

Développement d'un itinéraire clinique de réadaptation gériatrique à domicile, en continuité d'un séjour hospitalier : étude pilote de faisabilité à Genève

Auteurs Catherine Busnel¹, Soraya Hamache¹, Fanny Vallet¹, Anne Bridier¹, Jana Smutny¹, Emilia Frangos², Christophe Graf³, Olivier Perrier-Gros-Claude¹

¹Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), esplanade de Pont-Rouge 5-1212 Grand-Lancy 1. Suisse : catherine.busnel@imad-ge.ch, fanny.vallet@imad-ge.ch, soraya.hamache@imad-ge.ch, anne.bridier@imad-ge.ch, jana.smutny@imad-ge.ch, Olivier.Perrier-Gros-Claude@imad-ge.ch

² Service de médecine interne et de réadaptation Loëx-Joli-Mont, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève : emilia.frangos@hcuge.ch

³ Service de gériatrie et de réadaptation, Département de réadaptation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève : christophe.graf@hcuge.ch

Résumé : Une étude de faisabilité d'un itinéraire clinique de réadaptation gériatrique a été mise en place à Genève en octobre 2022. Cette étude a visé à identifier les freins et facilitateurs de l'itinéraire, à évaluer sa faisabilité et à analyser des premiers outcomes après une phase pilote, sur la base des données suivantes, analysées au travers de l'Implementation Research Logic Model : 1) indicateurs de suivi de 48 patients ayant parcouru l'ensemble de l'itinéraire, 2) données quantitatives sur des questionnaires auprès de 17 patients, 13 proches-aidants et 69 professionnels, et 3) des données qualitatives recueillies sur les réponses ouvertes des questionnaires et des entretiens semis-structurés. L'analyse de ces données a permis de proposer des ajustements en continu de l'itinéraire et de son implémentation. Les résultats montrent une bonne acceptabilité du dispositif, encourageant sa poursuite par une organisation et des outcomes consolidés.

Mots clés : collaboration, réadaptation gériatrique, itinéraire clinique

Uno studio di fattibilità di un itinerario clinico di riabilitazione geriatrica è stato avviato a Ginevra nell'ottobre 2022. Lo scopo di questo studio è stato identificare gli ostacoli e i facilitatori dell'itinerario, valutarne la fattibilità e individuare i primi risultati, al fine di proporre aggiustamenti continui dell'itinerario e della sua implementazione. A tale scopo, sono stati analizzati dati di diverse nature attraverso l'Implementation Research Logic Model: 1) indicatori di monitoraggio relativi a 48 pazienti che hanno completato l'intero itinerario; 2) dati quantitativi provenienti da questionari somministrati a 17 pazienti, 13 caregiver e 69 professionisti; e 3) dati qualitativi raccolti dalle risposte aperte dei questionari e dalle interviste semistrustrate. L'analisi dei dati dello studio di fattibilità ha consentito di individuare i principali ostacoli e facilitatori legati all'implementazione dell'itinerario. I risultati indicano una buona accettabilità del dispositivo, incoraggiandone la prosecuzione attraverso un'organizzazione e risultati consolidati.

