

Réadaptation

- **La réadaptation est l'application coordonnée de mesures sur le plan médical, social, professionnel, technique et pédagogique ayant pour objectif la rééducation fonctionnelle, une activité optimale et une participation la plus indépendante possible à tous les domaines du quotidien afin que le patient bénéficie du cadre de vie le plus libre possible.**

- Mise en place de possibilités d'hospitalisation psychiatrique
- Du paradigme des établissements spécialisés au traitement personnalisé des malades psychiques
- Problèmes du traitement psychiatrique stationnaire
- Quand un traitement psychiatrique stationnaire devient-il nécessaire ?
- Problématique de la notion de réadaptation dans la psychiatrie
- Le traitement psychiatrique ambulatoire en opposition au traitement psychiatrique stationnaire, une dichotomie peu bénéfique

La réadaptation regroupe :

1. La tentative de rétablissement des déficiences organiques (impairment).
2. La normalisation de la limitation d'activité (activity) par l'entraînement – pour certaines déficiences particulières, recherche avec le patient de possibilités de compensation fonctionnelle.
3. Diminution des problèmes de participation par l'adaptation de l'environnement du patient à ce dernier, dans une mesure économique raisonnable (grâce à des moyens auxiliaires par exemple).
4. Prise en compte des facteurs contextuels (facteurs environnementaux et psychosociaux concernant tous les niveaux de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps).
5. Transmission de stratégies préventives (prévention secondaire dans la plupart des cas).

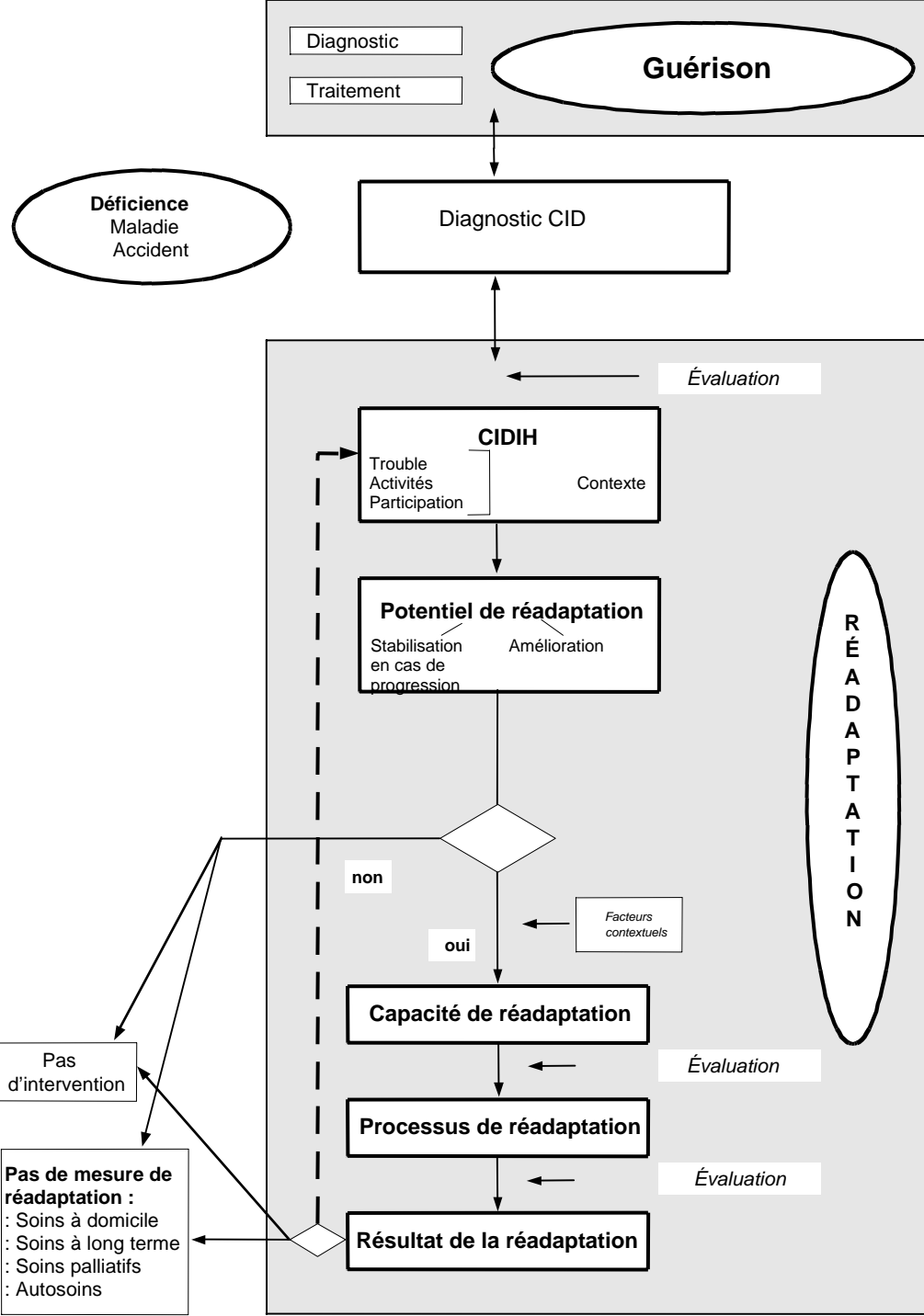
La médecine de réadaptation a pour objectif de favoriser, d'améliorer et de rétablir la qualité de vie des patients souffrant d'une réduction liée à une maladie ou à un accident en réduisant leurs symptômes, en améliorant leurs fonctions et en intégrant leurs proches.

