

IMPACT DE L'OUTIL «ELADEB» ET D'UN GESTIONNAIRE DE CAS POUR DES PATIENTS HOSPITALISÉS AYANT DES BESOINS DE SOINS COMPLEXES

HENRARD G (1), BELCHE JL (1), HEYMANS I (1), MAES N (2), JOSSEAU J (3), ADAM E (3)

RÉSUMÉ : Les patients ayant des besoins de soins complexes posent de nombreux défis : les soins qui leur sont prodigués sont, par exemple, associés à plus de passages à l'hôpital. Les soins adressés à ce public gagneraient également à être plus centrés sur leurs objectifs et davantage intégrés. Or, le renforcement d'un réseau de soins autour de ces patients au départ d'une hospitalisation reste un défi. C'est notamment le cas parce que les outils d'évaluation à disposition reflètent peu l'ensemble de leurs besoins, notamment psychosociaux, et n'aident pas à discerner leurs priorités. Nous avons donc mis en place une stratégie de prise en charge comprenant l'utilisation de l'outil ELADEB couplée à l'intervention d'un gestionnaire de cas. Nous présentons une étude rétrospective sur données administratives de 109 patients hospitalisés. Nous avons mesuré l'effet de cette intervention en comparant le nombre et la durée d'hospitalisations, ainsi que le nombre de réadmissions dans les 30 jours suivant la sortie, un an avant l'intervention et un an après. Nous observons une diminution statistiquement significative des hospitalisations non programmées, des durées moyennes de séjours et des réadmissions dans l'année qui suit l'intervention. Ces résultats exploratoires soulignent l'intérêt potentiel de l'intervention, mais une évaluation prospective rigoureuse dans notre contexte reste à faire.

MOTS-CLÉS : *Services sociaux - Gestionnaires de cas - Réadmission du patient - Patients avec besoins de soins complexes - Prestation intégrée de soins de santé*

IMPACT OF THE «ELADEB» TOOL AND A CASE MANAGER FOR HOSPITALIZED PATIENTS WITH COMPLEX CARE NEEDS

SUMMARY : Patients with complex care needs present numerous challenges: the care they receive is often associated with more hospital admissions. The care provided to this group could benefit from being more goal-oriented and better integrated. However, strengthening a network of care for these patients starting from hospitalization remains a challenge. This is particularly due to the fact that available assessment tools poorly reflect patient overall needs, especially psychosocial ones, and do not help identify their priorities. Therefore, we implemented a care strategy that includes the use of the ELADEB tool combined with the intervention of a case manager. We present the results of a retrospective study using administrative data from 109 hospitalized patients. We measured the effect of this intervention by comparing the number and duration of hospitalizations, as well as the number of readmissions within 30 days of discharge, one year before the intervention and one year after. We observed a statistically significant decrease in unplanned hospitalizations, average lengths of stay, and readmissions in the year following the intervention. These exploratory results highlight the potential value of such an intervention, yet a rigorous prospective evaluation in our context remains to be done.

KEYWORDS : *Social work - Case Managers - Patient readmission - Patients with complex care needs - Integrated health care*

INTRODUCTION

Il n'existe pas de définition consensuelle de la complexité des soins. Les nombreuses définitions existantes se basent sur des aspects médicaux (tels que la multimorbidité physique ou mentale), parfois non-médicaux (tels que la faible littératie en santé ou les problèmes sociaux), et s'appuient parfois sur des outils de mesure et, quelque fois, sur des cadres concep-

tuels (1, 2). Certains auteurs soulignent également le caractère professionnel-dépendant (2) et dynamique de la complexité des soins (3).

Les patients ayant des besoins de soins complexes posent de nombreux défis au système de santé : les soins qui leur sont prodigués sont généralement associés à des résultats moins favorables (4), à une moins bonne utilisation des services de santé, notamment plus de passages à l'hôpital (5), et à des coûts globalement plus élevés (6).

L'organisation des soins de santé en Belgique se caractérise par une grande accessibilité. Les patients ont, en théorie, le libre choix de leurs thérapeutes et de leur hôpital, sans échelonnement obligatoire entre les soins primaires et l'hôpital (7). La prise en charge des patients avec besoins de soins complexes y est très hétérogène. Elle va de l'absence de soins à une prise en charge pluridisciplinaire, parfois

(1) Département de Médecine générale, Unité de recherche Soins primaires et Santé, ULiège, Belgique.
(2) Centre hospitalo-universitaire de Biostatistique et Méthodes de recherche, CHU Liège, Belgique.
(3) Service de psychologie clinique et d'action sociale, ULiège, Belgique.

renforcée par des dispositifs dans le milieu de vie (par exemple des équipes mobiles, des services d'aide et de soins psychiatriques ou encore des facilitateurs en santé). De manière générale, les soins adressés à ce public gagneraient à être plus centrés sur les objectifs du patient et mieux intégrés (8). Or, la mise en place ou le renforcement d'un réseau de soins dans le milieu de vie autour de ces patients au départ d'une hospitalisation reste un défi. Entre autres raisons parce que les outils d'évaluation à disposition reflètent peu l'ensemble de leurs besoins, notamment psychosociaux, et n'aident pas à discerner les priorités de tels patients.

L'outil ELADEB («Échelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins»), initialement destiné à des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques, a été développé par une équipe suisse (9). Il est constitué d'une série de cartes thématiques illustrées soutenant le dialogue entre le patient et le professionnel. Il conviendrait particulièrement bien aux personnes s'exprimant peu spontanément avec les professionnels, maîtrisant mal le français ou réticentes devant des questionnaires classiques. Il favorise l'identification des difficultés et des besoins psycho-sociaux prioritaires du patient et s'inscrit parfaitement dans une approche d'aide et de soins centrés sur la personne (en anglais «Goal Oriented Care», en français ASCOP : L'Aide et les Soins Centrés sur les Objectifs de la Personne) (10). Aussi, les professionnels de la santé ne se donnent pas toujours les moyens, au moment de la sortie de l'hôpital, d'identifier et d'activer les ressources disponibles autour du patient dans le milieu de vie, ce qui peut être fait par l'intermédiaire d'un gestionnaire de cas (en anglais «case manager»).

Le service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale du CHU de Liège a donc mis en place une nouvelle stratégie comprenant l'utilisation de l'outil ELADEB, couplée à l'intervention d'un gestionnaire de cas, pour organiser et suivre le retour à domicile de patients identifiés comme ayant des besoins de soins complexes à l'occasion de leur hospitalisation (voir ci-dessous). Le but de cette recherche est d'évaluer l'impact de cette stratégie, notamment en termes de durées de séjour et de taux de réadmission à l'hôpital.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique sur données administratives des

patients hospitalisés au CHU de Liège ayant reçu l'intervention en 2021 et 2022.

INTERVENTION

La stratégie proposée comportait deux composantes : l'utilisation de l'outil ELADEB et l'implication subséquente d'une gestionnaire de cas, une infirmière spécialisée en santé communautaire, ayant reçu une formation complémentaire spécifique de deux jours sur la fonction de gestion de cas, chargée d'activer le réseau de soins depuis l'hospitalisation jusque dans le milieu de vie du patient ainsi que de travailler à une meilleure intégration des soins. De cette façon et pour rencontrer l'objectif, un suivi en extrahospitalier était possible.

