

COLLOQUE
Handicaps d'origine
psychique

23 mars 2009

Palais des congrès
de Versailles

La prise en compte du rétablissement dans le parcours de vie des personnes présentant des troubles psychiques

Myreille St-Onge, Ph.D., professeure agrégée

*École de service social, Université Laval,
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation
et intégration sociale (CIRRIIS), IRDPQ
Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard
(CRULRG), Québec, Canada*

Plan de la présentation

- Le plan d'action pour les services aux personnes ayant des troubles psychiques au Québec
- Les diverses notions reliées au modèle du processus de production du handicap (PPH) : troubles psychiques, incapacités, situation de handicap.
- La conception légale et administrative du handicap comme obstacle au processus d'intégration communautaire : les effets pervers de la compensation.
- Le processus de rétablissement et son évaluation.
- L'approche centrée sur les forces comme facteur favorisant le rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques.

Le plan d'action relié aux services pour les personnes ayant des troubles psychiques au Québec

- Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS interpelle un changement de paradigme du modèle biomédical à celui axé sur le rétablissement et les forces des personnes.
- Une organisation de services basé sur des réseaux de services intégrés (fusion d'établissements)
- Les principes directeurs du Plan d'action sont :
 - le pouvoir d'agir;
 - la participation des utilisateurs et des proches à la planification des services;
 - le rétablissement;
 - l'accessibilité aux services axés sur le renforcement de la 1^{ière} ligne et un passage fluide vers les services spécialisés et surspécialisés;
 - la continuité; le partenariat et l'efficience.
- L'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)

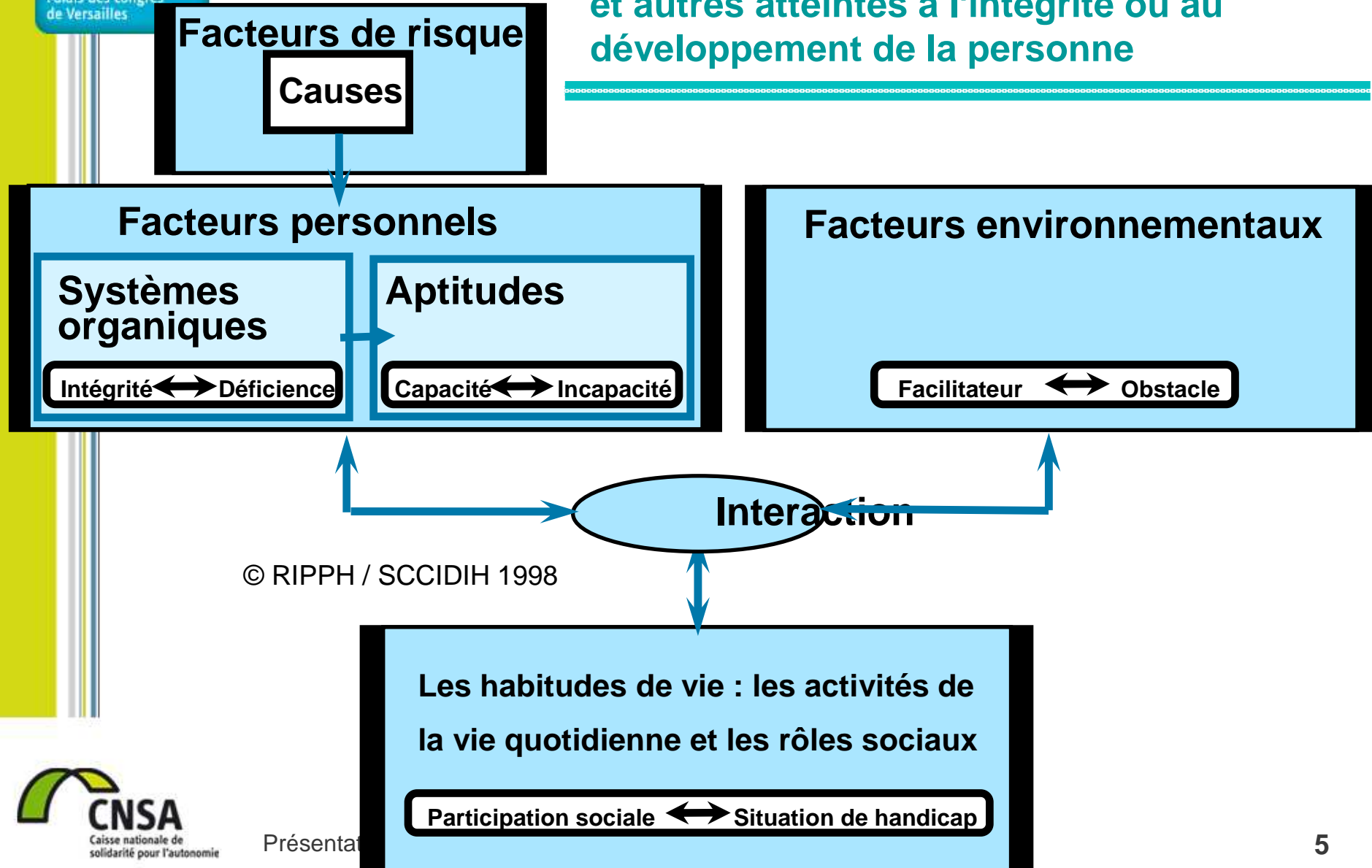
Définition de la santé (MSSS, 1992, 11)

« la capacité *physique, mentale et sociale* d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie» Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991, chapitre 42

- La santé et le bien-être vus avant tout comme « une ressource de la vie quotidienne » résultant de l'interaction **CONSTANTE** entre les individus et leur milieu
- Leur maintien repose « sur un partage **ÉQUILIBRÉ** entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activités de la vie collective »

FIGURE 1

Processus de production du handicap :
modèle explicatif des causes et
conséquences des maladies, traumatismes
et autres atteintes à l'intégrité ou au
développement de la personne



Le paradigme du rétablissement et son lien avec le PPH

- La recherche ne soutient pas le concept de chronicité dans le domaine des troubles mentaux : des études de suivi au long cours ont montré, par exemple, que de 46 à 72% des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie se sont rétablies (Carperter, 2002).
- Le rétablissement est un processus idiosyncratique : recherche d'un sens propre pour chaque personne. Il dépend des options et des choix qui s'offrent aux personnes (niches habilitantes selon le modèle des forces de Charles Rapp).
- Donc il dépend des actions et des interventions posées : être des catalyseurs pour le rétablissement des personnes. *Considérer la communauté comme un oasis de ressources où les personnes peuvent s'intégrer (Rapp & Goscha, 2006).*

Les bases de l'oppression : « le mur de Berlin » du rétablissement (Rapp & Goscha, 2006)

- **Pour se rétablir : surmonter le désespoir, l'aliénation... survenant de deux sources :**
 1. **des symptômes dérangeants : effets secondaires des médicaments, états émotionnels extrêmes causant fatigue et épuisement**
 2. **Forces de la société et le système de soins établis : crée et renforce le désespoir, l'aliénation...**

Quatre facteurs qui contribuent à l'oppression des personnes ayant des incapacités psychiatriques (IP)

1. **Le mentalisme : tendance à attribuer et à expliquer la plupart des comportements des personnes ayant des IP comme étant fonction de la « maladie »**
2. **La pauvreté : la majorité vit de la sécurité du revenu**

Les bases de l'oppression : « le mur de Berlin » du rétablissement (Rapp & Goscha, 2006) – rétablir le système de soins

- 3. La pratique professionnelle : micro et macro-agressions de l'esprit humain. Macro (mise en contention et isolement, recours aux policiers pour hospitalisation...). Micro (messages du peu d'attentes face à ces personnes et de blâme face aux échecs...)**
- 4. La structure du système de santé mentale : qui force les gens vers des niches contraignantes, ce qui empêche la réalisation et l'intégration communautaire véritable (ex: ateliers protégés, ateliers pré-emploi comme substitut d'un travail, foyers de groupe...)**

La conception légale et administrative du handicap comme obstacle au rétablissement : les effets pervers de la compensation.

- **Pour ne pas vivre des situations de handicap, on doit prouver que l'on est handicapé au sens de la Loi**
- **Primauté des caractéristiques individuelles (déficiences et incapacités) et identité de 'malade' dans cette conception**
- **L'obligation de l'établissement d'un diagnostic psychiatrique et la rareté des ressources**
- **La compensation risque de maintenir la personne en situation de handicap en l'excluant par exemple du marché du travail ou des études**

Le rétablissement (ou l'exercice de la citoyenneté – Dr Dan Fisher, NEC) et son évaluation (MHAVIE outil basé sur la nomenclature du PPH)

- **Prendre ses responsabilités (respect d'autrui, responsabilité civique, bonne utilisation de l'argent, s'occuper de ses enfants, de ses parents âgés...)**
- **Entretenir des relations affectives (amis, famille)**
- **Joindre des groupes**
- **Participer à des pratiques religieuses ou spirituelles**
- **Avoir un métier ou une profession**
- **Reprendre les études**
- **Avoir des activités de loisir, artistiques ou sportives**
- **Bien s'alimenter**
- **Faire des exercices, se relaxer**
- **Réfléchir, se recueillir, méditer**
- **Prendre soin de son hygiène et de son apparence physique**
- **Avoir de bonnes habitudes de santé (prévention, prise de médicaments...)**
- **Avoir son logement**
- **Entretenir son domicile**

Processus de rétablissement

Facteurs de

- Risques biologiques
- Risques liés à l'organisation sociale
- Risques liés aux comportements individuels et sociaux

Facteurs personnels

Systèmes organiques

Intégrité ↔ Déficience

- Système nerveux
- D'autres systèmes peuvent être atteints

Aptitudes

Capacité ↔ Incapacité

- Aptitudes liées aux activités intellectuelles
- Aptitudes liées au langage
- Aptitudes liées aux comportements
- Aptitudes liées à la résistance

Facteurs enviro

Facilitateur ↔ Obstacle

- Plusieurs systèmes (éducatifs, sociosanitaires, juridique, etc.)

Interaction

Habitudes de vie

Participation sociale ↔ Situation d'exclusion

- Toutes les activités de la vie quotidienne et les rôles sociaux (la personne peut se rétablir dans un ou plusieurs domaines (Anthony et al., 2002))

© RIPPH 1998

Les quatre types de forces à considérer dans l'évaluation (Rapp & Goscha, 2006)

1. ***Les attributs personnels*** : l'important est de reconnaître ce que la personne perçoit ou désire dans la perspective de retrouver ce qu'elle est; doivent être en lien avec une compétence
2. ***Les talents et habiletés*** : doivent être axés sur des compétences concrètes que la personne possède (ex : aime les arts, peint des œuvres, pourrait les exposer et gagner de l'argent...)
3. ***Les forces de l'environnement*** : l'important ici est non seulement l'accessibilité à des ressources mais que ces ressources soient utilisées par la personne comme une force (exemple : être en lien avec une galerie d'art où la personne peut exposer)
4. ***Les intérêts et les aspirations*** : pour atteindre leurs buts, il faut une motivation intrinsèque

Le contenu de l'évaluation des forces (Rapp & Goscha, 2006)

Sept domaines de vie (courants, les aspirations et les souhaits des personnes, les ressources sur lesquelles elles ont pu s'appuyer dans le passé)

- 1. La situation quotidienne de vie***
- 2. La situation financière***
- 3. Le travail ou les études***
- 4. Le soutien social (facteur environnemental dans le PPH)***
- 5. La santé***
- 6. Les loisirs***
- 7. La culture et la vie spirituelle***

On peut ajouter les autres habitudes de vie du PPH : les relations interpersonnelles, la vie communautaire, les responsabilités, les déplacements, l'habitation, la communication

Les priorités fixées par la personne. Signer le document avec la personne

Références

- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd Ed). Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation, 406 p.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*, vol. 27, no 2, 86-94
- Fisher, D.B (n.d). *New vision of recovery. You too can recover from 'mental illness'*. Lawrence, MA: The National Empowerment Center (www.power2u.org)
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Lac St-Charles : Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), 164 p.
- Miley, K., & DuBois, B. (2007). Ethical preferences for the clinical practice of empowerment social work (p. 29-44), in S. Dumont & M. St-Onge (Eds), *Social Work, Health, and International Development. Compassion in Social Policy and Practice, part I*. New York: Haworth Press.

Références

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens.*

www.msss.gouv.qc.ca/documents/documents.html

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Réseaux locaux de services.* www.msss.gouv.qc.ca/reseau.rls.

Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Ralph, R. O. (2002). National Association for State Mental Health Program Directors (NASMHPD), site Internet, *Mental health recovery: What helps and what hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System for Performance Indicators. Phase One Research Report: A National study of consumer perspectives on what helps and hinders recovery.*

Rapp, C.A., & Goscha, R.J. (2006). *The Strengths Model. Case Management with People with Psychiatric Disabilities* (2nd Ed). New York: Oxford University Press, 289 p.