« *Reablement* » comme outil thérapeutique pour offrir aux personnes âgées une vie de qualité à domicile après une réadaptation gériatrique

Reablement as a therapeutic strategy to offer community-dwelling older adults a good quality of life at home after geriatric rehabilitation

MOUCHAERS I.^{1,2,3}, VAN HAASTREGT J.C.M.^{1,2}, VERBEEK H.^{1,2}, KEMPEN G.I.J.M.^{1,2}, VLAEYEN E.³ GODERIS G.⁴ et METZELTHIN S.F.^{1,2}

¹Département de Recherche sur les Services de Santé, Faculté de Médecine de la Santé et des Sciences de la Vie, Institut de Recherche sur les Soins et la Santé publique CAPHRI, Université de Maastricht, Maastricht, Pays-Bas

²*Living Lab of Ageing and Long Term Care*, Maastricht, Pays-Bas

³Département de Santé publique et de Soins primaires, Centre académique pour les Soins infirmiers et les sages-femmes, KU Leuven, Louvain, Belgique

⁴Département de Santé publique et de Soins primaires, Centre académique de Médecine générale, KU Leuven, Louvain, Belgique

RÉSUMÉ

Introduction : Le retour à domicile après une réadaptation gériatrique s'accompagne souvent de nombreux défis qui menacent la continuité des soins et peuvent conduire à l'institutionnalisation. Dans le cadre du réseau international TRANS-SENIOR, une intervention est en cours de développement pour relever ces défis et faire en sorte que les personnes âgées puissent continuer à vivre chez elles de manière autonome. Pour développer cette intervention, nous avons voulu mieux comprendre les programmes de *reablement*.

Méthodes : Nous avons inclus les publications décrivant des programmes de *reablement*, si elles faisaient état d'un programme communautaire, étaient testées dans le cadre d'un essai contrôlé (randomisé), fournissaient suffisamment de détails sur les composantes du programme et évaluaient les effets au niveau des participants. Les données extraites étaient liées aux caractéristiques et aux composantes du programme.

Résultats : Treize programmes ont été identifiés, tous destinés à des personnes âgées vivant dans la communauté. Les caractéristiques communes étaient la prestation par une équipe multidisciplinaire formée et coordonnée et la mise en œuvre d'un outil d'évaluation initiale et de définition des objectifs. Les principales procédures appliquées étaient axées sur le soutien des (I) AVQ et du fonctionnement physique et sur l'amélioration de la sécurité du domicile. Neuf programmes ont montré une amélioration statistiquement significative sur au moins une des mesures de résultats.

Conclusion : Bien que tous les résultats favorables n'atteignent pas la signification statistique, les programmes de *reablement* semblent prometteurs et ont le potentiel d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et de réduire l'utilisation des soins de santé.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 324-332

ABSTRACT

Introduction : Returning home after geriatric rehabilitation is often accompanied by many challenges that threaten the continuity of care and might lead to institutionalisation. As part of the TRANS-SENIOR international training and research network, an intervention is in development to meet these challenges and ensure that older people can remain living at home independently. To develop this intervention, we wanted to gain insight into reablement programs, a promising concept for promoting independent living among older people.

Methods : Publications describing reablement programs were included if they reported a community-based program, were tested in a (randomised) controlled trial, provided enough detail on program components, and evaluated effects on participant level. The data extracted are related to program characteristics and components, such as target group, duration, team composition and coordination, intake assessment, goal setting, strategies to achieve these goals, and outcomes assessed.

Results : Thirteen programs were identified from six countries, all intended for (I)ADL-impaired community-dwelling older adults. Common features were delivery by a trained and coordinated multidisciplinary team and implementation of an intake assessment and goal-setting tool. The main procedures applied focused on supporting (I)ADL and physical functioning, and improving home safety. Nine programs showed a statistically significant improvement on at least one of the outcome measures.