Concrètement, l'intervention était organisée de la sorte :

1. Détection des patients ayant des besoins de soins complexes : en dehors d'une échelle spécifique d'identification ou de mesure de la complexité utilisée de manière systématique (voir discussion), les assistants sociaux de l'hôpital repèrent les patients au départ de la consultation des dossiers et/ou lors de leur participation à des réunions pluridisciplinaires. Cette détection se fait selon les critères suivants : présence d'une détresse psychosociale objectivée dans les anamnèses infirmières et/ou médicales ou par le passage de collègues psychiatres ou psychologues; multiplication des consultations pluridisciplinaires en cours d'hospitalisation ; hospitalisations à répétition.
2. Questionnaire ELADEB : l'assistant social soumet le questionnaire ELADEB au patient et formalise un plan de soins intégrés.
3. Intervention de la gestionnaire de cas : elle aide l'assistant social de l'hôpital dans son travail d'activation du réseau extrahospitalier et suit la situation après la sortie du patient, avec la possibilité de réunions de concertation et/ou de visites à domicile.
4. L'intervention est considérée comme terminée quand les objectifs du plan de soins intégrés sont atteints ou que le patient peut le gérer dans le milieu de vie.

PLAN D'ANALYSE

À partir d'un échantillon de 109 patients ayant été évalués avec l'outil ELADEB, les éléments suivants ont été comparés avant et après l'évaluation (année précédant l'ELADEB *versus* année suivant l'ELADEB) :

- (a) Nombre de séjours hospitaliers
- (b) Nombre de séjours hospitaliers entrés par les urgences

(c) Nombre de réadmissions (dans les 30 jours suivant la sortie d'un séjour et avec entrée par les urgences)

(d) Durées de séjour

(e) Nombre de consultations (toutes spécialités confondues).

Deux autres échantillons de patients hospitalisés mais n'ayant pas bénéficié de l'outil ELADEB ont été constitués en appariant chaque patient selon l'âge, le sexe, et la pathologie. Un échantillon est constitué de patients avec ouverture d'un dossier social pendant l'hospitalisation, un autre est constitué de patients sans ouverture d'un dossier social pendant l'hospitalisation. L'évolution des éléments cités ci-dessus (de a à e) avant et après cette hospitalisation est comparée entre les trois échantillons de patients ainsi constitués. Les survenues de décès après l'hospitalisation sont également comparées.

MÉTHODES STATISTIQUES

Les données quantitatives ont été décrites à l'aide des moyennes et écart types, médianes et intervalles interquartile (Q1-Q3), ainsi que des valeurs extrêmes. Les données qualitatives ont été décrites à l'aide de tables de fréquences (nombres et pourcents). L'évolution des variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test non paramétrique des rangs signés pour données paires, le test de Mac Nemar a été utilisé pour analyser l'évolution des variables qualitatives. Les probabilités de décès après l'hospitalisation ont été com-

parées à l'aide d'un modèle de régression de Cox. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs au seuil de 95 % ($p < 0,05$). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4).

RÉSULTATS

DESCRIPTION DES PATIENTS ÉVALUÉS AVEC L'OUTIL ELADEB

Au total, 63 hommes et 46 femmes ont été évalués avec l'outil ELADEB entre le 11/01/2021 et le 21/09/2022. Ils ont 56 ans en moyenne, 27,5 % ont 65 ans ou plus (**Tableau I**). Au moment de l'évaluation ELADEB, 88 (80,7 %) étaient hospitalisés; pour les autres, l'évaluation a été réalisée à domicile. Pour ceux-ci, la majorité (76,1 %) était des admissions via le service des urgences, leur durée de séjour médiane était de 12 jours. En annexe, nous décrivons aussi les pathologies des patients hospitalisés au moment de l'évaluation ELADEB (encodage DRG : Diagnosis Related Group).

