

Revue rapide



Prestation de soins de proximité : caractéristiques des services de santé à domicile et communautaires à rendement élevé

Revue rapide préparée pour la Fondation canadienne
pour l'amélioration des services de santé

A. Peckham, S. Carbone, M. Poole, S. Allin et G. Marchildon

Avril 2019

Le présent rapport a été préparé par le North American Observatory on Health Systems and Policies à la demande de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Canadian Foundation for **Healthcare Improvement**

Fondation canadienne pour **l'amélioration des services de santé**

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). La FCASS est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCASS ou de Santé Canada. Cette publication est fournie « telle quelle » et ne doit être utilisée qu'à des fins d'information et d'éducation. La FCASS n'assume aucune responsabilité quant aux déclarations et garanties relatives à l'utilisation de la présente publication.

Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ni d'aucun autre partenaire du North American Observatory on Health Systems and Policies.

Référence suggérée :

Peckham, A, S. Carbone, M. Poole, S. Allin et G. Marchildon. « Prestation de soins de proximité : caractéristiques des services de santé à domicile et communautaires à rendement élevé », Toronto : North American Observatory on Health Systems and Policies, *Revue rapide*, n° 13, 2019.

Remerciements :

Nous tenons à souligner l'apport des experts qui nous ont permis de découvrir certains programmes uniques offerts à l'échelle du Canada. Nous souhaitons également témoigner notre reconnaissance à Émilie Dionne et à l'équipe du CPPHC (une initiative du Réseau pancanadien sur les innovations en soins de santé intégrés et de première ligne des Instituts de recherche en santé du Canada – IRSC-ISSPLI – en matière d'analyse comparative des politiques et programmes) pour leur grande expertise et leur connaissance approfondie des différents programmes communautaires offerts pour soutenir les Canadiens.

Veillez faire parvenir vos demandes relativement à la publication à :

North American Observatory on Health Systems and Policies

155, rue College, bureau 425

Toronto (Ontario) M5T 3M6

Table des matières

Sommaire	1
Introduction et contexte	2
Méthode	4
Limites	6
Aperçu de l'analyse	7
Résultats d'intérêt.....	7
Capacités fonctionnelles	8
Placements en établissement et réadmissions à l'hôpital.....	9
Coûts	10
Bien-être, qualité de vie et expériences	10
Satisfaction.....	11
Éléments communs des interventions à rendement élevé	11
Intensité de l'intervention	11
Soutien aux aidants.....	12
Approche personnalisée	12
Soutien social	13
Soutien et éducation en matière d'autogestion	13
Approches normalisées pour faciliter la transition entre divers prestataires et services	13
Disponibilité des soins.....	14
Approches à composantes multiples	14
Équipes multidisciplinaires.....	14
Conclusions	18
Annexe A : Stratégie de recherche MEDLINE.....	20
Annexe B : Résumé de la documentation à l'étude.....	22
Annexe C : Modèles prometteurs de soins de proximité au Canada	36
Annexe D : Articles et facteurs soulignés.....	40
Références	42

Sommaire

Au Canada comme dans d'autres pays, on remarque un intérêt important pour le transfert des soins depuis les établissements vers le domicile et les contextes communautaires afin de mieux répondre aux besoins d'une population grandissante de personnes âgées souffrant de maladies complexes. L'objectif du présent rapport est de résumer et d'évaluer diverses études (p. ex., revues systématiques, études de portée) afin de cerner les éléments déterminants des soins de proximité à rendement élevé.

Les résultats de cette revue rapide suggèrent qu'une amélioration des capacités fonctionnelles est plus probable lorsqu'on recourt à des interventions et à des programmes à long terme qui proposent du soutien de différents types (p. ex., éducation, gestion de cas). De même, on remarque que le placement en établissement de soins de longue durée est reporté et que le nombre d'hospitalisations est diminué chez les patients qui reçoivent des soins personnalisés à composantes multiples offerts par une équipe multidisciplinaire. Les résultats étaient variables sur le plan de la satisfaction. Toutefois, celle-ci semble être plus élevée dans le cas d'interventions offrant diverses formes de soutien et adaptées aux besoins individuels. Les résultats obtenus n'indiquent pas clairement si les interventions en question permettent de réaliser des économies de coûts. Il semble plutôt qu'une baisse des coûts engendrés en comparaison des coûts habituels des soins soit associée à l'utilisation réduite des services et à un recours accru à des structures de soutien à moindre coût, dont les aidants non rémunérés et la technologie. On remarque également des résultats variables quant à l'incidence des programmes sur le bien-être et la qualité de vie des patients.

Nos travaux nous ont permis de cerner sept éléments essentiels qui semblent favoriser le succès des interventions de soins de proximité. L'une des prochaines étapes serait d'évaluer la mesure dans laquelle les modèles de soins de proximité parviennent à intégrer ces sept éléments, tels que présentés ci-dessous :

1. Mettre en place un **plan à long terme** (sur plusieurs mois) qui comprend des visites fréquentes ou régulières aux mêmes prestataires de soins.
2. Offrir du **soutien pour les aidants rémunérés et non rémunérés**. Ce soutien comprend de la formation sur la gestion de l'état de santé ou de la maladie ainsi que des mesures de soutien psychosocial (p. ex., service de consultation officiel ou informel, par l'entremise de forums de soutien en ligne ou de discussions en personne).
3. Offrir **un vaste choix de programmes** et de méthodes de prestation des soins. Proposer à la fois du **soutien social**, comme le transport vers des activités de groupe pour contrecarrer l'isolement social, ainsi que du **soutien en matière d'autogestion**, qui consiste à offrir de l'encadrement et de la formation conjointement avec d'autres

mesures de soutien (c.-à-d. que cela s'inscrit dans un plan d'interventions à composantes multiples).

4. Procéder à la planification des soins et à la prise de décisions en collaboration avec le patient et les aidants pour s'assurer d'offrir un **soutien personnalisé** qui répond aux besoins et aux objectifs propres à chaque personne.
5. **Mettre en place des lignes directrices et des protocoles cliniques harmonisés** pour faciliter la coordination des soins, assurer une transition des soins en douceur et éclairer la prise de décisions des prestataires de soins de santé.
6. Proposer un accès à du **soutien en tout temps et à toute heure** à l'aide de la technologie (p. ex., visites virtuelles, appels).
7. Mettre en place des **équipes de soins multidisciplinaires** bien intégrées.

Introduction et contexte

Depuis plus de vingt ans, les efforts pour offrir et améliorer les soins de proximité représentent un sujet d'importance dans la sphère politique. Ce désir de consolider les soins à domicile et communautaires reflète l'évolution des besoins d'une population dont les membres vivent plus longtemps avec des maladies de plus en plus complexes [1-4]. Cette transformation à l'échelle de la population ainsi que le désir de participer activement à la société le plus longtemps possible ont contribué à alimenter cet intérêt [5, 6]. Parallèlement, le discours politique a sans cesse rappelé l'importance d'offrir des soins de proximité de façon à donner priorité au patient et à optimiser les ressources [7, 8].

Les responsables des politiques, les prestataires de soins, les administrateurs et les citoyens s'entendent pour dire qu'il est nécessaire d'améliorer l'accès aux soins de proximité et l'expérience de ceux qui y ont recours. Cependant, les mesures à prendre pour atteindre les résultats souhaités font l'objet de débats récurrents, et rarement d'un accord unanime [6]. Le système de santé est composé de nombreux sous-secteurs diversifiés et interreliés (p. ex., soins hospitaliers ou spécialisés, soins de santé primaires et soins communautaires). Au Canada, le sous-secteur des soins à domicile et communautaires est unique puisqu'il n'est pas couvert par le régime d'assurance maladie, ce qui entraîne des différences considérables entre les régions et même au sein de celles-ci [4, 9-12]. Compte tenu de cette variabilité et de la diversité des services toujours plus nombreux offerts par ce sous-secteur, le présent rapport souligne les efforts déployés pour prodiguer des soins de proximité qui intègrent des interventions spécialisées complexes ainsi que des programmes communautaires pour les résidents (programmes de jour, télésanté).

Bien que le recours aux services et au soutien communautaires ait augmenté afin de répondre aux besoins de plus en plus complexes des Canadiens, les caractéristiques des soins à domicile et communautaires à rendement élevé sont encore mal connues [12-14]. Nous n'avons qu'une

compréhension partielle des caractéristiques et éléments précis des soins de proximité qui sont incontournables pour parvenir à répondre aux besoins des Canadiens et à obtenir les résultats que les gouvernements provinciaux et territoriaux souhaitent atteindre relativement au système de santé.

L'objectif du présent rapport est de résumer et d'évaluer diverses études (p. ex., revues systématiques, études de portée) afin de cerner les éléments déterminants des soins de proximité à rendement élevé. À partir d'une analyse préliminaire des publications portant sur les programmes de soins de proximité, nous avons défini que les programmes communautaires à rendement élevé sont ceux qui ont atteint un ou plusieurs des résultats suivants : maintien ou amélioration des capacités fonctionnelles; prévention ou report des soins non essentiels en établissement (p. ex., hôpital, services d'urgence, soins de longue durée); réduction du taux de réadmission; diminution ou maintien de la hausse des coûts; amélioration du bien-être et de la satisfaction des patients; amélioration de l'expérience des patients, des aidants non rémunérés et des prestataires de soins. Pour terminer, nous présenterons un cadre opérationnel qui définit et résume les caractéristiques des services à domicile et communautaires à rendement élevé.

Méthode

Une stratégie de recherche exhaustive a été élaborée en consultation avec une bibliothécaire spécialisée en sciences de la santé de l'Université de Toronto. Cette stratégie visait à recenser des exposés de synthèse publiés au cours des cinq dernières années portant sur les caractéristiques et les résultats d'un vaste ensemble d'interventions à domicile et communautaires. Puisque cette recherche ne se prétend pas une revue systématique, les articles sélectionnés l'ont été à l'aide d'une approche semblable, quoique différente, à celle du système PRISMA, un cadre d'analyse et de méta-analyse systématiques fondé sur un ensemble d'éléments essentiels [15-17].

Nous avons d'abord établi la question de recherche : quels sont les principaux attributs des soins à rendement élevé offerts à proximité du domicile des patients?

Ensuite, nous nous sommes appuyés sur la stratégie exemplaire d'analyse systématique MEDLINE du *British Medical Journal* afin de trouver les publications pertinentes. Des recherches dans la base de données MEDLINE ont été effectuées pour repérer les articles d'analyse et les méta-analyses¹ portant sur les interventions de soins de proximité. Des termes de recherche variés ont été utilisés afin de trouver des publications traitant des principales caractéristiques ou composantes des programmes de soins à domicile ou communautaires. Par cette approche, nous cherchions à obtenir des données sur les cinq résultats d'intérêt suivants : 1) réadmissions à l'hôpital, 2) économies de coûts, 3) capacités fonctionnelles, 4) placements en établissement, 5) bien-être et satisfaction. La stratégie de recherche complète et les principaux termes de recherche utilisés sont présentés à l'annexe A.

Cette stratégie de recherche a permis de sélectionner 152 références, qui ont ensuite été importées dans le logiciel Covidence pour être filtrées davantage. Afin de sélectionner les publications pertinentes, une chercheuse (S. C.) a vérifié chacun des titres et des résumés pour établir leur pertinence dans le cadre de la présente revue; 54 articles ont ainsi été éliminés. Des critères d'inclusion peu restrictifs ont été utilisés pour filtrer les publications en fonction de leurs titres et résumés. Tous les exposés de synthèse (c.-à-d. analyses documentaires, études de portée ou revues systématiques) portant sur des interventions de soins communautaires ou à domicile (groupes de soutien, soins spécialisés, soins primaires, etc.) et évaluant l'efficacité des interventions en fonction d'un ou de plusieurs des cinq résultats d'intérêt ont été conservés pour être examinés dans leur intégralité.

¹ <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/study-design-search-filters/> (en anglais seulement).

Critères d'exclusion :

1. Recherches portant seulement sur des pays à revenu faible ou moyen
2. Publications antérieures à 2014
3. Publications portant sur une population précise qui ne reçoit pas habituellement de soins à domicile (p. ex., dépression maternelle, dermatologie)²

Nous avons ensuite effectué un examen du texte intégral des 98 articles restants. Lors de cette étape, les caractéristiques suivantes ont été utilisées pour éliminer les articles non pertinents : intervention se produisant ailleurs qu'à domicile ou dans la communauté (17 articles); population de patients trop précise (5 articles); articles rédigés dans une langue autre que l'anglais (3 articles); version antérieure d'une étude (3 articles); texte intégral non disponible (2 articles); protocole de l'étude insatisfaisant (2 articles); article sous forme de commentaire (1 article). Pour des raisons pratiques, seules les études publiées entre 2014 et 2019 ont été incluses, ce qui a entraîné le rejet de 34 autres publications. Un ensemble final de 31 publications a été pris en compte dans la présente revue. Toutefois, deux revues systématiques faisaient partie de la même publication. Elles ont été extraites séparément, pour un total de 32 publications à l'examen.

Les données ainsi obtenues se trouvent sous forme de tableau à l'annexe B. Les résultats de la présente analyse sont présentés en deux étapes. La première étape consiste en un résumé des programmes qui ont obtenu des résultats positifs en ce qui concerne les capacités fonctionnelles, le nombre de placements à l'hôpital ou en établissement, les coûts, le bien-être, la qualité de vie et la satisfaction.

Faisant suite à cette analyse descriptive, la deuxième étape vise à présenter les facteurs associés à ces résultats positifs. Pour ce faire, une analyse thématique des conclusions des 32 publications (voir l'annexe B) a été effectuée. À l'aide d'un formulaire d'extraction de données, une chercheuse (M. P.) a fait ressortir les facteurs pouvant expliquer ces résultats positifs, que leur effet soit réel ou perçu. L'effet des données probantes (voir la colonne 6 de l'annexe B) a été évalué selon que les auteurs sont parvenus ou non à observer des effets constants (positifs, négatifs ou neutres) attribuables à une certaine intervention. Par exemple, un signe « + » a été attribué lorsque les soins à domicile offerts par des infirmiers praticiens ont amélioré de façon constante les fonctions physiques des patients et réduit les taux de chute et d'admissions à l'hôpital [32]. Une fois les données extraites, deux chercheurs (M. P. et A. P.) ont procédé à une révision par induction des conclusions afin de cerner les principaux thèmes et facteurs de réussite. Les éléments présentés comme des facteurs essentiels de réussite dans trois articles ou plus ont été retenus.

En complément de cette analyse, nous avons consulté des experts de partout au Canada afin de repérer un éventail de programmes prometteurs axés sur la prestation de soins de proximité. Cette liste, présentée à l'annexe C, ne se veut pas exhaustive, mais vise plutôt à présenter plusieurs programmes actuellement offerts à l'échelle du pays.

² Ces publications ont principalement été exclues parce que les interventions concernées étaient très spécialisées et n'avaient pas atteint l'un des cinq résultats d'intérêt mentionnés plus haut.

