

Université de Montréal

Perception des cliniciens, gestionnaires et usagers à l'égard des interventions de groupe offertes pendant la réadaptation en déficience physique

Par Dominique Bélanger

**École de santé publique de l'Université de Montréal
Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en administration des services de santé :
option Évaluation des services, organisations et systèmes de santé**

Avril 2018

© Dominique Bélanger, 2018

Résumé

Introduction: La demande pour les services de réadaptation en déficience physique que ce soit auditive, du langage, motrice ou visuelle est croissante. Préoccupés par l'accès et l'efficacité des services, les milieux de réadaptation sont appelés à augmenter l'offre d'interventions de groupe.

Objectif: Le premier objectif de cette étude est d'examiner les facilitateurs et obstacles à l'utilisation d'interventions de groupe en réadaptation. Le second objectif est d'explorer la perception des cliniciens, gestionnaires et usagers face aux enjeux liés à la qualité des soins, aux coûts ainsi qu'à l'atteinte des objectifs lors de ces interventions.

Méthodologie: Un devis d'étude de cas multiples a été utilisé. Des cliniciens et gestionnaires de cinq centres de réadaptation de la région de Montréal ont été consultés à l'aide d'un questionnaire en ligne (n=162) et de groupes de discussion (n=20). Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès d'usagers (n=4) ayant participé à des interventions de groupe. Des statistiques descriptives et quantitatives ont été effectuées pour les résultats du questionnaire. Les données qualitatives ont été rassemblées par thèmes et triangulées avec les résultats du questionnaire.

Résultats: Parmi les principaux facilitateurs figurent l'intérêt des usagers, le potentiel d'influence entre les participants et la reconnaissance de la valeur de ces interventions. Les principaux obstacles sont la gestion de l'horaire, le temps requis pour la réflexion et la préparation des interventions et la masse critique d'usagers qui est parfois insuffisante pour former des groupes. Concernant le deuxième objectif, les interventions de groupe sont perçues comme étant sécuritaires. Elles devraient être offertes pour les bénéfices que l'on en tire plutôt que pour des motifs financiers et être en lien avec l'atteinte des objectifs des usagers. Elles doivent aussi être offertes en complémentarité aux interventions individuelles.

Conclusion: Les interventions de groupe comportent de nombreux bénéfices. De mieux comprendre les perceptions des acteurs-clés pourra faciliter leur mise en œuvre ainsi que leur maintien. Des avenues de recommandations sont proposées afin d'aider les gestionnaires et intervenants à planifier leur offre de service et ainsi potentialiser les gains pour les usagers.

Mots clés: réadaptation, réadaptation physique, déficience physique, interventions de groupe, facilitateurs et obstacles, qualité des soins, accessibilité, coûts, sécurité, efficacité

Summary

Introduction: The demand for physical rehabilitation services in auditory, language, motor or visual impairment is growing. Concerned about the access and the efficiency of the services, rehabilitation settings are called upon to increasingly offer group interventions.

Objectives: The first objective of this study is to examine the facilitators and barriers to the implementation of group interventions in rehabilitation. The second objective is to explore the perception of clinicians, managers and patients of issues related to quality of care, costs and the achievement of goals during those interventions.

Methodology: A multiple case study design was used. Clinicians and managers from five rehabilitation centres in the Montreal area were consulted using an online questionnaire (n = 162) and focus groups. Individual interviews were conducted with patients who participated in group interventions. Descriptive and quantitative statistics were performed for the results of the questionnaire. The qualitative data were grouped by themes and triangulated with the results of the questionnaire.

Results: Key facilitators include patient's interest, potential for influence among participants, and recognition of the value of these interventions. The main obstacles are schedule management, time required for reasoning and planning the interventions and having a critical mass of patients which is sometimes insufficient to form groups. Regarding the second objective, group interventions are perceived as safe. They should be offered for profit rather than for financial reasons and be linked to the achievement of patient goals. They must also be offered as a complement to individual interventions.

Conclusion: Group interventions provide many benefits. A better understanding of the perceptions of key actors will facilitate their implementation as well as their

sustainability. Recommendations are proposed to help managers and clinicians plan services and at thus maximize benefits for patients.

Keywords: rehabilitation, physical rehabilitation, physical impairment, group interventions, facilitators and barriers, quality of care, accessibility, costs, safety, effectiveness

Table des matières

Résumé.....	ii
Summary	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des sigles	x
Remerciements.....	xi
Contexte de l'étude	xiii
Contribution particulière de la candidate	xv
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 Problématique.....	1
1.2 Objectifs de l'étude.....	2
1.3 Utilisation des résultats.....	3
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	4
2.1 Définition des interventions de groupe	4
2.2 Organisation des services de réadaptation au Québec.....	5
2.3 Phases du continuum de soins et services en réadaptation	6
2.4 Bénéfices des interventions de groupe en déficience physique	6
2.5 Mécanismes sous-jacents à l'utilisation des interventions de groupe.....	8
2.6 Portrait de la pratique en ce qui a trait aux interventions de groupe.....	9
2.7 Perception des usagers vis-à-vis l'intervention de groupe	12
2.8 Perception des cliniciens et gestionnaires vis-à-vis l'intervention de groupe	14
2.9 Facilitateurs et obstacles aux interventions de groupe	14
2.10 Efficacité, sécurité et coûts des interventions de groupe	19
2.11 Conclusion à l'état des connaissances.....	20
Chapitre 3 : Cadres conceptuels et objectifs de l'étude	22
3.1 Le modèle de Damschroder : Consolidated Framework For Implementation Research	22
3.1.1 Caractéristiques de l'intervention	23
3.1.2 Contexte organisationnel.....	23
3.1.3 Contexte local.....	24
3.1.4 Caractéristiques des individus	24
3.2 Qualité des soins, coûts, atteinte des objectifs selon Champagne et coll.	24
3.2.1 La qualité.....	25
3.2.2 Les coûts.....	28
3.3.3 L'atteinte des objectifs.....	28
3.3 Objectifs spécifiques de l'étude.....	28

Chapitre 4 : Méthodes de recherche.....	30
4.1 Stratégie et devis de recherche.....	30
4.2 Description des milieux.....	30
4.3 Sélection des participants : critères d'inclusion et d'exclusion.....	32
4.4 Méthode de collecte de données.....	33
4.4.1 Questionnaire.....	33
4.4.2 Groupes de discussion.....	37
4.4.3 Entrevues.....	40
4.5 Analyse des données.....	42
4.5.1 Statistiques descriptives.....	42
4.5.2 Analyses quantitatives.....	42
4.5.3 Analyses qualitatives.....	43
4.6 Rigueur.....	44
4.7 Considérations éthiques.....	45
Chapitre 5 RÉSULTATS.....	47
5.1 Taux de réponse, description des répondants et des activités réalisées en groupe.....	47
5.1.1 Questionnaire.....	47
5.1.1.1 Données sociodémographiques.....	47
5.1.1.2 Utilisation des interventions de groupe.....	52
5.1.2 Groupes de discussion.....	53
5.1.3 Entrevues individuelles.....	55
5.2 Résultats liés à la perception à l'égard des éléments influençant la tenue des interventions de groupe.....	55
5.2.1 Énoncés.....	55
5.2.2 Influence perçue des éléments proposés dans le questionnaire.....	57
5.2.3 Résultats qualitatifs.....	61
5.2.3.1 Caractéristiques de l'intervention.....	62
5.2.3.1 Contexte organisationnel.....	73
5.2.3.3 Contexte local.....	79
5.2.3.4 Caractéristiques des individus.....	84
5.2.3.5 Tendance des éléments : facilitateurs ou obstacles.....	88
5.3 Résultats liés à l'impact perçu des interventions de groupe sur la qualité des soins et services, les coûts et l'atteinte des objectifs.....	90
5.3.1 Énoncés.....	90
5.3.2 Résultats qualitatifs.....	91
5.3.2.1 Qualité.....	91
5.3.2.2 Coûts.....	100
5.3.2.3 Atteinte des objectifs.....	102
Chapitre 6 DISCUSSION.....	104
6.1 Résumé des principaux résultats.....	104
6.2 Éléments influençant la tenue des interventions de groupe.....	105
6.2.1 Éléments influençant de façon positive la tenue des interventions de groupe : FACILITATEURS.....	105

6.2.2 Éléments influençant de façon négative la tenue des interventions de groupe : OBSTACLES.....	109
6.2.3 Éléments pouvant être FACILITATEURS ou OBSTACLES	114
6.2.4 Éléments faisant l'objet de perspectives opposées	117
6.3 Qualité des soins, coûts et atteinte des objectifs	119
6.3.1. Qualité : perception générale.....	120
6.3.2 Intervention ponctuelle	120
6.3.3 Épisode de soins	122
6.3.4 Niveau organisationnel	123
6.3.5 Coûts	124
6.3.6. Atteinte des objectifs.....	124
6.4 Réflexion sur les objectifs spécifiques.....	125
6.4.1 Perception selon les phases du continuum de soins et services.....	125
6.4.2 Éléments influençant la tenue des interventions de groupe selon les catégories du modèle de Damschroder	126
6.5 Implications pour la pratique	127
6.6 Limites de l'étude	130
6.7 Pistes pour recherches futures	131
Chapitre 7 Conclusion	133
Bibliographie.....	135
Annexe 1 Résumé du rapport d'ETMI.....	I
Annexe 2 Questionnaire.....	V
Annexe 3 Guide d'animation des groupes de discussion.....	XIV
Annexe 4 Guide d'animation des entrevues.....	XXI
Annexe 5 Tableau de classement des éléments.....	XXIV
Annexe 6 Certificat d'éthique.....	XXV
Annexe 7 Formulaire de consentement: cliniciens et gestionnaires	XXVIII
Annexe 8 Formulaire de consentement: usagers.....	XXXV

Liste des tableaux

Tableau I	Cibles et critères de l'appréciation normative	25
Tableau II	Explication des concepts des éléments proposés dans le questionnaire. .	35
Tableau III	Répondants par catégorie et taux de réponse.....	48
Tableau IV	Répondants par formation clinique de base répartis selon la phase du continuum	48
Tableau V	Répondants par site et taux de réponse.....	49
Tableau VI	Répondants par site répartis selon les phases du continuum.....	49
Tableau VII	Répondants par phase du continuum de soins.....	50
Tableau VIII	Répondants par catégorie répartis selon les phases du continuum.....	50
Tableau IX	Mentions des clientèles avec lesquelles les répondants ont affirmé travailler et répartition selon les phases du continuum.....	51
Tableau X	Répondants par nombre d'années dans la profession actuelle	51
Tableau XI	Mentions des clientèles avec lesquelles les interventions de groupe ont été effectuées et répartition selon les phases du continuum	52
Tableau XII	Proportion des activités professionnelles réalisées en groupe chez les répondants effectuant des activités de groupe.....	53
Tableau XIII	Opinion à l'égard des facilitateurs et obstacles aux interventions de groupe: répartition selon les phases et valeurs <i>p</i>	56
Tableau XIV	Mentions des éléments ayant une influence (positive ou négative), classés selon le modèle de Damschroder	58
Tableau XV	Priorisation des facilitateurs et obstacles	59
Tableau XVI	Tendance perçue des éléments selon les données quantitatives et qualitatives: facilitateur ou obstacle	89
Tableau XVII	Opinion à l'égard des aspects liés à la qualité des soins, aux coûts et à l'atteinte des objectifs : répartition selon les phases et valeurs <i>p</i>	90

Liste des sigles

AVC	Accident vasculaire cérébral
CFIR	Consolidated Framework For Implementation Research
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
CRLB	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CISSS	Centres intégrés de santé et services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux
CRCL	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
FIM	Functional Independence Measure
HJR	Hôpital juif de réadaptation
HPS	Heures de prestation de services
INESSS	Institut national en santé et en services sociaux
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
IRD	Institut Raymond-Dewar
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
IURDPM	Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal
SRDV	Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle
TCC	Traumatisme cranio-cérébral

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'apport de plusieurs personnes qui m'ont aidée de près ou de loin à mener ce projet à terme. J'aimerais sincèrement les remercier de leur soutien.

D'abord, je tiens à remercier mes deux directrices, Mme Nicole Leduc et Mme Dahlia Kairy qui m'ont généreusement fourni support et encadrement. Elles m'ont poussée à me dépasser en me fournissant des conseils judicieux qui ont contribué au développement de mes capacités d'analyse et de synthèse. Leurs contributions, quelque peu différentes, mais tout aussi pertinentes, ont été plus qu'appréciées.

J'aimerais aussi remercier mes collègues du programme santé physique du site IRGLM, tout spécialement Josée Robert et Catherine Vaillancourt, qui m'ont encouragée et soutenue dans ma démarche et qui, lors de mes nombreuses absences, voyaient les usagers dont j'étais responsable en tant que physiothérapeute. C'est également avec elles que j'ai réfléchi, préparé et réalisé de nombreuses interventions de groupe.

Je ne peux passer sous silence la contribution des autres membres du comité opérationnel, particulièrement Martine Gendron et Christel Akué, qui ont fait partie de l'aventure tout au long du projet d'ETMI. Elles ont, entre autres, contribué à la création des outils de collecte. Elles m'ont appuyée dans mon élan de mener à bien la collecte alors que plus personne n'y croyait...

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance envers Marie-Claude Roussin et Frédérique Laurier, mes chefs de service, qui ont fait preuve d'ouverture et de compréhension en acceptant de me dégager de mes tâches au travail afin que je puisse rédiger ce mémoire.

Je remercie aussi la Fondation LRH qui a payé mon salaire pendant ma contribution au projet d'ETMI ainsi que le CRIR qui m'a généreusement offert une bourse d'étude.

Je me dois de remercier spécialement tous les participants aux groupes de discussion et aux entrevues, cliniciens, gestionnaires et usagers, ainsi que les coordonnatrices de recherche des centres participants pour leur assistance au recrutement des usagers. Sans leur participation, ce projet n'aurait jamais pu voir le jour.

D'autres remerciements plus spécifiques sont dirigés vers certaines personnes qui m'ont aidée à un moment ou à un autre:

Frédéric Messier, Diana Zidarov et Muriel Guériton pour les conversations qui ont enrichi et guidé ma réflexion, Gevorg Chilingaryan pour son expertise en statistique, Evelina Pituch pour son aide avec la codification, Liliane Gnanhoui, Jessica Roy et Audrée Gourde pour les conseils de mise en page finale, ma soeur Nathalie pour la révision linguistique.

Je salue mes parents, mes amis et les membres de ma famille élargie qui n'ont cessé de m'encourager.

Et surtout, en tout dernier lieu, je remercie du fond du cœur ma petite famille pour sa patience et sa compréhension: mon conjoint Dany Gagnon qui m'a offert soutien, présence et conseils, mes enfants Henri et Clémence qui se demandaient bien pourquoi je devais travailler autant...

Quelqu'un m'a déjà dit à propos de sa décision de faire une maîtrise, qu'elle se "payait un cadeau". Cela m'a fait réfléchir. Ma vie était déjà bien remplie avec ma famille, mes amis et un travail qui me comblait. Mais j'ai toujours aimé apprendre et l'idée de retourner sur les bancs d'école me tentait depuis un moment. En fait, je ne pensais même pas trouver le temps. J'ai fait le saut, j'ai trouvé le temps. Le nombre d'heures passées devant mon clavier s'est avéré bien supérieur à ce que j'aurais pu imaginer, mais pas un jour, je n'ai regretté mon choix.

Contexte de l'étude

Cette étude s'insère dans un projet d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI), réalisé grâce au soutien de l'Institut national en santé et en services sociaux (INESSS) dans le cadre du programme de soutien aux initiatives en ETMI et de la participation des six centres de réadaptation¹, membres du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Ce projet qui s'est échelonné sur une période de trois ans visait à répondre à la question suivante : L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante? Une revue de la littérature scientifique et grise ainsi qu'une collecte d'informations auprès des parties prenantes ont été réalisées afin d'y parvenir.

La candidate à ce mémoire faisait partie de l'équipe de projet (comité opérationnel) avec six autres personnes, dont une bibliothécaire et une conseillère scientifique. Un comité directeur était aussi en place pour faciliter et valider la réalisation. Le plan de réalisation, qui contenait la méthodologie détaillée, les activités de communications et de transferts de connaissances prévues ainsi que le budget et l'échéancier du projet, a été élaboré par le comité opérationnel avec l'accord du comité directeur. Le comité opérationnel était en charge de réaliser toutes les étapes de la revue systématique et de la collecte auprès des parties prenantes, d'analyser et de synthétiser les données recueillies, de procéder à l'appréciation de la force de la preuve, de préparer les recommandations pour la validation par le comité directeur et de rédiger le rapport final.

La méthodologie prévue consistait en un devis mixte comprenant une revue systématique de littérature et une collecte de données qualitatives auprès des parties

¹¹ Depuis la réorganisation du réseau de la santé le premier avril 2015, les six centres participants (Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, Hôpital juif de réadaptation, Institut Nazareth et Louis-Braille, Institut Raymond-Dewar, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal) font partie de quatre CISSS ou CIUSSS. De plus, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, l'Institut Raymond-Dewar et l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ont fusionné pour former l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Dans le cadre de ce projet, les différents sites seront nommés par les appellations d'avant la réforme principalement dans le but d'alléger le texte et les tableaux.

prenantes. C'est en cours de projet que la décision d'utiliser les données issues de cette collecte pour alimenter ce mémoire a été prise. Une demande a été faite au comité d'éthique de la recherche afin d'être en mesure de publier les résultats recueillis.

Le déroulement général a accusé quelques retards ce qui a forcé le comité à modifier le plan de réalisation. Il ne fut pas possible, dans un contexte de réforme majeure du réseau et de diminution de ressources, de réaliser la collecte telle que prévue initialement. C'est ainsi que la décision d'introduire un questionnaire en ligne et de diminuer le nombre de groupes de discussion et d'entrevues a été prise. Ceci a permis de rejoindre plus de répondants tout en conservant le même délai de remise.

Du point de vue des instigateurs de ce projet, un des objectifs de cette collecte était d'obtenir des données à trianguler avec celles obtenues suite à la recherche documentaire afin d'appuyer les recommandations issues du rapport d'ETMI. Une analyse sommaire des résultats descriptifs du questionnaire ainsi que des données qualitatives issues des groupes de discussion et des entrevues a été intégrée au rapport final d'ETMI qui fut déposé à l'INESSS le 31 mars 2017(1). L'annexe 1 comprend un résumé de ce rapport.

Une analyse plus approfondie des données, autant quantitatives que qualitatives, a été effectuée par la suite pour les besoins de ce mémoire. Notamment, l'élaboration des cadres conceptuels, les analyses par phases du continuum de soins et services, les calculs statistiques ainsi que les verbatims étaient absents du rapport d'ETMI, mais font l'objet de ce mémoire.

Contribution particulière de la candidate

Étant donné que cette étude fait partie d'un projet d'établissement, il appert pertinent de spécifier la contribution de la candidate à ce mémoire.

La candidate a fait toutes les démarches relatives à la demande d'éthique. Elle a participé activement à la création des outils des trois sources de données. C'est elle qui s'est chargée de toutes les communications avec les coordonnateurs de sites (envoi du lien vers le questionnaire), les gestionnaires, les cliniciens (recrutement pour les groupes de discussion) et les coordonnatrices de recherche ou cliniques (recrutement des usagers).

C'est elle qui a assuré les contacts avec la personne qui a mis le questionnaire en ligne. Elle en a ensuite recueilli et analysé tous les résultats de celui-ci. Pour ce faire, elle a aussi travaillé en collaboration avec un statisticien du CRIR.

La candidate a également pris en charge l'organisation des groupes de discussion (réservation des salles, équipements, collations) et des entrevues individuelles. Elle a participé à l'animation des groupes de discussion et réalisé les entrevues. Suite à la transcription, elle a réécouté et amendé² tous les enregistrements et procédé à toutes les analyses qualitatives. C'est elle qui est à l'origine des cadres conceptuels, des réflexions et interprétations liées aux données recueillies et qui a rédigé la totalité de ce mémoire.

² Le transcripteur n'étant pas familier avec la terminologie de la réadaptation, certaines rectifications ont dû être apportées au texte (termes techniques, abréviations).

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Problématique

Au Québec, près de soixante-dix-sept mille personnes (77 000) ayant une déficience physique que ce soit auditive, du langage, motrice ou visuelle reçoivent annuellement des services de réadaptation dans les centres de réadaptation en déficience physique (2). La demande pour ces services est croissante (3, 4). Les raisons sont multiples, mais peuvent s'expliquer en partie par le vieillissement de la population (4-6), l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques (4, 7) et les avancées médicales qui font que plus de gens survivent à des conditions qui auraient auparavant résulté en mortalité (4, 7).

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la réadaptation a pour but de permettre aux individus ayant des incapacités physiques de « jouir de façon optimale de leurs fonctions physiques, sensorielles, intellectuelles, et sociales » (8). La réadaptation vise la réalisation des habitudes de vie liées aux activités courantes et à l'accomplissement des rôles sociaux de ces individus. Pour ce faire, elle mise sur la réduction des situations de handicap par la compensation des incapacités et le renforcement des aptitudes (9).

L'accès aux services de réadaptation est un enjeu primordial non seulement pour le rétablissement des personnes, pour qui les incapacités peuvent être significatives et persistantes, mais aussi du point de vue du système de santé. En améliorant l'état de santé et le niveau fonctionnel de ces personnes, moins de services de santé seraient requis ce qui en réduirait les coûts (7, 10). L'intensité des services est aussi un enjeu à considérer si l'on se base sur les recommandations de la littérature pour l'atteinte optimale des buts de réadaptation. En effet, pour certaines clientèles, notamment les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou encore un traumatisme craniocérébral (TCC), il est recommandé de maintenir une certaine intensité de service (11, 12). Pour suivre ces recommandations, un minimum de séances de traitements est requis même lorsque les ressources sont limitées. De plus, il semblerait qu'une

augmentation de l'intensité de traitement en physiothérapie améliorerait les gains fonctionnels et pourrait même diminuer la durée de séjour chez des individus ayant une condition aigüe ou subaigüe en centre hospitalier général ou de réadaptation (13). L'utilisation d'interventions de groupe pourrait être un moyen d'augmenter l'intensité des services (14, 15).

Traditionnellement, les interventions individuelles sont privilégiées dans la pratique en réadaptation (16-18). Un plan d'intervention individualisé est établi pour chaque usager et les intervenants de différentes disciplines, notamment la physiothérapie, l'ergothérapie ou l'orthophonie, offrent des services sur une base individuelle. Mais considérant les préoccupations sans cesse grandissantes envers l'efficience des services de réadaptation, il pourrait y avoir un intérêt d'offrir davantage d'interventions de groupe. Les gestionnaires pourraient y voir un moyen d'augmenter la performance de leurs équipes. Le fait de regrouper plusieurs usagers pour offrir un service pouvant être dispensé en mode individuel pourrait être perçu comme étant moins coûteux. Mais il est pertinent de se demander si c'est réellement le cas. Si certains services offerts en individuel peuvent être offerts à plus d'une personne à la fois, est-ce que cela serait bien accepté par les cliniciens et les usagers? Y aurait-il des bénéfices collatéraux à leur utilisation? Est-ce que les cliniciens se sentent aptes à mettre en place et animer des groupes? Dans le cas de manque de ressources ou de compressions budgétaires, une offre accrue d'interventions de groupe pourrait être une façon d'augmenter l'accès aux soins. Qu'en est-il vraiment? Existe-t-il des contraintes organisationnelles à mettre en place de tels groupes? Toutes ces questions méritent des réponses et peu d'études s'y sont attardées à ce jour. De demander aux gestionnaires, cliniciens et usagers quelles sont leurs perceptions face à ces aspects serait une façon de contribuer à enrichir les connaissances sur le sujet.

1.2 Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'examiner les facilitateurs et obstacles à l'utilisation d'interventions de groupe chez les individus adultes et aînés ayant une déficience

physique pendant leur processus de réadaptation dans le contexte du système de santé québécois.

L'objectif secondaire de l'étude est d'explorer la perception des gestionnaires, cliniciens et usagers face aux enjeux liés à la qualité des soins et services, aux coûts ainsi qu'à l'atteinte des objectifs lors des interventions de groupe.

1.3 Utilisation des résultats

Les résultats de cette étude pourront potentiellement être utilisés par les intervenants du milieu de la réadaptation en déficience physique afin de guider leurs choix thérapeutiques. De plus, en connaissant davantage les éléments pouvant influencer positivement ou négativement la mise en œuvre d'interventions de groupe, cette étude devrait permettre de guider les gestionnaires lors du développement ou du maintien de l'offre de service en termes de modalité d'intervention. Mieux connaître la perception des cliniciens, usagers et gestionnaires face à plusieurs aspects de cette modalité devrait aider les décideurs du réseau à faire des choix plus éclairés et à mieux planifier les ressources dans un contexte changeant où la performance et l'efficacité restent des enjeux majeurs.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ECRITS

Dans ce chapitre, la définition choisie pour les interventions de groupe ainsi que le modèle d'organisation de services au Québec sont d'abord présentés. Par la suite se retrouve une revue de littérature sur les thèmes pertinents à cette étude soit les bénéfices des interventions de groupe, les mécanismes sous-jacents à leur utilisation, les pratiques en termes de modalités d'interventions, la perception des usagers et des cliniciens à l'égard des interventions de groupe ainsi que les facilitateurs et les obstacles à leur mise en œuvre. Un bref état des connaissances portant sur l'efficacité, la sécurité et les coûts des interventions de groupe est aussi présenté suivi d'un bilan de la recension.

Cette recension diffère de la revue systématique du rapport d'ETMI, principalement parce qu'elle ne cible pas uniquement des études ayant comparé une intervention individuelle à une intervention de groupe. Toutefois, les études consultées au cours de la revue systématique l'ont été également relativement aux thèmes pertinents à ce mémoire et peuvent avoir été retenues. D'autres recherches effectuées avec des mots-clés autour de ces thèmes ont aussi été réalisées dans les bases de données pertinentes au domaine de la réadaptation. Un recours à des ouvrages portant spécifiquement sur les interventions de groupe a également eu lieu pour compléter les connaissances notamment sur les mécanismes sous-jacents à leur utilisation.

2.1 Définition des interventions de groupe

Dans le cadre de cette étude, l'intervention de groupe est définie comme une activité lors de laquelle deux usagers ou plus reçoivent le même service de réadaptation au même endroit au même moment. Ces activités visent à répondre à un ou plusieurs objectifs du plan d'intervention individualisé de l'utilisateur. Il peut y avoir un ou plusieurs intervenants qui animent l'activité de groupe. Les usagers peuvent être accompagnés d'un ou des proches.

2.2 Organisation des services de réadaptation au Québec

Depuis l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux le premier avril 2015 (19), les centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont responsables d'offrir les services de réadaptation à la population qu'ils desservent (20). Ces services, dont l'objectif est de soutenir la participation sociale des personnes ayant une déficience, ont été intégrés afin d'être le plus près possible des usagers, de leur famille et de leurs milieux de vie.

Les services de réadaptation en déficience physique s'adressent à des personnes de tous âges présentant une déficience physique, c'est-à-dire une déficience motrice, auditive, langagière ou visuelle, ainsi qu'à leurs proches. Il est à noter que cette étude ne s'intéresse qu'aux populations adulte et aînée.

Ces services peuvent être spécifiques, spécialisés ou surspécialisés, selon la nature des besoins. Ils s'adressent à des personnes pour qui cette déficience est significative, c'est-à-dire qui altère la réalisation de leurs habitudes de vie, et persistante. La plupart des centres participant à cette étude offrent des services spécialisés et surspécialisés, c'est-à-dire qu'ils répondent à des problématiques de santé très complexes ou peu fréquentes (ex. : lésions médullaires, implant cochléaire, surdicécité) (21).

Lorsque les CISSS et CIUSSS reçoivent une demande de services, une évaluation globale des besoins de l'utilisateur est effectuée afin de déterminer le niveau de priorité de la demande (urgent, élevé, modéré). Le niveau de priorité détermine le délai maximal avant le début des services. Lorsqu'ils commencent, un plan d'intervention individualisé est élaboré par un ou plusieurs intervenants de concert avec l'utilisateur. Des services sont ensuite offerts alors que l'utilisateur est soit en milieu hospitalier ou dans son milieu de vie, le plus souvent en multidisciplinarité selon le plan établi. Généralement, les services cessent lorsque les objectifs sont atteints ou lorsque les interventions n'entraînent plus de progrès.

2.3 Phases du continuum de soins et services en réadaptation

Selon le cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, un continuum de services est « un système intégré, centré sur la personne qui inclut des services, des mécanismes d'intégration et suit dans le temps les personnes à travers des services de santé et des services sociaux à tous les niveaux d'intensité requis » (22).

Lors du cheminement d'un usager ayant une déficience physique au Québec, ce continuum est habituellement défini en trois phases. La phase 1 est la phase aiguë où l'utilisateur se trouve normalement en centre hospitalier de courte durée jusqu'à une stabilisation de sa condition médicale. La phase 2 ou post-aiguë est l'étape de réadaptation intensive qui se fait généralement en centre spécialisé de réadaptation (23, 24). C'est la phase de récupération dans le but de reprendre les activités fonctionnelles comme l'hygiène, la communication, les déplacements et la mobilité. La phase 3 est la suivante et vise l'adaptation et l'intégration sociale. Cette dernière phase s'effectue le plus souvent sur une base ambulatoire, l'utilisateur ayant réintégré ou étant en processus de réintégrer son milieu de vie, ancien ou nouveau.

Uniquement des milieux offrant des services en phase 2 et 3 ont participé à cette étude, car les objectifs de recherche les concernent particulièrement.

2.4 Bénéfices des interventions de groupe en déficience physique

Les interventions de groupe sont courantes en réadaptation (15), et ce depuis plusieurs décennies (25). Il existe plusieurs raisons de faire des séances en groupes en réadaptation. Selon les auteurs de deux études d'envergure ayant pour but de décrire les interventions en physiothérapie (27) et en ergothérapie (28) chez des usagers ayant subi une lésion médullaire, elles peuvent être utilisées pour compléter l'apprentissage fait lors des séances individuelles, assurer l'intégration des nouveaux acquis, encourager l'interaction avec les pairs et permettre l'échange de stratégies alternatives. D'un point de vue logistique, les interventions de groupe ont également été employées pour

accommoder les horaires des professionnels et maximiser l'offre des heures de thérapie (27, 28). Il serait logique de penser que ces constatations sont aussi applicables à d'autres clientèles.

En plus de requérir moins de ressources humaines, le fait de réaliser une intervention en groupe offre plusieurs avantages. La socialisation avec d'autres individus partageant les mêmes difficultés est mentionnée par plusieurs auteurs (15, 17, 29). L'interaction avec les pairs procure du soutien par le partage d'expériences communes et est perçue comme stimulante (30). Cette interaction peut améliorer le processus d'apprentissage, augmenter la motivation et diminuer la sensation d'isolement (17). En plus de ces deux derniers points, Clark et coll., qui ont exploré le point de vue d'usagers ayant participé à des groupes d'autogestion après avoir subi un AVC, soulignent que la résolution de problème collective peut aider ensuite les participants à résoudre leurs propres problèmes (29). Patterson, Fleming et Doig ajoutent que l'apprentissage par les pairs est un bénéfice clé des interventions de groupe en réadaptation (15). À cet effet, il est aussi rapporté que la rétroaction donnée par un pair est plus puissante que celle venant d'un thérapeute (31, 32).

Le concept d'adhésion aux exercices est aussi mentionné parmi les bénéfices de l'intervention de groupe. En effet, Raymond et coll. qui ont réalisé des entrevues avec des usagers ayant fait des exercices de physiothérapie en groupe, ont rapporté que la camaraderie qui s'installe lors des séances contribue à augmenter la motivation à faire les exercices et même à se pousser plus (33). Burke et coll., qui ont fait une méta-analyse sur les effets de différents modes d'intervention (individuel ou de groupe) pour promouvoir l'activité physique rapportent que plus le contact avec les professionnels de la santé et les autres participants ainsi que le soutien de ceux-ci sont grands, plus il y a d'effets positifs à l'intervention (34).

Un autre avantage rapporté des interventions de groupe est qu'elles se rapprochent des situations réelles de la vie quotidienne, préparant ainsi davantage les usagers aux situations qu'ils devront affronter à leur retour à la vie normale (15, 31, 35, 36).

D'ailleurs, une étude a évalué un programme d'orthophonie fait en groupe chez des individus ayant la maladie de Parkinson et qui avaient auparavant reçu des traitements sur une base individuelle (37). Selon les participants, le fait de performer en public les a aidés à se concentrer sur la clarté de leur langage et à retrouver l'art de la conversation. Cette démarche de groupe a contribué à rétrécir l'écart entre les situations de langage clinique et de tous les jours.

Sommairement, les bénéfices répertoriés pour les usagers comprennent le soutien des pairs, la socialisation, l'apprentissage qui est potentialisé par la présence des pairs, l'augmentation de la motivation et le fait que ces interventions représentent davantage la vie réelle. Du point de vue des organisateurs, réunir plusieurs usagers en même temps comporte des avantages logistiques.

2.5 Mécanismes sous-jacents à l'utilisation des interventions de groupe

La définition des interventions de groupe faite par l'American Occupational Therapy Association (38) aide à mieux comprendre le rationnel derrière l'utilisation des interventions de groupe en réadaptation: elles se caractérisent par « l'utilisation d'un bagage de connaissances distinct et de techniques de leadership dans le but de faciliter l'apprentissage et l'acquisition d'habiletés par le biais d'une dynamique de groupe et d'interactions sociales ». Ainsi, l'influence des différentes interactions survenant lors des interventions de groupe constitue un moyen d'atteindre les objectifs thérapeutiques poursuivis dans le plan d'intervention de l'utilisateur.

Le psychothérapeute reconnu Irvin Yalom, a identifié douze facteurs curatifs présents en contexte de groupe tels que l'apprentissage interpersonnel, le développement des habiletés sociales, la normalisation³ et l'altruisme pour n'en nommer que quelques-uns

³ « La normalisation exprime la pression qui s'exerce au cours d'une interaction en vue d'adopter une position acceptable par tous les individus. (...) Dans le phénomène de normalisation, il existe une réduction des différences, et l'interaction débouche sur un consensus qui amène à percevoir le problème nouveau dans un système de référence commun. » Amado et Guittet, Dynamique des communications dans les groupes, Armand Colin, Paris, 2009, p.88

(26). Ces facteurs tentent de donner une explication sur la façon dont les interactions du groupe ont un effet sur le processus thérapeutique.

Dans son ouvrage traitant des dynamiques de groupe en ergothérapie, Marilyn Cole aborde le concept de leadership de groupe (39). Le style de leadership adopté par l'intervenant animant un groupe peut affecter profondément les résultats. Elle mentionne que trois types de leadership de base sont employés lors des interventions de groupe en ergothérapie: les styles directif, facilitateur et conseiller. Le choix du meilleur style à préconiser dans un contexte donné est souvent complexe.

Cole aborde aussi le concept d'approche centrée sur l'utilisateur lors des thérapies de groupe (39). En ce qui a trait à cette approche, elle mentionne que toutes les informations obtenues au cours des interactions à l'intérieur du groupe s'intègrent à la connaissance de la condition de l'utilisateur et que cela contribue au raisonnement clinique exercé par le clinicien. En contexte de groupe, un processus dynamique se produit, lequel s'adapte aux changements dans le déroulement, aux réactions émotives et aux différentes interactions des membres. Ce processus dynamique guide l'animateur dans le choix de ses actions. À cet effet, l'animateur se doit de faire preuve d'empathie et de respecter les valeurs, souhaits, préférences et culture de chaque individu faisant partie du groupe.

2.6 Portrait de la pratique en ce qui a trait aux interventions de groupe

Dans les faits, les services de réadaptation en déficience physique sont principalement offerts en mode individuel (17). Les études rapportées dans cette section ont porté attention à la distribution des modes d'intervention ou à la nature des interventions de groupe (profil de la clientèle, activités réalisées). Il est à noter que la documentation sur les groupes de psychothérapie, quoique nombreuse, est exclue, car il ne s'agit pas de services qui peuvent se donner en individuel. Même si ces thérapies de groupe peuvent

avoir lieu en milieu de réadaptation, ce ne sont pas les types de groupes visés par cette étude.

Deux études conjointes d'envergure (n=600) ont examiné la nature et la distribution des interventions en physiothérapie et en ergothérapie chez les individus ayant une lésion médullaire (27, 28). Selon les auteurs de ces études, autant en physiothérapie qu'en ergothérapie, 77% des activités offertes l'étaient sur une base individuelle et 23% des activités étaient réalisées en groupe. Toujours avec cette même clientèle, un autre auteur du même groupe a été plus loin et a analysé les facteurs amenant certains individus à faire partie de ces groupes (40). Selon lui, il semblerait que les individus ayant une atteinte médullaire plus basse et ayant un score FIM (Functional Independence Measure) plus élevé à l'admission seraient plus enclins à faire partie des groupes. Pour la physiothérapie, les deux activités les plus communes effectuées en groupe avec ces individus sont le renforcement musculaire et l'apprentissage de la mobilité en fauteuil roulant.

Une étude australienne a pour sa part examiné le contenu des traitements de physiothérapie lors de la réadaptation après une chirurgie d'arthroplastie du genou. Le mode de réadaptation le plus commun est celui individuel (63%), ensuite viennent les classes d'exercices supervisées en groupe (23%) puis l'enseignement d'un programme d'exercices à domicile (9%) (18).

