

De l'attente aux soins : Stratégies pour améliorer les listes d'attente et l'expérience de l'attente dans les services communautaires de réadaptation après un AVC

Document d'orientation
2026



**Santé
Ontario**

Table des matières

Introduction	4
Objet	6
Plan du document	6
Stratégies	8
1.0 Favoriser un accès rapide et équitable	8
1.1 Mettre en place des parcours et des processus d'orientation clairs.....	8
1.2 Favoriser la qualité et l'exhaustivité des orientations.....	9
1.3 Adopter des critères d'acceptation clairs	10
1.4 Appliquer des critères de priorisation équitables	11
1.5 Améliorer l'accès grâce à la réadaptation virtuelle après un AVC	12
Perspective fondée sur l'expérience vécue : Des directives claires au moment du congé de l'hôpital.....	13
2.0 Améliorer l'expérience pendant l'attente avant le début des services.....	13
2.1 Coordonner la transition entre l'hôpital et les SCRA.....	14
Perspective fondée sur l'expérience vécue : Communication de la part du programme de SCRA pendant l'attente avant le début des services	15
2.2 Communiquer ouvertement.....	15
Perspective fondée sur l'expérience vécue : Soutien par les pairs et soutien en santé mentale	16
2.3 Favoriser l'autonomisation grâce au soutien, à l'éducation et aux ressources	16
Perspective fondée sur l'expérience vécue : Information et ressources sur le rétablissement après un AVC.....	17
2.4 Maintenir une présence numérique.....	18
Perspective fondée sur l'expérience vécue : Soutien pour s'orienter dans les prochaines étapes.....	18
2.5 Recueillir les expériences liées à la liste d'attente	18
3.0 Optimiser la gestion des listes d'attente	19
3.1 Explorer un modèle d'admission centralisée.....	19
3.2 Adopter des pratiques efficaces de planification	20
4.0 Améliorer le flux de patients dans le programme	25
4.1 Adopter des politiques claires concernant les annulations, l'assiduité et les suspensions temporaires de services	25

4.2	Prioriser l'autogestion.....	26
	Données des SCRA pour améliorer l'accès en temps opportun	27
	Remerciements	28
	Références	29

Introduction

Les listes d'attente demeurent un défi persistant dans le système de santé et continuent d'entraver l'accès rapide aux services. La demande croissante de services communautaires de réadaptation après un AVC (SCRA), combinée aux pénuries de main-d'œuvre, aux contraintes de financement et aux pressions plus larges exercées sur le système, continue de contribuer aux retards d'accès aux soins.¹ Pour les personnes ayant subi un AVC, les longues périodes d'attente peuvent entraîner de la frustration et de l'anxiété, des occasions manquées de maximiser le rétablissement, une diminution de la qualité de vie ainsi qu'un fardeau financier. Les retards en réadaptation imposent également un lourd fardeau aux membres de la famille et aux proches aidants, entraînant un accroissement des responsabilités et de la fatigue.

Les répercussions de l'attente ne sont pas vécues de façon égale.² Les facteurs socioéconomiques influencent fortement l'accès aux soins, les Canadiens à faible revenu étant confrontés à des délais d'attente plus longs malgré l'existence d'un régime universel d'assurance maladie.¹ De nombreuses personnes ne disposent pas d'avantages sociaux complémentaires ou des moyens nécessaires pour accéder à des services privés afin d'atténuer les retards, ce qui fait de l'équité une préoccupation centrale dans la gestion des listes d'attente.

La réadaptation après un AVC doit être offerte en temps opportun. Les données probantes démontrent qu'il existe, après un AVC, une période limitée pendant laquelle la neuroplasticité est accrue et au cours de laquelle la réadaptation est la plus efficace.³ Les [Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC](#) (RCPOSA)⁴ recommandent que la réadaptation à domicile ou en consultation externe commence idéalement dans les 48 heures suivant le congé d'un hôpital de soins actifs et dans les 72 heures suivant le congé d'un programme de réadaptation pour patients hospitalisés. Les programmes de SCRA subissent donc des pressions pour offrir un accès rapide aux services tout en conciliant les besoins des personnes en attente et ceux des personnes qui reçoivent déjà des soins.⁵ Cette situation a créé un dilemme pour le personnel et a amené les programmes de SCRA à considérer la gestion des listes d'attente comme une priorité nécessitant des orientations provinciales.

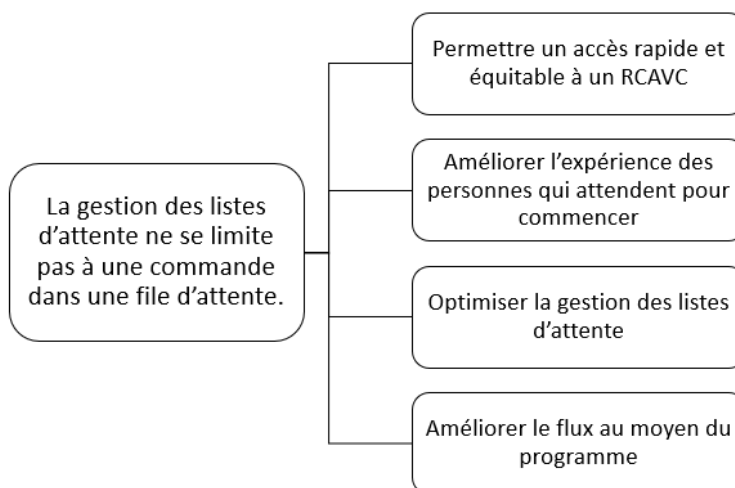


Figure 1. Une vision élargie de la gestion des listes

Bien que la prestation de services de réadaptation après un AVC conformes aux pratiques exemplaires dépasse les ressources actuellement disponibles, les investissements provinciaux récents et la mise en œuvre du [Modèle de soins de réadaptation communautaire après un AVC](#)⁶ témoignent de progrès importants. De plus, la collecte et la déclaration des données relatives aux SCRA créent des occasions de mieux comprendre l'accès aux services et leur utilisation, d'appuyer l'amélioration de la qualité et de renforcer les démarches visant à obtenir des ressources supplémentaires. En s'appuyant sur ces initiatives, d'autres possibilités demeurent afin d'améliorer l'accès rapide et équitable aux SCRA.

Les commentaires des personnes ayant subi un AVC et des membres de leur famille ou proches aidants ont orienté ces travaux, mettant en lumière que l'attente ne se résume pas à une place dans une file, mais qu'elle constitue également une expérience (figure 1). Leurs perspectives fondées sur le vécu, dont certaines sont présentées sous forme de citations en *italique*, ont directement contribué à l'élaboration des stratégies décrites dans le présent document d'orientation afin de garantir qu'elles soient axées sur la personne, empreintes de compassion et fondées sur l'équité.

Une expérience positive de l'attente exige également une solide collaboration entre les équipes de réadaptation après un AVC en milieu hospitalier (soins actifs et réadaptation pour patients hospitalisés) et les programmes de SCRA. Les partenaires responsables des orientations partagent la responsabilité de préparer les personnes ayant subi un AVC aux SCRA en leur fournissant de l'information, des ressources et du soutien favorisant la poursuite de leur rétablissement.