Limites

Les conclusions doivent être interprétées avec prudence; elles ne doivent pas être considérées comme causales. En particulier, certaines d'entre elles sont fondées sur les postulats des auteurs des articles inclus et n'ont pas été validées empiriquement. Bien que certains des articles compris dans l'analyse proposent une évaluation de la qualité des données probantes (revues systématiques), d'autres ne le font pas (études de portée). Par conséquent, la qualité des données n'est pas nécessairement uniforme. De plus, seules les données provenant d'études universitaires ont été prises en compte. Ainsi, bien qu'il s'agisse d'une revue transparente et complète, il se peut qu'elle n'aborde pas toutes les caractéristiques démontrées des modèles de soins de proximité efficaces.

Aperçu de l'analyse

Parmi les 32 publications que recense la présente revue, 2 sont des revues intégratives [18, 19], 6 sont des études de portée [20-25] et 24 sont des revues systématiques [26-44]. Chaque revue porte sur les résultats d'entre 7 [45] et 165 études [40].

Des populations variées font l'objet de ces revues :

- Personnes âgées [18, 19, 32, 35, 36, 41, 46]
- Personnes souffrant de maladies chroniques [21, 27, 29, 38, 40, 42]
- Personnes souffrant de problèmes mentaux ou neurologiques [22, 33, 34, 37, 39]
- Patients en soins palliatifs [24, 25, 43, 44, 47]
- Personnes âgées souffrant d'autres maladies [30, 31, 48, 49]
- Population générale [23, 28, 50]
- Aidants non rémunérés (famille ou amis) [45]
- Enfants [20]

Les revues prises en compte dans cette étude portent sur un large éventail d'interventions, qui ont été regroupées dans les catégories suivantes :

- Interventions communautaires générales [18, 21, 25, 27, 33-35, 42-44, 47]
- Interventions dirigées par un prestataire de soins (c.-à-d. propres à une catégorie de professionnel, p. ex. les services paramédicaux, les équipes communautaires de soins en santé mentale, le personnel infirmier) [23, 30-32, 36, 50]
- Interventions de gestion de cas [29, 39, 40, 45]
- Interventions à l'aide de la technologie [19, 38, 49]
- Physiothérapie ou interventions basées sur l'exercice [20, 22, 41]
- Interventions non pharmacologiques ou thérapeutiques visant à fournir du soutien aux adultes souffrant de dépression ou en soins palliatifs [24, 48]
- Formation à l'intention des aidants rémunérés [46]
- Autres interventions (centres de soins médicaux, intervention en situation de crise) [28, 37]

Ces caractéristiques des divers programmes n'étaient pas mutuellement exclusives et se recoupaient dans bien des cas. Par exemple, des approches de gestion de cas étaient fréquemment utilisées dans le cadre d'interventions communautaires.

Résultats d'intérêt

La plupart des revues soulèvent divers résultats associés aux interventions, y compris dans les domaines suivants :

- Autogestion [18, 50]
- Satisfaction [18, 19, 23, 32, 35, 37, 40, 45, 47, 50]
- État de santé [18, 23, 28, 31, 40, 41]
- Capacités fonctionnelles [18, 22, 32, 36, 40, 41, 45]
- Qualité de vie [18, 22-25, 31, 32, 34-37, 39, 41, 45-47, 50]
- Apprentissage de nouvelles connaissances [18, 40]
- Coûts [18, 19, 21-23, 28, 29, 32, 33, 35, 37, 41, 43, 45, 47, 50]
- Santé mentale et bien-être [19, 22, 24, 30, 31, 36, 39, 43-46, 48]
- Mortalité [21, 27, 35, 37, 38]
- Respect du traitement [19, 27, 28, 31, 40]
- Utilisation des services ou des ressources [21, 23, 28, 32, 35-40, 50]
- Placement en établissement ou admission à l'hôpital [19, 21, 30, 32, 35-38, 45]
- Fardeau des aidants [22, 37, 39, 44, 45]
- Gestion des symptômes [24, 25, 47, 50]

Ces résultats ont été classés en fonction des principaux résultats d'intérêt, tels que décrits ci-dessus dans la section « Méthode » (capacités fonctionnelles, placements en établissement et réadmissions à l'hôpital, coûts, bien-être et satisfaction, expériences).

Capacités fonctionnelles

Sept revues présentaient des résultats relatifs aux fonctions physiques [18, 22, 32, 36, 40, 41, 45]. Elles proposaient également des mesures relatives aux fonctions générales, à la condition physique et aux chutes. Six des revues ont constaté une incidence positive des interventions sur les capacités fonctionnelles [18, 22, 32, 36, 40, 41], et une des interventions n'a eu aucun effet sous cet aspect [45]. Parmi les interventions qui ont eu un effet positif, on trouve les interventions dirigées par des cliniciens [18, 32, 36], les interventions communautaires basées sur l'exercice [22, 36, 41] et les interventions de gestion des maladies chroniques [40].

Les interventions dirigées par des cliniciens ont semblé plus bénéfiques lorsque les prestataires de soins de santé informaient les patients ou les aidants de la progression de la maladie et leur enseignaient à en repérer les signes et symptômes. De plus, on remarquait une amélioration des capacités fonctionnelles dans le cas de services qui incluaient des appels de suivi planifiés par des infirmiers et qui adoptaient une approche personnalisée des soins [18, 32, 36].

Plus précisément, les meilleurs résultats ont été obtenus dans le cas d'interventions personnalisées [18] qui recouraient au travail d'infirmiers praticiens [32] et à des exercices de base au moment des visites à domicile [36]. Les programmes d'exercices non traditionnels (p. ex., boxe, tango) sont des solutions créatives qui pourraient améliorer l'équilibre des personnes atteintes de la maladie de Parkinson [22]. Le taux de participation aux programmes d'exercice peut être augmenté lorsque ceux-ci sont appuyés par des prestataires ou des spécialistes de soins

primaires [41]. Les interventions liées aux maladies chroniques qui intégraient deux éléments du modèle de soins chroniques³ étaient plus susceptibles d’entraîner des améliorations importantes, et les interventions le plus souvent associées à des résultats positifs étaient celles qui combinaient des éléments touchant à la fois la conception du système de prestation et le soutien en matière de prise de décisions [40].

Placements en établissement et réadmissions à l’hôpital

Neuf des revues prises en considération s’intéressaient aux placements en établissement et aux réadmissions à l’hôpital [19, 21, 30, 32, 35-38, 45]. Les interventions examinées dans six des revues ont mené à une réduction du nombre de placements en établissement (ou de leur durée) [19, 21, 32, 35, 36, 45]. Les revues en question portaient sur des interventions de gestion de cas [45], des interventions dirigées par des cliniciens [32, 36], des interventions communautaires [30, 35], des interventions à l’aide de la technologie (p. ex., communication vidéo en temps réel) [19] et des interventions à composantes multiples [21]. Selon deux revues, les interventions en situation de crise et les interventions de télésurveillance à domicile n’ont eu aucun effet sur le taux de placements en établissement [37, 38]; une des revues portant sur des équipes d’intervention communautaire en santé mentale a même rapporté que l’intervention avait entraîné une augmentation des admissions à l’hôpital [30]. Cependant, il se peut que cette hausse du nombre d’admissions constitue un résultat positif, car les équipes de santé communautaire seraient parvenues à aiguiller plus rapidement les patients vers l’hôpital et à prévenir des complications ultérieures.

Parmi les interventions à composantes multiples, celles qui sont le mieux parvenues à réduire le taux de réadmissions sont celles qui utilisaient la planification du congé et qui effectuaient un suivi rapide après le retour à la maison [21]. Les interventions en matière de gestion de cas offraient quant à elles de l’aide à la gestion pour les infirmiers pendant un maximum de 24 mois, des groupes de soutien axés sur les objectifs pour les aidants et des services individualisés pour les patients [45]. Une des études a relevé que les survivants d’accidents vasculaires cérébraux se remettaient beaucoup moins bien avec des interventions de type « foyers-hôpitaux » qu’avec un traitement au sein d’une unité spécialisée en AVC. Toutefois, des solutions de rechange comme les interventions foyers-hôpitaux peuvent convenir dans le cas de nombreuses maladies aiguës et chroniques. Cependant, les résultats ne montrent pas avec certitude quelle option de soins préfèrent les patients [35]. Les programmes communautaires de soins paramédicaux ont permis d’éviter des visites aux services d’urgence et des réadmissions grâce à une meilleure mobilisation communautaire, à la collaboration entre divers organismes et à la prévention ciblée [23].

³ Le modèle de soins chroniques est un cadre de travail à composantes multiples qui précise les éléments nécessaires pour appuyer des approches de gestion des maladies chroniques de grande qualité et centrées sur le patient <https://www.niddk.nih.gov/health-information/communication-programs/ndep/health-professionals/practice-transformation-physicians-health-care-teams/team-based-care/chronic-care-model> (en anglais seulement).

Coûts

Les coûts engendrés sont le résultat le plus souvent mentionné dans les diverses revues consultées [18, 19, 21-23, 28, 29, 32, 33, 35-37, 41, 43, 45, 47, 50]. Parmi les études qui mesuraient les coûts, les interventions avaient généralement un effet positif ou négligeable; toutefois, dans nombre de cas, la qualité des données probantes était souvent insuffisante. L'une des revues a souligné une réduction des coûts associée aux interventions dirigées par des cliniciens [18], et trois autres n'ont rapporté aucun effet [32, 36, 50]. Les soins offerts par des infirmiers praticiens (que ce soit à la maison ou en établissement) ont obtenu des résultats égaux ou supérieurs aux soins prodigués par des médecins et aux soins à domicile habituels dans toutes les catégories de résultats d'intérêt à l'exception des coûts, et ce, même si le recours aux infirmiers praticiens était plus efficace pour réduire le taux d'utilisation des services [32]. De plus, les soins à domicile ont fréquemment entraîné une réduction des coûts (par opposition aux soins de courte ou de longue durée en établissement) [32]. Dans une des revues [28], les interventions à composantes multiples ont eu une incidence positive, alors qu'une autre revue suggérait plutôt des résultats variables [21]. Une des études a relevé une incidence positive des interventions de gestion de cas sur les coûts engendrés [45]. Selon une autre étude, les interventions de gestion des maladies chroniques n'ont pas eu d'effet évident sur le total des coûts [29]. Les interventions communautaires ont eu un effet positif selon trois revues [33, 35, 47], un effet neutre selon deux revues [23, 41] et des effets variables selon deux dernières [22, 43]. Les interventions technologiques n'ont pas eu un effet évident sur les coûts engagés selon une des publications [19]. Les interventions en situation de crise auprès de personnes atteintes de maladies mentales graves étaient associées à des coûts inférieurs à ceux des soins traditionnels lorsqu'elles étaient effectuées par une équipe multidisciplinaire offrant des soins d'urgence ainsi que des soins en situation de crise, et ce, à la fois durant les heures de bureau et hors de celles-ci. Toutefois, la qualité des données obtenues est discutable [37], et ces résultats doivent être utilisés avec prudence.

Bien-être, qualité de vie et expériences

La qualité de vie, qui englobe le bien-être des patients, leur expérience et l'expérience des aidants, était l'un des résultats dans 17 des revues consultées [18, 22-24, 31, 32, 34-37, 39, 41, 43, 45-47, 50]. Quatre revues estimaient que les interventions cliniques avaient le potentiel d'améliorer la qualité de vie et le bien-être global [18, 32, 36, 50]. Les approches de gestion des cas ont eu à la fois un effet négligeable et un effet positif sur la qualité de vie dans deux revues [39, 45]. Les interventions de gestion de cas n'ont eu aucune incidence sur le degré de satisfaction des patients, mais ont cependant contribué à la réduction des taux de dépression après six mois, quoique pas après douze mois [45]. Certaines données probantes suggèrent que les interventions de gestion de cas ont contribué à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant d'arthrite ou de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) [40]. Six revues ont rapporté un effet positif découlant des interventions communautaires [23, 31, 34, 41, 43, 47], une autre n'a souligné aucun effet [35] et une dernière a relevé des effets variables [22]. Des études ont attesté

le potentiel des interventions éducatives [46], des interventions en situation de crise [37] et des interventions thérapeutiques [24] relativement à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être.

Satisfaction

Dix des revues consultées s'intéressaient à la satisfaction [18, 19, 23, 32, 35, 37, 40, 45, 47, 50]; dans certains cas, ce résultat était compris dans la catégorie de la qualité de vie. Les interventions dirigées par des cliniciens ont eu une incidence positive sur la satisfaction dans trois revues [23, 32, 50]. Une revue portant sur les interventions de gestion de cas n'a relevé aucun effet sur la satisfaction [45]. Les interventions communautaires ont eu un effet positif selon deux revues [18, 47] et des résultats variables dans une autre [35]. Les interventions technologiques (p. ex., prestation de services au moyen de visites virtuelles) [19], les interventions en situation de crise [37] et les interventions liées aux maladies chroniques [40] ont toutes eu un effet positif sur la satisfaction. Les interventions paramédicales ont également entraîné une hausse de la satisfaction des patients [23]. Les visites virtuelles combinées aux visites à domicile et aux services infirmiers traditionnels ont été associées à un haut niveau de satisfaction à la fois des patients et du personnel infirmier [19].

Éléments communs des interventions à rendement élevé

L'évaluation des différentes publications à l'étude a permis de cerner neuf éléments communs associés aux interventions de soins à rendement élevé (c.-à-d. les interventions visant à fournir des soins de proximité qui apportent des résultats positifs dans au moins une des cinq catégories de résultats d'intérêt). L'annexe C met en évidence les revues qui ont relevé un ou plusieurs de ces neuf éléments.

Ces facteurs ne s'excluent pas mutuellement, et les données probantes suggèrent plutôt que l'intégration de l'ensemble de ces éléments entraînerait des résultats optimaux. Une étude en particulier [51] a souligné l'efficacité d'une intervention qui tentait d'intégrer plusieurs de ces facteurs de réussite : « Les interventions les plus susceptibles d'améliorer les connaissances et les comportements en matière d'autogestion des soins sont les interventions à teneur éducative proposant du contenu personnalisé, des méthodes combinées et de la formation individuelle, le tout sur des séances multiples. »

Intensité de l'intervention

Les interventions offrant des soins de plus longue durée (plusieurs mois plutôt que plusieurs semaines), une fréquence de visite accrue (ou de points de communication) et une stabilité des prestataires de soins investis dans le traitement ont été associées à une amélioration des capacités fonctionnelles ainsi qu'à un report de l'admission en établissement de soins de longue durée [22, 25, 27, 34, 41, 43]. La durée de l'intervention était particulièrement pertinente dans

le cas des programmes d'exercices visant à améliorer les fonctions physiques. En effet, les résultats montrent que, plus une intervention était longue, plus ses avantages étaient grands [18, 22, 41]. De même, il est reconnu que les interventions visant à traiter la dépression sont plus efficaces si elles sont réalisées sur le long terme plutôt que sur le court terme [25]. Les interventions de gestion de cas d'une durée de 18 mois qui faisaient participer les patients et misaient sur la réduction des troubles comportementaux étaient plus efficaces que les interventions de plus courte durée [39]. Toutefois, les conclusions des recherches laissent également entendre que les différences entre les interventions à l'étude ne permettent pas d'associer avec confiance les résultats obtenus à la durée des interventions de gestion de cas ou de soins ambulatoires [21, 39].

