), 6-11. doi: 10.1097/01.NHH.0000343777.81228.b1
- Netto, G., Bhopal, R., Khatoon, J., Lederle, N., & Jackson, A. (2008). Health promotion and prevention interventions in Pakistani, Chinese and Indian communities related to CVD and Cancer: A review of the published evidence in the United Kingdom, other parts of Europe and the United States. Edinburgh: Scotland's National Agency for Improving Health.
- Neville, C. C., & Byrne, G. J. (2007). The impact of residential respite care on the behaviour of older people with dementia: Literature review (Structured abstract). *International Journal of Older People Nursing, 1*(1), 2-8. Récupéré de

Programme *Actions concertées*

Annexes

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12007007264/frame.html>

New Zealand Guidelines Group (NZGG). (2005). The management of people with atrial fibrillation and flutter. Wellington (New Zealand).

Noguchi, H., & Shimizutani, S. (2009). Supplier density and at-home care use in Japan: Evidence from a micro-level survey on long term care receivers: Hitotsubashi University Repository.

Noorani, H. Z., Brady, B., McGahan, L., Teasell, R., Skidmore, B., & Doherty, T. J. (2003). Stroke rehabilitation services: Systematic reviews of the clinical and economic evidence (Vol. Technology report no 35.). Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.

North South Group. (2004). Étude documentaire et analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision : Rapport final : Pour Santé Canada, Direction générale de la politique de la santé.

O'Reilly, D., Hopkins, R., Blackhouse, G., Philip Clarke, P., Hux, J., Guan, J., et al. (2006). Development of an Ontario diabetes economic model (ODEM) and application to a multidisciplinary primary care diabetes management program. Ontario: Ontario Ministry of Health and Long-term Care.

Olsan, T. H., Shore, B., & Coleman, P. D. (2009). A clinical microsystem model to evaluate the quality of primary care for homebound older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(5), 304-313. doi: 10.1016/j.jamda.2009.02.003

Ostaszkievicz, J., Chestney, T., & Roe, B. (2004). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002801. doi: 10.1002/14651858.CD002801.pub2

Paré, G., Jaana, M., & Sicotte, C. (2007). Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 14(3), 269-277. doi: 10.1197/jamia.M2270.

Pare, G., Moqadem, K., Pineau, G., & St-Hilaire, C. (2009). Systematic review of the effects of home telemonitoring in the context of diabetes, pulmonary diseases and cardiovascular diseases (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database*. Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32007000753/frame.html>

Parker, M. J., Gillespie, W. J., & Gillespie, L. D. (2006). Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: Systematic review. *British Medical Journal*, 332(7541), 571-573. doi: 10.1136/bmj.38753.375324.7C

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Parkes, J., & Shepperd, S. (2003). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313
- Patmore, C., & McNulty, A. (2005). Making home care for older people more flexible and person-centred. Factors which promote this. The University of York, Department of Health.
- Pauly, R. P., Copland, M., Komenda, P., Levin, A., Pierratos, A., & Chan, C. T. (2008). Utility and limitations of a multicenter nocturnal home hemodialysis cohort. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 3(6), 1846-1851. doi: 10.2215/CJN.00890208
- Peek, C. J. (2009). Integrating care for persons, not only diseases. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), 13-20. doi: 10.1007/s10880-009-9154-y
- Phillips, N. M., & Nay, R. (2007). Nursing administration of medication via enteral tubes in adults: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(3), 324-353. doi: 10.1111/j.1479-6988.2007.00072.x
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595. doi: 10.1017/S1041610206003462
- Ploeg, J., Feightner, J., Hutchison, B., Patterson, C., Sigouin, C., & Gauld, M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, 51, 1244-1245. doi: 10.1136/bmj.c1480
- Plonk, W. M. Jr., & Arnold, R. M. (2005). Terminal care: The last weeks of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5), 1042-1054. doi: 10.1089/jpm.2005.8.1042.
- Polisena, J., Tran, K., Cimon, K., Hutton, B., McGill, S., Palmer, K., et al. (2009). Home telemonitoring for congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. doi: 10.1258/jtt.2009.090406
- Provencher, V., Demers, L., & Gélinas, I. (2009). Home and clinical assessments of instrumental activities of daily living: What could explain the difference between settings in frail older adults, if any? *British Journal of Occupational Therapy*, 72(8), 339-348.
- Rabe, K. F., Hurd, S., Anzueto, A., Barnes, P. J., Buist, S. A., Calverley, P., et al. (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176(6), 532-555. doi: 10.1164/rccm.200703-456SO

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Redman, B. K. (2006). Ethically problematic assumptions regarding patient self management and barriers to improved outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6(5), 489-494. doi: 10.1586/14737167.6.5.489
- Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. (2009). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 737-754. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04925.x
- Reynolds, A. L., Vick, J. L., & Haak, N. J. (2009). Telehealth applications in speech-language pathology: A modified narrative review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(6), 310-316. doi: 10.1258/jtt.2009.081215
- Rizzo, A. A., Strickland, D., & Bouchard, S. p. (2004). The challenge of using virtual reality in telerehabilitation. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(2), 184-195. doi: 10.1089/tmj.2004.10.184
- Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Beyer, F., Dickinson, H., Vanoli, A., et al. (2006). A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment*, 10(26), iii, ix-108.
- Rojas, S. V., & Gagnon, M. P. (2008). A systematic review of the key indicators for assessing telehomecare cost-effectiveness. *Telemedicine and e-Health*, 14(9), 896-904. doi: 10.1089/tmj.2008.0009
- Rosser, B. A. (2009). Technologically-assisted behaviour change: A systematic review of studies of novel technologies for the management of chronic illness. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(7), 327-338.
- Ryan, A., Taylor, A., & Greenfield, S. (2009). Factors associated with self-care activities among adults in the United Kingdom: A systematic review. *BMC Public Health*, 9. doi: 10.1186/1471-2458-9-96
- Sawka, A. M. (2005). *Hip protectors for prevention of hip fracture in the elderly*. Ph.D., McMaster University (Canada). Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009318364&lang=fr&site=ehost-live> Available from EBSCOhost c8h database.
- Sawka, A. M., Boulos, P., Beattie, K., Thabane, L., Papaioannou, A., Gafni, A., et al. (2005). Do hip protectors decrease the risk of hip fracture in institutional and community-dwelling elderly? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoporosis International*, 16(12), 1461-1474.
- Schatz, M., Rachelefsky, G., & Krishnan, J. A. (2009). Follow-up after acute asthma episodes: What improves future outcomes? *Proceedings of the American Thoracic Society*, 6(4), 386-393. doi: 10.1513/pats.P09ST6

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Schumacher, K. L., & Marren, J. (2004). Home care nursing for older adults: State of the science. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 443-471. doi: 10.1016/j.cnur.2004.02.009
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. A national clinical guideline (Guideline No. 108). Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2006). Management of patients with dementia. A national guideline (Guideline No. 86). Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2007a). Cardiac arrhythmias in coronary heart disease. A national guideline (Guideline No. 94). Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2007b). Management of stable angina. A national guideline (Guideline No. 96). Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2007c). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national guideline (Guideline No. 97). Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. A national guideline (Guideline No 119). Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Sebern, M. (2005). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170-179. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03580.
- Shalhoub, J., Qureshi, M., & Davies, A. (2009). Supervised exercise in intermittent claudication: A sedentary notion? *Vascular*, 17(2), 66-73. doi: 10.2310/6670.2009.00005
- Shaw, C., McNamara, R., Abrams, K., Cannings-John, R., Hood, K., Longo, M., et al. (2009). Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technology Assessment*, 13(20), 1-246. doi: 10.3310/hta1320
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., et al. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Canadian Medical Association Journal*, 180(2), 175-182. doi: 10.1503/cmaj.081491.
- Shimizu, M., Shibasaki, S., & Kario, K. (2006). The value of home blood pressure monitoring. *Current Hypertension Reports*, 8(5), 363-367.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Shojania, K. G., Ranji, S. R., MacDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J., et al. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycaemic control: A meta-regression analysis. *Journal of the American Medical Association*, 296(4), 427-440.
- Siguroardottir, A. K. (2005). Self-care in diabetes: Model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 301-314. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01043.x
- Singh, D., & Ham, C. (2006). Improving care for people with long term conditions: A review of UK and international frameworks: University of Birmingham Health Services Management Centre and NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Skelton, D. A., & Todd, C. J. (2005). Thoughts on effective falls prevention intervention on a population basis. *Journal of Public Health/Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 13(4), 196-202.
- Smith-Stoner, M. (2004). Ten steps to prepare your agency for conducting research. *Home Healthcare Nurse*, 22(11), 774-778.
- Smits, C. H. M., De Lange, J., Droes, R. M., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M., & Pot, A. M. (2007). Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1181-1193. doi: 10.1002/gps.180
- Soares-Weiser, K., Bravo, V. Y., Beynon, S., Dunn, G., Barbieri, M., Duffy, S., et al. (2007). A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, 11(39), iii-iv, ix-206.
- Social Data Research, & Pollara. (2005). Rapport final : Base de données consultable sur le logement avec services de soutien pour aînés au Canada : Pour Santé Canada.
- Stacey, D., Noorani, H. Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J., & Pong, R. W. (2003). Telephone triage services: Systematic review and a survey of Canadian call centre programs (Vol. Technology report no 43). Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.
- Staessen, J. A., Thijs, L., Ohkubo, T., Kikuya, M., Richart, T., Boggia, J., et al. (2008). Thirty years of research on diagnostic and therapeutic thresholds for the self-measured blood pressure at home. *Blood Pressure Monitoring*, 13(6), 352-365. doi: 10.1097/MBP.0b013e3283108f93
- Stewart, P. & Consulting, D. pour le Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète. (2005). Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Synthèse de la recherche et des collaborations (Vol. Résultats des consultations, vol 1): Agence de santé publique du Canada.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2007). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD000197. doi: org/10.1002/14651858.CD000197.pub2
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). Home care in Europe. The solid facts. Milan: World Health Organization.
- Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary. *European Heart Journal*, 26(11), 1115-1140.
- Taylor, N. F., Dodd, K. J., & Damiano, D. L. (2005). Progressive resistance exercise in physical therapy: A summary of systematic reviews. *Physical Therapy*, 85(11), 1208-1223.
- Taylor, R., & Franklin, B. A. (2004). Meta-analysis finds exercise-based rehabilitation improves survival in people with coronary heart disease. *Evidence-based Cardiovascular Medicine*, 8(4), 368-370.
- Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., et al. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, 116(10), 682-692. doi: 10.1016/j.amjmed.2004.01.009
- The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11/12), 868-884. doi: 10.1111/j.1440-1614.2004.01399.x
- The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, The Guild of Hospital Pharmacists, The Pharmaceutical Services Negotiating Committee & The Primary Care Pharmacists' Association. (2005). Moving patients, moving medicines, moving safely: Discharge and transfer planning (guidance): Royal Pharmaceutical Society.
- Thomas Lois, H., Cross, S., Barrett, J., French, B., Leathley, M., Sutton Christopher, J., et al. (2008). Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004462. doi: 10.1002/14651858.CD004462.pub3
- Tran, K., Polisena, J., Coyle, D., Coyle, K., Kluge, E.-H. W., Cimon, K., et al. (2008). Overview of home Telehealth for chronic disease management (Vol. Technology overview no 46). Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Urton, M. L., Kohia, M., Davis, J., & Neill, M. R. (2007). Systematic literature review of treatment interventions for upper extremity hemiparesis following stroke. *Occupational Therapy International*, 14(1), 11-27. doi: 10.1002/oti.220

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatric Services, 55*(11), 1237-1249. doi: 10.1176/appi.ps.55.11.1237
- Van Zyl, D. G. (2006). Optimal glucose control in type 2 diabetes mellitus - A guide for the family practitioner. *South African Family Practice, 48*(10), 22-29.
- Verberk, W. J., Kroon, A. A., Kessels, A. G., & de Leeuw, P. W. (2005). Home blood pressure measurement: A systematic review (Structured abstract). *Journal of the American College of Cardiology, (5)*, 743-751. Récupéré de <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12005001338/frame.html>
- Verhagen, A. P., Bierma-Zeinstra, S. M., Boers, M., Cardoso, J. R., Lambeck, J., de Bie, R., et al. (2007). Balneotherapy for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD006864. doi: 10.1002/14651858.CD006864.
- Verkaik, R., van Weert, J. C. M., & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(4), 301-314. doi: 10.1002/gps.1279
- Vermeire, E. I., Wens, J., Van Royen, P., Biot, Y., Hearnshaw, H., & Lindenmeyer, A. (2005). Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*, CD003638. doi: 10.1002/14651858.CD003638.pub2
- Viera, A. J., & Jamieson, B. (2007). How effective are hypertension self-care interventions? *Journal of Family Practice, 56*(3), 229-231.
- Vig, S. (2008). A systematic review of topical negative pressure therapy for acute and chronic wounds. *British Journal of Surgery, 95*(9), 1185-1186. doi: 10.1002/bjs.6238
- Vilamovska, A.-M., Hatziandreu, E., Schindler, H. R., van Oranje-Nassau, C., de Vries, H., & Krapels, J. (2009). *Study on the requirements and options for RFID application in healthcare identifying areas for Radio Frequency Identification deployment in healthcare delivery: A review of relevant literature*. Récupéré de http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_T_R608.pdf.
- Volmink, J., & Garner, P. (2007). Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD003343. doi: 10.1002/14651858.CD003343.pub3
- Walker, M. F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., et al. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients (Provisional abstract). *Stroke, (9)*, 2226-2232. Récupéré de

Programme *Actions concertées*

Annexes

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12004001538/frame.html>

- Westby Marie, D., Kennedy, D., Carr, S., Brander, V., Bell, M., & Backman, C. (2006). Post-acute physiotherapy for primary total hip arthroplasty. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD005957. doi: 10.1002/14651858.CD005957
- Whellan, D. J. (2005). Heart failure disease management: Implementation and outcomes. *Cardiology in Review*, 13(5), 231-239. doi: 10.1097/01.crd.0000135765.60824.2f
- Whellan, D. J., Hasselblad, V., Peterson, E., O'Connor, C. M., & Schulman, K. A. (2005). Metaanalysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *American Heart Journal*, 149(4), 722-729. doi: 10.1016/j.ahj.2004.09.023
- Willems, D. C. M., Joore, M. A., Hendriks, J. J. E., Wouters, E. F. M., & Severens, J. L. (2006). Cost-effectiveness of self-management in asthma: A systematic review of peak flow monitoring interventions. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(4), 436-442. doi: 10.1017/S026646230605135X
- Wilson, D. M., Birch, S., Sheps, S., Thomas, R., Justice, C., & MacLeod, R. (2008). Researching a Best-Practice End-of-Life Care Model for Canada. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement*, 27(4), 319-330. doi: 10.3138/cja.27.4.319
- Wilson, D. M., Justice, C., Sheps, S., Thomas, R., Reid, P., & Leibovici, K. (2006). Planning and providing end-of-life care in rural areas. *The Journal of Rural Health*, 22(2), 174-181. doi: 10.1111/j.1748-0361.2006.00028.x
- Wilson, M.-M. G. (2004). Geriatric incontinence [Editorial]. *Clinics in geriatric medicine*, 20(3).
- Wilson, P., Booth, A., & Petticrew, M. (2009). After the gold rush? A systematic and critical review of general medical podcasts. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(2), 69-74.
- Wood, R. (2008). Utility of patient retention for evaluation of antiretroviral treatment programs in sub-Saharan Africa. *Future HIV Therapy*, 2(2), 137-140. doi: 10.2217/17469600.2.2.137

Programme *Actions concertées*

Annexes

Liste des problématiques pour les documents portant sur les clientèles non prioritaires

- Santé mentale (18)
- Cancer (10)
- Interventions visant le proche aidant (10)
- Prévention des chutes (10)
- Maux de dos et/ou hernies discales (6)
- Dialyse (6)
- Arthrite/arthrose (4)
- Fibrose kystique (4)
- Nutrition parentérale (4)
- Exercice physique (3)
- HIV/SIDA (3)
- Ostéoporose (2)
- Sclérose e plaques (2)
- Blessures à la moelle épinière (2)
- Traumatismes crâniens (2)
- Apnée du sommeil (2)
- Ligament croisé antérieur (2)
- Malaria (2)
- Thrombose veineuse
- Problèmes veineux
- Ulcère des jambes
- Asthme
- Tuberculose
- Épilepsie
- Hémophilie
- Déchirure de la coiffe des rotateurs
- Conflit sous-acromial de l'épaule
- Problèmes aux épaules reliées au travail
- Fracture du radius
- Ménissectomie, ligament croisé antérieur
- Douleur au cou
- Pathologies cervicales
- Coup de fouet cervical
- Blessures oculaires
- Épicondylite latérale
- Spondylite ankylosante
- Croup (diphthérie laryngienne)
- Problématiques gastro-intestinales nécessitant test de pH
- Abus de substance
- Abus/négligence
- Peur de chuter
- Perfusion
- Post-chirurgie gastro-intestinale
- Vaccination contre la grippe
- Conduite automobile

Liste des références pour les documents portant sur les clientèles non prioritaires

- Abbott, J., & Hart, A. (2005). Measuring and reporting quality of life outcomes in clinical trials in cystic fibrosis: A critical review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3.
- af Geijerstam, J., Britton, M., & Marké, L. (2004). Mild head injury: Observation or computed tomography? Economic aspects by literature review and decision analysis. *Emergency Medicine Journal*, 21(1), 54-58.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2004). La chimiothérapie basée au domicile : les enjeux pour les patients, les soignants et le réseau de la santé. Dans: AETMIS (Ed.), (pp. xviii-92 p). Montréal: AETMIS.
- Andersena, P. M., Borasiob, G. D., Denglerc, R., Hardimand, O., Kollawec, K., Leighe, P. N., et al. (2005). EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis: Guidelines for diagnosing and clinical care of patients and relatives. *European Journal of Neurology*, 12, 921–938.
- Assendelft, W. J. J., Morton, S. C., Yu, E. I., Suttorp, M. J., & Shekelle, P. G. (2003). Spinal manipulative therapy for low back pain: A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Annals of Internal Medicine*, 138(11), 871.
- Ayas, N. T., Patel, S. R., Malhotra, A., Schulzer, M., Malhotra, M., Jung, D., et al. (2004). Auto-titrating versus standard continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea: Results of a meta-analysis. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 27(2), 249-253.
- Ayello, E., & Sibbald, R. (2008). Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Guideline Summary NGC-6346 (pp. 9). New York.
- Bagnall, A.-M., Hempel, S., Chambers, D., Orton, V., & Forbes, C. (2007). The treatment and management of chronic fatigue syndrome (CFS)/myalgic encephalomyelitis (ME) in adults and children. York: University of York.
- Balaguer, A. (2008). Home intravenous antibiotics for cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001917. doi:10.1002/14651858.CD001917.pub2.
- Bateganya, M. H., Abdulwadud, O. A., & Kiene, S. M. (2007). Home-based HIV voluntary counseling and testing in developing countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006493.
- Baxter, J. P., Fayers, P. M., & McKinlay, A. W. (2006). A review of the quality of life of adult patients treated with long-term parenteral nutrition. *Clinical Nutrition*, 25(4), 543-553.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Beaudreuil, J. (2006). [Nonpharmacological treatments for osteoporosis]. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 49(8), 581-588.
- Bennell, K., & Hinman, R. (2005). Exercise as a treatment for osteoarthritis. *Current Opinion in Rheumatology*, 17(5), 634-640.
- Bernard, R. S., & Cohen, L. L. (2004). Increasing Adherence to Cystic Fibrosis Treatment: A Systematic Review of Behavioral Techniques. *Pediatric Pulmonology*, 37(1), 8-16.
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., et al. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371(9614), 725-735.
- Bevan, J. L., & Pecchioni, L. L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 356-364. doi: 10.1016/j.pec.2008.02.022
- Bloemen-Vrencken, J. H., de Witte, L. P., & Post, M. W. (2005). Follow-up care for persons with spinal cord injury living in the community: A systematic review of interventions and their evaluation. *Spinal Cord*, 43(8), 462-475.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Brereton, L., Carroll, C., & Barnston, S. (2007). Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 867-884.
- British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2009). British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline (pp. 132). London and Edinburgh: British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Bruce, M. L., Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2005). Evidence-based mental health services for home and community (Structured abstract). *Psychiatric Clinics of North America*, (4), 1039-1060. Récupéré de <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12006003117/frame.html>
- Burns, T., Catty, J., & Wright, C. (2006). Deconstructing home-based care for mental illness: Can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(Suppl 429), 33-35.
- Cabin, W. (2009). *Phantoms of home care and victims of designed neglect: A qualitative study of home care nurse and social worker perceptions, decisions, and coping with persons with Alzheimer's disease*. Ph.D. 3369039, City University of New York, United States - New York. Récupéré de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1857113581&Fmt=7&clientId=9268&RQT=309&VName=PQD>
- Chambers, L. W., Hendriks, A., Hall, H. L., Raina, P., & McDowell, I. (2004). Recherche sur la prestation de soins aux personnes atteintes de la maladie

Programme *Actions concertées*
Annexes

- d'Alzheimer au Canada: état actuel et perspectives d'avenir. *Maladies Chroniques au Canada*, 25(3/4).
- Chan, R., & Webster, J. (2010). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD008006. doi: 10.1002/14651858.CD008006.pub2
- Chyka, P., Erdman, A., Manoguerra, A., Christianson, G., Booze, L., Nelson, L., et al. (2007). Dextromethorphan poisoning: An evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. Guideline Summary NGC-5890 (pp. 7).
- Clemson, L., Mackenzie, L., Ballinger, C., Close, J. C. T., & Cumming, R. G. (2008). Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: A meta-analysis of randomized trials. *Journal of Aging and Health*, 20(8), 954-971.
- Close, J. C. T., Lord, S. L., Menz, H. B., & Sherington, C. (2005). What is the role of falls? *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 19(6), 913-935.
- Cobaugh, D., Erdman, A., Booze, L., Scharman, E., Christianson, G., Manoguerra, A., et al. (2007). Atypical antipsychotic medication poisoning: An evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. Guideline Summary NGC-5889 (pp. 7).
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2004). The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1019–1025.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 181-188.
- Coppola, S. M., & Collins, S. M. (2009). Is physical therapy more beneficial than unsupervised home exercise in treatment of post surgical knee disorders? A systematic review. *Knee*, 16(3), 171-175.
- Dagfinrud, H., Hagen, K. B., & Kvien, T. K. (2008). Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). CD002822.
- Davies, E., & Higginson, I. J. (2005). Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer*, 13(8), 607-627. doi: 10.1007/s00520-004-0739-6
- Dinakar, C., & Reddy, M. (2004). The yellow zone in asthma treatment: Is it a gray zone? *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 92(1), 7-16+79.
- Dishman, R. K., & Buckworth, J. (2007). Increasing physical activity: A quantitative synthesis. *Essential readings in sport and exercise psychology*. (pp. 348-355): Champaign, IL, US: Human Kinetics.
- Donaldson, M. G. B. (2008). *Falls risk in frail seniors: Clinical and methodological studies*. 68, US: ProQuest Information & Learning.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Eldred, C., & Sykes, C. (2008). Psychosocial interventions for carers of survivors of stroke: A systematic review of interventions based on psychological principles and theoretical frameworks. *British Journal of Health Psychology, 13*(3), 563-581.
- Enyart, S. (2007). *Community-based home care, Tanzania: A grant proposal*. M.S.W. 1448094, California State University, Long Beach, United States - California.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(8), 423-428.
- Evidence-based healthcare management. (2005). Home haemodialysis is an effective alternative to hospital or satellite unit haemodialysis. *Evidence-Based Healthcare and Public Health, 9*(2), 123-124. doi: 10.1016/j.ehbc.2005.01.019
- Feldman, F., & Chaudhury, H. (2008). Falls and the physical environment: A review and a new multifactorial falls-risk conceptual framework. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 75*(2), 82-95.
- Finnish Medical Society Duodecim. (2007). Palliative treatment of cancer. Guideline Summary NGC-5820 (pp. 13). Helsinki: Finnish Medical Society Duodecim.
- Fransen, M., & McConnell, S. (2009). Land-based exercise for osteoarthritis of the knee: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Rheumatology, 36*(6), 1109-1117.
- Garvey, A. (2008). Guidelines for the diagnosis, assessment and management of lymphoedema (pp. 123): NHS Evidence.
- Gillanders, L., Angstmann, K., Ball, P., Chapman-Kiddell, C., Hardy, G., Hope, J., et al. (2008). AuSPEN clinical practice guideline for home parenteral nutrition patients in Australia and New Zealand. *Nutrition, 24*(10), 998-1012.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates, S., Cumming, R. G., et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*. CD007146.
- Glasscoe, C. A., & Quittner, A. L. (2008). Psychological interventions for people with cystic fibrosis and their families. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*. CD003148.
- Gonzalez-Perez, J. G., Vale, L., Stearns, S. C., & Wordsworth, S. (2005). Hemodialysis for end-stage renal disease: A cost-effectiveness analysis of treatment options. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 21*(1), 32-39.
- Graham, I. D., Harrison, M. B., Lorimer, K., Piercianowski, T., Friedberg, E., Buchanan, M., et al. (2005). Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: The Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. *Advances in Skin and Wound Care, 18*(6), 307-318.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Gross, A. R., Haines, T., Goldsmith, C. H., Santaguida, L., McLaughlin, L. M., Peloso, P., et al. (2009). Knowledge to action: A challenge for neck pain treatment. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 39(5), 351-363.
- Guideline Development Group. (2009). Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. In *Toward Optimized Practice* (Ed.), (pp. 21). Edmonton (AB).
- Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: Systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Support Care Cancer*, 15(1), 7-20. doi: 10.1007/s00520-006-0112-z
- Gysels, M., Richardson, A., & Higginson, I. J. (2007). Does the patient-held record improve continuity and related outcomes in cancer care: A systematic review. *Health Expectations*, 10(1), 75-91. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00415.x
- Hailey, D., Paquin, M.-J. e., Casebeer, A., Harris, L. E., & Maciejewski, O. (2006). Evidence about tele-oncology applications and associated benefits for patients and their families. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(Suppl 3), 40-43.
- Handoll, H. H., Madhok, R., & Howe, T. E. (2006). Rehabilitation for distal radial fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003324.
- Harding, R., Karus, D., Easterbrook, P., Raveis, V. H., Higginson, I. J., & Marconi, K. (2005). Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic review of the evidence. *Sexually Transmitted Infections*, 81(1), 5-14.
- Hatziandreu, E., Archontakis, F., & Daly, A. (2008). The potential cost savings of greater use of home- and hospice-based end of life care in England. Santa Monica, CA RAND Corporation.
- Hayden, J. A., van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 776.
- Hertz, J., Rossetti, J., Koren, M., & Robertson, J. (2005). Management of relocation in cognitively intact older adults. Guideline Summary NGC-4517 (pp. 12). Iowa City: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Higginson, I. J., & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, 44(10), 1414-1424.
- Hogenbirk, J. C., Liboiron-Grenier, L., Pong, R. W., & Young, N. L. (2005). Comment les télésoins à domicile peuvent-ils soutenir les soins non constitués? Examen des connaissances actuelles et évaluation du potentiel: Division des soins à domicile et soins continus.
- Hopkins, H., Talisuna, A., Whitty, C. J., & Staedke, S. G. (2007). Impact of home-based management of malaria on health outcomes in Africa: A systematic review of the evidence. *Malaria Journal*, 6, 134.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Huisman-de Waal, G., Schoonhoven, L., Jansen, J., Wanten, G., & van Achterberg, T. (2007). The impact of home parenteral nutrition on daily life - a review. *Clinical Nutrition, 26*(3), 275-288.
- Hunt, L. A., & Arbesman, M. (2008). Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *American Journal of Occupational Therapy, 62*(2), 136-148.
- Imberti, D., Di Nisio, M., Donati, M. B., Falanga, A., Ghirarduzzi, A., Guarneri, D., et al. (2009). Treatment of venous thromboembolism in patients with cancer: Guidelines of the Italian Society for Haemostasis and Thrombosis (SISET). *Thrombosis Research, 124*(5), e32-e40.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). Adult low back pain. Guideline Summary NGC-6888 (pp. 19). Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults (pp. 72): Institute for Clinical Systems Improvements.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). Pressure ulcer treatment. Health care protocol. Guideline Summary NGC-7032 (pp. 14). Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2009). Assessment and Management of Chronic Pain (4th ed.): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
- Irving, C. B., Adams, C. E., & Rice, K. (2006). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*. CD001087.
- Jeon, Y., Brodaty, H., & Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 49*(3), 297-306.
- Johnson, G. W., Cadwallader, K., Scheffel, S. B., & Epperly, T. D. (2007). Treatment of lateral epicondylitis. *American Family Physician, 76*(6), 843-850+853.
- Johnston, B., McGill, M., Milligan, S., McElroy, D., Foster, C., & Kearney, N. (2009). Self care and end of life care in advanced cancer: literature review. *European Journal of Oncology Nursing, 13*(5), 386-398. doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.003
- Jung, D., Lee, J., & Lee, S. (2009). A meta-analysis of fear of falling treatment programs for the elderly. *Western Journal of Nursing Research, 31*(1), 6-16.
- Kälviäinen, R. (2007). Status epilepticus treatment guidelines. *Epilepsia, 48*(Suppl8), 99-102.
- Kay, T. M., Gross, A., Goldsmith, C. H., Hoving, J. L., & Brønfort, G. (2005). Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*, CD004250.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Kern, W. V. (2006). Risk assessment and treatment of low-risk patients with febrile neutropenia. *Clinical Infectious Diseases*, 42(4), 533-540.
- Khan, F., Turner-Stokes, L., Ng, L., & Kilpatrick, T. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD006036.
- Kohn, R., Goldsmith, E., Sedgwick, T. W., & Markowitz, S. (2004). In-Home Mental Health Services for the Elderly. *Clinical Gerontologist*, 27(1-2), 1-2. doi: 10.1300/J018v27n01_07
- Kromer, T. O., Tautenhahn, U. G., de Bie, R. A., Staal, J. B., & Bastiaenen, C. H. G. (2009). Effects of physiotherapy in patients with shoulder impingement syndrome: A systematic review of the literature. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(11), 870-880.
- Kurlowicz, L., & Harvath, T. (2008). Depression. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Guideline Summary NGC-6344 (pp. 8). New York.
- Lamb, S., Gates, S., Fisher, J., Cooke, M., Carter, Y., & McCabe, C. (2007). Scoping Exercise on Fallers' Clinics (pp. 214).
- LaVela, S. L. (2006). Older adults with spinal cord impairments: Use of long-term care-facilities. *SCI Nursing*, 23(2), 8p.
- Lee, J., Soeken, K., & Picot, S. J. (2007). A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 29(3), 344-356.
- Lee, M. (2007). Improving services and support for older people with mental health problems (pp. 124). London: UK Inquiry into Mental Health and Well-Being in Later Life.
- Lewis, R., Neal, R. D., Williams, N. H., France, B., Wilkinson, C., Hendry, M., et al. (2009). Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 706-723.
- Lewis, R. A., Neal, R. D., Williams, N. H., France, B., Hendry, M., Russell, D., et al. (2009). Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: Systematic review. *The British Journal of General Practice*, 59(564), e234-247.
- Li, S., Kay, S., & Hardicker, N. (2007). Virtual reality: Towards a novel treatment environment for ankylosing spondylitis. Medical and Care Compunetics 4. In L. B. a. B. Blobel (Ed.), *Studies in Health Technology and Informatics* (Vol. 127, pp. 190-196). Washington: IOS Press.
- Li, W. C., Chen, Y. C., Yang, R. S., & Tsauo, J. Y. (2009). Effects of exercise programmes on quality of life in osteoporotic and osteopenic postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 23(10), 888-896.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Lidder, P. G., Lewis, S., Duxbury, M., & Thomas, S. (2009). Systematic review of postdischarge oral nutritional supplementation in patients undergoing GI surgery. *Nutrition in Clinical Practice, 24*(3), 388-394.
- Liu, Q., Abba, K., Alejandria, M. M., Balanag, V. M., Berba, R. P., & Lansang, M. A. D. (2008). Reminder systems and late patient tracers in the diagnosis and management of tuberculosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4), CD006594.
- Lock, C. A., Lecouturier, J., Mason, J. M., & Dickinson, H. O. (2006). Lifestyle interventions to prevent osteoporotic fractures: A systematic review. *Osteoporosis International, 17*(1), 20-28.
- Lotfi-Jam, K., Carey, M., Jefford, M., Schofield, P., Charleson, C., & Aranda, S. (2008). Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology, 26*(34), 5618-5629. doi: 10.1200/JCO.2007.15.9053
- Lundmark, H., & Persson, A. L. (2006). Physiotherapy and management in early whiplash-associated disorders (WAD) - A review. *Advances in Physiotherapy, 8*(3), 98-105.
- Manoguerra AS, E. A., Woolf AD, Chyka PA, Caravati EM, Scharman EJ, Booze LL, et al. (2006). Valproic acid poisoning: An evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. Guideline Summary NGC-5893 (pp. 7). Washington: American Association of Poison Control Centers.
- Marwick, T. H., Taylor, R. S., Lip, G. Y. H., & Jolly, K. (2004). Meta-analysis finds exercise training is safe in people with heart failure and left ventricular dysfunction. *Evidence-based Cardiovascular Medicine, 8*(4), 327-330.
- Mataix-Cols, D., & Marks, I. M. (2006). Self-help for obsessive-compulsive disorder: How much therapist contact is necessary? *Clinical Neuropsychiatry, 3*(6), 404-409.
- McNeely, M. L., Armijo Olivo, S., & Magee, D. J. (2006). A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Physical Therapy, 86*(5), 710-725.
- Miller, S. M. (2006). Evaluation of a Culturally Targeted, Personalized Mail-Home Brochure Directed to Partners of at-Risk Men to Facilitate Prostate Cancer Risk Assessment (pp. 8). Philadelphia: Institute for Cancer Research.
- Moore, M., & Little, P. (2007). Humidified air inhalation for treating croup: A systematic review and meta-analysis. *Family Practice, 24*(4), 295-301.
- Morelanda, J., Richardson, J., Chan, D. H., O'Neill, J., Bellissimo, A., Grum, R. M., et al. (2003). Evidence-Based Guidelines for the Secondary Prevention of Falls in Older Adults. *Gerontology and Geriatrics Education, 49*, 93-116.
- Mowatt, G., Vale, L., & MacLeod, A. (2004). Systematic review of the effectiveness of home versus hospital or satellite unit hemodialysis for people with end-stage renal failure. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 20*(3), 258-268.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Mujais, S., & Story, K. (2007). Improving cyclers prescriptions in peritoneal dialysis through informatic profiling. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14(3), 263-268.
- National Collaborating Centre for Acute Care. (2005). The diagnosis and treatment of lung cancer (pp. 351): National Institute for Clinical Excellence.
- National Collaborating Centre for Acute Care. (2006). Nutrition support in adults. Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (pp. 176). London: National Collaborating Centre for Acute Care.
- National Collaborating Centre for Cancer. (2008). Metastatic spinal cord compression: Diagnosis and management of patients at risk of, or with metastatic spinal cord compression (pp. 150): National Collaborating Centre for Cancer.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Antisocial personality disorder. Treatment, management and prevention. Guideline Summary NGC-7209 (pp. 20). London: National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Depression in adults (update). Depression: The treatment and management of depression in adults (pp. 585): National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). Antisocial personality disorder: The NICE guideline on treatment, management and prevention (pp. 362): National Collaborating Centre for Mental Health.
- National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. (2004). Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people (pp. 284). London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2002). Improving outcomes in breast cancer - Manual update (pp. 113). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2002). Improving outcomes in urological cancers The Manual (pp. 148). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2004). Improving supportive and palliative care for adults with cancer The Manual (pp. 209). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). Improving outcomes for people with skin tumours including melanoma: The Manual (pp. 177): National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care: British Psychological Society and Gaskell.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). Nutrition support for adults oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (pp. 176): National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in women (pp. 249): National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2008). Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care (pp. 50): National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2008). Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care. Guideline Summary NGC-6825 (pp. 13). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). Advanced breast cancer: Diagnosis and treatment (pp. 122): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Ng, H. J., & Lee, L. H. (2006). Recombinant activated clotting factor VII (rFVIIa) in the treatment of surgical and spontaneous bleeding episodes in hemophilic patients. *Vascular Health and Risk Management*, 2(4), 433-440.
- NHS Quality Improvement Scotland. (2006). Best Practice Statement: Management of Chronic Pain in Adults. Edinburgh NHS Quality Improvement Scotland.
- NHS Quality Improvement Scotland. (2006). Clinical Standards: Blood Transfusion (pp. 42): NHS Scotland.
- Nichols, J., Taylor, D., Varnholt, H., & Williams, L. (2006). pH testing. Laboratory medicine practice guidelines: Evidence-based practice for point-of-care testing. Guideline Summary NGC-5646 (pp. 7). Washington: National Academy of Clinical Biochemistry.
- Nursing, T. R. C. o. (2005). The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline (pp. 245). London: The Royal College of Nursing.
- Oldham, L., & Kristjanson, L. J. (2004). Pain management education for family carers of people living with advanced cancer in the community. *ACCNS Journal for Community Nurses*, 9(2), 13-15.
- Ostelo, R. W., Costa, L. O., Maher, C. G., de Vet, H. C., & van Tulder, M. W. (2009). Rehabilitation after lumbar disc surgery: An update Cochrane review. *Spine*, 34(17), 1839-1848.
- Ostelo, R. W., Costa, L. O. P., Maher, C. G., de Vet, H. C., & van Tulder, M. W. (2008). Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003007.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Ott, M. J., Norris, R. L., & Bauer-Wu, S. M. (2006). Mindfulness meditation for oncology patients: A discussion and critical review. *Integrative Cancer Therapies, 5*(2), 98-108.
- Patel, D., Blackhall, K., Ker, K., & Shah, A. (2007). Educational interventions for the prevention of eye injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*, CD006527. doi:10.1002/14651858.CD006527.pub3.
- Piven, M. (2005). Detection of depression in the cognitively intact older adult. Guideline Summary NGC-4519. Iowa City: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Powell, J., Chiu, T., & Eysenbach, G. (2008). A systematic review of networked technologies supporting carers of people with dementia. *Journal of Telemedicine and Telecare, 14*(3), 154-156.
- Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems (pp. 212). London: The National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007). Assessment and management of stage I to IV pressure ulcers. Guideline Summary NGC-5793 (pp. 16). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2008). (1) Assessment and device selection for vascular access. (2) Assessment and device selection for vascular access 2008 supplement. Guideline Summary NGC-6573 (pp. 9). Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Risberg, M. A., Lewek, M., & Snyder-Mackler, L. (2004). A systematic review of evidence for anterior cruciate ligament rehabilitation: How much and what type? *Physical Therapy in Sport, 5*(3), 125-145.
- Robertson, J., & Emerson, E. (2006). A Systematic Review of the Comparative Benefits and Costs of Models of Providing Residential and Vocational Supports to Adults with Autistic Spectrum Disorder. In National Autistic Society (Ed.). Lancaster: Institute for Health Research, Lancaster University.
- Roddy, E., Zhang, W., & Doherty, M. (2005). Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. *Annals of the Rheumatic Diseases, 64*(4), 544-548.
- Royal College of Physicians. (2008). Osteoarthritis: National clinical guideline for care and management in adults (pp. 319). London: Royal College of Physicians.
- Rudd, T., Lindefors, N., & Lindhardt, A. (2006). Current issues in Scandinavian acute psychiatric wards. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 15*(2), 99-103.
- Scharman EJ, E. A., Cobaugh DJ, Olson KR, Woolf AD, Caravati EM, Chyka PA, et al. (2007). Methylphenidate poisoning: An evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. Guideline Summary NGC-5892 (pp. 8).
- Schmidt, C. T., Harris, B. A., & Aimee, K. (2008). The effectiveness of physical therapy intervention in the management of patients following rotator cuff

Programme *Actions concertées*

Annexes

- repair: a systematic review. 2008 Combined Sections Meeting. Nashville, Tennessee, February 6-9, 2008. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 38(1), A59-A59.
- Schofield, J., Grindlay, D., & Williams, H. (2009). Skin conditions in the UK: A health care needs assessment: University of Nottingham, Centre of Evidence Based Dermatology.
- Schulz, R., Martire, L. M., & Klinger, J. N. (2005). Evidence-based caregiver interventions in geriatric psychiatry. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 1007-1038, x. doi: 10.1016/j.psc.2005.09.003
- Scott, J. T., Harmsen, M., Pictor, M. J., Entwistle, V. A., Sowden, A. J., & Watt, I. (2003). Recordings or summaries of consultations for people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001539. doi: 10.1002/14651858.CD001539
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2004). Management of urinary incontinence in primary care. A national clinical guideline (pp. 46). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2005). Management of breast cancer in women. A national clinical guideline (pp. 52). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2005). Management of patients with lung cancer. A national clinical guideline (pp. 66). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2006). Management of oesophageal and gastric cancer. A national clinical guideline (pp. 74). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline (pp. 64). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2009). Early management of patients with a head injury. A national clinical guideline (pp. 84). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Shamliyan, T. A., Kane, R. L., Wyman, J., & Wilt, T. J. (2008). Systematic review: Randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Annals of Internal Medicine*, 148(6), 459-473. doi: 0000605-200803180-00211 [pii]
- Sherrington, C., Lord, S., & Finch, C. (2004). Physical activity interventions to prevent falls among older people: Update of the evidence. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 43-51.
- Sickle Cell Society. (2008). Standards for the Clinical Care of Adults with Sick Cell Disease in the UK (pp. 112). London: Sick Cell Society.
- Singh, D. (2005). Transforming chronic care: A systematic review of the evidence. *Evidence-based Cardiovascular Medicine*, 9(2), 91-94.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Smalling, T. (2005). The Goldilocks dilemma: Home- versus facility-based sleep testing in diagnosing sleep apnea. *AARC Times*, 29(5), 30.
- Smith, A., Wisloff, F., & Samson, D. (2006). Guidelines on the diagnosis and management of multiple myeloma 2005. *British Journal of Haematology*, 132(4), 410-451. doi: 10.1111/j.1365-2141.2005.05867.x
- Steinman, L. E., Frederick, J. T., Prohaska, T., Satariano, W. A., Dornberg-Lee, S., Fisher, R., et al. (2007). Recommendations for treating depression in community-based older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(3), 175-181.
- Stip, E., & Rialle, V. (2005). Environmental Cognitive Remediation in Schizophrenia: Ethical Implications of "Smart Home" Technology. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 50(5), 281-291.
- Stolz, P., Uden, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111-119.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2006). Detoxification and substance abuse treatment: Settings, levels of care, and patient placement. Guideline Summary NGC-4930 (pp. 10). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2004). MULTIPLE SCLEROSIS: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care (pp. 213): The National Collaborating Centre for Chronic Conditions.
- The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2008). Chronic kidney disease: National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians.
- Thomas, R. E., Russell, M. L., & Lorenzetti, D. L. (2009). Systematic review of interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older. *Vaccine*.
- Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC geriatrics*, 7, 18.
- Thompson, P., Lang, L., & Annells, M. (2008). A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1419-1427.
- Turner, B. J., Fleming, J. M., Ownsworth, T. L., & Cornwell, P. L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 30(16), 1153-1176.
- Vale, L., Cody, J., Wallace, S., Daly, C., Campbell, M., Grant, A. (2004). Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) versus hospital or home haemodialysis for end-stage renal disease in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003963.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- van der Meulen, N., Jansen, J., van Dulmen, S., Bensing, J., & van Weert, J. (2008). Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: A systematic review of the literature. *Psychooncology*, 17(9), 857-868. doi: 10.1002/pon.1290
- Visser-Meily, A., Van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 56(3), 257-267.
- Warriner, A. H., Outman, R. C., Saag, K. G., Berry, S. D., Colon-Emeric, C., Flood, K. L., et al. (2009). Management of osteoporosis among home health and long-term care patients with a prior fracture. *Southern Medical Journal*, 102(4), 397-404.
- Wiles, C. M. (2008). Physiotherapy and related activities in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14(7), 863-871.
- Williams, H. A., & Jones, C. O. H. (2004). A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: What contributions have social scientists made? *Social Science and Medicine*, 59(3), 501-523.
- Winkler, M. F. (2005). Quality of life in adult home parenteral nutrition patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 29(3), 162-170.
- Work Loss Data Institute. (2008). Knee & leg (acute & chronic). Guideline Summary NGC-6561 (pp. 9). Corpus Christi: Work Loss Data Institute.
- Work Loss Data Institute. (2008). Low back - lumbar & thoracic (acute & chronic). Guideline Summary NGC-6562 (pp. 11). Corpus Christi: Work Loss Data Institute.
- Work Loss Data Institute. (2008). Neck and upper back (acute & chronic). Guideline Summary NGC-6563 (pp. 11). Corpus Christi: Work Loss Data Institute.
- Work Loss Data Institute. (2008). Pain (chronic). Guideline Summary NGC-6564 (pp. 11). Corpus Christi: Work Loss Data Institute.
- Work Loss Data Institute. (2008). Shoulder (acute & chronic). Guideline Summary NGC-6566 (pp. 9). Corpus Christi: Work Loss Data Institute.
- Wound, O., and Continence Nurses Society (WOCN). (2005). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Guideline Summary NGC-4431 (pp. 8). Glenview: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN).
- Wright, C., Catty, J., Watt, H., & Burns, T. (2004). A systematic review of home treatment services. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 789-796.
- Wright, R. W., Preston, E., Fleming, B. C., Amendola, A., Andrish, J. T., Bergfeld, J. A. (2008). A systematic review of anterior cruciate ligament reconstruction rehabilitation: Part I: Continuous passive motion, early weight bearing, postoperative bracing, and home-based rehabilitation. *The Journal of Knee Surgery*, 21(3), 217-224.

ANNEXE K

Tableaux des résultats

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 7. Description des études retenues provenant des revues systématiques.

Études	Nb d'études incluses dans la revue (R) Nb d'études retenues et discutées (ER) ^a	Population à l'étude	Objectif/ Question de recherche	Interventions (Études retenues et discutées) ^a
Ali & Rasmussen (2004)	<p>R : 37 (Nb total de participants non précisé)</p> <p>ER : 2 (2 revues systématiques: Parker et al. (2002): 71 études dont 54 ERC; Parkes & Shepperd (2003): 8 ERC avec 4,837 patients)</p> <p><i>(10 études supplémentaires répondent aux critères, mais n'ont pas été utilisées pour rédiger l'énoncé de la preuve)^b.</i></p>	<p><i>Participants ciblés :</i> Personnes âgées présentant des comorbidités complexes ou étant à risque de déclin fonctionnel suite à une condition réversible.</p> <p><i>Âge de sélection :</i> 65 ans et plus</p> <p><i>Âge moyen :</i> Non précisé</p> <p><i>Pays :</i> Grande-Bretagne (2)</p>	Déterminer l'efficacité des services impliqués dans l'interface entre l'hôpital et la communauté.	<p>Planification des congés de l'hôpital : Parker et al. (2002) décrivent 4 catégories de planification des congés soit a) les planifications des congés par un inf. à l'hôpital, b) des mécanismes de support et de prise en charge du congé, c) les évaluations gériatriques globales (EGG) et d) l'enseignement aux patients. Seules les interventions des catégories a) et b) sont décrites dans la revue.</p> <p>Parkes et al. (2003) ont évalué les interventions de planification de congé incluant différentes stratégies avant l'hospitalisation, pendant et après l'hospitalisation (évaluation pré-admission, détection, évaluation intra-hospitalière, préparation du plan de congé reposant sur les besoins individuels, implantation du plan de congé et suivi).</p>

Programme *Actions concertées*

Annexes

<p>Preyde et al. (2009)</p>	<p>R : 25 (Nb total de participants non précisé)</p> <p>ER : 12 (Nb de participants non précisé)</p>	<p><i>Participants ciblés :</i> Personnes âgées</p> <p><i>Âge de sélection :</i> 65 ans et plus (ou dont l'âge moyen est de 65 ans et plus)</p> <p><i>Âge moyen :</i> Non précisé</p> <p><i>Pays :</i> Non précisé</p>	<p>Présenter une revue systématique des études évaluant la planification des congés.</p>	<p>Planification des congés : Visite(s) à domicile (VAD) par un inf. (2 études) ou par un inf. et un pharmacien (1 étude). Suivi à domicile par une équipe multidisciplinaire (2 études) ou interdisciplinaire (1 étude). Suivi téléphonique à domicile (1 étude). Hospitalisation à domicile (1 étude). Suivi à domicile non précisé (4 études).</p> <p>Autres caractéristiques des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EGG (1 étude) et évaluation gériatrique (1 étude). • Coordinateur des soins post-aigus avec une expertise en gériatrie et plus de disponibilités (1 étude). • Utilisation d'un instrument de dépistage utilisé dans les services de soins intensifs pour les personnes âgées gravement malades (1 étude). • Les clients sont encouragés à contacter les cliniques externes (1 études). <p>Intensité du suivi : VAD à domicile 72h suivant le congé (1 étude). Non précisée (11 études).</p>
<p>Barras (2005)</p>	<p>R : 12 (Nb total de participants non précisé)</p> <p>ER : 4 (906 participants)</p>	<p><i>Participants ciblés :</i> Personnes âgées se présentant en milieu hospitalier de soins aigus ou de réadaptation</p> <p><i>Âge de sélection :</i> Non précisé</p> <p><i>Âge moyen :</i> Entre 77 et 83.5 ans. Non précisé dans 1 étude</p> <p><i>Pays :</i> Australie (2), Danemark (1), France (1)</p>	<p>Évaluer les études portant sur la planification de congé incluant une évaluation à domicile en ergothérapie.</p>	<p>Ergothérapie à domicile : Évaluation des risques du domicile (2 études). Évaluation à domicile et élaboration de recommandations (1 étude). VAD et entrevues par une équipe gériatrique (1 étude).</p> <p>Autres caractéristiques des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi téléphonique (2 études, dont 1 incluant l'envoi d'un questionnaire par la poste). <p>Intensité du suivi : Cinq VAD en 6 semaines (1 étude). Suivi téléphonique à 6 et 12 mois (1 étude). Non précisée (2 études).</p>

Programme *Actions concertées*
Annexes

Hastings & Heflin (2005)	<p>R : 27 (Nb total de participants non précisé)</p> <p>ER : 4 (3 études supplé-mentaires répondent aux critères, mais elles n'ont pas été utilisées pour rédiger l'énoncé de la preuve)^b.</p>	<p><i>Participants ciblés :</i> Personnes âgées vivant au sein de la communauté et ayant reçu un congé des services d'urgence.</p> <p><i>Âge de sélection :</i> 65, 70 et 75 ans et plus</p> <p><i>Âge moyen :</i> Non précisé</p> <p><i>Pays :</i> Canada (2), Australie (1), Écosse (1)</p>	<p>Évaluer les interventions visant à améliorer les résultats des personnes âgées recevant leur congé des services d'urgence.</p>	<p>Évaluation gériatrique : Évaluation gériatrique standard (EGS) par un inf. (1 étude) ou par un inf. à domicile (1 étude). EGG par un inf. à domicile (1 étude).</p> <p>Gestion de cas : Gestion de cas par un inf. (1 étude).</p> <p>Autres caractéristiques des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Références (2 études, dont 1 aux services communautaires). • EGG révisée par une équipe multidisciplinaire (1 étude). • Avis de routine aux intervenants de première ligne. <p>Intensité du suivi : 1 suivi téléphonique mensuel et 1 VAD aux 6 semaines (1 étude). VAD et suivi jusqu'à 4 semaines (1 étude). Suivi limité (1 étude). Non précisée (1 étude).</p>
McCusker & Verdon (2006)	<p>R : 26 (Nb total de participants : 11 273)</p> <p>ER : 8 (2539 participants)</p>	<p><i>Participants ciblés :</i> Personnes âgées fragiles ayant des comorbidités qui affectent leur statut fonctionnel et l'utilisation des services de santé.</p> <p><i>Âge de sélection :</i> 60 ans et plus</p> <p><i>Âge moyen :</i> Non précisé</p> <p><i>Pays :</i> États-Unis (5), Canada (2), Italie (1)</p>	<p>Déterminer si les interventions incluant une EGG effectuées à l'hôpital ou dans la communauté affectent l'utilisation des services d'urgence.</p>	<p>Gestion de cas : Gestion de cas par un travailleur social (1 étude) ou en collaboration avec une équipe gériatrique (1 étude). Gestion de cas communautaire (1 étude).</p> <p>Évaluation unidisciplinaire : Évaluation par un inf. et liaison (1 étude). Recherche de cas par un infirmier/ère et service de liaison (1 étude).</p> <p>Évaluation multidisciplinaire : Étude des cas et liaison (2 études).</p> <p>Évaluation et gestion gériatriques multidisciplinaires: Soins multidisciplinaires à domicile (1 étude).</p> <p>Intensité du suivi : Non précisée (8 études).</p>

Programme *Actions concertées*

Annexes

Eklund & Wilhelmson (2009)	R : 9 (Nb total de participants : 6 697) ER : 9 (6 697 participants)	<i>Participants ciblés :</i> Personnes âgées fragiles vivant au sein de la communauté <i>Âge de sélection :</i> 65 ans et plus <i>Âge moyen :</i> Entre 81 et 82 ans <i>Pays :</i> Canada (5), États-Unis (3), Italie (1)	Évaluer les études randomisées avec groupe témoin portant sur des interventions intégrées ou coordonnées auprès des personnes âgées fragiles vivant au sein de la communauté quant aux effets mesurés sur les participants, les aidants et le recours aux services.	Gestion de cas : Évaluation initiale par un gestionnaire de cas (GC) (6 études) ou par une équipe (1 étude), EGG par un GC (1 étude) et développement d'un plan de gestion de la santé par un GC en collaboration avec le client (1 étude). <ul style="list-style-type: none">• Évaluation initiale en personne (4 études) ou par téléphone (1 étude). Modalité non précisée (4 études).• Disponibilité du GC constante (3 études) ou les jours de semaine (1 étude). Disponibilité non précisée (5 études). Autres caractéristiques des interventions : <ul style="list-style-type: none">• Collaboration du GC avec une équipe (5 études).• Élaboration du plan de soins par le GC en collaboration avec une équipe (3 études) ou avec les clients (2 études).• Coordination et /ou références aux soins à domicile (SAD) et/ou aux services communautaires (4 études).• Évaluation faite par les membres de l'équipe dans leur discipline respective (1 étude).• Éducation sur la santé et stratégie d'empowerment (1 étude).• EGG révisée par un gériatre et le GC afin d'élaborer des objectifs à atteindre (1 étude). Intensité du suivi : Suivi mensuel (3 études, dont 1 principalement par téléphone, 1 par téléphone avec une VAD aux 6 semaines et 1 par téléphone avec un suivi au cours de la 1 ^{ère} semaine). Évaluation aux 2 mois (1 étude). Non précisée (4 études). Duré de l'intervention: Entre 3 mois et 22 mois (669 jours).
----------------------------	---	---	---	---

Programme *Actions concertées*

Annexes

<p>Liebel et al. (2009)</p>	<p>R : 10 (Nb total de participants : 6 791)</p> <p>ER : 10 (6 791 participants)</p>	<p><i>Participants ciblés :</i> Les personnes âgées ayant une incapacité.</p> <p><i>Âge de sélection :</i> 65 ans et plus</p> <p><i>Âge moyen :</i> Non précisé</p> <p><i>Pays :</i> États-Unis (5), Canada (2), Italie (1), Suisse (1), Pays-Bas (1)</p>	<p>1. Présenter une revue des études évaluant des interventions avec VAD effectuées par des infirmiers/ères chez des personnes âgées ayant une incapacité.</p> <p>2. Identifier les composantes des interventions qui contribuent directement aux effets sur les incapacités et définir quelle population, parmi les personnes âgées fragiles, aurait le plus grand potentiel de bénéfices liées aux VAD effectuées par des infirmiers/ères.</p>	<p>VAD par des infirmiers/ères avec composantes de soins communautaires globaux et de gestion de cas.</p> <p>Autres caractéristiques des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe (8 études : 3 en équipe interdisciplinaire, 2 en collaboration avec un travailleur social et un intervenant de 1ère ligne, 1 en collaboration avec un gériatre. 2 non précisé). • Élaboration d'un plan de soins (6 études : 2 avec une approche d'objectifs à atteindre, 1 en collaboration avec un gériatre, 1 en collaboration avec une équipe interdisciplinaire, 2 non précisé). • Références aux services et/ou ressources communautaires (4 études). Accès aux ressources communautaires (1 étude). • Évaluation gériatrique (3 études, dont 1 en collaboration avec un intervenant de 1ère ligne). • Consultation pour un support informel et placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (1 étude). • Formation à l'autosoins des maladies chroniques en session de groupe au bureau de l'intervenant de première ligne (1 étude). <p>Intensité du suivi : En moyenne: 3 VAD par un inf., 0.85 par un intervenant de 1ère ligne et 0.5 par un travailleur social au mois (1 étude), moyenne de 8.5 VAD aux 3 mois (1 étude), VAD aux 6 semaines avec un suivi téléphonique au mois (1 étude), VAD aux 6 mois et au besoin et un suivi téléphonique (1 étude), 4 VAD sur une période de 3 ans (1 étude). Suivi aux 6 semaines à domicile, au travail ou lors d'une visite à l'hôpital (1 étude). Non précisée (4 études, dont 1 avec suivi téléphonique).</p>
-----------------------------	--	---	--	---

Abréviations: E=Nombre d'études incluses dans la revue; ER=Nombre d'études retenues et ayant servi à rédiger les énoncés de la preuve; ERC=Essais randomisés contrôlés; Nb=Nombre; GC=Gestionnaire de cas; EGG=Évaluation gériatrique globale; EGS=Évaluation gériatrique standard; Inf.=Infirmier/ère; SAD=Soins à domicile; VAD=Visite(s) à domicile.

^a Études retenues et discutées: ces études ont fait l'objet d'une discussion ou d'une conclusion de la part des auteurs de la revue et elles ont servi à rédiger les énoncés de la preuve. ^b Des études supplémentaires répondent aux critères d'inclusion mais elles n'ont pas été utilisées pour rédiger les énoncés de la preuve puisqu'elles n'ont pas été discutées par les auteurs des revues.

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 8. Résumé des résultats des études retenues et des conclusions de la revue et des études retenues

Étude	Hiérarchie de la preuve	Résultats des études retenues et discutées ^a	Conclusions	
			Revue	Études retenues et discutées ^a
Ali & Rasmussen (2004)	R : 3+ ER : 1+	<p><u>À partir des résultats de 2 revues systématiques:</u></p> <p><u>Santé des patients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de diminution observée du taux de mortalité. <p><u>Utilisation des services de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des réadmissions à l'hôpital. • Pas d'effet observé sur la durée du séjour ni sur l'endroit où le patient résidera à la sortie de l'hôpital. 	<p>Les données disponibles comprennent des résultats positifs, négatifs ou incertains, et s'expliquent par la complexité et la variabilité des interventions évaluées ainsi que par certains problèmes méthodologiques des recherches réalisées.</p> <p>Comme consensus général, les auteurs rapportent que leurs analyses des descriptions, des directives et des protocoles de services de soins supportent un modèle de continuité des soins qui requiert des collaborations interdisciplinaire et multidisciplinaire.</p>	<p>À partir des résultats de deux revues systématiques évaluant les interventions de planification du congé de l'hôpital, les auteurs concluent à un effet bénéfique sur les réadmissions à l'hôpital, mais aucun effet sur la mortalité, la durée du séjour à l'hôpital et l'endroit où le patient réside à la suite de son congé. Lorsque les caractéristiques associées à l'effet de la planification du congé sur les réadmissions ont été examinées, les effets les plus marqués sont observés pour les interventions se déroulant sur l'ensemble du continuum de soins et l'effet est légèrement plus important lorsque l'intervention est réalisée par une personne comparativement à une équipe.</p>

Programme *Actions concertées*

Annexes

Preyde et al. (2009)	R : 2+ ER : 1+	<p><u>Utilisation des services de santé</u> <i>Réadmission à l'hôpital :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction statistiquement significative du taux de réadmission à l'hôpital dans 5 études sur 8 (Caplan et al., 2004; Naylor et al., 1999; Naylor et al., 2004; Rich et al., 1995; Stewart et al., 1998) (pas de réduction significative observée dans les autres 3 études (Kwok et al., 2004; Lim et al., 2003; Nikolaus et al., 1999). <p><u>Coûts</u> <i>Coût de réadmission à l'hôpital :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des coûts de réadmission à l'hôpital dans 2 études (Lim, et al., 2003; Rich, et al., 1995). <p><i>Coût pour la communauté :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de différence de coûts observée pour la communauté dans 2 études (Lim, et al., 2003; Stewart, et al., 1998). 	<p>Les résultats des études incluses sont hétérogènes et ne semblent pas expliqués par le type de planification effectué, le profil de santé des patients ni la qualité des études.</p> <p>Une augmentation de la planification des congés semble avoir un effet robuste sur la satisfaction des patients et un effet modéré sur la qualité de vie et les ressources hospitalières.</p> <p>La durée du suivi semble importante puisque peu de différences significatives ressortent après 6 mois.</p> <p>Les auteurs soulignent le manque d'essais cliniques portant sur la planification de congé coordonnée par des professionnels des services sociaux.</p>	<p><i>Les auteurs de cette revue n'ont pas émis de conclusions sur les résultats des études retenues et discutées.</i></p>
Barras (2005)	R : 3- ER : 1-	<p><u>Santé des patients</u> <i>Qualité de vie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats (mesurés dans 1 étude) non rapportés dans la revue (Liddle et al., 1996). 	<p>Les données sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité des évaluations à domicile faites en ergothérapie dans le contexte de la planification de congé.</p>	<p>Des études avec groupe témoin suggèrent que la planification de congé avec évaluation à domicile en ergothérapie pourrait influencer la qualité de vie et l'autonomie des patients de même que le nombre de</p>

Programme *Actions concertées*
Annexes

Barras (2005) (suite)	<p><i>Statut fonctionnel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du statut fonctionnel dans 1 étude (Avlund et al., 2002). • Résultats de 2 autres études ayant mesuré cette variable non rapportés dans la revue (Liddle, et al., 1996; Pardessus et al., 2002). <p><i>Risque de chutes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction du nombre de chutes dans 1 étude (Cumming et al., 1999). • Pas de différence observée entre les groupes intervention et témoin dans 1 étude (Pardessus, et al., 2002). <p><u>Utilisation des services de santé</u> <i>Institutionnalisation/ Changement de résidence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats des 2 études ayant mesuré cette variable non rapportés dans la revue (Liddle, et al., 1996; Pardessus, et al., 2002). <p><i>Admission/réadmission à l'hôpital :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'effet observé sur les taux d'admission ou de réadmission à l'hôpital dans 2 études (Avlund, et al., 2002; Pardessus, et al., 2002). 	chutes. Toutefois, les données sont limitées et les effets à long terme demeurent méconnus.	
Hastings & Heflin (2005)	<p>R : 3+ ER : 2+</p> <p><u>Santé des patients</u> <i>Statut fonctionnel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du statut fonctionnel des participants dans 3/4 études (Caplan, et al., 2004; McCusker et al., 2001; Runciman et al., 1996) (pas d'effet observé dans la 4^e étude). 	Une variété d'interventions a été développée pour les personnes âgées recevant leur congé des services d'urgence. Les auteurs rapportent que les études observationnelles ont démontré la faisabilité de ces	Les résultats des essais contrôlés randomisés (et quasi-randomisés) ont démontré que le déclin fonctionnel chez les personnes âgées à risque élevé d'effets indésirables recevant leur congé des services de l'urgence peut être réduit par

Programme *Actions concertées*
Annexes

<p>Hastings & Heflin (2005) (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants des 4 études étaient considérés à risque élevé d'effets indésirables (i.e. personnes âgées de 75 ans et plus ou fragiles ou dépendantes). <p><u>Utilisation des services de santé</u> <i>Admission à l'hôpital et aux services d'urgence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des admissions à l'hôpital (à 30 jours) et aux services d'urgence (à 18 mois) dans 1 étude (Caplan, et al., 2004). • Augmentation des réadmissions aux services d'urgence dans 2 études (Gagnon et al., 1999; McCusker, et al., 2001). 	<p>interventions ainsi que l'importance des besoins non comblés en termes de soins à domicile chez cette population.</p> <p>Des études supplémentaires sont nécessaires pour appuyer l'efficacité des interventions et améliorer les soins des personnes âgées recevant leur congé des services d'urgence.</p>	<p>différents modèles d'intervention qui comprennent une évaluation gériatrique effectuée par un infirmier/ère et des services à domicile.</p> <p>L'impact de ces interventions sur l'utilisation des services de santé demeure incertain.</p>
<p>McCusker & Verdon (2006)</p> <p>R : 2- ER : 2-</p>	<p><u>Utilisation des services de santé</u> <i>Visites aux services d'urgence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'effet sur le nombre moyen de visites aux services d'urgence dans 4 études menées à l'hôpital (incluant les services d'urgence) (Keeler et al., 1999; McCusker et al., 2003; Miller et al., 1996; Silverman et al., 1995). • Diminution du nombre moyen de visites aux services d'urgence dans 2 des 3 études menées en communauté (Tinetti et al., 2002; Tourigny et al., 2004) (pas d'effet observé dans la 3^e étude (Eggert et al., 1991). 	<p>Les interventions déployées en communauté ou à domicile et qui s'adressent aux personnes en ambulatoire affectent à la baisse l'utilisation des services d'urgence. Cette réduction n'est toutefois pas observée lorsque les interventions s'adressent à une clientèle hospitalisée ou en salle d'urgence.</p> <p>Les interventions réalisées en milieu hospitalier sont généralement de plus courte durée, de type liaison et elles s'adressent à une clientèle dont la probabilité de recourir aux services d'urgence est a priori plus grande (problèmes de santé plus importants, meilleure connaissance de ce service). Les interventions pratiquées en communauté, quant à elles, pallient à des besoins au niveau de la continuité des soins et peuvent constituer une alternative appropriée aux services d'urgence.</p> <p>Il se peut qu'une meilleure intégration des soins de première ligne ainsi que des interventions spécifiques à une clientèle plus à</p>	

Programme *Actions concertées*

Annexes

<p>McCusker & Verdon (2006) (suite)</p>		<p><i>Réadmissions aux services d'urgence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des réadmissions dans le groupe intervention dans étude menée à l'hôpital (McCusker, et al., 2003). • Pas d'effet observé sur le taux de réadmission dans 1 étude (Tourigny, et al., 2004). <p><i>Autres indicateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de différence observée dans les coûts associés au recours aux services d'urgence entre le groupe intervention et témoin dans 1 étude (Eggert, et al., 1991). • Diminué plus marquée du taux de fréquentation chez le groupe témoin dans une étude (Tourigny, et al., 2004). Ce résultat s'expliquerait par une fréquentation initiale supérieure chez le groupe témoin. • Les réadmissions aux services d'urgence survenaient plus tard dans le groupe intervention en comparaison au groupe témoin dans 1 étude (Bernabei et al., 1998). • Le groupe intervention était plus susceptible de ne pas recourir aux services d'urgence en comparaison au groupe témoin dans 1 étude (Tourigny, et al., 2004). 	<p>risque contribuent à diminuer le recours aux services d'urgence. Bien que les interventions offertes dans la communauté ou à domicile et de plus longue durée semblent réduire la fréquentation des services d'urgence, ce résultats doit être considéré avec précaution car le nombre d'études à son appui demeure peu élevé.</p>	
<p>Eklund & Wilhelmson (2009)</p>	<p>R : 1+ ER : 1+</p>	<p><u>De façon générale, sur 9 études:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 ont montré au moins un bénéfice associé à l'intervention en comparaison au groupe témoin 	<p>L'ensemble des résultats est hétérogène et certains d'entre eux n'établissent pas de différence significative entre les</p>	<p>Certains résultats indiquent que 1) les interventions intégrées et coordonnées comportent des bénéfices</p>

Programme *Actions concertées*
Annexes

Eklund & Wilhelmson (2009) (suite)

(Béland, et al., 2006; Bernabei, et al., 1998; Leveille et al., 1998; Markle-Reid et al., 2006; Montgomery et al., 2003; Rockwood et al., 2000; Shannon et al., 2006)

- 1 n'a pas montré de bénéfice associé à l'intervention en comparaison au groupe témoin (Newcomer et al., 2004).
- 1 a montré un bénéfice pour le groupe témoin en comparaison au groupe intervention (Gagnon et al., 1999).

Santé des patients

- Bénéfice pour le patient dans 5 études sur 9 (Bernabei, et al., 1998; Gagnon, et al., 1999; Leveille, et al., 1998; Markle-Reid, et al., 2006; Montgomery & Fallis, 2003; Rockwood, et al., 2000).

Utilisation des médicaments :

- Meilleure utilisation des médicaments dans 3 études (Bernabei, et al., 1998; Leveille, et al., 1998; Markle-Reid, et al., 2006).
- Pas de bénéfice observé en comparaison au groupe témoin dans 1 étude (Montgomery & Fallis, 2003).

Activités quotidiennes :

- Amélioration des activités quotidiennes dans 2 études (Bernabei, et al., 1998; Leveille, et al., 1998).
- Pas de bénéfice particulier observé quant aux activités quotidiennes

groupes intervention et témoin. Toutefois et de manière générale, le nombre de bénéfices associés aux interventions intégrées et coordonnées surpasse celui associé aux groupes témoin.

Certaines différences significatives entre les groupes interventions et témoins pourraient être masquées par le fait que 1) les aînés vulnérables constituent une population hétérogène et que 2) les mesures prises présentent parfois des faiblesses psychométriques

sur la santé des aînés les plus vulnérables et 2) qu'elles permettent de réduire l'utilisation des services de santé.

Programme *Actions concertées* Annexes

Eklund & Wilhelmson (2009)
(suite)

dans 4 études (Béland, et al., 2006; Gagnon, et al., 1999; Montgomery & Fallis, 2003; Rockwood, et al., 2000). Les instruments de mesure s'avéraient peu sensibles.

Santé des proches aidants

- Amélioration de la satisfaction des proches aidants dans 2 études (Béland, et al., 2006; Montgomery & Fallis, 2003).
- Pas d'allègement du fardeau observé en comparaison au groupe témoin dans 2 études (Béland, et al., 2006; Montgomery & Fallis, 2003).

Utilisation des services de santé

- Au moins un résultat favorable quant à l'utilisation des services de santé a été observé dans 5 cinq études sur 8 (Béland, et al., 2006; Bernabei, et al., 1998; Leveille, et al., 1998; Montgomery & Fallis, 2003; Shannon, et al., 2006).
 - Diminution des jours d'hospitalisation (soit dans 3 études: (Béland, et al., 2006; Montgomery & Fallis, 2003; Shannon, et al., 2006)).
 - Diminution du nombre d'admission dans 2 études (Bernabei, et al., 1998; Shannon, et al., 2006)

Programme *Actions concertées*
Annexes

<p>Eklund & Wilhelmson (2009) (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude a montré une augmentation du nombre d'admission (Gagnon, et al., 1999). • À noter que la diminution des jours d'hospitalisation est suivie d'une augmentation d'un recours aux services de santé et à domicile. 	
	<p><u>Coûts :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coûts moindres observés dans 1 étude (Bernabei, et al., 1998). • Coûts étaient équivalents pour les groupes témoin et intervention dans 3 études (Béland, et al., 2006; Markle-Reid, et al., 2006; Newcomer, et al., 2004). 	
<p>Liebel et al. (2009) R : 2+ ER : 2+</p> <p>Liebel et al. (2009) (suite)</p>	<p><u>Santé des patients</u></p> <p><i>Incapacité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'incapacité pour le groupe intervention dans 3 études (Bernabei, et al., 1998; Eggert, et al., 1991; Markle-Reid, et al., 2006). Dans deux de ces études, la différence était statistiquement significative entre les groupes intervention et témoin (Bernabei, et al., 1998; Markle-Reid, et al., 2006). • Aucune différence entre les groupes intervention et témoin n'a été observée dans 2 études (Eggert, et al., 1991; Gagnon, et al., 1999). 	<p>Des interventions effectuées par un infirmier/ère au domicile de personnes âgées qui présentent des incapacités ont le potentiel de diminuer l'incapacité ou de ralentir la détérioration de l'incapacité.</p> <p>Cinq des dix études incluses ont rapporté des résultats favorables sur l'incapacité (Bernabei, et al., 1998; Markle-Reid, et al., 2006; Marshall, et al., 1999; Sommers, et al., 2000; Tinetti, et al., 2002). Une autre étude a également rapporté des résultats favorables pour un sous-groupe de la population ayant un mauvais état de santé ou une plus faible autonomie fonctionnelle (Van Rossum et al., 1993).</p> <p>Les interventions qui ont eu le plus d'effet sur l'incapacité bénéficiaient de personnel infirmier d'expérience, incluaient une évaluation gériatrique globale, comprenaient de multiples composantes, agissaient sur plusieurs facteurs de risque de perte d'autonomie et comprenaient des collaborations</p>

Programme *Actions concertées* Annexes

- Une détérioration de l'incapacité moyenne a été observée dans le groupe intervention de 3 études (Marshall et al., 1999; Sommers et al., 2000; Tinetti, et al., 2002). Dans 2 de ces études, peu de différences ont été observées entre le niveau de détérioration des groupes intervention et témoin alors que dans la 3e étude, la détérioration observée dans le groupe témoin était plus marquée que celle observée dans le groupe intervention (Marshall, et al., 1999).
interdisciplinaires.
Un manque d'évaluation des processus, le peu de collaboration avec les médecins, une formation insuffisante et l'absence de stratégie adressant spécifiquement l'incapacité ont été identifiées comme étant associés à des interventions à domicile qui se sont révélées inefficaces.
-

^a Études retenues et discutées: ces études ont fait l'objet d'une discussion ou d'une conclusion de la part des auteurs de la revue et elles ont servi à rédiger les énoncés de la preuve.

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 9. Description des interventions décrites dans les revues incluses et de leurs résultats

Revues	Interventions	Résultats		Applicabilité au Québec*
		Favorisant le groupe intervention	Ne favorisant pas le groupe intervention	
Ali & Rasmussen (2004)	Planification de congés soit a) les planifications des congés réalisées par un infirmier/ère à l'hôpital, b) des mécanismes de support et de prise en charge du congé, c) les évaluations gériatrique globales (EGG) et d) l'enseignement aux patients (Parker, et al., 2002). Seules les interventions des catégories a) et b) sont décrites dans la revue.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du taux de réadmission à l'hôpital 	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalité • Durée du séjour à l'hôpital • L'endroit où le patient réside à la suite de son congé 	N/A
	Les interventions de planification de congé incluant différentes stratégies avant, pendant et après l'hospitalisation (évaluation pré-admission, détection, évaluation intra-hospitalière, préparation du plan de congé reposant sur les besoins individuels, implantation du plan de congé et suivi) (Parkes & Shepperd, 2003).			
Preyde et al. (2009)	Planification de congé multidisciplinaire dirigée par un infirmier/ère pour des personnes âgées souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive. Suivi à domicile (Rich, et al., 1995).	<ul style="list-style-type: none"> • Réadmission à l'hôpital • Coût de réadmission à l'hôpital 	N/A	A
	EGG par un infirmier/ère. Suivi à domicile par une équipe multidisciplinaire des services d'urgence. Suivi jusqu'à 4 semaines (Caplan, et al., 2004).	<ul style="list-style-type: none"> • Réadmission à l'hôpital <i>Résultats rapporté dans Hastings & Heflin, 2005:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Admission à l'hôpital et aux services d'urgence • Statut fonctionnel 	N/A	B

Programme *Actions concertées*
Annexes

Preyde et al. (2009) (suite)	Planification et suivi du congé. Une visite à domicile par un infirmier/ère et un pharmacien pour les patients ayant une condition chronique (Stewart, et al., 1998)	• Réadmission à l'hôpital	Intervention = contrôle: • Coût pour la communauté	B
	Planification globale du congé des personnes âgées. Suivi à domicile (Naylor, et al., 1999).	• Réadmission à l'hôpital	N/A	A
	Planification du congé par un infirmier/ère de pratique avancée pour des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Suivi à domicile (Naylor, et al., 2004).	• Réadmission à l'hôpital	N/A	A
	Suivi par un coordinateur des soins post-aigus ayant une expertise en gériatrie et plus de disponibilités en comparaison à la planification de congé standard. Suivi téléphonique à domicile (Lim, et al., 2003).	• Coût de réadmission à l'hôpital	Intervention = contrôle: • Coût pour la communauté • Réadmission à l'hôpital	B
	Évaluation gériatrique. Intervention à domicile par une équipe interdisciplinaire (Nikolaus, et al., 1999).	N/A	Intervention = contrôle: • Réadmission à l'hôpital	N/A
	Planification et prise en charge du congé des patients souffrant de maladie pulmonaire chronique par un infirmier/ère communautaire. VAD (Kwok, et al., 2004).	N/A	Intervention = contrôle: • Réadmission à l'hôpital	N/A
Barras, S. (2005)	VAD par une équipe gériatrique et entrevue (Avlund, et al., 2002).	• Statut fonctionnel	Intervention = contrôle: • Réadmissions	B
	Évaluation à domicile par ergothérapeute et registre des risques (Cumming, et al., 1999).	• Nombre de chutes	N/A	A
	Évaluation à domicile des risques environnementaux par un ergothérapeute. Suivi téléphonique à 6 et 12 mois. (Pardessus, et al., 2002)	N/A	Intervention = contrôle: • Nombre de chutes • Admissions	N/A

Programme *Actions concertées*
Annexes

Hastings, & Heflin (2005)	Intervention effectuée aux services d'urgence. Évaluation gériatrique standard (EGS) par un infirmier/ère. Références. Liaison. Avis de routine à l'intervenant de première ligne. Suivi téléphonique (McCusker, et al., 2001).	<ul style="list-style-type: none"> • Statut fonctionnel 	<p>Intervention = contrôle:</p> <p><i>Résultat rapporté dans McCusker et al., 2006:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence <p>Résultat favorisant le groupe contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réadmissions aux services d'urgence (rapporté aussi dans McCusker et al., 2006) 	A
	Évaluation standard et références aux services communautaires réalisées lors d'une VAD par un infirmier/ère visiteur (Runciman, et al., 1996).	<ul style="list-style-type: none"> • Statut fonctionnel 	N/A	A
	Évaluation initiale en personne par un GC (infirmier/ère). Coordination des ressources de santé communautaires de même que du plan et de l'équipe de soins. Équipe: médecin généraliste, psychogériatre, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste. GC disponible en semaine de jour. Contacts téléphoniques mensuels et VAD aux 6 semaines. Période d'intervention: 10 mois (Gagnon, et al., 1999).	N/A	<p>Intervention = contrôle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut fonctionnel <p><i>Résultat rapporté dans Eklund et al., 2009:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités quotidiennes <p><i>Résultat rapporté dans Liebel et al., 2009:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité <p>Résultat favorisant le groupe contrôle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réadmissions aux services d'urgence <p><i>Résultat rapporté dans Eklund & Wilhelmson:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissions 	N/A

Programme *Actions concertées*
Annexes

	Voir l'intervention et les résultats de Caplan et al., 2004 décrits ci-dessus dans la revue de Preyde et al., (2009).			
McCusker & Verdon (2006)	Évaluation gériatrique initiale par GC en collaboration avec l'intervenant de première ligne. Plan de soins individualisé élaboré en équipe (gériatre, travailleur social, infirmière). GC disponible en tout temps. Support à domicile par un infirmier/ère et un travailleur social. Références aux services communautaires. Évaluations aux 2 mois. Période d'intervention imprécise (Bernabei, et al., 1998).	<ul style="list-style-type: none"> • Délai avant de recourir aux services d'urgence <i>Résultats rapportés dans Eklund et al., 2009:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Bénéfices pour le client (dépression) • Activités quotidiennes • Utilisation des médicaments • Admissions • Utilisation des services de santé • Coûts <i>Résultat rapporté dans Liebel et al. 2009:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacités 	N/A	B
	Gestion des soins de rétablissement. Réorganisation des soins à domicile utilisant une approche interdisciplinaire avec un accent sur l'amélioration optimale de la santé et du statut fonctionnel. Élaboration d'objectifs à atteindre et utilisation des suggestions des patients et de la famille pour améliorer les autosoins (Tinetti, et al., 2002).	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence 	Intervention = contrôle: <i>Résultat rapporté dans Liebel et al., 2009:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité 	A
	Soins à domicile. Gestion de cas par un travailleur social pour une durée de 3 ans (Tourigny, et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence • Taux de non utilisation des services d'urgence 	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réadmissions aux services d'urgence avant 10 jours Résultat favorisant le groupe contrôle:	A

Programme *Actions concertées*
Annexes

McCusker & Verdon (2006)			<ul style="list-style-type: none"> • Variation des taux de fréquentation des services d'urgence 	
(suite)	Intervention basée aux services d'urgence. Recherche de cas par un infirmier/ère et service de liaison (Miller, et al., 1996).	N/A	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence 	N/A
	Intervention basée à l'hôpital. Conférence de cas et liaison (Keeler, et al., 1999).	N/A	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence 	N/A
	Intervention basée à l'hôpital. Conférence de cas et liaison (Silverman, et al., 1995).	N/A	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence 	N/A
	Équipe communautaire (Eggert, et al., 1991).	N/A	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de visites aux services d'urgence • Coûts de l'admission aux services d'urgence <i>Résultat présenté dans Liebel et al., 2009:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité 	N/A
Voir l'intervention et les résultats de McCusker et al., 2001 décrits ci-dessus dans la revue de Hastings & Heflin (2005)				
Eklund & Wilhelmson (2009)	Évaluation initiale par téléphone par un GC. Coordination des services à domicile et basés dans la communauté. Premier suivi dans la première semaine. Suivis téléphoniques mensuels pour fournir du support, évaluer	<ul style="list-style-type: none"> • Admissions • Hospitalisations (selon Eklund, ce résultat peut être lié à l'augmentation de 	N/A	B

Programme *Actions concertées*
Annexes

	l'état de santé, répondre aux questions et diriger vers des références additionnelles au besoin. Encouragement à contacter le GC en tout temps. Période d'intervention: 12 mois (Shannon, et al., 2006).	l'utilisation des services de santé et à domicile)		
Eklund & Wilhelmson (2009) (suite)	Évaluation initiale par un GC via entrevue en personne. Plan de soins en équipe et références aux services à domicile disponibles en communauté et aux soins de santé. Période d'intervention: 3 mois (Montgomery & Fallis, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéfices pour le client (fonctionnement cognitif) • Hospitalisations (selon Eklund, ce résultat peut être lié à l'augmentation de l'utilisation des services de santé et à domicile) • Satisfaction des proches aidants 	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des médicaments • Fardeau des proches aidants • Activités quotidiennes 	A
	Évaluation initiale à domicile par un GC. Plan de soins personnalisé avec objectifs à atteindre et élaboré conjointement avec le patient. Approche individualisée aux soins. Éducation sur la santé et stratégies d'empowerment. Références, coordination des services en communauté et support au proche aidant. Contact avec gestionnaire de cas à domicile ou par téléphone sur une période de 6 mois (Markle-Reid, et al., 2006).	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéfices pour le client (dépression et qualité de vie) • Utilisation des médicaments <p><i>Résultat rapporté dans Liebel et al., 2009:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacités 	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Coûts 	A
	Évaluation initiale en équipe. Disponibilité des services 24h. Coordination des niveaux de soins. Période d'intervention moyenne: 572 jours (maximum 669 jours) (Béland, et al., 2006).	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisations (selon Eklund, ce résultat peut être lié à l'augmentation de l'utilisation des services de santé et à domicile) • Satisfaction des proches aidants 	Intervention = contrôle: <ul style="list-style-type: none"> • Fardeau des proches aidants • Coûts • Activités quotidiennes 	B

Programme *Actions concertées*
Annexes

	Voir l'intervention et les résultats de Bernabei et al., 1998 décrits dans la revue de McCusker & Verdon (2006).			
	Voir l'intervention et les résultats de Gagnon et al., 1999 décrits dans la revue de Hastings & Heflin (2005).			
Liebel et al. (2009)	Évaluation gériatrique et développement d'un plan de soins. Rencontre de l'équipe interdisciplinaire. Rencontres de famille. Références aux ressources communautaires. Participation à des rendez-vous organisés. VAD aux 6 mois et au besoin des patients. Suivi téléphonique. Selon la condition médicale, la surveillance (monitoring) était effectuée via des visites au domicile, à l'hôpital ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée (Marshall, et al., 1999).	• Incapacité	N/A	A
	Équipe communautaire (Eggert, et al., 1991).	N/A	Intervention = contrôle: • Incapacité	N/A
	Conférence téléphonique pour enseigner l'autosoins des maladies chroniques aux patients. Références aux ressources communautaires. Plan de soin. Contact des patients aux 6 semaines à domicile, à leur bureau ou lors d'une visite à l'hôpital (Sommers, et al., 2000).	N/A	Intervention = contrôle: • Incapacité	N/A
	Voir l'intervention et les résultats de Bernabei et al., 1998 décrits dans la revue de McCusker, J. & Verdon, J. (2006).			
	Voir l'intervention et les résultats de Markle-Reid et al., 2006 décrits dans la revue de Eklund et al. (2009).			
	Voir l'intervention et les résultats de Tinetti et al., 2002 décrits dans la revue de McCusker, J. & Verdon, J. (2006).			
	Voir l'intervention et les résultats de Gagnon et al., 1999 décrits dans la revue de Hastings & Heflin (2005).			
	Voir l'intervention et les résultats de Eggert et al., 1991 décrits dans la revue de McCusker & Verdon (2006).			

Abréviations: EGG=Évaluation gériatrique globale; EGS=Évaluation gériatrique standard; GC=Gestionnaire de cas; VAD=Visite(s) à domicile.

* L'applicabilité au Québec est évaluée seulement pour les études ayant démontré au moins un résultat favorable pour le groupe ayant reçu l'intervention. L'applicabilité a été jugée selon les énoncés suivants:

- A. Probablement applicable à un vaste éventail de situations...
- B. Probablement applicable à un vaste éventail..., si elle est adaptée de façon appropriée
- C. Applicable uniquement aux populations ou aux contextes inclus dans l'étude; une applicabilité plus vaste est incertaine
- D. Applicable uniquement aux populations ou aux contextes inclus dans l'étude.

Références

- Ali, W., & Rasmussen, P. (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report*, 7(1).
- Avlund, K., Jepsen, E., Vass, M., & Lundemark, H. (2002). Effects of comprehensive follow-up home visits after hospitalization on functional ability and readmissions among old patients. A randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(1), 17-22. doi: 10.1080/110381202753505827
- Barras, S. (2005). A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 326-336. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P., et al. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : Results from a randomized controlled trial. *Journals of Gerontology : Medical Sciences*, 61A, M367-M373.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, J., Zuccala, G., Mor, V., et al. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316(7141), 1348-1351.
- Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B., & Abraham, K. (2004). A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department-the DEED II study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1417-1423.
- Cumming, R. G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill, E., Westbury, C., et al. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomized trial of falls prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(12), 1397-1402.
- Eggert, G. M., Zimmer, J. G., Hall, W. J., & Friedman, B. (1991). Case-management - A randomized controlled-study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Services Research*, 26(4), 471-507.
- Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: A systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 447-458. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x
- Gagnon, A. J., Schein, C., McVey, L., & Bergman, H. (1999). Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(9), 1118-1124.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 12*(10), 978-986. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032
- Keeler, E. B., Robalino, D. A., Frank, J. C., Hirsch, S. H., Maly, R. C., & Reuben, D. B. (1999). Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. *Medical Care, 37*(12), 1199-1206.
- Kwok, T., Lum, C. M., Chan, H. S., Ma, H. M., Lee, D., & Woo, J. (2004). A randomized, controlled trial of an intensive community nurse-supported discharge program in preventing hospital readmissions of older patients with chronic lung disease. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(8), 1240-1246.
- Leveille, S. G., Wagner, E. H., Davis, C., Grothaus, L., Wallace, J., LoGerfo, M., et al. (1998). Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*(10), 1191-1198.
- Liddle, J., March, L., Carfrae, B., Finnegan, T., Druce, J., Schwarz, J., et al. (1996). Can occupational therapy intervention play a part in maintaining independence and quality of life in older people? A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 20*(6), 574-578.
- Liebel, D. V., Friedman, B., Watson, N. M., & Powers, B. A. (2009). Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Medical Care Research & Review, 66*(2), 119-146. doi: 10.1177/1077558708328815
- Lim, W. K., Lambert, S. F., & Gray, L. C. (2003). Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *The Medical Journal of Australia, 178*(6), 262-266.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing, 54*(3), 381-395.
- Marshall, B. S., Long, M. J., Voss, J., Demma, K., & Skerl, K. P. (1999). Case management of the elderly in a health maintenance organization: The implications for program administration under managed care. *Journal of Healthcare Management, 44*(6), 477-491.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Tousignant, P., Verdon, J., Poulin de Courval, L., & Belzile, E. (2003). Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: Impact on continuity of care. *Academic Emergency Medicine, 10*(3), 233-243.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- McCusker, J., & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(1), 53-62.
- McCusker, J., Verdon, J., Tousignant, P., de Courval, L. P., Dendukuri, N., & Belzile, E. (2001). Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: Results of a multicenter randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1272-1281.
- Miller, D. K., Lewis, L. M., Nork, M. J., & Morley, J. E. (1996). Controlled trial of a geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(5), 513-520.
- Montgomery, P. R., & Fallis, W. M. (2003). South Winnipeg Integrated Geriatric Program (SWING): A rapid community-response program for the frail elderly. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 22(03), 275-281. doi: 10.1017/S0714980800003895
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., et al. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 613-620.
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.
- Newcomer, R., Maravilla, V., Faculjak, P., & Graves, M. T. (2004). Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups: a randomized clinical trial. *Evaluation & the Health Professions*, 27(4), 323-348. doi: 10.1177/0163278704270011
- Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., Oster, P., & Schlierf, G. (1999). A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age and Ageing*, 28(6), 543-550.
- Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A., & Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: a randomized trial study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 247-252. doi: 00002060-200204000-00002
- Parker, S. G., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A. M., Abrams, K., Baker, R., et al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*, 6(4), 1-183.
- Parkes, J., & Shepperd, S. (2003). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work, 6*(2), 198-216. doi: 10.1080/15433710802686898
- Rich, M. W., Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C. L., Freedland, K. E., & Carney, R. M. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive-heart-failure. *New England Journal of Medicine, 333*(18), 1190-1195.
- Rockwood, K., Stadnyk, K., Carver, D., MacPherson, K. M., Beanlands, H. E., Powell, C., et al. (2000). A clinimetric evaluation of specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(9), 1080-1085.
- Runciman, P., Currie, C. T., Nicol, M., Green, L., & McKay, V. (1996). Discharge of elderly people from an accident and emergency department: Evaluation of health visitor follow-up. *Journal of Advanced Nursing, 24*(4), 711-718.
- Shannon, G. R., Wilber, K. H., & Allen, D. (2006). Reductions in costly healthcare service utilization: Findings from the Care Advocate Program. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(7), 1102-1107. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00799.x
- Silverman, M., Musa, D., Martin, D. C., Lave, J. R., Adams, J., & Ricci, E. M. (1995). Evaluation of outpatient geriatric assessment: A randomized multi-site trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*(7), 733-740.
- Sommers, L. S., Marton, K. I., Barbaccia, J. C., & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine, 160*(12), 1825-1833.
- Stewart, S., Pearson, S., Luke, C. G., & Horowitz, J. D. (1998). Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*(2), 174-180.
- Tinetti, M. E., Baker, D., Gallo, W. T., Nanda, A., Charpentier, P., & O'Leary, J. (2002). Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *Journal of the American Medical Association, 287*(16), 2098-2105.
- Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hebert, R., & Rochette, L. (2004). Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Canadian Journal on Aging, 23*(3), 231-246.
- Van Rossum, E., Frederiks, C., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal, 307*(6895), 27-32.

ANNEXE L

Forces et faiblesses des revues et des études retenues

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 10. Forces et faiblesses des revues et des études retenues

Études	Hiérarchie de la preuve	Forces des revues (R) et des études retenues (ER)	Faiblesses des revues (R) et des études retenues (ER)
Ali & Rasmussen (2004)	R : 3+ ER : 1+	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction complète. • Liste de définition des termes importants. • Critères d'inclusion précis. • Critères d'exclusion et raisons des exclusions détaillés • Recherche bibliographique: 13 banques de données (BD), période couverte de 1980-2003. • Description des méthodes de recherche, de sélection et d'extraction des données. • Recherche de la littérature grise. • Description de la qualité des études précédant la présentation des résultats. • Présentation structurée des résultats des études par type d'intervention. • Tableaux descriptifs des résultats détaillés pour chaque étude incluse. • Discussion des limites de la revue <p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Devis : Revues systématiques et essais randomisés contrôlés (ERC). • Bonne qualité des études. 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection, extraction et évaluation de la qualité effectuées par un réviseur seulement. • Biais de langue (sélection d'articles de langue anglaise seulement). • Méthodologie : manque de précision sur la synthèse et la présentation des résultats. • Très peu de comparaison entre les études classées par type d'intervention. • Très peu d'interprétation et de synthèse des résultats. • Discussion et conclusions très brèves. <p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des études. • Suivi parfois de courte durée pour les ERC.
Preyde et al. (2009)	R : 2+ ER : 1+	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Devis : principalement des ERC. • Critères d'inclusion précis. • Recherche bibliographique: 7 BD, 1995-2005. • Sélection indépendante des articles par 2 réviseurs. • Évaluation de la qualité à l'aide d'une méthode validée (« Quality Assessment Rating Scale » de Jadad). • Présentation structurée des résultats par type d'effet des interventions. 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs peu précis. • Biais de langue (sélection d'articles de langue anglaise seulement). • Recherche manuelle non mentionnée. • Manque de précision sur les processus d'extraction et d'évaluation de la qualité. • Manque de précision sur la synthèse et les analyses. • Études ayant servi aux calculs des tailles d'effet

Programme *Actions concertées*
Annexes

		<ul style="list-style-type: none"> • Résultats nuancés selon certaines caractéristiques des études primaires. • Conclusions neutres et nuancées. • Perspectives et recommandations mentionnées. 	<ul style="list-style-type: none"> • non mentionnées. • Évaluation de l'homogénéité des études non mentionnée. • Aucune information sur les populations des études. • Manque d'information sur les critères de qualité non respectés. • Risque de biais des études incluses non discutés.
		<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Devis : 12 ERC • Qualité des études : résultat moyen de 3.58 sur 5. 	<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information sur les populations et les interventions.
Barras, S. (2005)	R : 3- ER : 1-	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie décrite et rigoureuse. • Recherche bibliographique: 10 BD, pas de limite de période couverte. • Qualité des études incluses évaluées à l'aide de trois instruments (« McMaster Scale, McMaster Critical Review for Qualitative Papers, Reader Critical Appraisal Method ») • Conclusions prudentes, nuancées et qui concordent avec la méthodologie et les résultats. • Recommandations pour les recherches futures. 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection, extraction et évaluation de la qualité effectuées par un réviseur seulement. • Biais de langue potentiel (absence de précision sur les langues de publication admises). • Absence de cadre d'analyse pour les regroupements utilisés dans la synthèse des résultats. • Hétérogénéité des études. • Manque d'information sur les groupes témoins. • Revue tirée d'une revue plus étendue. Confusion entre certains éléments de la revue de Barras (2005) et la revue de laquelle elle est tirée. • Limites de la revue non discutées. • Conclusions très générales.
		<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Devis : 4 ERC 	<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des études.
Hastings & Heflin (2005)	R : 3+ ER : 2+	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Description de la méthode de recherche. • Sélection indépendante des articles par 2 réviseurs. • Description narrative des études sélectionnées et exclues. • Recherche manuelle et recherche de la littérature grise. • Présentation structurée des résultats des études par devis. 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche et objectif non précisés. • Manque de précision sur les critères d'inclusion. • Manque de précision sur les processus d'extraction et d'évaluation de la qualité. • Recherche bibliographique : seulement 2 BD consultées. • Biais de langue (sélection d'articles de langue anglaise seulement).

Programme *Actions concertées*
Annexes

		<ul style="list-style-type: none"> • Brève discussion des limites de la revue. • Discussion et conclusions appropriées avec accent sur les ERC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information sur les tailles d'échantillon et les groupes témoins.
		<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Devis : 5 ERC, 1 étude quasi-randomisée contrôlée, 1 étude de cohorte contrôlée. • Bonne qualité des études incluses. • Discussion des limites et risques de biais pour nuancer les résultats. 	<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de mesure à l'aveugle pour 2 des 3 ERC ayant démontré des bénéfices. • Hétérogénéité des devis des études, des interventions et des effets de ces dernières. • Suivi parfois de courte durée.
McCusker, & Verdon. (2006)	R : 2- ER : 2-	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs clairement énoncés. • Recherche adéquate: 2 BD pertinentes aux objectifs, 1965-2004. • Extraction indépendante par 2 réviseurs. • 2 personnes sont impliquées dans la sélection. • Catégorisation des études validée par deux auteurs. • Justification de la présentation narrative des résultats. • Présentation des données descriptives de chaque étude. • Conclusions cohérentes avec les résultats et en lien avec les objectifs. 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Biais de publication (littérature grise non consultée). • Sélection non indépendante des articles par 2 réviseurs (un réviseur sélectionne et un second vérifie). • Absence de critères pour l'évaluation de la qualité des études. • Synthèse des résultats ne tient pas compte de la force de la preuve.
			<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des études (devis, populations et effets des interventions).
Eklund & Wilhelmson (2009)	R : 1+ ER : 1+	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie bien décrite. • Analyse approfondie et synthèse détaillée des études incluses, tant au niveau de l'évaluation de la qualité que de la description des interventions et de la synthèse des effets observés • Risque des biais bien explicités. 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Biais de langue (sélection d'articles de langue anglaise seulement). • Biais de publication (littérature grise non consultée).
			<p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des études (populations, interventions et effets de ces dernières). • Qualité moyenne des études incluses.

Programme *Actions concertées*
Annexes

Liebel et al. (2009)	R : 2+ ER : 2+	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Critères d'inclusion et d'exclusion précis. • Recherche adéquate: 5 BD, période couverte dépend de la BD. • Évaluation adéquate de la qualité des études primaires (repose sur la méthodologie de « Cochrane Collaboration systematic Review ») • Conclusions appuyées par des données. • Revue narrative appropriée. <p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 des 10 études retenues sont des ERC • Bonne qualité des études retenues (suivi moyen à long (9/10), insu de l'évaluateur (9/10), intention de traiter (9/10), bonne taille d'échantillon (10/10). 	<p><i>Revue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche peu définie. • Biais de langue (sélection d'articles de langue anglaise seulement). • Manque d'information sur les procédures d'extraction, de sélection et d'évaluation de la qualité. • Hétérogénéité des mesures. • Limites de la revue peu discutées. • Conclusions sur les éléments de structure et de processus devraient être plus nuancées. <p><i>Études retenues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des interventions et des mesures (validité des instruments). • Aucune évaluation de l'implantation des interventions. • Tailles d'effet non rapportées par plusieurs études.
-------------------------	-----------------------	--	---

Abréviations: R=Revue; ER=Études retenues; ERC=Essais randomisés contrôlés; BD=Banques de données.

Programme *Actions concertées*
Annexes

Références

- Ali, W., & Rasmussen, P. (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report*, 7(1).
- Barras, S. (2005). A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 326-336. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x
- Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: A systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 447-458. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x
- Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 12(10), 978-986. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032
- Liebel, D. V., Friedman, B., Watson, N. M., & Powers, B. A. (2009). Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Medical Care Research & Review*, 66(2), 119-146. doi: 10.1177/1077558708328815
- McCusker, J., & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(1), 53-62.
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(2), 198-216. doi: 10.1080/15433710802686898

ANNEXE M

Énoncé de la preuve pour chacune des sept études incluses

Le congé

What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? (Ali & Rasmussen, 2004)

Ali et Rasmussen (2004) présentent une revue de revues portant sur l'efficacité des services impliqués dans l'interface entre l'hôpital et la communauté chez les personnes âgées présentant des comorbidités complexes ou étant à risque de déclin fonctionnel à la suite d'une condition réversible. Ces personnes pouvaient être à risque d'être admises à l'hôpital ou requéraient des services intermédiaires entre l'hôpital et le soutien à domicile. La revue s'intéressait à l'efficacité de ces services (qualifiés par les auteurs de soins intermédiaires⁵ par rapport aux soins usuels) en termes d'effet sur le patient (condition de santé, statut fonctionnel, niveau d'incapacité, satisfaction, mortalité), sur l'utilisation des services de santé (hospitalisation, visites en soins de première ligne, visites à l'urgence) et sur les coûts. Cette revue est de bonne qualité et il est peu probable que les conclusions énoncées soient affectées de façon importante par les sources de biais observées (sélection, extraction et évaluation de la qualité non réalisées de façon indépendante par les deux réviseurs, biais de publication possible (langue anglaise seulement)). Les 37 études décrites dans 39 articles ont été réalisées avec des devis variés (revues systématiques, études randomisées contrôlées, études quasi-expérimentales comparatives, comparaisons avant-après, études descriptives). L'inclusion de devis non contrôlés diminue la confiance que l'on peut avoir dans les conclusions énoncées puisque ces devis sont plus sujets aux biais. La revue dans son ensemble reçoit donc une cote de 3+. Par contre, certaines sous-catégories d'interventions ont été évaluées uniquement à l'aide de revues systématiques et/ou d'études randomisées contrôlées, augmentant ainsi la force de la preuve pour les conclusions relatives à ces interventions (1+ ou 2+). La majorité des études proviennent du Royaume-Uni (n=16) et des États-Unis (n=10). Quatre ont été réalisées au Canada, quatre autres en Australie, deux en Italie, une en Nouvelle-Zélande, une en Allemagne et une en Israël.

Seulement deux études (deux revues systématiques) peuvent être utilisées dans le cadre de la présente revue de revues. Les autres ne rencontrent pas les critères d'inclusion (impliquer des soins à domicile et utiliser un groupe contrôle) ou ne font pas l'objet d'une discussion par les auteurs.

⁵ Les auteurs considèrent les études qui évaluent ou décrivent les services de soins intermédiaires qui fournissent au moins un des services suivants :

- programmes de soins, services intégrés, liaison de services (linked services), gestion de cas/gestion de soins
- repérage, visites à domicile, gestion de cas, prévention des chutes, équipement de support pour l'environnement, modifications du domicile, technologie d'assistance
- triage et redirection dans les départements d'urgence, hôpital à domicile
- planification de congé, évaluation et gestion de soins
- réadaptation à faible intensité (slow-stream rehabilitation), par exemple les unités centrées sur les soins infirmiers

Les conclusions des chercheurs

Les données disponibles comprennent des résultats positifs, négatifs ou incertains, et s'expliquent par la complexité et la variabilité des interventions évaluées ainsi que par certains problèmes méthodologiques des études réalisées.

Malgré la présence d'évaluations rigoureuses réalisées avec des études randomisées contrôlées (ERC), il n'y a pas suffisamment d'ERC de bonne qualité pour appuyer l'efficacité de modèles de services spécifiques. De plus, il est difficile d'interpréter certains ERC évaluant des modèles de services uniques alors que la gestion des services entre l'hôpital et les services communautaires nécessitent un système de services intégrés.

Les données disponibles montrent des effets bénéfiques pour des interventions de planification de congé sur les réadmissions (1+) ainsi qu'une efficacité comparable de l'hôpital à domicile et de l'hospitalisation en soins aigus chez les personnes âgées ayant une problématique de santé aiguë (3+). Les données disponibles concernant les unités centrées sur les soins infirmiers portent toutes sur des unités en milieu hospitalier (aucune en milieu communautaire) et il n'est pas possible de se prononcer sur leur efficacité chez les patients en phase post aiguë. Différents modèles de gestion de cas ont montré des effets bénéfiques sur les patients, dont un programme de soins intégrés à domicile reposant sur l'implantation d'un outil d'évaluation gériatrique globale et dirigé par un gestionnaire de cas (2+).

Description des interventions pour l'ensemble de la revue

Ali et Rasmussen ont revu une grande diversité de modèles d'intervention : prévention des chutes, visites à domicile, interventions à domicile et technologie d'assistance, hôpital à domicile, visites de groupe, services offerts à la maison, dépistage du risque et évaluation à l'urgence, recherche de cas, gestion de cas, triage, planification de congé précoce et organisation du congé, prise en charge du congé ("supported discharge"), unités de soins en milieu hospitalier centrées sur les soins infirmiers. Ils mentionnent que ces interventions étaient généralement comparées aux soins usuels ou à l'absence d'intervention, et que l'intensité de l'intervention était très variable, allant d'un contact téléphonique à des programmes incluant une évaluation multidisciplinaire et de la réadaptation à domicile.

Conclusions et description des interventions pour les études retenues pour la présente revue de revues

Parmi toutes les interventions, cinq grandes catégories ont été évaluées exclusivement à l'aide d'études correspondant aux critères de la présente revue de revues, c'est-à-dire qu'elles comparent un modèle de soins à domicile à un autre modèle de soins à l'aide d'un groupe témoin. Toutes ces interventions ont été évaluées à l'aide de revues systématiques ou d'études randomisées contrôlées (1+). Elles comprennent des visites préventives visant la promotion de la santé chez les aînés (n=3), des évaluations gériatriques globales (n=3), la planification de congé incluant un plan de congé et un ensemble de soins ou de services de soutien (n=2) et la prise en charge du congé à la sortie de l'hôpital par des équipes autonomes offrant des services intensifs de réadaptation, d'éducation, de traitement

ou de soutien pour une période limitée (n=5).

Seule la planification de congé fait l'objet de conclusions de la part des auteurs. L'absence de conclusions énoncées par les auteurs concernant les visites préventives, les évaluations gériatriques globales et la prise en charge du congé à la sortie de l'hôpital ainsi que sur l'effet de la planification de services pour plusieurs variables reliées aux patients, aux aidants et aux coûts est probablement signe d'un manque de preuves cohérentes pour appuyer ou réfuter un effet sur ces dimensions.

Ali et Rasmussen soulignent que les études portant sur la planification de congé (deux revues systématiques) indiquent un manque d'ERC de qualité pour appuyer l'efficacité de modèles de services spécifiques pour améliorer ou accélérer le congé. Leurs résultats montrent par contre qu'intervenir au niveau du congé réduit le risque de réadmission mais non la mortalité et la durée de séjour ou modifie l'endroit où le patient réside à la suite du congé. Les auteurs ajoutent que lorsque les caractéristiques associées à l'effet de l'intervention sur les réadmissions ont été examinées, les effets les plus marqués étaient observés pour les interventions se déroulant sur l'ensemble du continuum de soins, à partir de l'hôpital jusqu'aux services communautaires. Par ailleurs, l'effet est légèrement plus important lorsque l'intervention est réalisée par une personne comparativement à une équipe (différence significative entre les groupes intervention et contrôle lorsque l'intervention est appliquée par une seule personne et non lorsqu'elle est en équipe mais la taille de l'effet est très peu différente dans les deux cas). À noter que ce résultat repose sur une analyse ayant été réalisées à partir de l'ensemble des études incluses dans la revue de Parker et collaborateurs. Il est donc difficile de déterminer s'il s'applique aux soins à domicile spécifiquement.

Description des interventions de planification de congé

Parker et al. (2002) ont revu 71 études (dont 54 ERC) visant à améliorer le congé de patients âgés hospitalisés. Ils décrivent quatre catégories de planification de congé soit a) la planification de congé réalisée à l'hôpital par un seul professionnel, souvent un infirmier(ère) spécialisé(e), et comprenant le plus souvent un suivi après la sortie de l'hôpital (par téléphone et/ou lors de visites à domicile), ainsi que des activités d'éducation en plus de l'évaluation et de la coordination, b) des mécanismes de soutien/de prise en charge au congé, comprenant une augmentation du soutien offert autour du congé (incluant notamment les modèles de congé précoce), qui peuvent être limités à des interventions introduites après la sortie de l'hôpital et qui sont d'intensité variable, allant d'un simple contact téléphonique à des interventions offertes par des équipes de soins à domicile, c) les évaluations gériatriques globales et d) l'enseignement aux patients concernant leur maladie et principalement leurs médicaments. Seules les interventions des catégories a) et b) sont décrites dans la revue.

La seconde revue (Parkes & Shepperd, 2003) comprend 8 essais randomisés contrôlés examinant seulement des interventions de planification de congé, définies comme le développement d'un plan de congé avant le départ du patient l'hôpital

pour son domicile. Les interventions spécifiques retrouvées dans les études étaient variées et pouvaient inclure différentes stratégies avant l'hospitalisation, pendant et après l'hospitalisation (évaluation pré-admission, détection, évaluation intrahospitalière, préparation du plan de congé reposant sur les besoins individuels, implantation du plan de congé et suivi). Une limite importante des interventions étudiées est l'absence de description de l'efficacité des communications entre l'hôpital et la communauté. Ali et Rasmussen (2004) soulignent aussi l'hétérogénéité des populations, des milieux et de la façon d'implanter les interventions. Le moment où était effectuée la planification du congé variait aussi d'une étude à l'autre.

Il est important de noter que bien que la revue d'Ali et Rasmussen porte sur la clientèle âgée avec des comorbidités complexes ou à risque de détérioration fonctionnelle, les résultats reposent sur des revues systématiques qui incluaient tous les patients hospitalisés (soins aigus, de réadaptation ou communautaires (sans service d'urgence)) ou des personnes âgées ayant reçu des soins hospitaliers. Ali et Rasmussen affirment que leur analyse a été réalisée séparément pour les personnes âgées mais il n'est pas clair s'ils ont distingué les patients ayant des conditions médicales complexes de ceux qui présentent des conditions aiguës/chirurgicales.

En conclusion :

Les données disponibles supportent l'efficacité de la planification de congé pour réduire les réadmissions chez les personnes âgées ayant été hospitalisées mais non pour diminuer le taux de mortalité ou la durée de séjour ni modifier l'endroit où le patient résidera à sa sortie de l'hôpital. L'effet de la planification de congé sur les réadmissions pourrait être supérieur lorsque les interventions se déroulent sur l'ensemble du continuum de soins (de l'hôpital à la communauté) et légèrement supérieur lorsque l'intervention est réalisée par une seule personne. Concernant cette dernière conclusion, il est difficile de déterminer si elle s'applique spécifiquement aux soins à domicile. Des études supplémentaires rigoureuses sont nécessaires afin de préciser l'effet de la planification de congé sur le fonctionnement, la santé et la satisfaction du patient de même que sur les aidants et sur les coûts. L'efficacité des communications entre l'hôpital et la communauté est aussi à documenter davantage. Il est difficile de préciser à quel point cet énoncé s'applique aux aînés ayant des besoins de longue durée puisque malgré l'affirmation des auteurs à l'effet que tous les participants étaient des personnes âgées avec comorbidités complexes ou étant à risque de détérioration fonctionnelle liée à des conditions médicales réversibles, les études sur lesquelles reposent les conclusions sur les réadmissions comportaient des personnes hospitalisées ne présentant pas nécessairement ces conditions (ex. pour des conditions ponctuelles comme une chirurgie élective).

Discharge planning from hospital to home for elderly patients : a meta-analysis (Preyde et al., 2009)

Preyde et al. (2009) présentent une revue des études portant sur les effets de la planification de congé sur l'utilisation des services de santé (durée de séjour à

Programme *Actions concertées*

Annexes

l'hôpital, taux de réadmission), les coûts, la qualité de vie ainsi que le bien-être et/ou la satisfaction des patients âgés de 65 ans et plus. Cette revue a été jugée de bonne qualité (2+). Elle comprend 25 études ayant toutes utilisé un groupe contrôle et les sources de biais méthodologiques observées (ex. absence de randomisation pour certaines études, manque de détails concernant la procédure d'extraction et l'analyse des données) sont peu susceptibles de modifier les conclusions présentées. Douze de ces études portaient spécifiquement sur les soins à domicile et ont été retenues pour la présente revue de revues.

Les conclusions des chercheurs :

Les résultats sont hétérogènes et ne semblent pas expliqués par le type de planification effectuée, le profil de santé des patients ni la qualité des études.

Il y a un manque d'essais cliniques portant sur la planification de congé coordonnée par les services sociaux. L'intervention était coordonnée par un travailleur social dans une seule étude.

Une augmentation de la planification des congés semble avoir un effet robuste sur la satisfaction des patients et un effet modéré sur la qualité de vie et les ressources hospitalières (réadmissions). La durée du suivi semble importante puisque peu de différences significatives, notamment en ce qui concerne les taux de réadmission, ressortent après 6 mois.

Un minimum de suivi peut être important pour organiser des soins à domicile au besoin ou donner l'occasion au patient de verbaliser ses préoccupations ainsi que de lui donner le sentiment que l'on prend soin de lui.

Description des interventions :

Selon les auteurs de la revue, les stratégies utilisées comportent majoritairement une planification globale du congé ("comprehensive discharge planning") centrée sur le patient. Parmi les exceptions notons l'hospitalisation à domicile, la gestion pharmacologique, l'implication du médecin de famille dans le plan de congé comme principale composante de l'intervention et une attention à l'environnement physique. Toutes les interventions comportent une implication multidisciplinaire mais dont le degré varie. Elles sont le plus souvent coordonnées par une seule personne responsable de la planification du congé. Dans au moins six des 25 études, l'intervention visait à réaliser une évaluation gériatrique globale précocement.

Les conclusions tirées des études retenues pour la présente revue de revues

Les auteurs rapportent que dans la moitié des études (13/25), l'intervention était poursuivie à domicile. Douze (12) de ces études ont été retenues pour la présente revue, l'une d'entre elles n'impliquant que des visites à domicile "au besoin". Les études retenues ont toutes été réalisées à l'aide d'un devis randomisé contrôlé, augmentant le niveau de confiance que l'on peut accorder aux résultats obtenus par ce sous-groupe d'études (1+). Bien que les auteurs ne présentent pas de conclusions spécifiquement sur les études de SAD, il est possible de faire ressortir

certaines résultats. Ainsi, les études ayant montré un effet statistiquement significatif sur les réadmissions à l'hôpital (n=5) comportent une composante SAD alors que la majorité des 25 études incluses dans la revue ne montrent pas de différence entre le groupe expérimental et le groupe témoin sur cette mesure. Puisqu'un effet modéré des interventions de planification de congé a été constaté sur les réadmissions, on peut déduire qu'à elles seules, ces cinq études ayant une composante SAD (dont deux réalisées auprès de patients souffrant d'insuffisance cardiaque) sont responsables de l'effet observé. Par contre, trois autres interventions de SAD n'ont pas montré de différence significative du taux de réadmission. Il est donc difficile de conclure avec certitude que les SAD sont responsables de l'effet observé dans les réadmissions à l'hôpital. Les deux études ayant montré des coûts de réadmission à l'hôpital moins élevés sont aussi des études SAD, mais il est encore plus difficile ici de savoir si les SAD sont responsables puisqu'aucune étude sans SAD n'a mesuré cet effet. Les analyses effectuées par les auteurs en fonction du type d'interventions ne permettent pas de vérifier la présence d'effets différenciés des études avec et sans SAD. Toutefois, les interventions à domicile ont été regroupées sous deux types d'interventions, ce qui, compte tenu de la faible taille de l'échantillon (n=13 au total donc n<13 pour chaque type d'intervention), pourrait contribuer à l'absence de différences significatives rapportées par les auteurs. Par ailleurs, la revue ne permet pas de déterminer pourquoi certaines interventions à domicile semblent plus efficaces que les autres.

Description des interventions pour les études retenues :

Seulement une des interventions de SAD ne comporte pas de planification de congé centrée sur le patient, soit celle portant sur l'hospitalisation à domicile. Les interventions sont le plus souvent multidisciplinaires ou centrées sur les soins infirmiers et peuvent inclure une ou plusieurs visites à domicile (le suivi est téléphonique dans 1 étude).

En conclusion :

Les auteurs soulignent qu'une augmentation de la planification des congés semble avoir un effet modéré sur les ressources hospitalières en termes de réadmission. La présence d'un suivi à domicile incorporé à l'intervention de planification du congé pourrait influencer l'efficacité à réduire les réadmissions.

A systematic and critical review of the literature : the effectiveness of Occupational Therapy Home Assessment on a range of outcome measures (Barras, 2005)

La revue de Barras (2005) porte sur la planification de congé incluant une évaluation à domicile en ergothérapie chez les personnes âgées se présentant en milieu hospitalier de soins aigus ou de réadaptation. Cette revue comprend une revue descriptive de littérature, une revue systématique réalisée à partir d'études avec et sans groupe contrôle, quatre études randomisées contrôlées ainsi que six études descriptives et elle a été jugée de faible qualité (3-). Il est possible que les résultats puissent être affectés par les risques de biais observés, notamment un manque de transparence concernant la présentation des résultats ainsi que les

Programme *Actions concertées*

Annexes

procédures de sélection et d'extraction, un biais de sélection, une absence de justification des regroupements réalisés pour la synthèse des données ainsi que des incohérences entre certaines informations rapportées. Des douze études présentées par Barras, quatre seulement comportent un groupe contrôle et ont pu être retenues pour la présente revue de revues. Bien que comportant des ERC, il est probable que les risques d'erreurs et de biais de la revue pour ce sous-groupe d'études puissent modifier les conclusions de l'auteure (1-).

Deux études ont été réalisées en Australie, une en France et une au Danemark.

Les conclusions de la chercheuse :

Les données sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité des évaluations à domicile en ergothérapie dans le contexte de la planification de congé.

Le nombre et la fréquence des évaluations à domicile ainsi que les professionnels présents lors de ces visites indiquent cependant que les évaluations à domicile en ergothérapie constituent un aspect important et font potentiellement partie intégrante des soins aux patients (3-). Des ERC de plus grande envergure et de meilleure qualité sont requis.

Conclusion sur les études retenues par la présente revue de revues

Barras émet par ailleurs des conclusions qui reposent sur les quatre études randomisées contrôlées (ERC), ces dernières formant le sous-groupe d'études correspondant aux critères de la présente revue de revues. Elle rapporte que des données provenant d'ERC suggèrent que les évaluations en ergothérapie à domicile puissent influencer la qualité de vie, le nombre de chutes et l'autonomie du patient (1-), tout en soulignant que cet énoncé repose sur des informations limitées et que les effets à long terme ne sont pas connus. En effet, trois des ERC présentés dans la revue ont mesuré les effets sur le statut fonctionnel et/ou l'autonomie, deux ont mesuré l'effet sur les chutes, et un seul rapporte avoir examiné la qualité de vie. Il est intéressant de noter que l'une des études ayant montré une amélioration du statut fonctionnel comprend deux visites réalisées par un ergothérapeute et une infirmière et cinq visites par l'équipe multidisciplinaire. Il apparaît donc difficile de distinguer l'effet de l'évaluation en ergothérapie de l'effet du suivi par l'équipe multidisciplinaire. Pour une autre étude évaluant le statut fonctionnel, le résultat rapporté dans le tableau est difficile à interpréter et ne mentionne pas spécifiquement de différence favorisant l'intervention, rapportant plutôt que d'agir selon l'avis d'ergothérapeutes ne semble pas améliorer les effets chez une population qui utilise déjà beaucoup des aides fonctionnelles. La revue ne spécifie pas si la population à l'étude était principalement composée de personnes utilisant ce type d'aide. Elle fait toutefois ressortir plusieurs biais de cette étude dont le fait qu'il s'agit d'une population aisée qui n'est pas nécessairement représentative des aînés en général et qu'il y a eu contamination dans le groupe contrôle, dans lequel des participants ont consulté par eux-mêmes des services communautaires et se sont procurés de l'équipement pour optimiser leur indépendance. Il semble donc difficile de tirer des conclusions fiables à partir de cette étude. Or, c'est la seule parmi les ERC présentée dans la revue à avoir mesuré la qualité de vie, ce qui met

en doute la conclusion de l'auteure quant à l'amélioration possible de la qualité de vie avec l'évaluation à domicile. Barras présente aussi une discussion portant sur des résultats obtenus à partir d'ERC sur les réadmissions. Elle mentionne que quatre des ERC rapportent une réduction significative des soins de longue durée, aucun changement significatif concernant les taux d'admission et une diminution de la durée de séjour lorsque les patients sont réadmis. Cette discussion est difficile à interpréter puisque 1) la formulation semble suggérer que plus de quatre ERC ont mesuré cet effet alors que la revue ne comprend que quatre ERC au total, 2) l'auteure ne précise pas à quoi réfèrent les « soins de longue durée » qui ont été réduits et 3) seulement un ERC semble avoir mesuré les réadmissions. De plus, l'auteure ne revient pas sur ces résultats dans sa conclusion.

Description des interventions pour les études retenues pour la présente revue de revues :

L'auteure réfère à la définition qu'elle juge la plus utile d'une « évaluation à domicile en ergothérapie », celle donnée par Patterson et al. (1999) : Une visite au domicile d'un patient hospitalisé qui implique l'accompagnement du patient par un ergothérapeute pour évaluer sa capacité à fonctionner indépendamment ou encore d'évaluer son potentiel à fonctionner le plus indépendamment possible avec le support des aidants. L'auteure souligne également que cette évaluation à domicile semble être menée davantage pour s'assurer d'un congé hospitalier sécuritaire plutôt que principalement pour les intérêts du patient. Les interventions évaluées par les ERC étaient similaires avec quelques variantes dans trois des quatre études. L'ergothérapeute faisait une visite à domicile une seule fois (dans deux des 3 ERC) ou à trois reprises (0, 6, 12 mois) pour évaluer les risques, utilisait ou non des instruments standardisés, et pouvait faire des recommandations. Dans le quatrième ERC, l'ergothérapeute faisait partie d'une équipe multidisciplinaire effectuant 5 visites à domicile en 6 semaines.

En conclusion :

Les résultats de cette revue soulèvent le manque de données pour appuyer l'évaluation en ergothérapie à domicile en post-hospitalisation. En raison de ce manque de données et des biais importants de la revue, il est impossible de se prononcer sur l'efficacité des évaluations à domicile en ergothérapie comme mécanisme de transition efficace pour les personnes âgées recevant leur congé de l'hôpital. Cette pratique étant relativement étendue, il serait primordial d'entreprendre les recherches nécessaires pour juger de sa pertinence et de son efficacité sur une base scientifique. Il faudrait aussi questionner l'objectif de telles visites : réadapter une personne peut requérir des types d'intervention, des outils spécifiques et/ou des profils d'intervenants différents par rapport à seulement s'assurer d'un milieu sécuritaire au congé.

A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department (Hastings & Heflin, 2005)

Hastings et Heflin (2005) présentent une revue évaluant les interventions visant à améliorer les résultats de santé chez des personnes âgées recevant leur congé de l'urgence. Cette revue a été jugée de bonne qualité en ce sens que même si elle

Programme *Actions concertées*

Annexes

comporte certains biais méthodologiques (ex. manque de précision concernant les critères de sélection, les tailles d'échantillon et la nature des groupes contrôle, recherche documentaire peu étendue, restriction aux articles en anglais, petit nombre d'études incluses), il est peu probable que ces biais modifient de façon importante les conclusions de la revue (+).

Les auteurs présentent les résultats des 27 études de façon distincte pour les 19 études descriptives (3+), les 2 essais cliniques non randomisés (2+) et les 6 essais contrôlés randomisés (ERC). Ils ont toutefois inclus dans cette dernière catégorie une étude quasi-randomisée (2+). Sept de ces études rencontrent les critères d'inclusion de la présente revue de revues (les six essais contrôlés et une étude de cohorte) dont quatre sont discutées par les auteurs Hastings et Heflin.

Les conclusions des chercheurs :

Une variété d'interventions a été développée pour les personnes âgées recevant leur congé de l'urgence et un bon nombre d'études observationnelles ont montré la faisabilité de ces interventions ainsi que l'importance des besoins non comblés en termes de soins à domicile chez cette population (3+). Ces études ne comportent toutefois pas de mesure pouvant témoigner de leur efficacité. Ces études peuvent être regroupées en cinq types : un suivi téléphonique, une infirmière spécifiquement formée ou une équipe en salle d'urgence (évaluation gériatrique globale, coordination), une intervention rapide au domicile (ex. < 72 heures), des visiteurs-santé (« health visitors ») au domicile, un programme de formation intensive sur les soins gériatriques auprès des infirmières de salle d'urgence.

Le déclin fonctionnel chez les personnes âgées à risque élevé de résultats indésirables quittant l'urgence peut être réduit par différents modèles d'intervention qui comprennent une évaluation gériatrique en soins infirmiers et des services à domicile (2+). Hastings et Heflin concluent aussi que l'impact de ces interventions sur l'utilisation des services de santé demeure incertain (2+).

Les conclusions des chercheurs les études retenues pour la présente revue de revues :

Les conclusions de Hastings et Heflin sur les ERC (conclusions cotées 2+) s'appliquent à notre revue de revues puisqu'ils comportent une composante à domicile en plus d'avoir utilisé un groupe contrôle. Ces conclusions reposent sur les résultats suivants. D'abord, trois des quatre ERC ayant mesuré le fonctionnement des participants ont montré une amélioration du statut fonctionnel des participants ayant reçu l'intervention. Hastings et Heflin soulignent toutefois que deux des ERC ayant montré des résultats favorisant l'intervention n'ont pas utilisé de mesures à l'aveugle et que les recherches futures devraient être conçues de façon à limiter cette source de biais. Dans l'une de ces études, une augmentation de l'utilisation des SAD a été notée et pourrait être impliquée dans l'amélioration du statut fonctionnel observée chez les participants. Les auteurs de la revue soulignent par ailleurs que le délai entre la visite à l'urgence et l'application de l'intervention était beaucoup plus long (délai moyen de 4,5 semaines) dans l'ERC dont les résultats n'ont pas favorisé l'intervention, ce qui pourrait expliquer l'absence d'amélioration

constatée. La revue rapporte aussi que les ERC ayant donné des résultats positifs ont recruté des patients de 75 ans et plus ou encore des personnes âgées fragiles ou physiquement dépendantes, ce qui amène les auteurs à conclure que les interventions à l'étude peuvent améliorer le fonctionnement de personnes âgées à risque de résultats indésirables. À noter que c'est aussi le cas pour l'étude qui n'a pas démontré de différence significative entre le groupe intervention et contrôle. Les études ne permettent pas de se prononcer sur le meilleur moyen de cibler la bonne clientèle : un critère d'âge ou l'utilisation d'un instrument de repérage/dépistage. Les auteurs ne présentent pas de discussion ou de conclusion sur les autres effets mesurés comme la satisfaction, la qualité de vie et la condition médicale.

Sept études rencontrent les critères de la présente revue de revues mais seulement quatre ont servi aux conclusions présentées par les auteurs. Deux études ont été réalisées au Canada, une en Australie et en une en Écosse. Parmi ces interventions, on retrouve deux évaluations gériatriques ou standardisées réalisées à domicile et une effectuée à l'urgence. Toutes ces évaluations sauf une étaient suivies de références, bien que le programme visé par ses références ne soit pas clairement indiqué dans la revue dans la plupart des cas. Une intervention ne semble pas avoir réalisé d'évaluation globale ou standardisée et repose davantage sur la coordination de services, incluant des contacts téléphoniques mensuels et des visites à domicile aux six semaines. Trois études mentionnent avoir effectué un suivi auprès des patients (à la fois par téléphone et en personne dans un cas et non précisé dans deux études). Hastings et Helfin font ressortir que les trois ERC ayant montré une amélioration significative du statut fonctionnel comprenaient le recours à une infirmière spécialement formée pour réaliser des évaluations gériatriques ainsi qu'une composante de soins à domicile.

En conclusion :

Les chercheurs rappellent avec justesse que les personnes de 75 ans et plus ont les taux de visites aux urgences les plus élevés. Ils soulignent également que les personnes âgées qui obtiennent leur congé ont un taux élevé d'effets indésirables sur leur santé tels qu'un déclin fonctionnel, une diminution de la qualité de vie et le décès. Ils encourent de plus un risque accru de visites de retour à l'urgence et d'hospitalisations.

Les interventions comprenant une évaluation gériatrique spécialisée en soins infirmiers et des services à domicile semblent permettre d'améliorer le fonctionnement des personnes âgées à risque (75 ans et plus et/ou fragiles et/ou dépendantes) quittant l'urgence. Avoir du personnel bien formé, cibler une clientèle à risque, intervenir rapidement, référer aux bons services, exercer un suivi sont autant d'éléments qui sont susceptibles d'y jouer un rôle. Des études supplémentaires visant à étudier le rôle de chacune de ses composantes pourraient être élaborées. La suggestion des auteurs d'une stratégie consistant à identifier les clients à risque à l'urgence mais d'effectuer davantage les interventions à domicile mériterait effectivement une investigation plus approfondie ou plus d'attention.

Les données appuyant cette efficacité sont toutefois limitées et comportent certains

risques de biais (notamment l'absence de mesures des effets à l'aveugle). L'impact de ces interventions à d'autres niveaux, par exemple l'utilisation des services de santé, demeure incertain et la revue ne permet pas de préciser les mécanismes les plus efficaces pour offrir les soins à domicile suite à l'évaluation gériatrique. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour appuyer l'efficacité de ce type d'intervention sur le fonctionnement du patient, préciser l'effet sur les autres dimensions de la qualité des soins, et dégager les mécanismes optimaux sous-jacents.