Le document d'orientation De l'attente aux soins : Stratégies pour améliorer les listes d'attente et l'expérience de l'attente dans les services communautaires de réadaptation après un AVC (document d'orientation) est conforme aux RCPOSA et au Modèle de soins de réadaptation communautaire après un AVC de la province. Élaboré par Santé Ontario en collaboration avec des champions des SCRA de partout dans

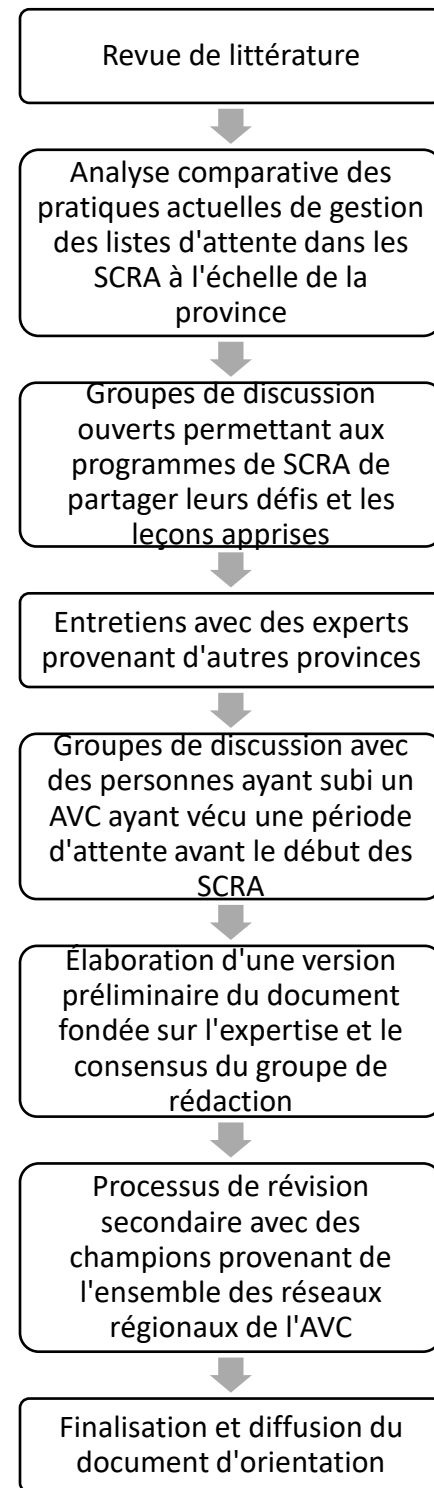


Figure 2. Processus d'élaboration du document d'orientation

la province, ce document d'orientation repose à la fois sur l'expertise clinique et sur le vécu des personnes concernées. (Figure 2).

Objet

L'objet de ce document d'orientation est de fournir aux programmes de SCRA offerts en clinique, à domicile et dans la collectivité des stratégies visant à :

- favoriser un accès rapide et équitable aux SCRA;
- améliorer l'expérience des personnes ayant subi un AVC et des membres de leur famille ou proches aidants pendant qu'ils attendent le début des services;
- optimiser la gestion des listes d'attente; et
- améliorer le flux de patients dans le programme.

Bien que les données probantes sur l'efficacité de la gestion des listes d'attente dans les milieux de réadaptation soient limitées^{7,8}, ces stratégies reposent sur le principe fondamental selon lequel **toute personne ayant subi un AVC et admissible aux services devrait bénéficier d'un accès rapide et équitable à des SCRA conformes aux pratiques exemplaires.**

Plan du document

Les stratégies sont regroupées en quatre sections :

- 1.0 Favoriser un accès rapide et équitable
- 2.0 Améliorer l'expérience pendant l'attente avant le début des services
- 3.0 Optimiser la gestion des listes d'attente
- 4.0 Améliorer le flux de patients dans le programme

Les stratégies de chaque section sont classées dans l'une des catégories suivantes :



Recommandations provinciales dont l'adoption est recommandée aux programmes de SCRA



Idées complémentaires que les programmes de SCRA peuvent envisager, en collaboration avec les réseaux régionaux de l'AVC

Le document se termine par des orientations sur la collecte de données relatives à l'accès aux services et l'utilisation de tableaux de bord afin de soutenir l'amélioration continue de la qualité en matière de gestion des listes d'attente et d'expérience de l'attente.

Les programmes de SCRA sont encouragés, dans les limites des ressources disponibles, à adopter les stratégies recommandées à l'échelle provinciale lorsqu'elles ne sont pas déjà en place. Les programmes de SCRA sont également encouragés, selon leur intérêt et leur capacité,

à envisager l'adoption des idées complémentaires, dont plusieurs tirent avantage d'une collaboration avec les réseaux régionaux de l'AVC.

Bien que la présentation d'exemples de pratiques exemplaires dépasse la portée du présent document d'orientation, les programmes de SCRA sont encouragés à participer activement à la communauté de pratique (CdP) des SCRA de Santé Ontario sur Quorum (en cliquant sur le bouton REJOINDRE LE GROUPE s'ils n'en sont pas déjà membres) afin de partager leurs réussites en matière de gestion des listes d'attente, les outils et ressources ayant favorisé un accès rapide et équitable, les tableaux de bord ayant guidé les améliorations de la qualité liées à l'accès aux services ainsi que les solutions ayant amélioré l'expérience des personnes en attente du début des SCRA.

Stratégies

Les stratégies efficaces permettent d'équilibrer l'accès rapide aux soins avec les limites de temps et de ressources.^{9,10,11,12,13,14} Idéalement, les SCRA sont offerts dans le cadre d'un parcours régional coordonné et intégré de soins de l'AVC. Grâce à cette approche, les programmes de SCRA peuvent améliorer leur efficacité opérationnelle, gérer les listes d'attente plus efficacement, réduire les temps d'attente et améliorer l'expérience des personnes ayant subi un AVC ainsi que celle des membres de leur famille ou proches aidants pendant qu'ils attendent le début des SCRA.

1.0 Favoriser un accès rapide et équitable

« C'est effrayant et frustrant lorsqu'on se demande si l'on retrouvera un jour une vie normale. J'avais l'impression que de précieuses occasions de rétablissement me glissaient entre les doigts. »

1.1 Mettre en place des parcours et des processus d'orientation clairs

Des parcours et des processus d'orientation clairs favorisent une gestion efficace des orientations, un accès rapide aux SCRA et une réduction des listes d'attente. Les personnes responsables de la coordination des orientations jouent un rôle opérationnel essentiel, et les systèmes de gestion des orientations peuvent simplifier les flux de travail, réduire le fardeau administratif et améliorer l'efficacité, particulièrement lorsqu'ils sont intégrés aux dossiers médicaux électroniques (DME).

« J'ai bénéficié d'une évaluation à domicile et de services de réadaptation pendant que j'attendais les services ambulatoires. Ces services ont facilité mon retour à domicile et m'ont permis d'établir une première routine. »

L'objectif est de réduire au minimum le fardeau administratif des partenaires responsables des orientations et des coordonnateurs des orientations, afin de favoriser une gestion efficace des orientations et un accès rapide aux SCRA.



Recommandations provinciales

- Élaborer des parcours et des processus d'orientation et offrir de la formation aux partenaires responsables des orientations à leur sujet.