L'étude de Hammond et coll. a observé et décrit la quantité et le contenu des séances de groupe d'un programme de réadaptation intensive pendant la période d'hospitalisation d'individus ayant subi un TCC (17). Lors de cette étude de cohorte incluant 2130 usagers, 79% d'entre eux ont reçu au moins une séance en groupe. Globalement, 13% des sessions d'activités étaient offertes sous ce mode. Les cliniciens les plus grands utilisateurs de cette modalité ont été, en ordre décroissant, les thérapeutes en loisirs (25,5%), les orthophonistes (16,2%), les ergothérapeutes (10,4%), les psychologues (8,1%) et les physiothérapeutes (7,9%). Les usagers les plus susceptibles de participer

aux groupes étaient ceux ayant un score moyen à la partie cognitive de l'outil d'évaluation du niveau fonctionnel FIM.

Gelsomino et coll. ont observé plusieurs caractéristiques ainsi que la mise en œuvre de traitements de physiothérapie sous forme de groupe dans cinq centres de réadaptation aux États-Unis (41). Dans tous ces centres, qui dispensaient des services à plus de soixante patients par jour, toutes les activités de groupe étaient offertes en complémentarité aux interventions individuelles. Les principaux types de groupes répertoriés étaient les suivants: marche, exercices sur matelas, éducation pour lésion médullaire, éducation pour AVC, exercices du membre supérieur et mobilité en fauteuil roulant. Plusieurs autres aspects ont également été observés telles les procédures de prévention des infections. En ce qui a trait à celles-ci, quatre centres ne permettaient pas aux usagers faisant l'objet de ces procédures de participer aux interventions de groupe.

Plusieurs activités de groupe, peu importe la discipline, ont une mission éducative. Au lieu de procéder à l'enseignement de façon individuelle, certains milieux regroupent les usagers ayant les mêmes besoins pour leur donner de l'information sur leur condition ou leur offrir de l'enseignement sur de nouvelles procédures, des stratégies d'adaptation ou de prévention. Une étude s'est intéressée à la perception de l'éducation aux patients lors de la réadaptation suite à une blessure médullaire (42). Les participants ont rapporté que les séances en groupe encouragent le partage d'expériences, ce qui contribue à faciliter l'apprentissage. Une recommandation tirée de cette étude est d'incorporer des principes d'éducation aux adultes dans les programmes pour augmenter leur efficacité.

Cet état des connaissances donne un aperçu de ce qui se fait dans ces quelques milieux spécifiques. Trois de ces études avaient inclus 300 usagers et plus, ce qui pourrait laisser croire qu'elles sont représentatives de la réalité dans ces contextes. Seulement quatre études représentant trois types de clientèles ont regardé la proportion des activités offertes en groupe comparativement à l'individuel. Les pourcentages variaient entre 13 et 23% pour les activités en groupe. La physiothérapie était représentée dans trois

études sur cinq. L'étude de Hammond et coll. a jeté un regard intéressant sur les proportions entre les différentes disciplines avec une clientèle ayant un TCC. Le profil type des participants a été légèrement abordé pour les personnes ayant une lésion médullaire et un TCC. Plusieurs groupes répertoriés avaient une mission éducative. Une seule étude a mentionné brièvement les procédures de prévention des infections. Ces procédures n'ont été mentionnées dans aucune autre étude de la recension.

2.7 Perception des usagers vis-à-vis l'intervention de groupe

Quelques études identifiées se sont spécifiquement intéressées à la perception des usagers présentant différentes conditions (principalement AVC et TCC) lors d'interventions de groupe en réadaptation (29, 30, 33, 43-47). Toutefois, la majorité d'entre elles étaient davantage destinées à en apprendre plus sur un programme spécifique que sur l'expérience de groupe (29, 30, 43, 45-47). Il fut tout de même possible d'en dégager certaines tendances.

En général, les usagers participant à ces études se montrent favorables vis-à-vis l'expérience qu'ils ont vécue en groupe. Lorsqu'il y a comparaison entre le mode de groupe et individuel, la préférence des usagers varie. Certains ont préféré le mode individuel (30), d'autres ont affirmé préférer le mode reçu que ce soit en groupe ou en individuel (48-50). Plusieurs de ces études ont abordé l'expérience de groupe chez différentes clientèles ayant une déficience physique (44-46), sans toutefois la comparer avec l'équivalent en individuel. Toutes ont souligné que le soutien des pairs ainsi que le partage d'expériences avec d'autres personnes vivant les mêmes difficultés ont été perçus comme étant très bénéfiques par les usagers et auraient même contribué au succès de la réadaptation (44). En plus du soutien des pairs, l'augmentation de la motivation et la diminution du sentiment d'isolement ont aussi été rapportées comme étant bénéfiques (29, 30, 33). Par contre, certains participants ayant la maladie de Huntington ont mentionné que côtoyer d'autres personnes dont la condition était plus avancée a contribué à augmenter leur niveau d'inquiétude (45). Cette remarque ne s'applique qu'aux usagers présentant une maladie évolutive.

Parmi les études contenues dans l'examen de la portée réalisé par Patterson et coll., qui comprend 99 études de tout type de devis, le tiers a examiné les perceptions des usagers ayant subi un TCC à l'égard de l'intervention de groupe (51). Les usagers participants étaient d'avis que les interventions de groupe étaient bénéfiques pour le partage d'expériences, réduire le sentiment d'isolement, obtenir le soutien et la rétroaction des pairs et s'adapter à leur nouvelle condition après un TCC. Les auteurs ont toutefois rapporté la variabilité de ces études en termes de profondeur et de qualité.

L'étude de Hirsche et coll., réalisée auprès de vingt-deux usagers ayant différentes conditions chroniques (AVC, sclérose en plaques, lésion médullaire) concernant un programme d'autogestion en groupe rapporte que les plus jeunes usagers ont montré le désir d'être en groupe avec des personnes du même âge (43), tel que rapporté aussi par une étude auprès de personnes en santé (52). Un fait intéressant de l'étude de Hirsche et coll. est que les participants avaient une opinion différente concernant le meilleur moment pour participer à un tel groupe (autogestion). Les usagers ayant subi un AVC étaient d'avis que le plus tôt après l'AVC était le mieux, les individus atteints de sclérose en plaques trouvaient que le meilleur moment dépendait de l'individu, les personnes ayant subi une lésion médullaire croyaient que ce groupe ne devait pas être offert avant six mois suivant la lésion. Ces observations ne sont pas transférables à tout type de groupe, mais cela souligne le fait qu'il est important de prendre en considération le moment opportun selon la condition lors de la planification de groupes et le processus d'adaptation et de rétablissement spécifique à la condition.

En résumé, les usagers se montrent favorables aux interventions de groupe dans les études recensées. Peu d'études comparatives existent et dans leur cas, les usagers n'ont reçu qu'un mode donc ne peuvent apprécier que celui qu'ils ont reçu. Il n'est donc pas possible d'en tirer des constats à cet effet. Plusieurs bénéfices sont nommés, le principal étant le soutien apporté par les pairs.

2.8 Perception des cliniciens et gestionnaires vis-à-vis l'intervention de groupe

Très peu d'études se sont intéressées aux perceptions des cliniciens et encore moins des gestionnaires spécifiquement vis-à-vis l'intervention de groupe pendant le processus de réadaptation en déficience physique. Parmi les quelques études identifiées dans le cadre de cette recension, la plupart concernent des cliniciens travaillant avec des individus ayant subi un TCC.

Richard et coll. ont sondé à l'aide d'un questionnaire 82 cliniciens de différentes disciplines œuvrant avec la clientèle TCC concernant la modalité de groupe. Tel que mentionné par les usagers, la majorité des cliniciens participant à cette étude estime que les groupes contribuent à améliorer le processus d'adaptation à une nouvelle condition, créent des opportunités d'interactions sociales, augmentent la motivation et tendent à reproduire les situations de la vie réelle (36). Toutefois, tout comme les cliniciens d'autres études, ils soulèvent qu'il y a des barrières à effectuer des interventions de groupe (31, 51). Par ailleurs, les cliniciens estiment que la modalité de groupe est complémentaire aux interventions individuelles (31, 41).

En résumé, il ressort des études recensées, qui incluaient principalement des cliniciens travaillant avec les personnes ayant subi un TCC, que les cliniciens appuient les usagers en ce qui a trait aux bénéfices des interventions de groupe. Ils considèrent qu'elles sont complémentaires aux interventions individuelles. Ils portent à l'attention que la mise en place de groupes comporte des obstacles. Ceux-ci sont présentés à la section suivante.

2.9 Facilitateurs et obstacles aux interventions de groupe

Malgré qu'aucune étude n'ait spécifiquement examiné les facilitateurs et obstacles aux interventions de groupe en déficience physique, plusieurs éléments s'y rattachant ont pu être dégagés des études recensées. Tous ces éléments ont été regroupés bien que certains auteurs considèrent certains d'entre eux comme des facilitateurs ou des obstacles selon leur contexte.

Planification des interventions de groupe

Parmi les facilitateurs à la mise en œuvre d'interventions de groupe, l'importance d'une bonne planification des interventions a été soulignée (15). Une planification adéquate permet de maximiser les effets bénéfiques de la dynamique de groupe. Elle permet aussi d'éviter les problèmes de gestion de situations imprévues pouvant survenir lors des rencontres de groupe (15). La sélection des usagers, le ratio intervenants-usagers, ainsi que la logistique organisationnelle font partie des éléments d'une bonne planification. La logistique organisationnelle fait l'objet d'un point distinct, car elle inclut plusieurs aspects.

La sélection des usagers doit tenir compte du profil cognitif et comportemental, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes ayant un TCC (15, 31, 36). Toujours avec cette clientèle, Richard et coll. ont pour leur part relevé que 71% des cliniciens répondants considéraient que les usagers avec un faible niveau cognitif tiraient moins de bénéfices des interventions de groupe et qu'il est difficile d'animer des groupes quand les usagers ont des niveaux cognitifs différents. De plus, un comportement imprédictible, fréquent chez cette clientèle, peut perturber la dynamique du groupe.

Le ratio intervenants-usagers est aussi un facteur important à considérer afin de s'assurer du bon déroulement du groupe et de diminuer l'anxiété chez les usagers (15).

Aspect organisationnel

Le fait de devoir regrouper plusieurs personnes dans un même lieu peut engendrer des contraintes organisationnelles. Un désavantage de l'intervention de groupe est le manque de flexibilité dans l'aménagement de l'horaire (17). Certaines études ont aussi rapporté que le manque de flexibilité des horaires a diminué le taux de participation du groupe étudié (53) et pourrait même avoir contribué à augmenter le taux d'attrition (54).

D'autres contraintes liées à la logistique ont été rapportées notamment avec le processus de référence et la tenue de dossiers requérant plus de soutien administratif (55). Ces résultats proviennent d'une étude qui s'est avérée être d'intérêt bien qu'elle portait sur une clientèle pédiatrique. Malgré cette différence sur le plan de la clientèle, plusieurs aspects sont pertinents pour la présente étude. Cette étude qualitative réalisée à Montréal est composée d'une consultation auprès de gestionnaires, de cliniciens et de familles de participants concernant l'utilisation de groupes instaurés dans le cadre d'une réorganisation visant à augmenter l'offre de groupes et ainsi l'accessibilité aux soins de réadaptation (55).

Participation des proches

La participation des proches des usagers peut aider à la tenue des interventions de groupe autant pour le soutien qu'elle peut leur apporter que pour qu'ils s'approprient les nouveaux acquis et puissent les appliquer hors du contexte de la réadaptation (15, 56). Selon un groupe de recherche, qui a fait une étude qualitative auprès d'usagers et de professionnels de la réadaptation en déficience visuelle sur la pertinence d'inclure la famille et les amis lors des groupes de réadaptation, elle permet une meilleure compréhension des pairs vis-à-vis le problème de santé (56). Toutefois, la présence des proches perturbe parfois les interactions du groupe, ce qui est perçu comme un obstacle (15, 56). À cet effet, il est recommandé de laisser le choix à l'utilisateur d'être accompagné ou non lors de ces séances de groupe (56).

Communication

Lors de l'utilisation de la modalité de groupe, la communication entre les intervenants est déterminante. Le clinicien traitant (celui qui réfère au groupe) se doit de transmettre les données pertinentes concernant le profil de l'utilisateur pouvant faciliter la participation ou mettre en péril le bon déroulement du groupe (15, 55). Ceci peut faire également partie de la planification de l'intervention. Il est aussi facilitant que le clinicien qui anime le groupe donne une rétroaction sur le déroulement de la séance au clinicien traitant (15).

Aptitudes pour l'animation des groupes

Le sentiment de compétence des cliniciens pour animer un groupe peut être un élément facilitant ou une barrière. Parmi les cliniciens ayant participé à l'étude de Richard et coll., 89% sentent qu'ils ont les compétences suffisantes. Pour sa part, Knis-Matthews et coll. ont mentionné que certains cliniciens ne disposent pas des aptitudes nécessaires pour animer les groupes. Ceci est corroboré par les cliniciens de l'étude de Camden et coll. qui rapportent s'être sentis inconfortables et mal préparés lorsqu'ils ont été amenés à effectuer plus d'interventions de groupe (55). Les gestionnaires interrogés dans le cadre de cette même étude étaient d'avis que la tenue d'interventions de groupe a effectivement contribué à augmenter l'accès aux services bien qu'ils réalisent que cela a modifié la pratique des cliniciens ce qui peut avoir été difficile pour certains d'entre eux, particulièrement ceux ayant une plus longue expérience de traitements individuels (55). Berteau a souligné dans son ouvrage sur la pratique de l'intervention de groupe, qui ne concernait pas spécifiquement la réadaptation physique, que l'utilisation des interventions de groupe est souvent improvisée, sans formation appropriée (57).

Les aptitudes requises ne sont pas les mêmes selon que l'on anime un groupe d'utilisateurs ayant subi un TCC comparativement avec un groupe d'utilisateurs présentant une lésion médullaire (15). Les aptitudes rapportées pour l'animation des groupes sont d'être en mesure de gérer les comportements difficiles et la dynamique de groupe afin de tirer le meilleur de la participation, de fournir un cadre et d'inspirer confiance (15). La compétence s'acquerrait avec l'expérience plus que par des formations académiques (36).

Environnement physique

L'environnement physique peut nuire à l'intervention de groupe avec la clientèle ayant subi un TCC. Il est important de réduire le bruit et d'éviter une trop grande stimulation (15). Camden et coll. ont rapporté de la difficulté à trouver des locaux adéquats qui sont suffisamment grands pour accueillir les groupes (55).

Suivi des usagers

Moins d'attention individuelle est donnée à chaque usager en contexte de groupe, il est ainsi plus difficile d'évaluer les progrès de chacun (41, 55). Les cliniciens de l'étude de Camden et coll. ont trouvé difficile d'assigner les patients au bon groupe et aussi d'effectuer les suivis avec les familles alors que les patients n'étaient pas vus sur une base individuelle (55).

Attitude envers les interventions de groupe

Certains cliniciens et usagers peuvent avoir une attitude négative et de la résistance vis-à-vis les interventions de groupe ce qui peut amener un taux de participation inconsistant de leur part (41).

En résumé, la planification des interventions et une bonne communication entre les cliniciens sont davantage rapportées comme des éléments facilitateurs à la mise en œuvre des interventions de groupe. L'aspect organisationnel, l'environnement physique, le suivi des usagers et l'attitude des cliniciens et des usagers tendent à être perçus comme des contraintes. La présence des proches et les aptitudes des cliniciens pour l'animation peuvent être vues autant comme facilitateurs qu'obstacles dans les études consultées. Ces résultats donnent un aperçu des éléments pouvant être considérés facilitateurs ou obstacles, mais ne constituent pas une liste exhaustive. Les répondants ne représentent pas toutes les clientèles ou disciplines possibles. Les individus ayant un TCC y sont surreprésentés.

Plusieurs résultats proviennent de la même étude soit celle de Patterson, Fleming et Doig (2017). Il est à noter que les ergothérapeutes interrogés travaillaient dans une unité où des services étaient offerts à trois types de clientèles (TCC, lésions médullaires et gériatrie) et étaient appelés à identifier les aspects spécifiques à la clientèle TCC. Par ailleurs, l'ergothérapie et la physiothérapie sont les principales disciplines étudiées, ce qui représente assez bien la réalité dans les milieux de réadaptation.

2.10 Efficacité, sécurité et coûts des interventions de groupe

Efficacité

Les données présentées sur l'efficacité des interventions de groupe proviennent principalement de la revue systématique du projet d'ETMI. Cette dernière devait comparer au moins une intervention de réadaptation offerte en groupe à une intervention individuelle comparable. Les études recherchées devaient porter sur une population d'adultes ou d'aînés ayant une déficience physique et se dérouler dans un milieu où sont offerts des services de réadaptation. Au terme de la revue systématique, seulement quinze études ont été retenues. La majorité des articles analysés tendent à démontrer qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui a trait à l'efficacité des interventions de groupe comparativement aux interventions individuelles (1).

L'examen de la portée réalisée par Patterson, Fleming et Doig (2016) (51) s'intéressait entre autres à l'efficacité des interventions de groupe chez la clientèle ayant un TCC. Parmi les 99 études retenues, peu d'entre elles comparaient les résultats d'une même intervention en groupe ou en individuel. La plupart de ces études ont rapporté des améliorations sur les mesures de résultats ciblées et tendent à démontrer que les interventions de groupes sont efficaces.

Les participants à ces études n'étaient que partiellement représentatifs de la diversité des clientèles fréquentant les milieux spécialisés de réadaptation en déficience physique. Il faut donc faire preuve de prudence lors de la généralisation des résultats à d'autres clientèles.

Sécurité

À la lumière des résultats de la revue systématique de l'ETMI, il ne semble pas y avoir de différence significative en ce qui a trait à la sécurité des interventions de groupe. Aucun incident fâcheux n'a été rapporté des études analysées dans le cadre de ce projet (1).

Coûts

Une seule analyse de coût-efficacité en réadaptation en déficience physique a été recensée, mais n'est pas récente (58). Celle-ci comparait les coûts de l'utilisation dominante de groupes en ergothérapie à l'utilisation dominante de séances individuelles avec une clientèle d'usagers ayant subi une arthroplastie de la hanche. Une réduction des coûts a été démontrée sans que les effets en soient affectés.

Quatre études répertoriées ont comparé les coûts des interventions de groupe à des interventions individuelles, mais aucune de ces études ne poursuivait l'objectif principal d'établir les coûts. Toutes portaient sur différentes clientèles (clientèle orthopédique après un remplacement du genou ou de la hanche, déficience auditive, AVC, incontinence urinaire) (59-62). De plus, différents indicateurs ont été utilisés. Selon les résultats de ces études, les coûts sont plus élevés pour les interventions individuelles.

2.11 Conclusion à l'état des connaissances

À la lecture de cet état des connaissances, les interventions de groupe en déficience physique semblent démontrer qu'elles présentent des bénéfices et peu de risque à être utilisées auprès de certaines clientèles en réadaptation. Pourtant il existe peu d'études qui décrivent ce qui se fait dans la réalité relativement à ces interventions. Les interventions individuelles constituent la majorité des activités et les interventions de groupe sont offertes le plus souvent en complémentarité.

Du point de vue de la perception, cette recension permet de se rendre compte que les usagers sont généralement favorables aux interventions de groupe et que les cliniciens y trouvent des bénéfices, mais également des contraintes à leur réalisation.

Une liste de facteurs influençant positivement ou négativement les interventions de groupe a pu être dressée, mais est tirée d'études qui n'incluent pas toutes les clientèles. La plupart d'entre elles portent sur la clientèle ayant un TCC et plusieurs ne sont pas représentées, par exemple les personnes ayant subi une amputation. De plus, les aspects portant sur ces thèmes ont été trouvés à partir d'une recherche autour de certains

concepts (perception, obstacles, facilitateurs) liés aux interventions de groupe. Il est possible que la recherche à l'aide d'autres concepts (ex.: organisation de soins, condition spécifique de santé) ait donné plus de résultats, ce qui laisse croire que la liste n'est pas complète.

Peu d'études comparant les interventions de groupe aux interventions individuelles ont été effectuées, ce qui aurait été utile pour avoir un regard plus critique sur l'efficacité, la sécurité et les coûts de ces interventions. Selon les quelques études recensées, il ne semble pas y avoir de différence significative en ce qui a trait à l'efficacité et la sécurité. En ce qui concerne les coûts, les quelques études répertoriées tendent à démontrer qu'il y a une réduction de coûts avec les interventions de groupe, mais les indicateurs variaient entre les études et des doutes existent quant à la transférabilité des résultats à d'autres contextes.

Le besoin de création de nouvelles connaissances sur différentes facettes liées aux interventions de groupe est mis en évidence avec cette revue de littérature, notamment sur la perception des acteurs clés à l'égard de ces interventions. Dans l'optique de faciliter leur mise en place, leur déroulement et leur maintien, il est essentiel d'explorer ces perceptions plus particulièrement en ce qui a trait aux facilitateurs et obstacles à leur mise en œuvre ainsi qu'aux différents aspects s'y rattachant tels que la qualité des soins.

CHAPITRE 3 : CADRES CONCEPTUELS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Afin de mieux soutenir les relations entre les différents concepts, deux modèles ou cadres conceptuels sont utilisés pour la présente étude : le modèle de Damschroder pour le premier objectif et celui de la qualité selon Champagne et coll. pour le second.

3.1 Le modèle de Damschroder : Consolidated Framework For Implementation Research

Il s'est avéré nécessaire de se doter d'un modèle afin de classer les nombreux éléments influençant les interventions de groupe. Le modèle de Damschroder, bien reconnu dans le domaine de l'implantation d'interventions permettait de procéder à ce classement (63). De plus, comparativement à d'autres modèles proposés, les caractéristiques du contexte sont subdivisées en deux (organisationnel et local) tout en incluant les composantes des individus et de l'intervention (64).

Selon Nilsen, le modèle de Damschroder en est un de facteurs déterminants (en anglais : « determinant framework »), c'est-à-dire qu'il classifie les catégories de facteurs déterminant une implantation. Le but de ce type de modèle est de permettre de comprendre ou d'expliquer les influences de ces facteurs sur les mesures de résultats (64).

Ce modèle renferme une liste de construits qui représente les facteurs pouvant influencer l'application ou la mise en œuvre d'une intervention (63). C'est un modèle bâti à partir de plusieurs théories existantes et qui vise à définir des construits pour expliquer les facteurs qui font qu'une intervention est réalisée dans un contexte donné. Il y est mentionné que les construits se basent sur des perceptions individuelles et que ce sont celles-ci qui construisent les bases requises à la réalisation d'une intervention. Dans le cadre de cette étude, ce sont précisément les perceptions qui sont examinées afin de répondre aux objectifs de recherche. Les auteurs affirment que ce modèle peut être

adapté à plusieurs situations différentes et qu'ainsi, des utilisateurs peuvent même choisir les construits les plus pertinents à leur étude pour évaluer ou expliquer des données provenant de projets de recherche ou d'amélioration de la qualité. Ils soulèvent toutefois qu'il ne permet pas de décrire les interactions entre les construits.

Cinq catégories de caractéristiques sont comprises dans ce modèle, mais seulement quatre sont retenues, car la dernière, qui constitue le processus d'implantation n'est pas pertinente à cette étape-ci de l'étude. Cette dernière catégorie requiert la contribution des autres composantes pour assurer une réussite. Les autres catégories, soit les caractéristiques de l'intervention, le contexte organisationnel, le contexte local et les caractéristiques des individus sont constituées de facteurs pouvant influencer positivement ou négativement la réalisation d'intervention de groupe. Pour chacune des catégories, plusieurs construits sont définis.

3.1.1 Caractéristiques de l'intervention

Les caractéristiques propres à l'intervention comprennent les raisons de son utilisation (incluant les besoins des usagers), le poids des évidences scientifiques la supportant, son avantage relatif, son niveau d'adaptabilité, sa complexité et les coûts reliés à sa mise en œuvre.

3.1.2 Contexte organisationnel

Les caractéristiques du contexte organisationnel représentent les besoins de la population (pas des usagers concernés par cette intervention, mais en général), le réseau de communication avec les autres organisations, la pression des concurrents (par exemple en termes de comparaison des indicateurs de performance) et les politiques gouvernementales.

3.1.3 Contexte local

Le contexte local⁴ comprend les caractéristiques structurelles telles que la composition sociale, la maturité et la taille de l'organisation, le réseau de communication à l'intérieur de l'organisation, la culture locale et le climat relativement au changement.

3.1.4 Caractéristiques des individus

Les connaissances et les croyances à l'égard de l'intervention, le niveau d'auto-efficacité individuelle, l'ouverture face au changement et le sentiment d'appartenance à l'organisation constituent les caractéristiques des individus. Les individus concernés sont ceux qui vont mettre en œuvre l'intervention, c'est-à-dire les cliniciens, les coordonnateurs cliniques et les gestionnaires.

3.2 Qualité des soins, coûts, atteinte des objectifs selon Champagne et coll.

Le deuxième objectif porte sur la perception des gestionnaires, cliniciens et usagers face aux enjeux liés à la qualité des soins et services, aux coûts ainsi qu'à l'atteinte des objectifs lors des interventions de groupe. Lorsqu'ils abordent l'appréciation normative dans leur ouvrage, Champagne et coll. ont situé ces trois composantes par rapport aux cibles de l'évaluation soit la structure, les processus et les résultats (65). Ces trois concepts représentent en ordre les ressources (matérielles, humaines, organisationnelles), les services (prévention, diagnostic, traitements) et les effets sur la santé, les connaissances, le comportement et la satisfaction des usagers (66).

Tel qu'exposé dans le tableau I, la qualité est évaluée principalement en examinant comment les soins et services (processus) répondent aux normes et indirectement à travers les ressources (structure) et les effets (résultats). En ce qui a trait aux coûts, ils s'estiment en examinant les ressources et les effets (structure et processus) tandis que

⁴ Étant donné que la réforme venait tout juste d'avoir lieu au moment de la collecte, le contexte local se rapporte aux anciens établissements.

l'atteinte des objectifs peut être observée en s'intéressant uniquement aux effets (résultats).

Tableau I : Cibles et critères de l'appréciation normative

Critères	Cibles		
	Structure	Processus	Résultats
Qualité	indirecte	x	indirecte
Coûts	x	x	
Atteinte des objectifs			x

Note : Adapté de Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, L'évaluation : concepts et méthodes, Deuxième édition mise à jour, Les Presses de L'Université de Montréal, 2011, Chapitre 4 L'appréciation normative, p.98.

3.2.1 La qualité

La qualité peut être définie comme le degré auquel les services aux individus et à la population augmentent les chances que les améliorations souhaitées sur la santé aient lieu en utilisant les meilleures connaissances disponibles à ce jour⁵. Le concept qu'est la qualité diffère selon la perspective de celui qui la juge qu'il s'agisse des cliniciens, des gestionnaires, des usagers ou des décideurs du réseau de la santé. Champagne et coll. attribuent trois dimensions à la qualité soit l'intervention ponctuelle, l'épisode de soins et le niveau organisationnel ou systémique (65).

L'intervention ponctuelle

L'intervention ponctuelle comprend la qualité technique et la qualité non technique (ou interpersonnelle) telles que définies par Donabedian (67). La qualité technique réfère à l'exécution de la science ou de la technologie de façon à maximiser les effets sur la santé et minimiser les risques. Elle comprend la justesse et la sécurité ou l'exécution

⁵ Traduction libre de « Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge » Lohr, 1990, provenant de The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. Chassin M.R, Galvin R.W. JAMA, 1998. C'est également la définition utilisée par l'Agency for Healthcare Research and Quality (USA). (cité le 24 avril 2018) Disponible à: <https://www.ahrq.gov/topics/quality.html>

compétente. La justesse, qui se traduit par « appropriateness » en anglais, peut aussi se définir comme la pertinence et signifie « faire ce qu'il faut ». La sécurité ou l'exécution compétente, pour sa part, correspond à la façon de faire ou « est-ce qu'on le fait bien ? » (65).

La qualité non technique ou interpersonnelle réfère à la façon d'entrer en relation en respectant les valeurs et les normes. Elle comprend la convenance de l'environnement physique et l'humanisation qui comprend le respect, la courtoisie, le soutien et la communication. Les qualités techniques et non techniques sont indépendantes l'une de l'autre dans le sens que la qualité technique peut être excellente sans que la qualité interpersonnelle ne le soit nécessairement et vice versa (67).

Afin d'examiner la qualité dans le cadre de cette étude, plus précisément la qualité technique, cela pourrait se référer au choix du meilleur mode d'intervention dans une situation donnée (justesse) et à l'aspect sécuritaire de l'intervention de groupe (exécution compétente). La qualité non technique ou interpersonnelle pourrait se référer à la façon dont ces interventions sont réalisées. Par exemple, il y aurait lieu de se demander si la confidentialité est respectée.

L'épisode de soins

L'épisode de soins comprend la continuité et la globalité des soins (65). La qualité des soins dispensés tout au long d'un épisode de soins peut s'apprécier à l'aide de ces deux concepts. La continuité survient lorsque les ressources et services se suivent de façon harmonieuse et en l'absence de bris. Elle peut se distinguer en « continuité de relation » et « continuité de coordination ». La première concerne la relation avec un intervenant dispensant des soins à plus d'une reprise tout au long de l'épisode. La deuxième se réfère à la dispensation des services par différents intervenants de façon coordonnée, complémentaire et cohérente (68). La globalité s'intéresse à la prise en compte de l'ensemble des besoins d'un usager à toutes les étapes du continuum de soins.

L'intervention de groupe se situe à l'intérieur du continuum de soins et doit être considérée en tenant compte de tous les besoins de l'utilisateur. La complémentarité entre les modes d'intervention en fait partie ainsi que les services offerts par les intervenants d'autres disciplines et ce, du diagnostic initial jusqu'à ce que tous les services soient terminés.

Le niveau organisationnel ou systémique

Au niveau d'une organisation ou d'un système de santé, la qualité des soins et des services s'examine à travers les concepts d'accessibilité, de coordination et d'intégralité. L'accessibilité est « l'ensemble des facteurs qui permettent à un usager d'accéder à un service public »⁶. Plus spécifiquement pour le système de santé, Pineault la définit comme une « distance entre une source de services et ses utilisateurs »⁷ (69). Ainsi, ces concepts de distances géographiques, culturelles, sociales, économiques et organisationnelles constituent des obstacles entre un utilisateur et une source de services de santé. La coordination se définit par « l'organisation délibérée des soins entre deux participants ou plus impliqués dans les soins (incluant le patient) pour faciliter une dispensation adéquate des services de santé. Elle implique un maillage de ressources humaines et d'autres types pour fournir tous les soins requis et implique souvent un échange d'informations entre les participants responsables de divers aspects des soins »⁸. L'intégralité sert à porter un jugement sur la gamme de services disponibles, qui doit être suffisante pour bien prendre en compte l'ensemble des besoins des patients, dans les limites de la vocation de l'organisation.

Il est question ici de la façon dont les services sont agencés entre les différents acteurs pour permettre une couverture la plus complète possible des besoins des usagers, d'un point de vue collectif et non individuel. Un exemple tiré du contexte de cette étude serait

⁶ Office québécois de la langue française, 2004. Disponible à : <http://www.granddictionnaire.com/Resultat.aspx>

⁷ Pineault R. Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. p.76

⁸ Traduction libre de Closing the Quality Gap : A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, Technical Reviews, No. 9.7, 2007. C'est aussi la définition utilisée par Agency for Healthcare Research and Quality (USA). (cité le 24 avril 2018) Disponible à : <https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.html>

de recourir à des interventions de groupe en manque de ressources pour augmenter l'accès à un service.

3.2.2 Les coûts

Ce critère peut s'étudier en documentant les coûts alloués à la mise en œuvre d'une intervention. Par exemple, pour les interventions de groupe, le salaire des intervenants (animateurs, personnel administratif) comparativement au scénario d'une offre individuelle et les coûts d'acquisition de matériel spécialisé pourraient être documentés. Mais dans le cas de cette consultation, ce n'est pas des coûts réels dont il est question, mais de la perception des principaux acteurs à l'égard de l'impact des interventions de groupe sur les coûts globaux.

3.3.3 L'atteinte des objectifs

L'atteinte des objectifs peut être observée en s'intéressant aux résultats obtenus soit l'efficacité, l'efficience et la satisfaction des usagers. L'efficacité dite théorique, en anglais « efficacy », est la capacité de la science ou technologie de produire les améliorations sur la santé lorsqu'utilisée dans les circonstances les plus favorables. L'efficacité dite pratique, en anglais « effectiveness », se définit par ce qui est atteint comparativement à ce qui devrait l'être (66) ou ce qu'il est possible d'atteindre dans un contexte de pratique courante (70). L'efficience est la capacité de réduire des coûts d'une intervention sans en diminuer l'amélioration de la santé.

Dans le cas présent, ce sera les perceptions des différents répondants vis-à-vis l'efficacité et l'efficience des interventions de groupe ainsi que la satisfaction face à celles-ci qui seront examinées. La perception qu'ils ont de ces aspects peut influencer leurs décisions lorsque vient le temps de planifier des interventions.

3.3 Objectifs spécifiques de l'étude

En plus des deux objectifs généraux, trois objectifs spécifiques ont également été établis. Ils sont énoncés ainsi:

1. Examiner si les facilitateurs et les obstacles à la tenue d'interventions de groupe diffèrent selon la phase du continuum de services de réadaptation.
2. Identifier si les caractéristiques de l'intervention, le contexte organisationnel, le contexte local et les caractéristiques des individus agissent comme facilitateurs ou obstacles à la mise en œuvre d'interventions de groupe.
3. Explorer dans quelle mesure les perceptions des gestionnaires, des cliniciens et des usagers à l'égard de la qualité des soins, des coûts et de l'atteinte des objectifs diffèrent selon la phase du continuum de services.

À travers l'analyse, cette étude a cherché à documenter si les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre d'interventions de groupe ainsi que la perception des principaux acteurs vis-à-vis la qualité des soins, les coûts et l'atteinte des objectifs varient d'une phase à une autre. La comparaison a été effectuée entre les phases 2, phase de réadaptation fonctionnelle intensive, et 3, phase d'adaptation et d'intégration sociale, car celles-ci font partie des services offerts par les centres de réadaptation en déficience physique concernés.

De plus, cette étude a aussi cherché à étudier si les catégories du modèle de Damschroder, soit les caractéristiques de l'intervention, le contexte organisationnel, le contexte local et les caractéristiques des individus agissent comme facilitateurs ou obstacles sur la tenue d'interventions de groupe.

CHAPITRE 4 : METHODES DE RECHERCHE

4.1 Stratégie et devis de recherche

La stratégie de recherche est la recherche synthétique, avec un devis d'étude de cas multiples (71). Cette approche a été privilégiée, car elle permet de décrire un phénomène contemporain en profondeur dans son contexte réel (72). De plus, elle permet d'expliquer ce phénomène en réunissant les données de plusieurs sources. Les phases 2 et 3 du continuum de soins constituent les cas à étudier. Plusieurs sources de données de type mixte, soit quantitatif et qualitatif, ont alimenté cette étude : un questionnaire et des groupes de discussion auprès des cliniciens et des gestionnaires ainsi que des entrevues auprès des usagers. Des données quantitatives et qualitatives sont issues du questionnaire tandis que des données qualitatives sont issues des groupes de discussion et entrevues individuelles.

4.2 Description des milieux

L'étude a eu lieu dans cinq centres de réadaptation qui sont affiliés au même centre de recherche, le CRIR. Il est à noter que la collecte devait se faire dans six centres de réadaptation, mais la convenance institutionnelle n'a pas été obtenue pour le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, car le processus de fonctionnement du bureau d'examen de la recherche était en révision au moment de procéder.

Dans cette section se retrouve une brève description des services dispensés au moment de la collecte de données dans les cinq centres participants ainsi que leurs clientèles et les phases lors desquelles les soins de réadaptation sont prodigués. Ces centres ont été intégrés à des CISSS et CIUSSS lors de la réforme du réseau de la santé en 2015 (19). Les noms des centres utilisés avant la réforme sont employés dans le cadre de cette étude principalement dans le but d'alléger le texte et les tableaux. La réforme n'a pas amené à modifier la nature des services spécifiques, spécialisés et surspécialisés offerts.

Le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau offre des services de réadaptation à une clientèle adulte en phase 3. Les principales déficiences que l'on y retrouve sont les lésions médullaires, les maladies évolutives, la douleur chronique, les encéphalopathies, les TCC, les troubles graves de comportement et des lésions musculosquelettiques. En plus du service d'aides technologiques, des services spécialisés y sont aussi offerts tels qu'une clinique d'aide aux parents ayant une déficience, la réadaptation au travail et l'évaluation de la conduite automobile.

L'Hôpital juif de réadaptation prodigue des services à une clientèle pédiatrique et adulte, en phase 2 et 3. Les services aux enfants visent les déficiences motrices et du langage. Les services aux adultes couvrent la neurologie, la réadaptation pulmonaire, les TCC, les lésions médullaires, les blessures orthopédiques graves, les brûlures graves, la douleur chronique et les troubles vestibulaires. Des services d'aides techniques et à la communication y sont aussi dispensés tout comme l'évaluation de la conduite automobile et la réadaptation au travail.

L'Institut Raymond-Dewar offre des services surspécialisés en déficience auditive et du langage (surdité, surdic c t , troubles du langage). Ces services visent les clientèles pédiatrique, adulte et aînée essentiellement en phase 3. Des services d'aides technologiques et d'enseignement de la langue des signes québécoise y sont aussi dispensés.