Soutien aux aidants

Les aidants ont été reconnaissants des interventions qui comprenaient des structures de soutien propres aux aidants rémunérés et non rémunérés, car elles contribuaient à améliorer leur confiance et à réduire leur fardeau [22, 33, 34, 44, 46]. Selon de solides données probantes, la gestion de cas pour les aidants naturels et d'autres mesures de soutien en santé mentale ont mené à une forte baisse de la dépression chez les aidants et à un prolongement de la durée de résidence hors établissement pour les personnes recevant les soins [19, 43, 45]. La plupart du temps, les études à l'examen recommandaient d'améliorer la compréhension que les aidants naturels, rémunérés et non rémunérés, ont de la maladie grâce à la formation et à l'éducation sur la gestion de la maladie et des comportements [25, 33, 34, 46]. Le soutien professionnel à long terme semblait plus bénéfique pour les aidants [24, 36, 37, 40].

Approche personnalisée

Les études ont démontré que les interventions souples et adaptées aux besoins et aux préférences des patients et des aidants amélioraient les résultats en matière de santé et de satisfaction. Ces approches comprenaient souvent un processus de gestion de cas ou d'établissement d'objectifs significatifs pour cerner les besoins globaux des patients et mettre en place un plan de soins personnalisé en fonction de ces besoins [25, 29, 47]. L'échange d'information entre prestataires de soins est essentiel pour faciliter les soins personnalisés et permet d'améliorer les résultats de santé pour les patients [18]. Selon Cooper (2017), cette approche axée sur le patient diffère des soins plus traditionnels et centrés sur les tâches, car elle accorde une grande souplesse aux rôles et permet d'adapter les services en fonction de chaque patient. Il a été démontré que la prestation de soins personnalisés à domicile allonge la durée de traitement hors établissement, augmente la satisfaction et améliore le sentiment de compétence en matière d'autogestion des soins ou de prestation des soins en tant qu'aidant naturel [39, 43, 45]. En adoptant une méthode de soins non centrés sur les tâches, les prestataires de soins de santé étaient en mesure de répondre aux besoins de personnes d'âge, d'état de santé et de circonstances sociales diversifiés [23, 32, 46].

Soutien social

Les interventions qui offraient du soutien social à domicile ou en soins communautaires aux patients, par exemple le transport ou des visites, ont contribué à la capacité de ces patients de rester à la maison et d'autogérer leurs soins [12]. L'isolement et la solitude sont des obstacles à l'autogestion efficace, de même qu'au respect du traitement et du plan de médication [20, 21, 39]. Selon Challis (2014), l'augmentation des structures de soutien qui ciblent un meilleur accès à la socialisation est un facteur clé pour permettre aux patients de demeurer chez eux [30].

Soutien et éducation en matière d'autogestion

Les interventions éducatives et d'encadrement à l'intention des patients et des aidants renforcent leur confiance et leur autonomie, en plus d'améliorer leurs efforts d'autogestion [11, 32]. L'utilisation de trousse d'outils éducatifs sur l'autogestion a approfondi les connaissances des patients à propos de leur état ou maladie [19, 33, 35, 43] et de la sécurité [15]. Il a été démontré que de meilleures compétences d'autogestion et de pratiques de prestation entraînent une amélioration des comportements liés à la santé et une augmentation du temps passé hors de l'hôpital ou d'un établissement de santé [19, 29, 38]. Les patients sont donc restés plus longtemps à la maison [12, 25]. Dans le cas de la gestion des soins chroniques, les structures de soutien à l'autogestion étaient souvent considérées comme plus efficaces lorsqu'elles étaient combinées à des interventions à composantes multiples [11, 14, 22, 33].

Approches normalisées pour faciliter la transition entre divers prestataires et services

L'adoption d'approches normalisées limpides était particulièrement utile en périodes de transition et lorsque les patients devaient changer de prestataire de soins. Par exemple, les infirmiers et infirmiers praticiens sont parvenus à offrir des soins de la même qualité en reprenant des interventions dirigées par des médecins lorsqu'ils avaient accès à des ressources telles que des lignes directrices et des protocoles, des évaluations professionnelles et des protocoles de recommandation clairs [23, 43]. On remarque également qu'il est important de mettre en place des protocoles de soins de transition continus et efficaces afin d'obtenir des résultats positifs [14]. Les fonctions de transition assumées par des infirmiers se sont démarquées par leurs résultats liés aux coûts et aux patients [25]. La formation appropriée du personnel en soins de transition, par exemple les ambulanciers communautaires, peut également faciliter la collaboration efficace entre organismes, ce qui permet aux patients d'obtenir les services de santé les plus appropriés pour eux [16]. Cela souligne l'importance de renforcer les ressources de coordination des soins pour les aidants en soins de santé primaires afin d'aider ceux-ci à prendre des décisions éclairées. Par exemple, les prestataires seront ainsi plus aptes à déterminer si certains soins devraient être confiés à d'autres soignants (p. ex., services d'urgence ou médecin généraliste) ou à une structure de soins externes (comme la communauté).

Disponibilité des soins

Les interventions qui offraient un accès en tout temps aux services permettaient aux patients de mourir à domicile [25, 44] et aux établissements de réaliser des économies de coûts [47] et de prévenir les rechutes [19]. L'accès à du soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 était facilité par la technologie, notamment grâce à des services d'appel en tout temps [37, 47]. Les études ont démontré que la technologie contribue à la coordination des soins [19]. Les données probantes relatives à la disponibilité des services en tout temps étaient particulièrement solides pour attester l'amélioration du sentiment de sécurité des patients et de leurs aidants [44]. La disponibilité en tout temps des soins n'avait pas habituellement d'effets isolés. Cependant, l'utilisation de la technologie combinée à une coordination des soins améliorée a eu des effets positifs constants sur le plan de la prévention [19] et de la réduction des coûts [47]; il est donc probable que ces éléments se renforcent mutuellement.

Approches à composantes multiples

De nombreuses publications à l'étude se sont penchées sur les interventions faisant appel à des composantes ou à des méthodes de prestation multiples [19, 21, 28, 34, 38, 39, 42, 46, 51]. Les patients en soins à domicile ou communautaires ont la plupart du temps un large éventail de besoins. Les interventions qui répondent à plusieurs aspects de ces besoins sont habituellement plus bénéfiques pour eux. Par exemple, les interventions technologiques ou téléphoniques ont fréquemment été conjuguées à des visites en personne afin de réduire les coûts des soins et d'accroître leur accessibilité [18, 19]. Les interventions individuelles combinées à des interventions en groupe de soutien ont souvent été décrites comme avantageuses pour les aidants puisqu'elles permettent des échanges informatifs positifs et la création de stratégies de résolution de problèmes gagnantes [18, 45]. Les approches à composantes multiples ont également été pertinentes dans le cadre d'interventions de soutien axées sur la consultation. Les articles à l'étude ont souligné l'importance d'offrir diverses options en matière de soutien ou de consultation (p. ex., discussion en ligne, groupes de soutien socioémotionnel, groupes de soutien axé sur les tâches). Cette diversité d'approches a été associée à une amélioration de l'autogestion des soins et de la résolution de problèmes, à une réduction de l'isolement social et à un meilleur respect du traitement [18, 22, 41, 42, 44, 46].

Équipes multidisciplinaires

Plusieurs études ont souligné l'importance d'offrir des services qui répondent à un éventail de besoins sociaux et de santé en ayant recours à des équipes multidisciplinaires [18, 19, 21, 28, 29, 34, 36-39, 41-44, 46]. Cet aspect est relié aux approches normalisées présentées précédemment, car l'adoption d'approches normalisées en matière de recommandation et d'échange de l'information est considérée comme essentielle à la collaboration multidisciplinaire. Par exemple, un programme efficace d'intervention communautaire pour les personnes atteintes de démence a eu recours à des équipes de soins multidisciplinaires bien intégrées, au sein desquelles on observait une communication efficace entre les prestataires de soins [39]. L'importance d'avoir

recours à des équipes multidisciplinaires témoigne également de la nécessité d'offrir des interventions intégrant des formes de soutien variées. Comme l'indique Rasku (2019), la collaboration entre organismes est décrite en termes de partenariat, de caractère multidisciplinaire, de collaboration et de soins intégrés. Par exemple, une intervention paramédicale communautaire s'est avérée fructueuse grâce au travail d'équipe, à la communication efficace et à la collaboration avec le personnel paramédical.

Ci-dessous, le tableau 1 propose des exemples d'interventions intégrant les facteurs de réussite présentés ainsi que leurs résultats connexes apparents.

Tableau 1. Exemples de facteurs de réussite et résultats connexes

Facteur	Exemples	Résultats connexes
Intensité de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions sous forme de programmes d'exercice à long terme (8 mois) ou en continu - Collecte de commentaires ciblés à long terme (p. ex., réévaluations et participation) - Stabilité des prestataires de soins - Visites régulières de l'équipe de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la qualité des soins - Amélioration des capacités fonctionnelles (p. ex., réduction des chutes) - Réduction des symptômes de dépression - Placement retardé en établissement de soins
Soutien aux aidants	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et éducation des aidants rémunérés et non rémunérés - Temps offert au personnel pour apprendre à connaître les patients (cohérence des soins, participation personnalisée et continue) - Éducation sur la gestion des comportements (cours généraux et stratégies personnalisées) - Présence d'équipes de soins pour offrir du répit aux aidants 	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure capacité d'adaptation à la situation et réduction des symptômes de dépression - Confiance accrue - Placement retardé en établissement de soins - Satisfaction accrue des patients et des aidants - Amélioration de la planification des soins
Approche personnalisée	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination continue des soins (relations stables et communication régulière) - Processus collaboratif (entre les patients, les familles et les prestataires) pour déterminer les interventions nécessaires - Établissement d'objectifs et prise de décisions en commun pour offrir un soutien adapté - Communication d'information adaptée à la culture 	<ul style="list-style-type: none"> - Placement retardé en établissement de soins - Augmentation de la satisfaction et du sentiment de compétence - Amélioration de la relation entre les patients et les aidants
Soutien social visant à réduire l'isolement	<ul style="list-style-type: none"> - Transport aller-retour dans le cadre d'activités et de visites de services de santé - Incitatifs (repas, activités, etc.) pour encourager la participation des patients aux programmes - Visites virtuelles à l'aide de la technologie (p. ex., Skype) - Programmes de jour spécialisés (p. ex., pour les personnes atteintes de démence) 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect accru du traitement (p. ex., médicaments) - Incitation à la participation - Placement retardé en établissement de soins de longue durée
Soutien et éducation en matière d'autogestion	<ul style="list-style-type: none"> - Éducation en milieu communautaire - Éducation individuelle, accompagnement des patients - Approche fondée sur un programme éducatif (cours portant sur des thèmes précis, comme la gestion du diabète) - Présentation des ressources disponibles - Formation sur les télésoins à domicile et l'autogestion 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des résultats de santé - Réduction du recours aux services d'urgence et des hospitalisations - Placement retardé en établissement de soins de longue durée - Amélioration des résultats des patients (caractéristiques physiologiques, comportements à risque, connaissances, compétences, autonomie)
Approches normalisées	<ul style="list-style-type: none"> - Plans de cheminement clinique fondés sur des données probantes (tout au long de la transition de soins) - Systèmes de recommandation ouverts (recommandations transparentes permettant de savoir à quel moment elles ont été reçues) - Guides de pratique clinique et algorithmes de traitement clairement définis - Disponibilité des résultats des tests (p. ex., graphiques de télésanté) - Évaluations normalisées et régulières des besoins - Échange d'information sur l'état clinique du patient entre tous les prestataires de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des réadmissions à l'hôpital - Accès et capacité d'adaptation améliorés - Meilleure coordination des soins - Amélioration des résultats de santé - Détection améliorée des maladies concomitantes - Amélioration de la capacité à prendre des décisions

Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité en tout temps et à toute heure des équipes de soins palliatifs - Service d'appel en tout temps (pour discuter des médicaments prescrits ou d'un possible état de crise) - Disponibilité accrue des prestataires de soins de santé - Surveillance des symptômes à l'aide de la technologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de décès à la maison - Réduction des coûts - Soulagement des symptômes - Sentiment de sécurité accru
Approches à composantes multiples	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien sous forme d'exercice, de programmes de formation, de consultations individuelles ou grâce à la technologie; soutien par l'accès aux services de nutritionnistes, d'éducateurs, de professionnels de la santé ou de gestionnaires de cas; soutien physique, mental ou psychosocial - Soins à composantes multiples : éducation, conseils et gestion du comportement - Soins alliant la technologie ou les appels téléphoniques et les visites en personne - Programmes de soutien individuel et de groupe - Combinaison d'autogestion et de programmes professionnels en continu 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du fardeau des aidants et amélioration du bien-être - Amélioration du comportement - Réduction des événements indésirables et des hospitalisations - Réduction des admissions en établissement de soins de longue durée - Respect accru des directives du programme - Prévention de l'accentuation des symptômes
Équipes multidisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de cas et évaluations multidisciplinaires - Communication efficace entre les prestataires de soins - Collaboration avec les prestataires de soins paramédicaux - Modèle de soins holistique (soins médicaux et psychosociaux) 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité accrue - Atténuation des complications iatrogènes - Réponse aux besoins uniques de divers types de patients - Effacement des barrières entre les services (relationnelles et bureaucratiques)

Conclusions

Le présent rapport résume les revues à l'étude et fait ressortir les principales caractéristiques associées aux soins de proximité à rendement élevé.

Les programmes d'interventions à long terme et à composantes multiples semblent ceux qui ont le plus souvent entraîné une amélioration des capacités fonctionnelles des patients. De façon semblable, les interventions personnalisées, à composantes multiples et axées sur la prestation de soins en équipe sont celles qui sont le mieux parvenues à retarder les admissions à l'hôpital et en établissement de soins de longue durée. Les résultats en matière de satisfaction, bien que variables, semblent positifs dans le cadre d'interventions ciblées à composantes multiples. Les autres résultats ne permettent pas d'établir avec certitude si les interventions ont permis ou non de réaliser des économies de coûts (à long terme, peu d'effet sur la courbe de croissance des coûts). Là où les coûts ont été réduits, cette diminution peut être attribuée en partie à un recours moindre aux services et à une augmentation de l'utilisation des formes de soutien à moindre coût, par exemple les aidants non rémunérés et la technologie. La plupart du temps, les interventions efficaces étaient celles à dimensions multiples qui proposaient des approches variées, intégraient plusieurs méthodes de prestation et offraient des soins en équipe ainsi que du soutien de proximité en dehors des heures normales de travail.

Les neuf facteurs précédemment énoncés ont été regroupés en fonction des sept critères ci-dessous. Le soutien social et le soutien en autogestion ont été incorporés à la catégorie des approches à composantes multiples, car ces deux types de soutien devraient être offerts dans le cadre de programmes à large gamme de services.

1. Mettre en place un **plan à long terme** (sur plusieurs mois) qui comprend des visites fréquentes ou régulières aux mêmes prestataires de soins.
2. Offrir du **soutien pour les aidants rémunérés et non rémunérés**. Ce soutien comprend de la formation sur la gestion de l'état de santé ou de la maladie ainsi que des mesures de soutien psychosocial (p. ex., service de consultation officiel ou informel, par l'entremise de forums de soutien en ligne ou de discussions en personne).
3. Offrir un **vaste choix de programmes** et de méthodes de prestation des soins. Proposer à la fois du **soutien social** qui va au-delà des approches purement médicales et qui encourage les patients à recourir à des formes de soutien supplémentaire (p. ex., transport vers des activités de groupe pour contrecarrer l'isolement social), ainsi que du **soutien en matière d'autogestion**, qui consiste à offrir de l'encadrement et de la formation conjointement avec d'autres mesures de soutien (c.-à-d. que cela s'inscrit dans un plan d'intervention à composantes multiples).