- Établir des relations de confiance avec les partenaires responsables des orientations afin de permettre l'acceptation automatique des orientations sans évaluation d'admission, lorsque cela est approprié.
- Tenir régulièrement des réunions d'équipe ou de courtes réunions de coordination afin d'examiner les tableaux de bord liés à l'accès, les orientations et les listes d'attente, dans le but d'équilibrer la demande et la capacité.
- Vérifier les listes d'attente après une période d'attente prolongée prédéfinie afin de confirmer le besoin continu de SCRA ou de relever tout changement de situation.



Idées complémentaires

- Explorer des systèmes de gestion des orientations intégrés aux DME.
- Appliquer des approches inspirées du Lean (par exemple, cartographie de la chaîne de valeur) afin de réduire les étapes n'apportant aucune valeur ajoutée dans les processus d'orientation.^{15,16}

1.2 Favoriser la qualité et l'exhaustivité des orientations

Des orientations complètes et de grande qualité réduisent le besoin d'effectuer des visites ou des appels d'évaluation d'admission et limitent les suivis nécessaires auprès des partenaires responsables des orientations. Des orientations complètes favorisent également l'établissement rapide des priorités et réduisent les retards inutiles dans la planification et la replanification des rendez-vous. La [Liste de vérification des renseignements à inclure dans la feuille sommaire de transition des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC](#)¹⁷ peut être considérée comme la norme minimale conforme aux pratiques exemplaires pour une orientation de qualité.

Les renseignements supplémentaires suivants peuvent favoriser une admission en temps opportun :

- Personne-ressource principale et numéro de téléphone
- Disponibilités pour les rendez-vous de SCRA
- Confirmation que les dispositions relatives au transport ont été prises
- Besoins en matière de soutien à la communication ou de services d'interprétation

L'objectif est de permettre l'acceptation, l'établissement des priorités et la planification rapides des orientations sans évaluation d'admission, favorisant ainsi une transition



Recommandations provinciales

- Élaborer un formulaire d'orientation normalisé répondant aux exigences minimales des pratiques exemplaires et facilitant l'admission et la planification efficaces des services.
- Veiller à ce que les formulaires d'orientation soient accessibles aux partenaires responsables des orientations et offrir de la formation sur les renseignements requis pour assurer des orientations de grande qualité.
- Veiller à ce que l'examen des orientations soit effectué par des professionnels de la réadaptation possédant une expertise en AVC.



Idées complémentaires

- Établir des normes concernant le délai entre la réception d'une orientation et la décision d'admission (idéalement dans un délai de 24 à 48 heures).
- Adopter un formulaire d'orientation cohérent dans les programmes de SCRA voisins.
- Mettre en place des mécanismes de rétroaction concernant les orientations incomplètes afin d'améliorer la qualité des orientations futures.

1.3 Adopter des critères d'acceptation clairs

Des critères d'acceptation des SCRA clairs et transparents favorisent la prestation des soins, réduisent le nombre d'orientations inutiles et optimisent l'utilisation des ressources limitées. Les RCPOSA présentent les critères généraux d'admissibilité à la réadaptation après un AVC.¹⁸

Conformément au Modèle de soins de réadaptation communautaire après un AVC, les programmes de SCRA devraient également envisager d'accepter les personnes ayant subi un AVC qui :

- ont subi un AVC **jusqu'à un an** avant l'orientation;
- n'ont besoin que **d'une seule** discipline de réadaptation.

L'objectif est de réduire le nombre d'orientations ne répondant pas aux critères d'acceptation et d'améliorer l'établissement des priorités, permettant ainsi un accès plus rapide aux SCRA pour les personnes en attente du début des services.



Recommandations provinciales

- Adopter les critères d'admissibilité des RCPOSA ainsi que les critères supplémentaires conformes au Modèle de soins de réadaptation communautaire après un AVC.
- Informer les partenaires responsables des orientations des critères d'acceptation.

- Déterminer les partenaires responsables des orientations dont les orientations peuvent être acceptées sans évaluation d'admission.
- Mettre proactivement les personnes non admissibles aux SCRA en contact avec les ressources communautaires locales et régionales appropriées.



Idées complémentaires

- Fournir une rétroaction aux partenaires responsables des orientations lorsque les orientations ne répondent pas aux critères d'acceptation, y compris des suggestions de solutions de rechange.

Gérer la réintégration au programme de SCRA

Le Modèle de soins de réadaptation communautaire après un AVC permet la réintégration aux SCRA jusqu'à un an après le congé pour les personnes ayant subi un AVC et présentant des objectifs clairs et réalisables. La réintégration exige un équilibre entre les besoins des patients et la capacité du programme. Pour les programmes en mesure d'offrir une réintégration, celle-ci peut permettre un suivi clinique et l'accès à des ressources communautaires supplémentaires.



Idées complémentaires

- Offrir des suivis planifiés après le congé (par exemple, après six mois et un an) afin de soutenir le rétablissement et de réduire les réintégrations non planifiées.
- Proposer, lorsque cela est approprié, des services de réadaptation relevant d'une seule discipline dans le cadre de la réintégration.
- Offrir des périodes d'essai de réintégration à durée déterminée assorties d'objectifs et d'attentes clairement définis.

1.4 Appliquer des critères de priorisation équitables

« J'éprouvais des difficultés à avaler et je m'étouffais, mais j'ai quand même dû attendre six semaines. »

La priorisation favorise un accès rapide et équitable en veillant à ce que les personnes ayant les besoins les plus urgents soient vues en premier, tout en réduisant au minimum les biais. Bien que certaines approches, comme la réservation immédiate de rendez-vous d'évaluation rapide (STAT) dès la réception de l'orientation, puissent réduire les temps d'attente¹⁹, l'approche recommandée consiste à établir un petit nombre de critères clairement définis de **priorité 1**. Toutes les autres orientations devraient être planifiées selon le principe du premier arrivé, premier servi, en fonction de la « date à laquelle la personne est prête pour la

réadaptation/date d'orientation », conformément à l'Initiative de déclaration de données des SCRA (IDD).*

Les critères de priorité 1 sont généralement axés sur la sécurité et comprennent :

- ✓ Risques liés à la sécurité à domicile (par exemple, chutes, déglutition)
- ✓ Risques imminents liés au soutien social (par exemple, logement, accès aux médicaments, soutien des aidants)
- ✓ Risque élevé de réhospitalisation ou de détérioration rapide de l'état de santé

L'objectif est de veiller à ce que les personnes ayant les besoins les plus importants puissent commencer les SCRA le plus rapidement possible, tandis que les autres accèdent aux soins de la manière la plus équitable possible.



Recommandations provinciales

- Mettre en œuvre des critères de priorité 1 et planifier toutes les autres orientations selon le principe du premier arrivé, premier servi.
- Effectuer une évaluation d'admission uniquement lorsqu'elle est nécessaire pour confirmer le statut de priorité 1.
- Informer les partenaires responsables des orientations des critères de priorisation afin d'améliorer la transparence et de gérer les attentes.
- Veiller à ce que la priorisation soit effectuée par des professionnels de la réadaptation possédant une expertise en AVC.