Conclusion : Despite not all favourable results reaching statistical significance, reablement programs seem promising, and have the potential to improve health-related quality of life and reduce health care utilization. Therefore, we used input from these programs for the development of our intervention for people returning home after geriatric rehabilitation.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 324-332

Key words : reablement, ageing-in-place, rehabilitation, older adults

INTRODUCTION

Les personnes âgées qui ont été confrontées à une détérioration de leur état de santé, en raison d'un traumatisme ou d'une maladie aiguë ou chronique, peuvent être admises temporairement dans un établissement de réadaptation gériatrique afin d'améliorer leur capacité fonctionnelle et de les préparer à retourner à leur domicile. La réadaptation gériatrique est définie comme « une approche multidimensionnelle d'interventions diagnostiques et thérapeutiques, dont le but est d'optimiser la capacité fonctionnelle, de promouvoir l'activité et de préserver la réserve fonctionnelle et la participation sociale des personnes âgées présentant des déficiences invalidantes »¹. La réadaptation gériatrique fait souvent suite à une hospitalisation parce que le patient n'est pas encore en mesure de retourner chez lui. Elle se concentre sur le maintien ou la restauration de l'indépendance des personnes âgées en termes de mobilité, d'Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), de participation et de qualité de vie². Lorsque les patients ne sont pas en mesure de retourner chez eux après la réadaptation gériatrique, ils sont soit admis dans une maison de soins infirmiers ou dans un établissement de soins résidentiels ou réadmis à l'hôpital³. Les patients qui sont en mesure de retourner chez eux après une réadaptation gériatrique sont souvent confrontés à divers défis⁴. Tout d'abord, lorsqu'ils passent d'un établissement de soins à un autre, les patients sont confrontés à différents soignants et organisations fournissant des soins, ce qui menace la continuité des soins⁵⁻⁷. Ce manque de continuité peut avoir différentes causes, telles qu'une communication insuffisante entre les professionnels des soins de différentes organisations et disciplines^{4,8}, un retard ou une absence de transmission des résumés de sortie des patients^{5,7-10}. En outre, il peut y avoir un manque de communication entre les professionnels de la santé et les patients et leurs aidants naturels. Les patients et les aidants naturels sont souvent mal informés de ce à quoi ils peuvent s'attendre après la sortie de l'hôpital et sont donc insuffisamment préparés à la transition vers le retour à domicile^{5,7,8}. Cela peut conduire à une amélioration fonctionnelle insuffisante, à des exacerbations de la maladie, à des réadmissions inutiles à l'hôpital, à des coûts supplémentaires, à un placement permanent en maison de retraite, voire à la mort^{5,6,10-12}. Ces défis ne feront que s'accroître en raison de la croissance rapide de la population âgée¹³, ce qui peut entraîner un besoin croissant de services de soins (de longue durée) à un moment où les ressources financières et humaines diminuent¹⁴⁻¹⁶ et il convient donc de faciliter le maintien à domicile le plus longtemps possible.

Pour relever ces défis, une intervention est en cours de développement pour les personnes âgées qui rentrent chez elles après une réadaptation gériatrique. L'objectif de cette intervention est de faire en sorte que les personnes âgées puissent continuer à vivre chez elles de manière indépendante le plus longtemps possible et d'éviter les transitions inutiles vers les soins institutionnels après une réadaptation gériatrique. Afin de développer cette intervention, nous avons voulu avoir

un aperçu des preuves actuelles sur les programmes efficaces visant à améliorer la vie indépendante des personnes âgées. Un concept suscitant un intérêt croissant pour la promotion d'une vie indépendante chez les personnes âgées est *reablement*.

Reablement est une approche holistique centrée sur la personne qui favorise la participation active des personnes âgées aux activités quotidiennes par le biais d'activités sociales, de loisirs et physiques préférées, à domicile ou dans la communauté. Elle vise à améliorer le fonctionnement (physique) de la personne, à accroître ou à maintenir son indépendance dans les activités significatives de la vie quotidienne et à réduire son besoin de services à long terme¹⁷. Au lieu de créer une dépendance en prenant en charge des tâches, les professionnels des soins se concentrent davantage sur l'identification des capacités et des opportunités de la personne et sur l'optimisation de son indépendance en l'aidant à atteindre ses objectifs, par la participation à des activités quotidiennes, des modifications du domicile et des aides techniques, ainsi que par l'implication de son réseau social¹⁷⁻²⁰. *Reablement* est un concept prometteur car il vise à améliorer l'indépendance de la personne âgée à son domicile, mais aussi à la reconnecter avec la communauté dans laquelle elle réside en favorisant son indépendance et sa participation¹⁹. De plus, *reablement* a le potentiel d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et de réduire l'utilisation des soins de santé²¹. Par conséquent, le concept de *reablement* contribue à la politique croissante de vieillissement sur place et soutient le passage des soins de santé des établissements résidentiels aux soins à domicile afin de répondre aux besoins des personnes âgées de manière durable²². Récemment, plusieurs études ont été réalisées pour examiner la définition et l'efficacité de *reablement*^{8,19,21,23}, mais elles n'ont pas fourni suffisamment d'informations sur le contenu et les différentes composantes des programmes, ni sur la manière dont ils sont mis en œuvre. Par conséquent, nous avons effectué une recherche documentaire afin de mieux comprendre le contenu et les différentes composantes, ainsi que l'efficacité des différents programmes de *reablement*.

MÉTHODES

Dans le cadre du processus de développement, nous avons cherché à acquérir une compréhension générale des différents programmes de *reablement*, de leur contenu et de leurs différentes composantes, ainsi que de leur efficacité. Par conséquent, nous avons sélectionné des publications pertinentes sur *reablement* à partir d'une fiche d'information de l'Association australienne de gérontologie, qui fournit une liste et de brefs résumés des études de recherche sur les approches de *reablement*²⁴. De plus, les publications connues de notre réseau d'experts en *reablement* affiliés au réseau ReAble ont été ajoutées. Les publications ont été incluses dans notre revue si elles faisaient état d'un programme de *reablement* communautaire, si elles fournissaient suffisamment de détails sur les composantes du programme et si elles évaluaient les

effets du programme sur le niveau du participant âgé (comme les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie) dans un essai contrôlé (randomisé). Les articles et tout matériel original du programme, s'il était disponible, ont été analysés. Les données extraites portaient sur les caractéristiques de la population cible, la durée du programme, la composition de l'équipe chargée du programme, le type de formation reçue par l'équipe, les instruments d'évaluation et de définition des objectifs utilisés, les stratégies de communication et de coordination appliquées, les composantes spécifiques du programme proposées (par exemple, programme de prévention des chutes, gestion des médicaments, etc...) et les résultats évalués.

RÉSULTATS

Suite à cette recherche documentaire, nous avons identifié 13 programmes de *reablement*. Ces programmes sont originaires de six pays différents : Nouvelle-Zélande (5), Australie (3), États-Unis (2), Danemark (1), Royaume-Uni (1) et Norvège (1) et ont été évalués dans des essais contrôlés (randomisés) publiés entre 2002 et 2020.

Caractéristiques et composantes du programme

Tous les programmes ont été conçus pour des personnes âgées vivant en communauté et souffrant d'une certaine déficience des (I) AVQ²⁵⁻³⁷. Trois programmes étaient destinés aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs légers et de stades modérés de démence³⁴⁻³⁶. Le tableau 1 résume les caractéristiques et les composantes les plus importantes des programmes. La plupart des programmes avaient une durée fixe, allant de 6 à 12 semaines^{26,27,31-33,35,37}. Cependant, certains programmes s'en écartent et ont une durée fixe de 4 mois³⁴ ou 5 mois²⁵. Les quatre autres programmes avaient une durée variable, adaptée aux besoins des participants et se terminaient après l'atteinte d'objectifs spécifiques^{28-30,36}. Tous les programmes étaient dispensés par une équipe multidisciplinaire, souvent composée de personnel infirmier communautaire et d'un ergothérapeute^{25,27,29,31-37}. Huit programmes comprenaient également des physiothérapeutes^{29,31-37}. De plus, un programme incluait un homme à tout faire dans l'équipe²⁵, un programme incluait un psychologue et un orthophoniste³⁴ et un programme incluait un diététicien³⁶. Dans neuf des treize programmes, un gestionnaire de cas a été nommé pour coordonner le programme^{26-32,36,37}. Des réunions d'équipe multidisciplinaires ont été introduites dans cinq des programmes^{30-32,34,35}. Dans un programme, une plateforme en ligne partagée a été mise en place pour faciliter la communication entre les professionnels de la san-

té²⁵. Dans sept des treize programmes, les équipes ont reçu une formation approfondie avant le début du programme^{28-30,32-34,37}. La formation était principalement axée sur l'utilisation des outils de fixation d'objectifs et d'évaluation^{30,33,37}, sur les principes de *reablement*^{30,33} et sur l'exécution correcte du programme^{28,29,32-34}. Tous les programmes de *reablement* comprenaient plusieurs éléments, tels qu'une évaluation initiale, la définition d'objectifs et plusieurs procédures et stratégies pour atteindre ces objectifs. Tous les programmes ont commencé par une évaluation initiale²⁵⁻³⁷. Pour cela, les outils d'évaluation suivants ont été utilisés : *Client-Clinical Assessment Protocol*²⁵, *Canadian Occupational Performance Measure*³⁷, and *Support Needs Assessment*^{30,36}. Dans les autres études, les outils d'évaluation n'étaient pas précisés^{26-29,31-35}. Sur la base de l'évaluation, des objectifs individuels ont été fixés à l'aide des outils suivants : le *Bangor-Goal Setting interview*³⁴, *Canadian Occupational Performance Measure*³⁷, *TARGET*^{27,28,30}, *interRAI CA*³⁵ et *Goal-Attainment Scale*³³. Dans les autres études, les outils de fixation des objectifs n'étaient pas précisés^{25,26,29,31,32,36}. Pour atteindre les objectifs des patients, les procédures suivantes ont été appliquées : Soutien (I)AVQ et entraînement du fonctionnement physique^{25-35,37}, amélioration de la sécurité du domicile^{25-27,29,31-34,37}, soutien aux aidants informels^{33,34}, gestion des médicaments^{25,31,32,34}, gestion de la douleur^{25,34} et conseils nutritionnels^{31,32}. L'encadré 1 présente une description détaillée de l'un de ces programmes à titre d'exemple pratique.

Efficacité du programme

Le tableau 1 donne un aperçu des résultats des programmes. Le tableau indique également si une amélioration statistiquement significative a été constatée dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Les mesures communes des résultats étaient le fonctionnement des AVQ, le fonctionnement physique, la qualité de vie du patient et de l'aidant naturel et l'utilisation des soins de santé. Presque tous les essais ont conclu que leur programme présentait des caractéristiques positives et pouvait être bénéfique pour les personnes âgées, même si tous les résultats positifs n'étaient pas statistiquement significatifs. Neuf des 13 programmes ont montré une amélioration statistiquement significative sur au moins une des mesures de résultats^{25,26,28,30-33,35,37}. Cinq programmes ont montré une amélioration statistiquement significative du fonctionnement des (I) AVQ^{25,26,31,32,37}, deux du fonctionnement physique^{30,32}, trois de la qualité de vie du patient^{28,30,32} et aucune des études n'a trouvé de résultat significatif sur la qualité de vie de l'aidant naturel. Enfin, trois programmes ont trouvé une diminution significative de l'utilisation des soins de santé^{31,33,35}.

Tableau 1

Aperçu des programmes de reablement identifiés avec une indication de la durée et des périodes de suivi, de la composition et coordination de l'équipe, les composants du programme, de leurs mesures de résultats évaluées en de leur efficacité.

Référence du programme	Durée Suivi	Équipe (composition et coordination)	Composantes du programme (évaluation initiale, fixation d'objectifs, stratégies pour atteindre les objectifs)	Mesures des résultats				
				Fonctionnement des (I) AVQ	Fonctionnement physique	QdV (patient)	QdV (aidant naturel)	Utilisation des soins de santé
Jeon, 2019 ³⁴	4 mois Suivi 4 et 12 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, ID, orthophoniste, psychologue <u>Coordination</u> : · Réunions de l'équipe multidisciplinaire · Formation à l'exécution du programme	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. Bangor-Goal Setting interview 3. Stratégies pour atteindre les objectifs: · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique · Soutien aux aidants informels Gestion des médicaments · Gestion de la douleur	•		•	•	•
King, 2012 ²⁸	Durée variable Suivi 4 et 7 mois	<u>Composition</u> : Des soignants rémunérés, un coordinateur (infirmière diplômée expérimentée) et des références en matière d'ergothérapie, de physiothérapie, de préparation des repas, etc. <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas · Formation à l'exécution du programme	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. TARGET 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique	•	•	• ^a		
Lewin, 2013 ³¹	12 semaines Suivi 3 et 12 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, infirmière, gestionnaire de soins (membre de l'équipe interdisciplinaire) <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas · Réunions de l'équipe multidisciplinaire	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. Fixation d'objectifs non spécifiée 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique · Gestion des médicaments · Conseils nutritionnels	• ^a	•	•		• ^a

« Reablement » comme outil thérapeutique pour offrir aux personnes âgées une vie de qualité à domicile après une réadaptation gériatrique

Lewin, 2016 ³²	12 semaines Suivi 3 et 12 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, infirmière, gestionnaire de soins (non professionnel de la santé) <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas · Réunions de l'équipe multidisciplinaire · Formation à l'exécution du programme	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. Fixation d'objectifs non spécifiée 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique · Gestion des médicaments · Conseils nutritionnels	• ^a	• ^a	• ^a	•
Parsons, 2012 ³⁶	Durée variable Suivi 3, 6, 12, 18 et 24 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, ID (gestionnaire de soins) <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas	1. Support Needs Assessment 2. Fixation d'objectifs non spécifiée 3. Stratégies pour atteindre les objectifs ne sont pas spécifiés	•	•	•	•
Parsons, 2013 ³⁰	Durée variable Suivi 6 mois	<u>Composition</u> : Évaluateur des besoins, aide à domicile, infirmière (coordination des soins à domicile et recours à des professionnels paramédicaux (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, diététicien)) <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas · Réunions de l'équipe multidisciplinaire · Formation à la fixation d'objectifs et aux outils d'évaluation · Formation aux principes de <i>reablement</i>	1. Support Needs Assessment 2. TARGET 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique		• ^a	• ^a	
Parsons, 2020 ³⁵	6 semaines Suivi 12 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, ID, aides-soignants, gériatres consultants <u>Coordination</u> : · Réunions de l'équipe multidisciplinaire	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. InterRAI CA 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique	•			• ^a

Senior, 2014 ²⁹	Durée variable Suivi 3, 6, 12, 18 et 24 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, infirmière, gestionnaire de cas <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas · Formation à l'exécution du programme	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. Fixation d'objectifs non spécifiée 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique	•	•	•	•	•
Szanton, 2019 ²⁵	5 mois Suivi 5 et 12 mois	<u>Composition</u> : ET, ID, homme à tout à faire <u>Coordination</u> : · Plateforme en ligne partagée	1. Client-Clinical Assessment Protocol 2. Fixation d'objectifs non spécifiée 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique · Gestion des médicaments · Gestion de la douleur	• ^a				
Tinetti, 2002 ³³	3 mois Suivi tous les 60 jours + à la sortie des soins à domicile	<u>Composition</u> : Infirmières de soins à domicile, thérapeutes (ET et PT), aides-soignants à domicile <u>Coordination</u> : · Formation à la fixation d'objectifs et aux outils d'évaluation · Formation aux principes de <i>reablement</i> · Formation à l'exécution du programme	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. Goal-Attainment Scale 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique · Soutien aux aidants informels	•	•			• ^a
Tuntland, 2015 ³⁷	3 mois Suivi 3 et 9 mois	<u>Composition</u> : ET, PT, infirmières (auxiliaires), éducateurs sociaux, aides à domicile et assistants <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas · Formation à la fixation d'objectifs et aux outils d'évaluation	1. Canadian Occupational Performance Measure 2. Canadian Occupational Performance Measure 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique	• ^a	•	•		•

Whitehead, 2016 ²⁷	6 semaines Suivi 2 semaines, 3 et 6 mois	<u>Composition</u> : ET, aide à domicile, service d'équipement communautaire (pour les modifications). <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. TARGET 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique	•	•	•	•
Winkel, 2015 ²⁶	12 semaines Suivi 3 et > 12 mois	<u>Composition</u> : ET, aide à domicile <u>Coordination</u> : · Gestionnaire de cas	1. Évaluation de l'admission non spécifiée 2. Fixation d'objectifs non spécifiée 3. Stratégies pour atteindre les objectifs : · Soutien (I) AVQ et entraînement du fonctionnement physique · Améliorer la sécurité domestique	• ^a			

ET = ergothérapeute, PT = physiothérapeute, ID = infirmière diplômée, QdV = qualité de vie ; (I)AVQ = activités (instrumentales) de la vie quotidienne.