4. Procéder à la planification des soins et à la prise de décisions en collaboration avec le patient et les aidants pour s'assurer d'offrir un **soutien personnalisé** qui répond à leurs besoins et objectifs uniques.
5. **Mettre en place des lignes directrices et des protocoles cliniques harmonisés** pour faciliter la coordination des soins, assurer une transition des soins en douceur et éclairer la prise de décisions des prestataires de soins de santé.
6. Proposer un accès à du **soutien en tout temps et à toute heure** à l'aide de la technologie (p. ex., visites virtuelles, appels).
7. Mettre en place des **équipes de soins multidisciplinaires** bien intégrées.

Les conclusions de la présente revue suggèrent que les interventions communautaires qui intègrent ces sept éléments sont plus susceptibles d'atteindre les résultats d'intérêt que les autres types d'interventions. Elles pourraient être utilisées afin d'évaluer la mesure dans laquelle les programmes de soins de proximité parviennent à intégrer ces sept éléments, en partant du principe que l'efficacité d'un programme augmente proportionnellement au nombre d'éléments inclus. Même si les conclusions doivent être interprétées avec prudence, des recherches approfondies pourraient s'appuyer sur ces éléments pour évaluer les modèles de soins de proximité actuellement offerts et cerner les lacunes à combler afin d'améliorer l'efficacité des différents programmes.

Annexe A : Stratégie de recherche MEDLINE

NAO_MEDLINE_FINALPermanent

1

review.pt.

2

(medline ou medlars ou embase ou pubmed ou cochrane).tw,sh.

3

(scisearch ou psychinfo ou psycinfo).tw,sh.

4

(psychlit ou psyclit).tw,sh.

5

cinahl.tw, sh.

6

((hand adj2 search\$) ou (manual\$ adj2 search\$)).tw,sh.

7

(electronic database\$ ou bibliographic database\$ ou computerized database\$ ou online database\$).tw,sh.

8

(pooling ou pooled ou mantel haenszel).tw,sh.

9

(peto ou dersimonian ou der simonian ou fixed effect).tw,sh.

10

(retraction of publication ou retracted publication).pt.

11

ou/2-10

12

1 et 11

13

meta-analysis.pt.

14

meta-analysis.sh.

15

(meta-analys\$ ou meta analys\$ ou metaanalys\$).tw,sh.

16

(systematic\$ adj5 review\$).tw,sh.

21

(methodologic\$ adj5 review\$).tw,sh.

22

(methodologic\$ adj5 overview\$).tw,sh.

00:01

23

(integrative research review\$ ou research integration).tw.

24

ou/13-23

25

12 ou 24

26

(feature* ou element* ou component* ou characteristic*).tw.

27

(communit* initiat* ou communit* program* ou communit* service* ou communit* strateg* ou communit* intervention* ou communit* care*).tw.

28

(grassroot* initiative* ou grassroot* program* ou grassroot* service* ou grassroot* strateg* ou grassroot* intervention*).tw.

29

(home initiative* ou home program* ou home service* ou home strateg* ou home care* ou home intervention* ou home support*).tw.

30

27 ou 28 ou 29

31

(readmission* ou admission* ou re admission*).tw.

32

(cost* ou saving* ou spend*).tw.

33

(function* ou functional capacity* ou motor function* ou movement*).tw.

34

(institutionalization* ou institutionalisation* ou institutional placement*).tw.

35

(well-being* ou well being* ou wellbeing* ou satisfaction* ou independen*).tw.

36

(experienc* ou outcome*).tw.

37

31 ou 32 ou 33 ou 34 ou 35 ou 36

38

25 et 26 et 30 et 37

Annexe B : Résumé de la documentation à l'étude

Auteurs et année de publication	Population cible	Méthodologie	Résultats d'intérêt	Type d'intervention/de composante	Effet des données probantes	Résumé des principales conclusions	Facteurs influant les résultats
Anuruang, S. et autres (2014)	Personnes âgées atteintes de maladies chroniques	Revue intégrative (13 articles)	Divers résultats en matière de santé et qualité de vie.	Contextes multiples. Interventions à domicile. Stratégies multiples (de groupe et individuelles). Interventions de PIA.	+ +(O) +(O) +	Approche personnalisée qui comprend une trousse d'outils en autogestion (AG) misant sur le soutien de la famille et des pairs pour renforcer l'AG et réduire les risques. Amélioration de la preuve statistique, de la satisfaction et des résultats relatifs à l'état de santé. Augmentation des comportements positifs d'AG pour les maladies chroniques. Amélioration de l'état de santé, de la condition physique, de la qualité de vie, du bien-être, de la satisfaction, de l'attitude, des connaissances, de l'efficacité des coûts, de l'auto-efficacité et des pratiques.	Éléments d'interventions efficaces : information adaptée à la culture, prise de décisions collaborative et établissement d'objectifs communs, souplesse d'adaptation aux besoins du patient (élément très important). Les particularités des dirigeants du programme et du personnel ont aussi une influence sur la réussite de la mise en œuvre.
Apóstolo, J. et autres (2015)	Personnes âgées souffrant de troubles dépressifs	Revue systématique (23 études)	Résultat principal : Symptomatologie de la dépression. Résultats secondaires : Autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), fonctions cognitives, qualité de vie et bien-être. Estime de soi et socialisation.	Non pharmacologiques. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Méthode d'entraînement de la mémoire (COMET). Thérapie de la réminiscence en groupe (TRG). Thérapie d'adaptation aux situations difficiles (PATH). Thérapie de résolution de problèmes à domicile (TRPD).	- 0 + + +	Pas de résultat concluant pour les objectifs secondaires. La TCC a permis de maintenir les symptômes de dépression, mais pas de les améliorer. La méthode COMET a réduit les symptômes de dépression; effet incertain sur la rumination. La TRG a été plus efficace pour réduire les symptômes dépressifs que d'autres interventions. La thérapie PATH s'est révélée plus efficace pour traiter la dépression que la thérapie de soutien à domicile. La TRPD a réduit les émotions négatives et augmenté les émotions positives.	En raison des changements biochimiques et structurels associés au vieillissement, les personnes âgées pourraient être plus vulnérables à la dépression que les autres groupes de population. De plus, les symptômes de la dépression évoluent avec l'âge; on estime que les troubles dépressifs ne sont souvent pas diagnostiqués, car les symptômes peuvent ressembler à ceux de la démence. La probabilité d'interférence entre médicaments est plus grande, car la population est souvent sous médicaments pour des maladies concomitantes. On présume que la résolution de problèmes permet d'atteindre un équilibre entre les événements stressants de la vie et le bien-être.
Aydede, S. M. et autres (2014)	Patients souffrant de néphropathie chronique ou sous dialyse péritonéale (DP)	Revue systématique (17 études)	Résultats principaux : taux de péritonite, technique et taux de survie des patients. Résultats secondaires : taux de mortalité,	Diverses interventions de DP assistée à domicile. Dialyse à domicile assistée par personnel infirmier. Équipes de soins à domicile.	+/0 -	Les résultats en matière de technique, de taux de survie et de péritonite des patients sous DP étaient égaux ou supérieurs lorsque les soins étaient offerts par des professionnels à domicile plutôt qu'effectués par le patient lui-même ou des membres de sa famille. La probabilité élevée de décès restait la même pour les patients en soins à domicile.	Facteurs influant sur le type d'intervention : gravité de la maladie, portée et durée des soins offerts à domicile et technique de dialyse requise. La disponibilité du personnel infirmier pour les soins de DP a permis d'augmenter le nombre de patients admissibles et d'améliorer le respect du traitement.

			satisfaction des patients, état de santé et qualité de vie, gestion des médicaments, bien-être physique et psychologique.	Visites d'autres aidants formés et assistants à domicile.			L'aide de la famille pour les soins de DP peut être bénéfique même dans les régions où les soins à domicile sont disponibles.
Van den Berk-Clark, C. et autres (2018)	Patients à faible revenu dans les centres de médecine axés sur les patients (CMCP)	Revue systématique et méta-analyse (33 études)	Résultats cliniques, utilisation, suivi, respect du traitement, coûts.	Interventions comportant au moins quatre des éléments recommandés en CMCP : 1) soins en équipe, 2) coordination des soins, 3) soins axés sur le patient, 4) accès aux soins facilité et amélioration de la qualité, 5) système de dossiers médicaux électroniques (DME), 6) autogestion.	+ + + +	Résultats cliniques améliorés : consommation d'alcool, hypertension, diabète, taux de cholestérol et de cholestérol LDL, qualité de vie et santé générale, tant physique que mentale. Utilisation accrue (diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations, répartition des soins primaires). En général, amélioration du suivi et du respect du traitement. Diminution générale des coûts (cinq études sur sept ont rapporté des coûts moins élevés).	Certains facteurs socioéconomiques influencent l'utilisation des services par les patients. La présence de besoins concurrents en matière de logement, d'alimentation, de sécurité, d'emploi, etc., est un important obstacle aux soins à domicile; elle est associée à une utilisation accrue des services d'urgence, à un déclin de la santé et à des coûts connexes. Lorsque les organismes de santé ont proposé des interventions « sociales », par exemple le transport et des incitatifs pour les patients, les taux de suivi et de respect ont été beaucoup plus élevés.
Bethelsen, C. B. et J. Kristensson (2015)	Aidants naturels de personnes âgées	Revue systématique (7 études)	Résultats pour les patients : qualité de vie, temps avant le placement en établissement, aide aux AVQ, satisfaction, besoins non comblés, coûts pour la municipalité. Résultats pour les aidants : sentiment de compétence, qualité de vie, heures par semaine consacrées aux soins, aide aux AVQ et fardeau.	Diverses interventions de gestion de cas (y compris une vaste gamme d'interventions axées tant sur le patient que sur l'aidant).	+ 0/+	Augmentation du temps avant le placement en établissement de soins. Effets modérés sur la satisfaction des patients, la compétence des aidants naturels et les coûts des soins pour la municipalité.	La participation prolongée d'infirmiers gestionnaires de cas pourrait avoir une incidence sur les résultats. La présence d'aidants naturels peut améliorer la satisfaction et réduire les coûts des soins pour la municipalité. Les effets positifs ont peut-être été influencés par les attentes du personnel infirmier quant à la participation et la nécessité d'une participation particulière ou causale. Données probantes insuffisantes pour suggérer une incidence sur la qualité de vie, les AVQ, les besoins non comblés, l'aide aux AVQ, les heures par semaine consacrées aux soins et la dépression.
Brand, C. A., I. N. Ackerman et J. Tropea (2014)	Personnes souffrant d'arthrose	Revue systématique (13 études)	Résultats touchant le processus : processus de soins cliniques, modification des	Modèles de gestion des maladies chroniques, organisme de santé, conception du système de prestation de services (CSPS), soutien à	0	Aucune donnée probante ne soutient une baisse des coûts; nombreux obstacles à une mise en œuvre efficace. CSPS : en soins secondaires, priorisation évidente des patients souffrant d'arthrose	Le contexte de prestation des soins a une influence sur l'effet des modèles de gestion des maladies chroniques; cinq traitements sur huit reçus hors hôpital.

comportements des patients. Résultats de santé : résultats cliniques ou psychologiques, recours aux services hospitaliers, qualité de vie, accès, efficacité, expérience et satisfaction des patients.

l'autogestion (SAG), aide à la prise de décisions, systèmes d'information clinique, ressources communautaires.

0/+

sévère et normalisation des protocoles d'accès à la chirurgie. Dans les contextes communautaires et de soins primaires, la CSPS misait sur les professionnels paramédicaux et les pharmaciens pour la prestation et la coordination des services liés au SAG, ainsi que sur l'activité physique et la gestion des médicaments. On a observé des effets positifs faibles à modérés; les résultats sont diversifiés. SAG : les études communautaires n'ont fourni aucune donnée relativement à l'efficacité.

Il existe de nombreux obstacles aux modèles efficaces de gestion des maladies chroniques et à la prestation de services pour l'arthrose, provenant à la fois des professionnels de la santé, du système de santé, des patients et de la transposition de la recherche.

Même si ces études portaient sur une population à faible revenu, aucune d'entre elles ne s'est penchée sur la rentabilité.

Challis, D. et autres, <i>Chapitre 6</i> (2014)	Équipes communautaires de soins en santé mentale pour les personnes âgées	Revue systématique (45 études)	Processus et résultats pour les utilisateurs (non précisé).	Divers éléments d'équipe à structures variées (gestion des soins intensifs, évaluations initiales par le médecin ou le consultant, prise de décisions post-évaluation, différents protocoles de recommandation, outils d'évaluation structurés, modèles d'accès).	+ + + +	Éléments principaux : 1. Soutien adapté : soutien accru pour les aidants et plus longue présence des patients au sein de la communauté, et ce, grâce à des commentaires ciblés à long terme. 2. Systèmes de recommandation ouverts et point d'accès unique pour simplifier l'accès aux soins sans nuire au degré de précision des recommandations. 3. Évaluations normalisées courantes : l'utilisation d'un outil structuré a amélioré la qualité de consignation des renseignements et la communication avec les omnipraticiens. 4. Évaluations initiales et évaluations de qualité élevée effectuées par tous les professionnels pour éclairer la prise de décisions.	Aucune donnée probante ne soutient l'efficacité des éléments suivants : participation de professionnels multidisciplinaires, utilisation d'une structure de gestion unique, proximité des membres essentiels, réunions multidisciplinaires régulières, souplesse des rôles professionnels, présence d'un consultant intégré à l'équipe, contrôle des ressources ou du financement conjoint, évaluations multidisciplinaires ou recours à des services non spécialisés.
Challis, D. et autres, <i>Chapitre 12</i> (2014)	Travail d'approche spécialisé en santé mentale, aînés résidents d'établissements de soins	Revue systématique (15 études)	Taux de dépression, consommation de drogues, utilisation appropriée des médicaments, résultats cliniques, qualité de vie, problèmes comportementaux.	Travail d'approche en santé mentale, qui comprend : évaluation et gestion de cas par du personnel infirmier spécialisé, programmes de formation du personnel, examen des médicaments par le pharmacien et équipes de soins multidisciplinaires soutenues par des psychiatres.	+ +(O) 0 0 +(O)	Douze études portant sur des travaux d'approche ont relevé une réduction des taux de dépression et de la consommation de drogues ainsi qu'une amélioration sur le plan de l'utilisation appropriée des médicaments, des résultats cliniques, des problèmes comportementaux et de la qualité de vie. La formation du personnel a produit des effets positifs évidents. Études générales (3) : résultats variables quant à une amélioration du comportement qui aurait une influence sur les résultats de santé mentale. Études sur la démence (6) : résultats et effets variables. Études sur la dépression (3) : toutes ont fait état de résultats positifs pour les résidents, deux ont rapporté une amélioration de la formation du personnel, et une a relevé une amélioration de	Certaines différences culturelles peuvent avoir une influence sur l'exécution du travail d'approche. Peu de données relatives à l'ergothérapie; personnel infirmier principalement spécialisé en psychiatrie.

Chan, R. J. et autres (2018)	Services dirigés par le personnel infirmier	Revue systématique (25 études)	Processus et coûts. Résultat principal : qualité de vie liée à la santé (QVS). Résultats secondaires : fardeau des symptômes, autogestion et comportement du patient, indicateurs cliniques relativement à l'état.	Diverses interventions en soins primaires, communautaires, externes, ambulatoires et cliniques sous la direction du personnel infirmier.	=/+ + 0 -	la formation des équipes de soins et des programmes d'activités pour les résidents (effet le plus notable sur les taux de dépression). Résultats égaux (13) ou supérieurs (3) aux services fournis par des médecins dans les catégories suivantes : QVS, fardeau des symptômes, autogestion et comportement, indicateurs propres à la maladie, satisfaction, perception de la qualité de vie et utilisation des services de santé. (1) Les interventions en cliniques dirigées par le personnel infirmier se sont avérées particulièrement efficaces pour transférer les soins depuis les établissements de santé vers des services externes supervisés par des infirmiers, ce qui a permis de réduire la durée des séjours à l'hôpital, le nombre d'admissions et les recours aux services d'urgence. Effet incertain sur la rentabilité et les économies de coûts. Diminution des résultats liés aux soins néonataux.	Les principaux facteurs de réussite sont la formation et la qualification du personnel infirmier, le soutien à l'autogestion, les ressources disponibles pour les infirmiers et les compétences de ceux-ci en matière de prescription. Une définition claire des lignes directrices de pratique clinique, des protocoles et des algorithmes de traitement ainsi qu'un plan de recommandation efficace au médecin peuvent également avoir une incidence sur l'intervention. L'effet sur la rentabilité demeure incertain.
Chavez, K. S. et autres (2018)	Soins aux personnes âgées par des infirmiers praticiens (IP)	Étude de portée (56 recherches primaires, 23 revues systématiques)	Deux grandes catégories de résultats : liés aux coûts et liés aux patients.	Diverses interventions en gériatrie par des IP : gestion de cas, clinique interdisciplinaire de gestion des urgences gériatriques, consultations et soins collaboratifs, visites à domicile annuelles, visites à domicile urgentes, etc.	+ +(O) +(O) =/ +	Les soins à domicile par des IP ont permis d'améliorer les capacités physiques des patients et de diminuer les chutes et les hospitalisations. Amélioration de la satisfaction et du confort des patients (67 %). Excellents résultats : réduction de l'utilisation des services (89 %) et de la durée de séjour, amélioration des indices de santé (85 %) et de la qualité de vie (majorité des études). Coûts équivalents (2) ou réduits (2). Modèle de soins par IP : amélioration des résultats liés au patient – état fonctionnel, évaluation des symptômes (73 %), examen des médicaments, directives préalables et résultats cliniques (5).	L'engagement des IP en matière de soins préventifs, de promotion de la santé et de défense des intérêts des patients peut avoir une incidence sur l'amélioration des indices de santé. Dans le contexte des soins à domicile, cela peut refléter des soins plus accessibles, le maintien de l'état fonctionnel et l'évaluation de la sécurité à domicile. Les résultats des interventions des IP n'étaient pas inférieurs à ceux des interventions par des médecins. Ces résultats, à l'exception des coûts, étaient supérieurs lorsque les IP adoptaient des rôles supplémentaires. Les IP ayant adopté des rôles de transition se sont démarqués par les résultats obtenus relativement aux coûts et aux patients.
Clarkson, P. et autres (2017)	Soutien à domicile pour personnes atteintes de démence	Revue systématique (14 études)	Principalement sur le plan de la rentabilité et de la qualité des soins.	Diverses interventions liées à la démence : consultations avec le personnel infirmier, gestion des soins intensifs, programmes de soutien aux aidants, vie en groupe, ergothérapie communautaire, exercice, programmes de jour	+(O) +	Les études proposent des données probantes solides selon lesquelles l'ergothérapie, les exercices à domicile et les interventions d'adaptation aux situations difficiles sont rentables. Résultats positifs pour les programmes de jour spécialisés, les interventions des services sociaux et la gestion des soins (données probantes faibles).	Principaux facteurs de réussite : 1) modification de l'environnement, 2) gestion du comportement (éducation ou conseils), 3) activité physique, 4) soutien émotionnel. La coordination des soins peut aussi faciliter la communication et les partenariats entre différents services, ainsi que l'harmonisation et la négociation des

				spécialisés en démence, plan de services personnalisés.			services offerts par de multiples prestataires.
Clarkson, P. et autres (2018)	Soutien à domicile pour personnes atteintes de démence	Revue systématiques (70 études)	Résultat principal : qualité de vie des soignants. Résultat secondaire : fardeau des aidants.	Interventions principalement à l'intention des soignants, qui allient la gestion du comportement, l'éducation, les conseils, le soutien émotionnel, le soutien social et le répit.	+ + +	Les interventions qui combinent l'éducation, le soutien social et la gestion du comportement se sont révélées les plus efficaces. Les interventions à deux composantes qui misaient sur l'éducation et les conseils ainsi que sur la gestion du comportement étaient les plus courantes; elles sont parvenues à réduire efficacement le fardeau des aidants et les comportements problématiques, et à améliorer le bien-être. Les soins coordonnés à domicile sont mieux parvenus à réduire le fardeau des aidants et les comportements problématiques que les soins en salle commune à l'hôpital.	Deux études ont souligné la nécessité d'améliorer les connaissances des aidants à propos de la démence et de les aider à comprendre que la gestion des sentiments et des comportements a une incidence à la fois sur leur propre bien-être et sur la conduite des personnes atteintes de démence. La modification de l'environnement a également eu une influence sur les résultats obtenus. On présume qu'il est possible de réduire les comportements problématiques et d'améliorer les capacités quotidiennes des personnes atteintes de démence en retirant certains agents de stress de leur environnement.
Cooper, C. et autres (2017)	Patients âgés en soins à domicile	Revue systématique (10 études)	Résultats principaux : santé ou qualité de vie. Résultats secondaires : résultats de santé, fardeau, connaissances, satisfaction au travail et rétention du personnel de soins à domicile.	Formation du personnel (récupération et maintien des capacités physiques), supervision de groupe obligatoire, aidants psychologiques et interventions par des organismes de soins à domicile, gestion de cas, établissement d'objectifs relativement aux AVQ en collaboration avec le personnel infirmier.	+ I + +	Amélioration du contrôle sur la QVS dans la mesure du possible, amélioration des résultats de la sous-catégorie de la santé mentale, diminution du roulement du personnel, amélioration de la satisfaction au travail. Un seul des essais randomisés contrôlés de grande qualité a obtenu des résultats positifs quant à l'amélioration de la QVS (sans déficience cognitive); il misait sur des plans de soins intégrant l'établissement d'objectifs et sur la formation et la supervision des travailleurs. Les interventions ayant entraîné une amélioration des résultats des patients comprenaient de la formation et la mise en œuvre d'activités supplémentaires (supervision régulière, nomination de champions, visites sociales, soutien continu). Les interventions de gestion de cas étaient efficaces lorsqu'elles offraient plus de temps et d'occasions permettant au personnel de nouer des liens avec les patients.	D'autres éléments ont favorisé l'établissement de relations, dont la réduction du temps de déplacement, le jumelage des employés et des patients selon la langue parlée (dans la mesure du possible) et l'inscription attentive des patients. Les interventions ayant entraîné une amélioration des résultats sont celles qui offraient de la formation et la mise en œuvre d'activités supplémentaires (supervision régulière et promotion des soins axés sur les besoins et les objectifs des patients). Les éléments auxquels les aidants accordaient la plus grande valeur étaient la possibilité de travailler selon un modèle axé sur les besoins, l'occasion d'apprendre à mieux connaître les patients, l'amélioration de la communication avec la direction et les autres travailleurs, ainsi que les occasions de discuter de son expérience.
Gorgon, E. J. R. (2018)	Enfants qui ont ou risquent d'avoir un retard de développement moteur	Étude de portée (24 études portant sur 17 essais)	Éléments de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé touchant les activités et la participation;	Ensemble de programmes de physiothérapie à domicile (PPD) sous la supervision d'aidants, principalement de membres de la famille; entraînement sur tapis roulant, physiothérapie,	+ +	Capacité des aidants à offrir les PPD en toute sécurité à de jeunes patients. Les interventions effectuées par des personnes sans formation officielle ou professionnelle peuvent être rentables et entraîner de meilleurs résultats en matière de santé. Peu de données sur les essais cliniques d'intervention faisant appel à des aidants.	Pour qu'une intervention soit efficace, les aidants doivent se conformer au plan de mise en œuvre, être confiants et posséder les connaissances requises pour effectuer l'intervention et participer au processus de prise de décisions.

			mobilité (changement ou maintien de la position du corps, déplacement ou manipulation d'objets, capacité de marche, fonctions corporelles, fonctions neuromusculo-squelettiques, autres fonctions de mouvement).	exercices de battements de jambes, entraînement sur vélo, entraînement axé sur le mouvement, exercices de montée, etc.		Les aidants peuvent jouer un rôle actif dans la planification et la prestation des programmes et offrir de la thérapie supplémentaire au besoin.	Les aidants naturels ne sont souvent pas considérés comme des participants actifs ou essentiels des interventions de développement moteur des enfants.
Huntley, A. L. et autres (2017)	Personnes âgées susceptibles d'être hospitalisées	Revue systématique (19 études, 7 revues systématiques)	Diminution du recours aux soins secondaires, amélioration des résultats relativement aux patients, à la sécurité et aux coûts.	Recours aux interventions communautaires comme solution de rechange aux hospitalisations pour soins actifs; interventions des prestataires de soins paramédicaux et d'urgence (3), soins en services d'urgence (SU) (3), hôpitaux communautaires (HC) (2) et services de « foyers-hôpitaux » (FH) (11).	+ +/(O) +(O) +(O)	Les solutions de rechange aux soins actifs à l'hôpital peuvent être sécuritaires et présenter un taux de mortalité et des résultats cliniques comparables pour diverses maladies aiguës et chroniques. Elles ont le potentiel de réduire les dépenses en services de santé, les soins secondaires et la durée des soins (sauf dans le cas d'AVC). SU : réduction du temps de triage à l'hôpital et des probabilités d'hospitalisation. Pas de différence quant aux résultats secondaires (satisfaction ou qualité de vie); on rapporte une réduction des coûts. HC : un essai clinique randomisé a relevé une diminution des réadmissions à 26 semaines pour le groupe de patients en HC comparativement au groupe en soins actifs à l'hôpital, ainsi qu'une diminution du coût total de traitement pour ce premier groupe. FH : diminution des réadmissions à l'hôpital par rapport aux patients en soins actifs; les statistiques montrent une réduction des coûts (pour la MPOC). Réduction des coûts pour les traitements en FH pour les patients atteints de diverticulite ou ayant eu un AVC, sans complication (preuve statistique).	Il peut être difficile d'effectuer une évaluation de la démence des patients en soins actifs, ce qui peut influencer les conclusions. Dans le contexte des soins actifs, la prise de décisions est souvent affectée par une connaissance insuffisante des particularités du patient ou de son état, des obstacles à la communication entre les prestataires de soins primaires et secondaires, la présence de maladies concomitantes, la disponibilité des résultats des tests, l'idée reçue selon laquelle les soins à l'hôpital sont préférables et les préférences des patients. La prise de décisions peut aussi être influencée par des facteurs plus généraux, par exemple la capacité d'adaptation du patient, de sa famille ou des aidants, ou les préférences en matière de soins.
Husebø, A. M. L. et M. Storm (2014)	Personnes âgées recevant des services de santé à domicile	Revue intégrative (12 études)	Prévention de l'isolement social, augmentation des activités sociales.	Soins infirmiers en télésanté; thèmes principaux : 1) travail psychosocial et éducatif pour diminuer la solitude et stimuler l'activité, 2) observation et soutien pour améliorer le respect du plan de	+ + +	Les visites virtuelles sont parvenues à améliorer l'inclusion sociale (diminution de l'isolement) et le respect du plan de médication. Les bénéficiaires de visites virtuelles ont été plus satisfaits de l'accès et de la flexibilité des soins comparativement aux soins à domicile traditionnels; ils avaient confiance en la qualité des soins offerts par le personnel infirmier.	Dans la plupart des études, les visites virtuelles étaient effectuées chaque jour et utilisées en combinaison avec les visites en personne. Les patients ont aimé être en mesure de choisir la raison de la visite et de recevoir une réponse rapide. Les patients âgés peuvent vivre différentes expériences de la technologie et accepter

				médication, 3) soutien et surveillance en gestion des maladies chroniques, 4) service de suivi et de surveillance de l'autoadministration des médicaments pour réduire les réadmissions à l'hôpital ou en établissement de soins de longue durée.	0 0	Les utilisateurs du service et le personnel infirmier ont été satisfaits par les visites virtuelles et leur capacité à répondre aux besoins en matière de prestation de soins à domicile. Aucune donnée probante ne suggère d'amélioration du côté des coûts. Résultats variables en ce qui concerne le nombre de réadmissions à l'hôpital. Préoccupations accrues quant à une réduction de la qualité des soins en raison du remplacement des visites en personne par des visites virtuelles.	celle-ci à divers degrés; plusieurs obstacles peuvent expliquer l'absence d'intérêt : préoccupations quant aux coûts, infirmités qui compliquent l'utilisation de la technologie... La mise en œuvre et l'utilisation de la technologie ne peuvent réussir que si les systèmes en question sont conçus de manière à être utiles et faciles à utiliser pour les personnes âgées. Selon les conclusions, l'élimination des visites à domicile (c.-à-d. le remplacement complet des visites en personne par des visites virtuelles) est déconseillée.
Jensen, L. et autres (2017)	Patients en soins ambulatoires souffrant d'insuffisance cardiaque (IC)	Étude de portée (52 études et revues systématiques)	Quatre résultats distincts : 1) Admissions pour IC 2) Admissions toutes causes confondues 3) Réadmissions pour IC 4) Réadmissions toutes causes confondues	Interventions par des organismes; soutien à l'autogestion et interventions de télésanté à composantes multiples.	+ + 0 0	Les interventions à composantes multiples peuvent réduire les hospitalisations, les réadmissions, le taux de mortalité et les coûts, en plus d'améliorer la qualité de vie. Les interventions à composantes multiples comprenant du soutien à l'autogestion et des visites à domicile ou du suivi téléphonique ont réduit le nombre de réadmissions toutes causes confondues et pour IC, mais non le taux de mortalité. Le soutien à l'autogestion a semblé plus efficace lorsqu'il intégrait des interventions à composantes multiples; sans cela, les résultats obtenus sont variables. L'effet de la télésanté seule n'est pas encore établi. La télésurveillance a eu un effet positif sur les hospitalisations toutes causes confondues et pour IC.	L'efficacité des interventions à composantes multiples dépend de leurs caractéristiques particulières, de leur bonne mise en œuvre et de la qualité des soins reçus en comparaison avec le groupe de référence. Les modèles de soins coordonnés conçus en fonction d'une maladie particulière seraient pourraient être plus efficaces.
Johnson, S. et autres (2018)	Personnes âgées recevant des soins à domicile	Revue systématique (50 études)	Résultats de santé pour les personnes âgées.	Uniquement des interventions dirigées par du personnel infirmier, y compris du soutien téléphonique, des interventions en santé mentale, des activités touchant la promotion de la santé, de l'exercice ou de la physiothérapie, des interventions de prévention des chutes et des interventions technologiques.	+ +	Une intervention basée sur le soutien téléphonique, qui consistait en appels planifiés ayant pour but l'évaluation du bien-être du patient, du progrès de son plan de soins, de ses besoins et de son environnement à domicile, a permis de réduire le taux d'utilisation des services en augmentant la durée des visites à domicile. Les interventions de promotion de la santé ont amélioré la QVS sans nécessiter de ressources supplémentaires. D'autres interventions centrées sur l'exercice, la prévention des chutes, la physiothérapie et l'ergothérapie ont permis d'améliorer les capacités fonctionnelles et de réduire les chutes.	La plupart des interventions ont entraîné des améliorations pour un minimum de coûts supplémentaires. La synthèse a montré que des séances d'éducation et de formation supplémentaires aideraient à prévenir les complications liées aux chutes, à l'activité physique et à l'alimentation. Les interventions devraient comprendre des visites à domicile fréquentes, des évaluations et du dépistage à dimensions multiples, la gestion de cas attentive, la collaboration interprofessionnelle, le recours à des prestataires formés avec expérience en gériatrie et l'aiguillage vers les services communautaires.