Le programme de réadaptation stationnaire se veut structuré, reconnu scientifiquement, orienté individuellement, interdisciplinaire et approprié.

COMPOSANTES DES LIMITATIONS D'ACTIVITÉ ET DES PROBLÈMES DE PARTICIPATION

**Comportement
Communication
Autosuffisance
Déplacement
Activité physique et psychique
Dextérité
Réaction aux différentes situations
Actualité
Environnement social
Capacité d'orientation
Mobilité
Occupation / Emploi
Intégration sociale
Indépendance économique
Indépendance physique et psychique
Sport
Loisirs.**

ALVR 1999



Cycle de réadaptation selon ALVR 1999

« Tout comme la médecine curative et la médecine préventive, la médecine de réadaptation a ses lois et méthodes spécifiques. D'une manière générale, la réadaptation se concentre sur les conséquences d'une maladie ou d'un accident. Il s'agit d'évaluer et de traiter les personnes souffrant de handicaps ou d'incapacités sur la base de troubles / de limitations d'activité. »

« L'investissement de la médecine de réadaptation dépend essentiellement du **degré de handicap du patient**, et en particulier des limitations d'activité et des troubles de participation, de leurs composantes, de la portée des **maladies concomitantes**, du **potentiel de réadaptation** et de sa durée. »

Le paradigme des établissements spécialisés

- **« L'établissement spécialisé constitue un modèle de solution aux problèmes des villes et des régions dans lesquelles on manque de structures d'aide aux malades psychiques et où le pessimisme est de mise... »**
- **Ce n'est pas l'aide qui se déplace vers le patient et son environnement, mais le patient qui se déplace vers l'établissement spécialisé.**
- **L'aide apportée s'effectue dans le cadre d'unités appartenant à un concept fixe orienté en fonction d'une certaine quantité de soins, d'assistance et de surveillance médicale nécessaires.**

Le paradigme des établissements spécialisés

- **caractérise les concepts thérapeutiques**
- **détermine l'organisation des établissements (psychiatriques)**
- **détermine les directives traditionnelles d'évaluation du personnel**
- **détermine la façon de penser des financeurs**

Le paradigme des établissements spécialisés

- **Inconvénients :**
 - **Un excès réglementé des soins entraîne une « incapacité de vie »**
 - **La relation du patient à son environnement personnel disparaît**
 - **Les personnes concernées dans l'environnement du patient n'apprennent plus à vivre avec les contraintes liées à la maladie psychique du patient ni à faire la démarche nécessaire pour obtenir de l'aide**

Orientation en fonction des besoins, centralisation autour du patient

- Détermination de la notion
 - Délimitation des domaines concernés
- Concept des aides personnalisées
- Mesures importantes des résultats
 - Le concept de « needs for care »
 - La qualité de vie comme objectif de traitement
- Conséquences pour la structure psychiatrique de soins