SUIVI DES PATIENTS ÉVALUÉS AVEC L'OUTIL ELADEB

Nous observons une diminution significative des hospitalisations non programmées. Dans l'année qui précède l'ELADEB, 30,3 % des patients sont hospitalisés au moins deux fois

Tableau I. Description des patients évalués avec l'outil ELADEB (N = 109)

	N non manquants	Résultats Moyenne (médiane)
Sexe, Hommes	109	63 (57,8)
Âge (années)	109	56,4 ± 14,3
< 65 ans		79 (72,5)
≥ 65 ans		30 (27,5)
Bénéficiaire de l'intervention majorée	88	57 (64,8)
Médecin généraliste	88	85 (96,6)
Hospitalisés lors de l'évaluation	109	(80,7)
ELADEB		
Durée de séjour (jours)	88	12 (8 - 28)
Type d'admission :	88	
Admission planifiée		21 (23,9)
Admission par les urgences		67 (76,1)
Gestionnaire de cas	109	93 (85,3)
Résultats : N (%), Moyenne ± Ecart Type, ou Médiane (Q1 – Q3)		

de manière non programmée, ce pourcentage tombe à 15,6 % dans l'année qui suit l'évaluation ($p = 0,0006$). Une diminution significative des réadmissions toutes confondues est également observée ($p = 0,0038$). Dans l'année qui précède l'ELADEB, 11,9 % des patients sont réadmis au moins deux fois, ce pourcentage décroît à 2,8 % dans l'année qui suit l'évaluation ($p = 0,0075$). Enfin, une diminution significative des durées de séjour est observée, d'une durée médiane de 11 jours dans l'année qui précède l'ELADEB à une durée médiane de 6 jours dans l'année qui suit ($p = 0,0004$). Il n'y a pas d'évolution significative du nombre de consultations avant et après le passage de l'ELADEB ($p = 0,39$) (**Tableau II**).

COMPARAISON AVEC LES PATIENTS NON ÉVALUÉS AVEC L'OUTIL ELADEB

Afin d'évaluer plus spécifiquement l'impact de l'outil ELADEB, nous avons comparé le suivi de ces patients à celui de patients avec dossier social mais non évalués avec l'outil ELADEB et à celui de patients sans dossier social et donc sans outil ELADEB également. Afin que les

échantillons soient comparables au mieux, nous avons apparié les séjours des patients avec évaluation ELADEB avec des séjours de patients de même âge ($< \text{ou} \geq 65$ ans), de même sexe et hospitalisés pour la même pathologie (DRG et niveau de sévérité). L'appariement a pu être réalisé pour 68 patients testés avec ELADEB hospitalisés au moment de l'évaluation. Les caractéristiques de ces patients sont reprises en annexes.

Nous observons une diminution significative des hospitalisations non programmées et des réadmissions après l'évaluation à l'aide de l'ELADEB et une tendance à la diminution des durées de séjour après l'évaluation. À l'inverse, les hospitalisations non programmées et les réadmissions sont stables chez les patients avec ou sans dossier social, mais sans recours à ELADEB. Les durées de séjour augmentent chez les patients sans dossier social et sont stables chez les patients avec dossier social sans ELADEB. Le nombre de consultations reste stable après ELADEB alors qu'elles augmentent dans les deux autres groupes (**Tableau III**).

Tableau II. Suivi des patients avant et après l'évaluation à l'aide de l'ELADEB (N = 109)

	Année précédant ELADEB	Année suivant ELADEB	Valeur de p
Nombre de séjours hospitaliers (tous)			
Moyenne $\pm$ Écart Type	2,0 $\pm$ 1,7	1,7 $\pm$ 1,2	
Médiane (Q1 - Q3)	1 (1 - 3)	1 (1 - 2)	0,10 (a)
Minimum - Maximum	1 - 9	1 - 6	
≥ 2 , n (%)	46 (42,2)	36 (33,0)	0,11 (b)
Nombre de séjours hospitaliers non programmés (entrée par les urgences)			
Moyenne $\pm$ Écart Type	1,3 $\pm$ 1,3	0,68 $\pm$ 1,3	
Médiane (Q1 - Q3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 1)	< 0,0001 (a)
Minimum - Maximum	0 - 7	0 - 6	
≥ 2 , n (%)	33 (30,3)	17 (15,6)	0,0006 (b)
Nombre de réadmissions			
Moyenne $\pm$ Écart Type	0,39 $\pm$ 0,87	0,14 $\pm$ 0,52	
Médiane (Q1 - Q3)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0,0038 (a)
Minimum - Maximum	0 - 4	0 - 4	
≥ 2 , n (%)	13 (11,9)	3 (2,8)	0,0075 (b)
Durées moyennes des séjours (jours)			
Moyenne $\pm$ Écart Type	15,7 $\pm$ 15,5	9,4 $\pm$ 8,9	
Médiane (Q1 - Q3)	11 (7 - 18)	6 (3 - 13)	0,0004 (a)
Minimum - Maximum	2 - 104	1 - 50	
Nombre de consultations			
Moyenne $\pm$ Écart Type	10,6 $\pm$ 12,0	10,8 $\pm$ 11,8	
Médiane (Q1 - Q3)	8 (2 - 14)	9 (2 - 14)	0,39 (a)
Minimum - Maximum	0 - 74	0 - 74	

(a) Test des rangs signés. (b) Test de Mac Nemar.

Tableau III. Suivi des patients avant et après l'hospitalisation prise en compte comme référence

Xxxxxxx	Pas de dossier social, pas ELADEV (N = 68)			Dossier social, pas ELADEV (N = 68)			Dossier social, avec ELADEV (N=68)		
	Année précédente	Année suivante	Évolution p-valeur	Année précédente	Année suivante	Évolution p-valeur	Année précédente	Année suivante	Évolution p-valeur
Nombre de séjours hospitaliers (tous)									
Moyenne ± Ecart Type	1,6 ± 3,3	2,0 ± 2,9	0,0006 ^(a)	2,4 ± 5,1	2,4 ± 3,3	0,022 ^(a)	2,0 ± 1,4	1,8 ± 1,5	0,37 ^(a)
Médiane (Q1 – Q3)	1 (0 - 2)	1 (1 - 2)		0 (0 - 2)	1 (1 - 2)		1 (1 - 3)	1 (1 - 2)	
Minimum – Maximum	0 - 19	1 - 21		0 - 26	1 - 20		1 - 7	1 - 6	
≥ 2, n (%)	18 (26,5)	20 (29,4)	0,56 ^(b)	22 (32,3)	20 (29,4)	0,56 ^(b)	34 (50,0)	23 (33,8)	0,034 ^(b)
Nombre de séjours hospitaliers non programmés (entrée par les urgences)									
Moyenne ± Ecart Type	0,78 ± 2,1	0,85 ± 2,2	0,74 ^(a)	1,6 ± 4,1	1,2 ± 3,1	0,18 ^(a)	1,4 ± 1,2	0,77 ± 1,5	0,0003 ^(a)
Médiane (Q1 – Q3)	0 (0 - 1)	0 (0 - 1)		0 (0 - 1)	0 (0 - 1)		1 (1 - 2)	0 (0 - 1)	
Minimum – Maximum	0 - 15	0 - 13		0 - 26	0 - 20		0 - 5	0 - 6	
≥ 2, n (%)	11 (16,2)	8 (11,8)	0,26 ^(b)	16 (23,5)	12 (17,7)	0,21 ^(b)	25 (36,8)	12 (17,7)	0,0008 ^(b)
Nombre de réadmissions									
Moyenne ± Ecart Type	0,31 ± 1,0	0,32 ± 1,1	0,98 ^(a)	0,59 ± 2,3	0,59 ± 2,3	0,46 ^(a)	0,43 ± 0,89	0,18 ± 0,62	0,041 ^(a)
Médiane (Q1 – Q3)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)		0 (0 - 0)	0 (0 - 0)		0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	
Minimum – Maximum	0 - 6	0 - 6		0 - 15	0 - 15		0 - 4	0 - 4	
≥ 2, n (%)	4 (5,9)	6 (8,8)	0,32 ^(b)	5 (7,3)	5 (7,3)	1,0 ^(b)	9 (13,2)	3 (4,4)	0,058 ^(b)
Durées moyennes des séjours (jours)									
Moyenne ± Ecart Type	8,5 ± 8,0	11,7 ± 10,5	0,015 ^(a)	11,8 ± 9,5	11,8 ± 9,5	0,43 ^(a)	15,1 ± 15,4	8,8 ± 7,3	0,0056 ^(a)
Médiane (Q1 – Q3)	6 (4 - 10)	9 (3 - 17)		9 (5 - 15)	9 (5 - 15)		11 (7 - 18)	7 (3 - 13)	
Minimum – Maximum	1 - 42	1 - 41		1 - 47	1 - 47		2 - 104	1 - 33	
Nombre de consultations ^(a)									
Moyenne ± Ecart Type	7,2 ± 8,4	8,2 ± 8,1	0,086 ^(a)	5,8 ± 9,0	7,6 ± 7,5	0,027 ^(a)	9,0 ± 9,6	11,1 ± 12,1	0,16 ^(a)
Médiane (Q1 – Q3)	4 (0 - 11)	7 (1 - 12)		2 (0 - 8)	5 (1 - 12)		4 (1 - 16)	8 (1 - 16)	
Minimum – Maximum	0 - 32	0 - 31		0 - 48	0 - 32		0 - 33	0 - 52	