Termini chiave : collaborazione, riabilitazione geriatrica, itinerario clinico

1. INTRODUCTION

Une population vieillissante présentant des comorbidités (Organisation Mondiale de la Santé, 2015) et plus fragile (Cesari et al., 2017), combinée à des durées de séjours de plus en plus courts (Jentzsch et al., 2018) sont autant d'ingrédients qui peuvent complexifier le retour à domicile des patients hospitalisés. La Suisse ne fait pas exception à ce schéma et requestionne notamment l'articulation entre les hôpitaux et les communautés (Ankers and Serdaly, 2017). Dans une perspective de retrouver un état de santé antérieur à une hospitalisation et un retour à domicile dans les meilleures conditions, la réadaptation joue un rôle essentiel dans le parcours de santé. Elle constitue plus précisément un « *ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap chez les personnes souffrant de problèmes de santé en interaction avec leur environnement* » (Organisation mondiale de la Santé, 2023), caractérisée entre autres par une intervention globale et multimodale centrée sur la personne afin d'accroître ou maintenir une indépendance dans les activités significatives de la vie quotidienne et à réduire le besoin de soins à long terme (Metzelthin et al., 2022). Les soins de réadaptation ont apporté des preuves d'efficacité telle qu'une capacité fonctionnelle augmentée, une amélioration de la qualité de vie (Bennett et al., 2022), une plus faible utilisation des services de santé non planifiée lors de la transition entre l'hôpital et le domicile (Mofina et al., 2023). Ils sont d'autant plus efficaces lorsque la compliance est importante (Lamouroux et al., 2005).

Avec une population suivie en réadaptation de plus en plus âgée pouvant présenter des risques et des incapacités plus élevées (Legg et al., 2016), la réadaptation requiert une approche spécifique et multidimensionnelle, alliant interventions diagnostiques et thérapeutiques (Grund et al., 2019) et s'inscrivant dans un itinéraire défini permettant une transition efficiente entre période stationnaire et ambulatoire. Un itinéraire clinique de réadaptation gériatrique peut se définir comme une « *intervention complexe destinée à réaliser une prise de décision collective et à organiser un processus de soins pour un groupe de patients bien défini durant une période de temps bien définie* » (Vanhaecht, 2007). Il se caractérise par a) une mention explicite des buts et des interventions-clés basés sur des preuves scientifiques, b) une communication facilitée entre les parties prenantes (patient, proche aidant, professionnels), c) une coordination interprofessionnelle ; d) une documentation, suivi et évaluation des résultats, et e) une identification des ressources appropriées.

Les soins de réadaptations en gériatrie sont encore peu développés à domicile et nécessitent l'élaboration d'un itinéraire clinique spécifique afin de 1) renforcer les soins de transition avec les équipes de réadaptation stationnaire, 2) renforcer la coordination des soins à domicile entre toutes les parties prenantes, et 3) définir des objectifs de réadaptation spécifiques à domicile en continuité de la prise en charge hospitalière. A cette fin, **une modélisation d'un premier itinéraire clinique de réadaptation gériatrique à domicile (ICR)** suite à un séjour au sein d'une structure stationnaire, a été proposée dans le canton de Genève (Suisse) **et a fait l'objet d'une étude de faisabilité.**

2. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF

Alors même que les principes de la réadaptation, des soins de transition, et des itinéraires cliniques sont très développés dans la littérature scientifique, leur mise en œuvre en pratique n'est pas toujours aisée et doit nécessairement s'adapter à la population visée, au contexte et aux modèles d'organisation des soins déjà en place. Les **sciences de l'implémentation** ont précisément pour objet la mise en œuvre d'interventions et l'adaptation au contexte (Bauer and Kirchner, 2020). Le cadre théorique des sciences de l'implémentation permet de décrire, classifier, évaluer et promouvoir des stratégies favorisant l'implémentation de ces outils. L'Implementation Research Logic Model (IRLM) proposé récemment par Smith et collaborateurs (Smith et al., 2020) permet d'identifier 1) les freins et les facilitateurs à la mise en œuvre, 2) les stratégies, (ce qui est mis en place dans le contexte pour accroître l'implémentation), 3) les mécanismes supposés et 4) les outcomes (retombées attendues de la mise en œuvre). **L'objectif de cette analyse est de dégager les déterminants (facilitateurs et freins) de l'implémentation d'un itinéraire de soins de réadaptation gériatrique à domicile après la sortie de l'hôpital, et de préciser les premiers outcomes de faisabilité.**