^(a) Une amélioration statistiquement significative a été constatée en faveur du groupe d'intervention.

Encadré 1

Une description détaillée de CAPABLE, un programme américain de reablement.

Un exemple de programme de *reablement* est CAPABLE, développé aux États-Unis par Sarah Szanton. CAPABLE est l'acronyme de « *Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders* » et vise à améliorer le fonctionnement et la qualité de vie liée à la santé des personnes âgées handicapées et, à long terme, à réduire les hospitalisations et les admissions en maison de retraite³⁸. L'intervention CAPABLE cible à la fois les facteurs intrinsèques (liés à la personne) et extrinsèques (liés à l'environnement) modifiables qui contribuent au handicap afin d'atteindre les objectifs individuels des clients^{25,39}. Une équipe multidisciplinaire composée d'une infirmière diplômée (ID), d'un ergothérapeute (ET) et d'un homme à tout faire réalise l'intervention, qui consiste en 10 visites à domicile au cours desquelles les thérapeutes travaillent à la réalisation des objectifs du participant. En outre, l'homme à tout faire procède à des modifications du domicile³⁹. Le programme commence par une évaluation multidisciplinaire. Cette évaluation est effectuée par l'ergothérapeute, qui évalue l'incapacité fonctionnelle, la sécurité à domicile et les objectifs fonctionnels du participant et par l'infirmière autorisée qui évalue les objectifs du participant concernant le niveau de douleur, la dépression, la compréhension des médicaments, la communication avec le praticien de soins primaires, la force et l'équilibre. Sur la base de ces évaluations, un plan intégré est élaboré, comprenant des stratégies adaptées pour atteindre ces objectifs. En outre, en étroite collaboration avec le patient, l'ergothérapeute fournit à l'hôpital une liste convenue de réparations à domicile, de modifications de l'environnement et d'appareils d'aide qui doivent être effectués ou installés pour aider le participant à atteindre ses objectifs fonctionnels. Enfin, au cours des 8 séances restantes avec l'ergothérapeute ou l'infirmière, le participant travaille sur des stratégies afin d'atteindre ses objectifs fonctionnels et ceux du participant^{25,39}. Par exemple, lorsque l'objectif d'un participant est de prendre une douche individuellement plutôt qu'avec l'aide d'une infirmière, alors en consultation avec l'équipe, l'homme à tout faire installera des barres de sécurité pour la salle de bain. Ensuite, l'ergothérapeute peut s'entraîner avec le participant à utiliser ces rails de manière efficace et former des approches économes en énergie pour la douche. Pendant ce temps, l'infirmière aide le participant à gérer sa peur de tomber et ses problèmes d'équilibre. L'intervention CAPABLE s'est avérée efficace pour réduire les scores d'incapacité AVQ et AIVQ, respectivement de 30 et 17 % par rapport au groupe témoin après 5 mois. De plus, les participants du groupe d'intervention ont déclaré que l'intervention leur avait « facilité la vie » et leur avait « permis de continuer à vivre chez eux »²⁵.

DISCUSSION

Dans le cadre du processus de développement d'une intervention destinée aux personnes âgées rentrant chez elles après une réadaptation gériatrique, nous avons procédé à une analyse documentaire afin de mieux comprendre les données actuelles sur les programmes de *reablement* efficaces visant à améliorer l'autonomie des personnes âgées. Nous avons spécifiquement cherché à obtenir une compréhension générale des différents programmes de *reablement*, de leur contenu et de leur efficacité.

Plusieurs caractéristiques communes ont été identifiées parmi les 13 programmes. Tous les programmes s'adressaient à des personnes âgées vivant dans la communauté et souffrant d'une certaine forme d'incapacité dans les AVQ et étaient dispensés par une équipe multidisciplinaire coordonnée par un gestionnaire de cas et formée au préalable. En outre, tous les programmes comportaient une forme d'évaluation initiale et de définition d'objectifs. Les principales procédures appliquées étaient axées sur le soutien des AVQ et du fonctionnement physique, ainsi que sur l'amélioration de la sécurité du domicile. Ces caractéristiques sont conformes à ce qui a été recommandé par la définition de *reablement* récemment publiée, qui décrit les caractéristiques, les composants, les objectifs et les groupes cibles des programmes de *reablement*¹⁷.

