



Les grands principes de la réadaptation

Contours conceptuels

Rose-Marie DETHIER – Psychologue

Gilles SQUELARD – Psychologue

Jeudi 05 juin 2014

Objectifs et posture

- Rappel du **cadre paradigmatique** (concepts associés)
- Pas de position d'expert – **expertise partagée**
- **Non exhaustivité** dans les notions abordées
- Rappel du **cadre législatif** dans lequel notre action s'inscrit – fondamentaux relatifs aux **droits des patients**

Des droits de l'homme, aux
droits des usagers en santé
mentale

Droits de l'homme Nations-Unies



- Art. 1 : Tous les êtres humains naissent **libres et égaux en dignité et en droits**. Ils sont doués de raison et de conscience et **doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité**

- Art. 22: Toute personne en tant que membre de la société a droit à la **sécurité sociale**; elle est fondée à obtenir la satisfaction des **droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité**

- Art. 23.
 - 1: Toute personne a **droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables de son travail et à la protection contre le chômage**
 - 2; Tous ont droit, sans aucune discrimination, à un **salaire égal pour un travail égal**.

...

Droits de l'homme – NU suite

- Art. 25: Toute personne a droit à un **niveau de vie suffisant** pour assurer **sa santé , son bien-être et ceux de sa famille** notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour **les services sociaux nécessaires**; elle a **droit à la sécurité** en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté

Droit à la santé - OMS



- La constitution de l'OMS consacre **le droit de tout être humain à:**
- L'accès à des **soins acceptables, abordables, de qualité**
- Les états doivent créer des **conditions** permettant à chacun de jouir du **meilleur état de santé possible**
 - Le droit à la santé n'est pas le droit d'être en bonne santé – obligation de moyens, pas de résultat
 - Touche de manière disproportionnée les catégories sociales vulnérables et marginalisées

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels -1966

REPECTER, PROTEGER, METTRE EN OEUVRE

Le droit à la santé comporte:

- ▣ **La disponibilité** (quantité suffisante des installations des biens et des services)
- ▣ **L'accessibilité**
 - ▣ non discrimination
 - ▣ accessibilité physique
 - ▣ accessibilité économique
 - ▣ accessibilité de l'information
- ▣ **L'acceptabilité** (éthique médicale, cultures, âges et genres)
- ▣ **La qualité**

Convention relative aux droits des personnes handicapées ONU



- Art. 1: promouvoir, protéger et assurer **la pleine et totale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales** par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque...
- Art.2: on entend par **discrimination fondée sur le handicap** ce qui **compromet ou réduit à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice sur la base de l'égalité avec les autres de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales**
- Ce dispositif **contraint les états** qui ont ratifié le traité à **favoriser et protéger les droits des personnes handicapées**

