

FICHE CAPITALISATION

NOM DU PROJET : ELADEV - LES ECHELLES LAUSANNOISES D'AUTO-ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS ET DES BESOINS

1. PRÉSENTATION DU PROJET

Description

Les Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEV) sont un outil suisse visuel et interactif conçu pour l'analyse des besoins des individus. Destiné à un public large et varié, il permet d'identifier les axes de travail prioritaires et favorise la collaboration en réseau entre les différents intervenants. Reposant sur une approche centrée sur les besoins de la personne, l'ELADEV se distingue par son utilisation de cartes et d'une feuille de cotation pour documenter les évaluations effectuées par les utilisateurs.

L'ELADEV offre une méthode structurée et visuelle en plusieurs étapes :

- Début de l'Évaluation : L'intervenant commence toujours par poser une question essentielle à la personne : "Quel est pour vous actuellement le problème le plus important ?" Grâce à 21 pictogrammes représentant divers aspects de la vie quotidienne, la personne évalue ce qui lui pose problème.
- Premier Tri : La personne effectue ce tri initial seule, l'intervenant restant silencieux. Ce processus permet d'obtenir une image claire de ce que la personne perçoit comme problématique. Les aspects non considérés comme problématiques par la personne ne seront pas abordés ultérieurement. À ce stade, l'intervenant effectue une première cotation pour enregistrer le classement fait par la personne.
- Second Tri : Basé sur les pictogrammes identifiés comme problématiques, un deuxième tri est réalisé pour classer les problèmes en trois catégories : important, moyennement important, très important. Ce n'est qu'après ce second tri que l'entretien commence, afin de comprendre en profondeur les problèmes identifiés et leurs conséquences.
- Identification des Besoins d'Aide : Ensuite, la personne récupère l'ensemble des pictogrammes et un nouveau tri est effectué pour identifier les domaines où la personne a besoin d'aide supplémentaire, même si ces domaines ne sont pas perçus comme des problèmes. Ce processus tient compte de la perception de la personne sur son besoin d'aide.
- Évaluation de l'Urgence : Les pictogrammes sont ensuite triés en fonction du sentiment d'urgence du besoin, afin de comprendre quel type d'aide est nécessaire et de quelle manière la personne envisage des solutions, incluant la mobilisation de son réseau personnel.
- Détermination de la Priorité : La dernière question posée est : "Si vous ne pouviez choisir qu'une chose sur laquelle travailler, laquelle ce serait ?" Cette question aide à déterminer la première action à entreprendre.

Ces étapes permettent de se recentrer les soins sur les besoins spécifiques de la personne, facilitant une prise en charge plus personnalisée et efficace.

Contexte et origine

L'utilisation de cet outil a été développée dans le cadre d'un "projet de service" au sein du service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale du CHU de Liège, initié par le chef de service (Eric Adam). L'objectif était de mettre en place des sorties d'hospitalisations de qualité pour les patients complexes afin d'éviter des ré-hospitalisations non programmées. Ce projet interne s'est ensuite associé à RÉLIAN, puis à Chronicopôle, dans le cadre du développement du case

management afin de disposer d'une personne relais supplémentaire, capable de mettre en œuvre des solutions et d'accompagner les patients complexes après leur sortie de l'hôpital.

Le développement de ce projet repose sur plusieurs constats établis au sein du service.

D'une part, certains patients étaient régulièrement réhospitalisés (retour à l'hôpital dans les 30 jours) malgré les analyses et interventions mises en place, car celles-ci se concentraient principalement sur leur sortie de l'hôpital sans tenir compte de leur situation sociale globale (administrative, financière, etc.). Or, ces patients représentent un problème pour la gestion hospitalière des lits car ils saturent les services d'urgence et les unités de soins, et perturbent les hospitalisations programmées.

D'autre part, il y avait un besoin d'adapter la prise en charge sociale pour éviter les ré-hospitalisations et améliorer la qualité de vie des patients. En outre, les travailleurs du service ressentaient une perte de sens et une certaine démotivation en constatant que leurs efforts ne fonctionnaient pas, car ces patients étaient régulièrement réhospitalisés suite à un passage aux urgences.