Merali, S. et autres (2016)	Personnes souffrant d'affections neurologiques	Étude de portée (50 études)	QVS, équilibre fonctionnel et quatre composantes de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : 1) fonctionnement correct ou incorrect du corps, 2) activités et engagement (ou limitations et restrictions), 3) facteurs personnels de participation, 4) facteurs environnementaux et attitude.	Programmes d'exercice communautaires dirigés par des instructeurs en conditionnement physique pour les personnes souffrant d'affections neurologiques. Les programmes étaient de durée et de structure variables. Certains étaient indépendants, tandis que d'autres intégraient des aspects éducatifs. Les programmes étaient offerts selon une structure de groupe, individuelle ou mixte.	+	La déficience physique d'un proche est difficile à vivre pour les aidants. Les programmes d'exercice communautaires peuvent réduire le fardeau des aidants en améliorant la capacité des patients à effectuer des AVQ. L'entraînement physique axé sur les tâches permet d'améliorer l'équilibre grâce aux exercices de répétition. L'exercice en groupe et dans des contextes communautaires peut contribuer au respect des programmes. On observe des améliorations en matière de participation, de bienfaits liés à l'exercice physique et d'auto-efficacité. 60 % des interventions ont entraîné une amélioration de la QVS.	Les programmes qui se concentrent sur les capacités fonctionnelles plutôt que sur les affections neurologiques des patients peuvent encourager plus efficacement la participation. Les programmes de groupe sont une forme de soutien social; ils contribuent à accroître la confiance et l'auto-efficacité des participants. Un ratio moins élevé de participants par instructeur permet d'assurer une meilleure sécurité, mais augmente les coûts totaux. La participation d'un professionnel de la santé peut contribuer à la crédibilité du programme et au sentiment de sécurité des participants. Les physiothérapeutes peuvent jouer différents rôles au sein de ce type de programmes, en plus d'assurer l'exécution d'exercices sécuritaires et appropriés. Les trousseaux d'outils éducatifs et la formation peuvent également aider à améliorer la qualité des programmes. Les instructeurs en conditionnement physique peuvent contribuer au renforcement de l'autonomie des patients. La participation des patients aux programmes peut favoriser leur réintégration dans la communauté.
Murphy, S. M. et autres (2015)	Personnes atteintes de graves troubles de santé mentale	Revue systématique et méta-analyse (8 études)	Utilisation des services hospitaliers, état général et mental, qualité de vie, satisfaction des participants et fardeau familial. Le principal résultat d'intérêt concernait le recours aux services; les résultats secondaires comprenaient une gamme de résultats en lien avec la satisfaction, les résultats	Tout type d'intervention en situation de crise psychiatrique aiguë : interventions d'équipes communautaires de soins mobiles ou de soins en hébergement. Les interventions en situation de crise étaient comparées aux soins traditionnels. Dans le cadre de toutes les études prises en compte, les soins étaient prodigués par une équipe multidisciplinaire. Pour six des études, des membres du personnel étaient disponibles à toute heure afin de soutenir les patients.	0 I 0 + + +(O)	Le nombre de décès a été semblable au sein des groupes bénéficiant d'interventions en situation de crise et des groupes en soins traditionnels. En un an, 44,8 % des participants des groupes bénéficiant d'interventions en situation de crise ont été hospitalisés; cependant, il n'y a pas de différence importante entre les groupes en ce qui concerne les réadmissions. Aucune différence importante d'état global ou mental entre les groupes. Les familles des patients du groupe bénéficiant d'interventions en situation de crise ont généralement rapporté un fardeau moins important. Pas d'effet évident sur le fardeau communautaire. Dans l'ensemble, les patients du groupe bénéficiant d'interventions en situation de crise et leur famille ont été plus satisfaits du traitement et du soutien obtenus.	Aucune des études n'examinait de traitements uniquement propres aux situations de crise; elles étaient toutes basées sur des plans de soins à domicile qui comportaient un volet d'intervention en cas de crise. Cela comprenait des lignes téléphoniques ouvertes à toute heure pour joindre le personnel sur appel. La présence d'une équipe bien organisée qui intègre des interventions en situation de crise à son plan de soins peut représenter une forme efficace de soutien aux patients et aux familles en crise. Ce type d'intervention peut être plus efficace que les soins traditionnels lorsqu'il est employé seul ou dans le cadre d'un ensemble permanent de soins à domicile.

cliniques, les retombées sociales et les coûts (à court, moyen et long terme).

Deux études ont rapporté un coût moindre pour les interventions spécialisées en situation de crise que pour les soins traditionnels.

Pekmezaris et autres (2018)	Patients souffrant d'insuffisance cardiaque	Revue systématique et méta-analyse (26 études)	Résultats principaux : taux de mortalité par insuffisance cardiaque ou toute autre cause, hospitalisations.	Interventions de télésurveillance à domicile (seules les interventions qui procédaient spécifiquement à la surveillance des signes vitaux et à la transmission des informations pour des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont été incluses); visites à domicile, communication des professionnels avec les patients, etc.	+ 0 0 - 0	Après 180 jours, la télésurveillance à domicile a été associée à une diminution de 40 % de la mortalité toutes causes confondues. Cette diminution n'était pas significative sur une période de 365 jours (12). Six études ont démontré que les interventions de télésurveillance à domicile n'entraînaient pas une diminution significative de la mortalité toutes causes confondues. L'intervention n'a pas eu d'incidence sur les probabilités d'hospitalisation toutes causes confondues après 180 jours (7) ou d'hospitalisation en raison d'une insuffisance cardiaque (5). Le nombre de visites toutes causes confondues aux services d'urgence a considérablement augmenté après 180 jours (3). La prestation de soins à domicile n'a pas diminué de façon importante le nombre d'hospitalisations toutes causes confondues pendant la période de 60 à 180 jours suivant le début de l'intervention.	Durée : l'effet de diminution de la mortalité qu'a la télésurveillance à domicile pourrait être affecté par l'évolution de la maladie et le déclin du respect du traitement. Le moment de l'intervention peut également avoir une incidence sur les résultats. Par exemple, la bonne intervention pourrait être effectuée au mauvais moment. La technologie pourrait permettre de détecter rapidement l'exacerbation des symptômes des patients et de traiter les symptômes à domicile avant qu'ils s'aggravent. Les patients dont les symptômes ont été détectés tardivement et qui nécessitent des soins thérapeutiques importants seront alors aiguillés vers les services d'urgence pour obtenir le soutien dont ils ont besoin. Les patients ayant reçu leur congé de l'hôpital après une hospitalisation pour IC ont droit à un minimum de 60 jours de soins à domicile; il a été démontré que cela réduit le nombre de réadmissions et le coût des soins.
Rasku, T et autres (2019)	Services communautaires de soins paramédicaux	Étude de portée (21 études)	Pas de résultat défini; l'objectif était de décrire les caractéristiques des soins paramédicaux communautaires.	Services communautaires de soins paramédicaux (ces services peuvent englober des procédures simples, les visites à domicile, le soutien téléphonique, l'éducation, etc.).	+ + +	Réduction des visites aux services d'urgence et du besoin d'effectuer des recommandations supplémentaires. Amélioration de l'expérience, de la santé, de la satisfaction et des résultats physiologiques des patients (p. ex., réduction de la pression artérielle). Les services communautaires de soins paramédicaux ont contribué à réduire la fréquentation des hôpitaux, à améliorer l'accès aux soins primaires et à mieux utiliser les ressources. Il peut s'agir d'une stratégie efficace de réduction des coûts. Les services communautaires de soins paramédicaux peuvent permettre d'offrir des soins coordonnés pendant une plus longue période, de fournir du soutien téléphonique et	Quatre principales caractéristiques ont été relevées : 1. Mobilisation communautaire (évaluer les besoins locaux, combler les lacunes et collaborer avec d'autres prestataires); évaluations du bien-être, promotion préventive de la santé, vérification de la sécurité à domicile, formation en premiers soins, soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pont vers d'autres ressources en santé. 2. Collaboration entre plusieurs organismes (travail d'équipe solide, communication efficace et collaboration avec le personnel paramédical). Les sources de tension entre le programme de soins paramédicaux et les autres services de soins étaient moindres lorsque l'équipe

						d'aiguiller les patients vers d'autres prestataires.	paramédicale comportait un membre des autres services concernés. 3. Prévention axée sur le patient. Les visites à domicile et la télémédecine ont été utilisées pour apporter du soutien aux patients lors de situations non urgentes. 4. Deux résultats à l'échelle des programmes : rentabilité et expériences des patients.
Reilly, S. et autres (2015)	Personnes atteintes de démence	Revue systématique (13 études)	Temps avant le placement en établissement, hospitalisations, mortalité, qualité de vie, fardeau des aidants, capacités cognitives, comportement, dépression et humeur, capacités fonctionnelles, bien-être ou détresse des aidants, satisfaction, santé, coûts, etc.	Gestion de cas. Toutes les études comprenaient un volet d'éducation des aidants, et la plupart ciblaient aussi l'éducation des participants. De nombreuses études faisaient intervenir des gestionnaires de cas, qui avaient souvent pour rôle de fournir un soutien émotionnel et thérapeutique. Autres caractéristiques : défense des intérêts des participants, examen des médicaments, conseils juridiques en matière d'assurances et de prestations, et consultations.	+ (O) + (N) + (O)	Les membres du groupe bénéficiant de la gestion de cas étaient beaucoup moins susceptibles d'être placés en établissement après 6 et 18 mois; toutefois, les effets à 10-12 mois et à 24 mois étaient incertains. Certaines données probantes montrent un allègement du fardeau des aidants après 6 mois, mais les effets après 12 et 18 mois demeurent incertains. On a enregistré une légère amélioration des symptômes de dépression chez les aidants du groupe après 18 mois et une amélioration de leur bien-être après 6 mois.	Les auteurs ont catégorisé et comparé les programmes de gestion de cas selon leurs composantes, mais n'ont pas été en mesure de cerner les éléments les plus importants des interventions.
Reynolds, R. et autres (2018)	Adultes souffrant de problèmes de santé physique	Revue systématique et synthèse narrative (157 études)	Résultats à l'échelle des professionnels et des patients.	Diverses composantes des interventions de gestion des maladies chroniques, qui comprenaient souvent les suivantes : soutien à l'autogestion (SAG), soutien à la prise de décisions, conception du système de prestation de services (CSPS), systèmes d'information clinique, organismes de santé et ressources communautaires.	+ (O) + + + / 0 +	La plupart du temps, le SAG a entraîné une amélioration des résultats relatifs aux patients (majoritairement : signes physiologiques de la maladie, comportements à risque, satisfaction et connaissances). Le SAG a réduit les signes physiologiques de la maladie, le plus souvent dans les cas de diabète de type 2 et d'hypertension, et contribué à l'amélioration des connaissances des patients sur le diabète de type 2 et la MPOC. CSPS : a entraîné des améliorations des résultats pour les patients et les professionnels, pour un ensemble de maladies cependant limité (diabète de type 2 et hypertension). Les interventions de soutien à la prise de décisions ont eu des effets limités sur les résultats, lesquels touchaient principalement les professionnels et l'utilisation des médicaments.	La majorité des études portaient sur un ou deux éléments du modèle de soins chroniques. Les résultats ont été le plus améliorés dans le cas de programmes qui combinaient à la fois des interventions de SAG et de CSPS. Les effets limités des interventions de soutien à la prise de décisions sur le respect des lignes directrices par les professionnels pourraient être attribués à la sophistication des systèmes d'information clinique, qui intègrent eux-mêmes de plus en plus les interventions de soutien à la prise de décisions.

Systèmes d'information clinique : amélioration des résultats tant pour les patients que pour les professionnels (principalement en ce qui concerne le respect des lignes directrices); malgré des études peu nombreuses, un effet positif sur le diabète de type 2 et l'hypertension a été remarqué.

Shier, V. et autres (2016)	Personnes âgées	Revue systématique et analyse descriptive (7 revues systématiques portant sur 128 études)	Résultats non définis; le but était de voir de quelle façon les interventions de prévention des chutes étaient mises en œuvre.	Programmes à domicile, communautaires ou d'exercice clinique, en format individuel ou de groupe. Les programmes comprenaient diverses activités, par exemple des exercices de développement des capacités fonctionnelles, des exercices de force, de l'activité physique générale, des exercices de souplesse, de l'entraînement d'endurance et d'autres activités (tai-chi, danse, etc.).	+ + +	Réduction du taux de blessures dues aux chutes. Amélioration de la qualité de vie et de la participation aux activités. Les coûts étaient généralement plus bas pour les exercices en classe (plutôt qu'individuels). La thérapie par l'exercice pourrait être particulièrement avantageuse pour les patients fragilisés. Le parrainage des programmes d'exercice par des prestataires de soins primaires pourrait encourager la participation des patients. Les activités à domicile et en groupe ont montré leur efficacité pour réduire les chutes.	Les programmes efficaces intégraient habituellement plusieurs types d'entraînement différents. Les programmes exigeant des exercices plus fréquents et plus longs permettent une plus grande diminution du taux de chutes, mais leurs taux de respect et de participation peuvent être diminués. Les appels téléphoniques réguliers, les séances de rappel et les visites à domicile peuvent améliorer le taux de respect d'un programme. La plupart des études présentant des résultats positifs sont celles qui recommandaient trois séances d'exercices ou plus par semaine. Les taux de respect peuvent être meilleurs dans le cas de programmes qui proposent des exercices de groupe dans un endroit pratique et agréable ainsi que le transport vers ce lieu. Le soutien social, les encouragements et la supervision peuvent aussi contribuer à la participation. Le taux de participation des programmes à domicile peut être amélioré si les patients ont accès à des guides d'instructions sur la méthode d'entraînement.
Smalls, B. L. et autres (2015)	Afro-américains souffrant de diabète de type 2	Revue systématique (13 études)	Amélioration de la régulation glycémique (mesurée par l'hémoglobine A1c ou HbA1c), un indicateur de la gravité du diabète de type 2.	Interventions communautaires diverses : infirmiers responsables de la gestion de cas, télémédecine, interventions adaptées à la culture, logiciels pour appareils mobiles, infirmiers éducateurs, éducateurs spécialisés en nutrition ou en diabète, interventions cliniques, consultations individuelles, consultations en groupe, participation des	0 +(O) +(O) +(O)	Les interventions communautaires aident à la gestion du diabète de type 2 chez les Afro-Américains, mais aucune composante particulière n'est plus efficace que les autres. La méthode d'intervention la plus utilisée ayant entraîné les plus importantes améliorations est la consultation en groupe, suivie des exercices supervisés. Trois éléments des interventions communautaires ont entraîné d'importants changements quant à la régulation glycémique : les logiciels pour appareils mobiles, les éducateurs spécialisés en nutrition et les approches basées sur un programme d'apprentissage.	L'intervention ne devrait pas relever de la responsabilité unique des travailleurs en santé communautaire. Une meilleure régulation glycémique est associée à des résultats positifs relativement au diabète de type 2, à une meilleure qualité de vie et à des complications moindres.

médecins, exercices supervisés et travailleurs en santé communautaire.