^(a) Test des rangs signés, ^(b) Test de Mac Nemar.

Les patients des trois groupes considérés ont été suivis en moyenne 759 ± 337 jours après le séjour de référence. Au total, 46 patients sont décédés pendant cette période de suivi, dont 17/68 (25,0 %) sans dossier social, 15/68 (22,1 %) avec dossier social sans ELADEB, et 14/68 (20,6 %) évalués avec ELADEB. Aucune différence significative n'est mise en évidence entre les trois échantillons ($p = 0,45$).

DISCUSSION

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

La diminution significative l'année suivant l'intervention proposée (ELADEB + gestionnaire de cas) du nombre d'hospitalisations non programmées, des durées d'hospitalisation et des réadmissions constitue un signal encourageant. Il en est de même concernant la comparaison entre les échantillons appariés confirmant ces effets positifs chez les patients ayant reçu l'intervention ELADEB alors que les hospitalisations non programmées et les réadmissions restent stables chez les patients avec ou sans dossier social sans ELADEB. Le même constat peut être formulé pour les durées de séjour qui augmentent chez les patients sans dossier social et restent stables chez les patients avec dossier social sans ELADEB. Il n'y a pas de différences significatives observées sur le nombre de consultations ni sur la mortalité.

La stratégie souffre de l'absence d'une étape d'identification formalisée des patients pour lesquels l'intervention serait pertinente (voir plus loin «perspectives»). Enfin, il est impossible de distinguer, dans les résultats obtenus, ce qui serait associé à l'application de l'outil ELADEB de ce qui serait associé à l'intervention du gestionnaire de cas.

DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Les résultats des interventions visant à améliorer les soins prodigués aux patients ayant des besoins de soins complexes au départ de l'hospitalisation retrouvés dans la littérature sont inconsistants. Gao et coll., dans une étude de cohorte sur une population à hauts risques psychosociaux (Médicaid aux USA), montrent des résultats positifs en termes de diminution des réadmissions à 30 jours (11). Goodwine et coll., dans une revue systématique de 2018, montrent également une différence positive significative sur ce même critère, mais qui disparaît si on réduit l'analyse aux études à plus

faible risque de biais (12). Deux essais cliniques randomisés plus récents se penchent également sur le taux de réadmission. Finkelstein et coll. ne montrent aucune différence significative en terme de réadmissions à 180 jours (13) et Henschen et coll. montrent une différence en défaveur de l'intervention en termes de réadmission à 30 jours, résultats probablement dus à une consolidation des soins dans une seule institution (c'est-à-dire que les patients auraient moins été réhospitalisés dans d'autres hôpitaux) (14). Cette inconsistance des résultats peut, en partie, s'expliquer par une grande hétérogénéité clinique (différences dans les risques psychosociaux des patients inclus, dans le type et l'intensité de l'intervention et dans l'organisation des systèmes de santé, par exemple). De manière générale, l'interprétation des résultats de ce genre d'interventions complexes nécessite une connaissance fine des éléments de contexte (15), ce qui sort du cadre de cet article.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES

À côté des critères d'évaluation assez pragmatiques le plus souvent retenus pour évaluer ces interventions, comme le taux de réadmission, qui peut être le reflet de considérations de sécurité du patient mais aussi purement économiques, il existe des raisons éthiques pour adopter une démarche centrée sur les objectifs du patient. Ces motivations éthiques peuvent légitimement entrer en conflit avec des objectifs de santé publique. À quel point, par exemple, une intervention qui comporterait un supplément «approche centrée sur les objectifs du patient» ne devrait-elle pas simplement devoir démontrer sa non-infériorité pour être adoptée ? Ces tensions pourraient être atténuées par la définition de critères d'évaluation plus centrés sur les patients et par l'introduction de méthodes d'évaluation mixtes (quantitatives et qualitatives) (16).

L'hospitalisation est souvent concomitante d'une crise. Nous pensons que la crise est propice au travail psycho-social (17). Par exemple, l'hospitalisation peut être une opportunité pour un nouveau départ dans la prise en charge à domicile. Mais nous pensons aussi que ce travail et l'évaluation de son impact gagnent à s'inscrire dans le «temps long», bien au-delà de la fenêtre temporelle des «taux de réadmission».

Aussi, nommer les problèmes n'est jamais neutre. Ce que nous avons décidé d'appeler ici par commodité «patients ayant des besoins de soins complexes», nous préférierions les

voir comme autant de situations qui mettent à mal notre système de santé. L'idée est d'éviter le piège de l'hyper-responsabilisation des individus et de remettre l'accent sur la manière dont les systèmes de santé peuvent contribuer à produire des vulnérabilités et y répondre.

PERSPECTIVES

Cette étude nous a permis de fédérer différents services et chercheurs dans notre institution autour de la thématique des malades ayant des besoins complexes. L'étape suivante pourrait être un étude pilote de faisabilité de l'intervention (18). Cette étude nous aiderait, entre autres objectifs, à émettre des recommandations sur l'introduction en pratique d'un outil de mesure de la complexité, pour sélectionner plus objectivement les patients qui devraient bénéficier de l'intervention, comme par exemple l'outil INTERMED (19) ou COMID (20), ou encore améliorer l'encodage de routine dans notre institution.

Des recherches qualitatives ancillaires explorant le vécu des différents protagonistes, professionnels et patients, seraient également utiles pour améliorer la pertinence de l'intervention, par exemple : «Comment mieux articuler le travail des différents assistants sociaux entre eux et avec le (la) gestionnaire de cas ?» Le travail en lien avec cet article pourrait nous aider à construire un protocole d'essai contrôlé randomisé, pragmatique (21) ou sur registre de données (22).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude est observationnelle, rétrospective et basée sur des données administratives de routine. Il faut donc considérer les résultats comme exploratoires. Certains aspects de la situation ne sont pas documentés : le taux de refus de participation, le taux de sortie de suivi et les raisons invoquées, l'intensité du réseau d'aide et de soins professionnel préexistant dans le milieu de vie ainsi que le rôle des aidants-proches. Ces aspects pourraient intervenir dans l'interprétation des résultats. Également, du fait que les données émanent uniquement de l'hôpital du CHU de Liège, une partie de l'effet observé peut être dû à une errance thérapeutique des patients d'une institution hospitalière liégeoise à l'autre.