1.5 Améliorer l'accès grâce à la réadaptation virtuelle après un AVC

Les études démontrent que la réadaptation virtuelle après un AVC (téléréadaptation) est à la fois réalisable et efficace pour les personnes ayant subi un AVC, y compris celles présentant des déficiences motrices, cognitives ou de communication.^{20,21,22,23} Ses avantages vont au-delà de la thérapie elle-même et comprennent l'éducation, l'acquisition de compétences, la planification de la transition et le soutien par les pairs. L'un de ses principaux avantages est l'amélioration de l'accès aux services, permettant aux personnes vivant dans des collectivités rurales, éloignées ou mal desservies d'accéder à des SCRA rapides et équitables au-delà des frontières géographiques. L'expérience vécue met également en évidence une réduction de la fatigue liée aux déplacements, une plus grande confiance dans l'autogestion, une diminution de la dépendance envers les autres et une réduction des dépenses personnelles.^{4,24} Les soins virtuels

*Le [document Exigences relatives aux données de SNISA allégé pour soins cliniques pour l'Initiative de déclaration de données des services communautaires de réadaptation après un AVC de l'Ontario](#) décrit les éléments de données nécessaires pour favoriser une déclaration uniforme et de grande qualité des données relatives aux SCRA.

peuvent également améliorer la planification des services (par exemple, une personne peut commencer une thérapie virtuelle dans une discipline) et réduire les temps d'attente en réadaptation²⁵, bien que leur mise en œuvre réussie dépende d'une littératie numérique adéquate et de l'accès à une technologie appropriée. La prise de décisions partagée entre la personne et l'équipe de soins de santé est essentielle afin de déterminer l'approche la plus appropriée : réadaptation après un AVC en personne, virtuelle ou hybride.

L'objectif est d'améliorer l'accès aux SCRA grâce à des soins flexibles soutenus par la technologie.



Recommandations provinciales

- Utiliser la [Trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC de Pratiques optimales de l'AVC au Canada](#)²⁶ afin d'orienter la mise en œuvre de la réadaptation virtuelle après un AVC.
- Établir des processus clairs pour appuyer la prise de décisions concernant la réadaptation virtuelle après un AVC en tenant compte du type de thérapie, du niveau de confort du patient, de la familiarité du fournisseur avec les modalités virtuelles et des considérations liées à la sécurité.
- Offrir une visite virtuelle lorsque la réadaptation en personne n'est pas disponible ou réalisable.

Perspective fondée sur l'expérience vécue : Des directives claires au moment du congé de l'hôpital

« J'ai beaucoup apprécié que l'hôpital me fournisse des exercices physiques et orthophoniques avant mon congé. »

- Une trousse d'information personnalisée contenant des instructions pour poursuivre le rétablissement à domicile
- Une compréhension réaliste de mon rétablissement, des moyens de demeurer en sécurité et de ce à quoi je peux m'attendre
- Les coordonnées du programme de SCRA
- Un rendez-vous avec le programme de SCRA avant mon retour à domicile

2.0 Améliorer l'expérience pendant l'attente avant le début des services

« Les listes d'attente sont inévitables; donnez-moi les outils nécessaires pour réussir grâce à de l'information, à des exercices à faire à domicile et à des explications sur ce à quoi je peux m'attendre. »

2.1 Coordonner la transition entre l'hôpital et les SCRA

« J'aurais aimé que quelqu'un s'assoie avec moi et ma famille pour m'expliquer ce qui m'est arrivé et discuter de la suite des choses. »

Une expérience positive de l'attente commence par une planification efficace de la transition et une solide collaboration entre les partenaires responsables des orientations et les programmes de SCRA. Les partenaires responsables des orientations partagent la responsabilité de préparer les personnes ayant subi un AVC aux SCRA en leur fournissant de l'information, des ressources et des mesures de soutien locales et régionales favorisant la poursuite de leur rétablissement. Les transferts cliniques directs entre au moins un membre de l'équipe de soins de l'AVC en milieu hospitalier (soins actifs ou réadaptation pour patients hospitalisés) et un membre de l'équipe du programme de SCRA, réalisés en personne ou virtuellement avec les personnes ayant subi un AVC et les membres de leur famille ou proches aidants, sont largement reconnus comme une pratique exemplaire et contribuent à renforcer la continuité des soins et la confiance.^{27,28,29} Lorsque cela est possible, les personnes admissibles aux SCRA devraient être repérées tôt pendant leur séjour à l'hôpital et bénéficier d'un transfert coordonné. Lorsque les ressources sont limitées, les programmes de SCRA sont encouragés à accorder la priorité aux transferts pour les personnes qui pourraient en tirer le plus grand bénéfice, notamment celles présentant des besoins cliniques complexes, des situations sociales difficiles ou des préoccupations liées à la sécurité.

« Pendant que mon père attendait de commencer sa réadaptation, je faisais moi-même des exercices à domicile avec lui. Aucune information ne m'a été fournie. »

L'objectif est d'assurer une communication coordonnée entre les équipes afin que les personnes ayant subi un AVC se sentent informées et soutenues tout au long de la transition, particulièrement lorsqu'elles attendent de commencer les SCRA.

« Mon congé a été très bien coordonné, les transitions étaient bien planifiées et mes rendez-vous en consultation externe étaient déjà fixés. »



Recommandations provinciales

- Planifier une première visite dans le cadre des SCRA avant le congé de l'hôpital, lorsque cela est possible.
- Faciliter les transferts cliniques directs, lorsque cela est possible.
- Collaborer avec les équipes de soins de l'AVC en milieu hospitalier (soins actifs et réadaptation pour patients hospitalisés) afin de veiller à ce que les personnes ayant subi un AVC reçoivent :

- ✓ un résumé de congé axé sur le patient (RCAP) accompagné d'un plan de rétablissement écrit
- ✓ De l'information sur les mesures de soutien disponibles, y compris le transport et l'équipement
- ✓ Les coordonnées du programme de SCRA et les indications pour s'y rendre



Idées complémentaires

- Participer aux réunions cliniques des équipes de réadaptation après un AVC en milieu hospitalier (soins actifs et réadaptation pour patients hospitalisés) afin d'établir des relations de collaboration et de repérer les personnes admissibles aux SCRA.
- Lorsque cela n'est pas possible, tenir régulièrement (par exemple, tous les trimestres) des rencontres entre les équipes de réadaptation après un AVC en milieu hospitalier et les équipes des programmes de SCRA afin de discuter des possibilités de collaboration et d'intégration des processus.
- Mettre en œuvre un rôle de soutien par les pairs afin de faciliter la transition vers les SCRA.

Perspective fondée sur l'expérience vécue : Communication de la part du programme de SCRA pendant l'attente avant le début des services

« On m'a fourni les coordonnées du programme, je savais à quoi m'attendre et je savais qui appeler. On m'a indiqué que l'attente durerait quelques semaines. »

- Un point de contact unique
- De la transparence concernant les délais
- Un appel du programme de SCRA afin d'établir un contact et d'offrir de l'information, du soutien et des encouragements

2.2 Communiquer ouvertement

« Ces six semaines sans nouvelles de qui que ce soit ont été angoissantes. »

L'attente peut constituer l'une des étapes les plus difficiles du parcours après un AVC. Une communication claire, empathique et proactive contribue à réduire l'anxiété et permet aux personnes ayant subi un AVC de comprendre à quoi s'attendre. La communication devrait éviter le langage impersonnel et favoriser la confiance, la compréhension et une expérience positive pour les patients.