Il ressortait de ces constats que le service adoptait une approche médico-centrée, négligeant d'autres déterminants de la santé, ce qui entraînait des problèmes de continuité des soins. Les patients complexes ont des besoins multiples, tant sur le plan biologique que psychologique et social. Il est donc essentiel de considérer tous ces aspects pour élaborer des solutions de prise en charge efficaces.

Suite à ces observations, il a été proposé de modifier la méthode de travail du service en adoptant un outil issu de la psychiatrie, ELADEV, destiné à une série de patients identifiés comme cas complexes par les travailleurs sociaux. Cet outil permet aux patients de déterminer eux-mêmes leurs besoins, favorisant ainsi leur autonomisation. En offrant une évaluation globale et plus large des besoins, il légitime une approche holistique de la prise en charge.

En outre, l'outil permet de réaliser un diagnostic approfondi et de travailler de manière transversale, en s'éloignant d'une perspective médico-centrée pour intégrer divers déterminants de la santé. Cette approche permet de quitter la vision centrée sur l'hôpital pour adopter une démarche transmurale, en collaboration avec les professionnels de terrain, afin de fournir des soins plus intégrés.

L'objectif est également de prodiguer les soins nécessaires aux patients complexes et d'activer le réseau approprié, que ce soit des professionnels de santé ou des proches, lorsque cela est nécessaire.

Objectifs

- Améliorer la qualité de la sortie d'hospitalisation et encadrer le retour du patient complexe dans son milieu de vie
- Limiter les ré-hospitalisations non programmées
- Améliorer la prise en charge en dehors de l'hôpital des cas complexes
- Identifier les besoins du patient et ses priorités pour adapter la prise à charge
- Faire participer le patient à la mise en place de solution

Lieu : Service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale, CHU de Liège

Dates et durée : 2019 - En cours

Public : Les patients sont identifiés comme cas complexes par le service de psychologie clinique et d'action sociale en fonction de plusieurs critères. Ceux-ci incluent la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques, des signes de souffrance psychologique, ainsi qu'un échec des soins ambulatoires associé à un taux élevé de ré-hospitalisation.

Rôle du Chronicopôle

La collaboration avec le Chronicopôle a été établie tardivement, après l'arrêt de RéLIAN. Le CHU continuait de nécessiter l'intervention de case managers pour encadrer les patients complexes à leur sortie d'hôpital. Cependant, le territoire d'action du Chronicopôle étant limité géographiquement, seuls certains patients complexes pouvaient être pris en charge par leur case manager. De plus, le Chronicopôle ne disposait que d'une case-manager, engagée à temps partiel, ce qui limitait également les interventions pour les patients complexes du CHU. Ces éléments n'ont pas permis de développer une collaboration pleinement efficace entre les deux organisations.

Par ailleurs, le Chronicopôle a également pris en charge l'organisation et la promotion des formations ELADEB pour l'année 2023, suite à l'arrêt du projet RéLIAN, afin que les travailleurs puissent bénéficier des formations déjà planifiées.

2. PARTENARIAT

Principaux acteurs : CHU, Concerto, RéLIAN, Chronicopôle

Perception du projet par les professionnels

Bien accueilli par les professionnels, notamment le personnel soignant qui était souvent découragé par les ré-hospitalisations fréquentes des patients, l'outil est généralement perçu comme pertinent. Certains travailleurs peuvent cependant trouver que l'utilisation des images peut être perçue comme infantilisante pour les patients.

Pour ceux qui administrent le questionnaire, l'outil peut représenter une véritable révolution. Au début, il peut y avoir un malaise lié à la prise de conscience que le travail précédent était insuffisant et que les besoins des patients ne correspondaient pas toujours à la vision institutionnelle. Ce choc culturel entraîne une remise en question du travail, permettant de recentrer les objectifs sur les aspirations du patient plutôt que sur des objectifs institutionnels. Cette approche apporte également une certaine reconnaissance et est perçue comme redonnant du sens aux tâches effectuées. Les professionnels sont souvent surpris de voir le retour direct des patients et remettent en question leur méthode de travail, avec une volonté de replacer le patient au centre de la prise en charge. Ils cherchent à éviter la présomption de savoir mieux que le patient et à adopter une approche davantage centrée sur les besoins et objectifs du patient. Les professionnels sont donc généralement convaincus par l'outil, mais des manques de matériel et d'infrastructure (comme un local adéquat) peuvent poser problème. De plus, il est parfois mal adapté à certains services, ce qui peut entraîner des frustrations après la formation, car certains professionnels souhaiteraient l'appliquer mais se trouvent limités par leur structure ou contexte de travail.

3. PUBLIC CIBLE

Bénéficiaires directs et indirects

Les patients sont identifiés comme cas complexes par le service de psychologie clinique et d'action sociale en fonction de plusieurs critères. Ceux-ci incluent la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques, des signes de souffrance psychologique, ainsi qu'un échec des soins ambulatoires associé à un taux élevé de ré-hospitalisation. Cependant, des discussions sont en cours pour élaborer une nouvelle méthode de tri systématique des patients, fondée sur des critères empiriques.

Mobilisation du public

Certaines difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit de faire passer le test aux patients. Parfois, ces derniers refusent de le réaliser pour diverses raisons : ils peuvent ne pas se sentir bien, être

réticents à aborder des sujets tabous, ou estimer que leur situation est déjà satisfaisante et qu'il n'est pas nécessaire de passer ce test.

Néanmoins, les avantages du test sont significatifs. Il contribue à améliorer le quotidien des patients en prenant en compte leurs besoins réels, ce qui engendre une plus grande satisfaction. Le temps accordé au patient, qui peut aller de 1 à 1h30, est particulièrement apprécié, car il est rare qu'un professionnel consacre autant de temps pour faire le point sur la situation du patient à l'hôpital. Cette attention est bien perçue par les patients, qui apprécient que le professionnel prenne le temps de les écouter et d'évaluer leur situation en détail.

De plus, le test permet d'informer les patients sur les démarches possibles pour améliorer leur situation, tout en leur laissant la décision finale sur ce qu'ils acceptent ou non. Ils peuvent ainsi déterminer leurs priorités en fonction de leurs propres besoins et préférences.

Cependant, certains retours de patients soulignent des aspects négatifs du processus. Certains trouvent que l'utilisation des cartes peut être perçue comme trop infantilisante, ou jugent le processus trop long et fatigant, nécessitant une concentration prolongée. D'autres mentionnent des problèmes matériels : l'absence de matériel adéquat, comme une tablette de lit, ou des conditions peu propices à la confidentialité, comme des chambres communes ou des locaux difficiles à isoler, peuvent rendre la passation du test difficile et affecter l'expérience globale.

4. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Pour réussir la mise en place du projet, il est crucial d'avoir un management, notamment une hiérarchie, qui adhère pleinement au projet et le soutient activement. Il est essentiel de disposer de moyens suffisants, tels que du personnel dédié, des structures ou personnes relais, comme un case manager, et du temps de travail, ce qui peut nécessiter une restructuration du service pour permettre une heure dédiée à la passation du questionnaire. La réussite du projet est fortement entravée sans ce temps dégagé, surtout dans le contexte hospitalier actuel.

Une équipe motivée et engagée, ou, à défaut, un défenseur convaincu du projet, représente un atout considérable. L'outil suscite un intérêt croissant dans d'autres services, où certains professionnels souhaitent l'intégrer à leur pratique. Les résultats favorables générés par l'outil renforcent la motivation, souvent en raison de l'engagement personnel des agents, qui l'adoptent en raison de leur bonne volonté, même en l'absence de moyens structurels pour l'imposer.

Il est crucial non seulement d'avoir la volonté des travailleurs, mais aussi de les former correctement à l'utilisation de l'outil ELADEB. Il est également important de leur accorder le temps nécessaire pour s'approprier l'outil, afin de favoriser une utilisation plus fluide et efficace. Afin de dégager ce temps nécessaire, un renfort au sein du service est nécessaire. Ce poste pourrait être largement compensé par les économies réalisées grâce à la réduction des ré-hospitalisations et des hospitalisations non programmées.

Concernant les ressources matérielles, l'achat du questionnaire, la disponibilité d'un espace privé pour assurer la confidentialité et le matériel nécessaire pour passer le test sont indispensables. Il est également important de disposer d'un outil préalable pour identifier les cas complexes parmi la multitude de patients.

5. DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

Activités mises en œuvre

A la suite de la présentation de l'outil ELADEB par le chef de service, l'ensemble de l'équipe a suivi une formation pour initier son utilisation. L'outil a ensuite été mis en œuvre de manière ponctuelle, en fonction des cas complexes identifiés et des difficultés rencontrées à domicile, avec une approche expérimentale au départ. Dans un premier temps, le questionnaire était administré en binôme en raison des défis liés à la prise de notes et à la gestion des données. A présent, une assistante sociale s'occupe de la passation d'ELADEB au sein du service.

L'utilisation d'ELADEB intervient dans deux cas de figures. D'une part, lors de l'anamnèse classique, lorsqu'un problème émerge et ne peut être évalué avec les questions habituelles. D'autre part, pour les patients fréquemment réhospitalisés, afin de comprendre les raisons de leur non-compliance (par exemple, refus de soins ou difficultés d'accès aux soins).

La prise en charge des patients complexes via le questionnaire ELADEB dans le cadre du projet du CHU se déroule en plusieurs étapes. Après avoir identifié un cas complexe, l'assistant social rencontre le patient pour lui présenter le projet. Si le patient accepte, il signe un consentement pour participer à la recherche-action, assurant qu'il comprend les objectifs et les modalités du projet et montrant sa volonté d'explorer une approche différente. Cette démarche comprend une évaluation distincte des besoins, la mise en place de solutions adaptées avec les aidants, et un suivi rigoureux pour garantir l'efficacité des aides dans le milieu de vie du patient. L'assistant social administre ensuite le questionnaire pour aider le patient à identifier ses besoins et difficultés au quotidien. À la fin de l'entretien, des actions sont définies en collaboration avec le patient. L'assistant social rédige ensuite un rapport qu'il transmet à une structure relais capable de coordonner les solutions visant à améliorer la qualité de vie et le suivi du patient. Ces structures peuvent inclure une maison médicale, un service de coordination d'aide à domicile ou un case manager, selon les besoins exprimés par le patient.

Il est également possible de réévaluer les besoins du patient pendant le séjour ou lors d'une hospitalisation ultérieure pour vérifier si ses priorités ont changé. Bien qu'il ne soit pas nécessaire de répéter l'ELADEB, il est important de revoir les éléments identifiés précédemment et d'évaluer les interventions mises en place. Cette flexibilité permet d'ajuster les plans de soins en fonction des évolutions des besoins du patient, assurant ainsi une prise en charge plus personnalisée et réactive.

Au départ, l'identification des patients à risque était basée sur des critères propres au service, mais non validés scientifiquement, tels que la présence de maladies chroniques, des signes de souffrance psychologique, et des échecs de soins ambulatoires avec un haut taux de ré-hospitalisation. Cette approche empirique manquait de rigueur scientifique et limitait la validité des résultats en raison de l'absence de critères de sélection stricts. Actuellement, il y a un effort pour améliorer cette méthode en adoptant une approche métrique plus systématique pour analyser l'ensemble des patients et identifier ceux qui sont réellement complexes. Le recours à une échelle d'évaluation permet de rendre cette identification plus objective, offrant ainsi un argument solide à présenter aux autres professionnels de santé et aidant à contrebalancer la logique biomédicale dominante. Bien que diverses échelles existent pour cette identification, elles sont souvent difficiles à implémenter dans un environnement hospitalier. Un projet est en cours avec quelques salles pilotes pour évaluer leur faisabilité.

Résultats observés

L'analyse des dispositifs de soins un an avant et un an après l'introduction de l'ELADEB montre des résultats positifs. Ces résultats statistiquement significatifs indiquent une diminution des hospitalisations non programmées et de la durée moyenne des séjours hospitaliers a été observée dans l'année qui suit l'évaluation ELADEB. Il est important de distinguer ces résultats des séjours programmés pour les patients souffrant de pathologies chroniques, car ces derniers nécessitent des hospitalisations régulières.

L'ELADEB permet également de consacrer plus de temps à chaque patient, améliorant ainsi la qualité des soins. Les professionnels perçoivent le fait de pouvoir écouter et prendre en charge la personne de manière approfondie comme bénéfique. L'outil confère également une légitimité au service social auprès des autres professionnels de la santé en fournissant un diagnostic plus crédible et argumenté, favorisant ainsi une meilleure collaboration interdisciplinaire.