CONCLUSION

Ces résultats exploratoires soulignent l'intérêt potentiel de la mise en place de soins centrés sur les objectifs du patient et mieux intégrés entre l'hôpital et la première ligne au moyen de l'utilisation d'un outil d'analyse des besoins prioritaires du patient suivie de l'intervention jusqu'à dans le milieu de vie du patient par un(e) gestionnaire de cas. Une évaluation prospective rigoureuse de cette stratégie dans notre contexte reste à faire.

Remerciements

Merci à Christiane Duchesne et Stéphanie Vanhaeren pour leurs relectures investies et pertinentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, et al. A systematic review of conceptual frameworks of medical complexity and new model development. *J Gen Intern Med* 2016;**31**:329-37.
2. Nicolaus S, Crelieu B, Donzé JD, Aubert CE. Definition of patient complexity in adults: A narrative review. *J Multimorb Comorb* 2022;**12**:26335565221081288.
3. Shippee ND, Shah ND, May CR, et al. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol* 2012;**65**:1041-51.
4. Zulman DM, Asch SM, Martins SB, et al. Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Intern Med* 2014;**29**:529-37.
5. Mercer T, Bae J, Kipnes J, et al. The highest utilizers of care: Individualized care plans to coordinate care, improve healthcare service utilization, and reduce costs at an academic tertiary care center. *J Hosp Med* 2015;**10**:419-24.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;**380**:37-43.
7. Gerkens S, al. Performance of the Belgian health system: Report 2024. [Internet]. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2024. Report No.: 376C. Available from: <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-report-2024>
8. Steele Gray C, Grudniewicz A, Armas A, et al. Goal-oriented care: a catalyst for person-centred system integration. *Int J Integr Care* 2020;**20**:8.
9. Pomini V, Golay P, Reymond C. L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. Les échelles lausannoises ELADEB. *Inf Psychiatr* 2008;**84**:895-902.
10. Boeykens D, Boeckstaens P, De Sutter A, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis. *PLoS One* 2022;**17**:e0262843.
11. Gao W, Keleti D, Donia T, et al. Postdischarge engagement decreased hospital readmissions in Medicaid populations. *Am J Manag Care* 2018;**24**:e200-6.
12. Goodwine A, Henschen B, O'Dwyer L, et al. Interventions for frequently hospitalized patients and their effect on outcomes: a systematic review. *J Hosp Med* 2018;**13**:853-9.
13. Finkelstein AN, Zhou A, Taubman S, Doyle J. Health care hotspotting - a randomized, controlled trial. *N Engl J Med* 2020;**382**:152-62.

14. Henschen B, Theodorou ME, Chapman M, et al. An intensive intervention to reduce readmissions for frequently hospitalized patients: the CHAMP randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2021;**37**:1877-84.
15. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 2021;**374**:n2061.
16. Heymans I, Belche JL, Stassen A, et al. Recommandations de bonne pratique dans les situations complexes : mieux prioriser grâce à l'approche ASCOP. *Rev Med Liege* 2025;**80**:288-95.
17. De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 1997.
18. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, et al. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med* 2009;**36**:452-7.
19. Stiefel FC, Huyse FJ, Söllner W, et al. Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Med Clin North Am* 2006;**90**:713-58.
20. Busnel C, Vallet F, Ludwig C. Tooling nurses to assess complexity in routine home care practice: derivation of a complexity index from the interRAI-HC. *Nurs Open* 2021;**8**:815-23.
21. Raymond J, Darsaut TE, Altman DG. Pragmatic trials can be designed as optimal medical care: principles and methods of care trials. *J Clin Epidemiol* 2014;**67**:1150-6.
22. Shiely F, O'Shea N, Murphy E, Eustace J. Registry-based randomised controlled trials: conduct, advantages and challenges—a systematic review. *Trials* 2024;**25**:375.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Henrard G, Unité de recherche Soins primaires et Santé, ULiège, Belgique.
Email : gilles.henrard@uliege.be