« J'avais l'impression d'importuner les gens. On me disait d'attendre mon tour. »

L'objectif est de maintenir un contact significatif avec les personnes inscrites sur la liste d'attente afin de leur offrir du réconfort, de la transparence et de la confiance, tout en favorisant une expérience positive.



Recommandations provinciales

- Fournir des estimations honnêtes et réalistes des temps d'attente.
- Désigner une personne-ressource au sein du programme de SCRA pour répondre aux questions.



Idées complémentaires

- Effectuer un suivi téléphonique après une période d'attente prédéfinie (par exemple, deux semaines) afin de communiquer des mises à jour, répondre aux questions et fournir de l'information.

2.3 Favoriser l'autonomisation grâce au soutien, à l'éducation et aux ressources

« Il est très facile de sombrer dans la dépression lorsqu'on attend des services. »

Le rétablissement ne devrait pas être mis sur pause pendant que les personnes ayant subi un AVC attendent les SCRA. La prestation d'information, de ressources et d'un soutien à l'orientation contribue à réduire l'anxiété et la frustration, favorise l'autogestion et améliore la préparation à la réadaptation. Le soutien à l'orientation offert à la fois par l'équipe de réadaptation après un AVC en milieu hospitalier (soins actifs et réadaptation pour patients hospitalisés) et par l'équipe de SCRA joue un rôle essentiel pour mettre les personnes en lien avec les services locaux, les ressources communautaires et l'information sur le rétablissement pendant cette transition.³⁰

Perspective fondée sur l'expérience vécue : Soutien par les pairs et soutien en santé mentale

« Je me suis impliqué dans tout ce que je pouvais. J'ai participé à des programmes communautaires, à des groupes de soutien par les pairs et à des programmes de jour. »

- Liens vers des groupes et programmes communautaires de soutien par les pairs destinés aux personnes ayant subi un AVC afin d'échanger avec d'autres personnes ayant vécu une expérience semblable
- Soutien en counseling

« Je pense qu'un navigateur spécialisé en AVC aurait pu faire une différence importante pour mon père. »

L'objectif est de donner aux personnes ayant subi un AVC ainsi qu'aux membres de leur famille ou proches aidants les moyens de participer activement à leur rétablissement pendant l'attente, tout en améliorant leur expérience.

« Le soutien par les pairs aurait été bénéfique pendant l'attente. »



Recommandations provinciales

- Mettre les personnes ayant subi un AVC ainsi que les membres de leur famille ou proches aidants en lien avec des groupes locaux de soutien par les pairs et des programmes communautaires.
- Offrir un soutien à l'orientation lorsque cela est possible.
- Collaborer avec le Réseau régional de l'AVC afin de maintenir sur le site Web du réseau une liste à jour de ressources éducatives fiables et de services communautaires.
- Lorsque les options locales sont limitées, mettre les personnes ayant subi un AVC ainsi que les membres de leur famille ou proches aidants en lien avec des programmes et des ressources provinciaux et nationaux.



Idées complémentaires

- Offrir aux personnes inscrites sur la liste d'attente des séances d'information en groupe, virtuelles ou en personne, conformes à la [Liste de vérification sur l'éducation et l'autogestion des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC](#)³¹.

Perspective fondée sur l'expérience vécue : Information et ressources sur le rétablissement après un AVC

« J'ai beaucoup apprécié la ressource Passeport AVC fournie par l'hôpital. Elle est devenue ma deuxième bible. »

- Information écrite locale, facilement accessible et tenant compte des besoins particuliers des personnes ayant des difficultés de communication
- Faire participer les membres de la famille chaque fois que possible lorsqu'une information est communiquée
- Répéter l'information, puisqu'il est souvent difficile de l'assimiler pleinement la première fois

2.4 Maintenir une présence numérique

Une présence numérique claire et accessible peut constituer un point de contact important pour les personnes ayant subi un AVC ainsi que pour les membres de leur famille ou proches aidants. Des renseignements facilement accessibles sur le programme ainsi que des liens vers des ressources locales favorisent la transparence, soutiennent la communication et améliorent l'expérience de l'attente.

L'objectif est de fournir des renseignements accessibles afin de soutenir les personnes pendant qu'elles attendent de commencer les SCRA.



Idées complémentaires

- Élaborer une page Web sur les SCRA en collaboration avec l'équipe des communications ou le Réseau régional de l'AVC.
- Utiliser la messagerie vocale et le courriel (avec consentement) pour transmettre des mises à jour et orienter les personnes vers des ressources communautaires et en ligne.

2.5 Recueillir les expériences liées à la liste d'attente

« La période d'attente a intensifié l'adaptation émotionnelle à la suite de mon AVC. »

Les commentaires des personnes ayant subi un AVC ainsi que des membres de leur famille ou proches aidants qui ont attendu ou qui attendent actuellement les SCRA fournissent des renseignements précieux sur les lacunes existantes et les possibilités d'amélioration.

Perspective fondée sur l'expérience vécue : Soutien pour s'orienter dans les prochaines étapes

« Le navigateur a été formidable. Il nous a énormément aidés, nous a expliqué les délais et nous a offert son aide concernant l'assurance-emploi. »

- Une liste de services communautaires ainsi que des conseils pratiques, des encouragements et du soutien pour s'orienter dans les prochaines étapes, notamment pour établir des liens avec les programmes locaux, organiser le transport, obtenir l'équipement nécessaire et accéder à une aide financière.

L'objectif est d'intégrer l'expérience vécue à la planification et à l'amélioration des programmes.



Idées complémentaires

- Recueillir de la rétroaction sur l'expérience de l'attente afin d'orienter les efforts d'amélioration de la qualité.
- Montrer comment la rétroaction a contribué aux changements apportés, afin de renforcer la valeur de l'expérience vécue.

3.0 Optimiser la gestion des listes d'attente

3.1 Explorer un modèle d'admission centralisée

Les modèles d'admission centralisée (point d'entrée unique) améliorent l'efficacité en normalisant les processus d'orientation, en réduisant les dédoublements et en diminuant le fardeau administratif.³² Ils offrent une visibilité en temps réel sur les orientations et les listes d'attente, ce qui permet d'orienter les demandes vers le milieu le plus approprié et favorise un accès plus équitable. Les données probantes présentées par la vérificatrice générale de l'Ontario mettent en évidence les limites des listes d'attente fragmentées propres à chaque fournisseur et appuient l'adoption d'approches coordonnées à l'échelle du système en matière d'admission pour les services communautaires, y compris les services de réadaptation.³³

L'objectif est d'améliorer la gestion des orientations grâce à une approche centralisée qui réduit les dédoublements, les efforts administratifs et les temps d'attente, améliorant ainsi l'accès aux SCRA.



Idées complémentaires

- En collaboration avec le Réseau régional de l'AVC :
 - ✓ Explorer la mise en place d'une admission centralisée entre les programmes de SCRA voisins
 - ✓ Envisager une approche locale ou régionale à l'égard des tableaux de bord liés à l'accès aux services ainsi que des réunions multidisciplinaires ou des réunions de coordination
 - ✓ Explorer des possibilités de collaboration locale ou régionale afin d'établir des pratiques uniformes de communication et de gestion des orientations

3.2 Adopter des pratiques efficaces de planification

« On m'avait inscrit à des séances de thérapie consécutives, mais c'était trop exigeant et j'avais besoin de pauses. »

Une planification efficace profite aux personnes ayant subi un AVC, aux membres de leur famille ou proches aidants, aux programmes de SCRA ainsi qu'au système de santé en réduisant les temps d'attente, en améliorant la coordination, en limitant les annulations et en optimisant l'utilisation de la capacité clinique. Les programmes de SCRA peuvent envisager différentes approches de planification, chacune comportant ses propres avantages et compromis (tableau 1). Cette liste n'est pas exhaustive, et les programmes de SCRA sont encouragés à combiner certains éléments de ces approches afin d'améliorer l'accès aux services.

Tableau 1. Approches de planification, avantages et inconvénients, et principales considérations

Approche	Description	Avantages	Inconvénients	Principales considérations
Planification fondée sur l'intensité	• Fréquence et durée des visites déterminées en fonction des objectifs cliniques et du rétablissement	• Correspond le plus étroitement aux pratiques exemplaires (relation dose-réponse) • Axée sur les résultats • Associe les ressources à une justification clinique	• Difficile à maintenir lorsque les ressources sont limitées • Complexe à gérer • Peut ne pas réduire les listes d'attente	• Recourir aux aides à la réadaptation et aux programmes de groupe • Surveiller les résultats afin d'assurer l'équité

Approche	Description	Avantages	Inconvénients	Principales considérations
Planification fixe ou par blocs	• Rendez-vous récurrents à des heures fixes pendant toute la durée des soins • Charges de travail organisées en blocs prévisibles	• Prévisible pour les personnes et les aidants (par exemple, planification du transport) • Gestion facile des charges de travail • Échéanciers prévisibles pour la planification des nouvelles orientations • Favorise l'établissement d'une routine	• Peu de souplesse en cas de rendez-vous manqués • Difficulté à combler les annulations • Les temps d'attente augmentent lorsque les blocs sont complets • Inefficace lorsque l'assiduité est variable • Favorise la simplicité administrative au détriment des besoins individuels	• Nécessite des politiques claires concernant l'assiduité et les annulations • Envisager la surréservation en prévision des absences • Planifier des rendez-vous consécutifs lorsque cela est approprié
Planification fondée sur les groupes	• Thérapie de groupe offerte parallèlement à des séances individuelles planifiées	• Augmente la capacité sans ajout de personnel • Favorise les interactions entre pairs	• Soins moins individualisés • Horaire moins souple • Perception d'une efficacité moindre • Ne convient pas à tous • Prévoir suffisamment d'espace et d'équipement	• Former les groupes selon le niveau fonctionnel • Combiner avec des séances individuelles afin d'atteindre les objectifs

Approche	Description	Avantages	Inconvénients	Principales considérations
Planification hybride flexible	• Combinaison de rendez-vous récurrents et de plages horaires réservées et flexibles (par exemple, urgences, nouvelles orientations, rendez-vous reportés)	• Équilibre entre prévisibilité et souplesse • S'adapte aux besoins changeants • Favorise la réactivité	• Complexité opérationnelle élevée • Nécessite une infrastructure de planification robuste • Les plages flexibles peuvent être perdues si elles ne sont pas utilisées adéquatement	• Définir clairement l'utilisation prévue des plages flexibles • Examiner régulièrement l'utilisation des plages flexibles
Accès ouvert / planification du prochain rendez-vous	• Rendez-vous fixés de un à cinq jours à l'avance • Capacité réservée aux nouvelles orientations	• Réduit les temps d'attente • Réduit les taux d'absence • S'adapte aux disponibilités et aux besoins individuels	• Difficile à mettre en œuvre lorsque le volume d'orientations est élevé ou en présence de pénuries de personnel • Exige beaucoup de ressources • Risque d'iniquités dans l'accès • Défis liés à la planification du transport	• Plus difficile à mettre en œuvre lorsqu'une liste d'attente existe déjà • Nécessite une compréhension claire de la demande et de la capacité • Les modèles hybrides sont souvent plus réalisables

Approche	Description	Avantages	Inconvénients	Principales considérations
Accès par niveaux	• Les personnes sont orientées selon leur niveau d'acuité ou de complexité • Les personnes ayant les besoins les plus importants reçoivent une thérapie individuelle intensive; celles ayant des besoins moindres reçoivent des soins moins fréquents ou en groupe	• Priorise les personnes ayant les besoins les plus importants • Planification fondée sur les besoins cliniques • Permet de prendre en charge un plus grand volume	• Risque de ne pas répondre adéquatement aux besoins des niveaux inférieurs • La priorisation peut être difficile à normaliser de façon équitable • Certaines personnes peuvent avoir l'impression d'être moins prioritaires • Nécessite une réévaluation lors des changements de niveau	• Utiliser des outils validés pour la priorisation • Définir les critères d'intensification/ de réduction des services • Surveiller l'équité entre les différents niveaux

Quel que soit le modèle utilisé, les systèmes électroniques de planification peuvent améliorer l'efficacité, automatiser les rappels et faciliter la gestion d'horaires multidisciplinaires complexes. L'intégration aux DME réduit davantage le fardeau administratif.

L'objectif est de planifier efficacement les rendez-vous de SCRA afin de favoriser une gestion efficace des listes d'attente et d'améliorer le flux de patients dans le programme.

« J'aurais pu commencer ma physiothérapie plus tôt au lieu d'attendre que tous les thérapeutes soient disponibles. »



Recommandations provinciales

- Mettre en œuvre une **politique relative au premier contact** pour les nouvelles orientations :
 - ✓ Au moins deux tentatives de contact téléphonique sur une période approximative d'une semaine
 - ✓ Fermeture de l'orientation une semaine après la dernière tentative de contact en l'absence de réponse
 - ✓ Avis écrit à la personne ayant subi un AVC et au fournisseur de soins primaires (FSP)/auteur de l'orientation concernant la fermeture de l'orientation
- Mettre en œuvre une **politique de début différé planifié** :
 - ✓ Motifs acceptables de report (par exemple, maladie, transport)
 - ✓ Report maximal d'environ un mois, selon la nature du report, après quoi l'orientation est fermée
 - ✓ Avis écrit à la personne ayant subi un AVC et au FSP/auteur de l'orientation concernant la fermeture de l'orientation
- Offrir des débuts de services échelonnés lorsqu'une des disciplines requises est disponible avant les autres.
- Optimiser l'utilisation des aides à la réadaptation.
- Tenir régulièrement des réunions d'équipe ou de courtes réunions de coordination afin d'examiner les horaires, les charges de travail et les congés prévus.



Idées complémentaires

- Collaborer avec l'équipe des technologies de l'information afin d'explorer davantage les fonctions de planification intelligente offertes dans les plateformes de DME existantes.
- Établir des attentes à l'échelle du programme concernant les charges de travail et les paramètres de référence en matière de rendez-vous afin de favoriser l'uniformité et l'optimisation de la capacité.
- Étudier des modèles de réadaptation fondés sur les groupes, comme la thérapie en circuit.^{34,35}

4.0 Améliorer le flux de patients dans le programme

4.1 Adopter des politiques claires concernant les annulations, l'assiduité et les suspensions temporaires de services

Les rendez-vous de SCRA manqués perturbent le rétablissement et réduisent l'accès aux services pour les autres personnes en attente. Des politiques claires et appliquées de façon uniforme concernant les annulations, l'assiduité et les suspensions temporaires de services protègent le temps consacré à la thérapie, favorisent une planification prévisible, améliorent l'efficacité opérationnelle et optimisent le flux de patients. Toutefois, elles doivent être appliquées avec discernement et empathie, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé ainsi que des responsabilités des membres de la famille ou proches aidants, tout en réduisant au minimum les obstacles à la participation.