3. METHODE

3.1 Itinéraire clinique de réadaptation gériatrique

Le projet portant sur un itinéraire clinique de réadaptation gériatrique à domicile a été mené par l'institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) en partenariat avec les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), impliquant ainsi différents professionnels stationnaires et domiciliaires, les patients et les proches aidants. Cet itinéraire a été modélisé en définissant un cadre d'intervention, les étapes clés, les objectifs de réadaptation poursuivis, le consentement du patient et/ou de ses proches à contribuer activement au programme, les rôles des différents professionnels (ex. infirmières de liaison, infirmières coordinatrices, infirmiers spécialiste clinique/pratique avancée), les outils cliniques communs et de supports organisationnels pour les intervenants des équipes interprofessionnelles (physiothérapeutes, diététicien-nes, ergothérapeutes, assistant-es social-es, infirmier-ères, médecins). L'itinéraire hospito-domiciliaire (ICR) se décompose dans les étapes illustrées ci-dessous :

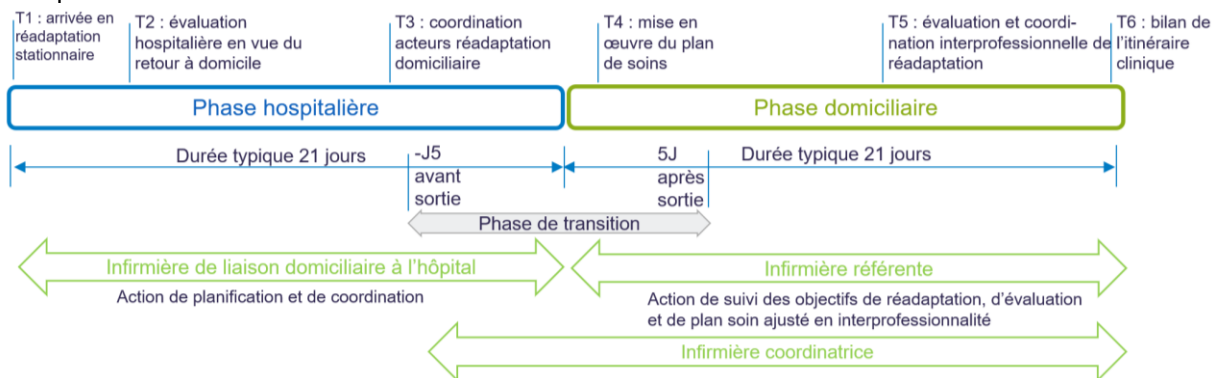


Figure 1. Phases et étapes de l'ICR aux différents temps de mesure (T)

3.2 Etude de faisabilité

Une étude de faisabilité a été menée sur la période d'octobre 2022 à janvier 2024. Elle visait à 1) évaluer la faisabilité et la perception de cet itinéraire auprès des parties prenantes (patient, proche aidant, professionnels intra et extra hospitaliers), 2) définir les indicateurs de suivi auprès des parties prenantes et 3) analyser les éléments clés facilitant ou freinant la mise en œuvre de cet itinéraire. Cette étude s'est portée sur 48 patients de plus de 65 ans, ayant consenti à participer, sans troubles cognitifs empêchant la participation à un programme de réadaptation, et ayant séjourné en réadaptation gériatrique. Afin de tester l'itinéraire en termes de faisabilité et de satisfaction, les participants (17 patients, 13 proches et 69 professionnels) ont été interrogés au moyen de questionnaires, complétés par 29 entretiens semi-structurés auprès d'infirmiers, responsables et infirmiers coordinateurs.

4. ANALYSE

La présentation de l'analyse de données s'est inspirée des composantes proposées par le modèle IRLM (Smith et al., 2020) : 1) en identifiant les freins et les leviers pour chacun des déterminants (Damschroder et al., 2022) 2) en déclinant des stratégies et mécanismes afin de proposer une modélisation de l'itinéraire clinique (Vanhaecht et al., 2002) gériatrique à domicile et 3) en classifiant les résultats de l'étude de faisabilité et de satisfaction (données quantitatives et qualitatives) et en catégorisant selon les outcomes liés à l'implémentation, au service (ici l'itinéraire de réadaptation) et aux patients (Proctor et al., 2011).