De plus, l'approche centrée sur l'ELADEB déplace le focus de la simple sortie de l'hôpital à la qualité de vie globale du patient. En mettant en place des relais externes ou en vérifiant la stabilité de la situation à domicile, le projet assure un soutien continu après la sortie de l'hôpital.

De plus, les professionnels retrouvent du sens dans leur travail en se concentrant sur les besoins réels des patients plutôt que sur des solutions préconçues. Cela favorise une plus grande satisfaction personnelle et une relation de confiance avec le patient, facilitant les interactions futures.

L'ELADEB offre aussi de nouvelles perspectives en permettant aux professionnels de voir la situation du point de vue du patient et de dégager de nouvelles pistes de solution. Cette méthode rétablit l'égalité dans la relation soignant-soigné, le patient étant reconnu comme expert de ses propres besoins. Elle favorise également l'autonomisation des patients, qui deviennent acteurs de leur propre parcours de soins, définissant eux-mêmes les priorités et participant à l'élaboration des solutions. Cela accélère le processus de soins et limite le risque de ré-hospitalisation.

Difficultés rencontrées

L'utilisation de l'outil ELADEB dans les services de santé présente plusieurs défis.

Un des principaux obstacles est le manque de temps et de budget pour administrer le questionnaire. Les professionnels de l'accompagnement et du soin, souvent déjà surchargés, trouvent difficile de dégager une heure pour faire passer l'ELADEB. Les travailleurs ressentent une surcharge de travail, surtout en cas d'absences ou de vacances, rendant la passation des questionnaires encore plus compliquée. Bien que RÉLIAN ait proposé une aide financière pour chaque questionnaire effectué afin d'encourager cette pratique, cela n'a pas suffi à équilibrer les charges de travail et à développer le modèle de manière significative.

De plus, le manque de lieux appropriés pour administrer le questionnaire dans un environnement intime, comme les chambres partagées, rend difficile la mise en œuvre du questionnaire et l'abord de certains sujets sensibles.

Une autre limite à la pratique du questionnaire est la notion de confiance. Il est essentiel d'établir un lien de confiance avec la personne rencontrée. Cependant, les travailleurs doivent faire passer un ELADEB à des personnes qu'ils connaissent peu, ce qui peut affecter la qualité des résultats, surtout lorsque des sujets sensibles ou tabous sont abordés.

Il est également essentiel de dépasser l'idée que l'ELADEB correspond à ce qui est déjà fait dans les services, car ce n'est pas le cas. Par conséquent, il est important de former toute l'équipe, même si tous les patients ne nécessitent pas l'ELADEB, car cela introduit une approche plus globale du travail. Les formations doivent mettre l'accent sur la posture professionnelle plutôt que sur l'outil en lui-même, permettant ainsi une évaluation plus large de la situation du patient. Enfin, il est nécessaire que tous les services extérieurs soient formés à l'ELADEB pour lire et mettre en pratique les recommandations du test, facilitant ainsi les échanges et la coordination des soins. L'ELADEB offre de nouvelles perspectives en permettant aux professionnels de voir la situation du point de vue du patient et de dégager de nouvelles pistes de solution. La méconnaissance des réalités de travail des autres professionnels est également un obstacle à l'utilisation efficace de cet outil. Se former ensemble permet de dépasser cette méconnaissance et d'adopter une posture commune, même si l'ELADEB n'est pas applicable par tous les professionnels.

Un autre défi majeur est le manque de suivi une fois le patient sorti de l'hôpital. Ce manque de continuité peut entraîner frustration et perte de sens pour les professionnels, transformant l'ELADEB en une simple formalité administrative. Il est donc essentiel d'avoir des personnes relais pour assurer la continuité du suivi et la transmission des informations à l'extérieur, ce qui peut se faire via le case management ou la coordination de soins intégrés. Toutefois, les collaborations avec les centres de coordination de soins à domicile n'ont pas toujours été fructueuses, car les missions définies de ces centres ne leur permettent pas de prendre en charge tous les patients identifiés comme complexes par le CHU. Certaines problématiques échappent à leur champ d'action, ce qui empêche la mise en place de solutions adéquates. La solution pourrait résider dans un changement du mode de fonctionnement des coordinations de soins à domicile, leur permettant

de répondre avec plus de souplesse aux situations complexes, tout en conservant la fonction de case-manager pour les cas où les coordinations de soins ne suffisent plus.