L'autogestion du diabète en milieu communautaire permet de diminuer la quantité de HbA1C et d'améliorer d'autres résultats liés au diabète de type 2.

Interventions en soins palliatifs

Moraitou, M. et autres (2016)	Aînés et patients atteints de maladies chroniques	Revue systématique		Technologies intelligentes de services de santé à domicile (résidences équipées de technologies qui permettent de surveiller ou de localiser les patients, d'encourager l'indépendance ou d'améliorer la qualité de vie).	0	L'utilisation de telles technologies pose des défis de nature technologique, psychosociale, éthique et économique.	Des normes cliniques, techniques et portant sur le vocabulaire à employer et le flux de travaux à respecter doivent être établies afin de limiter les défis liés à la technologie. Les défis relatifs à l'infrastructure (p. ex., qualité d'accès à Internet au domicile des patients), les préoccupations en matière de protection de la vie privée et de divulgation de l'information, le temps requis pour apprendre à utiliser ou à entretenir les outils technologiques, la qualité des données recueillies par ces outils et la peur associée à la diminution des interactions humaines sont des aspects à aborder. La technologie a le potentiel d'accroître l'accès aux soins, mais peut également être très coûteuse tant pour le système de santé que pour le patient.
Bainbridge, D. et autres (2016)	Patients en fin de vie en soins à domicile	Examen de revues systématiques (19 revues portant sur 40 études)	Résultats non clairement définis; vaste éventail de résultats, répartis en 6 domaines : qualité de vie, satisfaction à l'égard des soins, rendement, gestion de la douleur, gestion des symptômes non douloureux, soutien au décès à domicile et réduction de l'utilisation ou des coûts des services de santé.	30 composantes uniques (moyenne de 11 par étude). Six composantes les plus courantes : partenariats avec les soins actifs, aspect multidisciplinaire, expertise et formation en matière de soins de fin de vie, soins holistiques, gestion de la douleur et des symptômes psychosocial professionnel.	+ + + +	Neuf interventions ont entraîné une importante réduction des coûts. Parmi celles-ci, les composantes les plus courantes étaient les suivantes : partenariats, disponibilité en tout temps et planification des soins personnalisée. Améliorations importantes dans six catégories de résultats. Les 12 composantes les plus communes des programmes efficaces de soins de fin de vie à domicile ont témoigné d'une amélioration des résultats dans les six catégories. Trois composantes en particulier offraient plus d'avantages constants dans plusieurs catégories de résultats, c'est-à-dire l'amélioration de la satisfaction et de la gestion de la douleur et le choix du lieu de décès, qui ont été obtenus grâce à des partenariats entre les services communautaires. Sur 17 études, 4 essais randomisés contrôlés et 5 essais non randomisés contrôlés ont rapporté des coûts nettement inférieurs à ceux des soins habituels.	Les programmes étaient complexes et comprenaient de multiples facettes et composantes (30); ces dernières étaient divisées en 5 catégories : type de services, disponibilité, caractéristiques du modèle de soins, partenariats avec d'autres ressources et interventions relatives aux processus. Les données probantes les plus solides révèlent une amélioration des résultats en matière de satisfaction des patients et des aidants, de gestion de la douleur et des symptômes non douloureux, de soutien au décès à domicile et de réduction de l'utilisation et des coûts des services de santé. Il est probable que les principales composantes relevées travaillent de concert pour améliorer la qualité de vie, la satisfaction et la gestion des symptômes, éviter les hospitalisations inutiles en fin de vie et soutenir le décès à domicile.

Coelho, A. et autres (2017)	Patients en soins palliatifs	Étude de portée (18 études)	Le principal résultat d'intérêt concernait le confort général du patient – les éléments ayant un effet sur le confort comprennent la douleur, l'anxiété, la dépression, le stress, la fatigue et le bien-être.	Dix interventions non pharmacologiques : 1) aromathérapie, reiki et toucher thérapeutique, 2) aromathérapie, bain de pieds et réflexologie, 3) aromathérapie, 4) massage avec aromathérapie, 5) massothérapie, 6) toucher thérapeutique sans contact, 7) musicothérapie, 8) hypnothérapie, 9) art-thérapie, 10) relaxation avec rétroaction biologique par électromyographie.	0 + + +0	La musicothérapie a eu des effets variables sur l'anxiété et la dépression, mais des résultats généralement positifs en matière de confort et de relaxation. L'aromathérapie a entraîné des effets positifs généraux sur l'anxiété, la dépression, la douleur et l'inconfort. La massothérapie et le toucher thérapeutique ont généralement eu un effet positif sur le confort. Le toucher thérapeutique sans contact, l'art-thérapie, l'hypnothérapie et la relaxation avec rétroaction biologique par électromyographie ont produit des effets positifs notables relativement à la diminution de la douleur (quoique des résultats minimes).	Les résultats de chacune des composantes des interventions n'ont pas été discutés. La majorité des études portait sur des unités de soins palliatifs.
Hofmeister, M. et autres (2018)	Patients en soins palliatifs à domicile	Étude de portée et analyse thématique (53 études)	Les principaux résultats concernaient les services offerts, l'utilisation des ressources, les coûts, le fardeau des symptômes, la qualité de vie, la satisfaction, la détresse des aidants et le lieu du décès.	Diverses interventions à domicile, divisées en cinq catégories : accessibilité des services de santé, soutien à la famille et aux aidants, soins personnalisés axés sur le patient, prestation de soins multidisciplinaires et amélioration de la qualité.	0 0/+	66 % des études portaient sur la catégorie des soins personnalisés axés sur le patient, mais aucune ne dégageait de résultats positifs. Prévalence des autres types d'interventions : accessibilité des services de santé (50,9 %), soutien aux aidants (22,6 %), prestation de soins multidisciplinaires (45,3 %), amélioration de la qualité (11,3 %). Toutes les interventions ont entraîné des résultats positifs, quoique variables.	Il est peut-être plus approprié de se concentrer sur le lieu où les soins précédant le décès ont été offerts plutôt que sur le lieu même du décès. Les résultats doivent être mesurés plus précisément que dans le cadre d'une collecte régulière de données afin d'obtenir des données reliées plus directement à l'objectif des soins palliatifs à domicile.
Singer, A. E. et autres (2016)	Patients en soins palliatifs et leurs aidants	Revue systématique (124 essais randomisés contrôlés)	Résultats portant sur la qualité de vie des patients et des aidants : douleur, dyspnée, symptômes dépressifs ou autres, préoccupations existentielles ou spirituelles, expérience et satisfaction, qualité de vie relative à la santé, état fonctionnel, communication ou planification des soins.	Interventions diverses : interventions par personnel infirmier (gestion de cas en soins palliatifs, éducation en matière de gestion et de surveillance des symptômes, consultation et thérapie) ou travailleurs sociaux (au sein d'équipes multidisciplinaires composées d'individus formés sur le plan clinique), composantes d'interventions axées sur les soins à domicile, accent sur la communication, soutien psychosocial, technologies	+ +0 + +(0) + +	Amélioration de la qualité de vie, de la communication et de la planification des soins (plus grande importance) pour les patients et les aidants, amélioration de la santé psychosociale et de l'expérience des patients et des aidants (importance modérée). Peu de données probantes concernant la douleur, la QVS et l'état fonctionnel. Nombreuses données portant sur la diminution du recours aux soins hospitaliers; autres résultats économiques mal définis (p. ex., coûts). Les interventions effectuées uniquement par le personnel infirmier ont été particulièrement efficaces pour diminuer la douleur. 83 % des interventions intégrant des soins à domicile ont eu des effets notables sur les symptômes de dépression des aidants (dans de nombreux cas, les équipes n'étaient pas	La majorité des interventions visant à traiter la douleur concernaient les patients atteints de cancer. Les interventions pour traiter la douleur et les symptômes dépressifs étaient beaucoup plus efficaces auprès des patients atteints de cancer que d'autres maladies. Les interventions ayant eu un effet notable sur la communication et la planification des soins intégraient souvent du soutien à la prise de décisions, des directives préalables et de la formation ou de l'éducation. Les interventions qui recourraient aux soins à l'hôpital étaient généralement moins efficaces. Les interventions de longue durée étaient plus efficaces pour améliorer les symptômes dépressifs chez les patients et

Annexe C : Modèles prometteurs de soins de proximité au Canada

N°	Nom du programme	Description
1	Clinique PATH, Nouvelle-Écosse	<p>Recherche : Kimberlyn McGrail et Margaret McGregor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : La clinique PATH a été fondée pour aider les personnes âgées et leur famille à comprendre leur état de santé et les guider dans le processus de prise de décisions en matière de services de santé afin de protéger leurs intérêts et leur qualité de vie. On y offre des évaluations détaillées et de l'aide à la planification. • Résultats : Amélioration de la santé de la population; réduction des coûts de services de santé par personne; optimisation de l'utilisation des ressources (valeur par dollar investi en santé). • Pour en savoir plus : • https://www.cdha.nshealth.ca/geriatric-medicine/palliative-therapeutic-harmonization-clinic (en anglais seulement). • https://pathclinic.ca/implementation/outcomes/ (en anglais seulement).
2	Oasis, Colombie-Britannique	<p>Recherche : Kimberlyn McGrail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : La première clinique OASIS (<i>osteoarthritis service integration system</i> ou « système d'intégration des services de soins de l'arthrose ») a ouvert ses portes en 2006. On compte maintenant trois emplacements, soit à Vancouver, Richmond et North Shore. • Objectif : Permettre aux personnes atteintes d'arthrose, peu importe le stade de la maladie, d'atteindre un état de santé optimal selon les circonstances en leur offrant des évaluations multidisciplinaires de leurs besoins, des plans personnalisés et de l'éducation pertinente, en temps opportun. • Pour en savoir plus : • http://oasis.vch.ca/en/ (en anglais et certaines langues asiatiques). • http://oasis.vch.ca/about-us/mission-vision-and-values/ (en anglais et certaines langues asiatiques).
3	Financement direct, Ontario	<p>Recherche : Sarah Carbone</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : En 1994 et 1995, le ministère de la Santé de l'Ontario a approuvé le financement de ce programme pilote et lui a ainsi alloué 4,4 millions de dollars. Le programme est devenu permanent en 1998, et son budget a été augmenté à 18,7 millions de dollars. Environ 700 résidents de l'Ontario obtiennent du financement dans le cadre de ce programme. • Objectif : Permettre à des adultes souffrant de handicaps physiques d'employer eux-mêmes leurs préposés. Ils assument l'entière responsabilité du budget de soins qui leur est accordé. • Résultats : Amélioration de la satisfaction des participants et du contrôle qu'ils ont sur leurs soins; réduction potentielle des coûts pour le système de santé. • Pour en savoir plus : • https://www.dfontario.ca/fr.
4	Home is Best, Model of Primary and community care	<p>Recherche : Association canadienne des soins et services à domicile, <i>Home is Best</i> [article]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : <i>Home is Best</i> allie un ensemble d'éléments habilitants pour le système, par exemple la planification proactive du congé, les services élargis de soutien communautaire et le travail d'approche par téléphone. Ce modèle d'intégration des

	intégration (« Modèle d'intégration des soins primaires et communautaires à domicile »), Colombie-Britannique	soins primaires et communautaires a été mis en œuvre et testé dans une communauté de la Colombie-Britannique. <ul style="list-style-type: none"> • Objectif : Le projet <i>Home is Best</i> est à la fois une philosophie et une approche globale en matière de services de santé qui repose sur un partenariat solide et structuré entre les prestataires de soins à domicile, de soins communautaires, de soins actifs et de soins primaires en vue d'améliorer l'expérience des aînés au sein du système de santé. L'intégration du modèle a pour objectif d'aider les patients souffrant de problèmes de santé à long terme qui affectent leurs capacités fonctionnelles et leur bien-être. • Résultats : Confiance accrue des prestataires; augmentation du nombre de patients ayant reçu leur congé pour retourner à leur domicile et qui auraient autrement été dirigés vers des soins en hébergement.
5	Télésoins à domicile, Ontario	Recherche : Association canadienne de soins et services à domicile, <i>Telehomecare in Ontario</i> [article] <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : Le programme provincial actuel de télésoins à domicile découle d'un programme pilote de 2007 cofinancé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et Inforoute Santé du Canada. À ce jour, 11 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et leurs partenaires offrent les télésoins à domicile à l'échelle de la province. • Objectif : L'initiative de télémédecine du Réseau Télémédecine Ontario est une intervention d'autogestion des maladies chroniques qui permet aux patients de contribuer à l'établissement de leur plan de soins à domicile grâce à la technologie. • Résultats : Patients satisfaits du service, réduction des visites aux services d'urgence ou à un prestataire de soins primaires, réduction du nombre de visites aux services d'urgence après l'inscription au programme, diminution du taux de réadmissions en soins actifs.
6	Choice in Supports for Independent Living (« Mesures de soutien à la vie autonome »), Colombie-Britannique	Recherche : Sarah Carbone <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : Ce programme, offert depuis 20 ans, comprend deux volets : un des volets s'adresse aux personnes possédant les facultés mentales nécessaires pour autogérer leurs soins, alors que le deuxième est conçu pour les personnes qui ne possèdent pas ces capacités. • Objectif : Ce programme offre une option de financement autogéré pour les patients admissibles bénéficiant de soutien à domicile. Il a été conçu afin d'offrir une certaine souplesse de gestion des services de soutien à domicile aux Britanno-Colombiens souffrant de handicaps et nécessitant des soins importants. • Pour en savoir plus : https://www.interiorhealth.ca/YourCare/HomeCommunityCare/ChoiceInSupportsForIndependentLiving/Pages/default.aspx (en anglais seulement). • https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/programmes-soins-autogeres-canada-rapport-presente-a-sante-canada.html#a5_2.
7	Provincial Home Support Services Program, Paid Family Caregiving Option (Programme provincial de services de soutien à	Recherche : Stephen Bornstein <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : Depuis le 22 octobre 2015, l'option <i>aidants naturels rémunérés</i> du <i>Provincial Home Support Program</i> est offerte aux patients (nouveaux ou existants) qui reçoivent du soutien à domicile afin de les aider à demeurer dans leur foyer et leur collectivité. • Ce programme accorde jusqu'à 250 subventions à des aînés et à des adultes handicapés afin qu'ils puissent rémunérer un membre de leur famille pour le soutien approuvé qu'il leur offre à domicile. Ces subventions sont accordées au moyen d'un modèle de financement direct personnalisé, ce qui offre plus de souplesse aux patients et réduit le fardeau administratif.