Le concept des aides personnalisées en psychiatrie

- **se base sur une hypothèse théorique (c'est-à-dire « idéologique ») du traitement et de l'intégration sociale des patients atteints d'une maladie psychique grave ou durable**
- **détermine à partir de cette position des directives de traitement**
- **fournit des outils de planification et de réalisation du traitement**
- **fournit des conclusions relatives à la structure de soins**

Quelques fondements

- Intégration des proches
- Le concept « needs for care » et le paradigme de la restriction la plus limitée possible
- La qualité de vie comme objectif de base en matière de résultat

Aides personnalisées

- Tâches :
 - Définir avec le patient et ses proches :
 - Une compréhension de la maladie
 - Les objectifs et les moyens thérapeutiques
 - Les offenses et les déceptions face à l'image de la maladie et les objectifs de vie du patient

Aides personnalisées

- Objectifs de l'intervention :
 - Réduction des symptômes
 - Aiguiser la perception de la dégradation
 - Compréhension des effets et des effets secondaires
 - du traitement pharmaceutique
 - des mesures sociothérapeutiques
 - du traitement psychothérapeutique
 - Encouragement
 - des capacités restantes
 - des aptitudes compensatoires

Aides personnalisées

- Objectifs de l'intervention :
 - Compensation des dégradations durables
 - Stabilisation du réseau social
 - Compensation du handicap social
 - Assurance sociale, emploi, argent, amis, logement, proches

Aides personnalisées

- Terrain conditionnel :
 - en tenant compte d'une part de l'importance subjective spécifique accordée aux domaines du logement, du travail et des loisirs en fonction de l'environnement et de la situation du patient, et d'autre part des interactions entre ces différents domaines.

L'accompagnement thérapeutique comme principe dialectique

- Stimulation insuffisante
 - Régression
 - Terrassement thérapeutique
 - Traitement
 - Orientation individuelle
 - Fonction auxiliaire basée sur le « je »
 - Empathie
 - Centré sur l'action
 - Orientation somatique
- Surstimulation
 - Progression
 - Non assistance à personne en danger
 - Négociation
 - Orientation sociale
 - Autonomie
 - Rationalité critique
 - Centré sur le dialogue
 - Orientation psychologique

Concept dynamique du handicap comme conséquence de la maladie

- Trouble / image du trouble (impairment)
 - Aspect extérieur de la maladie de base (par exemple trouble de l'affectivité, de la spontanéité, etc.
.....)
- Restrictions et incapacités fonctionnelles (disability)
 - Conséquence du trouble au niveau comportemental
- Restrictions sociales (handicap)
 - Conséquences des niveaux précédents (réaction environnementale)

Exigences de base pour les structures de soins

- Orientation en fonction des besoins des patients / clients en matière de soins et non en fonction de structures existantes, « least restrictive alternative »
- Intégration des proches à la planification et aux prises de décisions concernant les structures de soins
- Suppression des barrières d'accès
- Continuité du traitement concernant les objectifs thérapeutiques

Facteurs d'influence des réformes en matière de soins psychiatriques

- **Désinstitutionnalisation**

- Revers par manque de transmissibilité du „paradigme de l'établissement“
- Composition équilibrée des offres (stationnaires / ambulantes et généralisées / spécialisées)
- Caractérisation des « groupes à problèmes » vis à vis des offres déjà existantes

Facteurs d'influence des réformes en matière de soins psychiatriques

- **Evolution des frais**

- Suppression d'un nombre important de lits en psychiatrie au cours de la première phase de désinstitutionnalisation
 - Augmentation du nombre d'admissions
 - Souvent, augmentation du nombre de lits dans le secteur privé
- Expansion tardive des offres complémentaires
- Suppression de capacités stationnaires supplémentaires sans compensation suffisante par des offres ambulantes
- C'est la rentabilité plutôt que l'efficacité qui est au premier plan

Facteurs d'influence des réformes en matière de soins psychiatriques

- **Emancipation des patients et de leurs proches**
 - Réclamation d'aides orientées aux besoins et centralisées
 - Standards personnels concernant la nature et la mesure de l'aide apportée
 - Choix du traitement le moins restrictif possible