L'objectif est de réduire le nombre de rendez-vous inutilisés, d'améliorer le flux dans le programme de SCRA et d'optimiser la capacité tout en maintenant une approche compatissante et centrée sur la personne.



Recommandations provinciales

- Offrir une visite virtuelle ou téléphonique afin de répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent pas participer à une visite en personne, lorsque cela est approprié.
- Communiquer toutes les politiques verbalement et par écrit au moment de l'admission au programme et consigner la compréhension et l'adhésion de la personne.
- Appliquer les politiques de façon uniforme et avec empathie.
- Mettre en œuvre une **politique claire concernant les annulations** :
 - ✓ Demander un préavis de 24 heures lorsqu'une personne ne peut se présenter
 - ✓ Replanifier le rendez-vous lorsqu'un préavis de plus de 24 heures est fourni pour un motif acceptable
 - ✓ Considérer les rendez-vous annulés moins de 24 heures à l'avance comme des rendez-vous manqués
- Définir les **motifs acceptables d'annulation** :
 - ✓ Maladie
 - ✓ Rendez-vous médical incompatible
 - ✓ Indisponibilité de l'aidant
 - ✓ Conditions météorologiques extrêmes
 - ✓ Problème de transport
- Mettre en œuvre une **politique claire concernant l'assiduité** :

- ✓ Discussion des préoccupations liées à l'assiduité après deux rendez-vous manqués
- ✓ Congé après trois rendez-vous manqués, selon les motifs invoqués
- Mettre en œuvre une **politique de suspension temporaire pour raisons médicales** :
 - ✓ Motifs acceptables (par exemple, instabilité médicale, examens en cours, réadmission à l'hôpital, changement de l'état de santé mentale)
 - ✓ Autorisation médicale requise pour reprendre le programme, selon la nature, la gravité et la durée du changement médical
 - ✓ Suspension maximale d'environ deux semaines (conformément à l'IDD des SCRA), après quoi un congé est accordé
- Mettre en œuvre une **politique claire de suspension temporaire liée à la préparation du patient** :
 - ✓ Motifs acceptables (par exemple, faible tolérance à l'activité, indisponibilité de l'aidant, problèmes de transport, difficultés financières)
 - ✓ La responsabilité du suivi incombe à la personne ayant subi un AVC et au membre de sa famille ou proche aidant
 - ✓ Envisager une date de reprise planifiée (c.-à-d. une durée de suspension prédéterminée)
 - ✓ Suspension maximale d'environ un mois, selon la nature de la suspension, après quoi un congé est accordé

4.2 Prioriser l'autogestion

Le développement des compétences en autogestion permet aux personnes ayant subi un AVC de jouer un rôle actif dans leur rétablissement et leur réintégration dans la collectivité. Une plus grande auto-efficacité favorise des transitions plus harmonieuses vers les SCRA et à la fin de ceux-ci, réduit la dépendance à l'égard des services formels et améliore le flux de patients dans le programme en créant de la capacité pour permettre à d'autres personnes de commencer leur réadaptation.

L'objectif est de permettre aux personnes ayant subi un AVC, avec le soutien des membres de leur famille ou proches aidants, d'assurer l'autogestion de leur rétablissement continu et de leur santé à long terme, améliorant ainsi le flux de patients dans le programme.



Recommandations provinciales

- Mettre les personnes ayant subi un AVC en lien avec les programmes d'autogestion existants.
- Offrir des activités d'éducation à l'autogestion, individuelles ou en groupe, conformes à la [Liste de vérification sur l'éducation et l'autogestion des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC](#).³¹
- Diffuser des ressources sur l'autogestion :
 - ✓ [Pratiques optimales de l'AVC au Canada – Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants](#)³⁶

Données des SCRA pour améliorer l'accès en temps opportun

La collecte et la surveillance systématiques des données des SCRA permettent de mieux comprendre l'accès aux services, leur utilisation et les lacunes dans les soins, tout en soutenant l'amélioration continue de la qualité. Les tableaux de bord des SCRA offrent une visibilité en temps réel de la performance, favorisent la prise de décisions fondées sur les données et se sont révélés efficaces pour améliorer l'accès rapide aux services de réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC. Les programmes de SCRA sont encouragés à élaborer des tableaux de bord, à établir des cibles ou des points de référence en matière de performance et à examiner régulièrement les données lors des réunions d'équipe ou des réunions de coordination.

Les programmes de SCRA qui ont constamment une liste d'attente peuvent envisager d'afficher dans un tableau de bord les mesures d'accès et de flux suivantes afin d'orienter leurs efforts d'amélioration. Voici quelques exemples de mesures utilisées par les programmes de SCRA :

- Nombre de nouvelles orientations
- Nombre de nouvelles personnes qui commencent leur réadaptation
- Nombre de personnes recevant activement des services de réadaptation (c.-à-d. charge de travail actuelle par discipline)
- Nombre de personnes en attente de services de réadaptation (priorité 1 et autres, par discipline)
- Nombre médian de jours sur la liste d'attente (c.-à-d. nombre médian de jours entre la date à laquelle la personne est prête pour la réadaptation/date d'orientation et la date de la première présence ou visite en réadaptation, par discipline)
- Nombre d'annulations
- Nombre de non-présentations
- Nombre de personnes ayant obtenu leur congé du programme
- Durée moyenne de séjour (en jours ou en semaines) dans le programme

Ces mesures peuvent ensuite être utilisées pour calculer d'autres indicateurs opérationnels, comme le nombre prévu de congés par semaine ou le taux de résorption de la liste d'attente.

L'utilisation constante des données et des tableaux de bord favorise la mise en œuvre de mesures ciblées visant à renforcer la performance du programme et du système et à améliorer l'accès rapide et équitable aux SCRA pour les personnes ayant subi un AVC.

Remerciements

Membres du groupe de rédaction

Membre	Rôle	Organisme/ Réseau de l'AVC
Natalie Aitken	Coordonnatrice régionale de la réadaptation après un AVC	Sud-Est de l'Ontario
Eileen Britt	Coordonnatrice régionale de la réadaptation après un AVC et des services communautaires	Centre-Sud
Cara Coghlan	Superviseure clinique, Centres de réadaptation ambulatoire	Lakeridge Health
Deena Lala	Gestionnaire clinique, Programme de réadaptation	St. Joseph's Health London – Parkwood
Amy Maebrae-Waller	Gestionnaire des soins aux patients, Centre de réadaptation ambulatoire, Cliniques de prévention de l'AVC et de Botox Coordonnatrice régionale de l'AVC	Lakeridge Health Centre-Est
Alda Tee	Coordonnatrice régionale de la réadaptation après un AVC	Centre-Est

Personnes ayant une expérience vécue

Les commentaires de personnes ayant subi un AVC ainsi que de membres de leur famille ou proches aidants ayant vécu l'expérience de l'attente avant le début des SCRA ont été recueillis par les coordonnateurs régionaux de la réadaptation après un AVC, qui se sont entretenus individuellement avec des personnes ayant subi un AVC, ont participé à des conseils consultatifs des patients et des familles axés sur l'AVC et ont animé des groupes de discussion en partenariat avec le programme Après un AVC de la Marche des dix sous. Plus de 65 personnes ont participé à ces activités au total.