	domicile, option aidants naturels rémunérés), Terre-Neuve-et-Labrador	<ul style="list-style-type: none"> • Pour en savoir plus : https://www.health.gov.nl.ca/health/long_term_care/family_caregiving.html (en anglais seulement).
8	Seniors Managing Independent Life Easily, (Programme de gestion de la vie indépendante pour aînés), Ontario	<p>Recherche : Allie Peckham</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : Programme élaboré en 2008 dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi. • Il s'agit d'un programme de soutien à domicile et communautaire géré par les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada) avec l'aide de partenaires communautaires. Ce programme offre du soutien aux activités de la vie quotidienne à des personnes âgées à risque de perdre leur autonomie en raison de leur fragilité croissante. • Les services peuvent comprendre des services de soutien communautaire traditionnels offerts par des prestataires ou des entreprises reconnues (p. ex., nettoyage ou lessive), ou encore des services offerts par des prestataires non traditionnels, qu'il s'agisse de particuliers ou de groupes. Le programme ne finance pas les services effectués par des membres de la famille ou du foyer. • Pour en savoir plus : • http://www.von.ca/fr/hastings/service/le-programme-smile.
9	Senior Community Hubs (centres de soins communautaires pour aînés), Alberta	<p>Recherche : Émilie Dionne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : Initiative visant à réunir des médecins de famille, des ressources du réseau de soins primaires, des spécialistes et des ressources de soutien social et communautaire pour promouvoir un vieillissement en santé. • Objectifs : Préserver et améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées; offrir des soins de santé primaires intégrés et axés sur les objectifs et les priorités des personnes âgées. • Pour en savoir plus : • https://www.eopcn.ca/services/seniors-community-hub/ (en anglais seulement).
10	Seniors House Calls Program (programme d'appels à domicile pour aînés), Saskatchewan	<p>Recherche : Émilie Dionne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce programme d'appels à domicile pour aînés a été créé dans l'ancienne région sanitaire Regina-Qu'Appelle afin de favoriser le bien-être des personnes âgées dans le confort de leur foyer. L'équipe comprend des infirmiers praticiens, des ambulanciers et des pharmaciens. • Pour en savoir plus : • http://www.rqhealth.ca/departement/primary-health-care/seniors-house-call-program (en anglais seulement).
11	Appels à domicile, Ontario	<p>Recherche : Allie Peckham</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme de soins de santé primaires pour aînés confinés à domicile. Fournit des soins médicaux primaires, de même que des services d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de travailleurs sociaux et de relations avec les services de soutien communautaire. • Pour en savoir plus : • http://www.seniorhousecalls.ca/about-us.html (en anglais seulement).
12	Mise en œuvre du Plan Alzheimer Québec au sein des groupes et	<p>Recherche : Émilie Dionne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer et simplifier l'accès à un processus d'évaluation des fonctions cognitives et de diagnostic de la maladie d'Alzheimer. • Innover grâce à une coordination efficace et adaptée des services nécessaires aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leur famille.

	unités de médecine familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la structure et l'approche des services proposés en fonction des particularités locales et régionales. • Proposer la gestion de cas intégrée dès le diagnostic de maladie d'Alzheimer. • Pour en savoir plus : • http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/projet-d-implantation-ciblee.
13	Programme COACH, Île-du-Prince-Édouard	<p>Recherche : Émilie Dionne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux soins pour les personnes âgées fragiles ayant des besoins complexes en les aidant à rester à la maison plus longtemps ou à retourner chez eux plus tôt à l'aide d'une collaboration avec des programmes partenaires, le tout en réduisant les doublons à l'échelle des services et des mesures de soutien. • Pour en savoir plus : • https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-coach.

Annexe D : Articles et facteurs soulignés

Auteur	Intensité		Soutien aux aidants	Approche personnalisée des soins	Établissement social	Soutien et éducation en matière d'autogestion	Normalisation des recommandations et protocoles Soins de transition	Équipe disponible 24 h/24, 7 j/7	Soins multidisciplinaires Équipes de soins	Multiplicité des méthodes et combinaisons de prestation de soins		
	Durée	Fréquence								Technologie et en personne	Stratégies de groupe et individuelles	Autre
Anuruang (2014)		✓		✓		✓					✓	
Apostolo (2015)						✓	✓					
Aydede (2014)	✓	✓			✓							
van den Berk-Clark (2018)					✓	✓				✓		✓
Berthelson (2015)	✓		✓	✓			✓	✓		✓	✓	
Brand (2014)				✓		✓	✓		✓			✓
Challis, 6 (2014)	✓	✓	✓	✓	✓		✓		X			
Challis, 12 (2014)			✓	✓			✓				✓	
Chan (2018)				✓		✓	✓					
Chavez (2018)				✓		✓	✓					
Clarkson (2017)			✓	✓			✓				✓	
Clarkson (2018)	✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓
Cooper (2017)			✓	✓					✓		✓	
Gorgon (2018)				✓								✓
Huntley (2017)												

Husebo (2014)			√		√	√				√		
Jensen (2017)						√			√	√		√
Johnson (2018)			√			√			√			
Merali (2016)			√	√		√					√	
Murphy (2015)								√				
Pekmezaris (2018)										√	√	
Rasku (2019)				√					√	√		
Reilly (2015)	√	I	√	√		√	X/I		√	√	√	
Reynolds (2018)						√						√
Shier (2016)	√	√			√					√		
Smalls (2015)						√			√	√	√	
Moraitou (2016)										X		
Bainbridge (2016)			√	√			√	√	√			√
Coelho (2016)												
Hofmeister (2018)	√		√	√				√				
Singer (2017)	√		√	√					√			
Sarmiento (2017)			√				√	√				

√ = Facteur de réussite

I = Résultats indéterminés, habituellement variables

X = Élément n'ayant pas entraîné de résultats positifs

Références

- [1] Wilson, M. *Identifying the effects of home care on improving health outcomes, client satisfaction and health system sustainability*, McMaster Health Forum, 2018.
- [2] Naylor, D. et autres. *Unleashing innovation: Excellent Healthcare for Canada*, 2015.
- [3] Chappell, N. et M. J. Hollander. « An evidence-based policy prescription for an aging population », *Healthcare Papers*, 2011, vol. 11, p. 8-18.
- [4] Haggerty, J. et autres. *Policies and program innovations that connect primary health care, social services, public health and community support in Canada: A comparative policy analysis*, Université McGill et Centre de recherche de St. Mary, Montréal, Québec : Instituts de recherche en santé du Canada, 2017-2020.
- [5] Johnson, C. S. et autres. *Home care in Canada: An Environmental Scan*, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit: University of Saskatchewan, 2017.
- [6] Donner, G. et autres. *Bringing Care Home: Report of the Expert Group on Home and Community Care*, Toronto : Expert Group on Home and Community Care, mars 2015, vol. 24, consulté en juin 2015.
- [7] Association canadienne de soins et services à domicile. *Integrated Models of Care: Home is Best: Developing an Integrating Primary and Home & Community Care system*, 2016.
- [8] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Patients First: A Roadmap to Strengthen Home and Community Care*, 2015.
- [9] Peckham, A. et autres. « Rebalancing health systems toward community-based care: The role of subsectoral politics », *Health Policy*, 2018, vol. 122, p. 1260-1265.
- [10] Peckham, A. et autres. « Community-Based Reform Efforts: The Case of the Aging at Home Strategy », *Healthcare Policy*, 2018, vol. 14, p. 30-43.
- [11] Williams, A. et autres. « Aging at home: integrating community-based care for older persons », *Healthcare Papers*, 2009, vol. 10, p. 8-21.
- [12] Collier, R. « National home care standards urged », *Canadian Medical Association Journal*, 2011, vol. 183, p. 176-177.
- [13] Association CH. *Home Care in Canada: From the Margins to the Mainstream*, 2009.
- [14] Kuluski, K. et autres. « What Gets in the Way of Person-Centred Care for People with Multimorbidity? Lessons from Ontario, Canada », *Healthcare Quarterly*, Toronto, Ontario, 2016, vol. 19, p. 17-23.
- [15] Arksey, H. et L. O'Malley. « Scoping studies: towards a methodological framework », *International Journal of Social Research Methodology*, 2005, vol. 8, p. 19-32.
- [16] Colquhoun, H. L. et autres. « Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting », *Journal of Clinical Epidemiology*, 2014, vol. 67, p. 1291-1294.
- [17] Levac, D., H. Colquhoun et K. K. O'Brien. « Scoping studies: advancing the methodology », *Implementation Science*, 2010, vol. 5, p. 69.
- [18] Anuruang, S. et autres. « Community-based interventions to promote management for older people: an integrative review », *Journal of Clinical Nursing*, 2014, vol. 23, p. 2110-2120.
- [19] Husebo, A. M. et M. Storm. « Virtual visits in home health care for older adults », *Scientific World Journal*, 2014, vol. 2014, article 689873.
- [20] Gorgon, E. J. R. « Caregiver-Provided Physical Therapy Home Programs for Children with Motor Delay: A Scoping Review », *Physical Therapy*, 2018, vol. 98, p. 480-493.
- [21] Jensen, L. et autres. « Improving Heart Failure Outcomes in Ambulatory and Community Care: A Scoping Study », *Medical Care Research and Review*, 2017, vol. 74, p. 551-581.

- [22] Merali, S. et autres. « Characterising community exercise programmes delivered by fitness instructors for people with neurological conditions: a scoping review », *Health Social Care Community*, 2016, vol. 24, p. e101-e116.
- [23] Rasku, T. et autres. « The core components of Community Paramedicine - integrated care in primary care setting: a scoping review », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2019.
- [24] Coelho, A. et autres. « Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review », *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 2017, vol. 15, p. 1867-1904.
- [25] Hofmeister, M. et autres. « Palliative care in the home: A scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis », *BMC Palliative Care*, 2018, vol. 17.
- [26] Apostolo, J. et autres. « The effectiveness of nonpharmacological interventions in older adults with depressive disorders: a systematic review », *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 2015, vol. 13, p. 220-278.
- [27] Aydede, S. K. et autres. « Chronic kidney disease and support provided by home care services: a systematic review », *BMC Nephrology*, 2014, vol. 15, p. 118.
- [28] van den Berk-Clark, C. et autres. « Do Patient-Centered Medical Homes Improve Health Behaviors, Outcomes, and Experiences of Low-Income Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis », *Health Services Research*, 2018, vol. 53, p. 1777-1798.
- [29] Brand, C. A., I. N. Ackerman et J. Tropea. « Chronic disease management: improving care for people with osteoarthritis », *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2014, vol. 28, p. 119-142.
- [30] Challis, D. et autres. *Chapter 6. Community mental health teams for older people: A systematic review of the literature. National trends and local delivery in old age mental health services: towards an evidence base. A mixed-methodology study of the balance of care approach, community mental health teams and specialist mental health outreach to care homes*, Southampton, Royaume-Uni, 2014.
- [31] Challis, D. et autres. *Specialist mental health outreach to older residents of care homes: A systematic review of the literature. National trends and local delivery in old age mental health services: towards an evidence base. A mixed-Methodology study of the balance of care approach, community mental health teams and specialist mental health outreach to care homes*, Southampton, Royaume-Uni, 2014.
- [32] Chavez, K. S., A. A. Dwyer et A. S. Ramelet. « International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review », *International Journal of Nursing Studies*, 2018, vol. 78, p. 61-75.
- [33] Clarkson, P. et autres. « A Systematic Review of the Economic Evidence for Home Support Interventions in Dementia », *Value Health*, 2017, vol. 20, p. 1198-1209.
- [34] Clarkson, P. et autres. « Systematic review: Effective home support in dementia care, components and impacts - Stage 2, effectiveness of home support interventions », *Journal of Advanced Nursing*, 2018, vol. 74, p. 507-527.
- [35] Huntley, A. L. et autres. « A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission », *BMJ Open*, 2017, vol. 7, article e016236.
- [36] Johnson, S. et autres. « No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada », *Canadian Journal on Aging*, 2018, vol. 37, p. 400-419.
- [37] Murphy, S. M. et autres. « Crisis intervention for people with severe mental illnesses », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, article CD001087.
- [38] Pekmezaris, R. et autres. « Home Telemonitoring In Heart Failure: A Systematic Review And Meta-Analysis », *Health Affairs*, 2018, vol. 37, p. 1983-1989.
- [39] Reilly, S. et autres. « Case management approaches to home support for people with dementia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, vol. 1, article CD008345.

- [40] Reynolds, R. et autres. « A systematic review of chronic disease management interventions in primary care », *BMC Family Practice*, 2018, vol. 19, n° 11.
- [41] Shier, V., E. Trieu et D. A. Ganz. « Implementing exercise programs to prevent falls: systematic descriptive review », *Injury Epidemiology*, 2016, vol. 3, n° 16.
- [42] Smalls, B. L. et autres. « Community Interventions to Improve Glycemic Control in African Americans with Type 2 Diabetes: A Systemic Review », *Global Journal of Health Science*, 2015, vol. 7, p. 171-182.
- [43] Singer, A. et autres. « Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review », *Journal of Palliative Medicine*, 2016, vol. 19, p. 995-1008.
- [44] Sarmiento, V. et autres. « Home Palliative Care Works: But how? A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers », *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2017, vol. 7, p. 390-403.
- [45] Berthelsen, C. B. et J. Kristensson. « The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: a systematic review », *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, p. 988-1002.
- [46] Cooper, C. et autres. « A systematic review evaluating the impact of paid home carer training, supervision, and other interventions on the health and well-being of older home care clients », *International Psychogeriatric Association*, 2017, vol. 29, p. 595-604.
- [47] Bainbridge, D., H. Seow et J. Sussman. « Common Components of Efficacious In-Home End-of-Life Care Programs: A Review of Systematic Reviews », *Journal of the American Geriatrics Society*, 2016, vol. 64, p. 632-639.
- [48] Apostolo, J. et autres. « The effectiveness of nonpharmacological interventions in older adults with depressive disorders: a systematic review », *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 2015, vol. 13, p. 220-278.
- [49] Moraitou, M., A. Pateli et S. Fotiou. « Smart Health Caring Home: A Systematic Review of Smart Home Care for Elders and Chronic Disease Patients » dans P. Vlamos (éd.). *GeNeDis Geriatrics*. Cham, Suisse : Springer International Publishing, 2016, p. 255-264.
- [50] Chan, R. J., W. Marx, N. Bradford, L. Gordon, A. Bonner, C. Douglas, D. Schmalkuche, P. Yates. « Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review », *Int J Nurs Stud*, 2018, vol. 81, p. 61-80.
- [51] Barnieh, L. et autres. « Views of Canadian patients on or nearing dialysis and their caregivers: a thematic analysis », *Canadian Journal of Kidney Health & Disease*, 2014, vol. 1, n° 4.



NORTH AMERICAN
OBSERVATORY
on Health Systems and Policies

Le North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO) est un partenariat collaboratif de chercheurs, d'organismes de santé et d'organismes gouvernementaux qui prône une prise de décisions sur les politiques du système de santé éclairée par des données probantes. En raison de la décentralisation massive du système de santé aux États-Unis et au Canada, le NAO s'emploie à comparer les systèmes et politiques de santé à l'échelle des provinces et des États des deux fédérations.