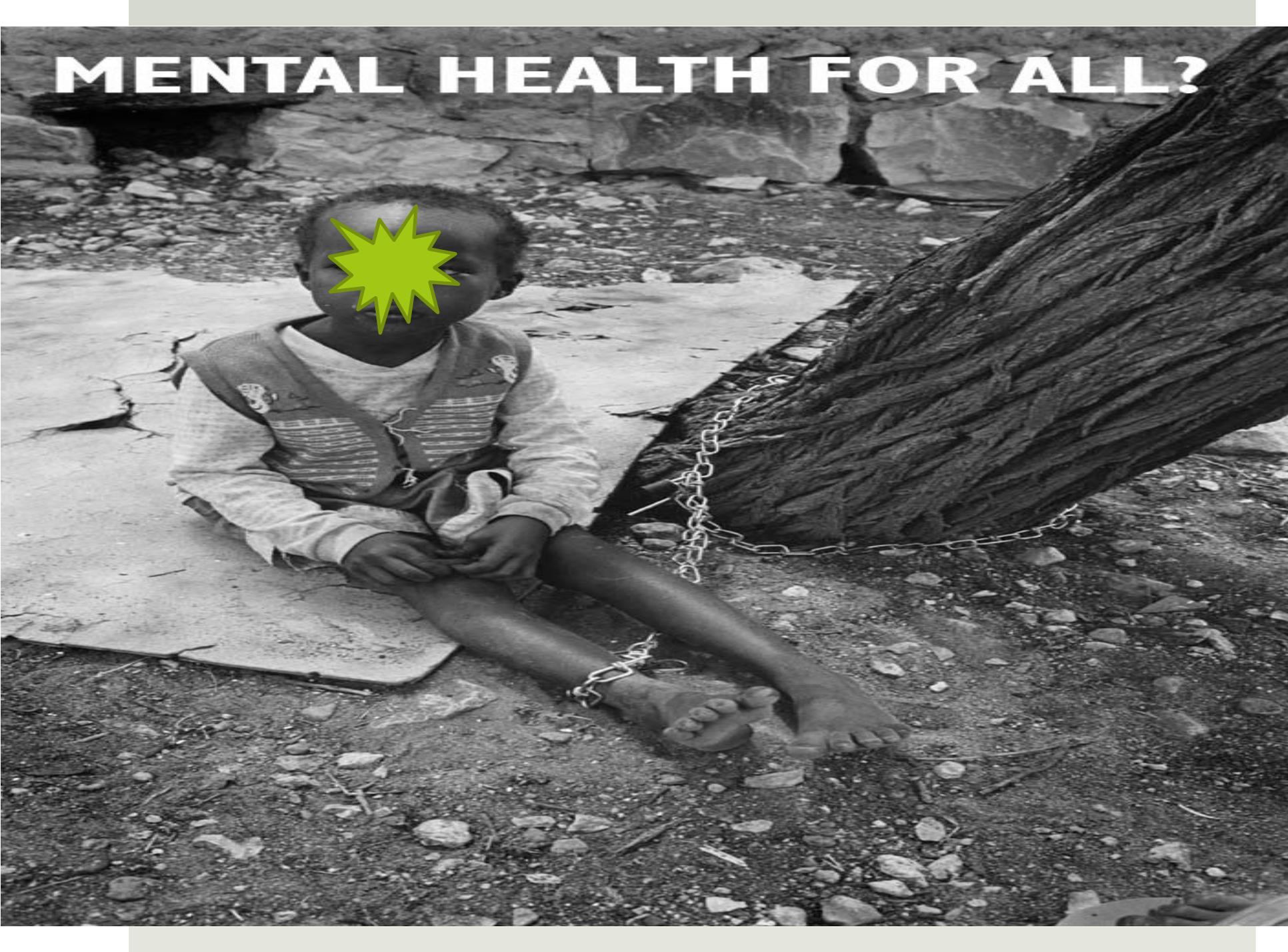
Principes généraux de la convention relative aux droits des personnes handicapées

1. **Respect et dignité de l'autonomie individuelle**, y compris la liberté de faire ses propres choix
2. **Non discrimination**
3. **Participation et intégration** pleines et effectives dans la communauté
4. **Respect de la différence**, acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité
5. **Égalité des chances**
6. **Accessibilité**
7. **Egalité** entre les hommes et les femmes
8. **Respect du développement des capacités de l'enfant handicapé**, respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité





MENTAL HEALTH FOR ALL?

















Servicios de salud de mala calidad y negligencia

Harrie Timmermans/Global Initiative on Psychiatry

Nécessité d'une législation sur la santé mentale et les droits de l'homme - OMS

- **Vulnérabilité exceptionnelle** des personnes avec troubles mentaux
 - Les troubles mentaux peuvent affecter la manière dont les personnes réfléchissent, à **défendre leurs propres intérêts**, et à de rares occasions à **prendre des décisions**
 - **Stigmatisation**
 - **Discrimination**
 - **Marginalisation**

Nécessité d'une législation sur la santé mentale et les droits de l'homme - OMS

- ❑ **Fausses représentations** / au caractère dangereux des troubles psychiques: attention à ne pas entraver les efforts pour instaurer une législation sur les services de santé mentale
- ❑ **Marginalisation économique** (cf discrimination + absence de protection juridique contre les traitements abusifs)
 - ❑ Déni du droit à l'éducation
 - ❑ Déni du droit à l'emploi
 - ❑ Déni du droit à la jouissance des services publics ou d'autres facilités

Nécessité d'une législation sur la santé mentale et les droits de l'homme - OMS

- Interface entre **législation et politique**
 - Les **droits de l'homme** (droit à l'égalité et à la non-discrimination, à la dignité et au respect, à l'autonomie personnelle, à l'information et à la participation)
 - **L'intégration dans la communauté**
 - **Le lien avec les autres secteurs** (emploi, logement etc..)
 - **L'amélioration de la qualité de soins**

Encadré 2. Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 1996b)

- Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux ;
- Accès aux soins de santé mentale de base ;
- Évaluation de la santé mentale conformément aux principes internationalement reconnus ;
- Prestation de soins de santé mentale du type le moins restrictif ;
- Autodétermination ;
- Droit d'être assisté dans l'exercice de l'autodétermination ;
- Disponibilité des procédures de révision ;
- Mécanisme automatique de révision périodique ;
- Décideurs compétents ;
- Respect de l'État de droit.

Nécessité d'une législation sur la santé mentale et les droits de l'homme - OMS

- ❑ Législation sur la santé mentale **≠ soins et traitements**
- ❑ Législation sur la santé mentale =
 - ❑ **Accessibilité** des soins
 - ❑ Fourniture de **soins de haute qualité**
 - ❑ **Réadaptation**
 - ❑ **Post-cure**
 - ❑ **Intégration dans la communauté** des personnes atteintes de troubles mentaux
 - ❑ **Prévention** des troubles mentaux
 - ❑ **Promotion de la santé mentale** dans différents secteurs

En Belgique ... la réforme des soins en santé mentale

- Vise à renforcer la **prise en compte de la demande** de l'usager
- à transformer une offre essentiellement résidentielle en offre de **soins plus différenciés**
 - basés sur les besoins des personnes
 - partant de leur milieu de vie,
 - de leurs conditions concrètes de vie
 - d'apprentissage et de travail
- À travers la création de réseaux et de circuits de soins décliné en **5 fonctions**

Réadaptation fonctionnelle – une dynamique renouvelée

D'où venons-nous?



Je marche sur mon histoire

- Réadaptation, réinsertion, réhabilitation sont des **concepts anciens**
- Le concept de réadaptation fonctionnelle est né dans le champ de **la médecine physique** – l'objectif était de rétablir le fonctionnement pré-morbide de la personne
- Il s'est **élargi** en entrant dans le champ médical psychiatrique
- Parcourir le fil de l'histoire pour comprendre notre héritage

Changement de paradigme

- L'intervention et la recherche en santé mentale sont confrontées à un **changement de paradigme**
- Il s'agit de passer d'un **système centré sur les services** à un **système centré sur les besoins**
- les notions de **partenariats** et de **réseaux** sont essentielles
- Cette évolution a conduit à l'apparition de **nouvelles dynamiques professionnelles**, à des prises de conscience qui ont conduit au **remodelage de notre environnement institutionnel**

Apparition de nouvelles dynamiques professionnelles

- la **désinstitutionalisation**, dans les années 1950 a conduit partout en Europe et aux USA à un **mouvement de réforme du système hospitalier**
- Sur l'axe médecin, psychiatre, infirmier se greffe de **nouvelles professions de la santé mentale**. Elles font évoluer le modèle vers un modèle pluridisciplinaire puis **transdisciplinaire**
- En Belgique, le mouvement de la désinstitutionalisation s'appuie sur le **rapport Groot** qui constate fin des années 1980 que:
 - 35% de la population psychiatrique a + de 65 ans
 - 26% de cette population séjourne en institution depuis plus de 25 ans

Réforme et remodelage institutionnel

- Ces études conduiront, en juillet 1990, à une réforme du secteur psychiatrique avec la **reconversion de lits psychiatriques, l'agrément de MSP, d' IHP** et à la mise en place de **plateformes de concertations** associant le **secteur hospitalier et le secteur extrahospitalier**
- Les **CRF** mis en place, dès avril **1963**, par le Fond National de Reclassement Social des Handicapés (**FNRSH**) pour aider au **reclassement de la personne handicapée** à travers la reprise d'une **activité professionnelle vont évoluer**

Dissolution du Fond National – INAMI et AWIPH

- En janvier 1991, le Fond National est dissout
- Les **prestations médicales et paramédicales** de la réadaptation fonctionnelle sont transférés à **l'Assurance Maladie Invalidité**
- Les **autres matières - orientation professionnelle, formation professionnelle** sont communautarisées et gérées par le Fond Communautaire pour l'Intégration Sociale et Professionnelle de la Personne Handicapée – Fond qui donnera naissance à **l'Agence Wallonne pour l'Intégration de la Personne Handicapée (AWIPH)**

Changement de paradigme

Évolution des mentalités, des politiques, des formations, des soins en santé mentale

	De	vers
Soins	<ul style="list-style-type: none">• Institutionnels et hospitalo centrés (exclusion)• paternalistes• Centrés sur la maladie• Modèle bio-médical	<ul style="list-style-type: none">• Communautaires (inclusion)• Approche horizontale, partenariat équitable• Centrés sur la personne, ses ressources, celles de l'environnement• Modèle holistique: bio-psycho-social

Changement de paradigme

	De	vers
Professionnels	<ul style="list-style-type: none">• Contrôle• Donneurs de soins	<ul style="list-style-type: none">• Autonomie• Promoteurs de santé: soutien des capacités personnelles et de la détermination des usagers
Usagers	<ul style="list-style-type: none">• Patient malade• Objet de soin	<ul style="list-style-type: none">• Citoyen, usager de services• Sujet acteur des soins (information, contrôle qualité, formation, recherche...)
Familles	<ul style="list-style-type: none">• Définies en termes de déficit – mise à l'écart du patient de sa famille en situation de soin	<ul style="list-style-type: none">• Définies en terme de possibilité – partenaires des soins à tous les niveaux

Les CRF entrent dans le champ
de la réhabilitation
psychosociale

Du patient passif à l'usager actif

- La perception et le rôle des usagers des services de santé mentale ont évolué au cours des dernières décennies
- Passage du **patient passif** ne sachant pas ce qui est bon pour lui, entièrement dépendant des savoirs et des décisions des professionnels à **l'usager actif**, de plus en plus impliqué dans ses soins, sa guérison, son rétablissement
- Cette évolution lente et profonde se joue dans **tous les domaines de la santé dont celui de la santé mentale**

Réhabilitation psychosociale

- Définition de **Marianne FARKAS** – Université de Boston
 - « Somme des **actions à développer**
 - pour **optimiser les capacités persistantes** d'un sujet,
 - À **atténuer les difficultés** - résultats de conduites déficitaires ou anormales
 - Afin **d'améliorer le fonctionnement de la personne**
 - Pour qu'elle puisse remporter des succès, éprouver des satisfactions dans un **milieu de son choix** et avec le **moins d'intervention professionnelle possible** »

Glissement de la notion de réadaptation vers la notion de réhabilitation

- A la notion d'**adaptation** se substitue la notion d'**intégration**
- **Intégration** = processus collectif de **reconnaissance de la participation de chacun** au fonctionnement global de la société et de la culture
- La **réhabilitation psychosociale** vise à rendre ou à reconnaître à l'individu **tous ses droits personnels et sociaux qui font de lui une personne à part entière dont la différence est reconnue et acceptée**

Pour Cnaan, la réhabilitation psychosociale repose sur 2 postulats et 13 principes

POSTULATS

1. Il existe en chaque individu **une motivation à développer maîtrise et compétence** dans les domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même
2. De **nouveaux comportements peuvent être appris** et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter **pour répondre à leurs besoins de base**

13 principes de Cnaan

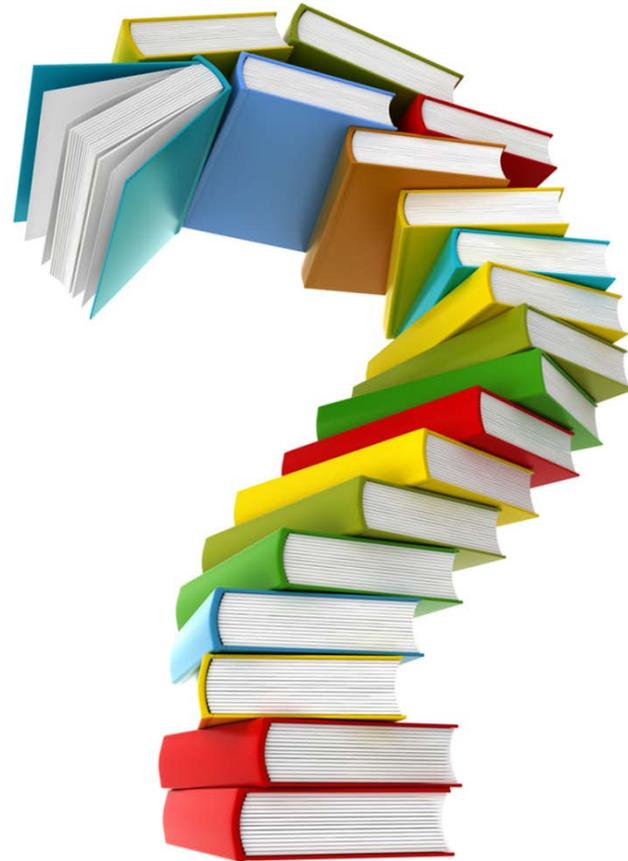
- Utilisation maximale des **capacités humaines**
 - la vie est un processus de croissance et de changement
- **Doter les personnes d'habiletés**
 - c'est la présence ou l'absence d'habiletés et non la disparition de symptômes cliniques qui est déterminante
- **L'auto-détermination**
 - les personnes ont le droit et la capacité de participer aux décisions qui concernent leur vie
- **La normalisation**
 - permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logement, loisirs, éducation, travail,..)
- **Individualisation des besoins et des services**
 - chaque personne a des besoins propres
- **L'engagement des intervenants**
 - confiance dans la capacité des personnes à progresser. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact, pour limiter les abandons

Principes de Cnaan - suite

- ❑ Déprofessionnalisation de la relation d'aide
- ❑ Intervenir précocement
 - ❑ Pour éviter les rechutes et les réhospitalisations
- ❑ Structurer l'environnement immédiat
 - ❑ Famille, réseau social, milieu de vie pour obtenir un maximum de soutien
- ❑ Changer l'environnement plus large
- ❑ Pas de limite à la participation – coordination autour du projet de la personne
- ❑ La valeur du travail
 - ❑ Le travail est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain, envisager un travail intégré dans la réalité sociale
- ❑ Priorité au social par rapport au médical

Réhabilitation psychosociale: rétablissement, empowerment, écologie sociale

- ▣ Le **concept de réhabilitation psychosociale** exprime mieux que la notion de réadaptation fonctionnelle **l'esprit et les pratiques** à l'œuvre dans les CRF adultes pour patients psychiatriques
- ▣ En anglais réadaptation se traduit par **rehabilitation**
- ▣ Cette spécificité concerne le **souci de restaurer un lien social à travers la prise en compte de 3 notions essentielles**
 - ▣ La réappropriation du **pouvoir (empowerment)**
 - ▣ Le développement du capital social de la communauté (**écologie sociale**)
 - ▣ Le **rétablissement**



L'homme qui chavire

Giacometti



Le concept de « rétablissement »
et son éthique:
l'autodétermination

L'homme qui chavire

C'est le visage de cette dame en larmes, ses mots de détresse:

'Je ne m'aime pas, je n'aime pas ma vie, je ne voulais pas ça pour moi'

Elle assiste **passivement au désastre** et ne peut se penser comme **acteur** de sa propre vie

Images de vies désertées que les personnes n'ont plus la force d'investir

Tristesse et désolation

Vies en friche, vies à l'abandon



'Ce qui est lourd n'a pas d'avenir'

Christiane SINGER

Pour rappel: La réhabilitation aujourd'hui c'est:

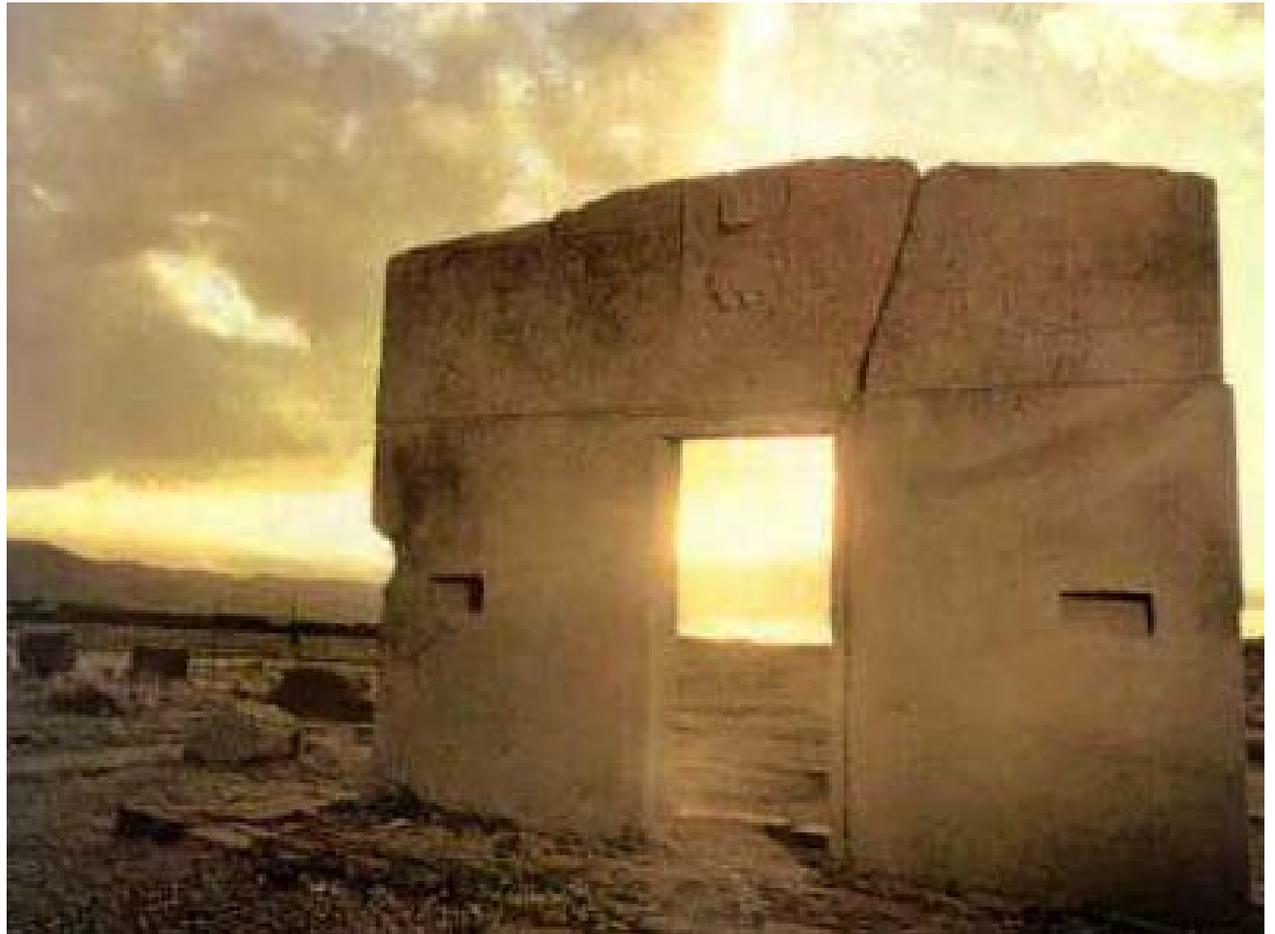
- Réadaptation (OMS) =
 - Ensemble des mesures
 - ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures
 - et d'améliorer sa condition physique et mentale
 - lui permettant d'occuper par ses moyens propres
 - une place aussi normale que possible dans la société
- Réhabilitation (B Durand FASM) =
 - Ensemble d'actions faites **de soins et d'accompagnement des personnes**
 - Permettant de **recouvrer des compétences**
 - Et un **pouvoir agir**
 - Sur la **qualité de leur vie quotidienne**
 - Et la **relation avec leur environnement**

Ce processus de réhabilitation permet in fine: le **Rétablissement**

- ❑ **Recovery** est différent de guérison ou de rémission symptomatique
- ❑ Le rétablissement implique:
 - ❑ un **déplacement de l'attention** - se détacher de la maladie pour **se réengager dans une vie active**
 - ❑ **optimiser des conditions de vie quotidienne et de vie sociale**
- ❑ Rétablissement = capacité de la personne à **reprendre possession de sa vie, à surmonter ses troubles sans être nécessairement « guérie »**
- ❑ Le rétablissement ne caractérise pas l'évolution de la maladie mais le **devenir de la personne**

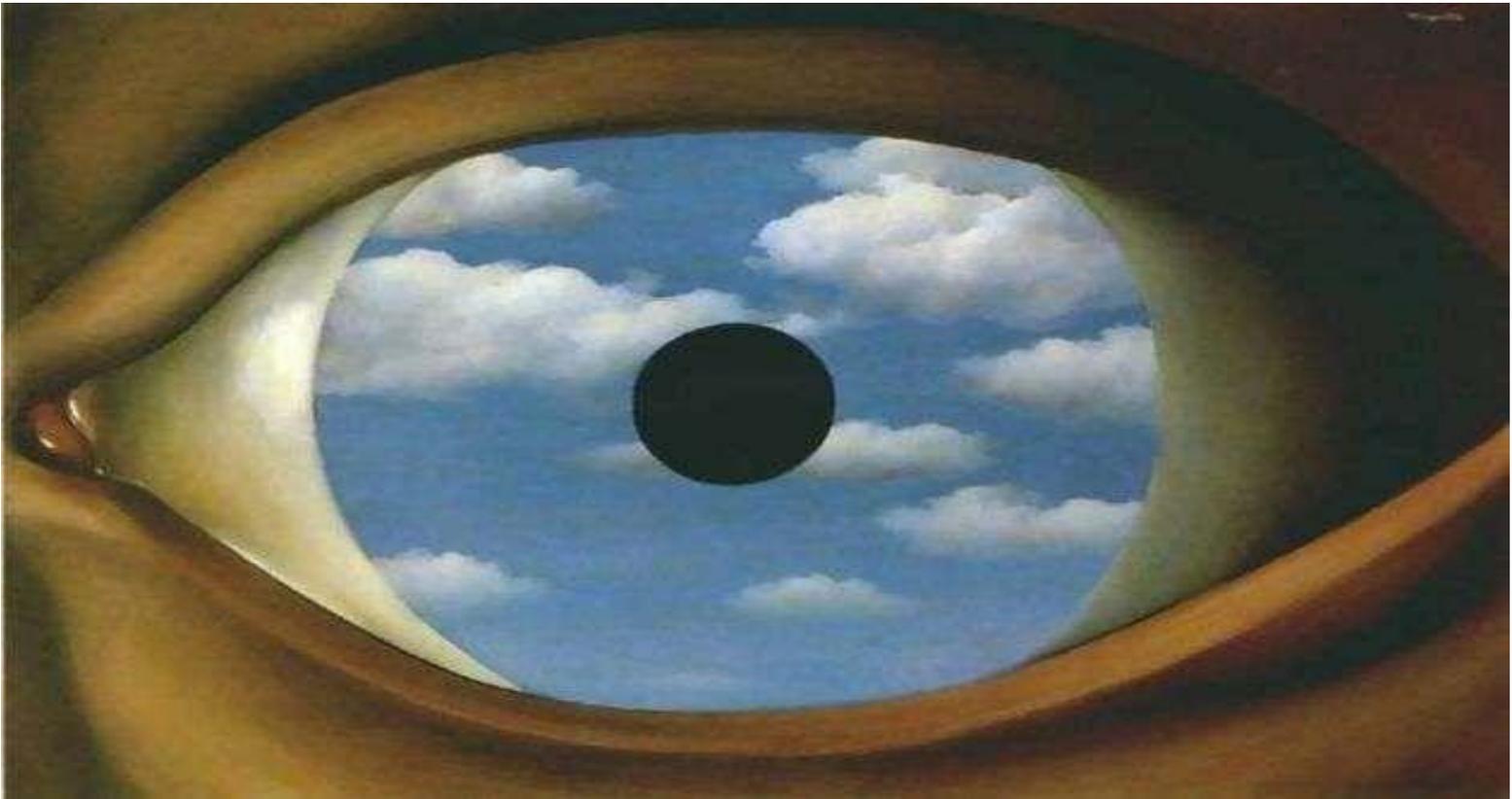
Cultiver l'espoir

Lorsqu'une porte se ferme, une autre s'ouvre
mais on regarde si longtemps une porte fermée
qu'on ne voit pas celle qui s'ouvre pour nous –
H.Keller



Changer de regard

Aucune révolution n'est possible sans une évolution préalable des mentalités



Composants essentiels de la notion de rétablissement

1. L'espoir - la croyance que le rétablissement est possible
2. Changement de regard de la personne, de l'entourage sur son devenir
3. Découvertes de **perspectives positives** – reconstruction narrative d'une identité personnelle – sentiment unifié de soi
4. **Restauration du pouvoir de décider et d'agir** (empowerment)
5. Restauration d'un sentiment de contrôle sur sa vie et **responsabilisation** – restauration du sens

Construire sur ses forces



- ▣ Réorientation de l'attention sur **les ressources** de la personne plutôt que sur ses points de fragilité ou de vulnérabilité
- ▣ Importance de la **reconnaissance inconditionnelle** du **potentiel de la personne par un tiers** (proche, pair ou soignant) comme **étayage nécessaire**
- ▣ **L'étayage** permet de réamorcer et de soutenir la **confiance et l'espoir**, qui **conditionnent l'action**

Etayage et reconnaissance comme moteur de changement

croire en soi, en l'autre, dans ses
potentialités



Chaque parcours de rétablissement est singulier

Bernard PACHOUD identifie 4 étapes clés:

- Phase 1: **moratoire** (déni, repli, révolte, désespoir face à la maladie)
- Phase 2: prise de conscience de **la possibilité du rétablissement**
- Phase 3: **phase de préparation** (repérage des ressources, de ses objectifs propres, de ses valeurs)
- Phase 4: **phase de reconstruction** puis de **croissance** dans lesquelles se développent et se consolident le rétablissement

Moratoire et rétablissement

La
transformation
commence
toujours là où
j'acquiesce C.SINGER



Préparation, reconstruction, croissance

‘ La liberté n’est pas la
liberté de réussir mais la
liberté d’entreprendre
entreprendre avec
résolution;

**une liberté de PROJET,
en perpétuel projet,
une liberté créatrice ’**

Jean-Paul SARTRE



Narrativité et construction identitaire dans le processus de rétablissement

- Importance du rôle des échanges narratifs dans le processus de **redéfinition de soi** et de **réengagement dans une vie sociale**
- Le rétablissement est une question de **redéfinition de sa vie et de son identité**

Redéfinition de sa vie, de son identité
S'enraciner pour exister



Principe éthique du rétablissement: l'autodétermination

- ▣ **Se rétablir**... précisons
- ▣ Se rétablir **dans une vie active, satisfaisante, dotée de sens**
- ▣ S'engager sur la voie du rétablissement, c'est viser **une vie accomplie**
- ▣ Qu'est ce qu'une vie accomplie?
 - ▣ Quels sont les critères?
 - ▣ Qui décide?