5. RESULTATS

Les principaux déterminants (freins et facilitateurs) ont été spécifiés, ainsi que les impacts sur la modélisation de l'itinéraire selon les caractéristiques reportées par (Vanhaecht et al., 2002) (Tableau 1). Les résultats de faisabilité ont été classifiés et précisés (Tableau 2) selon les 3 axes liés à l'implémentation, à l'itinéraire de réadaptation, et aux patients.

Tableau 1. Analyse des principaux déterminants et impacts sur la modélisation de l'itinéraire

Déterminants		Impact sur la modélisation de l'itinéraire
Caractéristiques externes	Politique cantonale de maintien à domicile renforcée (-/+), Financements publics soutenus (+), Contraintes tarifaires impactant les trajectoires patients et durée de séjour hospitalier (-), Non facturation des séances de coordination pour certains professionnels (-), Logiques institutionnelles différentes (-), décentralisation des soins à domicile (-) mais volonté institutionnelle (+), Limites de prise en charge par les assurances maladie (-)	Renforcer l'identification des ressources utilisées (e), Renforcer la collaboration interinstitutionnelle (b)
Caractéristiques internes de l'institution à domicile	Culture de la réadaptation domiciliaire non développée (-) et différente de l'hospitalier, organisation managériale stratifiée et structurelle renforcée (>2000 collaborateurs) et décentralisée en différentes équipes (-/+), Equipe d'infirmières de liaison entre le stationnaire et le domicile (+), Manque d'échanges intra-équipe (-)	Continuer, pérenniser la définition d'objectifs spécifiques à la réadaptation (a), Identifier les étapes clés de l'itinéraire y compris la sortie de l'itinéraire (b), Renforcer le rôle de coordination de l'infirmière (c)
Acteurs	Patient : priorités pour le domicile difficiles à envisager dès l'hôpital (-), Partenaires pluri professionnels de santé (ergothérapeute, physiothérapeute, diététicienne) (+) mais difficulté à organiser et mobiliser chacun en amont de la sortie voire dans les 3 premiers jours post sortie, Les professionnels ne comprennent pas ou ne voient pas le sens de la réadaptation domiciliaire gériatrique, ni la bonne posture à adopter (-), Manque d'informations sur le projet pilote (-)	Attentes du patient prises en compte et anticipées mais priorités à domicile à réévaluer (a), Communication aux patients à optimiser (b), Renforcer le rôle spécifique du professionnel de soins à domicile dans la réadaptation (c)
Intervention (itinéraire)	Les étapes clés sont clairement définies et connues de tous (+) Les prises en charge sont perçues comme plus efficaces (+) Documents communs, transmission des objectifs de réadaptation : visibilité sur le travail réalisé, cohérence des prises en soins (+), langage commun entre les professionnels (+), séances de coordination permettent une vision commune (+), les objectifs de réadaptation sont clairement identifiés pour les parties prenantes (+). Les patients les plus à l'aise et les situations considérées comme simples ne sont pas adaptés à l'itinéraire proposé (-), langage trop technique pour les patients (-), Engagement du patient à renforcer (-)	Respect des principes d'un itinéraire (a,b,c,d,e), coopération interprofessionnelle renforcée (c) et perçue comme cohérente, Visibilité de la plus-value d'un itinéraire clinique à augmenter (d), Documentation mise en place à conserver et simplifier (d), communication facilitée (b), Mieux cibler l'identification des patients ayant besoin d'un itinéraire (a)
Processus	Equipe de projet diversifiée en compétences (managériale, clinique, de support, financiers, professionnels de première et deuxième ligne) (+), suivi des indicateurs et des événements indésirables (ex. : réhospitalisation) effectué (+) mais les instruments restent à peaufiner (-), Absence de dossier électronique du patient transversal entre les institutions hospitalières et domiciliaires (-), Suivi et monitoring des patients au cas par cas (-/+), Documentation clinique et évaluation spécifique inexistante (-)	Travail collaboratif sur l'identification des ressources et la définition d'indicateurs de suivis pertinents dans le temps (e) Développement des outils cliniques et de suivis (d, e)