L'Institut Nazareth et Louis-Braille est quant à lui sursp cialis  en déficience visuelle. Il donne des services en phase 3 uniquement, notamment d'optométrie pour la basse vision, d'orientation et de mobilité, d'aides technologiques et de communication informatique adaptée

L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal dispense des services à une population adulte en phase 2 et 3. Des personnes ayant subi une lésion médullaire, une amputation, une blessure orthopédique grave, un AVC, un TCC, une atteinte vestibulaire, un autre problème neurologique ou de santé physique y reçoivent des services

spécialisés et surspécialisés. Comme dans tous les autres centres, des services d'aides techniques y sont également offerts.

4.3 Sélection des participants : critères d'inclusion et d'exclusion

Gestionnaires

Les gestionnaires visés étaient les chefs de programmes ou coordonnateurs de services cliniques des cinq centres de réadaptation en déficience physique de la région de Montréal.

Cliniciens

Pour être inclus, les cliniciens devaient offrir des services spécialisés de réadaptation au sein de ces mêmes centres. Ils pouvaient provenir de diverses disciplines de la réadaptation et œuvrer avec différentes clientèles. Les coordonnateurs cliniques⁹ étaient aussi inclus pour le questionnaire, car ils ont un lien direct avec la clientèle. Les cliniciens pour qui, dû à la spécificité de leur discipline ou à une clientèle particulière, la mise en œuvre d'interventions de groupe n'était pas réalisable étaient exclus. Par exemple, un ergothérapeute qui ne fait que du positionnement en fauteuil roulant serait exclu, car cette activité ne peut se faire en groupe. Les cliniciens travaillant exclusivement avec une clientèle pédiatrique ont aussi été exclus. Cette clientèle n'a pas été incluse, car elle ne représente qu'une faible partie de la clientèle des centres participants. Le gestionnaire avait comme consigne de n'envoyer le lien qu'aux cliniciens et coordonnateurs cliniques identifiés par les critères. Le fait d'avoir réalisé ou non des interventions de groupe n'était pas un critère d'exclusion.

Usagers

Les usagers devaient présenter une déficience physique et avoir reçu des services

⁹ Même s'ils sont nommés ainsi dans le projet (et en pratique), il s'agit de **spécialistes en activités cliniques**. Leur libellé selon la nomenclature du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux est énoncé ainsi: « Personne qui participe à l'évaluation et à l'analyse des besoins des usagers, à l'élaboration des normes et standards de pratique professionnelle et à la recherche de solutions appropriées, dans le but d'aider l'établissement à améliorer la qualité des actes professionnels ». (cité le 20 avril 2018) Disponible à:

<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/N02/AfficherDetails.aspx?TitreEmploi=1407>

spécialisés de réadaptation dans un des centres visés. Ils devaient être exempts de problèmes cognitifs pouvant affecter la possibilité de répondre adéquatement aux questions. Ils devaient aussi avoir participé à des interventions de groupe offertes par un intervenant qualifié dans le but d'atteindre un ou plusieurs objectifs de réadaptation au cours des 12 derniers mois.

4.4 Méthode de collecte de données

Trois méthodes de collecte ont été utilisées :

- un questionnaire en ligne destiné aux cliniciens, coordonnateurs cliniques et gestionnaires en centres de réadaptation;
- des groupes de discussion auprès de cliniciens et de gestionnaires
- des entrevues auprès d'usagers

4.4.1 Questionnaire

Objectifs

L'administration de ce questionnaire servait plusieurs objectifs. Un des objectifs était de permettre de dégager une vue d'ensemble de la pratique en ce qui a trait aux interventions de groupe. Il avait aussi pour but de donner de l'information quantitative sur des éléments pouvant influencer la mise en œuvre d'interventions de groupe ainsi que sur l'importance accordée à ces éléments.

Il devait également fournir de l'information préliminaire sur la perception des cliniciens, coordonnateurs cliniques et gestionnaires vis-à-vis certains thèmes reliés à la qualité des soins et services, aux coûts et à l'atteinte des objectifs.

Un autre but du questionnaire était d'en utiliser les réponses pour contribuer à l'élaboration des questions des groupes de discussion et des entrevues. En effet, de mieux connaître la perception des cliniciens et des gestionnaires sur certains thèmes d'intérêt et de savoir avec quelles clientèles et à quelle phase du continuum de soins et

services étaient réalisées les interventions de groupe par exemple, a permis de mieux préparer le guide d'entrevues pour les groupes de discussion.

Création de l'outil

Ce questionnaire a été réalisé par l'équipe du comité opérationnel d'ETMI dont faisait partie la candidate. Il a été convenu de recueillir certaines données sociodémographiques pertinentes (type de répondant, formation, site, clientèle, phase du continuum de soins, nombre d'années dans la profession) ainsi que des questions sur les pratiques en termes d'interventions de groupe (clientèle, proportion des interventions faites en groupe, motivation à référer à un groupe). Des énoncés reliés à différents thèmes ont aussi été élaborés selon une échelle de Likert.

Une liste d'éléments pouvant influencer positivement ou négativement la mise en œuvre d'interventions de groupe a été créée. Il fut convenu de proposer des éléments neutres au lieu de proposer des facilitateurs et obstacles. En effet, en discutant avec les membres de l'équipe, il a été constaté que plusieurs éléments pouvaient, selon les circonstances, tenir lieu soit de facilitateur, soit d'obstacle. Par exemple, l'élément « Accès à des locaux et matériel » peut être un facilitateur dans un milieu ayant des locaux adéquats à la disposition des intervenants et un obstacle dans un milieu où leur accès est difficile. Pour élaborer la liste d'éléments, une réflexion a été réalisée à partir de l'analyse d'articles provenant d'une revue spécifique de la littérature portant sur la perception vis-à-vis les facilitateurs et obstacles à l'intervention de groupe, auxquels se sont ajoutés des articles repérés lors des étapes de sélection de la revue systématique du projet d'ETMI (17, 27, 28, 40, 42-46, 55, 56, 73, 74). L'expertise clinique des membres du comité ayant travaillé sur cette revue systématique a également été mise à contribution. Une liste de dix-sept éléments a ainsi été proposée aux répondants par le biais de ce questionnaire. Ces éléments ainsi que l'explication de leurs concepts sont détaillés dans le tableau II.

Tableau II : Explication des concepts des éléments proposés dans le questionnaire

Éléments	Explication des concepts
Accès à des locaux et matériel	Accès à des locaux et à du matériel adéquats pour pouvoir réaliser des interventions de groupe en toute sécurité
Disponibilité du personnel de soutien	Possibilité pour le clinicien de recevoir de l'aide logistique (ex. : agent administratif qui fait les horaires, réserve les salles) ou physique (ex. : préposé lors d'activités motrices en groupe pour réduire le risque de chutes, transport des usagers) lors de la préparation ou de la tenue des interventions de groupe
Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire)	Organisation des horaires des interventions de groupe, incluant l'horaire des usagers
Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers	Situation dans laquelle les usagers présentent un niveau fonctionnel similaire permettant de participer à la même activité thérapeutique
Homogénéité des objectifs de réadaptation	Situation dans laquelle les usagers ont des besoins semblables permettant de participer à la même activité thérapeutique
Potentiel d'influence entre les participants	Potentiel d'influence, habituellement positif, entre les usagers participant à une intervention de groupe
Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe	Le fait que les usagers veulent et aiment participer aux interventions de groupe.
Gestion des statistiques	Entrée des heures de prestation de service (HPS) pour atteindre les indicateurs de performances fixés par le gouvernement
Gestion des dossiers (notes au dossier)	Gestion des dossiers écrits des usagers par les intervenants
Assiduité des usagers	Fait qu'un usager participe à toutes les rencontres de groupe, absence d'abandon.
Observation de la progression de chacun des usagers	Capacité d'assurer le suivi de la progression de chaque usager participant à une intervention de groupe (ceci implique la notion de connaissance de la condition de l'utilisateur par l'intervenant en charge <u>et</u> l'intervenant qui anime le groupe)
Soutien des supérieurs immédiats	Appui moral et administratif de la part des supérieurs immédiats (chefs de programme) envers les intervenants lors de la mise en place et de la poursuite des interventions de groupe
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation	Le fait que les interventions de groupe soient reconnues et encouragées dans le contexte organisationnel du milieu
Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique	Habitudes et historique d'un programme en termes de mode d'intervention
Cibles d'intensité de traitement à atteindre	Présence de cibles d'intensité de traitement à atteindre (ex. : recommandation pour certaines clientèles de recevoir des traitements 5 fois par semaine)
Compétence des professionnels en animation de groupe	Capacité des professionnels d'animer des interventions thérapeutiques de groupe et sentiment de compétence de ces derniers
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants	Le fait que les professionnels réalisant des interventions de groupe qui réfèrent des usagers au groupe reconnaissent les bienfaits des interventions de groupe

Afin de faciliter la distribution du questionnaire, il fut convenu d'opter pour une diffusion en ligne. Pour répondre aux exigences du comité d'éthique de la recherche du CRIR, la plateforme LimeSurvey a été utilisée. Cette plateforme de type « open source » offre la possibilité de créer différents types de questionnaires et d'en extraire et analyser les résultats à titre d'administrateur (75). Un assistant de recherche, employé du CRIR, a aussi contribué à la construction du questionnaire principalement pour les questions d'ordre technique (ex. : possibilité de se retirer du sondage en tout temps, obligation de compléter toutes les réponses, enlever le choix de la phase pour les répondants travaillant en déficience visuelle et auditive et troubles du langage¹⁰). Une conseillère en éthique a aussi été consultée afin de s'assurer de la conformité avec les règles en cours au comité d'éthique de la recherche.

Une version préliminaire du questionnaire a été soumise à cinq cliniciens de deux centres de réadaptation afin de vérifier la compréhension des questions. Il n'y a pas eu d'ajustements au questionnaire suite à cette validation. La version finale du questionnaire a été rendue disponible en ligne.

Déroulement opérationnel

Les cliniciens, coordonnateurs cliniques et chefs de programme des programmes ciblés de cinq centres de réadaptation ont reçu un lien vers le questionnaire en ligne. Une présélection avait été faite préalablement à l'envoi des liens en collaboration avec les coordonnateurs de recherche des différents sites. Ainsi, le lien n'a été transmis qu'aux programmes déjà ciblés par les critères d'inclusion et d'exclusion. Il a d'abord été envoyé aux chefs de programme qui l'ont ensuite transmis aux cliniciens et coordonnateurs cliniques de leurs programmes. Aucun rappel n'a pu être envoyé, car les chefs étaient déjà très sollicités par des restructurations ayant lieu à la même période. La complétion du questionnaire était effectuée sur les heures de travail sur une base volontaire et anonyme. Les participants étaient invités à envoyer leurs coordonnées par courriel à la

¹⁰ Suite à une recommandation du comité de convenance de l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM), la décision a été prise d'assigner ces répondants automatiquement à la phase 3, car ces intervenants ne sont pas familiers avec ces termes et la phase 2 ne s'applique pas pour eux.

fin du questionnaire s'ils désiraient participer aux groupes de discussion.

Description/contenu

Le questionnaire était divisé en trois parties. La première était destinée à recueillir les données sociodémographiques des participants, la seconde à collecter l'information sur l'utilisation des interventions de groupe par les répondants et la troisième à connaître l'opinion de ces derniers vis-à-vis l'intervention de groupe.

C'est dans cette dernière partie que figurent les énoncés concernant différents thèmes et la proposition des dix-sept éléments. Les répondants avaient d'abord à choisir parmi les dix-sept éléments proposés lesquels influençaient la mise en œuvre d'interventions de groupe avant de choisir parmi ces éléments lesquels étaient considérés comme des facilitateurs et lesquels étaient des obstacles. Les répondants devaient ensuite classer ces éléments facilitateurs par ordre d'importance et par la suite procéder de même pour les obstacles.

Le contenu intégral du questionnaire est présenté à l'annexe 2.

4.4.2 Groupes de discussion

Objectifs

Des groupes de discussion ont été réalisés auprès de cliniciens et de gestionnaires dans le but de valider les éléments influençant la mise en œuvre d'interventions de groupe identifiés dans les réponses du questionnaire ainsi que d'approfondir leur compréhension. Ils étaient aussi destinés à mieux connaître la perception des cliniciens et gestionnaires vis-à-vis la qualité des soins et services, les coûts et l'atteinte des objectifs.

Création de l'outil

Le guide d'animation a été bâti principalement par la candidate en collaboration avec les

autres membres du comité opérationnel et un professionnel de recherche. Ce dernier s'est joint temporairement aux travaux de l'équipe (deux séances) après avoir été désigné pour effectuer l'animation des groupes. Il fut convenu de réaliser des groupes focalisés de type consensuel afin de valider les éléments recherchés (76).

Pour la création du guide, les catégories du modèle de Damschroder ont servi de base afin de couvrir les aspects reliés aux facilitateurs et obstacles. Une attention a été portée pour aller chercher des réponses aux questions de recherche du projet d'ETMI. Ces questions visaient la sécurité, l'efficacité, la qualité, les coûts et les aspects reliés à l'éthique. Le guide a ensuite été soumis à deux cliniciens afin de vérifier la compréhension des questions. Quelques définitions ont été ajoutées pour en faciliter la compréhension. Le guide d'animation destiné au groupe de gestionnaires différait légèrement de celui des cliniciens pour prendre en compte la nature de leurs responsabilités et la durée plus courte de la séance.

Déroulement opérationnel

Trois groupes de discussion avec des cliniciens (2) et gestionnaires (1) ont été réalisés. Un groupe de discussion d'une durée de 90 minutes était composé de cliniciens œuvrant avec des usagers en phase 2 et un autre groupe de même durée avec des cliniciens travaillant en phase 3. La distinction des groupes selon la phase du continuum de soins et de services s'est avérée judicieuse à la fois pour des raisons pratiques (lieu de travail) et aussi en raison de contextes de traitement différents (intensité, contexte d'hospitalisation pour la phase 2). Les groupes de discussion avec les cliniciens ont eu lieu en fin d'après-midi dans deux des centres participants le plus près possible de la majorité des participants afin d'éviter les déplacements. Un troisième groupe d'une durée de 60 minutes était composé exclusivement de gestionnaires. Ce dernier a eu lieu dans un des centres participants, sur l'heure du dîner, précédant une réunion à laquelle plusieurs gestionnaires invités devaient assister afin de les accommoder et de favoriser leur participation.

Les groupes de discussion ont été animés par un modérateur formé en animation ayant

préalablement participé aux travaux de l'équipe à l'élaboration du guide d'entrevue. La candidate était également sur place pour noter les interactions entre les participants et alimenter la discussion au besoin. Les discussions ont été enregistrées en format audio et retranscrites par la suite. La retranscription s'est effectuée de manière anonyme, le nom des participants n'étant pas mentionné.

Recrutement

Une partie du recrutement a été réalisée suite à la complétion du questionnaire alors que les répondants avaient la possibilité de mentionner leur désir de participer aux groupes de discussion sur le thème de l'intervention de groupe. Pour les cliniciens, une partie du recrutement a été réalisée grâce à la collaboration des chefs de programmes, le nombre de participants qui s'étaient déclarés intéressés par l'entremise du questionnaire n'étant pas suffisant. Huit cliniciens sur quinze ont ainsi été recrutés pour les groupes de discussion¹¹. Il est à noter que le chef demandait soit par courriel ou lors d'une réunion de programme la participation d'un volontaire. Aucun intervenant n'a reçu une quelconque pression pour participer. Dans la mesure du possible, la diversification des participants en ce qui a trait au nombre d'années d'expérience, à la discipline, ainsi qu'à la clientèle a été assurée pour la composition des groupes.

Description/contenu

Chaque séance commençait par une entrée en matière et un tour de table. Les participants avaient ensuite la possibilité de partager des expériences vécues sur le phénomène, qu'elles soient positives ou négatives. Ensuite, le cœur du sujet fut abordé, c'est-à-dire les éléments facilitants ou faisant obstacle à la tenue d'interventions de groupe. Il fut demandé de nommer, décrire et expliquer en quoi ces éléments influençaient la tenue de ces interventions. Ensuite, les autres thèmes furent discutés (sécurité, qualité, efficacité, coûts, éthique). Il s'en est suivi une question sur la valeur ajoutée de réaliser des interventions de groupe ainsi qu'une synthèse des échanges et la clôture de la séance.

¹¹ Pour le groupe de cliniciens travaillant en phase 3, quatre participants sur neuf ont été recrutés par les chefs tandis que pour le groupe en phase 2, quatre sur six l'ont été.

Le guide d'animation est présenté à l'annexe 3.

4.4.3 Entrevues

Objectifs

Des entrevues auprès d'usagers ayant participé à des interventions de groupe ont été planifiées afin de mieux connaître leur opinion face à ce mode d'intervention. Elles étaient aussi destinées à valider certaines perceptions émises par les cliniciens et gestionnaires.

Création de l'outil

Il a été convenu de faire des entrevues au lieu de groupes de discussion avec les usagers, car il est plus difficile de réunir ces personnes dans un même lieu. De plus, chez les usagers présentant des déficiences sensorielles, des défis reliés à la communication auraient pu complexifier l'organisation de telles rencontres.

Le guide d'entrevues a été bâti par la candidate après avoir pris connaissance des résultats du sondage et des groupes de discussion. Les questions étaient destinées à recueillir de l'information sur les mêmes thèmes que les groupes de discussion. Le mode semi-dirigé a été choisi, car il offre une plus grande flexibilité tout en restant centré sur les objectifs. Le guide a été révisé et modifié par la conseillère scientifique du comité opérationnel ainsi que deux membres du comité opérationnel d'ETMI. Il a également été testé sur deux patientes d'un des centres de réadaptation pour en vérifier la compréhension. Aucune modification n'a dû être apportée suite à ce test.

Déroulement opérationnel

Quatre entrevues individuelles uniques semi-dirigées d'une durée d'environ 30 minutes ont été réalisées. Les entrevues ont été menées par la candidate dans différents endroits convenant aux participants (domicile, centre de réadaptation). Une des entrevues a été réalisée par téléphone. Tout comme lors des groupes de discussion, les entrevues ont été enregistrées en format audio, le contenu a été transcrit et la retranscription s'est

effectuée de manière anonyme.

Recrutement

Le recrutement des usagers a été fait à l'aide des coordonnatrices de recherche de chacun des centres. Ces dernières ont fait appel soit aux coordonnateurs cliniques ou encore elles ont consulté une liste d'usagers s'étant montrés volontaires pour participer à des projets de recherche.

Au départ, il était prévu de rencontrer plus d'usagers, mais des contraintes de temps et les difficultés administratives liées à une réforme majeure du réseau ont forcé à réduire à cinq usagers, un pour chacun des centres. Ce nombre, déjà petit, n'a pu être atteint dans un des centres ce qui a réduit le nombre à seulement quatre. Avec un si petit nombre d'usagers, le comité était au fait que la saturation des données ne pourrait être atteinte. Cette réforme qui visait à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau québécois a occasionné, entre autres, l'abolition des structures de fonctionnement (ex. : conseils d'administration, comités d'usagers) pour en créer des nouveaux et un grand mouvement de personnel particulièrement parmi les gestionnaires. Ces conditions précaires ont complexifié le recrutement des usagers.

Description/contenu

L'entrevue commençait par une entrée en matière ainsi que quelques questions permettant de recueillir des données sociodémographiques des participants. Elles étaient suivies d'autres questions portant sur l'expérience vécue dans leur situation. Ensuite, des questions portant sur leurs perceptions face aux différents aspects de ce mode d'intervention ainsi que sur leur valeur ajoutée ont été posées.

Le contenu du guide d'entrevues est présenté à l'annexe 4.

4.5 Analyse des données

4.5.1 Statistiques descriptives

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour détailler le profil des répondants au questionnaire, leur milieu ainsi que leurs expériences concernant l'intervention de groupe. Les données ont pu être extraites du questionnaire à partir de la fonction « Réponses et statistiques » que permet la plateforme LimeSurvey. La collaboration d'un statisticien a été sollicitée afin de faire ressortir distinctement les données de chaque question du questionnaire selon les phases du continuum à l'intérieur desquelles les répondants avaient affirmé travailler. Des données descriptives ont aussi été recueillies pour les participants des groupes de discussion (cliniciens et gestionnaires) et des entrevues (usagers).

4.5.2 Analyses quantitatives

Des analyses quantitatives descriptives ont été réalisées afin d'apprécier l'importance accordée à chaque élément proposé. Ces analyses consistaient d'abord à dénombrer le nombre de fois qu'un élément fût choisi comme influençant positivement ou négativement la mise en œuvre d'interventions de groupe. Elles consistaient ensuite à déterminer le nombre de fois que ces éléments étaient sélectionnés comme facilitateurs, comme obstacles ou les deux à la fois. Pour ce faire, toutes les réponses complètes ont été extraites de la plateforme en ligne et insérées dans un fichier Excel. Quelques modifications ont été apportées aux données afin de simplifier les étapes subséquentes. Par exemple, les réponses de la section sur le niveau d'accord aux énoncés ont été regroupées en deux choix au lieu de quatre, générant ainsi des réponses dichotomiques.¹²

Pour ce qui est de l'analyse des classements de l'importance des éléments, étant donné que le nombre d'items à mettre par ordre d'importance variait pour chaque répondant, il

¹² "Complètement en accord" et "D'accord" ont été regroupées ensemble, "En désaccord" et "Complètement en désaccord" également pour ne former que deux ensembles.

ne fut pas possible d'ordonner spécifiquement chaque item proposé. En effet, le nombre d'éléments variait par répondant lorsqu'ils ont eu à choisir quels éléments avaient une influence positive ou négative sur la mise en œuvre des interventions de groupe. De plus, ce nombre variait à nouveau lorsque les répondants sélectionnaient ceux qu'ils considéraient comme facilitateurs et ensuite, comme obstacles, ce dernier nombre pouvant aussi différer par rapport à celui des facilitateurs.

Un statisticien a été consulté afin d'obtenir conseil et validation de la méthode d'analyse statistique. Pour classer les dix-sept éléments par ordre d'importance, il fut décidé de regrouper les éléments classés en premier, deuxième et troisième par les répondants. Le contenu de ces regroupements est présenté à l'annexe 5 pour les facilitateurs et les obstacles ainsi que pour les répondants travaillant en phase 2, en phase 3 et à la fois en phase 2 et 3.

Afin de vérifier si les réponses étaient distribuées de façon statistiquement significative, des tests de khi carré ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS pour les réponses des énoncés du questionnaire des répondants travaillant en phase 2 ou en phase 3. Ils n'ont pas été réalisés pour les répondants travaillant à la fois en phases 2 et 3 en raison de la petite taille des échantillons.

4.5.3 Analyses qualitatives

Le contenu des entrevues et des groupes de discussion a été enregistré en format audio et retranscrit. La totalité des enregistrements a ensuite été réécoutée afin de valider la transcription et apporter les modifications requises au besoin. De plus, certaines questions du questionnaire comportaient une case permettant de répondre librement par des commentaires. Ceux-ci, de nature qualitative, ont été intégrés aux données issues des groupes de discussion et des entrevues selon les mêmes codes.

La codification a été effectuée à l'aide du logiciel nVivo (nVivo for Mac version 11). Ce processus a été effectué d'abord pour les données issues des groupes de discussion

suivies par celles des entrevues et des commentaires recueillis à partir du questionnaire. La sélection des codes avait été créée à partir des éléments proposés dans le questionnaire (éléments influençant la tenue d'interventions de groupe) et des thèmes déjà établis à partir des sous-questions de recherche (sécurité, efficacité, qualité, coûts, éthique). Des codes ont été prévus pour reconnaître des thèmes émergents dont certains se sont avérés être d'autres éléments influençant la tenue d'interventions de groupe. Cette structure de codes a été discutée avec un membre du comité opérationnel et les directrices de recherche. La codification a été réalisée pour la totalité des données qualitatives à trois reprises. Plusieurs allers-retours portant sur des thèmes spécifiques ont aussi été effectués au cours de la réflexion.

4.6 Rigueur

Plusieurs techniques ont été mises en place afin d'assurer la rigueur de l'étude (77). Afin d'appuyer la véracité des résultats de cette étude (crédibilité), la triangulation des différentes sources de données a été effectuée. Par exemple, pour chaque élément influençant la tenue des interventions de groupe, les données issues des résultats quantitatifs (nombre de fois qu'un élément a été choisi comme élément influençant dans le questionnaire et priorisation) ont été soupesées avec les résultats issus des sources qualitatives. Lorsque les données ne concordaient pas lors de cette étape, une réflexion a été apportée quant aux raisons de cette discordance.

La candidate ayant une bonne connaissance du milieu de la déficience physique et étant impliquée depuis plusieurs années comme clinicienne et spécialiste en transfert de connaissances, elle était en mesure de vérifier que les données recueillies étaient réalistes. Les tableaux de données brutes ont ainsi été examinés pour vérifier si les données étaient plausibles. De plus, tous les enregistrements ont été réécoutés par la candidate, qui était présente à toutes les étapes de la collecte (groupes de discussion et entrevues) afin d'en assurer la concordance avec la réalité.

Pour ce qui est de la transférabilité, la description détaillée du contexte de l'étude et du rôle de la candidate permet à un lecteur externe de jauger la mesure dans laquelle les

résultats peuvent être utilisés dans d'autres contextes. En matière d'imputabilité procédurale, un journal de bord a été tenu par la candidate tout au long du projet. Ce journal de bord comprend, entre autres, une description détaillée du déroulement de l'étude, les observations notées lors des groupes de discussion et des entrevues, les réflexions apportées lors du processus de codification et d'analyse, les comptes rendus des rencontres avec les autres membres du comité opérationnel d'ETMI (pendant la période de la collecte) et les directrices de recherche (tout le long du processus) ainsi qu'une justification de tout changement apporté.

En ce qui a trait à la confirmabilité, en plus de la triangulation des données effectuée, les réflexions et interprétations liées aux résultats ont été partagées et discutées à quelques reprises avec les membres du comité opérationnel lors de rencontres (« debriefing ») ainsi qu'avec les directrices de recherche. Les thèmes choisis pour la codification ont été validés par un des membres du comité opérationnel.

4.7 Considérations éthiques

Ce projet multicentrique a fait l'objet de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CRIR-1166-0716). L'approbation a été obtenue pour l'Hôpital juif de réadaptation du CISSS de Laval, pour le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui comprend les trois installations nouvellement fusionnées de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et de l'Institut Raymond-Dewar, ainsi que pour l'Institut Nazareth et Louis-Braille du CISSS de la Montérégie-Centre.

Dans le préambule du questionnaire en ligne, il était indiqué que le fait de remplir le questionnaire tenait lieu de consentement au projet. Le questionnaire était conçu de façon à ce que les répondants aient l'option de quitter à tout moment. Les réponses au questionnaire étaient confidentielles et anonymes. Les répondants ayant un intérêt à participer aux groupes de discussion avaient la possibilité de le mentionner par courriel.

Tous les cliniciens, gestionnaires et usagers ayant participé aux groupes de discussion et

aux entrevues individuelles ont signé un formulaire de consentement écrit. La description du projet ainsi que la nature de leur participation y étaient énoncées. Les participants étaient au fait que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient mettre fin à celle-ci à tout moment sans aucun préjudice.

Le certificat d'éthique ainsi que les formulaires de consentement se trouvent aux annexes 6, 7 et 8.

CHAPITRE 5 RÉSULTATS

Les résultats sont présentés comme suit : une première section regroupant les taux de réponse, le portrait descriptif des participants et des activités réalisées en groupe, une deuxième composée des résultats relatifs à la perception à l'égard des éléments influençant la tenue des interventions de groupe, suivie d'une troisième section composée des résultats relatifs à l'impact perçu sur la qualité des soins et services, les coûts et l'atteinte des objectifs.

5.1 Taux de réponse, description des répondants et des activités réalisées en groupe

Ces résultats sont présentés selon les trois sources de données : le questionnaire, les groupes de discussion et les entrevues individuelles.

5.1.1 Questionnaire

5.1.1.1 Données sociodémographiques

Un lien vers un questionnaire en ligne a été envoyé à 488 cliniciens, coordonnateurs cliniques et gestionnaires de cinq centres de réadaptation en déficience physique (motrice, visuelle, de langage ou auditive) de la région de Montréal. Au total, treize gestionnaires, huit coordonnateurs cliniques et 141 cliniciens ont répondu au questionnaire pour un total de 162 répondants (tableau III). Le taux de réponse global est de 33,2%. La durée de complétion du questionnaire fut de 11 minutes et 22 secondes en moyenne.

Les gestionnaires sont les chefs de programme des programmes clientèles adultes des cinq centres impliqués. Comme il y a 17 programmes participants comptant un seul chef par programme, cela correspond à un taux de réponse de 76,5% pour les gestionnaires (13/17). Les coordonnateurs cliniques (ou spécialistes en activité clinique) sont des

intervenants clés au sein des programmes cliniques, car ils participent à l'analyse des besoins des usagers.

Tableau III : Répondants par catégorie et taux de réponse

Catégorie de répondants	Nombre de répondants	Nombre de personnes à qui le lien a été envoyé	Taux de réponse
Gestionnaires	13	17	76,5%
Cliniciens	141	471	31,6%
Coordonnateurs cliniques	8		
Total:	162	488	33,2%

Note : Les informations fournies par les chefs de programme, soit le nombre d'intervenants par programme, n'étaient pas suffisamment détaillées pour déterminer le taux de réponse spécifique pour les coordonnateurs cliniques et cliniciens.

Les cliniciens proviennent de diverses disciplines et œuvrent directement avec les différentes clientèles en déficience physique. Le tableau IV illustre la provenance des répondants en termes de discipline ou de formation clinique de base.

Tableau IV : Répondants par formation clinique de base répartis selon la phase du continuum (n=162)

Formation clinique de base	Phase 2	Phase 3	Phases 2 et 3	Total	
				n	%
Ergothérapie	13	12	4	29	17,9%
Physiothérapie	14	6	3	23	14,2%
Orthophonie	3	12	1	16	9,9%
SRDV		13		13	8,0%
Service social	4	8	1	13	8,0%
Psychologie	3	7	1	11	6,8%
Éducation spécialisée	1	8		9	5,6%
Audiologie		8		8	4,9%
Psychoéducation		5		5	3,1%
Technique de réadaptation physique	4	1		5	3,1%
Neuropsychologie	3	1		4	2,5%
Nutrition	2	1		3	1,8%
Kinésiologie	1	2		3	1,8%
Orientation		3		3	1,8%
Soins infirmiers		1	1	2	1,2%
Sociologie			1	1	0,6%
Inhalothérapie		1		1	0,6%
Non mentionné				13	8,0%
Total:	48	89	12	162	100,0 %

Le tableau V représente le nombre de répondants par site, le pourcentage associé ainsi que les taux de réponse. Ces derniers ont été calculés à partir du nombre de personnes à qui le lien vers le questionnaire a été envoyé. Ce nombre a été fourni par les chefs de programme à qui les critères d'inclusion et d'exclusion étaient énoncés. La répartition des répondants par site selon les phases du continuum fait l'objet du tableau VI.

Tableau V : Répondants par site et taux de réponse

Site	Nombre de répondants	Pourcentage	Nombre de personnes ayant reçu le lien	Taux de réponse (%)
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	38	23,5%	113	33,6%
Hôpital juif de réadaptation	19	11,7%	67	28,4%
Institut Raymond-Dewar	32	19,8%	73	43,8%
Institut Nazareth et Louis-Braille	30	18,5%	100	30,0%
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	43	26,5%	135	32,6%
Total:	162	100,0%	488	33,2%

Note : Certains répondants affirment travailler sur deux sites, mais ils n'ont été comptabilisés qu'une seule fois à l'endroit où ils passent davantage de temps.

Tableau VI : Répondants par site répartis selon les phases du continuum (n=162)

Site	Phase 2		Phase 3		Phases 2 et 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	0	0,0%	30	18,5%	8	4,9%	38	23,5%
Hôpital juif de réadaptation	11	6,8%	3	1,8%	5	3,1%	19	11,7%
Institut Raymond-Dewar	0	0,0%	32	19,8%	0	0,0%	32	19,8%
Institut Nazareth et Louis-Braille	1	0,6%	29	17,9%	0	0,0%	30	18,5%
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	40	24,7%	1	0,6%	2	1,2%	43	26,6%
Total:	52	32,1%	95	58,6%	18	11,1%	162	100,0%

Le tableau VII indique le nombre et le pourcentage de répondants offrant des services pendant les différentes phases du continuum de soins en réadaptation tandis que le tableau VIII présente la répartition des répondants par phase et catégorie de répondants.

Tableau VII : Répondants par phase du continuum de soins (n=162)

Phase	Nombre de répondants	Pourcentage
Phase 2	52	32,1 %
Phase 3	95	58,6 %
Phases 2 et 3	15	9,3 %
Total:	162	100,0 %

Tableau VIII : Répondants par catégorie répartis selon les phases du continuum (n=162)

Catégorie de répondants	Phase 2	Phase 3	Phases 2 et 3	Total	Pourcentage
Gestionnaires	4	6	3	13	8,0 %
Cliniciens	44	85	12	141	87,1 %
Coordonnateurs cliniques	4	4	0	8	4,9 %
Total:	52	95	15	162	100,0 %

Le tableau IX illustre le nombre de répondants ayant affirmé offrir des services aux différentes clientèles en déficience physique ainsi que le pourcentage. Ce tableau permet également de détailler ces informations par phase.

Dans le tableau X, les répondants sont classés selon le nombre d'années réparti en quatre catégories de durée. La majorité de ces répondants (66,7%) travaillent dans leur profession actuelle depuis plus de 5 ans et moins de 25 ans.

Tableau IX : Mentions des clientèles avec lesquelles les répondants ont affirmé travailler et répartition selon les phases du continuum (n=162)

Type de clientèle	Phase 2	Phase 3	Phases 2 et 3	Total	
				n	%
Déficiência visuelle	0	30	0	30	18,5%
Déficiência auditive	0	33	0	33	20,4%
Trouble du langage	0	7	0	7	4,3%
Déficiência motrice : Traumatisme craniocérébral (TCC)	8	4	5	17	10,5%
Déficiência motrice : Accident vasculaire cérébral (AVC)	19	11	8	38	23,5%
Déficiência motrice : Autres lésions cérébrales	13	8	2	23	14,2%
Déficiência motrice : Maladie neuromusculaire évolutive	6	16	0	22	13,6%
Déficiência motrice : Lésions médullaires	5	13	3	21	13,0%
Déficiência motrice : Neuropathies	7	6	0	13	8,0%
Déficiência motrice : Amputations	15	8	1	24	14,8%
Déficiência motrice : Lésions musculo-squelettiques complexes, incluant blessures orthopédiques graves	10	10	3	23	14,2%
Déficiência motrice : Brûlures graves	0	1	1	2	1,2%
Déficiência motrice : Affection rhumatologique	2	2	0	4	2,5%
Déficiência motrice : Douleur chronique	1	7	0	8	4,9%
Déficiência motrice : Orthopédie - Clientèle santé physique	22	5	0	27	16,7%
Total:	108	161	23	292	

Note : Les répondants pouvaient choisir plus d'une réponse. Le pourcentage est calculé à partir du nombre total de répondants (162).

Tableau X : Répondants par nombre d'années dans la profession actuelle (n=162)

Nombre d'années	Nombre de répondants	Pourcentage
0 à 5 ans	34	21,0%
6 à 15 ans	62	38,3%
16 à 25 ans	46	28,4%
26 ans et plus	20	12,3%
Total:	162	100,0%

5.1.1.2 Utilisation des interventions de groupe

104 répondants, soit 64,2% du nombre total de répondants au questionnaire, ont affirmé avoir réalisé des interventions de groupe au cours des cinq dernières années. Le tableau XI illustre les clientèles avec lesquelles les interventions de groupe ont été pratiquées. Le tableau XII, pour sa part, illustre la proportion des activités en groupe.

Tableau XI : Mentions des clientèles avec lesquelles les interventions de groupe ont été effectuées et répartition selon les phases du continuum (n=104)

Type de clientèle	Phase 2	Phase 3	Phases 2 et 3	Total	
				n	%
Déficiência visuelle	0	16	0	16	15,4%
Déficiência auditive	0	22	0	22	21,1%
Trouble du langage	0	6	0	6	5,8%
Déficiência motrice : Traumatisme craniocérébral (TCC)	3	5	6	14	13,5%
Déficiência motrice : Accident vasculaire cérébral (AVC)	12	8	8	28	26,9%
Déficiência motrice : Autres lésions cérébrales	6	6	4	16	15,4%
Déficiência motrice : Maladie neuromusculaire évolutive	4	13	3	20	19,2%
Déficiência motrice : Lésions médullaires	4	10	2	16	15,4%
Déficiência motrice : Neuropathies	3	3	2	8	7,7%
Déficiência motrice : Amputations	6	2	1	9	8,7%
Déficiência motrice : Lésions musculosquelettiques complexes, incluant blessures orthopédiques graves	7	7	4	18	17,3%
Déficiência motrice : Brûlures graves	0	0	0	0	0,0%
Déficiência motrice : Affection rhumatologique	2	2	1	5	4,8%
Déficiência motrice : Douleur chronique	0	6	2	8	7,7%
Déficiência motrice : Orthopédie - Clientèle santé physique	16	4	3	23	22,1%
Total:	63	110	36	209	

Note : Les répondants pouvaient choisir plus d'une réponse. Le pourcentage est calculé à partir du nombre de répondants ayant effectué des activités de groupes (104).