Création d'offres de soins psychiatriques et modèles d'exploitation

- Désinstitutionnalisation précoce
 - Réhospitalisations répétées (patients dits « de porte à tambour » ; réhospitalisation vécue comme une « erreur de système » ; recherche : réhospitalisation)
- Phase d'expansion de la psychiatrie communale.
 - Nouveaux patients longue durée, jeunes adultes « chroniques » ; recherche : durée d'hospitalisation
- Discussion relative aux coûts
 - Egalité de distribution ; Analyse coûts/bénéfices ; recherche : comme précédemment, efficacité d'offres spéciales

Caractéristiques cliniques d'un groupe de patients aigus hospitalisés pour la première fois (N = 325)

Variablen	Cluster 1 N (%)	Cluster 2 N (%)	Cluster 3 N (%)	Cluster 4 N (%)	P value (chi square; df *Kruskall-Wallis H-Test)
ICD 10 Diagnosis					0.08 (22.6; 15)
ICD-10 F0 Organische Störung	6 (2.4%)	3 (9.1%)	0	0,00	ns
ICD-10 F1 Störung durch Substanzgebrauch	46 (18.3%)	2 (6.1%)	0	2 (10.0%)	ns
ICD-10 F2 Schizophrene Störungen	57 (22.7%)	13 (39.4%)	9 (42.9%)	8 (40.0%)	ns
ICD-10 F3 Affektive Störung	65 (25.9%)	8 (24.2%)	5 (23.8%)	6 (30.0%)	ns
ICD-10 F4 & F6 Neurotische Störung/ Persönlichkeitsstörung andere	69 (27.5%) 8 (3.2%)	6 (18.2%) 1 (3.0%)	7 (33.3%) 0	4 (20.0%) 0,00	ns ns
Aufnahmestatus					0.48 (5.4%; 6)
freiwillig	110 (43.8%)	19 (57.6%)	7 (33.3%)	9 (45.0%)	ns
gegen Willen	131 (52.2%)	13 (39.4%)	12(57.1%)	11 (55.0%)	ns
unbekannt	10 (4.0%)	1 (3.0%)	2 (9.5%)	0,00	ns
"Heavy service user"	10 (4.0%)	23 (69.7%)	19 (90.5%)	14 (70.0%)	0.00 (184.5; 3)
Krisen-Triage-Rating Skala(MW; SD)					
Dangerousness to self and others	2.43; 1.5	2.47; 1.4	2.44; 1.4	2.74; 1.5	0,88 (0.6; 3)*
Availability of support network	3.02; 0.8	2.83; 0.9	2.94; 0.6	3.00; 0.8	0,66 (1.5; 3)*
Willingness to comply with treatment	3.65; 1.1	3.33; 1.2	3.39; 1.1	4.11; 0.8	0,13 (5.6; 3)*
Dauer stationäre Indexepisode(MW; SD)	13.0; 14.4	57.5; 44.9	29.8; 42.4	67.0; 93.7	0.00 (32.1;3)*
Anzahl Aufnahmen in 36 Monaten (MW; SD)	1.2; 0.5	1.7; 0.9	5.0; 2.4	3.1; 2.2	0.00 (133;3)

Modèle d'exploitation à long terme du traitement
stationnaire chez une cohorte de patients aigus consécutifs
(N=325)



Caractéristiques démographiques d'un groupe de patients aigus hospitalisés pour la première fois (N = 325)

Variables		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Valeur P (chi square; df)
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	*Kruskall-Wallis H-Test
Sexe						0.03 (8.4; 3)
	masculin	127 (50.6%)	17 (51.55%)	4 (19.0%)	8 (40.0%)	ns
	féminin	124 (49.4%)	16 (48.5%)	17 (81.0%)	12 (60.0%)	0.05 (3.7;1)
Etat civil						0.52 (5.1; 6)
	célibataire	125 (49.8%)	20 (60.6%)	14 (66.7%)	11 (55.0%)	ns
	marié(e)	54 (21.5%)	8 (24.2%)	3 (14.3%)	3 (15.0%)	ns
	autre	72 (28.7%)	5 (15.2%)	4 (19.0%)	6 (30.0%)	ns
Âge	MW (SD)	36 .5 (11.9)	34 .3 (12.6)	29 .1 (9.8)	35 .8 (11.1)	0.03 (8.5;3)*