

Itinéraire clinique de réadaptation

Dre Emilia Frangos, réadaptation et Jana Smutny, IMAD

L'itinéraire clinique de réadaptation est mis en place à travers une collaboration entre les HUG et l'IMAD.

Objectifs de réadaptation:

- Restaurer l'indépendance et l'autonomie dans l'environnement existant si possible
- Maximiser la fonction et minimiser la limitation de l'activité résultant d'un trouble.
 - Améliorer la mobilité et l'indépendance fonctionnelle (AVQ et AVIQ)
 - Améliorer la qualité de vie
 - Diminuer les besoins ultérieurs en soins et le risque d'institutionnalisation

Le processus de prise en charge est standardisé, en équipe pluridisciplinaire, et comprend une fixation et révision régulière d'objectifs de réadaptation, et la planification de sortie.

Après une réadaptation stationnaire, notamment en ortho-gériatrie, sont améliorés:

L'indépendance fonctionnelle (AVQ), la mobilité (SPPB), la fonctionnalité, la qualité de vie liée à la santé.

L'échelle MIF (mesure de l'indépendance fonctionnelle) est améliorée de 10 points durant un séjour de réadaptation aux HUG. Une augmentation de 5 points augmente la probabilité de retour à domicile de 25%.

Une étude australienne (non sourcée) sur 600 patients en réadaptation, 83 ans en moyenne, avec un CIRS à 11% et 64% des patients avec des troubles cognitifs, montre que la majorité des patients qui passent en réadaptation retrouvent une fonctionnalité pour les AVQ similaire à celle qu'ils avaient avant leur problème de santé.

Pourquoi faire un itinéraire clinique si cela se passe si bien?

C'est pour pouvoir suivre au-delà de la réadaptation, ce qui se passe après le retour à domicile, car cette fonctionnalité retrouvée semble se perdre facilement par la suite.

Selon [Talevski et al](#), le plus efficace est de coupler une réadaptation stationnaire à une réadaptation ambulatoire, alors que la forme ambulatoire seule a peu de succès.

Lorsque le patient arrive en réadaptation, sa situation fonctionnelle initiale est difficile à déterminer, même en demandant aux proches, ce qui complique l'élaboration d'objectifs. A son départ, il n'y a pas de continuité systématique du projet de soins défini à l'hôpital.

Questions

- Quels sont les coûts? pour le patient et pour l'institution?
- La réadaptation stationnaire est prise en charge par l'assurance, alors qu'en ambulatoire c'est plus complexe, tout ce qui peut être prescrit est remboursable (physio, diététique...). Les soins, les repas et l'aide au ménage c'est une autre

histoire, non-liée aux objectifs cliniques.

Grâce au nouveau processus, les remboursements sont moins refusés, car tout est documenté et facile à transmettre à l'assurance.

- Quid des patients qui sortent des soins aigus mais ne trouvent pas de place en réadaptation stationnaire? Une réadaptation ambulatoire est-elle possible?
- C'est justement un des projets futur du groupe de travail, un pilote est mis en place et sera bientôt testé.
- Parmi les patients mentionnés, lesquels sont seuls/en couple?
- Pas de chiffre exact, mais ici à Genève, il y a beaucoup de patients seuls, qui ne voient que l'IMAD. A noter qu'avoir un partenaire n'en fait pas forcément un proche aidant.



inrovid 4 décembre 2013

Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch