



Conférence CREHPSY, 17 octobre 2017

Évaluation des difficultés, besoins et ressources avec ELADEB et AERES.

Fondements théoriques, perspectives pratiques

Plan

1. Introduction

- A. L'évaluation en psychiatrie, mal-aimée mais nécessaire
- B. Finalités, cibles, méthodes et issues de l'évaluation en psychiatrie

2. Fondements théoriques d'une évaluation des difficultés, ressources et besoins en psychiatrie

- A. Vers un modèle théorique partagé
- B. La voix du patient
- C. Le cahier des charges d'un instrument d'auto-évaluation des difficultés, besoins et ressources

3. Les outils

- A. ELADEB : auto-évaluation des difficultés et des besoins
- B. AERES : auto-évaluation des ressources

4. En guise de brève conclusion



Évaluation des difficultés, ressources et besoins avec ELADEB et AERES

1. Introduction



UNIL | Université de Lausanne

Introduction

A. L'évaluation en psychiatrie : mal-aimée mais nécessaire

| le savoir vivant |

L'évaluation en psychiatrie

Je préfère traiter qu'évaluer.

L'évaluation en psychiatrie

**L'évaluation est plus ennuyeuse
que la thérapie.**

Préfère traiter qu'évaluer.

L'évaluation en psychiatrie

est plus ennuyeuse que la thérapie.

Je préfère traiter qu'évaluer.

Aujourd'hui on évalue tout, on est tout le temps évalué. C'est la dictature de l'évaluation.

L'évaluation en psychiatrie

*thérapie.

**Les questionnaires et les tests,
ça ne donne pas une vraie
image de nos patients.**

*évaluer.

L'évaluation est plu'

Aujourd'hui on évalue tout, on est tout le temps évalué. C'est la dictature de l'évaluation.

L'évaluation en psychiatrie

L'évaluation est plus ennuyeuse que la thérapie.

Les questionnaires et les
une vraie

Je préfère traiter qu'évaluer.

**De toute façon, à la fin
évaluation sont rangées dans
un tiroir...**

Aujourd'hui on éva
évalué. C'est la dict

L'évaluation en psychiatrie

... cause que la thérapie.

De toute façon, à les fins évaluation sont rangées dans un

**Et pourtant, on ne peut pas ...
s'en passer...**

L'évaluatic

... es et les tests, ça ne donne pas une vraie image de nos patients. évaluer.

Aujourd'hui on évalue tout, on est tout le temps évalué. C'est la dictature de l'évaluation.

Et pourtant on ne peut pas s'en passer...

L'évaluation est constante et fait partie intégrante de la pratique clinique en psychiatrie, en psychothérapie ou en réhabilitation psychosociale,

et cela, même dans une pratique de rétablissement,

et cela même quand elle n'est pas pratiquée de façon explicite.



UNIL | Université de Lausanne

Introduction

B. Finalités, cibles, méthodes et issues de l'évaluation en psychiatrie

| le savoir vivant |

Évaluer à quoi ça sert ?

- **Évaluer pour comprendre**
→ conceptualiser le cas
- **Évaluer pour aider**
→ planifier le traitement, monitorer le suivi
- **Évaluer pour documenter**
→ gérer un dossier médico-social utile
- **Évaluer pour contrôler**
→ mesurer l'efficacité ou l'efficience des interventions

Évaluer pour comprendre

- La conceptualisation de cas doit être associée à un modèle théorique de la conduite humaine, de la psychopathologie et du changement.
- La conceptualisation de cas formule les hypothèses étiopathogéniques et de maintien des difficultés; elle légitime les propositions d'intervention sur la base de modèles explicites de compréhension
 - *Modèles génériques* (modèle intégré du fonctionnement selon la CIF, modèle diathèse-stress, modèle du rétablissement) vs *modèles spécifiques* (relatifs à une pathologie ou une approche psychothérapeutique données)

Évaluer pour aider

- **Le résultat d'une évaluation est utilisable (directement ou indirectement) dans la planification d'un traitement : aide à l'indication.**
- **Deux types d'indication**
 - Indication différentielle : type de diagnostic → type de traitement
 - Indication adaptative : informations issues de l'évaluation orientent, nuancent, complètent une proposition de traitement
- **Différents niveaux d'intervention**
 - Planification globale → profil général, vision holistique
 - Traitements spécifiques → diagnostic approfondi, analyses ciblées

Évaluer pour documenter

Un système idéal de documentation devrait être :

- **Exhaustif, complet**
 - Saisit tous les aspects importants de la santé, des troubles et du fonctionnement psychosocial de la personne
- **Capable de retracer l'évolution, de mesurer les changements**
- **Ciblé sur les difficultés, déficits ou symptômes, mais aussi sur les compétences, les ressources, les forces de la personne**
- **Multi-informé**
 - Saisit les perspectives de la personne, de sa famille, de son entourage, des professionnels
- **Simple, aisé à administrer**
 - Accessible à des professionnels peu qualifiés, nécessite tout au plus une formation minimale
- **Valide, rigoureux, scientifique**
- **Utilisable dans de multiples institutions / systèmes de santé**

Beutler et al. (1999); Lecomte et al. (2004)

Évaluer pour contrôler

- **Être sûr que l'évaluation est utilisée de façon honnête**
 - Éviter des biais d'évaluation liés aux enjeux de celle-ci
 - Chez les patients : sous-estimer ou sur-estimer les troubles ou les ressources selon les bénéfices espérés (accès à un appartement, diminution ou arrêt d'un traitement, réduction de la durée d'intervention, etc.)
 - Chez les soignants : liens entre résultats et ressources; effet Rosenthal, effet d'allégeance, etc.
 - Neutralité et formation des évaluateurs
- **Être sûr que l'évaluation capte de façon fiable la réalité et les changements**
 - Vérification des fidélités interjuges et test-retest ainsi que de la sensibilité au changement
 - Mesures de validité apparente, de contenu et de construit

Les cinq paramètres clés de l'investigation

- **FINALITÉ**

- À quoi va servir l'investigation?
- Quel est le but poursuivi?

- **CIBLES**

- Qu'est-ce qui va être investigué?
- Que va-t-on observer, évaluer?

- **MÉTHODES**

- Comment va-t-on investiguer?
- Quels outils employer?
- Dans quel ordre?

- **RÉSULTATS**

- Quel type de résultats va-t-on obtenir?

- **ISSUES**

- Que va-t-on faire des résultats?

Veiller à pratiquer des évaluations « intelligentes »

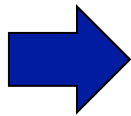
- **suffisamment nécessaires pour considérer que sans elles on ne peut pas proposer ou piloter un traitement optimal;**
- **suffisamment rentables de sorte que le temps investi aujourd'hui pour évaluer permet d'éviter demain des erreurs et du temps perdu;**
- **suffisamment acceptables par les acteurs du terrain (cliniciens, administrateurs, patients, entourage) qui ont chacun leurs cadres de référence.**

La pratique de l'évaluation n'est pas anodine

- **En amont de l'activité elle-même**
 - Elle traduit des valeurs
 - Elle s'appuie sur des choix (théorique, économiques, logistiques)
- **Durant celle-ci**
 - Elle est « parasitée » par de multiples facteurs (attentes explicites ou cachées, compétences, alliance, etc.)
- **En aval**
 - Elle débouche sur des résultats $\pm$ faciles à décoder, $\pm$ satisfaisants, qui sont pris en compte ou non dans certaines décisions

En pratique, évaluer un patient, c'est aussi déjà l'accompagner

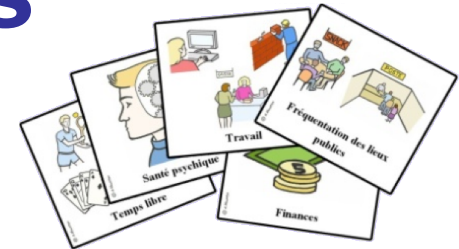
- L'évaluation participe souvent de la phase initiale d'un suivi
→ elle représente en général l'activité qui suit l'accueil immédiat voire qui participe de cet accueil de la personne.
- Durant l'évaluation ou le suivi la personne peut légitimement se demander si elle est écoutée, si elle est entendue, comprise.



Pour apporter une réponse positive à cette question :

- mobiliser la personne comme partenaire co-responsable du suivi → l'insérer dans un processus de décision partagée;
- favoriser la collaboration en tenant compte d'emblée de son avis et de ses priorités

À l'origine d'ELADEB et d'AERES



- **Préoccupation pour un système d'investigation psychosociale des patients pertinent, efficace et utilisé.**
- **Besoin d'un outil rigoureux d'évaluation interdisciplinaire des problèmes, des besoins et des ressources de la personne qui s'intègre dans un dispositif d'investigation psychosociale approfondie comprenant déjà divers outils d'évaluation.**



UNIL | Université de Lausanne



Évaluation des difficultés, ressources et besoins avec ELADEB et AERES

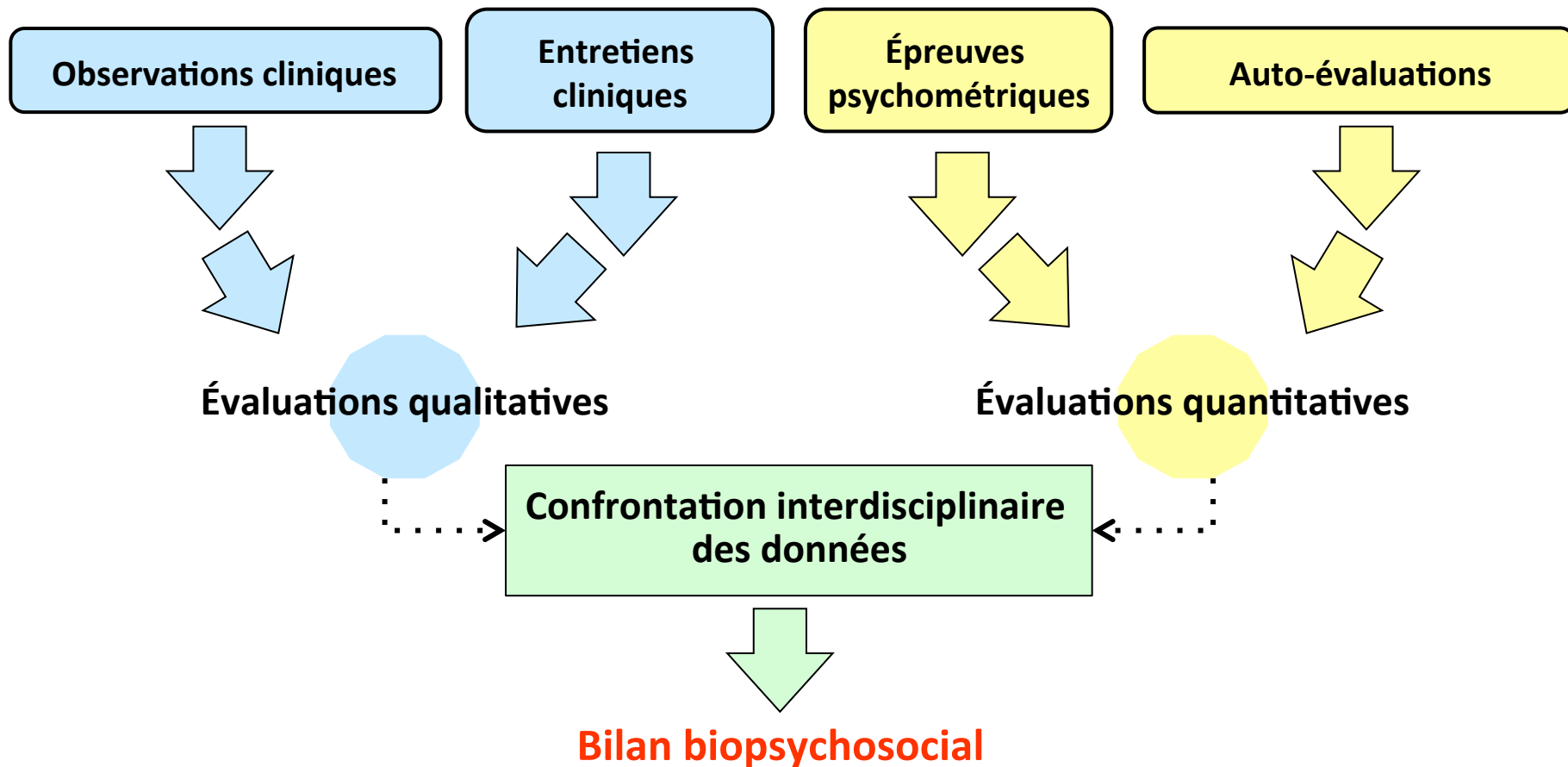
2. Fondements théoriques d'une évaluation des difficultés, ressources et besoins en psychiatrie

| le savoir vivant |

Évaluer ou investiguer?

- Termes proches, souvent utilisés indistinctement l'un de l'autre
- Le terme *évaluer* est probablement plus global car il peut servir les quatre fonctions précédemment citées (comprendre, aider, documenter, contrôler) mais peut être aussi plus associé à la notion de contrôle
- Le terme *investiguer* peut lui être préféré dans le sens où son usage apparaît sans doute moins relié aux fonctions de documentation et de contrôle qu'à celles de la compréhension et de l'aide.

Démarche interdisciplinaire de l'investigation psychosociale approfondie



Principes directeurs d'une évaluation psychosociale pertinente

- **Valorisation de l'interdisciplinarité et appui sur un modèle théorique partagé**
 - Évaluations spécifiques par corps professionnel
 - Synthèse interdisciplinaire
- **Intégration des démarches qualitatives et quantitatives**
 - Emploi ciblé des outils disponibles psychométriquement validés
 - Notes et observations cliniques qualitatives
- **Focalisation sur la demande et les besoins**
 - Évitement des redondances
 - Accompagnement motivationnel du patient
- **Souplesse de la démarche**
 - Démarche par étapes vs investigations parallèles
 - Mobilisation optimale des ressources selon les besoins
 - Adaptation des méthodes à la particularité du cas



UNIL | Université de Lausanne

Fondements théoriques d'une évaluation des difficultés, ressources et besoins en psychiatrie

A. Vers un modèle théorique partagé

| le savoir vivant |

Modèle diathèse - stress - ressources

**Vulnérabilité
psychobiologique**



Facteurs de stress

**Facteurs
protecteurs**

ISSUE

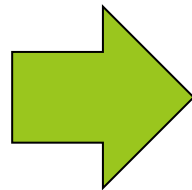
**Rechutes,
chronicité**

(Lieberman, 1991; Mueser & McGurk, 2004)

**Rémission,
rétablissement**

Notion de rétablissement

- Guérir **de** la maladie mentale → rémission des symptômes, retour à un fonctionnement psychologique et social normal, suppression du statut de malade
- Guérir **dans** la maladie mentale → accès à un état de croissance (vie pleine et riche), malgré la persistance de traits ou de symptômes de la maladie



Redéploiement d'une identité positive

Accès à une qualité de vie optimale

Accès au bien-être, au bonheur (compromis par la maladie)

Fonctionnement psychosocial

- Façon dont un individu s'insère dans son environnement social, relationnel et économique.
- Niveaux : (1) physique, (2) psychologique, (3) spirituel, (4) social, (5) environnemental, (6) économique
- Ensemble des activités psychologiques, relationnelles, professionnelles, domestiques, etc. qui caractérisent la vie d'une personne.
- Fonctionnement psychosocial intégré : (1) autonomie, (2) indépendance financière, (3) réalisation des rôles sociaux principaux du citoyen, (4) participation à un réseau familial et social

La santé

SOURCE	DÉFINITION
<i>Traditionnel</i>	Absence de maladie
<i>OMS 1948</i>	État de complet bien-être physique, mental et social
<i>OMS 1986, (révision dans le cadre de la charte d'Ottawa)</i>	Identifier et réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter

Éléments de définition opérationnelle de la santé mentale

- Sentiments positifs de bien-être.
- Croyance en sa propre valeur et en celle des autres.
- Capacité de gérer le monde intérieur des pensées, des sentiments, des projets.
- Capacité de générer, de développer et de maintenir des relations satisfaisantes.
- Capacité pour l'esprit de se guérir soi-même après un choc ou un stress.

Jenkins et al. (1998)

La qualité de vie

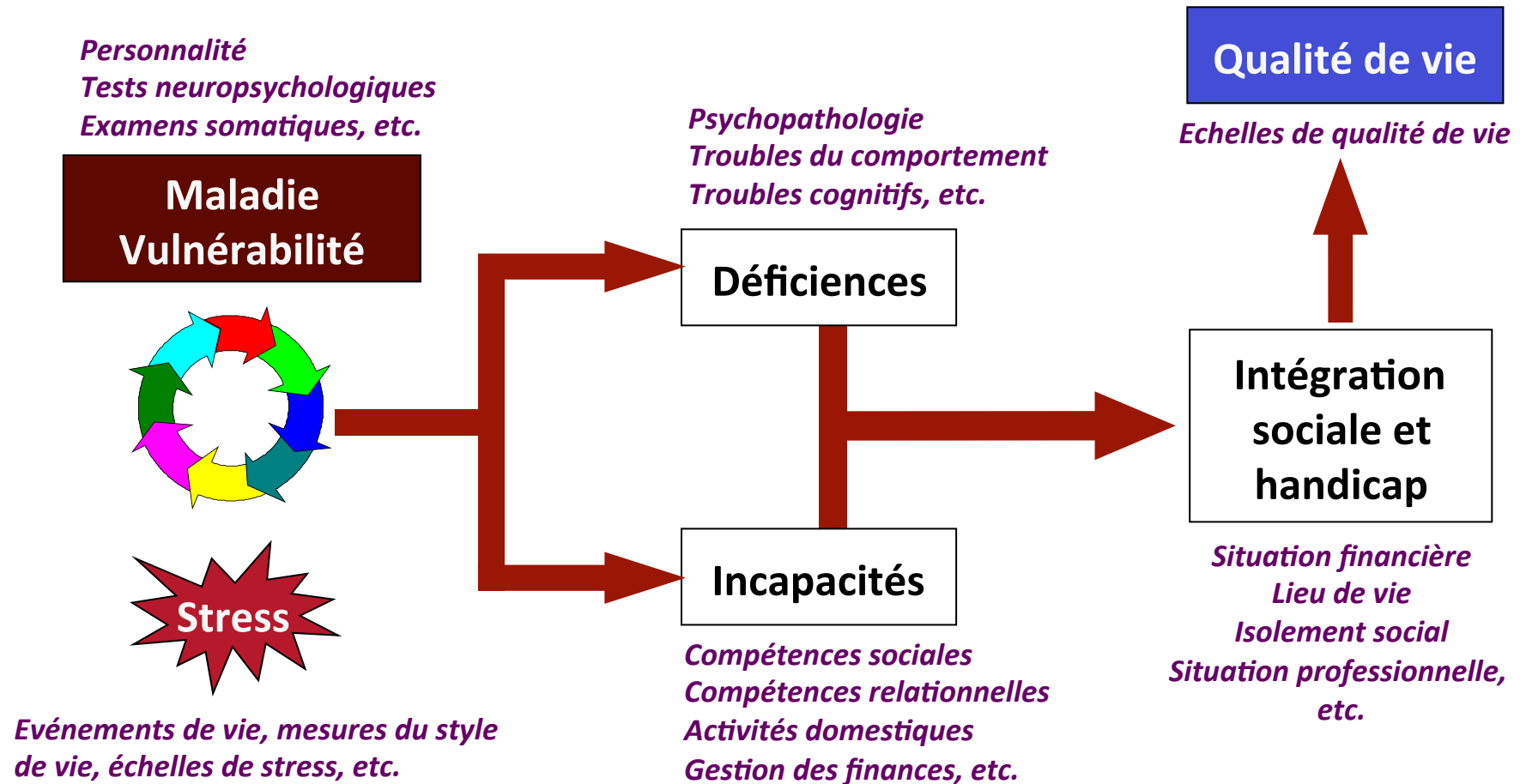
QUALITÉ DE VIE OBJECTIVE

- confort matériel et social (logement, finances, entourage social, etc...)
- établie sur la base de normes sociales et culturelles
- mesures objectives

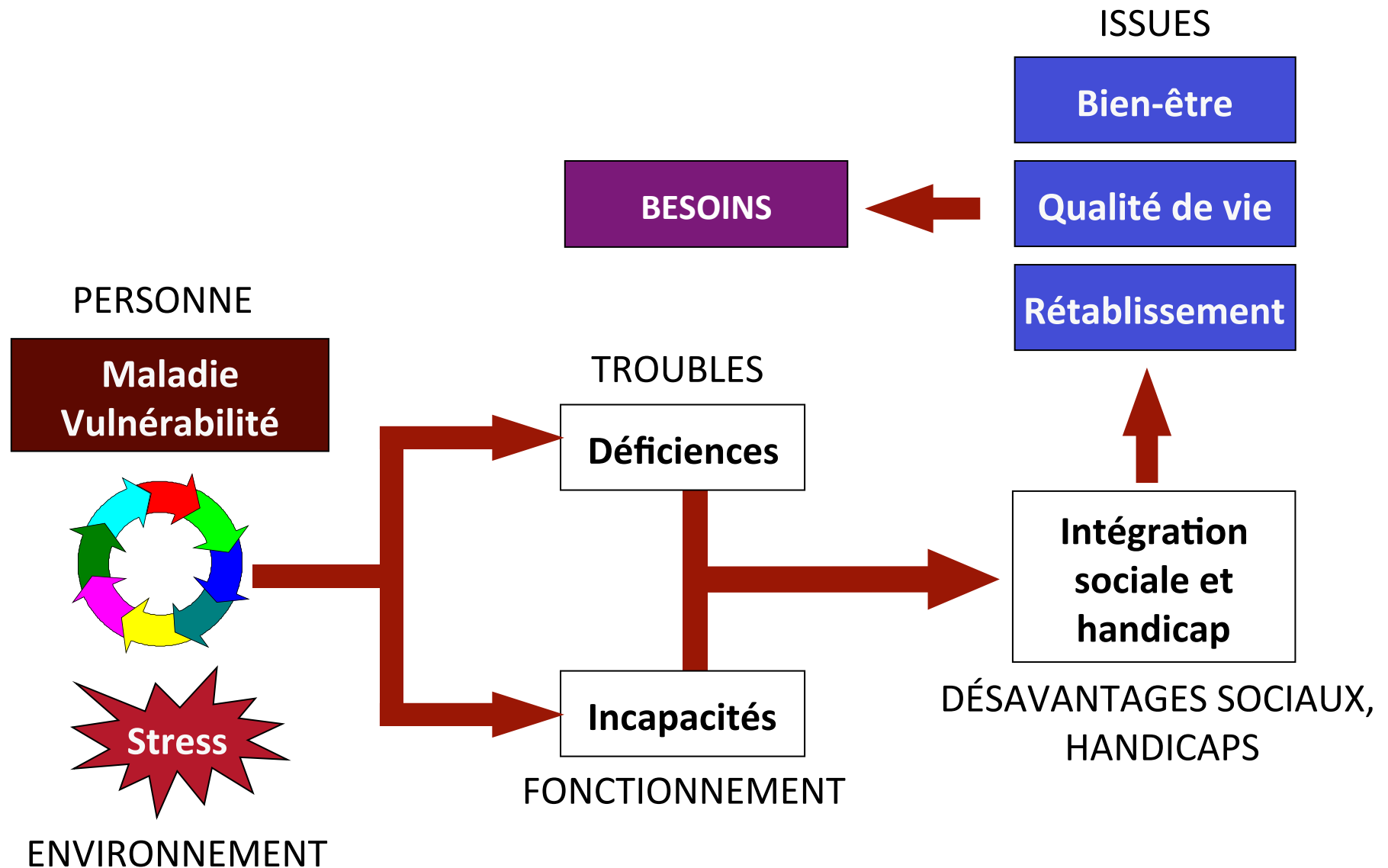
QUALITÉ DE VIE SUBJECTIVE

- confort psychologique (bien-être, satisfaction, bonheur)
- dépend de standards internes à l'individu
- mesure subjective

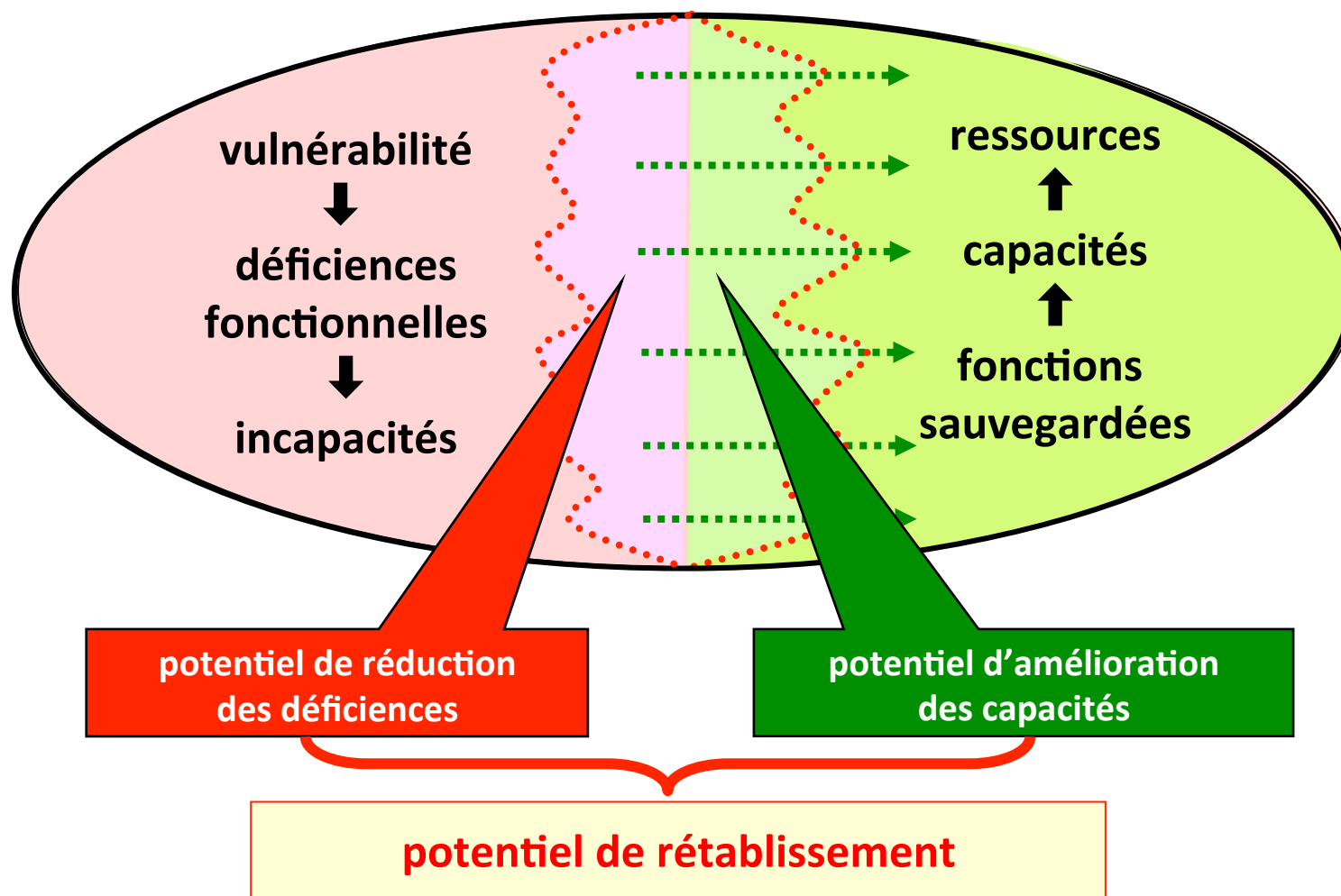
Intégration des modèles de Wood et de vulnérabilité - stress



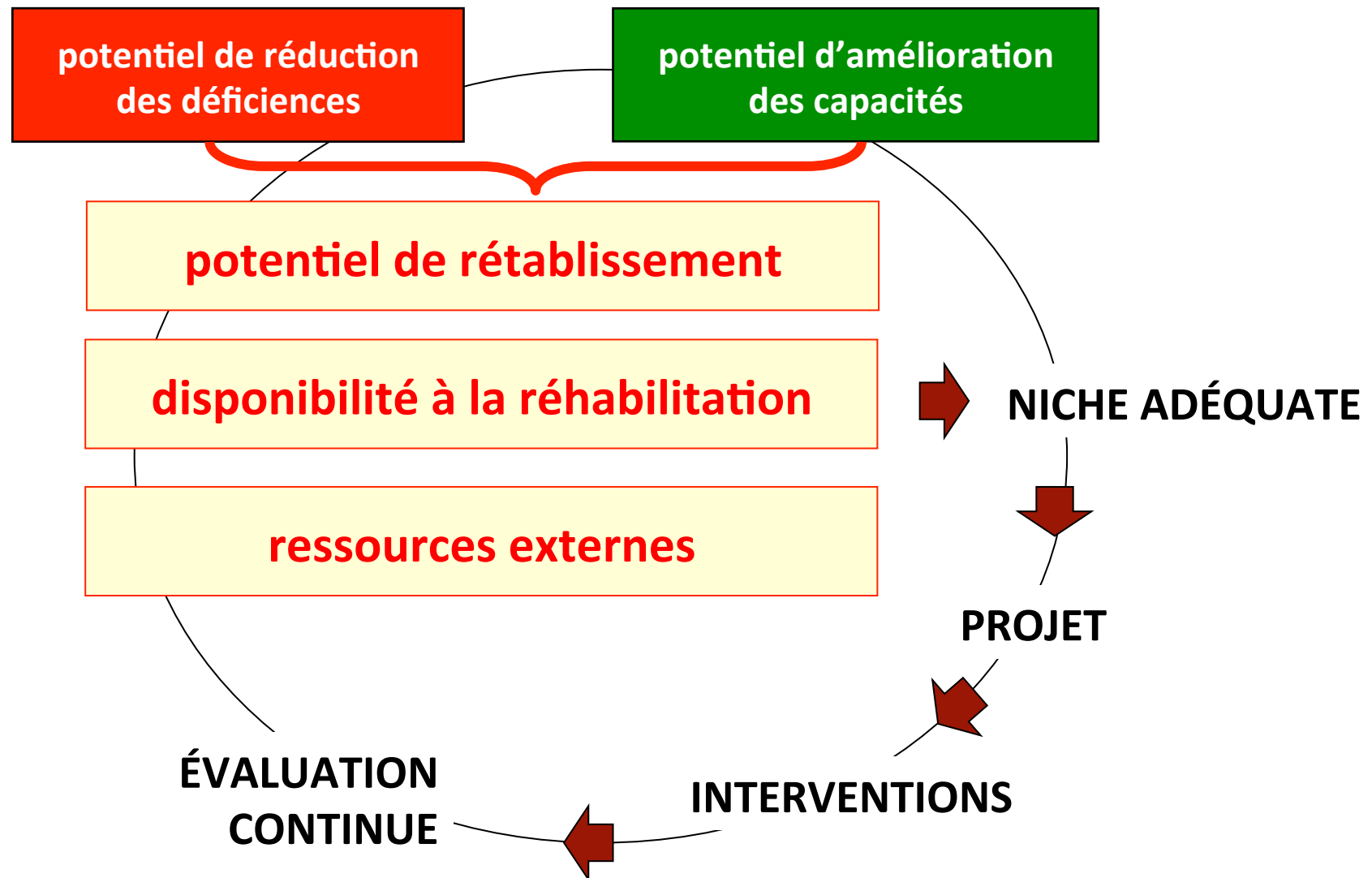
Les cibles de l'investigation psychosociale



Évaluation du potentiel de rétablissement : l'importance des ressources



De l'évaluation au projet





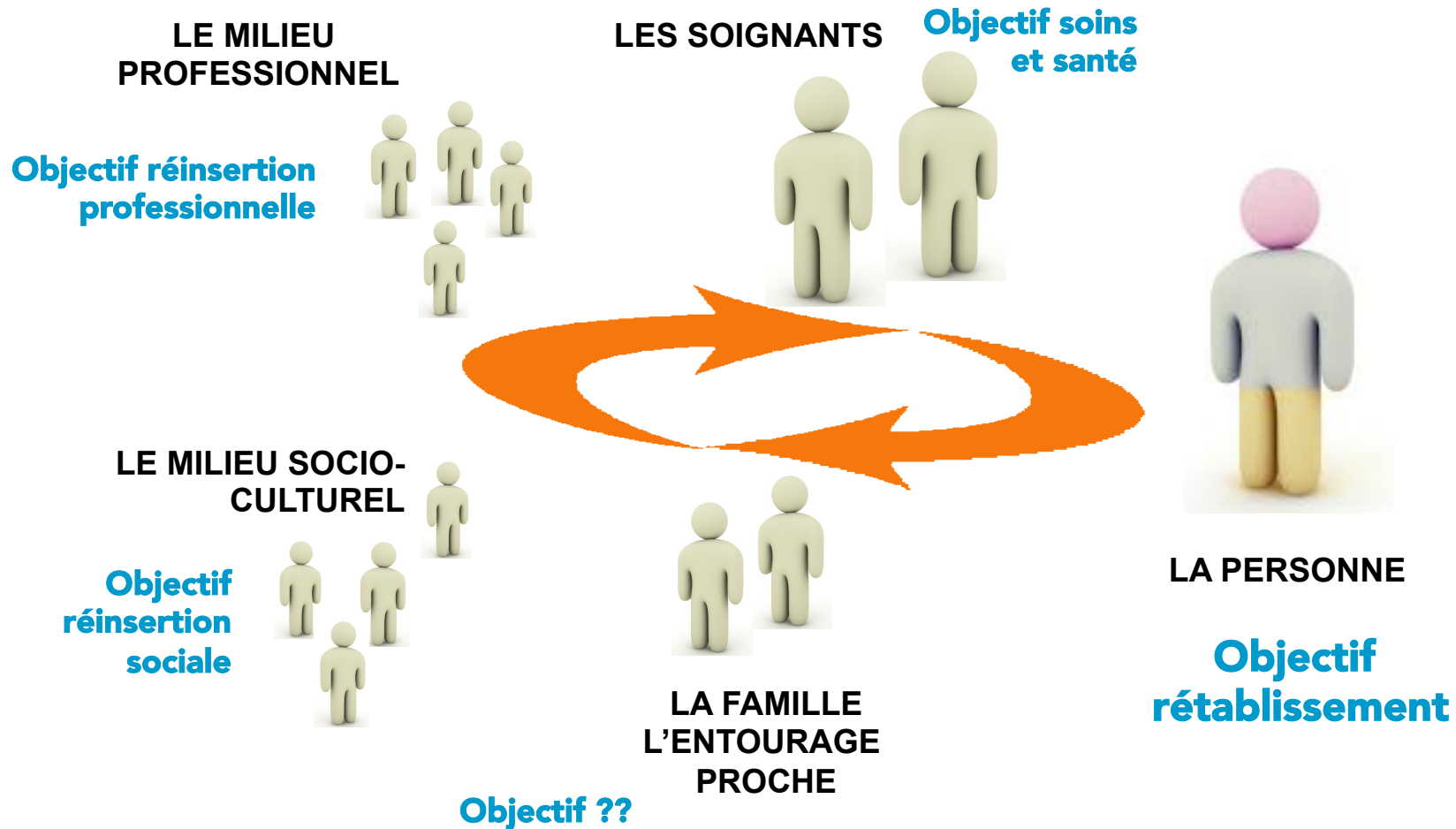
UNIL | Université de Lausanne

Fondements théoriques d'une évaluation des difficultés, ressources et besoins en psychiatrie

B. La voix du patient

| le savoir vivant |

Les acteurs de la réhabilitation



Les valeurs clés de la réhabilitation

VALEURS CLÉS	
L'orientation vers la personne	L'implication
Le fonctionnement	Le choix
Le soutien	L'orientation vers les résultats
La spécificité environnementale	Le potentiel de développement

Anthony et al. (2002)

L'alliance thérapeutique

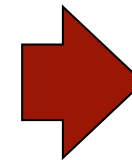
- **L'alliance thérapeutique est une manière de qualifier la façon dont patient et thérapeute travaillent ensemble en thérapie → phénomène collaboratif**
- **Les trois composantes de l'alliance de travail (Bordin, 1979)**
 - Accord sur les buts
 - Entente par rapport aux tâches/techniques thérapeutiques
 - Lien affectif positif entre les partenaires

Hatcher (2010)

Les dimensions de la relation interpersonnelle

Motivations ou besoins individuels sous-jacents à toute relation interpersonnelle

- **Pouvoir : domination vs soumission vs égalité entre individus**
- **Attachement : amour / amitié vs haine / inimitié vs indifférence**
- **Préservation de l'identité, de l'image de soi**



Dynamique interpersonnelle et sociale en jeu dans les activités d'évaluation

McCullough (2006)



UNIL | Université de Lausanne

Fondements théoriques d'une évaluation des difficultés, ressources et besoins en psychiatrie

C. Le cahier des charges d'un instrument d'auto-évaluation des difficultés, besoins, et ressources

| le savoir vivant |

La philosophie de l'investigation en deux phrases

L'activité d'investigation consiste à créer, dans l'échange avec le patient, une collaboration et une **alliance de travail** qui vont permettre de penser et de développer avec lui un **programme d'intervention adapté et motivant**.

L'évaluation de ses besoins participe de cette vision d'une **psychiatrie centrée sur le patient**, pour laquelle le suivi, les traitements, les soutiens n'ont de pertinence que s'ils s'inscrivent dans un réel **partenariat**.

ELADEB et AERES : des outils à la croisée des chemins...

ELADEB/AERES se situent à la croisée de deux faisceaux de préoccupations



1. Préoccupation scientifique (psychométrie)
2. Préoccupation clinique (rétablissement)

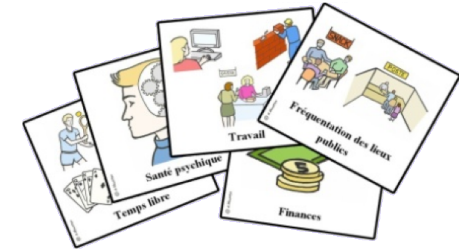
Rigueur scientifique

- Documentation rigoureuse, standardisée, chiffrée
- Cohérence théorique
- Qualités psychométriques de base (fidélité, validité, sensibilité)

Pratique centrée sur le rétablissement

- À l'écoute du patient et de son expertise
- Adaptation à l'état du patient dans chacune des étapes du rétablissement
- Fonction mobilisatrice, motivante : qui suscite ou renforce le projet, les rêves

Propositions de base



- Dissocier clairement l'auto-évaluation de l'hétéro-évaluation → mieux contrôler les influences des cliniciens procédant à l'évaluation
- Débuter par des profils globaux pour ensuite proposer d'éventuels outils plus spécifiques selon les besoins
- Dissocier l'évaluation des difficultés de celle des besoins et de celle des ressources
- Aller au-delà des entretiens (semi-) structurés et des échelles/questionnaires tout en préservant un recueil de données quantitatives et qualitatives.

Le cahier des charges



- **Utilité clinique**

- Simplicité d'utilisation pour une population pouvant présenter d'importantes difficultés cognitives, verbales, langagières ou d'introspection → **médiation visuelle (tri de cartes)**
- Proposer un outil simple à coter et décoder → **création automatique des résultats et profils (via l'informatique)**
- Obtenir des **résultats quantitatifs** et une **évaluation qualitative**

- **Rigueur méthodologique**

- Garantir une validité psychométrique → **études de validation** psychométrique
- Assurer une validité de contenu : couvrir les domaines du fonctionnement psychosocial + écouter les demandes des professionnels → **synthèse critique de la littérature**
- Expurger le plus possible l'auto-évaluation des influences liées à l'investigateur tout en maintenant un contact avec lui → dissocier la phase d'auto-évaluation quantitative de celle qualitative : **obtenir les scores avant l'échange clinique**

Unil

UNIL | Université de Lausanne



Évaluation des difficultés, ressources et besoins de la personne

4. Les outils

| le savoir vivant |

Définitions issues de la littérature

Difficultés : obstacles à l'accès à une qualité de vie optimale et/ou à une réinsertion psychosociale dans la communauté.

Besoins : moyens à mettre en œuvre pour dépasser les obstacles, priorités pour la planification des interventions et des traitements.

Ressources : tout ce qui contribue potentiellement au rétablissement, au bien-être, au bonheur

Les forces et les ressources dans le processus de rétablissement

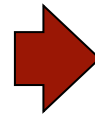
- **Ressource = tout ce qui peut être mobilisé par/pour la personne pour se rétablir et tout ce qui peut potentiellement contribuer à son bien-être, son bonheur**
- **Ressources internes et externes qui favorisent les processus psychologiques et sociaux clés qui permettent à l'individu de franchir les étapes du rétablissement**
 - L'espoir
 - La redéfinition de son identité
 - Le fait de trouver un sens à sa vie
 - Le fait de prendre la responsabilité de sa vie



Le bonheur



Définition : bonheur = vie



Modèles :

- A. agréable,
- B. engagée,
- C. pleine de sens.

- A. Vision hédoniste du bonheur,
- B. Théories du flow
- C. Attachement, connexion, signification existentielle



Ces trois composantes représentent trois voies différentes et complémentaires associées et ouvrant l'accès au bien-être





UNIL | Université de Lausanne

Les outils

A. ELADEB : Auto-évaluation des difficultés et des besoins

| le savoir vivant |

Définitions opérationnelles

Difficultés

- Ensemble des problèmes **non résolus actuellement** rencontrés par le patient dans les différents domaines de vie (quelle que soit leur origine)
- **Mesure** : importance des difficultés aux yeux des patients

Besoins

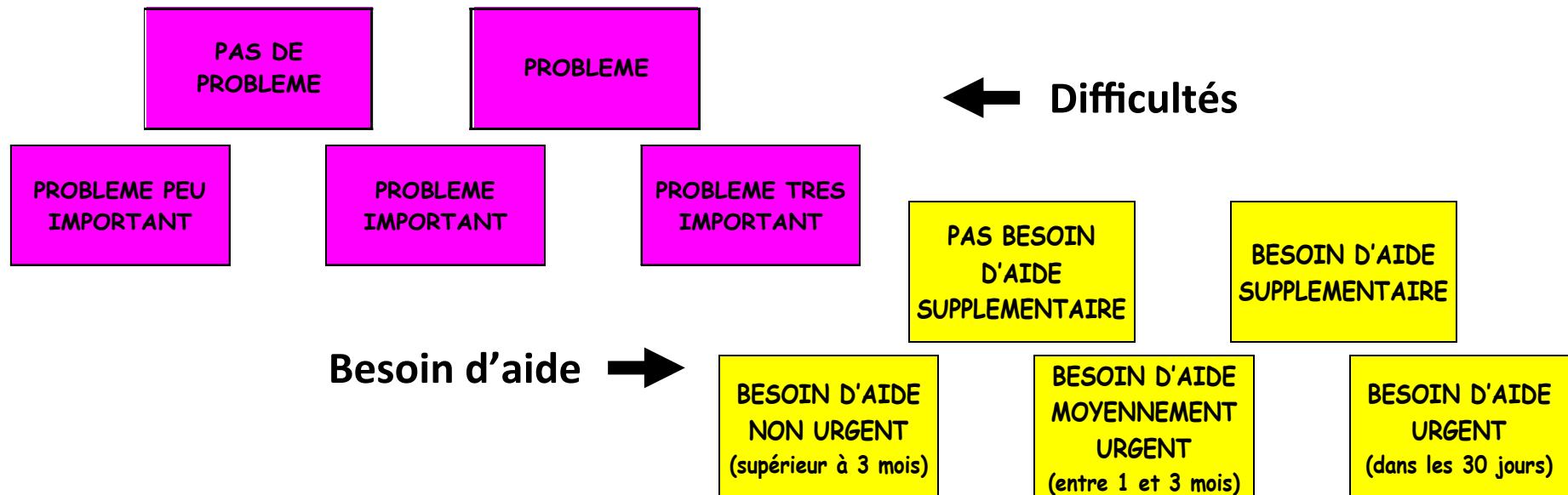
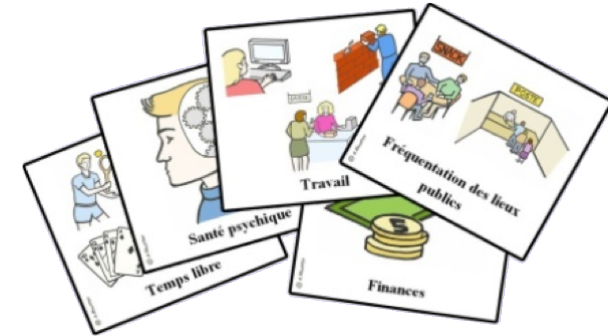
- **Besoins subjectifs d'aide supplémentaire** par rapport à ce qui existe déjà pour le patient → Pour les distinguer des besoins déjà couverts
- **Mesure** : urgence des besoins aux yeux des patients

ELADEB : Domaines évalués

Conditions de vie	Pragmatique du quotidien	Vie relationnelle et réseau social	Sphère de la santé
1. Lieu de vie	5. Temps libre	10. Connaissances et amitiés	14. Alimentation
2. Finances	6. Tâches administratives	11. Famille	15. Hygiène personnelle
3. Travail	7. Entretien du ménage	12. Enfants	16. Santé physique
4. Droit et justice	8. Déplacements	13. Relations sentimentales	17. Santé psychique
	9. Fréquentation des lieux publics	21. Sexualité (carte à option)	18. Addiction
			19. Traitement
			20. Spiritualité et croyances

Matériel

- 20 cartes représentant les items
- 10 étiquettes de tri



La démarche ELADEB

Présentation & consignes de départ

DEUX PHASES

1. Évaluation des difficultés → Question initiale

2. Évaluation des besoins

TROIS ÉTAPES : 1. Premier tri
2. Deuxième tri
3. Discussion

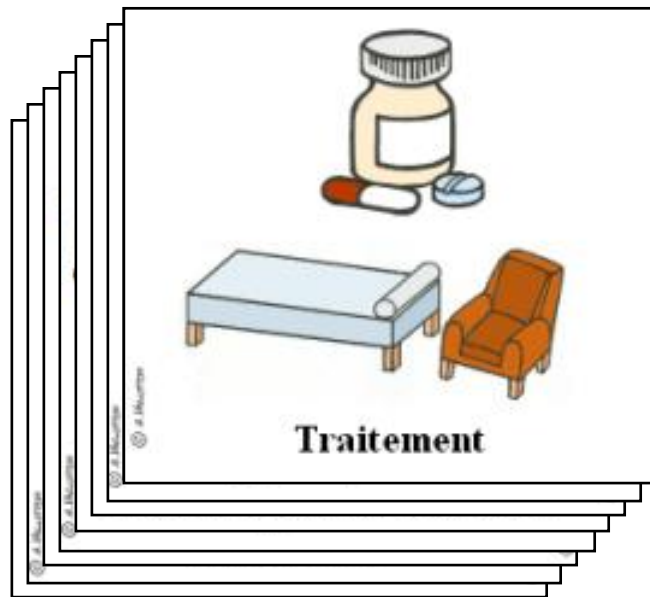
On peut tout à fait
dissocier les phases 1 et 2.

Les deux attitudes clés

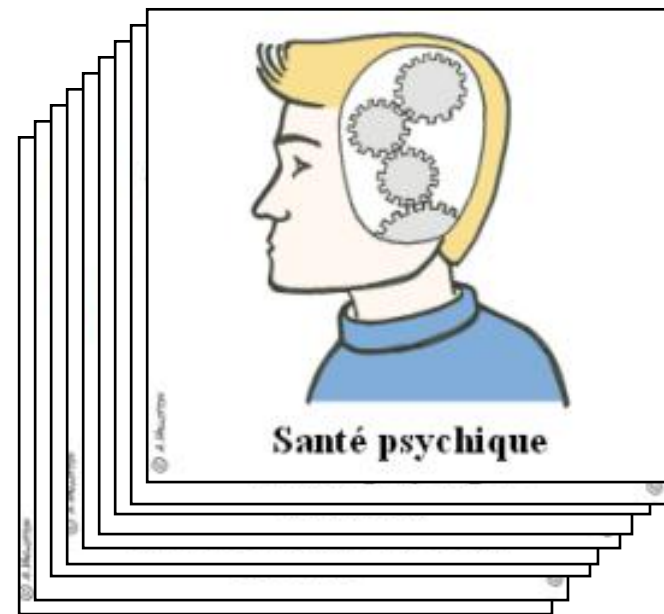
- **Directivité souple** permettant le respect des étapes prévues pour l'évaluation.
- **Intervention minimale lors des tris de cartes**, afin d'interférer le moins possible avec les choix
- **Écoute attentive et empathique durant les phases d'entretien**, pour offrir aux patients l'espace d'expression libre dont ils ont besoin pour acquérir la confiance envers la démarche d'investigation dans son ensemble.

1^{ère} étape : premier tri

Pas de problème

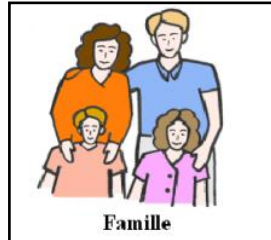


Problème

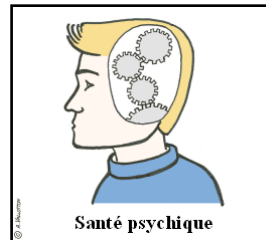


1^{ère} étape : préciser l'intensité

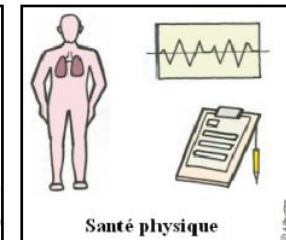
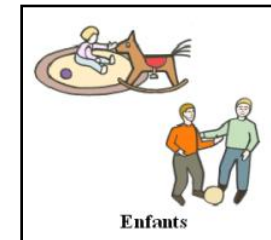
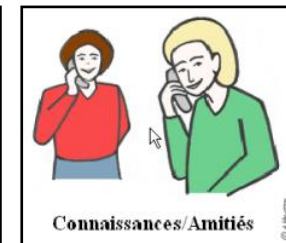
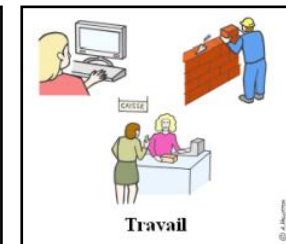
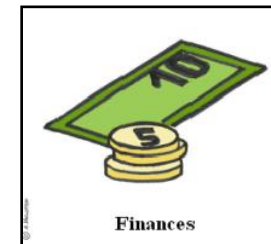
Problème peu important



Problème important



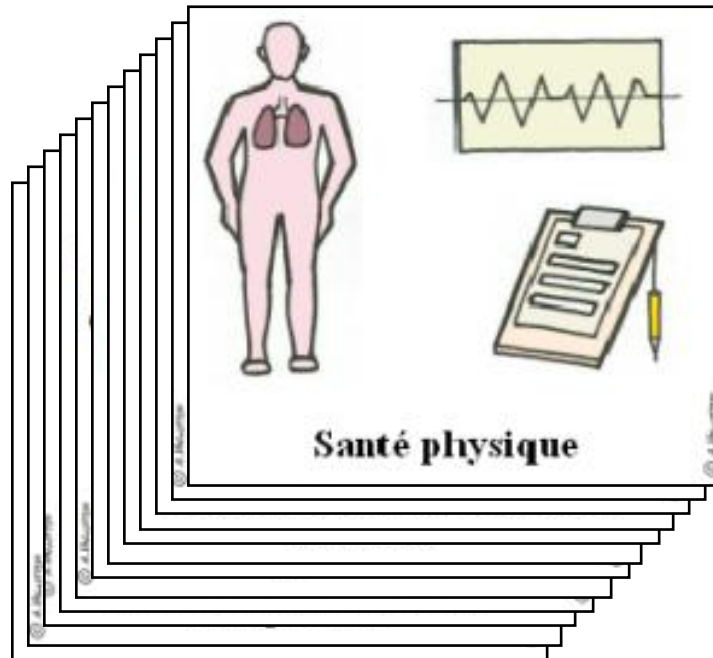
Problème très important



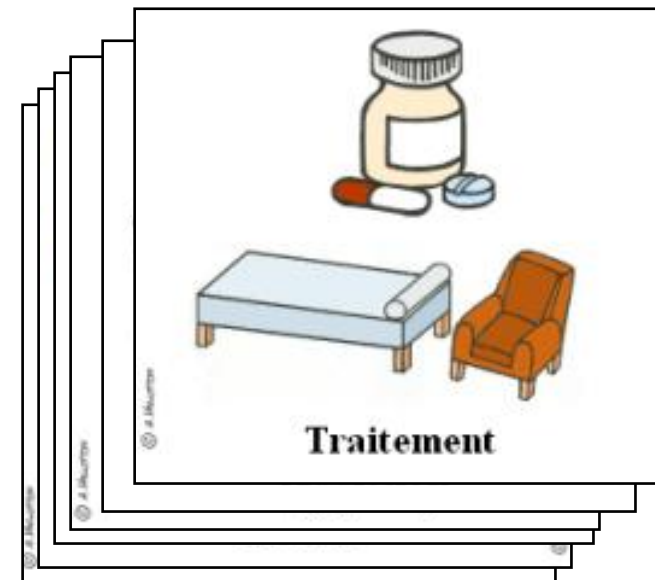
→ Phase de discussion

2ème phase : évaluation des besoins

**Pas besoin d'aide
supplémentaire**



**Besoin d'aide
supplémentaire**

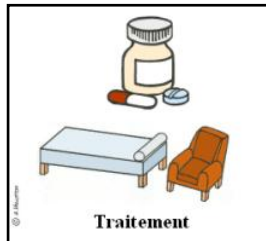


2ème phase : préciser l'urgence

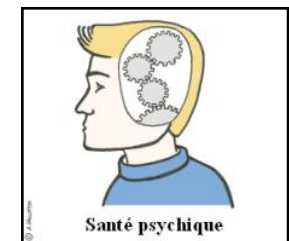
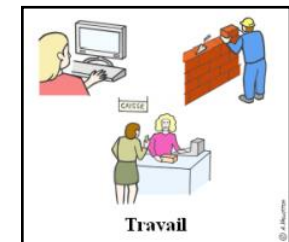
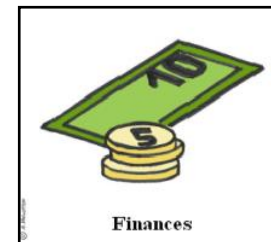
Non urgent
(supérieur à 3 mois)



Moyennement urgent
(entre 1 et 3 mois)



Urgent
(dans les 30 jours)



→ Phase de discussion

Discussions post-tris

- **Objectifs :**
 - Difficultés : description détaillée des difficultés actuelles, de leurs éventuelles origines, des raisons pour lesquelles elles sont considérées comme peu importantes, importantes ou très importantes
 - Besoins : clarifier les attentes du patient, décrire la nature de l'aide souhaitée et la façon dont elle peut être mise en place, comprendre les raisons du délai invoqué (pour quoi est-ce urgent, très urgent, etc.?).
- **Méthode : entretien semi-structuré** visant à couvrir chaque domaine où le patient a indiqué qu'il présentait des difficultés ou des besoins.

Discussions post-tris

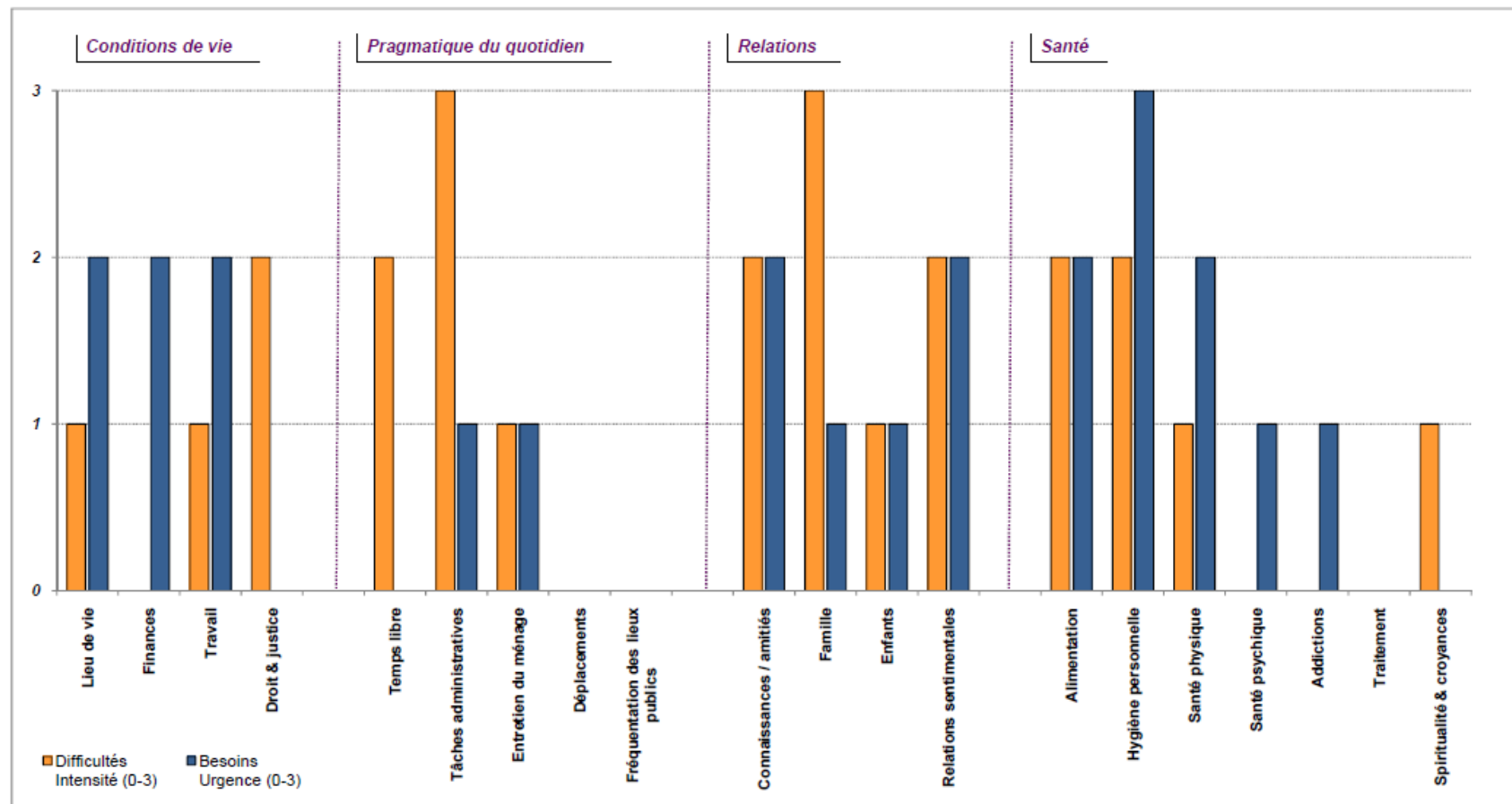
- **Origine de l'aide** : P (aide professionnelle), F (aide provenant de la famille), E (aide provenant de l'entourage).
- **Besoin prioritaire** : réflexion en fin de discussion sur l'identification d'un éventuel besoin prioritaire sur les autres.
- **Demande de modifications de la cotation** : si après discussion le patient souhaite modifier son classement, on le laisse faire ; on prend note des modifications souhaitées dans le rapport d'investigation, sans toutefois les reporter dans la grille de cotation elle-même, sauf exception dûment légitimée.

PROFIL DES DIFFICULTES ET DES BESOINS

ELADEB-R

Nom, prénom : Le Terrible Ivan

Date : 26.03.2010





UNIL | Université de Lausanne

Les outils

B. AERES : Auto-évaluation des ressources

| le savoir vivant |

Les dimensions

- **Qualités et caractéristiques personnelles**
 - Traits relativement stables de la personne
- **Loisirs et passions**
 - Effet antidépresseur des activités humaines (auto-)gratifiantes
- **Ressources externes**
 - Entourage, famille, professionnels, etc.
 - Toute personne qui peut concourir à améliorer le bien-être

Les ressources évaluées par AERES

Qualités/Caractéristiques personnelles

1. Avoir le sens de l'humour
2. Avoir confiance en soi
3. Etre courageux
4. Etre curieux/Aimer découvrir
5. Etre persévérant
6. Etre enthousiaste/S'émervueillir/Savourer
7. Etre à l'écoute de son corps
8. Etre réfléchi
9. Etre optimiste
10. Etre reconnaissant
11. Avoir de l'espoir
12. Avoir la foi/Spiritualité
13. Autres qualités personnelles

Loisirs / Passions

1. Pratiquer du sport
2. Cuisiner
3. Chanter/Jouer d'un instrument
4. Peindre/Dessiner/Photographier/Créer
5. Aller au spectacle (cinéma, concert, théâtre, danse)
6. Lire/Ecrire
7. Jardiner/Bricoler
8. Ecouter de la musique/TV/Radio/Surfer sur internet
19. Voyager/Visiter/Partir en excursion
10. Faire des jeux
11. Autres loisirs/Passions

Ressources externes

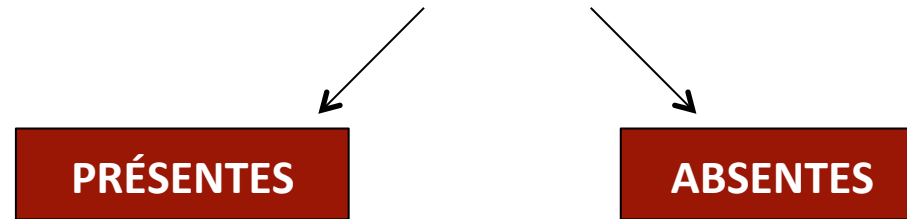
1. Famille
2. Relations sentimentales
3. Amis
4. Entourage/Voisins/Collègues
5. Métier
6. Lieu de vie
7. Suivi/Soutien par des professionnels de la santé
8. Animal de compagnie
9. Nature
10. Autres ressources environnementales

Passation AERES

- **Trois moments « indépendants » qui répètent la même procédure de passation**
 1. Qualités et caractéristiques personnelles
 2. Loisirs et passions
 3. Ressources sociales et environnementales
- **Procédure par passation**
 - Trois tris distincts par type de ressource pour évaluer deux dimensions : (a) la contribution des ressources au rétablissement, (b) l'envie de développement des ressources
 - Deux discussions pour comprendre les évaluations réalisées (tris de cartes)
 - Au total : 6 moments de tris et 6 moments de discussion → durée totale : 60-120'

AERES : tri initial

1. Quelles ressources sont ?



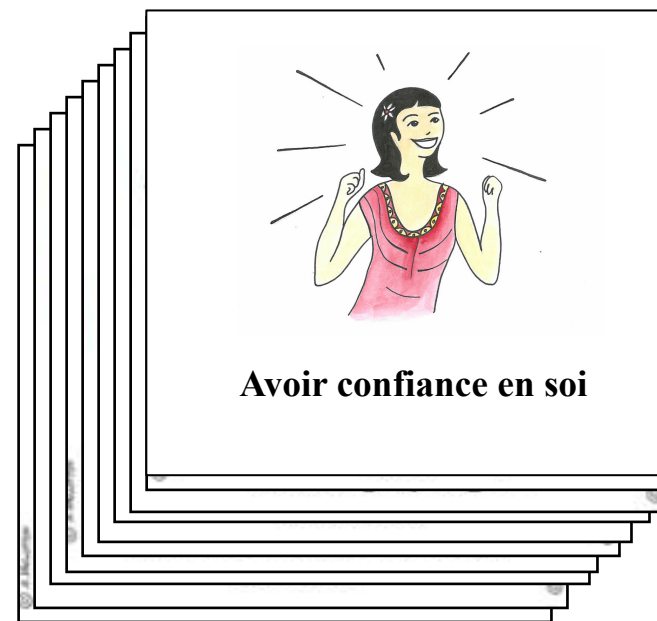
1er tri – évaluation présence des ressources

Voici une série de traits de caractère humains. Choisissez ceux qui vous décrivent ou vous correspondent actuellement

Oui

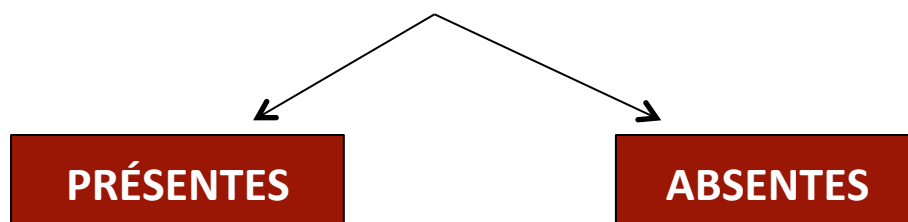


Non

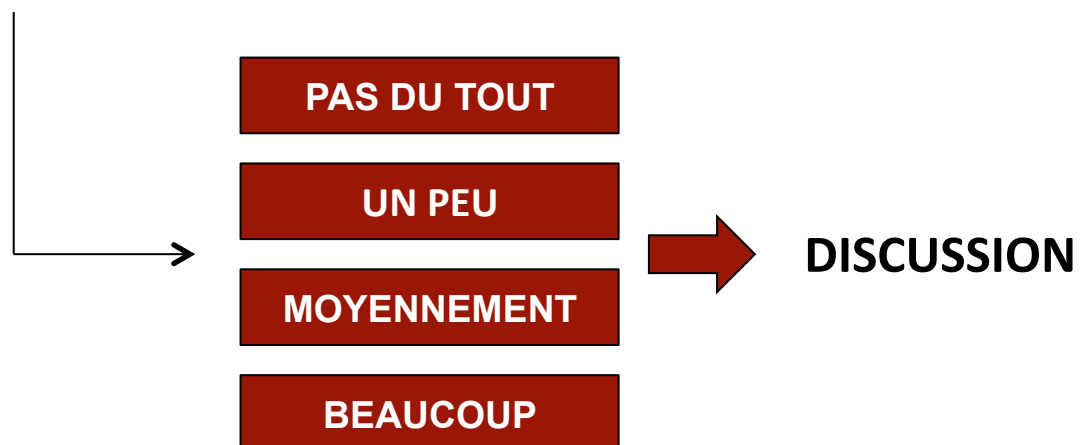


AERES : 2^{ème} tri + discussion

1. Quelles ressources sont ?



2. À quel point ces ressources contribuent-elles à votre rétablissement?



- Comment utilisez-vous ces ressources au quotidien, dans quelles situations concrètes?
- Pourquoi contribuent-elles à votre rétablissement un peu, moyennement, beaucoup, etc.?

2ème tri – degré de contribution au rétablissement du patient

A quel point ces qualités ou compétences contribuent-elles à votre rétablissement actuellement?

Pas du tout



Un peu



Moyennement



Beaucoup



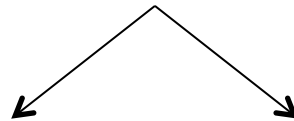
➡ DISCUSSION

AERES : 3^{ème} tri + discussion

On reprend la totalité des cartes ressources

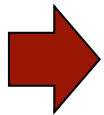


3. Souhaitez-vous développer ou développer davantage ces ressources?



OUI

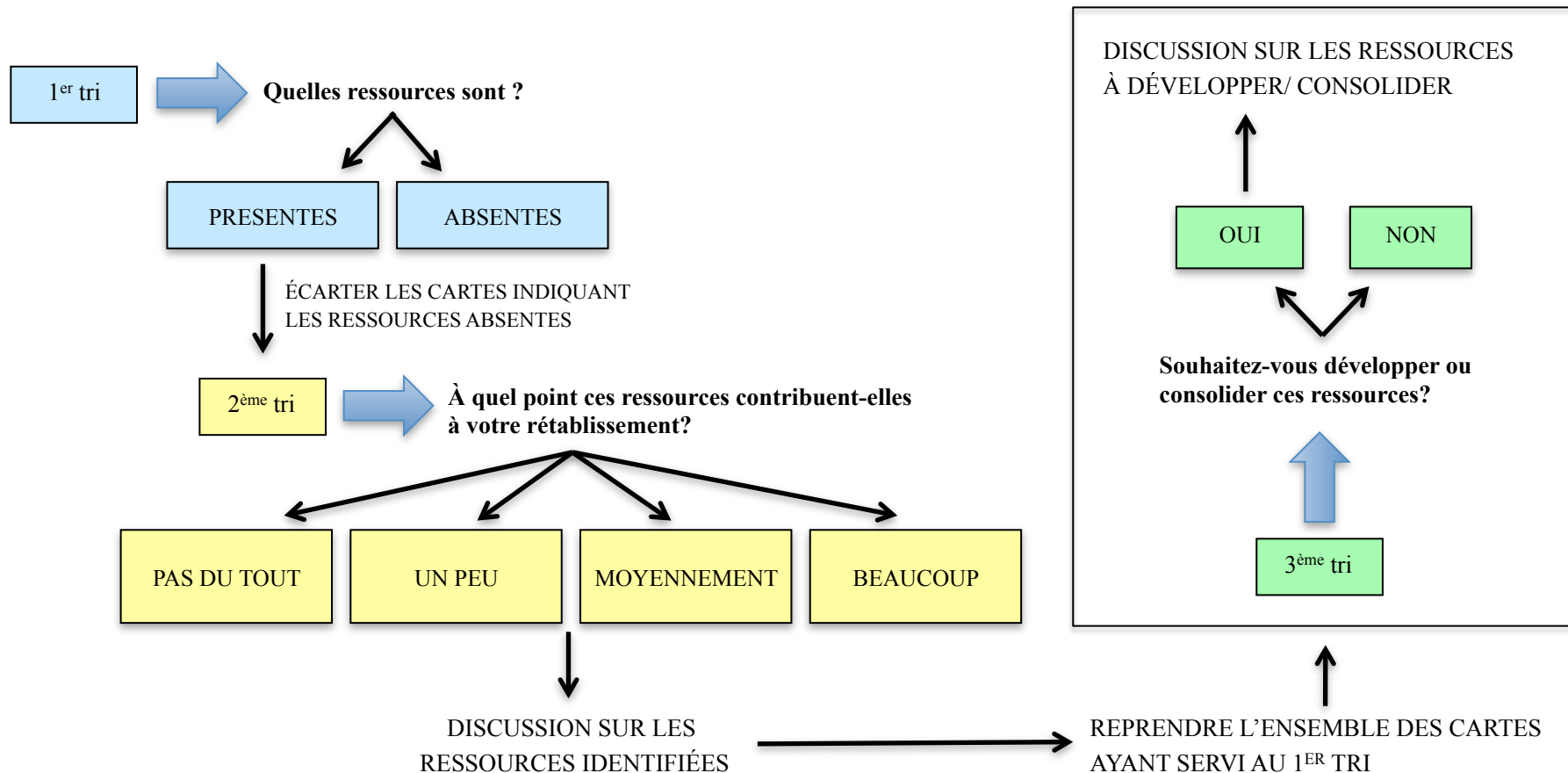
NON



DISCUSSION

Qu'est-ce qui vous motive à développer davantage ces ressources? En quoi vous seraient-elles utiles?