Une éthique: l'autodétermination

- ❑ Ni la médecine, ni la psychologie n'ont de **légitimité** pour fixer les normes d'une vie accomplie
- ❑ Cette question est celle de **l'éthique**
- ❑ La démarche du rétablissement requiert une dimension éthique parce qu'elle touche à des **choix existentiels**
- ❑ Cette démarche est conditionnée par une **exigence d'autodétermination de ses choix de vie, comme des moyens pour les atteindre**
- ❑ L'entourage, les professionnels de l'accompagnement doivent éthiquement respecter cette autodétermination

« Nothing about us, without us »

- ▣ Respecter, encourager l'**autodétermination** c'est reconnaître la personne – dans sa **responsabilité** comme dans son **autonomie morale**
- ▣ les usagers sont d'autant plus sensibles à la **reconnaissance** qu'ils ont souffert de l'avoir perdue
- ▣ Le rétablissement est, dans son principe, **l'affaire des usagers et doit le rester**

Empowerment

La réappropriation du pouvoir - encapacitation



**Nous ne pouvons
pas être émancipés
par autrui, nous ne
pouvons nous
émanciper que par
nous-mêmes**

Nicolas DAUMERIE

Chargé de mission, collaborateur à
l'OMS pour la recherche et la
formation en santé mentale

L'empowerment au niveau individuel

– grands principes

- L'utilisateur trouve de nouvelles voies pour **augmenter son autonomie** (prise en compte du vécu de la maladie, savoir expérientiel, psycho-éducation des usagers, des familles, pair-aidant, groupe d'entraide mutuel, association d'utilisateurs, ...)
- Laisser à l'utilisateur la décision de se former - autodétermination
- Lui donner le pouvoir d'autoréguler les apprentissages dont il a besoin pour augmenter son autonomie (j'apprends avec mes pairs)
- La place de l'utilisateur se modifie et permet une **posture plus active et une responsabilisation accrue** face à son devenir

L'empowerment au niveau organisationnel – grands principes

- Concevoir le système de soins comme une **organisation apprenante qui favorise le changement**
- Pour permettre le développement de l'empowerment individuel, les services et les acteurs de terrain doivent **modifier leurs pratiques dans un même état d'esprit**
 - Former les professionnels et les usagers aux concepts à l'œuvre et aux méthodologies qui y sont liées
- **Assurer la représentation des usagers à tous les niveaux de pouvoir**
 - accès à l'information, participation aux processus de décision, accès aux ressources selon les besoins et les demandes...
 - Création d'association d'usagers
- Utiliser les **médias** comme vecteur de changement
 - sensibiliser le grand public à la question des troubles psychiques, campagne contre la discrimination,...
 - Promotion de la santé mentale - La santé mentale c'est l'affaire de tous

Indicateurs globaux et spécifiques d'empowerment – programme OMS

- Respect des **droits humains**, lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- Participation **au processus de décision**
- **Accès à des soins de qualité** et implication dans leur évaluation
- Accès aux **informations et aux ressources**

L'autonomie est impossible dans un environnement
enfermant qui prive de toute possibilité d'agir

Penser les services de soins comme
un endroit où chacun apprend des
autres



Empowerment

Cadre de référence international

- Est défini dans le **plan d'action d'Helsinki** pour la santé mentale en Europe – signé en 2005 par les ministres de la Santé de 52 pays sous l'égide de l'OMS
- L'empowerment et la participation des usagers est un point central du **Pacte européen pour la santé mentale**

Commission européenne. European pact for Mental Health and Well-being Brussels: European commission

Écologie sociale

Le développement des liens humains et du capital social de la communauté

L'écologie sociale englobe:

- **Les rapports de l'homme avec son environnement humain** qu'il soit de l'ordre du **groupe d'appartenance** ou de la société en général avec toutes les implications politiques que cela suppose
- Le **capital social** naît des **interactions quotidiennes entre les citoyens dans les structures**
 - comme la famille, les réseaux communautaires, le volontariat,...
- Plus ces réseaux et ces liens sont **solides**, plus les membres d'une même communauté sont susceptibles de collaborer pour le bien de tous
- Plus le **capital social** de cette communauté est **élevé**, plus elle a un **impact** direct avec la santé en général et **la santé mentale** en particulier

Dé liaison sociale et santé mentale

Je suis les liens
que je tisse

A. JACQUARD





Ecologie sociale

‘Devenir
fraternologue’
Roger Winterhalter



Il y a une infinité de chemins à parcourir, à inventer pour que l'homme qui chavire soit aussi un homme qui marche...

Nous vous remercions

Ateliers d'échange de pratiques



Dispositif participatif

- 2 ateliers autour des **concepts clefs**
- Empowerment et rétablissement
- Rétablissement et écologie sociale

Comment transférer ces concepts dans nos pratiques?

- Chacun est invité à **partager ses expériences professionnelles**, les **dispositifs mis en place** dans les structures auxquelles il appartient
- **But:** initier une réflexion, susciter la créativité, **finaliser une fiche de bonnes pratiques**
- **Méthodologie**

Echanges de pratiques

- L'animateur – permet la libre circulation de la parole, gère le temps, facilite, régule les émotions
- Le rapporteur traduit la production du groupe en séance plénière

Utilisation possible d'une grille d'analyse stratégique - SWOT

SWOT – grille d'analyse stratégique