Tableau XII : Proportion des activités professionnelles réalisées en groupe chez les répondants effectuant des activités de groupe (n=104)

Proportion	Nombre de mentions				Pourcentage
	Phase 2	Phase 3	Phase 2 et 3	Totalité	
Moins de 10 %	22	47	4	73	70,2%
Entre 10 % et 24 %	6	13	4	23	22,1%
Entre 25 % et 49%	1	4	1	6	5,8%
Entre 50 % et 74 %	2	0	0	2	1,9%
75 % et plus	0	0	0	0	0,0%
Total:	31	64	9	104	100,0%

5.1.2 Groupes de discussion

Deux groupes de discussion de 90 minutes ont eu lieu avec des cliniciens: le premier était composé de cliniciens offrant des services de réadaptation en phase 2 (n=6), le second de cliniciens dispensant des services en phase 3 (n=9). Un troisième groupe de 60 minutes était composé essentiellement de gestionnaires (n=5).

Les six participants du groupe de cliniciens travaillant en phase 2 provenaient de deux des centres participants (IRGLM, HJR) et plus spécifiquement de quatre programmes : Neurologie AVC, Amputations-BOG, Santé physique, Neurologie TCC. Il est à noter que trois centres n'offrent pas de services en phase 2, il était donc attendu de n'avoir que deux centres représentés. Les participantes étaient toutes des femmes dont l'âge variait entre 36 et 55 ans (moyenne : 44,8 ans (\pm 6,9)). Elles représentaient cinq disciplines différentes, soit la physiothérapie, la technique de réadaptation physique, l'ergothérapie, le service social et la neuropsychologie. Le nombre d'années dans la profession variait de 6 à 34 ans pour une moyenne de 17,2 ans (\pm 9,4).

Le groupe de cliniciens en phase 3, composé de neuf personnes, soit sept femmes et deux hommes, provenait des cinq centres participants et des programmes suivants : sourds, sourds-aînés, trauma et clientèle spécialisée, lésions médullaires, déficience visuelle aînés, maladie neuromusculaire, neurologie AVC. Elles avaient entre 29 et 55 ans pour une moyenne de 44 ans (\pm 8,3). Elles représentaient sept disciplines : l'audiologie,

l'ergothérapie, l'éducation spécialisée, l'orthophonie, la psychologie, la spécialité en réadaptation en déficience visuelle et le service social. Le nombre d'années dans la profession variait entre 6 et 30 ans pour une moyenne de 17,1 ans ($\pm 8,7$).

Le groupe de gestionnaires était composé de cinq personnes, toutes des femmes, âgées de 38 à 56 ans (moyenne : 51,2 ans $\pm 7,5$) qui étaient gestionnaires depuis une période variant entre cinq et quinze ans (moyenne 10,2 ans $\pm 4,4$). Elles provenaient de quatre centres participants.

Lors des groupes de discussion, les participants étaient d'abord invités à nommer les types d'interventions de groupe qui sont offerts dans leur milieu. Ceci a permis de faire ressortir tout un éventail d'activités de groupe ayant lieu ou ayant eu lieu dans les cinq sites représentés. Les interventions de groupe énoncées consistaient en une activité thérapeutique (ex.: gestion du stress, exercices cardio-vasculaires, motricité des membres supérieurs) ou un groupe de type informatif ou éducatif. Ces derniers sont des groupes conçus pour donner de l'information sur une condition ou offrir de l'enseignement sur de nouvelles procédures, des stratégies d'adaptation ou de prévention (ex. : information générale sur une lésion médullaire, prévention des chutes, gestion de l'énergie).

Dans ces milieux, il fut possible de discerner deux types d'interventions de groupes qui se distinguent quant à leur raison d'être : ceux offerts en complémentarité aux séances individuelles et les groupes offerts en contexte de mesure d'appoint¹³ (en attendant une intervention individuelle).

¹³ Tiré du document ministériel Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, Gouvernement du Québec, 2008, page 18: « Le plan d'accès prévoit l'offre de mesures d'appoint aux personnes en attente de services qui le nécessitent. Ces mesures sont constituées d'activités ponctuelles visant à minimiser le préjudice ou la détérioration durant l'attente de services, notamment lorsque la durée prévisible de l'attente est longue ou lorsqu'il survient un problème imprévu durant cette attente qui n'implique pas un rehaussement du niveau de priorité. »

Chaque thème de recherche a ensuite été discuté en insistant principalement sur la question des facilitateurs et obstacles. Les sous-thèmes liés à la qualité, aux coûts et à l'efficacité ont aussi été abordés dans une moindre mesure (moins de temps alloué).

5.1.3 Entrevues individuelles

Des entrevues ont été réalisées avec quatre usagers, soit un usager pour chacun des sites suivants : le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, l'Hôpital juif de réadaptation, l'Institut Nazareth et Louis-Braille et l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal. Deux hommes et deux femmes ont participé aux entrevues. Ils étaient âgés de 49 à 82 ans (moyenne : 67,5 ans \pm 13,7). Trois participants présentaient une déficience motrice et une personne, une déficience visuelle. Ils avaient tous reçu des services en groupe en phase 3, sauf une personne qui en avait reçu en phase 2 et 3.

Deux usagers avaient déjà reçu leur congé au moment de l'entrevue alors que deux recevaient toujours des services. Un seul des usagers a participé à des interventions de groupe en contexte de mesures d'appoint.

5.2 Résultats reliés à la perception à l'égard des éléments influençant la tenue des interventions de groupe

5.2.1 Énoncés

À l'intérieur du questionnaire, les répondants avaient à exprimer leur degré d'accord avec certains énoncés visant à mesurer leur opinion à l'égard des interventions de groupe. Ces énoncés concernaient des aspects reliés à la qualité et à certains éléments influençant la tenue d'intervention de groupe. Selon une échelle de type Likert, quatre choix (gradation) de réponses étaient offerts (complètement en accord, d'accord, en désaccord, complètement en désaccord). Les résultats (nombre de réponses, pourcentage et résultats du test du khi-carré) sont présentés dans le tableau XIII pour les répondants travaillant en phase 2 et en phase 3 ainsi que pour la totalité des répondants pour les énoncés reliés aux éléments influençant la tenue des interventions de groupe.

Les réponses affirmatives (complètement en accord, d'accord) et négatives (en désaccord, complètement en désaccord) ont été combinées pour faciliter la compréhension et les calculs statistiques.

Tableau XIII : Opinion à l'égard des facilitateurs et obstacles aux interventions de groupe: répartition selon les phases et valeurs p (n=162)

Énoncés	Phase 2 n=52		Phase 3 n=95		Valeur p (phases 2 vs 3)	Totalité n=162	
	A (%)	D (%)	A (%)	D (%)		A (%)	D (%)
A=Accord D=Désaccord							
Les usagers n'aiment pas les interventions de groupe.	6 (12%)	46 (88%)	10 (11%)	85 (89%)	0,851	19 (12%)	143 (88%)
En tant que professionnel, je me sens apte à mener des interventions de groupe.	48 (92%)	4 (8%)	87 (92%)	8 (8%)	0,877	150 (93%)	12 (7%)
C'est au professionnel à décider de la modalité d'intervention qui convient à l'utilisateur.	48 (92%)	4 (8%)	72 (76%)	23 (24%)	0,013	135 (83%)	27 (17%)
Les interventions de groupe sont difficiles à organiser.	31 (60%)	21 (40%)	67 (71%)	28 (29%)	0,180	109 (67%)	53 (33%)

Note : Les calculs n'ont pas été faits pour les répondants travaillant à la fois en phase 2 et 3 (n=15).

Généralement, un pourcentage élevé (plus de 80%) des répondants ont exprimé leur accord ou désaccord avec l'énoncé proposé. Ainsi, 88% des répondants sont en désaccord avec l'énoncé « Les usagers n'aiment pas les interventions de groupe », 93% sont en accord avec « En tant que professionnel, je me sens apte à mener des interventions de groupe » et 83% sont en accord avec « C'est au professionnel à décider de la modalité d'intervention qui convient à l'utilisateur ». Une plus petite proportion de répondants (67%) sont en accord avec « Les interventions de groupe sont difficiles à organiser ».

Les niveaux d'accord ne diffèrent pas de façon significative entre les répondants en phase 2 et 3 pour trois des énoncés. Le niveau d'accord diffère de façon significative

entre les participants travaillant en phase 2 et en phase 3 pour un des énoncés. Ainsi, davantage de participants travaillant en phase 2 sont en accord avec l'énoncé suivant : « C'est au professionnel à décider de la modalité d'intervention qui convient à l'utilisateur » comparativement avec ceux travaillant en phase 3.

5.2.2 Influence perçue des éléments proposés dans le questionnaire

Dans le questionnaire, il était demandé d'identifier quels éléments, parmi une liste proposée, influençaient positivement ou négativement la mise en œuvre d'interventions de groupe. Ensuite, il était demandé aux répondants de choisir parmi ces éléments lesquels étaient considérés comme facilitateurs et lesquels étaient perçus comme obstacles.

Le tableau XIV indique d'abord, pour chacun des dix-sept éléments proposés, le nombre de fois qu'un élément a été sélectionné comme ayant une influence sur la mise en œuvre d'interventions de groupe. Les colonnes suivantes révèlent ensuite le nombre de fois qu'un élément a été choisi comme facilitateur, comme obstacle, les deux à la fois et n'ayant pas d'influence. Il est à noter que les répondants pouvaient sélectionner plus d'un choix. La dernière colonne, comprenant les mentions « non influent », comprend la somme des personnes n'ayant pas sélectionné qu'un élément avait une influence additionnée au nombre de fois qu'un élément n'était choisi ni comme facilitateur ni comme obstacle (même s'il avait été préalablement sélectionné comme influençant la mise en œuvre des interventions de groupe).

Tableau XIV : Mentions des éléments ayant une influence (positive ou négative), classés selon le modèle de Damschroder

Éléments proposés n= 162 Nombre de fois sélectionnés et pourcentage	Influence positive ou négative	Facilitateur	Obstacle	Les 2 (facilitateurs et obstacles)	Non influent
1- Caractéristiques de l'intervention					
Accès à des locaux et matériel	114 (70,4%)	43 (26,6%)	22 (13,6%)	41 (25,3%)	56 (34,6%)
Disponibilité du personnel de soutien	86 (53,1%)	38 (23,5%)	17 (10,5%)	29 (17,9%)	78 (48,1%)
Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers	130 (80,2%)	25 (15,4%)	70 (43,2%)	29 (17,9%)	38 (23,5%)
Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers	107 (66%)	41 (25,3%)	33 (20,4%)	23 (14,2%)	65 (40,1%)
Homogénéité des objectifs de réadaptation	97 (59,9%)	51 (31,5%)	24 (14,8%)	13 (8,0%)	74 (45,7%)
2- Contexte organisationnel					
Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe	109 (67,3%)	55 (34,0%)	20 (12,3%)	26 (16,0%)	61 (37,7%)
Gestion des statistiques	39 (24,1%)	4 (2,5%)	32 (19,8%)	1 (0,6%)	125 (77,2%)
Gestion des dossiers (notes au dossier)	56 (34,6%)	4 (2,5%)	44 (27,2%)	3 (1,9%)	111 (68,5%)
Assiduité des usagers	87 (53,7%)	23 (14,2%)	39 (24,1%)	19 (11,7%)	81 (50,0%)
Capacité d'observation de la progression de chacun des usagers	64 (39,5%)	17 (10,5%)	27 (16,7%)	0 (0,0%)	118 (72,8%)
Potentiel d'influence entre les participants	111 (68,5%)	83 (51,2%)	6 (3,7%)	10 (6,2%)	63 (38,9%)
3- Contexte local					
Soutien des supérieurs immédiats	46 (28,4%)	30 (18,5%)	2 (1,2%)	9 (5,6%)	121 (74,7%)
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation	71 (43,8 %)	46 (28,4%)	5 (3,1%)	10 (6,2%)	101 (62,3%)
Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique	75 (46,3%)	39 (24,1%)	14 (8,6%)	7 (4,3%)	102 (63,0%)
Cibles d'intensité de traitement à atteindre	61 (37,7%)	17 (10,5%)	26 (16,0%)	2 (1,2%)	117 (72,2%)
4- Caractéristiques des individus					
Compétence des professionnels en animation de groupe	85 (52,5%)	51 (31,5%)	11 (6,8%)	18 (11,1%)	82 (50,6%)
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants	82 (50,6%)	54 (33,3%)	9 (5,6%)	10 (6,2%)	89 (54,9%)

L'étape suivante consistait à classer les éléments choisis comme facilitateurs par ordre d'importance. Le même choix s'offrait aussi pour les éléments considérés comme obstacles. Les éléments classés en premier, deuxième et troisième ont fait l'objet d'un regroupement. Cette démarche a été réalisée pour les facilitateurs et pour les obstacles pour l'ensemble des répondants ainsi que distinctement pour les répondants en phase 2, en phase 3 et en phase 2 et 3. Les éléments de ce regroupement ont été extraits et sont présentés dans le tableau XV.

Tableau XV : Priorisation des facilitateurs et obstacles

Facilitateurs	Obstacles
Totalité des répondants (n=162)	
1. Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe (57) 2. Accès à des locaux et matériel (46) 3. Potentiel d'influence entre les participants (44)	1. Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire) (76) 2. Accès à des locaux et matériel (43) 3. Assiduité des usagers (présents à l'ensemble des rencontres) (39)
Répondants travaillant en phase 2 (n=52)	
1. Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers (17) 2. Disponibilité du personnel de soutien (14) 2. Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe (14) 2. Homogénéité des objectifs de réadaptation (14)	1. Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire) (21) 1. Disponibilité du personnel de soutien (21) 3. Accès à des locaux et matériel (17)
Répondants travaillant en phase 3 (n=95)	
1. Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe (37) 2. Accès à des locaux et matériel (32) 3. Potentiel d'influence entre les participants (30)	1. Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire) (49) 2. Assiduité des usagers (présents à l'ensemble des rencontres) (28) 3. Accès à des locaux et matériel (25)
Répondants travaillant en phase 2 et 3 (n=15)	
1. Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe (6) 1. Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants (6) 3. Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers (4)	1. Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers (7) 2. Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire) (6) 3. Gestion des dossiers (notes au dossier) (5)

Note: Le nombre entre parenthèses indique le nombre de fois que chaque élément est classé dans le regroupement. Les numéros à gauche indiquent le rang. En cas d'égalité, le même rang a été donné.

Observations à propos des résultats pour les facilitateurs:

Les éléments priorisés par la totalité des répondants ainsi que par ceux travaillant en phase 3 sont identiques. Ils diffèrent pour les répondants travaillant en phase 2 comparativement à ceux priorisés par ces deux groupes. Trois éléments n'étant pas priorisés par la totalité y apparaissent: les deux reliés à l'homogénéité ainsi que la « disponibilité du personnel de soutien ».

Pour le petit groupe (n=15) travaillant à la fois en phase 2 et 3, un élément est apparu qui n'était pas ressorti avec les autres groupes: « la reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants ».

Un seul point est commun à tous, le plus souvent en premier: « l'intérêt des usagers pour l'intervention de groupe ».

Observations à propos des résultats pour les obstacles:

L'élément « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers » a été le plus de fois priorisé par presque tous les principaux groupes (totalité, phase 2, phase 3). Il est même loin devant pour la totalité des répondants et ceux de la phase 3.

La différence observée chez les répondants de la phase 2 est que la « disponibilité du personnel de soutien » s'y retrouve. Il a été classé dans ce regroupement autant de fois que l'élément « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers ». L'élément « disponibilité du personnel de soutien » était aussi ressorti chez les répondants en phase 2 pour les facilitateurs.

L'analyse des répondants du petit groupe travaillant à la fois en phase 2 et 3 va dans le même sens pour l'élément « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers ». Par contre, les éléments « homogénéité du niveau fonctionnel » et « gestion des dossiers » n'étaient pas ressortis lors du calcul de la totalité ni des autres groupes (phase 2 et phase 3).

5.2.3 Résultats qualitatifs

Les résultats qualitatifs proviennent principalement des propos extraits des groupes de discussion réalisés auprès de cliniciens et gestionnaires, mais également des entrevues individuelles avec les usagers ainsi que des questions ouvertes du questionnaire.

Presque tous les dix-sept éléments influençant la tenue des interventions de groupe proposés dans le questionnaire ont été abordés lors des différents groupes de discussion. Certains éléments ont fait l'objet de plus d'insistance de la part des répondants alors que d'autres ont peu été abordés (ex. : « soutien des supérieurs immédiats ») ou pas du tout (ex. : « assiduité des usagers »).

De nouvelles idées ont émergé des propos. Certaines ont pu être classifiées à l'intérieur des thèmes existants, c'est-à-dire les éléments proposés dans le questionnaire. Par exemple, l'idée des déplacements des usagers sur de grands territoires a été placée dans « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers ». D'autres idées émergentes ont amené la création de nouveaux éléments influençant la tenue des interventions de groupe.

Les six nouveaux éléments suivants ont émergé des groupes de discussion: « temps requis », « masse critique d'usagers », « mesures de prévention des infections », « évaluation des interventions de groupe », « choix des critères de sélection des participants » et enfin, « présence des proches dans les groupes ».

Un autre élément est aussi ressorti des commentaires libres du questionnaire: « présence de plus d'une langue parmi les usagers ».

Les deux éléments ayant reçu le plus d'insistance par plusieurs intervenants différents lors des groupes de discussion n'étaient pas de ceux proposés dans le questionnaire. L'élément « temps requis » est l'élément ayant été le plus mentionné: il l'a été par presque tous les participants aux discussions de groupe. L'élément « masse critique

d'usagers » a aussi été discuté par plusieurs intervenants et plus en profondeur. Ceci est valable autant pour les groupes de cliniciens que de gestionnaires.

La prochaine section rapporte les résultats qualitatifs relatifs à chaque élément influençant la mise en œuvre des interventions de groupe. Ces derniers sont classés selon les catégories du modèle de Damschroder. Sous chaque élément se retrouve d'abord une explication sommaire de son concept, suivie des données qualitatives accompagnées des verbatims et d'un encadré où sont résumées l'idée ou les idées principales.

5.2.3.1 Caractéristiques de l'intervention

❖ **Temps requis** (pour la réflexion et la préparation)

Cet élément englobe le temps requis par les cliniciens pour réfléchir à l'offre de groupe (ex. : ajuster le niveau en fonction des usagers présents) et pour en assurer la préparation (matériel, réservations, etc.).

L'idée principale qui est ressortie des discussions est que de développer un groupe, réfléchir aux interventions, préparer les activités que l'on va réaliser pendant la rencontre de groupe prend du temps. Les cliniciens ne disposent pas de ce temps dans le contexte actuel de mesure de performance. Même les gestionnaires appuient cette affirmation, car ils doivent aussi rendre des comptes et sont aux prises avec les indicateurs de performance provenant du ministère. Plusieurs commentaires des participants expriment cette idée :

« Quand tu développes un groupe, ça prend des heures. Ça ne prend pas 2 heures, ça prend plusieurs heures à développer. Alors, faut voir, que là ça ne rentre pas dans les performances, alors ça devient embêtant. » (Clin. ph. 3)

« Moi aussi, je pense, pis même si ça demande du temps, au final, si on regarde le nombre d'usagers qu'on peut desservir dans un groupe, pis tout le temps qui a été

passé, pis si on avait desservi ces mêmes usagers-là en individuel, je suis certaine que le groupe est gagnant. Mais la contrainte de temps, c'est vraiment... moi je la vois beaucoup dans l'organisation de toutes les autres tâches. C'est dur de libérer ce temps-là. » (Gest.)

Cette gestionnaire souligne que cette contrainte peut avoir une influence sur la tenue des interventions de groupe:

« Le temps de concertation des intervenants. Souvent, quand il y a un rush, ben en tout cas, ici à l'interne, c'est souvent les groupes qui tombent en premier, parce que ça demande du temps. Fak, c'est sûr que ça sauve du temps, au final, mais la préparation demande du temps vs l'intervention individuelle, ce qui, souvent, va être plus spontané. » (Gest.)

Cette phrase résume bien l'idée générale:

« Ben c'est un facilitateur d'avoir du temps. Oh oui! C'est un obstacle de ne pas en avoir. » (Clin. ph. 2)

Une autre idée véhiculée relativement au temps requis est que la charge de travail des cliniciens s'est trouvée augmentée au cours des dernières années, ce qui leur laisse moins de temps pour réaliser des activités autres que les soins directs aux usagers. Les commentaires exprimés par ces gestionnaires reflètent cette idée.

« Moi, ça fait quand même 16 ans que je suis ici dans le milieu pis j'ai vu évoluer la charge de travail à la hausse. Donc, les groupes, avant, c'était beaucoup plus facile de prendre un deux heures chaque semaine ou une heure et demie chaque semaine pour se rencontrer en équipe pis de préparer le groupe. » (Gest.)

Cette gestionnaire souligne, de plus, que le degré d'adaptation des cliniciens à cette charge de travail accrue est variable :

« Mais, effectivement, la notion des cibles de performance est arrivée, il y a quelques années. Ce qui fait qui est venu encadrer la pratique, en termes de performance ou pour les intervenants qui avaient plus de liberté et d'autonomie dans la gestion et l'organisation de leurs prestations de service, si je peux m'exprimer comme ça, parce qu'il n'y avait pas de reddition de compte. Maintenant qu'on a une reddition de

compte, forcément que ça vient paramétrer le travail. Certains individus vont avoir plus de difficulté que d'autres. » (Gest.)

Le manque de temps pour la réflexion et la préparation des interventions de groupe est clairement rapporté comme un obstacle majeur à la tenue de ces interventions en déficience physique.

❖ **Accès à des locaux et matériel**

Ce concept se réfère à la possibilité d'avoir accès à des locaux et à du matériel adéquats pour pouvoir réaliser des interventions de groupe en toute sécurité et de façon à ce que cela permette de répondre aux besoins des participants.

Deux idées sont ressorties relativement à cet élément: la disponibilité des salles et l'accessibilité des lieux. Concernant la disponibilité des salles, les participants considèrent que c'est un facilitateur d'avoir accès à des locaux adéquats facilement. En contrepartie, c'est un obstacle de ne pas y avoir accès.

« Dans notre cas, la disponibilité des locaux, aussi, a une incidence importante sur le fait de pouvoir ou pas faire des groupes. » (Clin. ph. 3)

En ce qui concerne l'accessibilité des lieux, les participants ont rapporté qu'il est important que les lieux doivent être accessibles pour les usagers présentant une déficience physique qu'elle soit motrice, visuelle, auditive ou du langage.

« Parce que même si on travaille en déficience visuelle, les gens ont d'autres incapacités qui font en sorte que les lieux doivent être accessibles. » (Gest.)

Lors des entrevues, il était également demandé aux usagers comment ils avaient trouvé l'aménagement des lieux. Tous ont trouvé que les locaux où ont eu lieu les interventions de groupe auxquelles ils ont participé étaient "parfaits ". Même si cette question restait

d'ordre plus général, le commentaire de cette dame reflète la notion d'accessibilité des lieux.

« Ben, moi je considère que c'était correct parce que dans les...entre 5 et 8 personnes qui étaient là, t'en as qui ont des déficiences auditives. Et dans la salle, y'avait un micro pour faciliter la vie des gens. C'était très bien. » (Usager 1)

Selon les commentaires recueillis lors des groupes de discussion, l'accès à des locaux et à du matériel adéquats a une influence sur la tenue des interventions de groupe.

L'accessibilité des lieux est aussi un facteur important à considérer.

❖ **Disponibilité du personnel de soutien**

Ce concept représente la possibilité pour le clinicien de recevoir de l'aide logistique (ex. : agent administratif qui fait les horaires, réserve les salles) ou physique (ex. : préposé lors d'activités motrices en groupe pour réduire le risque de chutes, transport des usagers) lors de la préparation ou de la tenue des interventions de groupe.

Le fait d'obtenir de l'aide pour la partie logistique ou administrative de l'intervention est un facilitateur. Elle permet de libérer les cliniciens de tâches non professionnelles qui peuvent être effectuées par une autre personne.

« On a une personne, une partie de son travail, c'est de réserver le local. Donc, ce n'est pas une thérapeute qui est obligée de faire ça. Ça, ça aide énormément. Et c'est aussi elle qui reçoit et qui marque le nom de toutes les inscriptions à un groupe. Comme quand on veut qu'une personne soit dans un groupe, on lui dit et elle, elle remplit tout ça sur des tableaux. Et après ça, quand moi je viens pour faire mon groupe, elle me donne la liste : « T'as ces gens-là, tous les noms, les numéros de dossier, tout est écrit sur une feuille ». Donc moi, j'ai beaucoup moins de préparation à faire. » (Clin. ph. 3)

Cet élément comprend aussi l'aide physique qui peut être nécessaire lors des interventions de groupe. L'aide d'un préposé peut même permettre d'augmenter le ratio

du groupe et d'accroître la sécurité. Particulièrement en phase 2, elle peut aussi aider au transport d'usagers jusqu'à la salle de traitement.

« Actuellement, on a des gens qui ne peuvent même pas sortir de leur chambre. Alors, ils ne peuvent même pas aller dans la salle de traitement. (...) La personne ne peut pas sortir sans accompagnement. Ça prend un préposé tout le temps avec la personne. » (Gest.)

La possibilité d'obtenir l'assistance du personnel de soutien, autant pour la partie logistique que physique, est un facilitateur important.

❖ **Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire)**

Cet élément concerne l'organisation des horaires des interventions de groupe, incluant l'horaire des usagers.

La démarche de réunir plusieurs personnes en même temps dans un même lieu représente un défi d'organisation. Aux dires des participants, la principale raison à ce problème est la disponibilité des usagers. Il est souvent difficile de trouver un moment où tous les usagers référés au groupe sont disponibles.

La détermination d'un lieu qui convient à tous les usagers référés au groupe est aussi un défi. Ceci est particulièrement valable en phase 3 où les usagers ne sont plus en milieu de réadaptation et doivent se déplacer de leur milieu de vie. Plusieurs d'entre eux ne peuvent se déplacer d'eux-mêmes et dépendent de la famille ou du service de transport adapté, ce qui complique la démarche. Sur les grands territoires, à l'extérieur des grands centres, ceci est encore plus difficile.

Ce défi est bien illustré par le commentaire de ce gestionnaire travaillant dans un milieu offrant des services en phase 3 :

« ...y'a des distances à parcourir. Il faut trouver un bénévole. C'est des gens qui ne conduisent pas. Y'a notre démographie aussi. Les gens arrivent en réadaptation, pour la plupart, en haut de 85 ans, 90 ans, 95 ans. Donc, problèmes de santé associés... L'aidant naturel est souvent une personne âgée aussi. » (Gest.)

Tel que cité par un répondant du questionnaire travaillant en phase 3, l'âge des usagers est aussi un facteur à considérer :

« L'âge de notre clientèle rend difficile leur participation, déplacement, disponibilité. » (Commentaire libre tiré du questionnaire, répondant ph. 3)

En phase de réadaptation fonctionnelle intensive (phase 2), les enjeux sont quelque peu différents. Ce sont souvent des préposés qui doivent préparer les usagers et ils sont peu nombreux et ne peuvent pas toujours aider à préparer les usagers en même temps pour leur séance de groupe.

« Ça dépend de beaucoup de gens pour que les patients soient tous prêts à une heure fixe dans le temps. » (Clin. ph. 2)

La gestion de l'horaire des interventions de groupe représente un défi majeur d'organisation.

❖ Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers et des objectifs de réadaptation

Ce concept se réfère à la condition des usagers lors de laquelle ils présentent un niveau fonctionnel et des besoins similaires entre eux permettant de cibler les mêmes objectifs de réadaptation et ainsi de participer à la même activité thérapeutique (ex. : capacité ambulatoire, capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, capacité à communiquer, etc.).

Deux éléments distincts proposés dans le questionnaire rejoignaient la même idée sur l'homogénéité: « homogénéité du niveau fonctionnel des usagers » et « homogénéité des objectifs de réadaptation ». À l'analyse des groupes de discussion, il n'y a pas de différence observée sur le plan du sens entre les deux éléments, qui sont étroitement liés. La distinction entre les deux n'étant pas ressortie dans les groupes de discussion, les deux éléments ont été réunis pour l'analyse des groupes de discussion.

Les participants sont d'avis qu'il faut que le niveau (fonctionnel ou des objectifs) des usagers soit homogène pour que le groupe fonctionne :

« Y'aurait la constitution de groupes homogènes qui est vraiment un défi ». (Gest.)

Cette déclaration est corroborée par cet autre questionnaire concernant les défis liés à l'homogénéité en phase 2 :

« Et l'hétérogénéité, moi je suis plus dans le milieu hospitalier et on se retrouve, maintenant, avec des gens avec des profils plus différents et des gens, aussi, plus lourds au niveau physique. Fak, c'est difficile à maintenir ces groupes-là. Pour l'instant, ils sont sur la glace. » (Gest.)

Ceci s'applique également à plusieurs types de clientèles :

« Donc, il faut trouver des gens qui ont une similarité de vision, on s'entend là, un groupe un peu homogène. » (Clin. ph. 3)

Le commentaire de cet intervenant indique comment, en offrant des services de plus en plus spécialisés ou surspécialisés, il devient plus difficile de former des groupes homogènes.

« Plus on s'en va vers l'hyperspécialisation dans nos interventions, plus ça va être difficile, pour moi, de convaincre du monde d'être là à la même heure, au même poste, avec le même diagnostic, avec la même histoire, rendu à la même étape dans leur vie. » (Clin. ph. 3)

Les répondants associent davantage la nécessité d'obtenir une certaine homogénéité du niveau des usagers à un obstacle (« défi »).

❖ Potentiel d'influence entre les participants

Cet élément représente le potentiel d'influence, habituellement positif, entre les usagers participant à une même intervention de groupe.

Le potentiel d'influence entre les usagers est considéré comme ayant un effet positif. Il fait partie des spécificités de l'intervention de groupe. Il crée un effet d'entraînement qui encourage les usagers à mieux s'engager dans une intervention. Par exemple, pour certains usagers, cela peut les encourager à travailler plus fort lorsqu'ils font leurs exercices tel que mentionné par cette physiothérapeute. Elle affirme même référer certains usagers au groupe pour cette raison.

« Mais même avec les patients, je trouve que ça leur donne, quand même, plus de responsabilités pis « d'empowerment », quand ils sont en groupe (...) Ça m'arrive d'en référer pour cette raison-là parce que des patients qui se fient un peu plus au thérapeute pis toi tu veux qu'ils soient autonome pour faire leurs choses à la maison. Donc, c'est une façon, aussi, de les rendre plus autonome vers la fin des services qui arrive quand même assez rapidement. » (Clin. ph. 2)

Un témoignage d'utilisateur ayant participé aux entrevues confirme cette perception :

« Pis on voyait les gens qui s'amélioraient. Il y avait un monsieur qui avait de la difficulté au début puis il ne faisait pas beaucoup de bicyclette. Il était toujours essoufflé puis plus ça allait, plus il était meilleur. Donc on s'encourageait les uns les autres. » (Usager 2)

De plus, un message peut avoir plus d'impact s'il est émis par un pair que s'il est donné par un intervenant. Un psychologue travaillant en phase 3 l'a bien énoncé par ce propos :

« ...quand t'as des gens qui partagent les mêmes difficultés, il y a un échange de feedback et c'est souvent ces feedback-là qui sont les plus importants...que tu peux

faire une thérapie, 20 séances avec ton psychologue, mais si tu as eu un feedback d'un client qui est comme toi, ça vaut dix fois plus. Donc, c'est connu, pour ce qui est de ma discipline, il y a énormément d'avantages. » (Clin. ph. 3).

Ce questionnaire était également de cet avis :

« Un client peut envoyer un message beaucoup plus direct et fort à un autre client qu'un intervenant ». (Gest.)

Le potentiel d'influence entre les participants, spécifique aux interventions de groupe, est perçu comme un facilitateur. Il peut même être une motivation à faire des interventions de groupe.

❖ **Évaluation des interventions de groupe**

Ce concept fait référence aux évaluations des interventions de groupe effectuées par le milieu (ex: rapports d'incidents, coûts, atteinte des objectifs, satisfaction des usagers) ou provenant de l'externe (rapports d'évaluation, publications scientifiques).

Selon les participants des groupes de discussion, les interventions de groupe auraient intérêt à être évaluées ce qui est très peu fait. Cela permettrait de mieux justifier le choix de ce mode d'intervention et d'ajuster les activités réalisées ou leur niveau.

« Ça, on ne le fait pas. On ne fait pas de réflexion sur notre pratique, mais ça devrait. » (Clin. ph. 2)

« Mais mettons, de délimiter les balises du groupe. Dire « Ça serait quoi le nombre maximum de personnes? Ça serait quoi le profil idéal? » Parce que là, actuellement, c'est comme, on met un peu du monde de même, mais on n'est pas trop sûr de...C'est comme un peu du essais et erreurs. » (Clin. ph. 2)

Ces propos illustrent des exemples de questions qui peuvent se poser concernant les interventions de groupe :

« Mais est-ce que le patient, il progresse plus que par rapport à l'autre patient qui ne participe pas au groupe? C'est quoi les gains, c'est quoi...? Est-ce qu'on a diminué dans les délais de séjour ? » (Clin. ph. 2)

Toutefois, ces évaluations demandent des efforts de la part des intervenants.

« C'est difficile d'évaluer, pis de soutenir, pis que les gens se mettent dans une démarche, aussi, d'amélioration continue, c'est difficile, parce que ça nous demande de la lecture, de la réflexion, en plus de..., ça veut dire de retravailler continuellement tout le groupe. » (Gest.)

De plus, pour appuyer les cliniciens et les gestionnaires dans leurs décisions, il est important de se baser sur des données probantes lors du choix du type d'intervention. Le poids scientifique d'une intervention servirait de levier à son utilisation.

« Et, pour que les collègues y croient, des fois, faut que les gestionnaires aussi puissent envoyer des messages forts en lien avec l'importance de ces groupes-là et il faut que les personnes qui tiennent les groupes; les intervenants qui travaillent directement en cette ère de données probantes, il faut qu'ils soient « capables de justifier c'est quoi l'utilité, même d'un point de vue scientifique de ces groupes-là, c'est quoi les objectifs travaillés et c'est quoi l'avantage de travailler en groupe plutôt qu'en individuel? » (Clin. ph. 2)

Même s'il requiert des efforts de la part des équipes, l'évaluation continue des interventions de groupe est considérée comme un facilitateur à leur mise en œuvre et à leur maintien. La présence d'évidences scientifiques les concernant est également perçue comme un facilitateur.

❖ **Présence des proches dans les groupes**

Cet élément s'explique par la présence d'un ou des proches de l'utilisateur pendant les interventions de groupe.

Selon l'objectif spécifique du groupe, il arrive que les proches des usagers soient conviés à participer à une intervention de groupe. Ils pourraient être conviés pour en apprendre plus sur une condition particulière par exemple.

« Il y a eu un petit changement de formule, c'est passé de jour à de soir, pour que les proches puissent plus facilement faire partie de ça. Pis c'est ça, c'est sur des thèmes qui touchent directement les patients qui ont une atteinte neurologique. » (Clin. ph. 2)

Une autre raison évoquée est que leur présence pourrait permettre d'obtenir une assistance supplémentaire.

« Pis, des fois, t'es prête à prendre peut-être un risque qui était peut-être un peu plus impulsif pis tout ça. Mais là, tu demandes à un membre de la famille de venir avec lui. » (Clin. ph. 2)

Par contre, la présence des proches lors des interventions de groupe rend son organisation plus difficile.

« C'est très difficile de rejoindre les conjoints et les proches en thérapie de groupe. » (Clin. ph. 3)

« J'abonde dans le même sens. Nous aussi, on a essayé pis les proches, c'est difficile. » (Clin. ph. 3)

Lorsqu'on a demandé à un usager s'il aurait aimé que ses proches aient l'opportunité de participer (dans ce cas-ci, à un groupe de soutien), il a affirmé préférer qu'ils ne soient pas présents:

« Non, non, je pense que c'est très bien de vivre ça entre nous... Vous pouvez ventiler... Ouais, il y a des choses qui se disent que tu ne dirais pas avec les bipèdes de ce monde. » (Usager 2)

La présence d'un proche peut être souhaitable pour certains cas, mais en complique l'organisation.
--

5.2.3.1 Contexte organisationnel

❖ Masse critique d'usagers

Ce concept fait référence au volume d'usagers auquel il est possible d'offrir des interventions de groupe.

Le nombre d'usagers potentiels n'est souvent pas suffisant dans un programme particulier pour former un groupe.

« Présentement, c'est beaucoup plus difficile de faire des groupes là qu'avant, parce qu'il y a moins de clients qui nous sont référés. » (Clin. ph. 3)

« On a moins de bassin suffisant pour faire un groupe, par exemple, de mobilité extérieure pour les gens qui sont capables de marcher avec les aides techniques à l'extérieur et travailler tous les mêmes objectifs. » (Gest.)

Selon les propos des participants, ce problème est assez récent.

« Nous, on a un problème, c'est qu'on avait beaucoup plus de groupes il y a 2 ans que maintenant, parce que notre bassin de population est rendu trop petit. On n'a pas assez de patients pour remplir des groupes. » (Clin. ph. 3)

Parmi les raisons évoquées, on retrouve : l'évolution de la clientèle, la diminution des accidents de la route, le retour au travail plus rapide des usagers ayant eu un accident de travail, les durées de séjour raccourcies. Ces propos illustrent ces faits:

« Mais c'est vrai que ça peut être plusieurs facteurs aussi pis c'est vrai aussi que la clientèle, elle change. » (Clin. ph. 3)

« Pis avant, on avait beaucoup de patients SAAQ ou CSST pis on a eu une chute dramatique depuis quelques années. Donc, il y a plein de groupes qu'on voudrait encore donner à nos patients qu'on a présentement, mais ils ne sont pas assez nombreux ou on a beaucoup plus de patients maintenant qui sont en retour au

travail dans un retour progressif. Donc, ils ne sont pas aussi disponibles. » (Clin. ph. 3)

« Nous autres, là, les durées de séjour ont vraiment rapetissé. ... On leur donne une semaine pour atterrir et des fois, ils quittent la semaine d'après, fak...Il y a des activités qui auraient pu leur être profitables, mais...on n'a pas le temps. Ou juste une fois, ce n'est pas nécessairement utile non plus. » (Clin. ph. 2)

Ce phénomène a une influence sur la pérennité de certaines interventions de groupe :

« Ce qui est difficile aussi, c'est la pérennité quand tu n'as pas de masse critique. Quand t'as une masse critique, tu peux poursuivre pendant plusieurs années pis bonifier. Mais quand tu développes des interventions de groupe qui répondent, ben pendant un an ou deux, tu n'as pas suffisamment d'utilisateurs qui pourraient bénéficier de ces interventions-là, ben là ça tombe, malheureusement. » (Gest.)

La diminution observée du volume d'utilisateurs est perçue comme un obstacle.

❖ **Intérêt des utilisateurs pour l'intervention de groupe**

Cet élément est représenté par la volonté et le désir des utilisateurs de participer à des interventions de groupe.

Les participants croient que les utilisateurs ont un intérêt certain à participer aux interventions de groupe.

« Juste la motivation qu'ils ont à venir, parce que c'est l'fun, parce qu'ils ont du plaisir. C'est difficilement quantifiable. » (Clin. ph. 3)

D'ailleurs, tous les utilisateurs ayant participé aux groupes de discussion ont tous aimé participer à ce type d'intervention. Cette dame a même affirmé les préférer aux interventions individuelles.

« Moi, je trouve que c'est plus encourageant d'être avec un groupe de personnes pis s'encourager. C'est plus motivant être en groupe. Pis quand tu pédales sur une

bicyclette pis que t'es tout seul avec un intervenant, c'est moins drôle. Tandis que quand t'es en groupe...pis le temps passe plus vite. » (Usager 4)

L'intérêt des usagers pour les interventions de groupe est un facilitateur à leur mise en œuvre.

❖ Gestion des statistiques

Ce concept se définit par l'inscription des heures de prestation de services (HPS) pour atteindre les indicateurs de performances fixés par le gouvernement.

Concernant la gestion des statistiques, deux idées sont ressorties des discussions. Premièrement, le temps pour la réflexion et la préparation des interventions de groupe n'est pas pris en compte par les indicateurs de performance.

« Le contexte HPS-HAP, la prestation de services, c'est un facteur non négligeable, parce qu'on doit donner une certaine performance et quand tu développes un groupe, tu n'es pas en HPS. » (Clin. ph. 3)

En second lieu, la façon de compiler les heures de prestations de services (HPS) n'est pas conçue pour les interventions de groupe. Les statistiques entrées dans le logiciel ne sont pas représentatives du temps réel de service reçu par l'utilisateur tel qu'expliqué par ce clinicien :

« La façon dont nos HPS sont organisées, nos statistiques, quand on fait du suivi individuel, si je passe une heure avec mon client, ben je vais mettre une heure pis dans son dossier, il va avoir une heure. Alors que dans un groupe, si j'ai six clients, en une heure, je leur mets dix minutes chaque. C'est comme s'ils ont bénéficié de dix minutes d'intervention, alors que c'était une heure complète, avec tout ce que ça apporte comme effet. (...) c'est totalement ridicule. » (Clin. ph. 3)

L'entrée de données statistiques prévues par le ministère n'est pas adaptée aux interventions de groupe.

❖ Gestion des dossiers (notes au dossier)

Cet élément représente la gestion des dossiers écrits des usagers par les intervenants.

Cet élément comprend deux aspects : les notes écrites réalisées par les intervenants pour consigner le contenu des interventions de groupe et le transfert d'information de l'intervenant responsable de l'utilisateur à l'intervenant qui réalise le groupe.

C'est le deuxième aspect, celui du transfert d'informations de l'intervenant responsable à l'intervenant qui réalise le groupe, qui a mobilisé les discussions.

L'intervenant qui réalise les interventions de groupe n'est souvent pas l'intervenant principal. Il n'a pas toujours le temps ni l'opportunité (ex. : distance entre lieu de l'intervention et dossier central) de prendre connaissance du dossier complet pour tous les participants du groupe avant chaque intervention. Il apparaît donc primordial de trouver le mode de transmission d'informations qui conviendra le mieux au milieu. Ceci peut être sous la forme de fiche ou grille à remplir contenant l'information suffisante au déroulement du groupe en toute sécurité tel que mentionné par cette clinicienne :

*« La façon qu'on fonctionne – et c'est quand même facilitateur – c'est que, il y a comme une grille à compléter par chaque intervenant complète la grille pour son patient puis dit « Lui, il a besoin d'assistance pour telle chose. » S'il a des particularités, on le sait...mais tu sais, ce n'est rien comme connaître le patient. »
(Clin. ph. 2)*

Le fait que la transmission de l'information sur l'utilisateur par l'intervenant principal à la personne qui anime le groupe peut amener une méconnaissance de la condition des usagers et représenter un enjeu de sécurité a aussi été abordé. Il est étroitement lié à l'aspect professionnel et a été discuté sous l'élément suivant, soit la « capacité d'observation de la progression des usagers ».

La notion de temps consacré à la tenue de dossiers est comprise sous l'élément « temps requis ».

Il importe de trouver une méthode efficace de transfert d'information concernant l'usager de l'intervenant responsable envers la personne qui réalise les groupes.

❖ **Capacité d'observation de la progression des usagers¹⁴**

Cet élément réfère à la capacité d'assurer le suivi de la progression de chaque usager participant à une intervention de groupe par l'intervenant en charge et par l'intervenant qui anime le groupe. Cela implique la notion de connaissance de la condition de l'usager.

Il est plus difficile de suivre la progression des usagers (ex. : pour préparer un congé, pour répondre à une question de la famille) lorsque l'usager a été vu en groupe comparativement à s'il a été vu en individuel. Ceci est valable pour un intervenant en charge, qu'il réalise lui-même les groupes ou non.

Même lorsqu'il réalise lui-même le groupe, un intervenant en charge ne peut pas toujours faire les évaluations nécessaires au suivi plus fin de l'usager en présence des autres usagers.

Lorsqu'un intervenant anime les groupes avec des usagers dont il n'a pas la charge, en plus de ne pas toujours être en mesure de faire ce suivi, en raison du contexte de groupe, il n'a pas une aussi grande connaissance de base de l'usager que l'intervenant en charge. Cette situation peut amener un enjeu du point de vue de la sécurité et de la responsabilité professionnelle.

« Les gens n'ont pas nécessairement toutes les informations et ils ne sont pas à l'aise d'intervenir dans un contexte comme ça. Donc d'utiliser le groupe, pour contrer une espèce de manque au niveau individuel, des fois ça peut amener, dans certaines disciplines, des enjeux au niveau de la sécurité. » (Clin. ph. 3)

¹⁴ Dans le questionnaire, cet élément était nommé « Observation de la progression de chacun des usagers ». Il a été modifié légèrement pour fin de clarification.

« Savoir si la personne a des limitations fonctionnelles ou des restrictions émises par un médecin. Pour moi, ça c'est primordial. Quand j'arrive dans un groupe, faut absolument que je sache ça. » (Clin. ph. 3)

Le manque de connaissance fine des usagers lors des interventions de groupe peut résulter en une difficulté d'assurer un suivi de la progression de l'utilisateur et constituer un enjeu de sécurité.

❖ **Présence de plus d'une langue parmi les usagers**

Cette situation se produit lorsque plus d'une langue est utilisée par les usagers d'un milieu donné.

La difficulté de former des groupes lorsque la clientèle est composée de personnes francophones et anglophones a été soulevée.

« Une difficulté est de mettre dans le même groupe des clients francophones et anglophones. » (Commentaire libre tiré du questionnaire)

La présence de plus d'une langue parmi les usagers peut complexifier l'organisation des interventions de groupe.

❖ **Mesures de prévention des infections**

Ce concept fait référence aux mesures à prendre en lien avec la prévention des infections en contexte d'interventions de groupe.

Lorsqu'on demande à cette intervenante travaillant en phase 2 si elle trouve que les mesures de prévention des infections constituent un obstacle, sa réponse est la suivante :

« Oui, parce que ça exclut. C'est un facteur d'exclusion à nos groupes. Donc, si on a plusieurs isolations¹⁵ différentes, on a un problème. » (Clin. ph. 2)

La présence de ces mesures représente une contrainte et empêche souvent les usagers de participer aux interventions de groupe.

Le fait d'inclure les usagers faisant l'objet de ces mesures dans les groupes peut constituer un enjeu de sécurité :

« Pis la prévention des infections, si on parle de risques, c'est un des éléments dans la mise en place de groupes, aussi... » (Gest.)

La présence de mesures de prévention des infections est un obstacle à la mise en œuvre d'interventions de groupe et peut constituer un enjeu de sécurité.

5.2.3.3 Contexte local

❖ Soutien des supérieurs immédiats

Cet élément se caractérise par un appui moral et administratif de la part des supérieurs immédiats (chefs de programme) envers les intervenants lors de la mise en place et le maintien des interventions de groupe.

Lorsque le supérieur immédiat croit aux bénéfices des interventions de groupe et offre du soutien aux intervenants, cela est perçu comme un facilitateur. Ceci est bien mis en lumière par cette clinicienne :

« Je pense que les gestionnaires ont un rôle important à jouer dans le soutien de leurs employés à bien des niveaux. C'est mis sur les épaules des cliniciens, mais je pense que les gestionnaires, il faut qu'ils y croient, il faut qu'ils nous aident là-dedans, il faut qu'ils nous libèrent autant que possible, il faut qu'ils informent les autres

¹⁵ Les « isolations » dont cette clinicienne parle sont les différents types de bactéries multirésistantes.

intervenants pour que tout le monde y croie. C'est important. Faut que ça soit sur plus qu'un palier. » (Clin. ph. 2)

Le soutien des supérieurs immédiats facilite la mise en œuvre des interventions de groupe.

❖ **Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation**

Cette situation survient lorsque les interventions de groupe sont reconnues et encouragées dans le contexte organisationnel du milieu.

Il est important d'être soutenu par une structure pour que les interventions de groupe mises en place fonctionnent et perdurent dans le temps.

« Mais je dirais que, il faut mettre des conditions gagnantes. Pis dans ce que moi j'ai observé depuis la mise sur pied des groupes que j'ai mis sur pied avec les équipes, ben les conditions gagnantes, c'est qu'il faut s'emparer de l'organisation et de la logistique, faut les soutenir pis faut mettre les bons acteurs. » (Gest.)

Ce qui est ressorti des discussions relativement à cette idée est que, lorsqu'une intervention de groupe est l'initiative d'un individu, celle-ci se fragilise et souvent s'écroule lorsque cet individu quitte. Les propos de cette gestionnaire et de cette clinicienne en font foi.

« Pis y'a aussi des groupes extraordinaires qui se mettent en place. Pis que, ils reposent tellement sur un intervenant que l'intervenante, qui était bonne en danse, elle a inventé ça, la journée qu'elle part ou qu'elle est enceinte, ça tombe. Donc, la pérennité des groupes, aussi, c'est une difficulté. » (Gest.)

« Mais j'ajouterais que, faire un groupe c'est beaucoup d'énergie, ça prend beaucoup de temps et tout ça et qu'avec le roulement des intervenants, l'activité tient à un intervenant qui l'a bâtie et quand il s'en va, ça tombe. Donc, ça devient difficile de toujours recommencer ça. » (Clin. ph. 3)

Pour assurer le succès et la pérennité d'une intervention de groupe, il est préférable de bâtir une offre de groupe concertée dans un programme et d'impliquer tous les intervenants :

« ...que tous les professionnels qui vont avoir accès à ce groupe-là ...soient impliqués dans l'organisation, la mise en place. » (Gest.)

Cette structure de programme serait un facilitateur :

« La structure va faciliter le maintien des groupes, principalement. » (Gest.)

Une gestionnaire explique même comment elle a procédé, avec son équipe, pour mettre ce type de structure en place dans leur programme :

« Donc, nous on a vraiment tout fait table rase. On a sélectionné les groupes en lien avec le plan d'intervention. Ils sont à l'horaire de façon très structurée. Et, c'est justement lors du plan d'intervention que les intervenants, selon les objectifs, décident « cet usager-là va participer à tel groupe, tel groupe, tel groupe ». Et dès que y'a un nouveau groupe qu'on veut créer, y'a une structure qu'on a mis en place pour justement dire « Ben, le groupe doit être entériné par l'ensemble du programme pis qu'on s'assure que ça soit concerté cette intervention-là. » (Gest.)

Un offre de groupe concertée et faisant partie intégrante de la structure d'un programme facilite non seulement la mise en œuvre, mais aussi la pérennité des interventions de groupe.

❖ **Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique**

Cet élément réfère aux habitudes et à l'historique d'un programme en termes de mode d'intervention.

Il est plus facile de poursuivre des groupes déjà en place que d'en créer des nouveaux. Lorsque survient du nouveau personnel, que ce soit des cliniciens ou gestionnaires, l'historique du milieu agit comme facilitateur tel que décrit dans ces deux commentaires.

« Pis, il y a aussi l'historique. C'est que les cours ou les groupes, ils ont été montés il y a 5 à 10 ans. Donc, on a déjà des politiques et procédures d'inscrites. Donc, quand on a un roulement d'intervenants, ben c'est beaucoup plus facile de faire la transition. » (Clin. ph. 3)

« Je pense que c'est très personnel au gestionnaire d'y croire ou de ne pas y croire. Mais, bon, malgré que on a eu un gestionnaire qui y croyait moins, on a quand même pu continuer, parce que c'était une culture qui était instaurée de longue date dans notre programme. » (Clin. ph. 3)

Le contexte historique d'un milieu a une incidence sur la tenue des interventions de groupe.

❖ **Cibles d'intensité de traitement à atteindre**

Ce concept s'explique par l'existence de cibles d'intensité de traitement à atteindre (ex. : recommandation pour certaines clientèles de recevoir des traitements 5 fois par semaine).

L'idée véhiculée par cet élément est que le fait de pouvoir rassembler plusieurs usagers en même temps serait un moyen d'atteindre les cibles d'intensité de traitement recommandées avec une clientèle particulière comme le rapporte ce clinicien travaillant en phase 3 :

« Nous, on est dans un contexte où il faut offrir de l'intensité, alors le groupe permet d'augmenter l'offre de service à nos clients. » (Clin. ph. 3)

La présence de cibles d'intensité de traitement pourrait faciliter la mise en place d'interventions de groupe.

❖ Choix des critères de sélection des participants

Ce concept réfère au choix des critères de sélection des participants lors des références aux interventions de groupe.

Les participants sont d'avis que les professionnels sont aptes à faire la sélection des usagers pour les interventions de groupe.

« En tant que professionnelle et thérapeute comme physio ou ergothérapeute qui anime ou n'importe quel autre clinicien, mais on a assez d'expérience et d'expertise pour vraiment cibler si c'est un gain ou non pour les patients. » (Clin. ph. 2)

« Mais c'est pour cela qu'on utilise notre jugement professionnel pour bien cibler qui peut participer à un groupe et qui ne peut pas participer. » (Clin. ph. 2)

Le choix des critères de sélection ou la modalité de référence à un groupe a une influence sur leur déroulement.

« Ou le profil des candidats. Comme il y en a qui ont de la douleur, ils ont des personnalités qui ne « fittent » pas dans les groupes. Y'en a qui ont des troubles cognitifs, parfois ils peuvent être impulsifs ou apathiques. Ça...ça peut nuire. » (Clin. ph. 2)

Les participants au groupe doivent être bien sélectionnés pour réduire les risques en ce qui a trait à la sécurité.

« Il faut vraiment bien choisir et bien cibler nos patients. On ne va pas choisir 3-4 candidats à risque de chutes. » (Clin. ph. 2)

De plus, il a été proposé par une gestionnaire d'élargir les critères de sélection de manière à offrir les services de groupe à des usagers provenant de clientèles diverses. Ceci permettrait, entre autres, de pallier au problème du petit volume d'usagers par programme.

« Mais juste pour faire du pouce avec ça, moi je pense que ça serait intéressant, dans le futur, de voir comment la création des continuums de soins, à l'intérieur du CIUSSS peut, peut-être, pour certains groupes, supporter ça. De faire un répertoire de l'ensemble des groupes disponibles. On sait qu'il y a des groupes très très spécifiques, mais il y a des groupes, peut-être, plus généraux, qu'on aurait peut-être intérêt à rendre disponibles et connaître. Donc de sortir du cadre des établissements, moi je trouve, peut-être que ça peut nous ouvrir une porte quand on parle de masse critique. C'est sûr que moi, déficience motrice, je vois des belles opportunités. On le sait, il y a des groupes de dextérité fine qui peuvent convenir à plein de clientèles...donc...exemple. Fak, je pense que ça serait intéressant, dans le futur, quand on parle de développement, de regarder ces aspects-là. » (Gest.)

Le choix des critères de sélection des usagers participant aux interventions de groupe en influence le déroulement et est perçu comme un facilitateur.

5.2.3.4 Caractéristiques des individus

❖ Compétence des professionnels en animation de groupe

Cet élément comprend la capacité des professionnels d'animer des interventions thérapeutiques de groupe et leur sentiment de compétence. Il ne s'agit pas nécessairement de formation officielle.

Selon les propos recueillis autant par les cliniciens que les gestionnaires, les cliniciens ne se sentent pas tous à l'aise pour animer un groupe.

« Mais, il faut être à l'aise là-dedans, il faut aimer ça. Si t'es à l'aise en individuel, faut pas forcer un intervenant à faire du groupe, s'il n'est pas préparé, s'il n'est pas à l'aise. » (Clin. ph. 3)

« Mais c'est ça, valoriser la recherche, valoriser les formations. Ne pas prendre pour acquis que tout le monde est prêt à se lancer là-dedans du jour au lendemain. » (Clin. ph. 3)

Un certain « talent » des cliniciens animateurs est facilitant. Cette gestionnaire exprime bien cette idée :

« On a des artistes qui pensent à des belles idées d'intervention ; nos champions, pis là on veut répandre ça, en bons gestionnaires. Mais, (...) ils ne sont pas nés des animateurs et des artistes, tout le monde. Fak y'en a qu'on impose de jouer ce rôle-là. Et eux, le stress, l'anxiété de performance face à un groupe, vont demander d'avoir beaucoup plus de temps de préparation pis ça vient mettre une pression sur l'individu et sur le groupe. Fak, on n'est pas nés tous des grands animateurs. Fak, ce qui peut manquer, quand on décide, comme organisation, d'aller de l'avant avec ces belles idées-là, ben c'est... Ils n'ont pas des formations pour animer. Parce que, des fois dans les groupes, il y a toute sorte de monde...(...) Pis nous, en bons gestionnaires, pas pour mal faire, mais on pense qu'ils sont tous nés pour faire ça. » (Gest.)

Cette gestionnaire indique que les besoins en formation (en animation) sont variables.

« Pis c'est curieux, aussi, parce qu'on a prévu de la formation sur l'animation de groupe pis on leur parle de ça pis y'en a qui disent (...) : « Moi j'ai été formée au moins 3 ans sur les bancs d'école, pour ça ». Pis y'en a qui disent « Heeeee ». Il y a une disparité. » (Gest.)

Une clinicienne travaillant en phase 2 a raconté comment une nouvelle employée s'est retrouvée à animer un groupe :

« Donc ça, ça l'a été catastrophique. Ça prend quand même des employés qui ont plus d'expérience pour coordonner six patients différents. » (Clin. ph. 2)

De plus, un effort supplémentaire de la part des cliniciens donne de meilleurs résultats :

« Tout le fait que le groupe, en tout cas moi je trouve, au lieu d'être un groupe qui est bénéfique, va vraiment être une plus-value pis que le patient va optimiser sa réadaptation, ben je trouve que ça demande du travail de plus. (...) les thérapeutes qui donnent le groupe, ils sont brûlés après un groupe. Même s'ils ont de l'aide...Tu sais, c'est beaucoup mentalement de gérer six personnes. » (Clin. ph. 2)

Une gestionnaire a même fait le lien avec le concept de coût-avantage :

« Pis le coût, même de temps de préparation, moi je le relis directement à la personne. Il y a des individus, ils appliquent la recette et c'est toujours le même groupe qui répète. Il ne demande pas le même temps de préparation que celui que c'est la première fois qu'il va le faire pis celui qui est insécure face à l'animation parce qu'il est plus à l'aise en individuel, lui va me coûter plus cher, en temps de préparation. Mais ceux qui sont des vedettes nées animateurs, pis on en a, on a les deux. Fak, on a les deux en opposition. Fak ceux-là, ils ne me coûtent pas cher. Avec eux autres, tu fais un bénéfice. Mais, ça compense pour celui qui nous coûte plus cher, parce que lui, faut tu lui donnes plus de temps, plus stressé, plus nerveux, moins à l'aise. Fak moi, je le vois comme ça, dans mon analyse de gestionnaire. » (Gest.)

La solution idéale serait d'être en mesure de donner le choix aux cliniciens de faire de l'animation de groupe ou non selon leur intérêt.

« Pis dans un monde idéal, dans les conditions optimales, ça serait d'avoir, de pouvoir offrir à des champions, dire « Toi, c'est tu quelque chose qui t'intéresse? » Parce que quand t'es intéressé pis intéressant, ben ton coût-bénéfice est gagnant. Alors que quand t'imposes de faire du groupe à un employé qui lui « Ehhh » fige, ben là, c'est comme de faire des présentations en avant à la classe, ce n'est pas tout le monde qui était très à l'aise. » (Gest.)

Les usagers ayant participé aux entrevues ont tous été satisfaits de l'animation des groupes par les intervenants comme l'a mentionné cet usager :

*« Comment avez-vous trouvé l'animation des groupes par les professionnels? »
« Génial. Vraiment, les animatrices qui sont là sont bien compétentes et font sortir bien des bonnes choses des gens qui participent au groupe. » (Usager 2)*

Selon les propos recueillis lors des groupes de discussion, les compétences des cliniciens en animation sont variables.

❖ **Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants**

Ce concept s'explique par le fait que les professionnels réalisant des interventions de groupe ainsi que leurs collègues qui réfèrent des usagers au groupe reconnaissent les bienfaits de ces interventions.

Pour qu'une intervention de groupe fonctionne, il est primordial que les cliniciens organisateurs croient en leurs bénéfiques.

*« Pis dans d'autres facilitateurs, aussi, il y aurait, ben qu'on y croit, je pense, hein? »
(Clin. ph. 3)*

Il est primordial que leurs collègues adhèrent également.

« Le fait que les collègues y croient à ce groupe-là, même ceux qui ne l'animent pas ou qui ne sont pas directement impliqués, c'est sûr que c'est déterminant parce que, en quelque sorte, on veut qu'ils soient un peu tous porteurs d'un message que le groupe pourrait être pertinent, qu'ils puissent identifier des patients, les référer. Donc faut que nos collègues y croient, qu'ils soient prêts – des fois – à déranger leur propre confort dans leur horaire pour laisser un patient aller alors qu'ils auraient voulu le prendre à cette plage-là. » (Clin. ph. 2)

Cette idée rejoint l'élément « reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants » au sens que l'offre de groupe doit être concertée et impliquer tous les intervenants d'un programme.

« Ben ça dépend du groupe. Il y a des groupes pour lesquels on sent qu'il y a plein d'intervenants qui n'y croient pas et qui trouvent que c'est inutile et que c'est juste du remplissage de temps. (...) Pis il y a d'autres groupes qui font un petit peu plus l'unanimité. Pis qu'est-ce qui fait que l'un est peut-être plus investi par l'ensemble des intervenants qu'un autre, je ne sais pas trop, mais des fois, je pense que c'est l'information à la base. Je pense que c'est ça qui peut faire une différence. » (Clin. ph. 2)

L'idée que cet élément comprenne aussi les collègues a émergé de l'analyse des groupes de discussion. Cette nuance n'avait pas été spécifiée dans le questionnaire. C'est une nuance qui vaut la peine d'être mentionnée, car c'est une chose que les intervenants responsables ou animant le groupe reconnaissent les bienfaits du groupe, mais si les collègues n'adhèrent pas à l'idée, ils ne référeront pas d'usagers.

La reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les cliniciens et leurs collègues est considérée comme un facilitateur à leur mise en œuvre.

5.2.3.5 Tendances des éléments : facilitateurs ou obstacles

Le tableau XVI permet de mettre en relief la tendance envers le concept de facilitateur ou d'obstacle des différents éléments selon leur provenance (quantitative ou qualitative). Les éléments facilitateurs y sont représentés en vert, les éléments perçus comme des obstacles en orange et les éléments pouvant être l'un ou l'autre sont en gris. Il est à noter que ce tableau ne tient pas compte de l'importance accordée à chaque élément. Cet aspect sera plutôt abordé en discussion.

Tableau XVI : Tendances perçues des éléments selon les données quantitatives et qualitatives - facilitateur ou obstacle

Éléments classés selon le modèle CFIR (total 24)	Quantitatif	Qualitatif
1- Caractéristiques de l'intervention (9)		
Temps requis (réflexion + préparation)		Obstacle
Accès à des locaux et matériel	Facilitateur > obstacle	Facilitateur ou obstacle
Disponibilité du personnel de soutien	Facilitateur > obstacle	Facilitateur
Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire)	Obstacle	Obstacle
Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers	Facilitateur > obstacle	Obstacle
Homogénéité des objectifs de réadaptation	Facilitateur > obstacle	
Potentiel d'influence entre les participants	Facilitateur	Facilitateur
Évaluation des interventions de groupe		Facilitateur
Présence des proches dans les groupes		Obstacle ou facilitateur
2- Contexte organisationnel (8)		
Masse critique d'usagers		Obstacle
Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe	Facilitateur	Facilitateur
Gestion des statistiques	Obstacle	Obstacle
Gestion des dossiers (notes au dossier)	Obstacle	Obstacle
Assiduité des usagers	Obstacle	
Capacité d'observation de la progression de chacun des usagers	Obstacle	Obstacle
Présence de plusieurs langues parmi les usagers		Obstacle
Mesures de prévention des infections		Obstacle
3- Contexte local (5)		
Soutien des supérieurs immédiats	Facilitateur	Facilitateur
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation	Facilitateur	Facilitateur
Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique	Facilitateur	Facilitateur
Cibles d'intensité de traitement à atteindre	Obstacle > facilitateur	Facilitateur
Choix des critères de sélection des participants		Facilitateur
4- Caractéristiques des individus (2)		
Compétence des professionnels en animation de groupe	Facilitateur	Obstacle
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants	Facilitateur	Facilitateur

5.3 Résultats reliés à l'impact perçu des interventions de groupe sur la qualité des soins et services, les coûts et l'atteinte des objectifs

5.3.1 Énoncés

Cette section comprend les résultats liés au deuxième objectif de cette étude, celui sur l'impact perçu de l'utilisation d'interventions de groupe sur la qualité des soins et services, les coûts et l'atteinte des objectifs. Le tableau suivant présente les résultats des réponses aux énoncés du questionnaire.

Tableau XVII : Opinion à l'égard des aspects reliés à la qualité des soins, aux coûts et à l'atteinte des objectifs : répartition selon les phases et valeurs p (n=162)

Qualité	Phase 2 n=52		Phase 3 n=95		Valeur p (phases 2 vs 3)	Totalité n=162	
	A (%)	D (%)	A (%)	D (%)		A (%)	D (%)
En tant que professionnel, j'estime que les interventions de groupe diminuent la qualité des soins que j'offre à mes usagers.	18 (35%)	34 (65%)	17 (18%)	78 (82%)	0,023	37 (23%)	125 (77%)
Les interventions de groupe sont sécuritaires.	50 96%	2 (4%)	87 (92%)	8 (8%)	0,292	150 (93%)	13 (7%)
Les interventions de groupe ne posent pas de problème éthique auprès des usagers.	43 (83%)	9 (17%)	80 (84%)	15 (16%)	0,812	133 (82%)	29 (18%)
Les interventions de groupe sont offertes pour des raisons financières.	21 (40%)	31 (60%)	33 (35%)	62 (65%)	0,497	59 (36%)	103 (64%)
Les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles.	25 (48%)	27 (52%)	64 (67%)	31 (33%)	0,022	97 (60%)	65 (40%)

Note : les calculs n'ont pas été faits pour les répondants travaillant à la fois en phase 2 et 3 (n=15).

Deux des énoncés présentent une proportion d'accord plus grande que 80%. Ainsi, 93% des répondants sont en accord avec « Les interventions de groupe sont sécuritaires » et

82% avec « Les interventions de groupe ne posent pas de problème éthique auprès des usagers ». Une plus petite proportion de répondants, soit 77%, est en désaccord avec l'énoncé « En tant que professionnel, j'estime que les interventions de groupe diminuent la qualité des soins que j'offre à mes usagers ». De plus, seulement 64% sont en désaccord avec « Les interventions de groupe sont offertes pour des raisons financières » et 60% en accord avec « Les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles ».

L'écart entre l'accord des répondants travaillant en phase 2 et ceux travaillant en phase 3 diffère de façon significative pour les deux énoncés suivants : « Les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles » et « En tant que professionnel, j'estime que les interventions de groupe diminuent la qualité des soins que j'offre à mes usagers ».

5.3.2 Résultats qualitatifs

Les résultats qualitatifs liés au deuxième objectif sont présentés dans l'ordre suivant : la qualité, les coûts et l'atteinte des objectifs.

5.3.2.1 Qualité

Niveau de l'interaction ponctuelle

En plus de l'importance de bien transmettre l'information entre l'intervenant responsable et celui qui réalise les groupes, un aspect qui est ressorti des groupes de discussion en lien avec la **sécurité** est le ratio intervenants-usagers particulièrement lors des interventions liées à la mobilité où il y a un plus grand risque de chutes.

« Moi, je pense, si on parle d'un aspect plus moteur, il y a toujours un enjeu de sécurité, du ratio. Qu'est-ce qui est acceptable pour assurer la sécurité de l'utilisateur, en lien avec la tâche demandée? On l'a dit, il y a un effet de groupe qui est très intéressant, c'est que les gens se poussent. Ils voient les autres faire. Ça a du pour. Ça a des risques, aussi, donc...» (Gest.)

« Mais est-ce que ça vaut vraiment la peine, si ça nous demande d'avoir 6 ou 7 intervenants pour assurer la sécurité physique? Des fois, on ne les a pas non plus ces ressources-là, en termes de personnel. » (Gest.)

Les perceptions sont partagées en ce qui a trait à l'augmentation du risque de chutes en contexte d'interventions de groupe.

« Moi, en fait, je ne vois pas de différence entre les notions de sécurité qu'on a besoin quand on travaille en individuel et quand on travaille en groupe. C'est la même chose. » (Clin. ph. 3)

« Moi, ça m'a déjà été soulevé. « Je n'anime pas ce groupe-là seule, parce que j'ai une crainte qu'il y ait des réactions, qu'on doive sortir avec un usager et là, laisser les usagers sans supervision pourrait être à risque. » » (Gest.)

« Il y a le cocktail "ratio d'intervenants inférieurs et excitation du patient". Des fois, ils sont comme plus excités. Moi, je n'ai pas de statistiques là-dessus, mais je suis pas mal sûre que dans les groupes ergo, il y a beaucoup plus de chutes dans les groupes. » (Clin. ph. 2)

Lorsque l'on a demandé aux usagers s'ils trouvaient que les interventions de groupe comportaient plus de risques en ce qui a trait à la sécurité, deux d'entre eux ont répondu qu'ils n'y voient pas plus de risques. Voici le commentaire d'une d'entre elles illustrant comment la sécurité ne semble pas être un enjeu. Les deux autres n'avaient pas bien saisi le sens de la question.

« Ah non, ils étaient 3 pis on était 4...3 ou 4. Maximum 5. Il n'y avait pas de danger de... Pis on était dans une salle assez... Elle n'était pas tellement grande puis on était tous les uns à côté des autres. Non. Je n'ai même pas pensé à ça, moi. » (Usager 4)

Il a également été relevé que les interventions de groupe ne permettent pas d'offrir un service aussi adapté à chaque usager (justesse), ce qui peut donner l'impression d'offrir une qualité moindre. Ces exemples illustrent cette idée :

« Mais c'est sûr que disons, en traitement individuel, si on veut améliorer l'équilibre, ben mon patient, si je suis en individuel avec lui, je vais pouvoir l'amener à un niveau de déséquilibre. Je vais pouvoir travailler à un niveau supérieur que si je sais que je ne pourrai pas être dans une zone où j'ai accès à mon client, parce que j'en ai 6 qui

font les mêmes exercices d'équilibre, c'est sûr que le niveau de l'exercice va être plus facile, donc je vais travailler de façon moins optimale, moins efficace pour cet objectif-là. » (Clin. ph. 2)

Pour ce qui est de l'impression des usagers sur l'impact des interventions de groupe sur la qualité en général, deux ont affirmé ne pas y voir de lien et deux sont d'avis que cela augmente son impact.

En ce qui a trait à la **qualité interpersonnelle**, il a été rapporté qu'il peut être plus difficile d'entrer en relation lors des interventions de groupe.

« Les sessions d'information, mettons, tu faisais ça individuellement. Tu t'assures de la compréhension de la personne, tu peux répéter, tu peux reformuler. Tu es certain qu'il est à ton rythme. Tandis que là, la session d'information, tu la donnes à tout le monde et s'il ne comprend pas, ben tu ne le sauras pas. Pis la même chose, les groupes ergo à l'interne, si ses objectifs, c'est de faire les transferts, pis là, ben tu sais, on travaille les transferts en général, mais ce n'est pas dans son contexte à lui, ce n'est pas individualisé. » (Clin. ph. 2)

D'un point de vue de la communication, il a été spécifié que l'utilisateur doit être bien informé de ses options afin de pouvoir donner un consentement éclairé. Ces réponses ont été données lorsque les aspects éthiques ont été abordés.

« Non, mais il y a quelque chose de très important : bien informer le patient de quoi il s'agit. C'est quoi le groupe? Qu'est-ce qu'on va faire durant ce groupe-là? Puis donner la liberté, parce qu'il y a des patients qui acceptent, des patients qui refusent. » (Clin. ph. 2)

« Oui, c'est très important de bien décrire c'est quoi le groupe? Qu'est-ce qu'on fait? Qu'est-ce qu'on vise? Est-ce que vous acceptez d'y participer ou non? » (Clin. ph. 2)

Toujours en lien avec les aspects éthiques, il a également été souligné que le respect de la confidentialité doit être conservé en contexte de groupe peu importe le type de groupe.

« Donc là, ça ouvre...Pis on peut pas leur demander d'être professionnels, mais ça demande une grande grande vigilance, au niveau de la confidentialité, je trouve. Pis

selon mes groupes, marcher, c'est pas la même chose que les groupes où on ventile... » (Gest.)

« C'était un enjeu. Les gens entre eux... On peut demander à un professionnel de respecter la confidentialité. Mais un pair...à un participant... c'est pas évident... » (Gest.)

Niveau de l'épisode de soins

La complémentarité permet une plus grande globalité dans les soins. Plusieurs participants ont spécifié que les interventions de groupe doivent être offertes en complémentarité aux interventions individuelles. Voici quelques exemples parmi d'autres qui expriment cette idée:

« Mais c'est sûr que l'idéal, comme j'ai dit, est que le patient a vraiment et ses thérapies individuelles, et ses thérapies de groupe, ça c'est l'idéal dans le meilleur monde. » (Clin. ph. 2)

« Alors pour moi, je trouve que oui, c'est bénéfique les groupes. Mais toujours, je dis, en complémentarité avec les traitements individuels. » (Clin. ph. 2)

« Il y a une plus-value si c'est ajouté aux exercices individuels. Si c'est là pour remplacer, par contre, c'est-à-dire, si parce qu'on offre des séances de groupe, on enlève de l'individuel, à ce moment-là, on ne va pas nécessairement chercher une amélioration de la qualité des services. » (Clin. ph. 2)

Cette remarque concerne plus spécifiquement une discipline, soit l'orthophonie :

« C'est sûr que moi, en orthophonie, c'est essentiel le groupe, parce que travailler la communication à deux puis généraliser avec plusieurs interlocuteurs, ça va de soi. Mais, faudrait pas penser non plus qu'uniquement le groupe permettrait de travailler les objectifs des clients. » (Clin. ph. 3)

Lors des groupes de discussion, plusieurs participants ont attiré l'attention sur l'existence d'une **valeur ajoutée** à réaliser des interventions de groupe. Ils croient qu'avec le groupe, il est possible d'aller chercher des gains que l'on ne peut trouver en individuel.

*« L'intervention individuelle est nécessaire, mais le groupe, c'est toujours un plus. »
(Clin. ph. 3)*

« Pis aussi, en ergo, il y a des choses que tu peux aller chercher en groupe que tu ne pourras pas aller chercher en individuel, comme l'attention partagée, l'aspect social. » (Clin. ph. 2)

*« Mais je considère que, sur le plan psychosocial, d'avoir une intervention psychosociale de groupe, il y a plein d'avantages, je ne vais pas tous les énumérer. »
(Clin. ph. 3)*

De plus, le contexte de groupe se rapproche davantage des situations réelles de la vie courante.