Déterminants : (-) barrières/freins, (+) leviers/ressources, (-/+) présence de barrières/freins et leviers/ressources

Caractéristiques d'un itinéraire clinique inspirées de (Vanhaecht et al., 2002) : a) buts et interventions-clés basés sur des preuves scientifiques, b) communication facilitée entre les parties prenantes, c) coordination du processus de soins avec les parties prenantes, d) documentation, suivi et évaluation des résultats, e) identification des ressources appropriées

Tableau 2 : Outcomes principaux de l'étude de faisabilité

Outcomes liés aux patients	
Patients : ayant parcouru l'ensemble de l'itinéraire	N=48
Âge moyen / âge médian / écart type	87.38 ans / 86.5 ans / 6.2 ans
Sexe	54.2 % femmes
MIF sortie hôpital	Médiane MIF=105, [1 ^{er} quartile =95 ; 3 ^{ème} quartile =110.25]
Santé patients : Réhospitalisation ≤3 semaines après sortie	

<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non • Non renseigné 	<p>N=5/48</p> <p>N=40/48</p> <p>N=3/48</p>
Outcomes liés à l'implémentation	
<p>Degré de satisfaction du programme de réadaptation à domicile : Sur une échelle de 1 : pas du tout satisfait(e) à 10 : entièrement satisfait(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par les professionnels • Par les proches-aidants 	<p>N= 69, questionnaires-professionnels Moyenne= 6.97 ; Ecart-type =2.16 Médiane = 7 ; [1^{er} quartile =5 ; 3^{ième} quartile = 8]</p> <p>N= 13, questionnaires-proches Moyenne= 8.46 ; Ecart-type =1.95 Médiane = 10 ; [1^{er} quartile =7; 3^{ième} quartile = 10]</p>
<p>Evaluation de la qualité de la prise en charge pendant la réadaptation à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par les proches <ul style="list-style-type: none"> ○ Moyenne ou mauvaise ○ Bonne ○ Très bonne ○ Excellente • Par les patients <ul style="list-style-type: none"> ○ Mauvaise ○ Moyenne ○ Bonne ○ Très bonne ○ Excellente 	<p>N= 13, questionnaires-proches N=0/13 N=2/13 N=6/13 N=5/13</p> <p>N= 17, questionnaires-patients N=0/17 N=1/17 N=4/17 N=5/17 N=7/17</p>
<p>Expérience reportée de différents aspects de l'itinéraire clinique par les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus-value collaboration interprofessionnelle <ul style="list-style-type: none"> Oui (en partie ou tout à fait) Non Non concerné • Savoir vers qui se tourner en cas de questions <ul style="list-style-type: none"> Oui (en partie ou tout à fait) Non N'en n'ont pas eu besoin • Réponses compréhensibles aux questions <ul style="list-style-type: none"> Oui (en partie ou tout à fait) Non N'en n'ont pas eu besoin • Patient perçu comme participatif lors de sa prise en charge <ul style="list-style-type: none"> Oui (en partie ou tout à fait) Non • Satisfaction des supports et moyens de communication <ul style="list-style-type: none"> Oui (en partie ou tout à fait) Non 	<p>N= 69, questionnaires-professionnels</p> <p>N=56/69 N=9/69 N=4/69</p> <p>N=65/69 N=1/69 N=3/69</p> <p>N=56/69 N=0/69 N=13/69</p> <p>N=56/69 N=13/69</p> <p>N=65/69 N=4/69</p>
<p>Points abordés par les professionnels lors des entretiens qualitatifs semi-structurés</p> <p><u>Bénéfices / limites perçus</u> : Pas de plus-value pour les situations simples mais plus-value pour les situations complexes</p> <p><u>Facilitateurs</u> : Tableau des objectifs de réadaptation à domicile : permet le partage et suivi des objectifs, disponibilité et soutien de l'infirmière de liaison, organisation des rendez-vous à l'avance</p> <p><u>Freins</u> : Difficulté d'organisation des rendez-vous en cas de changement dans la situation</p>	
Outcomes liés à l'intervention de réadaptation à domicile	
<p>Nature des objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs de réadaptation spécifiques • Objectifs de maintien uniquement 	<p>N=46/48</p> <p>N=2/48</p>
<p>Nombre de prises en charge avec</p> <p>Physiothérapeute</p> <p>Ergothérapeute</p> <p>Diététicien-ne</p> <p>Infirmier-ère santé mentale et psychiatrie</p>	<p>48 (100.0%)</p> <p>29 (60.4%)</p> <p>12 (25.0%)</p> <p>4 (8.3%)</p>

Assistant social	7 (14.6%)
Degré d'implication des patients dans leur réadaptation à domicile Avez-vous été suffisamment impliqué(e) dans les décisions concernant votre réadaptation : pendant la réadaptation à domicile Par les patients <ul style="list-style-type: none"> • Jamais • Souvent • Très souvent • Toujours 	N= 17, questionnaires-patients N=2/17 N=5/17 N=4/17 N=6/17
Atteinte des objectifs d'autonomie Où situez-vous l'atteinte des objectifs d'autonomie prévus au début du programme de réadaptation ? [1= rien atteint, 10 = entièrement atteint] <ul style="list-style-type: none"> • Par les patients • Par les proches • Par les professionnels 	N= 17, questionnaires-patients Médiane = 7 ; [1 ^{er} quartile =7; 3 ^{ème} quartile = 8] N=13, questionnaire-proches Médiane = 7 ; [1 ^{er} quartile =5; 3 ^{ème} quartile = 10] N= 69, questionnaires-professionnels Médiane = 7 ; [1 ^{er} quartile =5; 3 ^{ème} quartile = 8]
Atteinte des objectifs (oui) 3 semaines après sortie, N= 48 (100%) Déplacement Transferts Escaliers AVQ Toilette AVQ habillage/déshabillage AVQ manger AVQ gestion continence urinaire AVQ gestion continence fécale	19/48 (39.6%) 29/48 (60.4%) 13/43 (30.2%) 28/48 (58.3%) 30/48 (62.5%) 27/47 (54.3%) 32/46 (69.6%) 32/46 (69.6%)

AVQ Activités de la vie quotidienne- MIF Mesure d'indépendance fonctionnelle

6. DISCUSSION et IMPLICATION

L'objectif du projet a été de développer et tester un itinéraire clinique de réadaptation gériatrique à domicile mobilisant des institutions de soins stationnaire et domiciliaire. La première étape a consisté à le modéliser en prenant en compte les déterminants associant des logiques clinique, instrumentale, managériale et économique, ainsi qu'à déterminer des étapes d'intervention pour le patient, pour les professionnels et pour les institutions. Le projet relève une bonne faisabilité de cet itinéraire pour des patients âgés avec une indépendance altérée. L'implémentation de ce dispositif semble répondre aux besoins des patients, de leurs proches et des professionnels. Il est considéré comme très satisfaisant par les patients et satisfaisant par les professionnels, marquant une bonne acceptabilité de la part des différentes parties prenantes. Il est davantage plébiscité dans le cadre d'intervention auprès de situations plus complexes (accumulation de déficits multidimensionnels dans différents domaines tels que médical, socio-économique, de santé mental, comportemental d'instabilité, intervenants et système de soins).

Les interventions multimodales (centrées sur les besoins de réadaptation des patients impliquant systématiquement un physiothérapeute et majoritairement au moins 2 ou 3 autres professionnels de la santé) ciblent des objectifs en lien avec les capacités intrinsèques des patients. Le dispositif (centré sur les objectifs individualisés, contextualisés au lieu de vie de la personne, et avec de multiples intervenants professionnels) amène à l'atteinte d'objectifs évaluables.