Processus de révision secondaire

Les membres du Comité consultatif sur la réadaptation après un AVC (SRAC) de Santé Ontario (CorHealth) ont participé à un processus de révision secondaire afin de fournir leurs commentaires sur l'ébauche du document d'orientation. Le SRAC est coprésidé par le Dr Benjamin Ritsma (physiatre, Providence Care, Université Queen's, Kingston) et Shelley Huffman (directrice régionale, Réseau de l'AVC du Sud-Est de l'Ontario). Il est composé d'experts cliniques de l'AVC, de cliniciens et d'administrateurs en réadaptation après un AVC, de coordonnateurs de la réadaptation et de directeurs régionaux du Réseau régional de l'AVC, ainsi que de conseillers aux patients.

Références

1. Hajizadeh, M. et Jalili, F. (2025) Addressing healthcare waiting time challenges in Canada: insights from emerging initiatives. In J Health Policy Manag. 14:8986.
2. Filleul, A. et Racine, E. (2025) Envisioning a Living Ethics Approach to the Allocation of Scarce Resources. The American Journal of Bioethics. 25(11):101-104.
3. Aderinto, N., et coll. (2023) Exploring the transformative influence of neuroplasticity on stroke rehabilitation: a narrative review of current evidence. Annals of Medicine & Surgery. 85:4425-4432.
4. [Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC, première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux, 7^e édition.](#) (2025).
5. Laliberte, M., et coll. (2018) Operationalizing wait lists: strategies and experiences in three hospital outpatient physiotherapy departments in Montreal. Physiotherapy Theory and Practice. 34(11):872-881.
6. [Santé Ontario, Modèle de soins de réadaptation communautaire après un AVC.](#) (Juillet 2022).
7. Wenzel, A.R.J. et Wenzel, S.D. (2024) Evaluating wait time management strategies for Canadian physiotherapy services: a scoping review. Undergraduate Research in Natural and Clinical Science and Technology. 8(3).
8. Wade, D.T. (2003) Selection criteria for rehabilitation services. Clinical Rehabilitation. 17:115-118.
9. Dupuis, F., et coll. (2022) Strategies to reduce waiting times for outpatient rehabilitation services for adults with physical disabilities: a systematic literature review. Journal of Health Services Research & Policy. 27(2):157-167.
10. Perreault, K., et coll. (2019) [Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec : constats et cibles d'action pour mieux répondre aux besoins de la population.](#) Association québécoise de la physiothérapie, Québec.
11. Deslauriers, S., et coll. (2017) Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. Disability and Rehabilitation. 39(26):2648-2656.
12. Passalent, L.A. (2010) Exploring wait list prioritization and management strategies for publicly funded ambulatory rehabilitation services in Ontario, Canada: further evidence of barriers to access for people with chronic disease. Healthcare Policy. 5(4):e139-e156.

13. Manderson, K., et coll. (2025) Service-level interventions to reduce waiting time in outpatient and community health settings may be sustained: a systematic review. *BMJ Open Quality*. 14:e003235.
14. Professional Ethics in Rehabilitation Network (PERN). (2017) Toolbox of wait list management strategies in rehabilitation.
15. Baker, G.R. (2014) Improving healthcare using lean processes. *Healthcare Quarterly*. 17(2):18-19.
16. Udhayakumar, A.A. (2022) Reduce the patient's waiting time and improve the patient's flow using lean six sigma in physiotherapy department. *QAI J Health Qual Patient Saf*. 3(2):29-36.
17. [Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC, première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux, 7^e édition. Encadré 7 : Liste de vérification des renseignements à inclure dans la feuille sommaire de transition.](#) (2025).
18. [Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC, première partie : Réadaptation après un AVC pour une prise en charge optimale, 7^e édition. Encadré 1 : Critères d'admissibilité à la réadaptation après un AVC.](#) (2025).
19. Harding, K.E., et coll. (2013) Reduced waiting time for community rehabilitation services: a controlled before-and-after trial. *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*. 94:23-31.
20. Ostrowska, PM, et coll. (2021) Telerehabilitation of post-stroke patients as a therapeutic solution in the era of the covid-19 pandemic. *Healthcare*. 9:964.
21. Tcherro, H., et coll. (2018) Telerehabilitation for stroke survivors: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 20(10):e10867
22. Sarfo, F.S., et coll. (2018) Tele-Rehabilitation after Stroke: An Updated Systematic Review. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*. 27(9):2306–2318.
23. Ciorte, V.M., et coll. (2021) Telerehabilitation—A Viable Option for the Recovery of Post-Stroke Patients. *Applied Sciences*. 11(21):10116.
24. Chen, Y., et coll. (2019) A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke rehabilitation system. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 27(2):81-92.
25. Koning, C., et coll. (2022) Virtual cardiac rehabilitation: A rapid shift in care delivery in response to the COVID-19 pandemic. *Patient Experience Journal*. 9(1):205-211.
26. [Trousse d'outils pour la mise en œuvre des soins virtuels de l'AVC de Pratiques optimales de l'AVC au Canada](#) (2022).
27. [Réseau de l'AVC du Centre-Est, Aide-mémoire sur les transferts cliniques directs](#) (juin 2022).

28. Sanderson, D., et coll. (2021) Increasing warm handoffs: optimizing community based referrals in primary care using QI methodology. *Journal of Primary Care & Community Health*. 12:1-7.
29. [Agency for Healthcare Research and Quality, Warm Handoff: Intervention](#) (juin 2023).
30. [Santé Ontario, Document d'orientation sur la navigation pendant la réadaptation communautaire après un AVC](#) (mai 2024).
31. [Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC, première partie : Planification de la réadaptation post-AVC pour la prestation de soins optimaux, 7^e édition. Encadré 9 : Liste de vérification sur l'éducation et l'autogestion.](#) (2025).
32. Milakovic, M., et coll. (2021) Effects of a single-entry intake system on access to outpatient visits to specialist physicians and allied health professionals: a systematic review. *CMAJ Open*. 9(2):E413-423.
33. Vérificatrice générale de l'Ontario. (2015). Rapport annuel 2015 : Centres d'accès aux soins communautaires — Programme des soins à domicile (Section 3.01). Imprimeur du Roi pour l'Ontario; Vérificatrice générale de l'Ontario. (2021). Suivi annuel des audits de l'optimisation des ressources (secteur de la santé); Vérificatrice générale de l'Ontario. (2025). Audit de l'optimisation des ressources : Programme communautaire de santé mentale pour les enfants et les jeunes. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
34. English, C., et coll. (2012) Group circuit class therapy for stroke survivors – a review of the evidence and clinical implications. *Physical Therapy Perspectives in the 21st Century - Challenges and Possibilities*. 337-368.
35. English, C., et coll. (2017) Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6:CD007513.
36. [Pratiques optimales de l'AVC au Canada – Aide à l'autogestion après un AVC : liste de vérification pour les patients, les familles et les aidants.](#) (2021).

Vous souhaitez obtenir ces informations dans un format accessible? 1-877-280-8538 | ATS 1-800-855-0511 | info@ontariohealth.ca.