Aperçu général des trois tris effectués pour chaque type de ressources



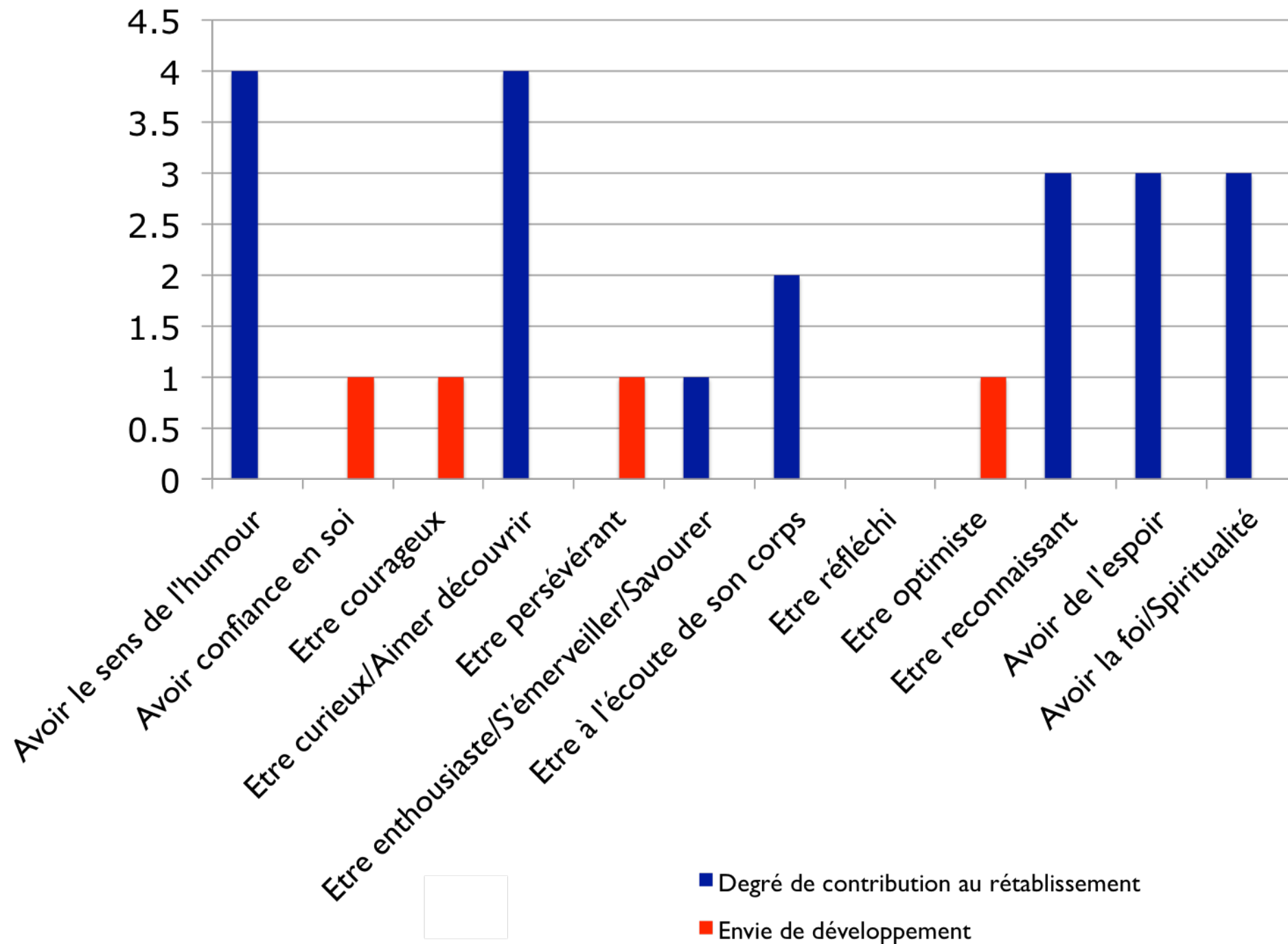
Nom, prénom:

Date passation:

Qualités/caractéristiques personnelles	Présence	Degré de contribution rétablissement	Envie de développement
1. Avoir le sens de l'humour	X	4	
2. Avoir confiance en soi		0	X
3. Etre courageux		0	X
4. Etre curieux/Aimer découvrir	X	4	
5. Etre persévérant		0	X
6. Etre enthousiaste/S'émouvoir/Savourer	X	1	
7. Etre à l'écoute de son corps	X	2	
8. Etre réfléchi		0	
9. Etre optimiste		0	X
10. Etre reconnaissant	X	3	
11. Avoir de l'espoir	X	3	
12. Avoir la foi/ Spiritualité	X	4	
Total	7 / 12	21 / 48	4 / 12

Degré de contribution au rétablissement:

- 0= Ressource absente
- 1= Contribue pas du tout
- 2= Contribue un peu
- 3= Contribue moyennement
- 4= Contribue beaucoup

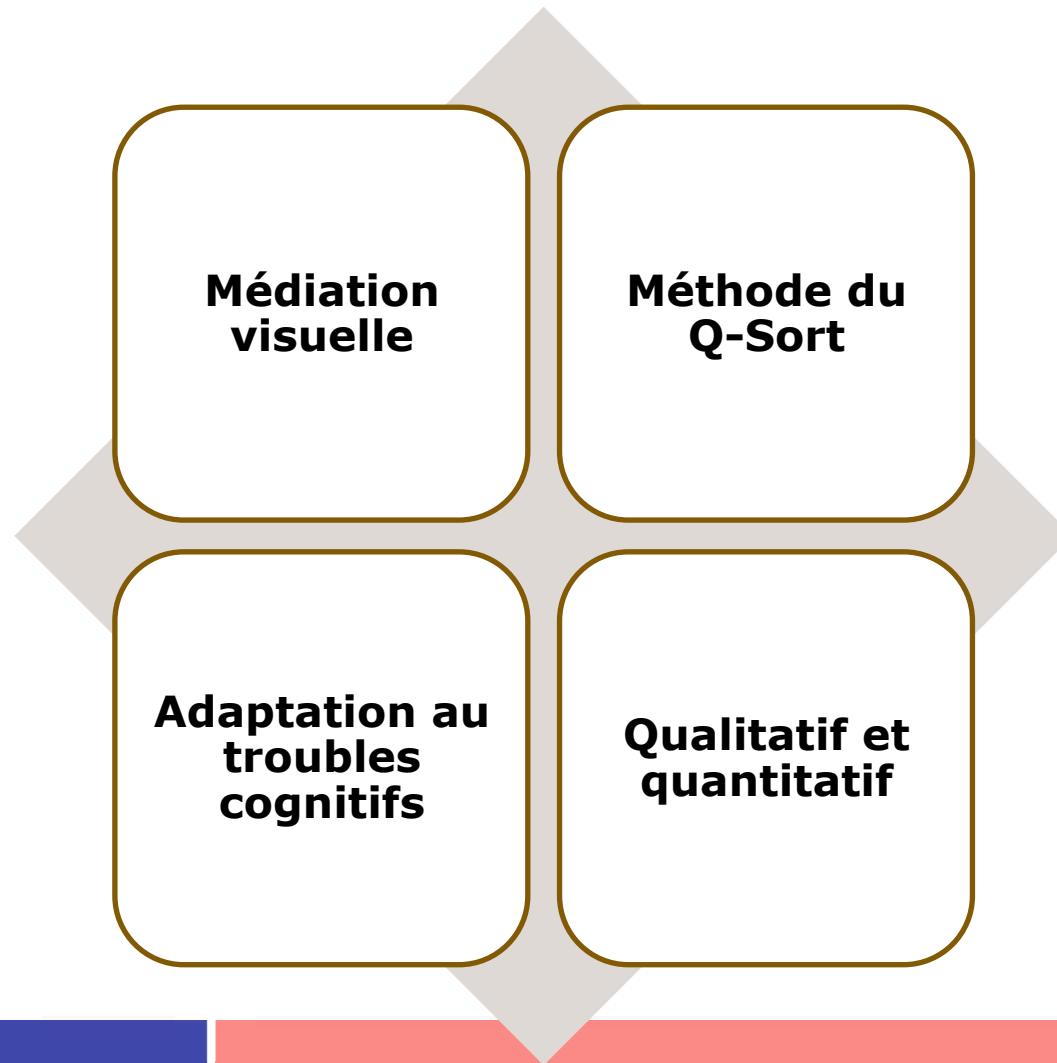




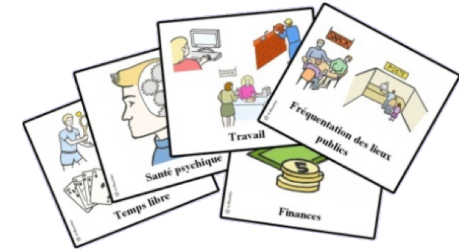
Évaluation des difficultés, ressources et besoins avec ELADEV et AERES

5. En guise de conclusion

Spécificités d'ELADEB et d'AERES



ELADEB et AERES : ce qu'on peut en attendre



Ce qu'ils devraient permettre de faire

- * Donner des profils généraux → aider à définir les priorités cliniques
- * Offrir une évaluation quantitative de la vision subjective de la personne
- * Donner une place à la personne pour expliquer sa cotation

Ce qu'ils ne vont/doivent pas faire

- * Fournir une indication aux traitements voire déterminer un plan d'action/intervention
- * Se substituer à l'hétéro-évaluation ou une évaluation objective
- * Se substituer au jugement clinique, empêcher l'utilisation d'évaluations spécifiques

Enfin,

- **Des outils en apparence simple, mais il semble important de s'y former**
- **Déterminer qui va les employer, car ces outils génèrent des attentes auxquels il font songer**