Presque tous les programmes ont conclu que leur programme avait des effets positifs prometteurs sur au moins un des résultats, même si tous les changements ne sont pas statistiquement significatifs. Ces résultats sont conformes à ceux d'études précédentes, qui ont évalué l'efficacité de l'approche de *reablement* et ont

conclu que cette approche présente des avantages significatifs par rapport aux soins à domicile traditionnels. Par exemple, elle améliore la qualité de vie liée à la santé et réduit l'utilisation des services de santé à court terme^{21,23}. La puissance des programmes de *reablement* semble résider dans leur caractère multi-composant. Blankevoort *et al.* (2010) et Daniels *et al.* (2010) ont tous deux confirmé l'importance et l'efficacité des programmes multi-composants dans les soins de proximité^{40,41}. D'autres mesures de résultats doivent être envisagées lors de l'évaluation des programmes de *reablement*, qui sont plus spécifiques à une personne au lieu d'un résultat générique, par exemple, les progrès dans la réalisation des objectifs ou la participation. Bien que tous les résultats favorables n'aient pas atteint la signification statistique, les programmes de *reablement* semblent certainement prometteurs et ont le potentiel d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et de réduire l'utilisation des soins de santé. De plus, stimuler l'indépendance d'un individu pour qu'il puisse rester chez lui le plus longtemps possible est bénéfique pour la rareté des ressources évoquée précédemment^{19,21}.

Suite aux effets positifs et prometteurs des programmes de *reablement*, nous avons décidé d'utiliser les données de ces programmes pour développer notre intervention auprès des personnes âgées qui rentrent chez elles après une réadaptation gériatrique.

Conflits d'intérêt : Ce travail a été soutenu par le programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union européenne dans le cadre de la convention de subvention Marie Skłodowska-Curie n° 812656, dans le cadre du projet TRANS-SENIOR (www.trans-senior.eu).

BIBLIOGRAPHIE

- Grund S, Gordon AL, van Balen R, Bachmann S, Cherubini A, Landi F *et al.* European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(2):233-8.
- Patrick L, Knoefel F, Gaskowski P, Rexroth D. Medical Comorbidity and Rehabilitation Efficiency in Geriatric Inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(11):1471-7.
- Q-Consult zorg. QuickScan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige zorg. Q-Consult zorg; 2019.
- Everink IHJ, van Haastregt JCM, Kempen GIJM, Dielis LMJ, Maessen JMC, Schols JMGA. Uitdagingen in de geriatrische revalidatiezorg: de ontwikkeling van een zorgpad. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2015;46(2):104-12.
- Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):549-55.
- Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røsstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:1.
- Storm M, Siemsen IMD, Laugaland K, Dyrstad DN, Aase K. Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *Int J Integr Care.* 2014;14:e013.
- Arbaje AI, Kansagara DL, Salanitro AH, Englander HL, Kripalani S, Jencks SF *et al.* Regardless of age: Incorporating principles from geriatric medicine to improve care transitions for patients with complex needs. *J Gen Intern Med.* 2014;29(6):932-9.
- Laugaland K, Aase K, Barach P. Addressing Risk Factors for Transitional Care of the Elderly – Literature review. 2011.
- Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012;157(6):417-28.
- Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N *et al.* Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ.* 2004;170(3):345-9.
- Naylor MD, Kurtzman ET, Pauly MV. Transitions of Elders Between Long-Term Care and Hospitals. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2009;10(3):187-94.
- He W, Goodkind D, Kowal PR. An aging world: 2015. 2016.