Cette étape de faisabilité montre l'importance de 1) développer une culture commune de la réadaptation (acculturation) en dehors du stationnaire, auprès de tous les acteurs (patient, proche aidant, professionnels de la santé et du social intra hospitalier et domiciliaire), 2) définir des objectifs de réadaptation auxquels l'ensemble des acteurs contribue, 3) inclure une organisation intégrée de transition, et 4) assurer un suivi personnalisé dans une temporalité adaptée aux objectifs définis (évaluation/réévaluation, orientation).

Pour répondre aux exigences de la mise en place d'un itinéraire clinique domiciliaire sans rupture de la prise en charge, il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur des équipes multidisciplinaires, d'anticiper et de planifier

la suite des soins de réadaptation en transition de l'hôpital au domicile (Eliassen et al., 2023), d'optimiser la communication entre l'ensemble des acteurs autour d'objectifs de soins connus de chacun, de mobiliser les ressources nécessaires et d'en mesurer les résultats et les écarts (Vanhaecht et al., 2002).

Le cadre théorique des sciences de l'implémentation (Smith et al., 2020) a permis de décrire, classifier, évaluer les déterminants et les premiers outcomes obtenus. Les résultats valident les principes de l'utilité et de l'utilisabilité du dispositif mis en place (Pan and Pee, 2020) assurant une transition entre l'hôpital et la poursuite de la prise en soins de réadaptation à domicile des patients âgés. Globalement, les premiers résultats obtenus indiquent une acceptabilité, une utilité, une pertinence et une faisabilité de ce dispositif auprès des parties prenantes (patients, proche aidant, professionnels) pour les situations les plus complexes.

Les limites et perspectives

Cette étude de faisabilité dans sa phase pilote montre le temps nécessaire pour acquérir une culture commune de réadaptation domiciliaire partagée avec tous les acteurs. A long terme, il serait intéressant également de pouvoir former les soignants afin d'asseoir leur posture dans le cadre de la réadaptation à domicile. Une des limites de cette étude de faisabilité est l'impossibilité de connaître les raisons de la non-participation aux questionnaires quantitatifs, notamment par certains professionnels. Il reste ainsi de première importance de maintenir des évaluations plus qualitatives, notamment par le biais d'entretiens semi-structurés.

L'étude de faisabilité initialement prévue pour une durée de six mois est prolongée afin de poursuivre l'évaluation et l'ajustement en continu de l'itinéraire (notamment les critères d'inclusion des patients et les outils documentaires) et afin de recueillir des données suffisamment solides pour une première évaluation d'efficacité. D'autres outcomes seront nécessaires pour piloter à plus grande échelle ce type d'organisation, qu'ils soient à des niveaux micro, méso et macro.

La prochaine étape devra mesurer la fidélité d'un dispositif stabilisé et comprenant des mesures au moyen d'outcomes diversifiés et complémentaires. La mise en œuvre d'un itinéraire clinique de réadaptation à domicile fait partie des interventions complexes et sont susceptibles d'avoir de nombreux effets (Shiell et al., 2008).

7. CONCLUSION

Les premiers résultats de faisabilité sont suffisamment étayés pour permettre de poursuivre son développement et son implémentation de manière plus étendue. Les modèles d'implémentation permettent d'optimiser les chances de succès et d'évaluer en continu ce qui est mis en place pour en proposer des réajustements. Les interventions de réadaptation dépassent largement le cadre stationnaire. Basée sur une bonne connaissance des services de réadaptation en milieu hospitalier, la réadaptation à domicile pourrait ainsi mieux répondre aux besoins de la population vieillissante dans son environnement de vie moyennant des évaluations globales et spécifiques, une coordination interprofessionnelles, des exercices thérapeutiques ciblés, une éducation à l'autogestion et intégrant des adaptations de l'environnement et des technologies d'assistance (Seijas et al., 2024).