L'ancien partenariat avec RÉLIAN démontrait l'importance d'un service externe capable de fournir un accompagnement à long terme. Grâce au PSI, il y avait la possibilité de suivre les patients après leur sortie de l'hôpital. Ainsi, il est nécessaire de mettre en place une fonction de case-management pour permettre un suivi complet des patients, en complément des coordinations de soins à domicile. Cependant, la fin du projet RÉLIAN a marqué un tournant difficile pour le CHU, notamment en raison de la cessation de la collaboration avec leurs case-managers. Cette situation a freiné l'avancement du projet, surtout avec les difficultés de collaboration rencontrées avec le Chronicopôle, dont la case-managers à mi-temps et à zone d'action géographique restreinte ne répondaient pas aux besoins. Face à ce défi, le CHU a engagé, pendant un temps, un case-manager en interne pour pallier ces lacunes. Cependant, actuellement, le service ne dispose plus de case manager, ce qui constitue un problème pour la transmission et la mise en œuvre des résultats des questionnaires ELADEB. Outre la fonction de personne relais, la coordination est également un aspect clé. Quand plusieurs acteurs accompagnent un cas complexe, il est nécessaire de clarifier les rôles et de coordonner les différentes interventions. La simple présence d'intervenants externes ne suffit pas, il faut une personne relais pour effectuer les démarches du patient.

Enfin, ce projet entend améliorer la continuité des soins pour les cas complexe. Pour cela, le service social de l'hôpital joue un rôle crucial, en établissant des liens interprofessionnels et en partageant les informations avec les centres de coordination d'aide et de soins à domicile. Cependant, le partage de données entre le service social et les centres rencontre souvent des difficultés, notamment légales.

Leviers d'efficacité :

Levier 1 : Le soutien hiérarchique

L'attitude proactive du responsable de service, qui encourage ses collaborateurs à s'inscrire aux formations, est essentielle. En soutenant fermement le projet, il incite fortement les travailleurs à participer aux formations et à intégrer cette approche dans leur travail, donnant ainsi une impulsion et un soutien au projet.

L'approche ELADEB peut être très différente des attentes institutionnelles habituelles, il est donc important que la direction soutienne officiellement cette initiative. Cela inclut la nécessité d'une reconnaissance officielle sous forme de financement et de temps alloué pour la mise en œuvre de telles activités.

Levier 2 : La motivation des professionnels

Un personnel motivé, désireux de développer un regard réflexif sur leurs pratiques professionnelles, est un atout majeur. Ces individus peuvent devenir les porte-paroles du projet au sein de leurs équipes et faciliter sa diffusion. Au CHU, tout le monde a suivi la formation, mais personne n'a été contraint de l'appliquer quotidiennement. L'adoption de l'outil s'est faite naturellement, par des personnes qui se sentaient plus à l'aise ou qui étaient convaincues par son efficacité. Ainsi, l'utilisation de l'outil peut se répandre par effet de contagion, avec un professionnel convaincu qui mobilise l'outil, obtient des résultats positifs, et encourage ses collègues à adopter cette approche.

Levier 3 : L'organisation du service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale

L'organisation du service au CHU, qui regroupe des assistants sociaux, des psychologues et des gestionnaires de séjour, facilite les échanges et le travail multidisciplinaire. Cette structure permet la collaboration entre différents professionnels, enrichissant ainsi les pratiques de soin et de soutien aux patients.

Levier 4 : les résultats rapides

La présence de résultats rapides et sur le long terme encourage l'utilisation continue de l'outil ELADEB. L'observation de l'impact positif de l'outil sur le suivi des patients et la résolution de leurs problématiques constitue une motivation puissante pour les professionnels de santé. La satisfaction personnelle des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé, qui réussissent à mettre en place des solutions efficaces, renforce l'adoption de cette approche et facilite l'adhésion d'autres professionnels.

Levier 5 : L'implication de RÉLIAN

Les incitations financières mises en place par RÉLIAN, telles que la fourniture gratuite de l'outil après avoir suivi la formation, ont joué un rôle crucial dans son adoption.

Effets non attendus

Malgré les défis, l'utilisation de l'ELADEB peut redonner du sens au travail des professionnels en se centrant sur les objectifs de vie des patients plutôt que sur des objectifs institutionnels. Les professionnels retrouvent du sens dans leur travail en se concentrant sur les besoins réels des patients plutôt que sur des solutions préconçues. Cette démarche permet aux différents prestataires de soins de mieux comprendre et d'adapter leurs interventions en fonction des attentes et des comportements des patients. Les assistants sociaux peuvent envisager de nouvelles méthodes de travail centrées sur le patient. Cette approche a contribué à une réflexion sur le système de soins, en plaçant davantage l'accent sur les besoins du patient et en prenant en compte son attitude vis-à-vis des actes médicaux.

Enfin, en consultant et en tenant compte des ressentis du patient, les professionnels de santé retrouvent une plus grande satisfaction personnelle et une relation de confiance avec le patient, facilitant les interactions futures.

Pratiques innovantes ou remarquables

La formatrice suggère de placer le patient au centre du processus décisionnel en lui remettant directement le rapport issu de l'entretien ELADEB. En conservant la propriété du rapport, le patient peut décider des informations à partager, des destinataires de ces informations et de la suite à donner à l'entretien, renforçant ainsi son autonomie. De plus, concernant la multitude d'informations contenues dans l'ELADEB, il est important de ne transmettre que les données réellement pertinentes aux professionnels impliqués dans le suivi du patient. En effet, certaines peuvent ne pas être nécessaires ou pertinentes pour la mise en place du suivi et de la prise en charge. Il pourrait être utile de discuter avec le patient pour déterminer quelles informations peuvent être partagées avec les professionnels. Cependant, cette approche est difficile à mettre en pratique. Souvent, le rapport, qui comprend les avis du médecin et de l'assistant social ainsi que des recommandations, est difficile à intégrer efficacement à la sortie du patient de l'hôpital. De plus, les assistants sociaux préfèrent envoyer directement le rapport au service externe afin de garantir la mise en place des solutions post-hospitalisation.

Dans certains cas, le questionnaire peut être administré oralement plutôt qu'en utilisant les cartes, car ces dernières peuvent donner l'impression d'infantiliser les patients, ce qui peut les déranger. De plus, les conditions pratiques, comme l'absence de tablette de lit ou la position du patient, peuvent nécessiter des ajustements dans l'utilisation de l'outil.

Enfin, dans le cas du projet mis en place au sein du CHU, ce sont des assistants sociaux qui procèdent à la passation du questionnaire. Cependant, d'autres professions peuvent également mobiliser cet outil dans leur pratique professionnelle, comme des coordinateurs de soins à domicile, des case manager, etc.

Suite à donner au projet

Plusieurs pistes de réflexions sont à l'étude pour permettre au projet ELADEB de continuer son développement au sein du CHU.

Premièrement, le projet a été intégré comme une initiative médicale importante au sein de l'hôpital. Ainsi, il sera bientôt présenté en conseil de département, où il sera discuté par un groupe de travail sur les sorties de patients, comprenant les chefs de départements, le doyen, ainsi que les directions de chirurgie et de médecine interne. Cette démarche souligne l'importance du sujet et pourrait entraîner un changement culturel au sein du CHU.

Deuxièmement, le projet a rencontré des obstacles, principalement en raison du manque de travailleurs sociaux disponibles pour administrer les tests et de la fin de collaboration avec des agents externes. La coopération avec RÉLIAN, qui avait été significative, a cessé lorsque le PSI a pris fin, ce qui a freiné les avancées du projet au CHU. La collaboration avec le Chronicopôle n'a pas été aussi efficace et s'est terminée avec l'abandon de la fonction de case management.

Toutefois, un nouveau projet, lancé en janvier 2024 par la CSD, avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin, finance désormais des case managers dans les centres de coordination des soins à domicile. Ce projet vise à évaluer la véritable place du case manager dans ce contexte et a permis de relancer la passation des questionnaires au sein du service du CHU.

Enfin, le questionnaire ELADEB, nécessitant environ une heure pour son administration, ne peut pas être appliqué à tous les patients admis à l'hôpital. Il est essentiel de réaliser un premier tri pour identifier les patients les plus concernés. Bien que des questionnaires généralistes aient été envisagés, leur complexité est souvent trop lourde pour le secteur hospitalier. Une solution potentielle est l'utilisation de l'intelligence artificielle pour détecter les cas complexes en analysant les données des dossiers des patients. L'idéal serait de disposer d'un logiciel capable d'examiner toutes les informations disponibles pour identifier les critères de vulnérabilité.

De plus, en ce qui concerne les ré-hospitalisations, le suivi est compliqué car les patients peuvent être admis dans différents services. Il est donc difficile de suivre ces patients en raison de l'absence d'outils permettant de repérer rapidement les ré-hospitalisations. Il faut actuellement consulter les dossiers manuellement pour obtenir ces informations. Un système d'alerte intégré au programme du service social pourrait améliorer la détection des ré-hospitalisations et faciliter le suivi des cas problématiques.

6. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Recommandations pour les futures initiatives similaires

Avant d'entamer le projet, il convient que les pratiques soient clairement définies afin d'éviter les conflits entre professionnels. Une mise en œuvre correcte des théories et une explication claire des concepts utilisés sont essentielles pour le bon déroulement des projets. Les informations doivent être accessibles à tous afin que chaque personne puisse comprendre son rôle, s'appropriier l'outil et définir ses objectifs de travail. Les professionnels doivent être conscients de leurs actions et des objectifs, tant personnels que relatifs au patient.

Outre la clarification des rôles, la compréhension de la réalité des autres s'avère aussi fondamentale pour intégrer correctement les efforts de chacun dans le processus. La formation interdisciplinaire constitue un préalable pour améliorer la collaboration sur ce type de projets. Travailler avec divers professionnels permet d'identifier les points de convergence et de mieux comprendre les réalités des autres, enrichissant ainsi la collaboration.

La concertation d'équipe est importante pour valider les principes du projet et identifier les personnes motivées pour tester l'outil. De plus, l'accord des directions pour allouer du temps à l'appropriation de l'outil aide à identifier les obstacles éventuels et à mettre en place les solutions nécessaires pour les surmonter. Le management doit autoriser et soutenir ces initiatives tout en veillant à fournir un minimum de ressources nécessaires.

Une fois le projet mis en œuvre, il est également essentiel de consacrer du temps au suivi et à l'analyse des actions entreprises afin de veiller à ce que les efforts ne deviennent pas contre-productifs. Être

constamment en action ne permet pas toujours de s'attaquer efficacement aux problèmes fondamentaux. Une nouvelle posture professionnelle, bien que potentiellement inconfortable au début, apporte une plus-value humaine significative. La réponse aux exigences professionnelles de manière innovante permet non seulement de mieux utiliser les ressources disponibles, mais aussi de trouver des solutions adaptées aux besoins spécifiques des patients.

RESSOURCES POUR CONSTRUIRE CETTE FICHE

- Awa Faly BA, Safiétou SALL, IED Afrique. Du terrain au partage : manuel pour la capitalisation des expériences. Version originale en anglais par Jorge Chavez-Tafur, Karen Hampson, Anita Ingevall et Rik Thijssen.
- Fabriques Territoire Santé. (2017) Inspir'actions. Dématérialisation et accès aux droits de santé : Que faire face à la déshumanisation des services publics ?
- Feuvrier, M. V., Balizet, O., & Noury, A. (2015). La capitalisation des expériences : Un voyage au cœur de l'apprentissage. CTA/F3E.
- IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Emergence (2019). BIPP Bonne idées et pratiques prometteuses. Intervenir en promotion de la santé sur les écrans auprès des 12-25 ans. Document interactif sur le repérage et le partage de pratiques en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Laurent Anne, Soudier Benjamin, Bouhier Frédéric, Ferron Christine, Gaspard Samuel, Georgelin Béatrice, Le Grand Eric, Lombrail Pierre. La Capitalisation des expériences en promotion de la santé – cahier pratique. Laxou : Société française de santé publique ; Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, 2022, 80 p. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/04/Cahier-pratique-CAPS-VF.pdf>
- Movisie, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederland Jeugd Instituut, NISB, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Trimbos Instituut, Vilans. (2015). Werkblad beschrijving interventies