« Il ne fait pas sa petite affaire, concentré tout seul, dans un monde parfait. Il va apprendre « Ben là, il y a quelqu'un d'autre à côté de moi, je suis distrait, pis, je suis-tu capable de le faire quand même? » Donc ça approche plus de la vraie vie, je trouve. » (Clin. ph. 3)

Cet intervenant donne un exemple où il est question d'un besoin plus spécifique, dans ce cas-ci la socialisation :

« Et le groupe permet d'augmenter la socialisation donc, ça vient atteindre un objectif fort intéressant. Et, ce que mentionnait, peut-être tantôt, le réseautage, quand tu te sens tout seul pis là, t'as l'occasion de rencontrer d'autres mondes avec qui tu développes une relation, ne serait-ce que d'amitié, ça brise en partie l'isolement pis on se retrouve. Oui, ça touche les objectifs. » (Clin. Ph. 3)

Parmi les bénéfices qui ont été nommés par les participants aux groupes de discussion se retrouvent les concepts de normalisation, d'autonomisation¹⁶ et de soutien des pairs. De par l'influence des autres participants, les interventions de groupe contribuent au phénomène de normalisation.

¹⁶ Définition de autonomisation (en anglais: empowerment): « Processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement. » Définition tirée du site de l'Office québécois de la langue française. (cité le 24 avril 2018) Disponible à : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948

« Souvent, les clients pensent que ce qu'ils vivent, c'est unique à eux. Pis d'entendre d'autres clients vivre des choses similaires, c'est vraiment normalisant et ça diminue la pression sur eux. » (Clin. ph. 3).

Cette influence peut être souhaitable :

« pour renforcer l'image de soi du client de façon positive. » (Clin. ph. 3)

Le soutien de pairs, partageant les mêmes difficultés, est perçu comme un aspect positif des interventions de groupe.

« ... mais recevoir du feedback de personnes pareilles à toi; pas juste des intervenants. Plus de gens comme, que, qu'ils considèrent égaux. » (Clin. ph. 3)

Voici la réponse d'une clinicienne à qui l'on a demandé si les interventions de groupe favorisaient le soutien entre usagers :

« Pour moi, définitivement oui, parce que les patients, ils se challengent entre eux, ils s'entraident, ils échangent. » (Clin. ph. 2)

De plus, les interventions de groupe offrent des possibilités de réseautage :

« Pis ce qu'on voyait aussi, c'est que ces gens-là, au-delà des groupes, en dehors des thérapies, ils mangent ensemble, ils sortent...Ils se font des amis et c'est souvent des liens qui vont se prolonger bien après la fin de la réadaptation. » (Gest.)

« Il y a des dynamiques qui se créent, qui peuvent perdurer. Des fois, c'est une des seules façons que ces gens-là se rencontrent. » (Clin. ph. 3)

De plus, les propos recueillis lors des entrevues avec les usagers confirment que les interventions de groupe ont favorisé le soutien entre usagers. Ces derniers ont également parlé du bien-être ressenti à échanger avec des personnes vivant les mêmes difficultés qu'eux.

« Dans la vie qu'on mène à l'extérieur d'ici, on est souvent les seuls à vivre notre réalité. Mais là, de vivre avec des gens qui vivent ça, il y a une solidarité qui s'installe

qui est automatique, je dirais. C'est bien, ça fait du bien de savoir qu'on n'est pas tout seul au monde malade dans tout ça. » (Usager 2)

« Ben, c'est parce que, aussi, t'as tout l'aspect du fait que tu n'es pas tout seul à vivre ça. Donc, ça donne un support additionnel, en dehors du milieu dans lequel vit la personne. Pis, ça fait sortir la personne de son milieu. Les personnes qui n'ont pas vraiment beaucoup d'activités ou...parce que le fait d'avoir la déficience visuelle ou auditive ou même quelqu'un qui a un problème ou un handicap quelconque, cette personne-là est en dehors un peu du réseau habituel de la vie... Donc le fait de sortir pis de rencontrer quelqu'un d'autre qui vit la même chose, ça permet des échanges pis ça fait du bien à la personne. » (Usager 1)

La notion d'autonomisation a aussi été nommée par certains professionnels qui constatent que certains usagers se responsabilisent davantage en contexte de groupe par rapport à leur réadaptation comparativement au contexte où ils sont seuls avec leur intervenant. Cet aspect a également été discuté sous l'élément « potentiel d'influence entre les participants » (section 5.2.3.1).

Niveau organisationnel ou systémique

Concernant le concept d'**accessibilité**, des interventions de groupe sont parfois offertes afin de permettre aux usagers d'avoir accès à des services au lieu d'être en attente. Elles sont offertes comme **mesures d'appoint** en attendant les interventions individuelles. Les commentaires recueillis concernant les différents aspects de cette offre sont présentés ici.

« Si on le regarde, effectivement, de l'angle de la gestion ou de l'administration, il y a de l'optimisation du temps. Mais, quand on combine les deux – et usagers et gestion – il y a aussi l'impact sur les délais d'attente et l'accès à nos services. Ça peut être un effet positif, de faire en sorte qu'on leur offre un service, avant le service individualisé, on l'offre en groupe. Fak ça dépend comment c'est installé. Ça l'a été comme ça chez nous pis ça fait que les gens n'attendent pas, ont accès rapidement à nos services pis après ça, on y va en approche personnalisée, si besoin. » (Gest.)

L'impression générale est que cette situation est acceptable si cela permet d'augmenter l'accessibilité aux soins. Pour certains, cette situation peut être perçue comme un compromis :

« Mais, au moins, pis des fois, je me console en me disant ça que: « Au moins, il sort de chez eux. Il vient, il socialise... ». Même si justement, tu ne vas pas cibler l'objectif parfait que tu pourrais faire à un individuel, donc...La qualité serait moindre, mais au moins, il sort de chez eux et il y a une certaine stimulation, il va un peu conserver ses acquis. » (Clin. ph. 2)

Il faut toutefois s'assurer que le service sur une base individuelle est bien offert s'il y a un besoin après l'offre de mesures d'appoint.

« Si ces interventions-là ne répondent pas à l'ensemble des besoins de l'utilisateur, il faut s'assurer de pouvoir lui offrir, par la suite, un service individuel. Hein, l'intervention de groupe ne répond pas à tous les besoins. Donc, s'il y a des interventions plus pointues, par rapport à l'utilisateur, et sur une base individuelle, ben il faut les donner. Donc, il faut s'assurer que le besoin de l'utilisateur, le service qui sera offert à l'utilisateur soit d'aussi bonne qualité que si on lui offrait au service individuel. Donc ça peut être une partie d'intervention de groupe jumelée à des interventions individuelles. Mais faut pas que l'intervention de groupe, pour X raisons, soit le type d'intervention proposée aux usagers, considérant qu'on est dans l'impossibilité de réaliser des interventions individuelles. » (Gest.)

De plus, en cas de mesures d'appoint, il peut y avoir un enjeu de sécurité si les évaluations ne sont pas complétées.

« Et ça préoccupe, des fois, ça préoccupe tout le monde et y'a des gens pour qui, d'offrir des interventions de groupe précoces, sans avoir fait déjà des évaluations professionnelles individuelles en plan d'équipe inter, fak des fois c'est long avant que tout le monde ait fait le tour. C'est soulevé souvent. Au niveau de la sécurité, est-ce qu'on offre des activités de groupe, après avoir bien évalué l'état de la personne ou ses capacités? À la fois pour cibler l'objectif pis la sécurité, aussi. Je pense à tout ce qui est plus mobilité, probablement. » (Gest.)

Lorsque les questions éthiques ont été abordées, il a été soulevé que le fait de n'offrir un service uniquement sous forme de groupe (sans interventions individuelles) n'est pas bien perçu et pose un problème d'ordre éthique.

« Moi j'ai vu des gens en physio, dans d'autres établissements qui ne desservent que par des modalités de groupe, pour des raisons financières, de toute évidence. Mais, c'est vrai qu'au niveau de l'éthique, c'est questionnant. » (Gest.)

En guise d'explication, cet exemple d'offre unique d'interventions de groupe crée une lacune sur le plan de la justesse ce qui amène des questionnements éthiques en termes de **globalité** au niveau organisationnel.

À l'opposé, lorsqu'une offre de groupe ne peut être offerte à un usager qui en aurait besoin, l'accessibilité au niveau organisationnel est déficiente amenant aussi une préoccupation d'ordre éthique. Au plan de l'épisode de soins, c'est la globalité qui est déficiente. Ces deux lacunes peuvent soulever des questionnements éthiques en termes d'équité notamment.

« Non, lui, il n'a aucuns soins, parce qu'il ne rentre pas dans les groupes ». Ça, au niveau éthique, je me pose beaucoup de questions envers ça. » (Clin. ph. 3)

« Les groupes, par exemple, de stimulation en neuromusculaire, les groupes cardio, les groupes qui sont très populaires pour les patients, ben il y a quand même des limitations. C'est quatre ou cinq ou six patients. Fak des fois le patient, dans sa durée de séjour, il n'aura pas accès – pas parce qu'il ne serait pas un bon candidat –, mais parce que le groupe est plein, présentement. Donc, ça va aller dans, je ne sais pas, un quatre à six semaines pis à ce moment-là, le patient a eu son congé. Donc, ça c'est sûr que ça nous chicote toujours un peu, au niveau éthique. Il aurait pu bénéficier pis il n'a pas le droit. » (Clin. ph.2)

Parmi les bénéfices des interventions de groupe d'ordre organisationnel, il arrive que certains professionnels plus « rares » ne soient pas en nombre suffisant pour rejoindre tous les candidats potentiels. Dans ce cas, l'intervention de groupe peut permettre à plusieurs personnes d'avoir accès à ce professionnel tel que mentionné par cette gestionnaire :

« Pis imaginez que c'est un professionnel, qu'on a en plus petit nombre, exemple un psychologue ou un neuropsychologue qui participerait à un groupe, ben on vient, par un moment x, rejoindre plusieurs clients. Pis ça va permettre de sortir du lot ceux qui ont besoin de suivi individuel non répondu par le groupe, mais on vient de donner accès à un professionnel rare... » (Gest.)

L'accessibilité à des services spécialisés est dans ce cas augmentée par les interventions de groupe. De plus, le groupe peut donner la possibilité d'offrir certaines activités qui ne pourraient être offertes en individuel, comme l'explique cette clinicienne :

« Pis j'ajouterais que, si j'y vais avec des expériences de groupe que j'ai actuellement – yoga adapté et méditation pleine conscience – parce qu'on est des intervenants qui avons développé une expertise là-dedans, on offre ces outils-là à des patients qui ne seraient pas offerts, autrement. S'il n'y avait pas le groupe de yoga adapté, il n'y a personne qui ferait du yoga ici. S'il n'y avait pas le groupe de pleine conscience, il n'y a pas beaucoup de patients qui seraient appelés à en faire avec leur psy. Donc, ça permet d'ajouter, ça permet d'intervenir sous des angles que...avec des approches qui n'existeraient pas, autrement, en individuel. » (Clin. ph. 2)

Ceci est un exemple d'une plus grande globalité des soins au niveau organisationnel.

5.3.2.2 Coûts

L'impression qui ressort des discussions concernant la qualité des soins est que les interventions de groupe ne devraient pas être offertes seulement pour réduire les coûts, car cela soulève des enjeux éthiques.

« Moi la seule question éthique, c'est quand qu'on l'impose comme étant une mesure d'efficacité¹⁷ et non pas une mesure de besoin du client-là, tu sais... » (Clin. ph. 3)

Lorsque c'est le cas, cela affecte le niveau de qualité perçue.

« Si on fait du groupe pour faire du groupe, pour juste être efficient, je pense que la qualité du service prend le bord. » (Clin. ph. 3)

Autrement dit, pour que le service soit considéré comme étant de qualité, les interventions de groupe devraient être offertes pour les bénéfices que l'on en tire et non uniquement pour en réduire les coûts. Les avis sont d'ailleurs partagés concernant une réelle réduction de coûts.

¹⁷ Cette clinicienne parlait ici du concept d'« efficience ».

« ...parce que souvent, ça devient pas nécessairement payant, ni pour l'utilisateur, ni pour l'intervenant, parce qu'il faut qu'il fasse presque du 1-1 pour assurer la sécurité. » (Gest.)

« Quand ça fait un bout de temps que tu roules ton groupe, pis que ça fait longtemps que ton matériel est préparé pis que t'as l'habitude, là je pense que ça pourrait devenir rentable. » (Clin. ph. 3)

Les interventions de groupe ne devraient pas être offertes uniquement pour diminuer les coûts, car ce n'est pas certain que ça soit réellement le cas.

« On ne devrait jamais voir le groupe pour une réduction des coûts. On parlait tantôt, tout le monde a parlé de comment on prépare le groupe, le temps qu'on met dedans. Dans le fond, le temps de préparer un groupe, le temps de réfléchir sur ce qui s'est passé en groupe, le temps, le temps...C'est autant de temps que de voir les gens en individuel. » (Clin. ph. 3)

Le rapport coût-avantage est meilleur lorsque les cliniciens réalisant le groupe ont un certain intérêt ou talent.

« Pis le coût, même de temps de préparation, moi je le relie directement à la personne. Il y a des individus, ils appliquent la recette et c'est toujours le même groupe qui répète. Ils ne demandent pas le même temps de préparation que celui que c'est la première fois qu'il va le faire pis celui qui est insécure face à l'animation parce qu'il est plus à l'aise en individuel, lui va me coûter plus cher, en temps de préparation. Mais ceux qui sont des vedettes nées animateurs, pis on en a, on a les deux. Fak, on a les deux en opposition. Fak ceux-là, ils ne me coûtent pas cher. Avec eux autres, tu fais un bénéfice. Mais, ça compense pour celui qui nous coûte plus cher, parce que lui, faut tu lui donnes plus de temps, plus stressé, plus nerveux, moins à l'aise. Fak moi, je le vois comme ça, dans mon analyse de gestionnaire. » (Gest.)

Les interventions de groupe devraient être utilisées pour leurs bénéfices et non seulement pour réduire les coûts.

« C'est tu plus rentable, ou pas rentable un groupe? » Ben, peut-être que ça coûte plus cher, parce qu'il y a de la préparation à faire. Peut-être qu'il faut quand même que tu fasses de l'individuel, parce que le groupe ne couvre pas tout, mais le groupe apporte plein de choses, point. C'est tout. » (Clin. ph. 3)

Ces bénéfices sont difficiles à mesurer :

« Dans le fond, c'est parce que, si on calcule un coût, c'est qu'on veut mesurer quelque chose puis on va mesurer ce qui est mesurable et il y a plein de choses qui ne sont pas mesurables. Dans un groupe, il y a plein de choses qui ne sont pas mesurables sur le long terme, sur l'après-réadaptation, sur... » (Clin. ph. 3)

Les cliniciens travaillant en phase 2 ont clairement fait valoir lors du groupe de discussion que la question des coûts ne les intéressait pas.

5.3.2.3 Atteinte des objectifs

L'impression générale qui s'est dégagée du concept d'efficacité est que les interventions de groupe sont perçues comme étant efficaces si elles visent les bons objectifs. Voici quelques réponses à la question suivante: trouvez-vous que les interventions de groupe sont efficaces?

« Si elles sont bien ciblées et réfléchies, oui. » (Gest.) (avec appui unanime des autres membres de ce groupe)

« Faut pas que ça soit juste une bonne idée d'intervention de groupe, il faut que ça corresponde aux besoins des usagers. » (Gest.)

« Ça a des impacts positifs l'intervention de groupe, mais il faut que ça corresponde à un besoin. » (Gest.)

Ces gestionnaires étaient d'avis que les interventions de groupe doivent répondre aux besoins des usagers. Il ne faut donc pas inscrire un usager à une intervention de groupe seulement pour combler les places, mais pour répondre à ses besoins.

« Vous parliez tantôt que ça soit dans le plan d'intervention du client. Il ne faut pas référer un client parce que l'offre existe, il faut qu'elle corresponde à un besoin du client. Ça, ce n'est pas toujours compris et en même temps, il y a le petit stress de l'intervenant qui veut combler les places dans son groupe ». (Gest.)

Les gestionnaires ont émis une volonté d'efficience dans les services en ce qui a trait à la modalité d'intervention. Plusieurs commentaires le laissent entendre :

« C'est sûr qu'un bon groupe, ça vise aussi l'efficience par rapport aux ressources humaines. » (Gest.)

En plus d'améliorer l'efficience, il est mentionné qu'avec les mêmes ressources, les interventions de groupe permettent de desservir davantage d'utilisateurs (plus grande productivité) et ainsi augmenter l'offre de services. Elles permettent ainsi d'accroître l'accessibilité des services au niveau organisationnel.

« Ben, il est clair que si on répond aux besoins d'un groupe d'individus au même moment, ben ça nous permet de desservir plusieurs utilisateurs dans un nombre x d'heures, plutôt que de les servir individuellement. Donc sur le plan financier, on arrive à répondre davantage aux besoins. » (Gest.)

La satisfaction des utilisateurs a été brièvement abordée sous l'élément « intérêt des utilisateurs pour l'intervention de groupe » dans la section des résultats sur la perception à l'égard des éléments influençant la tenue des interventions de groupe (p.84).

CHAPITRE 6 DISCUSSION

6.1 Résumé des principaux résultats

Cette étude comportait deux objectifs principaux, le premier visait à explorer les éléments influençant la tenue des interventions de groupe et le deuxième les aspects liés à la qualité, aux coûts et à l'atteinte des objectifs.

En ce qui a trait au premier objectif, l'étude a permis de mieux comprendre les éléments qui avaient été proposés et d'en faire émerger de nouveaux. Les principaux facilitateurs, ceux pour lesquels les résultats quantitatifs et qualitatifs convergent et dont l'importance a été démontrée par les répondants, se sont avérés être l'« intérêt des usagers », le « potentiel d'influence entre les participants » et la « reconnaissance de la valeur des interventions de groupe » par l'organisation et par les intervenants. Le principal obstacle relevé est le « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers ». Certains éléments émergents perçus comme des obstacles ont fait l'objet d'insistance lors des groupes de discussion tels que le « temps requis » pour la réflexion et la préparation des interventions de groupe ainsi que la « masse critique d'usagers » qui est souvent insuffisante pour former des groupes. L'« accès à des locaux et du matériel » adéquats est aussi déterminant et ce, autant comme facilitateur que comme obstacle. La « disponibilité du personnel de soutien » a été priorisée uniquement par les personnes travaillant en phase 2 autant comme facilitateur qu'obstacle.

Concernant le deuxième objectif, les interventions de groupe sont perçues par la majorité des répondants comme étant sécuritaires. Ils sont d'avis qu'elles devraient être offertes pour les bénéfices que l'on en tire plutôt que pour des motifs financiers et être en lien avec l'atteinte des objectifs de réadaptation des usagers. Toutefois, ils sont aussi d'avis que celles-ci ne peuvent remplacer les interventions individuelles. Les interventions de groupe doivent rester complémentaires à celles-ci. L'offre d'interventions de groupe en mesure d'appoint est perçue comme étant acceptable, car cela permet d'augmenter

l'accès aux soins.

6.2 Éléments influençant la tenue des interventions de groupe

Avec l'analyse statistique du questionnaire, une première représentation des éléments ayant une importance aux yeux des répondants a pu être aperçue. Tel qu'indiqué dans le tableau IV, les éléments suivants ont été priorisés par l'ensemble des participants qu'ils soient cliniciens (principalement) ou gestionnaires: l'« intérêt des usagers pour l'intervention de groupe », l'« accès à des locaux et matériel » et le « potentiel d'influence entre les participants » pour les facilitateurs et le « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers », l'« accès à des locaux et matériel » et l'« assiduité des usagers » pour les obstacles.

Les données qualitatives ont permis de confirmer quels éléments influençaient positivement (facilitateurs) ou négativement (obstacles) les interventions de groupe. Ces données ont aussi permis d'approfondir la compréhension de ces mêmes éléments. Ils sont abordés en discussion qui a été subdivisée en quatre sous-sections: les facilitateurs, les obstacles, les éléments pouvant être l'un ou l'autre, les éléments où il n'y a pas eu de convergence.

6.2.1 Éléments influençant de façon positive la tenue des interventions de groupe : FACILITATEURS

Une **convergence** certaine entre les données quantitatives et qualitatives est observée pour les éléments facilitateurs suivants: l'« intérêt des usagers pour l'intervention de groupe », le « potentiel d'influence entre les participants », le « soutien des supérieurs immédiats », la « reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation », le « mode d'intervention habituel du programme » et la « reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants ».

Les deux premiers éléments, soit l' « intérêt des usagers pour l'intervention de groupe » et le « potentiel d'influence entre les participants », avaient de plus été classés parmi les plus importants lors de la priorisation (tableau XV).

L'énoncé du questionnaire qui stipule que 88% des répondants ne sont pas d'accord avec le fait que les usagers n'aiment pas les interventions de groupe vient appuyer la perception des cliniciens et gestionnaires au sujet de l'intérêt des usagers. Les propos recueillis lors des groupes de discussion confirment également que les usagers aiment participer aux interventions de groupe. Il n'est donc pas surprenant de constater que l' « intérêt des usagers pour l'intervention de groupe » est le premier élément priorisé comme facilitateur par les répondants du questionnaire.

En plus d'être perçu comme un facilitateur par les participants aux groupes de discussion, le « potentiel d'influence entre les participants » peut même tenir lieu de motivation à réaliser des interventions de groupe. C'est l'élément qui a été choisi le plus de fois comme facilitateur par les répondants du questionnaire (tableau XIV).

D'ailleurs, plusieurs bénéfices des interventions de groupe relevés dans la recension sont directement reliés à ce potentiel d'influence. Ainsi, la socialisation, le partage d'expériences, l'apprentissage par les pairs et la diminution du sentiment d'isolement constituent des bénéfices provenant de l'influence entre les participants à un groupe. En groupe de discussion, il a été mentionné par un clinicien et un gestionnaire qu'un message a plus d'impact lorsqu'il est émis par un pair que par un thérapeute, ce qu'avaient également rapporté certains auteurs (31, 32).

Malgré qu'il n'ait pas été priorisé par les répondants du questionnaire (tableau XV), l'élément « reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation » fait partie des éléments discutés les plus en profondeur et ayant reçu le plus d'insistance lors des groupes de discussion. C'est que c'est sous cet élément qu'a été classifié l'aspect positif d'une offre de groupe concertée (ou d'une structure de programme)

comparativement aux initiatives individuelles. C'est un aspect qui a mobilisé les discussions, mais qui ne pouvait être saisi dans le questionnaire. Le message à retenir de ces propos est qu'une offre concertée d'intervention de groupe prend mieux en compte les besoins des usagers et a moins tendance à s'effondrer en période de turbulence ou lorsque la personne responsable vient à quitter.

Pour ce qui est du « contexte historique », autant du côté quantitatif que qualitatif, il est ressorti comme élément facilitant. En effet, il été choisi davantage comme facilitateur qu'obstacle et les exemples discutés lors des groupes de discussion démontraient aussi des situations où le contexte était un facilitateur. Il est à noter que le contexte aurait aussi pu être un obstacle dans le sens qu'il est plus difficile d'instaurer des groupes dans un contexte où ce n'est pas habituel, mais ce ne fut pas le cas.

Les éléments émergents suivants sont aussi considérés comme des éléments facilitants par les répondants aux groupes de discussion: le « choix des critères de sélection des participants » et l' « évaluation des interventions de groupe ».

Concernant le « choix des critères de sélection des participants », la sélection des usagers est habituellement réalisée par les intervenants en charge. Ce sont eux qui font les références aux groupes offerts. Les répondants au questionnaire sont majoritairement d'avis (83%) que c'est effectivement aux professionnels de faire cette sélection.

Il y a une nette convergence entre le résultat de cet énoncé du questionnaire et les propos des groupes de discussion quant à la capacité de procéder à la sélection par les professionnels. De plus, ces propos laissent entendre que la sélection des usagers influence le déroulement des interventions de groupe et peut même avoir une incidence sur la sécurité. Le profil psychologique des usagers (ex.: impulsivité, état dépressif) doit aussi être considéré. D'ailleurs, certaines études de la recension avaient mentionné que

le profil cognitif et comportemental doit particulièrement être pris en compte avec les usagers ayant un TCC (15, 31, 36). De plus, lors d'activités liées à la mobilité, le choix des usagers peut aussi augmenter le risque de chutes en contexte de groupe. Le risque de chutes de chaque usager est ainsi pris en considération et le ratio intervenants-usagers peut être ajusté en conséquence selon les disponibilités du personnel (et lorsqu'applicable, d'un membre de la famille).

Il est intéressant de rapporter que le degré d'accord avec cet énoncé est significativement plus élevé chez les répondants travaillant en phase 2 comparativement à la totalité des répondants (tableau XIII). Ainsi, les intervenants travaillant en phase 2 croient plus fortement que c'est au professionnel que revient la décision de référer un usager à une intervention de groupe. Pour tenter d'expliquer cette tendance, les répondants travaillant en phase 2 ne proviennent pas des mêmes disciplines que ceux de la phase 3 (tableau IV). Par exemple, une plus grande proportion de physiothérapeutes et neuropsychologues y est représentée. Ces professionnels pourraient être appelés à faire preuve de plus d'autonomie que d'autres de niveau collégial, par exemple. Il est également possible que la fréquence et l'intensité des interventions habituellement plus élevées en phase 2 jouent un rôle, car le professionnel responsable est amené à voir l'utilisateur plus souvent et ainsi à mieux le connaître. De plus, la culture d'un milieu pourrait jouer un rôle et la phase 2 n'est offerte que dans deux des cinq centres. Peut-être que la culture de ces deux centres permet plus d'autonomie aux cliniciens.

L'évaluation continue des interventions de groupe est perçue comme un facilitateur même si cela est très peu fait en pratique. Selon les propos recueillis des groupes de discussion, il est possible de constater que les interventions de groupe sont peu documentées. Une appréciation de la satisfaction des usagers, du nombre de rapports d'incidents ou de l'atteinte des objectifs et même des coûts permettrait de mieux justifier le choix de ce mode d'intervention. Cela permettrait aussi de fournir des ajustements sur le contenu des activités réalisées ou leur niveau. De plus, lorsqu'un groupe cesse d'exister, les difficultés rencontrées ou les raisons de son arrêt ne sont pas

nécessairement relevées. Il a aussi été rapporté que l'existence de données probantes sur ces interventions fournirait des données aux gestionnaires et cliniciens sur lesquelles s'appuyer lors de leur réflexion.

6.2.2 Éléments influençant de façon négative la tenue des interventions de groupe : OBSTACLES

Une convergence est observée entre les données quantitatives et qualitatives pour les éléments suivants: le « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers », la « gestion des statistiques », la « gestion des dossiers » et la « capacité d'observation de la progression des usagers ».

Le seul de ces éléments qui avait été classé parmi les plus importants (tableau XV) est le « moment de rencontre convenant à plusieurs usagers », les trois autres n'ayant pas été priorisés par les répondants au questionnaire. Il faut souligner que cet élément a été celui qui a été le plus de fois sélectionné comme obstacle, avec une bonne avance (tableau XIV). Ces résultats convergent avec les propos extraits des groupes de discussion. Ceux-ci associent cet élément à un défi d'organisation. Il a été relevé que la nécessité de déplacement sur les plus grands territoires et l'âge des usagers augmentent la complexité de l'organisation des horaires des groupes.

Les résultats quantitatifs (priorisation) convergent aussi avec ceux de l'énoncé proposé dans le questionnaire, dans le sens que l'organisation comprend la notion d'horaire (trouver un moment de rencontre convenant à plusieurs usagers). 67% des répondants ont affirmé être d'accord avec le fait que les interventions de groupe sont difficiles à organiser.

D'ailleurs, ce sont les répondants travaillant en phase 2 qui sont le moins en accord avec cet énoncé, comparativement à ceux travaillant en phase 3. Cela semble logique, car en phase 2 les usagers sont normalement sur place. Pourtant, en phase 2, l'horaire des usagers est très chargé en raison des différentes séances de thérapie de plusieurs

disciplines (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie, service social) en plus des rendez-vous médicaux, ce qui réduit la disponibilité des usagers pour les groupes. À cette phase, cet aspect est aussi relié à la « disponibilité du personnel de soutien », car un préposé doit souvent aider à la préparation et au déplacement des usagers vers la salle de traitement.

En ce qui concerne la « gestion des statistiques », il a été rapporté par des cliniciens que le logiciel de compilation des heures de prestation de services (HPS) n'est pas conçu pour les interventions de groupe. En effet, les statistiques entrées dans le logiciel ne sont pas représentatives du temps réel de services reçus par l'utilisateur. Si un usager a été vu soixante minutes dans un groupe de six personnes, le temps total du groupe est divisé en six alors il est noté que l'utilisateur n'a reçu que dix minutes de services alors qu'il en a reçu soixante. Cette particularité n'est pas spécifique aux milieux concernés, mais à tous les centres de réadaptation du Québec. Ce problème devrait être rapporté à des instances pouvant se pencher sur cette question pour qu'il soit corrigé.

Pour les deux éléments suivants: la « gestion des dossiers » et la « capacité d'observation de la progression des usagers », le transfert d'informations entre l'intervenant responsable de l'utilisateur et celui ou ceux qui animent le groupe est primordial. D'autre part, cela avait aussi été nommé par les auteurs d'une des études recensées (15). Pour les notes écrites, les normes de tenue de dossiers des ordres professionnels demandent normalement aux cliniciens soit de tenir un dossier individualisé pour chaque usager participant au groupe ou un dossier unique pour l'ensemble du groupe. Il importe de bien se questionner sur la meilleure manière de rapporter l'intervention d'une façon qui permettra le suivi des interventions, qui répondra aux normes des ordres professionnels et qui sera réalisable dans le contexte du milieu (ex. : temps alloué, accès aux dossiers).

L'élément « capacité d'observation de la progression des usagers » par les intervenants ne concerne pas les dossiers écrits, mais plutôt l'aspect de la responsabilité professionnelle. Pour toutes sortes de raisons logistiques, l'intervenant animateur n'a

pas toujours le temps ni l'opportunité de prendre connaissance du dossier complet de l'utilisateur pour tous les participants du groupe avant chaque intervention. Pourtant, l'animateur doit avoir une connaissance suffisante de la condition de cet usager pour être en mesure de réaliser l'intervention en toute sécurité ainsi que d'être en conformité avec les exigences de son ordre professionnel, une difficulté soulevée par certains auteurs (41, 55).

Malgré que Cole mentionne que les interactions observées contribuent à la connaissance de la condition de l'utilisateur et au raisonnement clinique (39), le manque de connaissance fine des usagers qui peut arriver lors des interventions de groupe peut résulter en une difficulté d'assurer un suivi de la progression de l'utilisateur et constituer un enjeu de sécurité. Cette perception associe cet élément davantage à un obstacle. Ceci converge avec les résultats quantitatifs du questionnaire (tableau XIV).

Ces éléments émergents des groupes de discussion sont aussi perçus comme des obstacles: le « temps requis », la « masse critique d'utilisateurs », les « mesures de prévention des infections », la « présence de plus d'une langue parmi les utilisateurs ».

Le « temps requis » est, de tous les éléments influençant positivement ou négativement les interventions de groupe, celui qui a reçu le plus de commentaires et d'insistance de la part des répondants aux groupes de discussion, autant les cliniciens que les gestionnaires, presque tous en ont parlé.

La faible masse critique d'utilisateurs pouvant potentiellement participer aux interventions de groupe peut empêcher d'avoir assez de candidats pour offrir cette modalité. Ce phénomène, qui semble avoir augmenté au cours des dernières années pour différentes raisons telles que l'évolution de la clientèle, la diminution des accidents de la route, le retour au travail plus rapide des utilisateurs ayant eu un accident de travail et les durées de

séjour raccourcies, a très souvent été mentionné lors des trois groupes de discussion autant par les cliniciens que les gestionnaires.

Un point intéressant qui est ressorti de ces discussions est que si l'on étendait les critères de sélection pour accueillir des usagers de l'extérieur d'un programme, ceci contribuerait à augmenter la masse critique d'usagers susceptibles de participer à une offre de groupe. Par exemple, un groupe de dextérité fine pourrait ne pas être bénéfique qu'à des usagers ayant subi un accident vasculaire cérébral. L'offre pourrait être élargie à des usagers ayant subi un traumatisme crânien ou présentant une maladie évolutive. Bien entendu, de telles offres nécessiteraient une volonté de la part de plusieurs acteurs à travers les différents programmes et augmenteraient la complexité de l'organisation de ces interventions. Dans le contexte actuel, avec les durées de séjours plus courtes, les besoins des usagers restent les mêmes, alors une offre élargie et plus flexible semble être la voie de l'avenir afin que les services de réadaptation aient des effets positifs sur leur participation sociale.

Pour ce qui est des « mesures de prévention des infections », force est de constater que les procédures concernant la prévention des infections lors des interventions de groupe sont variables et souvent absentes. Malheureusement, cet aspect a été peu discuté, mais il existe dans les faits un manque de procédures claires concernant la prévention des infections en contexte d'interventions de groupe. La candidate peut en témoigner ayant travaillé plusieurs années comme physiothérapeute en réadaptation et ayant souvent conçu et organisé des interventions de groupe.

La participation même de l'utilisateur est souvent compromise et lorsque l'utilisateur y participe, le processus de désinfection est complexe et demande la contribution d'un préposé. Les lieux doivent aussi permettre que les usagers visés par les mesures d'isolement côtoient en toute sécurité les autres usagers qui ne font pas l'objet de ces mesures. Ceci signifie qu'ils doivent pouvoir être désinfectés avec les moyens sur place

(ex.: surfaces de plastique) et être suffisamment grands pour ne pas permettre de contact physique entre les usagers.

En l'absence de procédures claires, certains milieux acceptent de réaliser des groupes avec les usagers faisant l'objet de procédures de prévention des infections, alors que d'autres ne s'y aventurent pas en raison de ces risques. Souvent, la décision relève du bon vouloir des membres de l'équipe traitante et peut varier selon les circonstances (disponibilité des préposés, type de bactérie multirésistante). Dans toutes les études consultées pour ce mémoire, seule l'étude de Gelsomino et coll. a mentionné ces mesures (41). La plupart des centres participant à cette étude (quatre sur cinq) ne permettaient pas aux usagers ayant des mesures d'isolement de participer aux interventions de groupe.

Malheureusement, la présence de mesures de prévention des infections est souvent bien fréquente dans les milieux hospitaliers de réadaptation particulièrement en phase 2. Parfois, il ne s'agit que de mesures préventives qui sont levées après la tenue de tests de dépistage. Considérant que les séjours sont de plus en plus courts, lorsque les résultats négatifs des tests arrivent à l'unité de soins, l'équipe en est déjà à préparer le congé et il ne reste plus beaucoup d'opportunités pour l'utilisateur de participer à des interventions de groupe. Il apparaît donc évident que cet élément ait été perçu comme un obstacle à la tenue d'interventions de groupe.

La « présence de plus d'une langue parmi les usagers » peut compliquer l'organisation des groupes ou en restreindre l'accès à certains usagers. Montréal et ses environs comportant une proportion assez importante d'anglophones et d'allophones, il est fréquent de devoir former deux groupes, le plus souvent l'un en français et l'autre en anglais. Ceci est particulièrement valable pour les groupes qui ne visent pas les aptitudes motrices. Par exemple, pour les groupes de communication offerts en orthophonie, le groupe doit idéalement n'être réalisé que dans une langue à la fois. Cette contrainte rend

l'organisation des groupes encore plus complexe et restreint le nombre d'usagers avec qui il est possible de faire le jumelage.

Cette situation peut aussi amener la nécessité d'adapter le contenu pour qu'il soit bilingue. Ainsi, un groupe de dextérité ou d'équilibre pourrait être offert dans les deux langues, mais nécessite un ajustement de la part des intervenants. De plus, il arrive que certains usagers, provenant des minorités culturelles, ne comprennent pas la langue dans laquelle a lieu le groupe et ne puissent même pas participer.

Malgré qu'il n'ait pas été soulevé lors des groupes de discussion, l'élément « assiduité des usagers » a pourtant été classé troisième obstacle par la totalité des répondants du questionnaire et deuxième par les répondants travaillant en phase 3 lors de la priorisation (tableau XV). Il n'a pas été priorisé par les répondants travaillant en phase 2. Ceci semble cohérent, car les usagers sont habituellement toujours hospitalisés lors de cette phase et s'ajustent ainsi plus facilement à l'horaire établi. Cet horaire est déjà bâti en fonction des autres séances de traitement et il est plus facile de s'y conformer.

6.2.3 Éléments pouvant être FACILITATEURS ou OBSTACLES

D'après les résultats recueillis, certains éléments sont perçus soit comme facilitateurs soit comme obstacles selon le milieu ou la situation: l' « accès à des locaux et matériel », la « disponibilité du personnel de soutien » et la « présence des proches dans les groupes ».

L' « accès à des locaux et matériel » est le deuxième élément priorisé par la totalité des répondants au questionnaire à la fois comme facilitateur et comme obstacle. Selon les quelques commentaires tirés des groupes de discussion concernant les locaux, il y a peu de matière pour associer cet élément à un facilitateur ou un obstacle. (Un commentaire affirme que la disponibilité des locaux a une incidence sur le fait de pouvoir ou non faire des groupes et un deuxième sur la nécessité que les locaux soient accessibles.)

Même si l'élément « accès à des locaux et matériel » a été priorisé autant comme facilitateur qu'obstacle et qu'il soit difficile d'en faire ressortir une tendance positive ou négative, son importance n'est pas à discuter. 70,4% des répondants l'ont sélectionné comme élément influençant les interventions de groupe (positivement ou négativement), ce qui le place au deuxième rang (tableau XIV). De ce nombre, 43 répondants l'ont choisi comme facilitateur et 22 comme obstacle. 41 personnes l'ont même sélectionné à la fois comme facilitateur et comme obstacle.

Les éléments proposés dans le questionnaire n'étaient pas accompagnés d'une définition ni d'exemples. Les répondants auraient-ils interprété cela en termes d'accessibilité des locaux pour les usagers (ex.: espace, rampe d'accès, etc.)? Dans ce cas, ceci pourrait expliquer les points de vue opposés. Par exemple, il est en effet possible que les locaux soient difficiles à réserver, mais soient tout de même accessibles (accessibilité physique). La compréhension de l'élément ne semblant pas uniforme (ambiguïté du sens donné), ceci pourrait peut-être expliquer cette divergence.

Lors de l'élaboration des choix d'éléments du questionnaire, le choix avait été fait de laisser tous les éléments « neutres », c'est-à-dire, de telle façon que ce serait aux répondants de trancher et non à l'équipe de projet de le faire en orientant la décision. Par exemple, dans ce cas-ci, il était voulu de ne pas écrire « Facilité d'avoir accès à des locaux » ou « Difficulté d'avoir accès à des locaux » pour les interventions de groupe, mais ceci n'a pas été expliqué et pourrait avoir été mal interprété par certaines personnes.

La « disponibilité du personnel de soutien » a été priorisée à la fois comme facilitateur et obstacle par les répondants travaillant en phase 2 seulement. Elle n'avait pas été priorisée par la totalité des répondants ni les répondants en phase 3. Cela peut s'expliquer par le fait que les usagers ont un niveau fonctionnel moins élevé en phase 2 et que la présence d'une aide physique joue un rôle plus important.

Davantage de répondants ont sélectionné la « disponibilité du personnel de soutien » comme facilitateur plutôt qu'obstacle. Ceci est cohérent, car l'assistance d'un préposé ou d'un agent administratif peut clairement faciliter l'organisation et le déroulement des interventions de groupe. Il est difficile d'expliquer pourquoi certaines personnes ont priorisé et sélectionné cet élément comme obstacle. Il est possible que cela soit associé à la difficulté à obtenir de l'aide du personnel de soutien dans leur milieu. Comme cela est expliqué précédemment, les éléments proposés n'étaient pas définis, ce qui peut avoir mené à de mauvaises interprétations.

Pour ce qui est des groupes de discussion, la possibilité d'obtenir l'assistance du personnel de soutien, autant pour la partie logistique que physique, est clairement ressortie comme étant un facilitateur.

La « présence (d'un ou) des proches dans les groupes » peut être souhaitable en certaines occasions, donc agirait comme facilitateur. Par exemple, il peut arriver que la présence d'un membre de la famille soit demandée afin de fournir une assistance physique supplémentaire. Ceci peut même éviter de recourir à l'assistance d'un préposé supplémentaire. Il peut aussi arriver que la présence d'un ou des proches soit souhaitable afin qu'ils soient au fait des informations transmises, ce qui est particulièrement le cas lors des groupes éducatifs.

En contrepartie, le fait d'inviter les proches dans les groupes en complique l'organisation, ce qui est perçu comme un obstacle. Ceci avait aussi été rapporté par les auteurs de certaines études consultées (29, 56). À cet effet, ces auteurs stipulent qu'il est recommandé de laisser le choix à l'utilisateur d'être accompagné ou non lors de ces séances de groupe. Bien entendu, ce choix dépend également de l'objectif visé et de l'avis du professionnel.

6.2.4 Éléments faisant l'objet de perspectives opposées

Les éléments suivants présentaient des perspectives opposées entre les données quantitatives et qualitatives: la « compétence des professionnels en animation de groupe, l' « homogénéité » et les « cibles d'intensité de traitement à atteindre ».

Une réponse fortement positive a été obtenue en réponse à l'énoncé suivant concernant la « compétence des professionnels en animation de groupe ». En effet, 93% des répondants sont d'accord avec l'énoncé « En tant que professionnel, je me sens apte à mener des interventions de groupe ».

De plus, des 85 répondants du questionnaire (52% du total) ayant sélectionné l'élément « compétence des professionnels en animation de groupe » comme influençant la tenue des interventions de groupe, 51 l'ont sélectionné comme facilitateur alors que 11 l'ont fait comme obstacle. Cet élément n'était toutefois pas priorisé parmi les éléments importants (tableau XV).

Cela va dans le même sens que l'énoncé, mais ne concorde pas exactement. Le fait que les répondants aient sélectionné cet élément comme facilitateur ne veut pas nécessairement dire qu'ils se sentent aptes à mener des interventions de groupe. La sélection comme facilitateur signifierait logiquement que la compétence générale des professionnels facilite la tenue des interventions de groupe. De plus, ceci ne donne pas d'informations sur les différentes facettes reliées à la compétence, tels les besoins de formation, les styles de leadership, le profil des professionnels et l'expérience. Les seules données obtenues concernant ces facettes sont ressorties des études recensées. Il a été rapporté, entre autres, que les compétences ne sont pas les mêmes selon les clientèles visées (15) et qu'elles s'acquièrent davantage avec l'expérience qu'à l'aide de formations académiques (36). Il aurait été intéressant d'en apprendre plus sur le profil des professionnels ou le type de leadership privilégié selon les clientèles ou les objectifs du groupe.

Lors des groupes de discussion, une certaine réserve quant aux compétences à animer les groupes est ressortie. Les dires recueillis lors des groupes de discussion vont dans le sens que les compétences générales des cliniciens en animation sont variables et que les cliniciens ne se sentent pas tous à l'aise pour animer un groupe. Berteau avait rapporté dans son ouvrage que pour certains individus, apprendre à intervenir en groupe va de soi alors que pour d'autres, cela est difficile (57).

Il serait plausible de penser que les participants aux groupes de discussion, du moins ceux ayant donné leur avis sur ce point, différaient de la majorité ayant répondu au questionnaire. Peut-être que les participants qui se sentent compétents n'ont pas cru bon de parler, car ce point leur était évident. Il faut préciser qu'il ne fut pas demandé directement aux participants aux groupes de discussion s'ils se sentaient compétents, mais cet aspect a plutôt été abordé dans un contexte plus global de facilitateurs et obstacles. Ainsi, les personnes étaient plutôt appelées à parler de la compétence générale que de leur sentiment de compétence ce qui n'amène pas nécessairement la même réponse.

L'« homogénéité » autant du niveau fonctionnel que des objectifs de réadaptation fait aussi l'objet de perspectives divergentes. Il est à noter que les deux éléments étaient proposés séparément dans le questionnaire, mais la différence entre les deux n'est pas ressortie lors des groupes de discussion. Lorsque cet aspect y a été discuté, la nécessité de former des groupes homogènes était davantage considérée comme un « défi » ou un obstacle. Pourtant, dans le questionnaire, cet élément, qui était proposé sous la forme de deux éléments distincts, a été plus de fois choisi comme facilitateur qu'obstacle dans les deux cas.

Pour expliquer ces oppositions dans les points de vue, il faut rappeler que les définitions étaient absentes dans le questionnaire. Les éléments proposés étaient nommés ainsi: « homogénéité du niveau fonctionnel des usagers » et « homogénéité des objectifs de réadaptation ». Une possibilité serait que les répondants considèrent réellement cette

étape de former des groupes avec des personnes ayant les mêmes objectifs comme aisée et n'y voient pas de défis particuliers. Dans ce cas, les répondants aux groupes de discussion ne seraient pas représentatifs des répondants du questionnaire ayant sélectionné ces éléments comme facilitateurs.

Il est à noter que l'homogénéité a aussi été classée en premier en termes d'importance comme facilitateur chez les répondants travaillant en phase 2 (les deux éléments « homogénéité » proposés y figurent). Cette constatation pourrait laisser entendre qu'il est plus facile d'avoir une homogénéité des objectifs de réadaptation (ou du niveau fonctionnel) en phase de réadaptation fonctionnelle intensive. Les objectifs visés y sont plus globaux et généralement à court terme. De plus, c'est souvent lors de cette phase que sont offerts les groupes d'informations sur une condition particulière, ce qui pourrait aussi expliquer partiellement ce résultat.

Cette perspective d'homogénéité est reliée à la « masse critique » dans le sens que plus grand est le volume d'utilisateurs, plus de chances il y a d'avoir assez d'utilisateurs rencontrant les mêmes objectifs pour en faire un groupe.

Selon le seul commentaire des groupes de discussion se rapportant à l'élément « cibles d'intensité de traitement à atteindre », celui-ci serait perçu comme un facilitateur. Cela semble logique de penser ainsi, mais il est tout de même étrangement plus de fois choisi comme obstacle dans le questionnaire. Un seul commentaire ne permet pas d'en faire une tendance ni d'expliquer cette disparité. Par ailleurs, cet élément avait été peu choisi comme élément influençant (rang 14/17) et n'avait pas été priorisé.

6.3 Qualité des soins, coûts et atteinte des objectifs

Le deuxième objectif visait la perception des gestionnaires, cliniciens et utilisateurs face aux enjeux liés à la qualité des soins et services, aux coûts ainsi qu'à l'atteinte des objectifs lors des interventions de groupe. Ce sont les dimensions de la qualité telles que proposées par Champagne et coll. qui ont servi de base à la réflexion (65).

6.3.1. Qualité : perception générale

En ce qui concerne la qualité des soins en général, 77% des répondants au questionnaire ne sont pas d'accord avec le fait que les interventions de groupe en diminuent la qualité. Les répondants travaillant en phase 2 étaient plus en accord avec cet énoncé de façon significative que ceux travaillant en phase 3: davantage d'entre eux seraient d'avis que ces interventions diminuent la qualité des soins. Une piste d'interprétation serait que la phase 2 s'y prête moins avec la pression d'atteinte d'objectifs spécifiques avant le congé de l'utilisateur. Il a été mentionné que les séjours sont de plus en plus courts, que les cliniciens et gestionnaires doivent composer avec des indicateurs serrés de performance, que les profils différents des usagers ne permettent pas toujours de former des groupes homogènes et que c'est à cette phase qu'il y a le plus de contraintes liées à la prévention des infections. De plus, les usagers sont moins autonomes physiquement à ce stade, ce qui implique que les cliniciens doivent fréquemment requérir de l'aide de la part des préposés. D'ailleurs, les cliniciens travaillant en phase 2 avaient mis en priorité l'élément « disponibilité du personnel de soutien », ce qui est cohérent avec cette proposition.

Ce résultat converge également avec les propos issus des groupes de discussion, où il a été relevé par des cliniciens en phase 2 que les interventions de groupe ne permettent pas d'offrir un service aussi adapté à chaque usager. Ceci peut donner l'impression d'offrir un service de moindre qualité. Cette même perception avait été rapportée par les auteurs de l'examen de la portée recensé (51). Il est important de souligner que la définition de la qualité n'était pas donnée dans le questionnaire, ce qui a aussi pu avoir un impact sur les résultats.

6.3.2 Intervention ponctuelle

Sécurité ou exécution compétente

Les interventions de groupe sont perçues comme étant sécuritaires par 93% des 162 répondants au questionnaire. Cette forte majorité laisse peu de doutes sur la perception

générale à cet égard. Il n'y a pas de différence significative entre les phases. Il y a peu de littérature avec laquelle comparer, mais le peu de littérature recensée laisse entendre qu'il n'y a pas plus de risques à faire des interventions de groupe.

L'importance du ratio intervenants-usagers a été rapportée par les cliniciens et gestionnaires des groupes de discussion ainsi que par les ergothérapeutes participant à l'étude de Patterson (2017)(15). De plus, les intervenants des groupes de discussion ont affirmé être en mesure de juger par eux-mêmes le ratio acceptable. Il est à noter que les cliniciens choisissent non seulement la modalité, mais peuvent aussi ajuster le ratio, ce qui contribue au fait que les interventions de groupe sont sécuritaires. D'ailleurs, les usagers consultés ont affirmé ne pas y voir d'enjeu de sécurité.

Les perceptions sont partagées quant à l'augmentation du risque de chutes lors des interventions de groupe. Certains enjeux concernant la sécurité sont tout de même ressortis des discussions : l'importance de bien transmettre l'information entre le clinicien responsable et celui qui réalise les groupes, la possibilité que les évaluations soient incomplètes lors des interventions de groupe offertes en mesures d'appoint, le besoin occasionnel de mobiliser du personnel de soutien ou à des proches pour accroître la sécurité et la nécessité de bien sélectionner les usagers participants. Ces enjeux ont été discutés précédemment avec les éléments influençant la tenue des interventions de groupe (facilitateurs et obstacles).

Qualité non technique

Étant donné qu'il est question de valeurs et de normes, c'est sous la qualité non technique ou interpersonnelle qu'ont été inclus les aspects reliés à l'éthique. Tant que ce sont les besoins des usagers qui priment dans le choix de proposer des interventions de groupe, les participants aux groupes de discussion n'y voient pas d'enjeux éthiques en général. Ceci converge avec les résultats de l'énoncé qui indiquent que 82% des répondants croient que les interventions de groupe ne posent pas de problèmes éthiques.

6.3.3 Épisode de soins

Les notions de complémentarité et de bénéfices des interventions de groupe ont été insérées sous ce thème, car ils sont compris dans l'ensemble des besoins des usagers dans leur globalité. Les propos tirés des groupes de discussion rapportent que les interventions de groupe devraient être offertes en complémentarité aux interventions individuelles. Cette même observation avait aussi été mentionnée par les cliniciens ayant participé aux études de Knis-Mathews et Gelsomino (31, 41). Les interventions de groupe constituent une valeur ajoutée à l'ensemble des besoins des usagers.

Plusieurs intervenants et gestionnaires ont nommé des bénéfices aux interventions de groupe: la normalisation, le soutien des pairs et l'autonomisation. La notion de soutien des pairs a même été appuyée par les usagers. Cette notion avait aussi été nommée par les usagers participant à plusieurs études recensées (29, 30, 33, 34, 44). Plusieurs autres bénéfices ont aussi été rapportés tels que l'augmentation de la motivation, la réduction du sentiment d'isolement, l'apport au processus d'adaptation à une nouvelle condition (36, 51). Des cliniciens participant aux études de Richard et coll. (n=82) et de Patterson (examen de la portée) ont aussi rapporté que les interventions de groupe reproduisent davantage les situations de la vie réelle, ce qui a également été rapporté par un clinicien en groupe de discussion (36, 51). Ainsi, le niveau d'efficacité pratique serait optimisé par une meilleure transposition des acquis. L'intervention de groupe semble ainsi accroître le potentiel de généralisation (validité externe) des résultats de l'intervention.

La transmission d'informations entre l'intervenant responsable et celui qui réalise les groupes avait été rapportée précédemment sous l'élément « gestion des dossiers » et sous le thème de l'exécution compétente (ou sécurité), elle aurait aussi pu être insérée sous le thème de la continuité des soins, car elle permet une poursuite des soins d'un intervenant à l'autre de façon plus fluide et cohérente.

6.3.4 Niveau organisationnel

Tous les participants aux groupes de discussion s'entendent pour dire que les interventions de groupe offertes en **mesure d'appoint** permettent d'accroître l'accessibilité : elles permettent à un plus grand nombre de personnes d'obtenir des services plus rapidement. La justesse s'en retrouve diminuée au niveau de l'épisode de soins, mais par contre, cela accroît la globalité au niveau organisationnel. Pour remédier à cette faiblesse, il est essentiel de s'assurer de bien offrir le service en individuel lorsque l'attente est terminée. Lorsqu'uniquement des interventions de groupes sont disponibles pour un service donné, cela peut amener un manque de justesse qui pourrait soulever des questionnements éthiques. De plus, il arrive que certains usagers ne puissent participer à une offre de groupe, faute de places, dans ce cas, c'est la globalité qui est déficiente. Ces deux derniers aspects peuvent soulever des questionnements éthiques, en termes d'équité par exemple. Autrement dit, un usager devrait avoir des chances égales d'obtenir le service auquel il a droit, autant en individuel qu'en groupe, si le besoin est présent.

Une seule étude tirée de la littérature a abordé la question de l'accessibilité, mais elle concernait une clientèle pédiatrique (55). Selon les répondants à cette étude, malgré que l'offre bonifiée d'interventions de groupe ait effectivement contribué à augmenter l'accessibilité, cela a modifié considérablement la pratique des professionnels impliqués.

Le fait que les interventions de groupe peuvent donner l'accès à un professionnel plus « rare » est intéressant particulièrement en contexte de pénurie de main-d'œuvre dans certains domaines ou dans les régions éloignées. De plus, le fait que certaines activités spécifiques ne pourraient être offertes en individuel, mais le seraient en groupe en accroît la globalité au niveau de l'épisode de soins.

En guise de synthèse en ce qui a trait à l'accessibilité, deux éléments sont à retenir. Les interventions de groupe favorisent l'accès à des services en permettant à des usagers d'exprimer leurs besoins, alors qu'ils auraient eu peu de recours pour le faire s'ils

n'avaient pu y participer. Elles favorisent aussi l'accès à des services qui ne seraient pas offerts en individuel ainsi que l'accès à des professionnels spécialisés.

6.3.5 Coûts

Ce qui est ressorti des groupes de discussion, autant par les gestionnaires que les cliniciens, est que, malgré qu'il y ait une volonté d'efficience en ce qui a trait à la modalité d'interventions, les interventions de groupe ne devraient pas être offertes uniquement pour diminuer les coûts. De plus, les avis sont mitigés quant à la réelle réduction de coûts. À la connaissance des quelques études répertoriées ayant examiné ce sujet, les interventions de groupe seraient moins coûteuses, mais les évidences sont faibles. De façon plus générale, Hoddinott et coll. qui ont fait une revue de littérature sur les interventions de groupe visant à améliorer l'état de santé, affirment également que les évidences sont faibles ou inconnues (78).

L'énoncé du questionnaire demandait aux répondants s'ils croyaient que les interventions de groupe étaient offertes pour des motifs financiers. Il fait référence à la motivation à offrir des interventions de groupe plutôt qu'aux effets réels sur les coûts. Il montre que 64% des répondants ne croient pas qu'elles sont offertes pour des raisons financières, il serait logique de penser qu'ils croient qu'elles sont plutôt offertes en raison des bénéfices qu'elles procurent, mais il ne s'agit que d'une interprétation. De plus, la réponse ne fait pas l'objet d'une forte majorité.

6.3.6. Atteinte des objectifs

Efficacité

L'efficacité est une condition à la justesse dans le sens qu'il faille qu'une approche ou intervention soit efficace pour que l'on puisse juger de sa pertinence et ainsi choisir cette option comme moyen d'améliorer la santé de la personne.

60 % des répondants au questionnaire sont d'avis que les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles. Il ne s'agit pas d'une forte majorité. Il

faut mentionner qu'il n'était pas spécifié « aussi efficace pour quel objectif ». De plus, il a été observé que certains cliniciens confondent les termes « efficacité » et « efficience ».

Le niveau d'accord avec cet énoncé est encore significativement plus faible chez les répondants travaillant en phase 2. Moins de la moitié des répondants (48%) croit que les interventions de groupe sont aussi efficaces. Peut-être que l'interprétation du point sur la perception générale de la qualité voulant que les interventions de groupe soient moins appropriées pour la phase 2 avec les contraintes de retour à la maison pourrait expliquer en partie cette réponse. Cela irait dans le même sens, car si les répondants de la phase 2 ont une opinion réduite de la qualité des soins lors des interventions de groupe, il pourrait y avoir un lien avec le fait qu'ils les trouvent moins efficaces.

Lors des groupes de discussion, les gestionnaires ont rapporté que les interventions de groupe sont efficaces si elles sont bien ciblées. Du point de vue de la littérature consultée dans le cadre de cette étude, la majorité des études indique qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui a trait à l'efficacité entre les interventions individuelles et les interventions de groupe. Il est à noter que les participants à ces études n'étaient que partiellement représentatifs des différentes clientèles des milieux impliqués. Tout comme pour les coûts, Hoddinnot et coll. ont affirmé qu'il y a peu d'évidence supportant l'efficacité des interventions de groupe visant à améliorer l'état de santé en général (78).

6.4 Réflexion sur les objectifs spécifiques

6.4.1 Perception selon les phases du continuum de soins et services

La perception des répondants diffère selon la phase du continuum de services de réadaptation pour un élément influençant la tenue des interventions de groupe en particulier, soit la « disponibilité du personnel de soutien ». En effet, la possibilité de recevoir de l'aide logistique ou physique lors de la préparation ou la tenue de telles interventions est davantage ressortie chez les répondants travaillant en phase 2.

En ce qui a trait à l'objectif spécifique du deuxième objectif, une légère tendance a été observée à l'effet que les cliniciens et gestionnaires travaillant en phase 3 aient une perception plus positive de la qualité et de l'efficacité des interventions de groupe que ceux de la phase 2.

6.4.2 Éléments influençant la tenue des interventions de groupe selon les catégories du modèle de Damschroder

Les différents éléments influençant la tenue d'interventions de groupe, autant ceux proposés dans le questionnaire et que ceux qui ont émergé des données qualitatives, ont été classés dans les quatre catégories du cadre choisi. Quelques constats ont pu être dégagés à partir du tableau XVI.

Les obstacles clairs, c'est-à-dire pour lesquels il y a convergence entre les données qualitatives et quantitatives, sont tous compris dans les catégories « Contexte organisationnel » et « Caractéristiques de l'intervention ». Ils sont prépondérants dans la catégorie « Contexte organisationnel » qui comprend sept obstacles clairs sur huit items. Peut-être pourrait-on expliquer ceci par le fait que le contexte organisationnel est plus grand (plus macro) et qu'il est ainsi plus difficile d'avoir un contrôle sur les différents facteurs.

Les facilitateurs clairs, quant à eux, sont principalement regroupés dans la catégorie « Contexte local » (quatre facilitateurs sur cinq items). La moitié de tous les facilitateurs clairs se retrouvent dans cette catégorie. En guise d'explication, le contexte local étant à plus petite échelle (moins macro), il est ainsi plus facile de trouver des solutions et contourner les obstacles pour que l'intervention fonctionne. À titre d'exemple, il y a peu à faire concrètement pour agir sur le volume d'utilisateurs admis, qui fait partie du « Contexte organisationnel », mais il est possible d'agir sur des éléments du « Contexte local », par exemple sur le choix des critères de sélection ou le soutien des supérieurs immédiats afin que ces interventions aient plus de chances de réussir et de perdurer dans le temps.

Tous les éléments pouvant être l'un ou l'autre, se retrouvent dans la catégorie « Caractéristiques de l'intervention ». Il existe une grande variété de types d'interventions de groupe. La disparité entre les interventions semble trop vaste pour que des explications puissent être déduites.

Les éléments présentant des perspectives opposées sont répartis dans trois catégories différentes, ce qui ne dénote pas de tendance.

6.5 Implications pour la pratique

Le gestionnaire ou le clinicien qui a l'intention de développer une offre d'interventions de groupe en arrive souvent à être confronté à des écueils en cours de route malgré une bonne volonté et de larges efforts. Souvent, l'offre tombe sans même que personne ne puisse vraiment expliquer pourquoi.

À la lumière des résultats obtenus et des réflexions effectuées dans le cadre de ce mémoire, la candidate propose certaines initiatives, émises sous la forme de recommandations, qui sont à prendre en compte afin de contribuer au maximum à la réussite et au maintien des interventions de groupe en déficience physique, peu importe la discipline.

❖ Prévoir du **temps**

Il est essentiel de prévoir du **temps** pour la réflexion préalable et la planification de l'offre de groupe. Cela semble payant de prendre le temps de bien préparer l'offre, ce qui en facilitera plus tard le déroulement même en période plus occupée.

❖ Privilégier une **offre d'interventions de groupe concertée**

Cette approche est préconisée afin que tous les intervenants (et gestionnaires) d'un milieu donné soient concernés par la démarche et que l'offre ne repose pas sur les épaules d'un seul intervenant.

❖ Établir des **procédures**

Un guide comprenant des procédures claires doit être élaboré. Il pourra être ajusté en fonction de la clientèle, du type de groupe ou des objectifs visés par l'intervention. Ces **procédures** devraient comprendre:

- Un ratio intervenants-usagers et une proposition d'intervenants requis (professionnels, personnel de soutien, formation au besoin) pour un déroulement sécuritaire
- Des critères de sélection des participants
- Des procédures claires concernant les mesures de prévention des infections (critères de participation selon le type de l'infection, procédures de nettoyage ou désinfection)
- Des règles en matière de confidentialité

❖ Se doter d'**outils concrets**

Ces outils pourraient idéalement être réutilisés par divers milieux de réadaptation physique. Voici le type d'outils qui pourraient être développés:

- Fiche d'information de l'utilisateur (fiche à remplir afin de faciliter le transfert d'information entre l'intervenant animateur et l'intervenant responsable)

- Documents facilitant la tenue de dossier (par exemple, une feuille où les informations relatives au groupe pourraient être préinscrites et qui pourrait être glissée au dossier)
- Guide d'inscription des statistiques (idéalement se référer à la direction afin que la façon d'inscrire les statistiques corresponde aux attentes en termes de performance organisationnelle)
- Outils pour débutants en animation de groupe (par exemple, le guide en sept étapes de Cole pour les ergothérapeutes (39))

❖ **Faire preuve de créativité**

Il peut s'avérer nécessaire de revoir l'organisation de l'offre des traitements de réadaptation et d'élargir l'offre de groupe à l'extérieur des programmes ou des phases du continuum. Ainsi, une offre de groupe pourrait être offerte à des usagers ayant une autre condition ou n'étant pas au même stade de récupération, mais pouvant avoir les mêmes besoins et requérir le même service. Ceci est particulièrement pertinent lorsque le volume d'utilisateurs d'un programme particulier est insuffisant pour former des groupes sur une base régulière.

❖ **Évaluer les interventions**

Dans une perspective d'amélioration continue, il est recommandé de convenir d'indicateurs et d'évaluer les interventions de groupe (incidents rapportés, atteinte des objectifs, satisfaction des usagers).

Ces recommandations ont l'avantage de tenir compte du contexte spécifique au réseau de santé québécois, mais pourraient être adaptées à d'autres milieux de réadaptation comparables. Le cadre de Hodinott est aussi un outil intéressant lorsque vient le temps de penser à développer des interventions de groupe visant à améliorer l'état de santé en

général (78). Il n'est toutefois pas orienté spécifiquement vers les services en déficience physique.

Il est entendu que lors de la mise en place de ces initiatives, l'utilisateur doit toujours rester au centre du processus de décision.

6.6 Limites de l'étude

Cette étude comprend quelques limites. Elles sont présentées ici par source de collecte de données. De plus, le projet ayant eu lieu en contexte hospitalier en période de réforme majeure du réseau, quelques contraintes ont émergé auxquelles l'équipe a tenté de remédier. La consultation régulière de la conseillère scientifique de l'équipe de projet a permis d'assurer une rigueur scientifique malgré les limites du contexte.

Le questionnaire a été créé sur une courte période ne laissant que peu de temps pour la validation de l'outil, ce qui a amené quelques limites. Les éléments proposés n'étaient pas accompagnés d'une définition, ce qui peut avoir laissé place à des variantes dans les interprétations de la part des répondants. De plus, le questionnaire avait été validé par des cliniciens uniquement. Les questions étaient formulées principalement pour des cliniciens et n'étaient pas bien adaptées pour les gestionnaires. Le questionnaire a été conçu en tenant compte des analyses prévues pour répondre aux premiers objectifs du projet lesquels ont évolué par la suite. Ainsi, les analyses statistiques liées à la priorisation des éléments n'ont pas été effectuées comme il était escompté. Il ne fut pas possible d'ordonner spécifiquement chaque item proposé, mais plutôt de regrouper les plus importants. D'autre part, les faibles tailles d'échantillon des analyses par phases ont pu réduire la puissance statistique. Il faut également garder en tête le taux de réponse global de 33,2%. Les répondants pourraient ne pas être représentatifs de la totalité des personnes à qui ce sondage s'adressait.

La principale limite des groupes de discussion en est le petit nombre. Au départ, il était prévu de former davantage de groupes, ce qui ne fut pas possible dans le contexte. Par

contre, il fut tout de même possible de faire ressortir une diversité de points de vue concernant les thèmes proposés et d'en faire émerger de nouveaux.

Par contre, le point de vue des usagers est peu ressorti et leurs propos n'ont pas permis d'apporter beaucoup de nouveaux thèmes dans le contenu. Ils ont toutefois permis de confirmer certaines présomptions notamment concernant l'intérêt des usagers à participer aux interventions de groupe ou à l'apport du soutien entre pairs. Il est certain que le petit nombre d'usagers interrogés est une limite importante de cette étude (n=4). Il aurait fallu plus d'usagers pour faire le tour de la question et ainsi atteindre la saturation des données. De plus, tous étaient des usagers volontaires ou désignés par les coordonnatrices cliniques. Il est donc possible que les propos recueillis témoignent principalement d'un seul point de vue, soit ceux qui sont davantage satisfaits. Ainsi, il se pourrait que plusieurs facettes du phénomène des interventions de groupe telles que perçues par les usagers n'aient pas été couvertes.

6.7 Pistes pour recherches futures

Lors du déroulement de ce projet, il fut possible de constater que les interventions de groupe sont très peu évaluées. Les utilisateurs, qu'ils soient cliniciens, chercheurs, coordonnateurs ou gestionnaires, ont peu de données sur lesquelles s'appuyer. Des études seraient souhaitables afin d'en apprendre plus sur les différentes facettes de ce mode d'intervention, idéalement auprès de diverses clientèles et disciplines.

Pour ce qui est de la littérature scientifique, plus d'études rigoureuses comparant une intervention similaire, en individuel et en groupe, permettraient d'en connaître plus sur l'efficacité et potentiellement sur la sécurité de ces interventions. Les quelques études répertoriées, qui ne couvraient pas tout en termes de clientèles, de disciplines ou d'objectifs thérapeutiques, ne comparaient pas toutes exactement la même intervention. Une autre avenue intéressante serait de définir le profil type de participants potentiels tel que l'a fait Hammond avec les usagers ayant un TCC (17). De plus, il y aurait un intérêt à explorer les clientèles (conditions) en rapport au stade de récupération, soit, pour une

clientèle donnée, à quel moment l'intervention de groupe est la plus efficace pour cibler des objectifs spécifiques de réadaptation. Par exemple, selon l'étude de Hirsche et coll., il semblait pertinent d'attendre avant de participer à certaines interventions pour une clientèle ayant une lésion médullaire alors que pour la clientèle ayant un AVC, le plus tôt était le mieux (43).

Des études coût-bénéfice qui prendraient en considération le temps de préparation requis comparativement au temps consacré à des interventions individuelles seraient aussi pertinentes et permettraient de mieux justifier le choix de ce mode d'intervention du point de vue de l'efficacité des soins et services. Plus d'études sur la documentation des compétences requises par les professionnels pour planifier et animer les interventions de groupe seraient aussi fort utiles.

En ce qui concerne la littérature grise, des évaluations de programme ou d'offre de services en groupe, explorant les enjeux autant organisationnels que financiers amèneraient de l'information fort utile sur ces aspects.

CHAPITRE 7 CONCLUSION

Cette étude avait comme premier objectif d'examiner les facteurs influençant la tenue d'interventions de groupe chez une clientèle présentant une déficience physique et recevant des services de réadaptation. Dans les faits, il a été possible non seulement d'obtenir une meilleure compréhension des éléments qui avaient été mis en lumière grâce à une réflexion préalable et une recherche exploratoire, mais également d'en découvrir de nouveaux.

Le deuxième objectif de l'étude visait à explorer la perception des gestionnaires, cliniciens et usagers face aux enjeux liés à la qualité des soins et services, aux coûts et à l'atteinte des objectifs lors de ces interventions. Des thèmes intéressants, qui complètent de façon cohérente les résultats liés au premier objectif, ont pu en être dégagés.

Ainsi, cette étude a permis de faire valoir que bien que les répondants soient généralement favorables à la tenue d'interventions de groupe et y trouvent de nombreux bénéfices, il existe aussi des obstacles à son implantation et à sa pérennisation. De plus, en observant plus globalement les éléments regroupés, ces obstacles perçus font principalement partie du contexte organisationnel, tandis que les facilitateurs sont associés au contexte local. À la lumière de ce constat, il y a lieu de se demander si les milieux devraient miser davantage sur les éléments du contexte local où il est possible d'agir plus aisément afin de faciliter la mise en œuvre des interventions de groupe.

Il est à souhaiter que les réflexions tirées de cette étude parviennent aux professionnels, gestionnaires, étudiants et chercheurs des milieux de la réadaptation en déficience physique afin qu'ils puissent soit en faire germer des pistes de recherche ou les appuyer dans leur processus de décision clinique. De mieux comprendre les perceptions des acteurs-clés à l'égard des interventions de groupe pourrait permettre de prévenir les écueils et de miser sur les aspects facilitants pour en augmenter les chances de réussite.

Cela pourrait ainsi potentialiser les gains pour les usagers afin de répondre à leurs besoins de la façon la plus efficace, sécuritaire, globale et humaine possible.

Bibliographie

1. Akué C, Bélanger, D., Caputo, L., Gendron, M., Guériton, M., Pituch, E., Kairy, D. L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante? . Montréal, Québec: Pôle universitaire en réadaptation du Montréal métropolitain; 2017.
2. Association des établissements de réadaptation en déficience physique. Mémoire portant sur le projet de loi no 10: loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Montréal (QC); 2014.
3. Gouvernement du Québec. Regards sur le système de Santé et de Services sociaux du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2009. p. 88-9.
4. Landry MD, Jaglal S, Wodchis WP, Raman J, Cott CA. Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective. *Disabil Rehabil.* 2008;30(24):1837-47.
5. Gouvernement du Québec. Le bilan démographique du Québec. Institut de la statistique du Québec; 2017. p. 53.
6. Gouvernement du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Institut de la statistique du Québec; 2013. p. 188.
7. Canadian Association of Occupational Therapists. CAOT position statement: occupational therapy and home and community care. *Occupational Therapy Now.* 2008;10:20-2.
8. Organisation mondiale de la Santé. (cité le 20 avril 2018) Disponible à : [http://www.who.int/disabilities/care/fr/.](http://www.who.int/disabilities/care/fr/))
9. Fougeyrollas P, Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St Michel, G. Classification québécoise. *Processus de production du handicap.*; 1998.
10. Cott CA, Devitt, M.A., Falter, L. , Soever, L.J., Passalent, L.A. Barriers to Rehabilitation in Primary Health Care in Ontario: Funding and Wait Times for Physical Therapy Services. *Physiotherapy Canada.* 2007;59(3):173-83.
11. Lindsay M, Gubitz, G., Bayley, M., Hill, M., Singh, S., & Phillips, S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 4e édition Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC.; 2010.
12. Truchon C. Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré-grave Québec, Québec: INESSS; 2016. p. 29.
13. Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(9):1490-500.
14. Renner C, Outermans J, Ludwig R, Brendel C, Kwakkel G, Hummelsheim H. Group therapy task training versus individual task training during inpatient stroke rehabilitation: a randomised controlled trial. 2015(1477-0873 (Electronic)).

15. Patterson F, Fleming J, Doig E. Clinician perceptions about inpatient occupational therapy groups in traumatic brain injury rehabilitation. *Brain Inj.* 2017;31(8):1077-87.
16. Robertson B, Harding KE. Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(11):2187-98.
17. Hammond FM, Barrett R, Dijkers MP, Zanca JM, Horn SD, Smout RJ, et al. Group Therapy Use and Its Impact on the Outcomes of Inpatient Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: Data From Traumatic Brain Injury-Practice Based Evidence Project. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(8 Suppl):S282-92.e5.
18. Naylor J, Harmer A, Fransen M, Crosbie J, Innes L. Status of physiotherapy rehabilitation after total knee replacement in Australia. *Physiother Res Int.* 2006;11(1):35-47.
19. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 0-7.2 (à jour au 1er février 2018).
20. Gouvernement du Québec. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017.
21. Gouvernement du Québec. Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2007.
22. Gouvernement du Québec. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017. p.32.
23. Dumont C, Vincent, C., Beaugard, L., Fougeyrollas, P. Étude descriptive sur la régionalisation des services de réadaptation en déficience physique dans le centre et l'est du Québec. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé.* 2000;7(1):23-40.
24. Tessier A. L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2012. p. 15.
25. Duncombe LW, Howe MC. Group treatment: goals, tasks, and economic implications. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1995;49(3):199-205.
26. Yalom ID, Leszcz M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy.* New York: Basics Books; 2008.
27. Taylor-Schroeder S, LaBarbera J, McDowell S, Zanca JM, Natale A, Mumma S, et al. The SCIREhab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Physical therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Journal of Spinal Cord Medicine.* 2011;34(2):149-61.
28. Foy T, Perritt G, Thimmaiah D, Heisler L, Offutt JL, Cantoni K, et al. The SCIREhab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Occupational therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Journal of Spinal Cord Medicine.* 2011;34(2):162-75.
29. Clark E, Bennett K, Ward N, Jones F. One size does not fit all - Stroke survivor's views on group self-management interventions. *Disabil Rehabil.* 2018;40(5):569-76.