Références

- ANKERS, N. & SERDALY, C. 2017. *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- BAUER, M. S. & KIRCHNER, J. 2020. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283, 112376.
- BENNETT, C., ALLEN, F., HODGE, S. & LOGAN, P. 2022. An investigation of Reablement or restorative homecare interventions and outcome effects: A systematic review of randomised control trials. *Health & Social Care in the Community*, 30, e6586-e6600.

- CESARI, M., PEREZ-ZEPEDA, M. U. & MARZETTI, E. 2017. Frailty and Multimorbidity: Different Ways of Thinking About Geriatrics. *Journal of the American Medical Directors Association*.
- DAMSCHRODER, L. J., REARDON, C. M., OPRA WIDERQUIST, M. A. & LOWERY, J. 2022. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17, 7.
- ELIASSEN, M., ARNTZEN, C., NIKOLAISEN, M. & GRAMSTAD, A. 2023. Rehabilitation models that support transitions from hospital to home for people with acquired brain injury (ABI): a scoping review. *BMC Health Services Research*, 23, 814.
- GRUND, S., GORDON, A. L., VAN BALEN, R., BACHMANN, S., CHERUBINI, A., LANDI, F., STUCK, A. E., BECKER, C., ACHTERBERG, W. P., BAUER, J. M. & SCHOLS, J. M. G. A. 2019. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *European Geriatric Medicine*, 11, 233-238.
- JENTZSCH, T., SEIFERT, B., NEUHAUS, V. & MOOS, R. M. 2018. Predictors for shorter and longer length of hospital stay outliers: a retrospective case-control study of 8247 patients at a university hospital trauma department. *Swiss Medical Weekly*, 148, w14650.
- LAMOUREUX, A., MAGNAN, A. & VEVRLOET, D. 2005. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22, 31-34.
- LEGG, L., GLADMAN, J., DRUMMOND, A. & DAVIDSON, A. 2016. A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30, 741-749.
- METZELTHIN, S. F., ROSTGAARD, T., PARSONS, M. & BURTON, E. 2022. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society*, 42, 703-718.
- MOFINA, A., MILLER, J., TRANMER, J., LI, W. & DONNELLY, C. 2023. The association between receipt of home care rehabilitation services and acute care hospital utilization in clients with multimorbidity following an acute care unit discharge: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 23, 269.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ 2015. World report on ageing and health. Genève, Suisse: OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2023. *Réadaptation* [Online]. Available: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation#:~:text=La%20r%C3%A9adaptation%20est%20d%C3%A9finie%20comme,elles%20interagissent%20avec%20leur%20environnement%20%C2%BB>. [Accessed 12 juillet 2023].
- PAN, S. L. & PEE, L. G. 2020. Usable, in-use, and useful research: A 3U framework for demonstrating practice impact. *Information Systems Journal*, 30, 403-426.
- PROCTOR, E. K., SILMERE, H., RAGHAVAN, R., HOVMAND, P., AARONS, G., BUNGER, A., GRIFFEY, R. & HENSLEY, M. 2011. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 65-76.
- SEIJAS, V., ROXANNE, M., MISHRA, S., BERNARD, R. M., FERNANDES, P., LORENZ, V., MACHADO, B., POSADA, A. M., LUGO-AGUDELO, L. H., BICKENBACH, J. & SABARIEGO, C. 2024. Rehabilitation in primary care for an ageing population: a secondary analysis from a scoping review of rehabilitation delivery models. *BMC Health Services Research*, 24, 123.
- SHIELL, A., HAWES, P. & GOLD, L. 2008. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *British Medical Journal*, 336, 1281-1283.
- SMITH, J. D., LI, D. H. & RAFFERTY, M. R. 2020. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, 15, 84.
- VANHAECHT, K. 2007. *The impact of Clinical Pathways on the organisation of care processes*. . Université catholique de Louvain.
- VANHAECHT, K., SERMEUS, W., VLEUGELS, A. & PEETERS, G. 2002. Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 58, 1542-1552.