Coordination / Congé

Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review (McCusker et al., 2006)

L'étude de McCusker et al. (2006) vise à déterminer si des interventions d'évaluation gériatrique globale (Comprehensive geriatric assessment (CGA)) faites à l'hôpital (incluant l'urgence) ou dans la communauté (en ambulatoire ou à domicile) auprès de personnes âgées influencent l'utilisation des salles d'urgence. Elle a aussi pour objectif d'identifier les caractéristiques des interventions qui y sont associées. Un objectif secondaire était de développer des recommandations pour de futures recherches. Il s'agit d'une revue systématique de 26 études avec groupes contrôles incluant 16 essais randomisés. Huit de ces études, dont cinq des essais randomisés, ciblaient des clientèles âgées à domicile selon les critères d'inclusion de la présente revue de revues. Il s'agit d'une revue systématique de qualité moyenne (2-). Plusieurs critères de qualité d'une revue systématique ne sont pas rencontrés (ex. biais de publication, imprécision quant à la sélection, évaluation incomplète de la qualité des études primaires, pouvant entraîner un risque d'erreur ou de biais). Il a été jugé probable que cela puisse modifier les conclusions des auteurs. Le lecteur doit donc exercer une certaine prudence dans l'interprétation des conclusions des chercheurs.

Les conclusions des chercheurs :

Les interventions menées auprès de patients hospitalisés ou qui ont fréquenté la salle d'urgence avaient peu d'effet sur son utilisation alors que celles réalisées en ambulatoire ou à domicile réussissaient à la réduire. Cependant les interventions débutées à l'hôpital ou à l'urgence étaient généralement plus brèves (moins d'un mois), souvent de type liaison, et étaient faites auprès de personnes ayant des problèmes de santé plus sévères et en plus grande perte d'autonomie, qui fréquentaient davantage la salle d'urgence et étaient plus familières avec les soins hospitaliers.

Les interventions faites dans la communauté peuvent avoir un avantage par rapport à celles à l'hôpital pour assurer la continuité des soins et offrir des alternatives pour la gestion de plusieurs problèmes aigus de santé. Une meilleure intégration avec les services médicaux de première ligne et un ciblage des clientèles à haut risque sont aussi des caractéristiques des interventions susceptibles de réduire le recours à l'urgence mais le nombre d'étude était trop faible pour permettre de l'évaluer.

Des interventions plus complexes pourraient être requises à l'hôpital (incluant salle d'urgence) pour réduire l'utilisation des salles d'urgence. Il pourrait être utile de référer aux approches de gestion des maladies chroniques incorporant un ciblage de clientèle grande utilisatrice des salles d'urgence, l'enseignement à l'autosoins et le soutien d'un gestionnaire de cas; ainsi qu'à celles visant à accroître la continuité des soins.

Les conclusions tirées des études retenues pour la présente revue de revues et description des interventions :

Deux essais randomisés avec groupe contrôle où l'intervention, réalisée en une seule fois sur une base ambulatoire, consistait en une évaluation multidisciplinaire, de la liaison avec les services de première ligne et une discussion de cas, n'ont eu aucun effet sur les visites à l'urgence. Un essai randomisé contrôlé et un essai contrôlé sans randomisation ont mesuré l'efficacité d'une intervention faite en une seule fois par une infirmière à l'urgence qui identifiait les cas, pratiquait une évaluation unidisciplinaire et effectuait de la liaison. Aucune réduction des visites à l'urgence n'a été observée.

Quatre études ont été réalisées au domicile des personnes. Deux étaient des essais randomisés avec groupe contrôle. Trois des quatre études comprenaient de la gestion de cas en continue ou sur une longue période (trois ans au maximum) alors qu'une autre recourait à de l'évaluation gériatrique avec suivi pour une période de 25 jours. Deux des études ont montré une réduction de l'utilisation de l'urgence mais une seule était un essai randomisé avec groupe contrôle. Soulignons que ces études sont hétérogènes au niveau des mesures, des durées de suivi, et des populations ciblées.

En conclusion :

Les auteurs rappellent que des problèmes de qualité et de continuité des soins aux personnes âgées en salle d'urgence sont documentés : manque de reconnaissance de problèmes qui bénéficieraient d'une évaluation plus attentive, manque de référence aux services appropriés dans la communauté, manque de communication rapide aux médecins de première ligne quant aux problèmes identifiés et aux interventions faites à l'urgence.

Les interventions qui mettent l'accent sur l'évaluation et la liaison réalisées en une seule occasion ne semblent pas influencer l'utilisation des salles d'urgence lorsqu'elles sont faites à l'hôpital. Il semble y avoir davantage de preuves de réussite lorsque les interventions sont plus complexes, sont appliquées sur une plus longue période de temps et sont faites en ambulatoire ou à domicile. Cependant, le nombre peu élevé d'études (quatre études au total dont seulement deux ERC), leur caractère hétérogène, et les nombreuses limites méthodologiques qui les affectent mettent en évidence un besoin d'accroître le nombre et la qualité des recherches avant de pouvoir poser un jugement adéquat sur cette question.

Coordination

Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people : a systematic review of randomised controlled trials (Eklund et al., 2009)

L'étude de Eklund et al. (2009) vise à revoir les études randomisées avec groupe contrôle portant sur des interventions intégrées ou coordonnées auprès des personnes âgées fragiles vivant dans la communauté quant aux effets mesurés sur les personnes, les aidants et le recours aux services. Cette étude est une revue systématique de neuf essais randomisés contrôlés de bonne qualité (1+). La qualité de chaque étude a été évaluée de façon très rigoureuse et elle variait entre 4 à 7 sur une échelle de 11 (6 et + = grande qualité ; voir Van Tulder 2003). Bien que tous les critères de qualité d'une revue systématique ne soient pas rencontrés (littérature grise absente, langue anglaise seulement), il a été jugé improbable que cela change les conclusions des auteurs. Le lecteur peut donc avoir un degré élevé de confiance dans les conclusions des chercheurs. Sept des neuf études ont montré au moins un résultat positif.

Cinq des neuf études ont été réalisées au Canada, trois aux États-Unis et une en Italie.

Les conclusions des chercheurs sont les suivantes :

Il y a des preuves que les soins intégrés ou coordonnés sont bénéfiques aux personnes âgées fragiles;

Il y a des preuves à l'effet que les soins intégrés ou coordonnés peuvent diminuer l'utilisation des services de santé (jours d'hospitalisation);

Il y a un manque de connaissance quant aux effets des soins intégrés ou coordonnés sur les aidants;

Les recherches doivent recourir davantage à des instruments valides pour mesurer les résultats;

Les recherches doivent mieux décrire en quoi consiste l'intervention, et le degré avec lequel elle s'implante.

Description des interventions :

L'intervention consistait principalement en de la gestion de cas mais dont les modalités d'application variaient d'une étude à l'autre. L'évaluation initiale était généralement faite par le gestionnaire de cas (GC) en personne ou par téléphone. Le GC collaborait avec une équipe multidisciplinaire dans cinq des neuf études. Selon les études il était disponible 24 heures par jour sur appel ou encore seulement durant les heures ouvrables. Le suivi était fait régulièrement en personne ou par téléphone ou une combinaison des deux. Bien que le transfert d'information faisait implicitement partie de la tâche du GC en étant lié à la référence et la

Programme *Actions concertées*

Annexes

coordination, les façons de faire n'étaient pas décrites dans les études primaires. Une description des interventions faites dans les groupes de comparaisons (contrôles) était aussi absente.

Au moins un bénéfice a été observé avec l'intervention dans sept des neuf études, que ce soit pour le patient, ses proches, l'utilisation des services ou les coûts. Cinq des neuf études ont révélé un résultat positif chez les clients. Parmi les quatre études ayant mesuré les effets sur la médication, trois ont révélé un effet positif alors qu'une ne montrait pas d'effet. Deux des six études ayant mesuré les activités de la vie quotidienne ont montré une amélioration mais les instruments utilisés ont été jugés peu sensibles. Ceux utilisés pour mesurer le fonctionnement physique présentaient des limites au plan psychométrique.

Seulement deux études ont évalué les effets chez les aidants. Elles ont montré une satisfaction plus élevée, par contre, elles n'ont pas mis en évidence d'effets positifs sur le fardeau.

Cinq des huit études ayant mesuré l'utilisation des services ont montré des résultats positifs, principalement en faveur d'une diminution des jours à l'hôpital ou en institution. Les résultats quant au nombre d'admission à l'hôpital ou de visites à l'urgence sont plus nuancés de même que ceux pour les soins et services à domicile. Il est intéressant de constater cependant que les trois études montrant une augmentation des soins et services à domicile après l'intervention ont aussi montré une diminution des jours d'hospitalisation. Des quatre études ayant mesuré les coûts, une seule met en évidence des coûts moindres alors que les trois autres montrent des coûts similaires.

La grande hétérogénéité des clientèles âgées fragiles commande souvent un ensemble d'interventions très individualisées de sorte que cela peut rendre plus difficile la mise en évidence des résultats de santé ou encore d'identifier quelle composante des interventions produit les effets. Les limites liées aux instruments et les tailles d'échantillon réduites peuvent aussi influencer la capacité à mettre en évidence des résultats favorables.

En conclusion :

Les résultats de cette revue renforcent donc l'importance de la coordination des services faite par des gestionnaires de cas pour produire des effets bénéfiques sur le patient (principalement au niveau de la médication) et sur l'utilisation des services de santé (réduction des journées d'hospitalisation principalement). D'autres recherches seront nécessaires pour mieux mesurer l'impact sur les aidants et d'autres effets sur la santé des personnes. Comme les modalités de gestion de cas et de suivi différaient entre les études, d'autres recherches seront nécessaires pour identifier les plus efficaces et les plus efficaces.

Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability (Liebel et al., 2009)

L'étude de Liebel et al. (2009) vise à présenter une revue critique des interventions

Programme *Actions concertées*

Annexes

à domicile impliquant une infirmière auprès d'une clientèle âgée fragile; à identifier quelles composantes des interventions contribuent directement aux résultats sur les incapacités et quelles sont les caractéristiques des personnes âgées fragiles les plus susceptibles de bénéficier des visites à domicile faites par des infirmières. Il s'agit d'une revue systématique de neuf essais randomisés contrôlés et d'une étude avec groupe contrôle apparié de bonne qualité (2+). Bien que tous les critères de qualité d'une revue systématique ne soient pas rencontrés (ex. littérature grise absente, langue anglaise seulement, absence de précision sur l'implication de deux personnes pour l'extraction, la sélection et l'évaluation de la qualité pouvant entraîner un risque d'erreur ou de biais), il a été jugé improbable que cela change les conclusions des auteurs. Le lecteur peut avoir un degré relativement élevé de confiance dans les conclusions des chercheurs en regard du résultat incapacité (qui est le résultat ciblé par cette revue systématique). Il doit cependant user de prudence dans l'interprétation des associations faites entre les éléments de la structure et du processus avec les résultats sur l'incapacité. En effet, la présence simultanée de plusieurs de ces éléments au sein d'une même intervention rend plus difficile d'isoler l'effet de l'un par rapport à l'autre. Les auteurs mentionnent que leur revue est la première du genre à cibler uniquement les personnes âgées qui ont déjà des incapacités alors que plusieurs autres ont été réalisées mais ciblaient des clientèles différentes.

Les conclusions des chercheurs :

En lien avec le résultat de santé incapacité :

Cinq des dix études ont rapporté une amélioration de l'incapacité, dont quatre montrent une différence statistiquement significative avec le groupe contrôle. Une sixième étude a rapporté des effets positifs sur l'incapacité pour un sous-groupe de la population à l'étude, celle ayant un mauvais état de santé ou une plus faible autonomie fonctionnelle. Des interventions à domicile impliquant une infirmière chez des personnes âgées qui présentent déjà des incapacités auraient le potentiel de produire des résultats favorables sur l'incapacité.

Conclusions en lien avec les éléments de la structure ou du processus et description des interventions :

Les interventions qui ont eu le plus d'effet sur l'incapacité bénéficiaient de personnel infirmier d'expérience, qui avait reçu une formation d'infirmière en santé communautaire ou qui avait complété une certification avancée en gériatrie ou encore avait une expérience antérieure auprès de la clientèle gériatrique. Une formation spécialisée sur les technologies d'évaluation en gériatrie était aussi liée à des résultats bénéfiques. Les interventions qui pouvaient offrir un horaire flexible de la part des infirmières, des visites fréquentes (4 et + par année de durée moyenne d'une heure) connaissaient davantage de succès. Ce succès était peut-être relié à la confiance instaurée, la communication soutenue avec les personnes et la capacité à détecter des problèmes de santé.

Les interventions incluait toute une évaluation gériatrique globale et celles qui avaient le plus de succès comprenaient de multiples composantes (ex. gestion des maladies chroniques, promotion de la santé) et agissaient sur plusieurs facteurs de

Programme *Actions concertées*

Annexes

risque de perte d'autonomie. Toutes les études sauf une ont eu recours à de la gestion de cas allant beaucoup au-delà du rôle de courtier et qui incluait l'évaluation gériatrique globale, les références, la défense des droits du client (advocacy), l'intervention en situation de crise, la prévention, l'enseignement à l'autosoins, l'éducation à la santé, le développement de réseau dans la communauté. Des interventions ayant eu du succès comprenaient des visites de médecins à domicile.

Lorsque les infirmières travaillaient seules, des collaborations interdisciplinaires au sein d'équipes ou avec d'autres professionnels auraient permis de mieux cibler les interventions à faire et d'accroître les résultats sur l'incapacité.

Un manque de mesure des façons de faire (process evaluation), le peu de collaboration avec les médecins, une formation insuffisante et l'absence de stratégie adressant spécifiquement l'incapacité (dont des protocoles ou outils de cheminement clinique) ont été identifiés comme étant associés à des interventions à domicile impliquant des infirmières qui se sont révélées inefficaces.

Le résultat principal (incapacité/ disability) a été mesuré de différentes façons, certaines études avec des instruments validés, d'autres avec des outils administratifs. Il y avait une grande variabilité entre les différentes interventions incluses (particulièrement au niveau des composantes des interventions, des modèles conceptuel ou théorique, de la structure organisationnelle, des intervenants et de l'évaluation). Aucune étude n'a rapporté de mesures de processus (mise en oeuvre/application des interventions) de sorte qu'il est difficile de juger si les sujets ont été exposés à toute l'intervention ou seulement en partie.

En conclusion :

Des interventions faites à domicile auprès d'une clientèle âgée fragile ont permis de diminuer l'incapacité ou ralentir la détérioration de l'incapacité. Cette clientèle provenait de références de la première ligne ou encore de l'hôpital ou l'urgence. Ces interventions comprenaient toutes une composante de gestion de cas assurée par des infirmières incluant de la coordination et de la liaison mais aussi plusieurs autres fonctions qui sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans leur efficacité. Même si le lecteur doit faire preuve de prudence dans l'interprétation des conclusions des auteurs, plusieurs des pistes suggérées par ces derniers pour développer des interventions efficaces apparaissent prometteuses.

Références

Ali, W., & Rasmussen, P. (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report*, 7(1).

Barras, S. (2005). A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 326-336. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x

Programme *Actions concertées*

Annexes

- Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: A systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community, 17*(5), 447-458. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x
- Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 12*(10), 978-986. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032
- Liebel, D. V., Friedman, B., Watson, N. M., & Powers, B. A. (2009). Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Medical Care Research & Review, 66*(2), 119-146. doi: 10.1177/1077558708328815
- McCusker, J., & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 61*(1), 53-62.
- Parker, S. G., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A. M., Abrams, K., Baker, R., et al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment, 6*(4), 1-183.
- Parkes, J., & Shepperd, S. (2003). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.
- Patterson, C. J., & Mulley, G. P. (1999). The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: A systematic review. *Clinical Rehabilitation, 13*, 101-104. doi: 10.1191/026921599677096598
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work, 6*(2), 198-216. doi: 10.1080/15433710802686898

ANNEXE N

Résumé des effets des interventions tirés des énoncés de la preuve

Programme *Actions concertées*
Annexes

Tableau 11. Résumé des effets des interventions tirés des énoncés de la preuve

Étude	Type d'intervention	Patient	Proches	Professionnels	Utilisation des services	Coûts
Ali & Rasmussen (2004)	• Planification de congé	• Pas d'effet sur le taux de mortalité	• N.D.	• N.D.	• Réduction des réadmissions hospitalières • Pas d'effet sur la durée du séjour à l'hôpital ou l'endroit où le patient réside à sa sortie de l'hôpital	• N.D.
Preyde et al. (2009)	• Planification de congés	• N.D.	• N.D.	• N.D.	• Effet modéré sur les réadmissions hospitalières	• N.D.
Barras (2005)	• Évaluations en ergothérapie à domicile	• N.D.	• N.D.	• N.D.	• N.D.	• N.D.
Hastings & Heflin (2005)	• Interventions visant à améliorer le congé	• Amélioration du statut fonctionnel des aînés à risque (≥ 75 ans et/ou fragiles et/ou dépendantes)	• N.D.	• N.D.	• Effet incertain sur l'utilisation des services de santé	• N.D.
McCusker & Verdon (2006)	• Évaluations gériatriques globales	• N.D.	• N.D.	• N.D.	• Pas d'effet sur l'utilisation des services d'urgences	• N.D.
Eklund & Wilhelmson (2009)	• Interventions coordonnées et intégrées visant les aînés fragiles	• Effets bénéfiques sur le patient (au niveau de la médication surtout) et sur l'utilisation des services de santé (pour réduire les jours d'hospitalisation surtout)	• N.D.	• N.D.	• Diminution du recours à certains services dont les journées d'hospitalisation	• N.D.
Liebel et al. (2009)	• Interventions à domicile par des infirmières	• Diminution de l'incapacité ou ralentissement de la détérioration de l'incapacité	• N.D.	• N.D.	• N.D.	• N.D.

N.D. Non disponible.

Références

- Ali, W., & Rasmussen, P. (2004). What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital / community interface for older people? A critical appraisal of the literature. *NZHTA Report*, 7(1).
- Barras, S. (2005). A systematic and critical review of the literature: the effectiveness of occupational therapy home assessment on a range of outcome measures. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 326-336. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00496.x
- Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: A systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 447-458. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x
- Hastings, S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 12(10), 978-986. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032
- Liebel, D. V., Friedman, B., Watson, N. M., & Powers, B. A. (2009). Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Medical Care Research & Review*, 66(2), 119-146. doi: 10.1177/1077558708328815
- McCusker, J., & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(1), 53-62.
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(2), 198-216. doi: 10.1080/15433710802686898