30. Bennett L, Luker J, English C, Hillier S. Stroke survivors' perspectives on two novel models of inpatient rehabilitation: seven-day a week individual therapy or five-day a week circuit class therapy. *Disabil Rehabil.* 2016;38(14):1397-406.
31. Knis-Matthews L. D-BS, Jablonski L.M., Friedman A.S., Whitfield K. Facets of community-based group outings for individuals with brain injury: perceptions of four therapists from different disciplines. *American Journal of Recreation Therapy.* 2006;5(1):18-26.
32. Malec JF. Comprehensive brain injury rehabilitation in post-hospital treatment setting. In: Sander MSaAM, editor. *Handbook on the Neuropsychology of Traumatic Brain Injury.* New York: Springer; 2014. p. 283-307.
33. Raymond MJ, Burge AT, Soh SE, Jeffs KJ, Winter A, Holland AE. Experiences of older adults in a group physiotherapy program at a rehabilitation hospital: A qualitative study. *J Hosp Med.* 2016.
34. Burke SM, Carron, A.V., Eys, M.A., Ntoumanis, N., Estabrooks, P.A. Group versus individual approach? A meta-analysis of the effectiveness of interventions to promote physical activity. *Sport & Exercise Psychology Review* 2006;2(1).
35. Bertisch H. RJF, . Langenbahn D.M. Group treatment in acquired brain injury rehabilitation. *J Spec Group Work.* 2011;36:264–77.
36. Richard L, Jakobov, N., Sosowsky, B.B., Leiser, M. The use of groups as a therapeutic modality with individuals who are brain injured. *American Journal of Recreation Therapy.* 2008;7(2):9-16.
37. Manor Y, Posen, J., Amir, O., Dori, N., Giladi, N. A group intervention model for speech and communication skills in patients with Parkinson's disease: Initial observations. *Communication Disorders Quarterly.* 2005;26(2):94-101.
38. American Occupational Therapy Association. *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process*, 3rd edition *The American Journal of Occupational Therapy*; 2014. p. S31(traduction libre).
39. Cole MB. *Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention.* Fourth Edition ed. Thorofare, NJ.: Slack incorporated; 2012.
40. Zanca JM, Natale A, Labarbera J, Schroeder ST, Gassaway J, Backus D. Group physical therapy during inpatient rehabilitation for acute spinal cord injury: findings from the SCIR rehab Study. *Phys Ther.* 2011;91(12):1877-91.
41. Gelsomino KL, Kirkpatrick, L.A., Hess, R.R., Gahimer, J.E. A descriptive analysis of physical therapy group intervention in five midwestern inpatient rehabilitation facilities. *Journal of Physical Therapy Education.* 2000;14(1):12-8.
42. May L, Day, R., Warren, S. Perceptions of patient education in spinal cord injury rehabilitation. *Disability and Rehabilitation.* 2006;28(17):1041-9.
43. Hirsche RC, Williams B, Jones A, Manns P. Chronic disease self-management for individuals with stroke, multiple sclerosis and spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation.* 2011;33(13-14):1136-46.
44. Lexell EM, Alkhed, A.-K., Olsson, K. The group rehabilitation helped me adjust to a new life: Experiences shared by persons with an acquired brain injury. *Brain Injury.* 2013;27(5):529-37.

45. Frich JC, Røthing M, Berge AR. Participants', caregivers', and professionals' experiences with a group-based rehabilitation program for Huntington's disease: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:395.
46. Mackenzie C, Kelly S, Paton G, Brady M, Muir M. The Living with Dysarthria group for post-stroke dysarthria: The participant voice. *International Journal of Language & Communication Disorders.* 2013;48(4):402-20.
47. Patterson F, Fleming J, Doig E, Griffin J. Participant evaluation of an inpatient occupational therapy groups programme in brain injury rehabilitation. *Aust Occup Ther J.* 2017;64(5):408-18.
48. Ko V, Naylor J, Harris I, Crosbie J, Yeo A, Mittal R. One-to-one therapy is not superior to group or home-based therapy after total knee arthroplasty: a randomized, superiority trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95(21):1942-9.
49. Collins MP, Liu CF, Taylor L, Souza PE, Yueh B. Hearing aid effectiveness after aural rehabilitation: individual versus group trial results. *Journal of Rehabilitation Research & Development.* 2013;50(4):585-98.
50. Lynch E, Harling, R., English, C., Stiller, K. Patient satisfaction with circuit class therapy and individual physiotherapy. *Internanional Journal of Therapy and Rehabilitation.* 2008;15(4):167-73.
51. Patterson F, Fleming J, Doig E. Group-based delivery of interventions in traumatic brain injury rehabilitation: a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2016;38(20):1961-86.
52. Beauchamp MR, Carron AV, McCutcheon S, Harper O. Older adults' preferences for exercising alone versus in groups: considering contextual congruence. *Ann Behav Med.* 2007;33(2):200-6.
53. Madsen M, Larsen K, Madsen IK, Soe H, Hansen TB. Late group-based rehabilitation has no advantages compared with supervised home-exercises after total knee arthroplasty. *Danish Medical Journal* 2013 Apr;60(4):A4607. 2013.
54. Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, Jones RH, Hurley MV. Effectiveness and cost-effectiveness of three types of physiotherapy used to reduce chronic low back pain disability: a pragmatic randomized trial with economic evaluation. *Spine.* 2007;32(14):1474-81.
55. Camden C, Tétreault S, Swaine B. Increasing the use of group interventions in a pediatric rehabilitation program: perceptions of administrators, therapists, and parents. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2012;32(2):120-35.
56. Rees G, Saw C, Larizza M, Lamoureux E, Keeffe J. Should Family and Friends Be Involved in Group-Based Rehabilitation Programs for Adults with Low Vision? *British Journal of Visual Impairment.* 2007;25(2):155-68.
57. Berteau G. La pratique de l'intervention de groupe Perceptions, stratégies et enjeux. Presses de l'Université du Québec; Québec. 2006.
58. Trahey PJ. A comparison of the cost-effectiveness of two types of occupational therapy services. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1991;45(5):397-400.
59. Lamb SE, Pepper J, Lall R, Jorstad-Stein EC, Clark MD, Hill L, Fereday-Smith J. Group treatments for sensitive health care problems: a randomised controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence. *BMC Women's Health.* 2009;9(26).

60. Collins MP, Liu CF, Taylor L, Souza PE, Yueh B. Hearing aid effectiveness after aural rehabilitation: Individual versus group trial results. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2013;50(4):585-98.
61. Coulter CL, Weber JM, Scarvell JM. Group physiotherapy provides similar outcomes for participants after joint replacement surgery as 1-to-1 physiotherapy: a sequential cohort study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(10):1727-33.
62. van de Port IG, Wevers LE, Lindeman E, Kwakkel G. Effects of circuit training as alternative to usual physiotherapy after stroke: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012;344:e2672.
63. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Science*. 2009;4:50.
64. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*. 2015;10(53).
65. Champagne F, Hartz, Z., Brousselle, A., Condandriopoulos, A.-P. L'appréciation normative. In: Paramètres, editor. *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2011. p. 87-104.
66. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* New York: Oxford University Press; 2003.
67. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
68. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*. 2008;5(4).
69. Pineault R. *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012.
70. Busse R, Orvain, J., Velasco, M., Perleth, M., Drummond, M., Gürtner, F., Jorgensen, T., Jovell, A., Malone, J., Rütther, A., Wild, C. Best Practice in undertaking and reporting Health Technology Assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2002;18(2):379.
71. Yin RK. *Designing Case Studies: Identifying your case(s) and establishing the logic of your case study*. . *Case Study Research : Design and Methods*. 5. 4e Édé ed: Applied Social Research Methods Series, Sage Publications; 2009. p. 24-66.
72. Yin RK. *Getting started: How to Know Whether and When to Use the Case Study as a Research Method*. *Case Study Research : Design and Methods*. 5 ed: Sage Publications; 2014. p. 2-25.
73. Boucher N, Mc Ginn, C.A. *Les interventions thérapeutiques de groupe visant le développement des compétences sociales et des capacités motrices des enfants et des adolescents avec une déficience physique: identification des conditions gagnantes d'organisation*. Québec: IRDPQ; 2012.
74. Madsen M, Larsen K, Madsen IK, Soe H, Hansen TB. Late group-based rehabilitation has no advantages compared with supervised home-exercises after total knee arthroplasty. *Dan Med J*. 2013;60(4):A4607.
75. LimeSurvey. (cité le 20 avril 2018) Disponible à: <https://www.limesurvey.org/fr/>

76. Lehoux P. Focus groups dans: Notes de cours ASA-6704 Introduction à la recherche qualitative. Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Hiver 2015.
77. Devers KJ. How will we know “good” qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 1999;34(5):1153-88.
78. Hoddinott P, Allan, K., , Avenell A, Britten, J. Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery. *BMC Public Health*. 2010(1471-2458).

Annexe 1 - Résumé du rapport d'ETMI

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

Résumé

Une production du



Composé de :

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

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

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

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

Rapport rédigé par :

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

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

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

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

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

Evelina Pituch, erg., MSc, CRIR

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

INTRODUCTION

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

Question décisionnelle

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

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

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

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

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

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

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

RÉSULTATS

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

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

Sécurité

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

Efficacité

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

Impact sur la qualité des soins et services

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

Mise en œuvre (Facilitateurs et obstacles)

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

Impact budgétaire

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

Enjeux éthiques

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

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

CONCLUSION

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

La cueillette de données expérientielle et contextuelle auprès d'intervenants, de gestionnaires et d'usagers fournit pour sa part des observations concrètes portant sur l'ensemble des clientèles se situant tout au long du continuum de soins en réadaptation.

RECOMMANDATIONS

Bien que les données issues de la littérature scientifique présentent certaines lacunes, et dans la mesure où aucune étude n'a démontré la stricte supériorité ou infériorité d'une modalité par rapport à l'autre en termes d'efficacité et de sécurité pour les clientèles concernées, les recommandations suivantes ont été élaborées. Les équipes cliniques qui souhaiteraient implanter ou développer leur offre de service sous la forme d'interventions de groupe y trouveront des éléments pertinents et utiles pour soutenir leur réflexion quant aux conditions gagnantes à mettre en place.

Réfléchir à une offre globale d'intervention de groupe.

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

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

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

Mettre en place des outils.

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

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

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

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

Annexe 2 - Questionnaire en ligne

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

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

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

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

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

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

Nature de votre participation

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

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

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

Confidentialité et anonymat

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

Aucune information personnelle n'est demandée dans ce sondage.

Conservation des données

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

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

Me Anik Nolet

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

[Sortir et effacer vos réponses](#)

Suivant →

Données sociodémographiques

Êtes-vous...?

*Vous pouvez cocher plus d'un choix
Cochez la ou les réponses*

- Gestionnaire
- Clinicien
- Coordonnateur clinique

➤ Pour les coordonnateurs clinique seulement :

Avez-vous une implication directe auprès des usagers?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

➤ Pour les cliniciens et coordonnateurs cliniques seulement :

Quelle est votre formation clinique de base?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Audiologiste
- Éducateur spécialisé
- Ergothérapeute
- Kinésiologue
- Neuropsychologue
- Nutritionniste
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Psychoéducateur
- Psychologue
- Spécialiste en orientation et mobilité
- Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle
- Technicien en réadaptation physique
- Travailleur social
- Autres _____

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

Selon les anciennes appellations

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

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

Cochez la ou les réponses

- Déficience visuelle
- Déficience auditive
- Trouble du langage
- Déficience motrice : Traumatisme craniocérébral (TCC)
- Déficience motrice : Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Déficience motrice : Autres lésions cérébrales (ex. tumeur, encéphalopathie...)
- Déficience motrice : Maladie neuromusculaire évolutive

- Déficience motrice : Lésions médullaires
- Déficience motrice : Neuropathies
- Déficience motrice : Amputations
- Déficience motrice : Lésions musculosquelettiques complexes, incluant blessures orthopédiques graves
- Déficience motrice : Brûlures graves
- Déficience motrice : Affection rhumatologique
- Déficience motrice : Douleur chronique
- Déficience motrice : Orthopédie - Clientèle santé physique
- Autre : _____

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

Cochez la ou les réponses

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

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

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

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

[Sortir et effacer vos réponses](#)

Suivant →

Utilisation des interventions de groupe

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

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non

➤ Si oui, choix de trois (3) sous-question :

Avec quelle clientèle avez-vous fait vos interventions de groupe ?

Cochez la ou les réponses

- Déficience visuelle
- Déficience auditive
- Trouble du langage
- Déficience motrice : Traumatisme craniocérébral (TCC)
- Déficience motrice : Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Déficience motrice : Autres lésions cérébrales (ex. tumeur, encéphalopathie...)
- Déficience motrice : Maladie neuromusculaire évolutive

- Déficience motrice : Lésions médullaires
- Déficience motrice : Neuropathies
- Déficience motrice : Amputations
- Déficience motrice : Lésions musculosquelettiques complexes, incluant blessures orthopédiques graves
- Déficience motrice : Brûlures graves
- Déficience motrice : Affection rhumatologique
- Déficience motrice : Douleur chronique
- Déficience motrice : Orthopédie - Clientèle santé physique
- Autre : _____

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

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

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

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

Cochez la ou les réponses

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

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

Cochez la ou les réponses

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

[Sortir et effacer vos réponses](#)

Suivant →

Opinion sur les interventions de groupe

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

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

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

Cochez la ou les réponses

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

Parmi les éléments importants que vous avez identifiés à la question précédente, veuillez cocher ceux que vous considérez comme **Facilitateurs lors de la tenue d'interventions de groupe.**

Cochez la ou les réponses

**les éléments précédemment identifiés apparaissent ici*

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

Effectuez un double-clic ou glissez/déposez les éléments de la liste de gauche à la liste de droite. L'élément avec le rang le plus élevé est situé le plus haut jusqu'à celui du rang le moins élevé.

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

Cochez la ou les réponses

**les éléments précédemment identifiés apparaissent ici*

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

Effectuez un double-clic ou glissez/déposez les éléments de la liste de gauche à la liste de droite. L'élément avec le rang le plus élevé est situé le plus haut jusqu'à celui du rang le moins élevé.

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

Cochez la ou les réponses

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

[Sortir et effacer vos réponses](#)

Envoyer ↓

Merci de votre participation.

Plus tard au cours de l'automne, des groupes de discussion se dérouleront certains sites du CRIR pour approfondir la perception des intervenants et gestionnaires sur ce thème. Si vous êtes intéressé à y participer, veuillez envoyer votre adresse courriel à l'adresse suivante :

██

Annexe 3 - Guide d'animation des groupes de discussion

Grille de question – Groupes de discussion – Cliniciens

À l'arrivée : recueillir les formulaires de consentement et remplir fiches

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

- **Dominique** : Remerciements, présentation des membres, modalités techniques (signature du formulaire de consentement, fiches socio-démographique, enregistrement), but de l'étude, définitions (ÉTMI, intervention de groupe), présentation générale de résultats du sondage (# réponses, aperçu à la fin de la séance)
- **Frédéric** : Règles de participation, déroulement du groupe (étapes : Intro, Expériences, Obstacles et facilitateurs, 5 dimensions par thèmes, Synthèse, Clôture)

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

- **À main levée : qui en a déjà fait??**
- **Quand on vous parle d'intervention de groupe en réadaptation, en un mot ou une phrase, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit?** *(Pour libérer les participants, prendre « la température »).*

Noter éléments de réponses pour questions à venir.

3- Expériences

- **Afin que nous puissions tous nous faire une idée de ce dont on parle et profiter de l'expérience du groupe, pouvez-vous penser à des types d'interventions de groupe qui ont déjà été réalisées en contexte de réadaptation (par vous, vos collègues ou peut-être d'autres équipes)?**

- J'aimerais entendre vos expériences...avez-vous eu une bonne expérience et/ou une mauvaise expérience lors de réalisation d'intervention de groupe en réadaptation que vous voudriez partager afin qu'on ait des exemples de ce dont on souhaite parler?
 - Ex. : une fois que ça a bien marché parce qu'il y avait cohésion entre les membres...ou une fois que ça n'a pas bien été parce que vous n'étiez pas préparé par ex...
 - Avec quelle clientèle?
 - Quelle discipline (ex. physiothérapie, orthophonie, ergothérapie...)?
 - Dans quel contexte?

- Au besoin: À part les exemples précédents, pouvez-vous penser à d'autres interventions de groupe qui, à votre avis, en théorie, **pourraient bénéficier** à la clientèle en réadaptation?

(NDLR. Bien noter le pool des interventions réalisées et possibles – ce sera la base de discussion pour ce qui suit)

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

En pensant aux types de groupes qui pourraient exister,

- Quels sont les éléments facilitants qui pourraient favoriser la mise en œuvre d'intervention de groupe?
 - en réadaptation en général?
 - dans vos milieux respectifs en particulier?

 - En quoi ces éléments sont facilitants?

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

Note : Explorer les facilitateurs liés aux grandes dimensions du modèle de Damshroder :

- *Aux caractéristiques de l'intervention*
- *Au contexte *interne* (dans les murs de votre établissement)*
- *Au contexte *externe* (hors des murs)*
- *Aux individus concernés (clinicien-nes, les patients)*

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

Note : Explorer les obstacles liés aux grandes dimensions du modèle de Damshroder :

- *Aux caractéristiques de l'intervention*
- *Au contexte *interne* (dans les murs de votre établissement)*
- *Au contexte *externe* (hors des murs)*
- *Aux individus concernés (clinicien-nes, les patients)*

5- Dimensions par thèmes (25 minutes)

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

Thème : SÉCURITÉ

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

Thème : QUALITÉ DES SERVICES

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

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

Thème : EFFICACITÉ

- **Selon vous, est-ce que les interventions de groupe sont aussi efficaces que les interventions individuelles?**

Donner la définition de efficacité

- **Pouvez-vous spécifier « efficace » à l'atteinte de quoi? (objectifs du PII? Autre objectif?)**

Suggestion : Donner verbalement résultat global de la revue systématique (peu de résultats, peu de clientèles représentées, en général, tendent à confirmer que l'intervention de groupe est aussi efficace que l'intervention individuelle)

Thème : ASPECT FINANCIER

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

Thème : ASPECT ÉTHIQUE

- **Selon vous, y a-t-il des considérations éthiques particulières dont il faudrait tenir compte dans les interventions de groupe?**

NB: lorsqu'on parle d'enjeux éthiques, on parle par exemple de :

- **droit à tous de recevoir des services de qualité et au devoir des professionnels d'offrir des services de qualité**

- devoirs des professionnels de donner le meilleur traitement disponible aux usagers,
- droit à la dignité,
- justice sociale ou distributive (que tous ait accès aux services de santé)
- **Si besoin**: Que pensez-vous de l'intervention de groupe comme moyen de gérer les listes d'attentes?
- **Si besoin**: dans un contexte d'optimisation des ressources, que pensez-vous du recours aux interventions de groupe?

6- Synthèse (10 minutes)

En repensant à l'ensemble de nos échanges d'aujourd'hui, comment percevez-vous l'intervention de groupe en contexte de réadaptation? En un mot ou en une phrase.

Extra : Selon vous, y a-t-il une "plus value" à faire des intervention de groupe?

Au besoin : selon vous, est-ce que les interventions de groupe mériteraient d'être développées davantage?

- Si non, pour quelles raisons?
- Si oui, pour quelles raisons?
 - À quelles étapes de la réadaptation en particulier?
 - Pour quels types de clientèles et d'interventions?
 - Pensez-vous que les obstacles dont nous avons parlé plus tôt sont surmontables? (Expliquez)
 - Dans ce cas, quels sont les premiers obstacles qui devraient être confrontés? (pas nombre maximum)
- **BONUS** : Y a-t-il un autre thème dont nous n'avons pas discuté mais que vous auriez aimé aborder?

7- Clôture

Si gens intéressés et si temps : Présentation (PowerPoint) de quelques résultats du sondage (17 éléments choisis comme obstacles ou facilitateurs par les 158 répondants + quelques questions liées aux thèmes discutés).

Remerciements, participants intéressés recevront rapport

Définitions :

ÉTMI - Évaluation des technologies et des modes d'intervention :
Évaluation systématique des propriétés et des effets d'une technologie, d'une intervention ou d'un mode d'intervention et ayant pour objectif d'éclairer la prise de décision.

Déficiences physiques:

- auditive, du langage, motrice ou visuelle

Intervention de groupe :

Activité réalisée en réadaptation physique, sensorielle, cognitive ou psychosociale par un ou plusieurs intervenants qualifiés auprès de plus d'une personne et visant l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs inscrits au plan d'intervention individualisé de la personne.

Efficacité :

Capacité d'atteindre ses objectifs, de produire les effets escomptés (une action est efficace si les objectifs sont atteints)

Annexe 4 – Guide d’animation des entrevues

GRILLE D’ENTREVUE - USAGERS

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

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

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

Données socio-démographiques

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

Questions générales sur l’expérience vécue

- Parlez-moi des services de réadaptation en groupe que vous avez reçus.
 - *Au besoin* : Combien de fois? À quelle fréquence?

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

Perceptions face à l'intervention de groupe

- Que pensez-vous de l'aménagement des lieux où on été offertes les interventions de groupe?
- Comment avez-vous trouvé l'animation des groupes par les professionnels?
- Quel lien aviez-vous avec les autres participants du (ou des) groupe(s)?
 - Connaissez-vous les autres participants au début de l'expérience?
 - Est-ce que des liens ont été développés lors des séances de groupe?
 - Pour vous, est-ce que ceci est un aspect important dont il faudrait tenir compte lorsque des groupes en réadaptation sont offerts?
- Aimez-vous les interventions de groupe?
 - Pourquoi? Pourquoi pas?
- Selon vous, quelle est la principale raison qui motive le professionnel à recommander des interventions de groupe dans le contexte de la réadaptation?
 - *Sugg : pour voir plus de gens, pour favoriser le soutien entre usagers...*
- Trouvez-vous qu'elles favorisent le soutien entre usagers?
 - Ont-elles favorisé le soutien entre usagers dans votre situation vécue?
 - Dans quel sens? (ou pourquoi pas?)
 - Seriez-vous en mesure de donner un ou des exemples?
- Trouvez-vous que les interventions de groupe sont sécuritaires?
 - Trouvez-vous qu'il y a plus de risques en ce qui a trait à la sécurité à faire des interventions de groupe?
- Trouvez-vous que les interventions de groupe ont un impact sur la qualité des services offerts?
 - Dans quel sens? Pourquoi?

Plus value

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

- Y a-t-il un autre aspect concernant les interventions de groupe que vous aimeriez partager ?

Nos questions sont maintenant terminées.

Merci pour votre temps et votre participation.

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 5 - Tableau de classement des éléments

Catégorie de répondants	Totalité des répondants		Répondants travaillant en phase 2		Répondants travaillant en phase 3		Répondants travaillant en phase 2 et 3	
	F	O	F	O	F	O	F	O
Facilitateur ou obstacle								
Accès à des locaux et matériel	46	43	12	17	32	25	2	1
Disponibilité du personnel de soutien	36	27	14	21	19	5	3	1
Moment de rencontre convenant à plusieurs usagers (gestion de l'horaire)	27	76	13	21	12	49	2	6
Intérêt des usagers pour l'intervention de groupe	57	27	14	9	37	15	6	3
Homogénéité des objectifs de réadaptation	36	26	14	11	19	13	3	2
Homogénéité du niveau fonctionnel des usagers	38	38	17	10	17	21	4	7
Gestion des statistiques	3	23	2	7	1	12	0	4
Gestion des dossiers (notes au dossier)	1	28	1	5	0	18	0	5
Soutien des supérieurs immédiats	21	8	6	1	11	7	3	0
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par les intervenants	31	11	9	6	16	4	6	1
Reconnaissance de la valeur des interventions de groupe par l'organisation	24	9	3	1	19	8	2	0
Mode d'intervention habituel du programme - Contexte historique	19	11	4	5	13	4	2	2
Assiduité des usagers	14	39	6	8	6	28	2	3
Compétence des professionnels en animation de groupe	35	12	10	3	23	8	2	1
Observation de la progression de chacun des usagers	6	17	1	3	5	12	0	2
Potentiel d'influence entre les participants	44	10	11	4	30	4	3	2
Cibles d'intensité de traitement à atteindre	8	23	3	11	3	11	2	1

Explication: Les nombres représentent le nombre de fois qu'un élément est sélectionné en premier, deuxième et troisième.

Pour chaque colonne, les trois nombres plus élevés sont en gras et ont été extraits pour le tableau

Annexe 6 - Certificat d'éthique

Comité d'éthique de la recherche
des établissements du CRIR



Montréal, le 21 juillet 2016



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

Partenaires

- Centre de réadaptation en
déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation Estrie
- Centre de réadaptation
MAB-Mackay

Objet : Émission de votre certificat d'éthique
Notre dossier : CRIR-1166-0716

Madame,

Vous trouverez, ci-joint, une copie du certificat d'éthique qui a été décerné pour votre projet de recherche intitulé « Perception des cliniciens, des gestionnaires et des usagers face à l'intervention de groupe dans le contexte québécois des services de réadaptation en déficience physique ». Ce certificat, ainsi que les documents approuvés, sont également disponibles sur la plateforme de soumission des projets de recherche.

Accès : <http://ethique.crir.ca/acceschercheur/>

Ce certificat est valable pour un an. Le CÉR demande à être informé de toute modification qui pourrait être apportée au projet de recherche mentionné ci-dessus (Formulaire M à compléter via la plateforme).

Nous vous invitons à communiquer avec la personne suivante afin de l'aviser du début de votre projet de recherche :

- Hôpital juif de réadaptation



Nous vous souhaitons la meilleure des chances dans la réalisation de votre projet.

Vous recevrez, Madame Kairy, mes cordiales salutations.



Pièces jointes : certificat d'éthique et copie des documents approuvés



Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, par voie accélérée, le projet de recherche CRIR-1166-0716 intitulé :

« Perception des cliniciens, des gestionnaires et des usagers face à l'intervention de groupe dans le contexte québécois des services de réadaptation en déficience physique ».

Présenté par : **Dominique Bélanger, physiothérapeute et étudiante à la maîtrise**
Dahlia Kairy, Ph.D.

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Lettre de présentation datée du 4 juillet 2016
- Formulaire A ;
- Lettre datée du 12 juillet 2016 de Cyril Duclos, président du Comité d'évaluation scientifique du CRIR attestant de la validité scientifique du projet ;
- Formulaire d'évaluation de l'Hôpital juif de réadaptation du CISSS de Laval, daté du 14 juillet 2016 confirmant que l'établissement accueille favorablement le projet sur le plan de la convenance institutionnelle ;
- Protocole de recherche ;
- Formulaire de consentement-usagers (version française du 21 juillet 2016) ;
- Formulaire de consentement-cliniciens et gestionnaires (version française du 21 juillet 2016) ;
- Lettre de recrutement (version française du 21 juillet 2016) ;
- Sondage « Perception des cliniciens et des gestionnaires face à l'intervention de groupe en réadaptation en déficience physique (version du 21 juillet 2016)

Ce projet se déroulera dans le site du CRIR suivant :

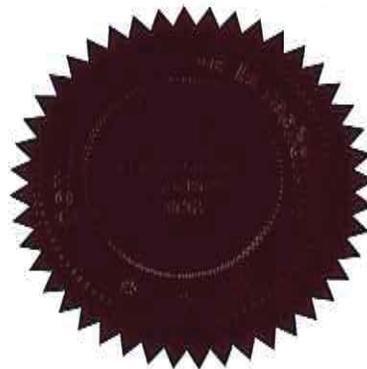
- **Hôpital juif de réadaptation du CISSS de Laval**

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;

3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;
7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication.
11. En vertu de l'article 19.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels de l'établissement sollicité pour prendre part avant d'aller consulter les dossiers des usagers de cet établissement.


Président du CÉR



Date d'émission
21 juillet 2016

Annexe 7 - Formulaire de consentement : cliniciens et gestionnaires



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Cliniciens et gestionnaires

1. TITRE DU PROJET

Perception des cliniciens, des gestionnaires et des usagers face à l'intervention de groupe dans le contexte québécois des services de réadaptation en déficience physique

2. RESPONSABLE DU PROJET ET CHERCHEURS

Responsable du projet :

Dominique Bélanger

Physiothérapeute et Membre du comité opérationnel d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ÉTMI) du Pôle universitaire en réadaptation (PUR)

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, installation Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Candidate à la maîtrise en Administration des services de santé (option Évaluation des services, organisations et systèmes de santé)

Projet de maîtrise sous la direction de:

Nicole Leduc

Professeur titulaire, École de santé publique

Département d'administration de la santé, Université de Montréal

et

Dahlia Kairy
Professeur adjoint, École de réadaptation, programme de physiothérapie
Faculté de Médecine, Université de Montréal

3. COLLABORATEURS (ET MEMBRES DU COMITÉ OPÉRATIONNEL DU PUR)

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

4. ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Ce projet de recherche est financé par : l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

5. PRÉAMBULE

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche qui consistera à mieux connaître les facilitateurs et obstacles à l'intervention de groupe en déficience physique pendant le processus de réadaptation. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la responsable et aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

6. DESCRIPTION DU PROJET ET DE SES OBJECTIFS

Cette consultation vise à mieux connaître les facilitateurs et obstacles à l'utilisation d'interventions de groupe en déficience physique du point de vue des cliniciens, des gestionnaires et des usagers pendant le processus de réadaptation dans notre contexte de soins. Elle vise aussi à mieux saisir les enjeux éthiques rattachés à l'intervention de groupe ainsi que leurs impacts perçus sur la qualité des soins et services.

Cette consultation fait également partie d'une étude plus vaste : une évaluation des technologies et des modes d'interventions dont l'objectif principal est de répondre à la question suivante: *L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante?* Le projet global consiste en une revue de littérature, qui est déjà complétée, ainsi qu'une consultation des cliniciens, des gestionnaires et des patients des établissements du Pôle universitaire en réadaptation (PUR).

La présente consultation comprend la tenue d'un questionnaire, lequel vous avez possiblement déjà été invité à compléter, d'entrevues individuelles auprès d'usagers, en plus des groupes de discussion pour lesquels vous êtes appelés à participer. Un groupe est constitué de gestionnaires plus précisément de chefs de programmes. Deux groupes de cliniciens travaillant dans les établissements en déficience physique du PUR qu'elle soit motrice, visuelle, de langage ou auditive sont appelés à participer. Les cliniciens proviennent de différentes disciplines et travaillent avec des clientèles variées.

7. NATURE DE LA PARTICIPATION

Nous vous demandons de participer à un groupe de discussion de 90 minutes (cliniciens) ou 60 minutes (gestionnaires) sur les interventions de groupe en réadaptation. Les groupes de discussions auront lieu dans un des établissements du PUR. Il est possible que vous ayez à vous déplacer.

Les rencontres de groupe seront enregistrées sur support audio pour soutenir la prise de notes.

8. AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantages à participer à cette étude. Toutefois, en plus de contribuer à l'avancement de la science, vous aurez l'occasion de faire connaître votre point de vue sur les services offerts en réadaptation physique.

9. RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation à ce projet de recherche ne vous fait courir aucun risque connu.

Le fait d'avoir à vous déplacer ainsi que la durée de la participation peuvent représenter un inconfort pour certaines personnes.

10. CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l'étude seront codifiés afin d'assurer leur confidentialité. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) des établissements du CRIR ou par la Direction de l'éthique et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui adhère à une politique de stricte confidentialité. Les données de recherche seront conservées sous clé au site IRGLM par la responsable de l'étude pour une période de 5 ans suivant la fin du projet, après quoi, elles seront détruites. En cas de présentation de résultats de cette recherche ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

Nous vous demandons de demeurer discret sur l'identité des participants au groupe de discussion ainsi que sur les propos qui y ont été tenus.

11. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Il est entendu que votre participation à cette consultation est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à donner de raison ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

12. RESPONSABILITÉ DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

13. INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Vous recevrez un montant allant jusqu'à \$20 pour couvrir vos frais de déplacement, sur présentation de reçu.

14. ÉTUDES ULTÉRIEURES

Il se peut que les résultats obtenus dans le cadre de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les personnes responsables de ce projet à vous recontacter dans un délai de 2 ans et à vous demander si vous seriez intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui

Non

15. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter :

Dominique Bélanger

Physiothérapeute et membre du comité opérationnel d'ÉTMI du CÉRIU

Candidate à la maîtrise en Administration des services de santé (option Évaluation des services, organisations et systèmes de santé)

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au [REDACTED] ou par courriel à l'adresse suivante: [REDACTED]

Pour ces questions, vous pouvez aussi contacter le commissaire local aux plaintes de votre établissement. Les coordonnées sont en annexe à la fin de ce document.

16. CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tel que présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à mes questions. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

NOM DU PARTICIPANT

SIGNATURE

Fait à _____, le _____, 20_____

17. ENGAGEMENT DU CHERCHEUR OU DE SON REPRÉSENTANT

- Je, soussigné (e), _____, certifie
- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
 - (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
 - (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
 - (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature du responsable du projet
ou de son représentant

Fait à _____, le _____ 20____

Annexe 8 - Formulaire de consentement : usagers



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Usagers

1. TITRE DU PROJET

Perception des cliniciens, des gestionnaires et des usagers face à l'intervention de groupe dans le contexte québécois des services de réadaptation en déficience physique

2. RESPONSABLE DU PROJET ET CHERCHEURS

Responsable du projet :

Dominique Bélanger

Physiothérapeute et Membre du comité opérationnel d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ÉTMI) du Pôle universitaire en réadaptation (PUR)

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, installation Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Candidate à la maîtrise en Administration des services de santé (option Évaluation des services, organisations et systèmes de santé)

Projet de maîtrise sous la direction de:

Nicole Leduc

Professeur titulaire, École de santé publique

Département d'administration de la santé, Université de Montréal

et

Dahlia Kairy
Professeur adjoint, École de réadaptation, programme de physiothérapie
Faculté de Médecine, Université de Montréal

3. COLLABORATEURS (ET MEMBRES DU COMITÉ OPÉRATIONNEL DU PUR)

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

4. ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Ce projet de recherche est financé par : l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

5. PRÉAMBULE

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche qui consistera à mieux connaître les facilitateurs et obstacles à l'intervention de groupe en déficience physique pendant le processus de réadaptation. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la responsable ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

6. DESCRIPTION DU PROJET ET DE SES OBJECTIFS

Cette consultation vise à mieux connaître les facilitateurs et obstacles à l'utilisation d'interventions de groupe en déficience physique du point de vue des cliniciens, des gestionnaires et des usagers pendant le processus de réadaptation dans notre contexte de soins. Elle vise aussi à mieux saisir les enjeux éthiques rattachés à l'intervention de groupe ainsi que leurs impacts perçus sur la qualité des soins et services.

Cette consultation fait également partie d'une étude plus vaste : une évaluation des technologies et des modes d'interventions dont l'objectif principal est de répondre à la question suivante: *L'intervention de groupe en comparaison avec l'intervention individuelle auprès des clientèles adulte et aînée présentant une déficience physique est-elle une option gagnante?* Le projet global consiste en une revue de littérature, qui est déjà complétée, ainsi qu'une consultation des cliniciens, des gestionnaires et des patients des établissements du Pôle universitaire en réadaptation (PUR).

La présente consultation comprend la tenue d'un questionnaire, de groupes de discussions avec des cliniciens et des gestionnaires, ainsi que d'entrevues individuelles auprès d'usagers auxquelles vous êtes invités à participer.

7. NATURE DE LA PARTICIPATION

Nous vous demandons de participer à une entrevue d'environ 30 minutes sur les interventions de groupe en réadaptation. L'entrevue aura lieu dans un des établissements du PUR ou, s'il est difficile de vous déplacer, par téléphone.

Les entrevues seront enregistrées sur support audio pour soutenir la prise de notes.

8. AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantages à participer à cette étude. Toutefois, en plus de contribuer à l'avancement de la science, vous aurez l'occasion de faire connaître votre point de vue sur les services offerts en réadaptation physique.

9. RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation à ce projet de recherche ne vous fait courir aucun risque connu.

Le fait d'avoir à vous déplacer ainsi que la durée de la participation peuvent représenter un inconvénient pour certaines personnes.

10. CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l'étude seront codifiés afin d'assurer leur confidentialité. Seuls les membres de l'équipe de

recherche y auront accès. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) des établissements du CRIR ou par la Direction de l'éthique et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui adhère à une politique de stricte confidentialité. Les données de recherche seront conservées sous clé au site IRGLM par la responsable de l'étude pour une période de 5 ans suivant la fin du projet, après quoi, elles seront détruites. En cas de présentation de résultats de cette recherche ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

11. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

12. RESPONSABILITÉ DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

13. INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Vous recevrez un montant de \$20 afin de couvrir vos frais de déplacement, sur présentation de reçus.

14. ÉTUDES ULTÉRIEURES

Il se peut que les résultats obtenus dans le cadre de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les personnes responsables de ce projet à vous recontacter dans un délai de 2 ans et à vous demander si vous seriez intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui

Non

15. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter :

Dominique Bélanger

Physiothérapeute et membre du comité opérationnel d'ÉTMI du PUR

Candidate à la maîtrise en Administration des services de santé (option Évaluation des services, organisations et systèmes de santé)

Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au ([REDACTED]) ou par courriel à l'adresse suivante: [REDACTED]

Pour ces questions, vous pouvez aussi contacter le commissaire local aux plaintes de votre établissement. Les coordonnées sont en annexe à la fin de ce document.

16. CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tel que présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à mes questions. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

NOM DU PARTICIPANT

SIGNATURE

Fait à _____, le _____, 20_____

17. ENGAGEMENT DU CHERCHEUR OU DE SON REPRÉSENTANT

- Je, soussigné (e), _____, certifie
- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
 - (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
 - (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
 - (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature du responsable du projet
ou de son représentant

Fait à _____, le _____ 20____