14. Fujisawa R, Colombo F. The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. 2009.
15. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. King's Fund London: UK; 2014. Report No.: 1909029270.
16. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P *et al.* The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*. 2016;387(10033):2145-54.
17. Metzelthn SF, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*. 2020:1-16.
18. Doh D, Smith R, Gevers P. Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*. 2019:1-13.
19. Aspinall F, Glasby J, Rostgaard T, Tuntland H, Westendorp RG. New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing*. 2016;45(5):572-6.
20. Metzelthn SF, Zijlstra GA, van Rossum E, de Man-van Ginckel JM, Resnick B, Lewin G *et al.* 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the 'Stay Active at Home' programme. *Clin Rehabil*. 2017;31(11):1419-30.
21. Tessier A, Beaulieu M-D, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare policy*. 2016;11(4):49-59.
22. Rostgaard T, Glendinning C, Gori C, Kroger T, Osterle A, Szehely M *et al.* Livindhome: Living independently at home: Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: SFI - Danish National Centre for Social Research; 2011.
23. Petersson I, Fisher AG, Hemmingsson H, Lilja M. The Client-Clinician Assessment Protocol (C-CAP): Evaluation of its Psychometric Properties for Use with People Aging with Disabilities in Need of Home Modifications. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2007;27(4):140-8.
24. Australian Association of Gerontology. Fact Sheet 4: List of Published Evidence on Reablement Approaches. 2019.
25. Szanton SL, Xue Q-L, Leff B, Guralnik J, Wolff JL, Tanner EK *et al.* Effect of a Biobehavioral Environmental Approach on Disability Among Low-Income Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. 2019;179(2):204-11.
26. Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. *Disabil Rehabil*. 2015;37(15):1347-52.
27. Whitehead PJ, Walker MF, Parry RH, Latif Z, McGeorge ID, Drummond AE. Occupational Therapy in HomeCare Reablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011868.
28. King AI, Parsons M, Robinson E, Jørgensen D. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2012;20(4):365-74.
29. Senior HE, Parsons M, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Hoon SV *et al.* Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand. *Age Ageing*. 2014;43(3):418-24.
30. Parsons JG, Sheridan N, Rouse P, Robinson E, Connolly M. A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(6):1015-22.
31. Lewin G, De San Miguel K, Knuiman M, Alan J, Boldy D, Hendrie D *et al.* A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health Soc Care Community*. 2013;21(1):69-78.
32. Lewin G, Concanen K, Youens D. The Home Independence Program with non-health professionals as care managers: an evaluation. *Clin Interv Aging*. 2016;11:807-17.
33. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA*. 2002;287(16):2098-105.
34. Jeon YH, Krein L, Simpson JM, Szanton SL, Clemson L, Naismith SL *et al.* Feasibility and potential effects of interdisciplinary home-based reablement program (I-HARP) for people with cognitive and functional decline: a pilot trial. *Ageing Ment Health*. 2019:1-10.
35. Parsons M, Parsons J, Pillai A, Rouse P, Mathieson S, Bregmen R *et al.* Post-Acute Care for Older People Following Injury: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(3):404-9.e1.
36. Parsons M, Senior HE, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Vanderhoorn S *et al.* The Assessment of Services Promoting Independence and Recovery in Elders Trial (ASPIRE): a pre-planned meta-analysis of three independent randomised controlled trial evaluations of ageing in place initiatives in New Zealand. *Age Ageing*. 2012;41(6):722-8.
37. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015;15(1):145.
38. Szanton SL, Thorpe RJ, Boyd C, Tanner EK, Leff B, Agree E *et al.* Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(12):2314-20.
39. Szanton SL, Wolff JW, Leff B, Thorpe RJ, Tanner EK, Boyd C *et al.* CAPABLE trial: a randomized controlled trial of nurse, occupational therapist and handyman to reduce disability among older adults: rationale and design. *Contemp Clin Trials*. 2014;38(1):102-12.
40. Blankevoort CG, van Heuvelen MJ, Boersma F, Luning H, de Jong J, Scherder EJ. Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30(5):392-402.
41. Daniels R, Metzelthn S, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: An overview. *Eur J Ageing*. 2010;7(1):37-55.

Travail reçu le 12 mai 2021 ; accepté dans sa version définitive le 22 juin 2021.

CORRESPONDANCE :

I. MOUCHAERS

Département de Recherche sur les Services de Santé
P.O. Box 616 - 6200 MD Maastricht (Pays-Bas)
E-mail: i.mouchaers@maastrichtuniversity.nl