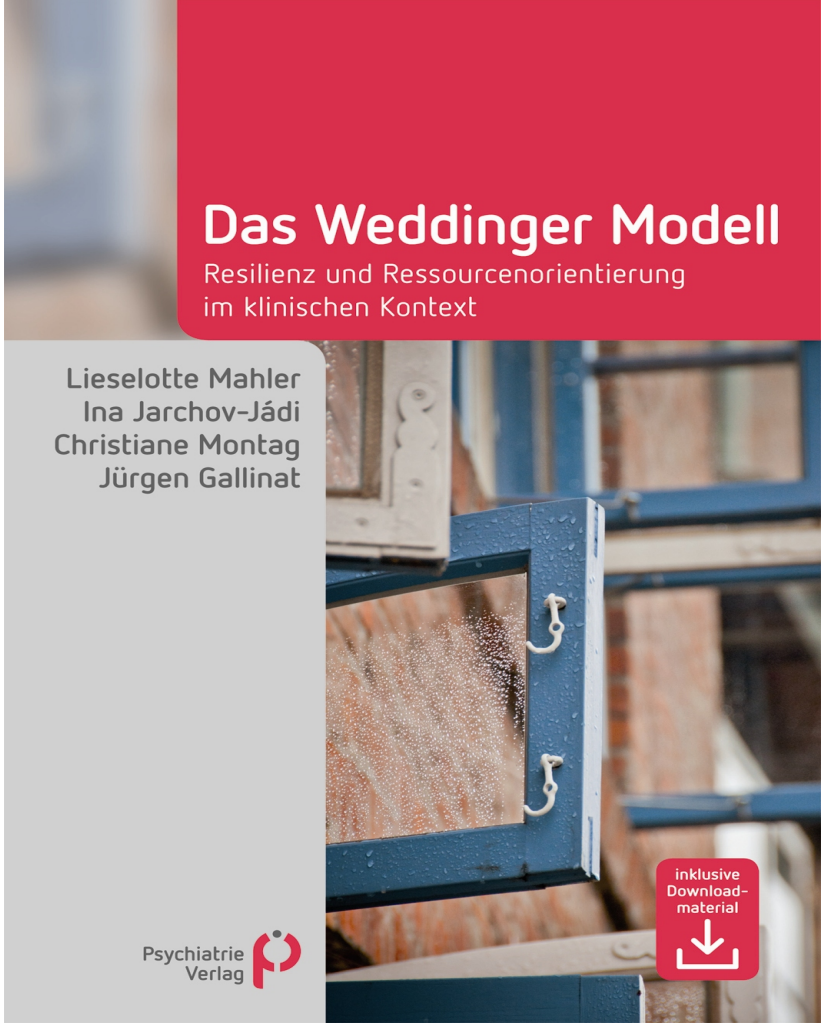
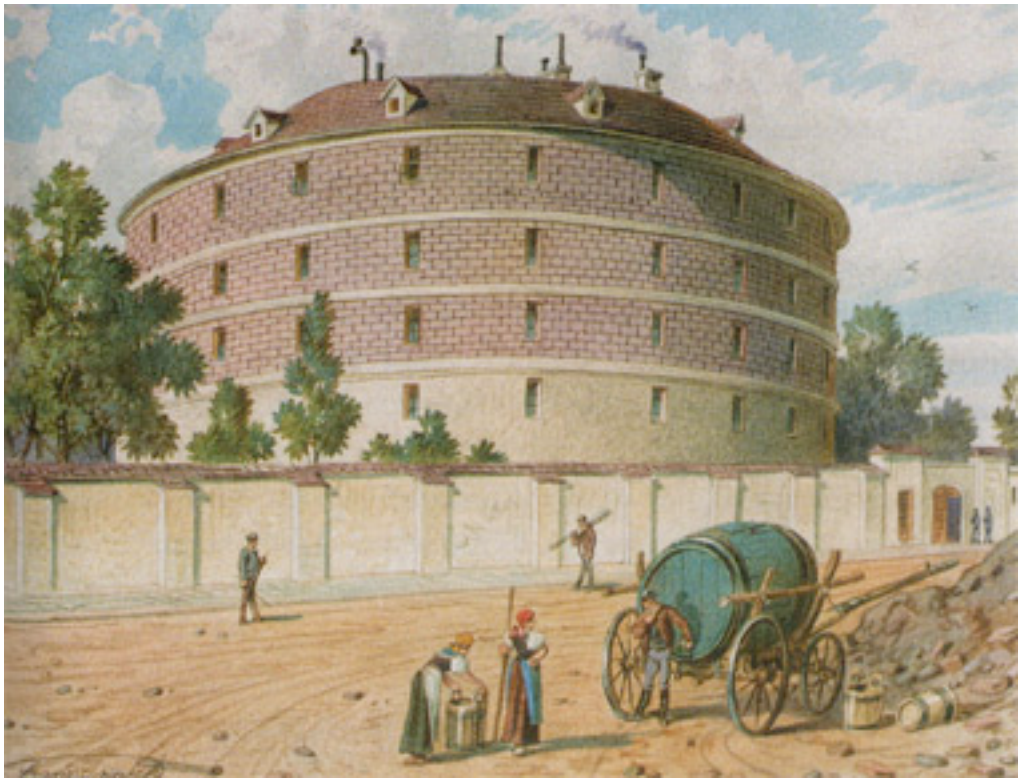
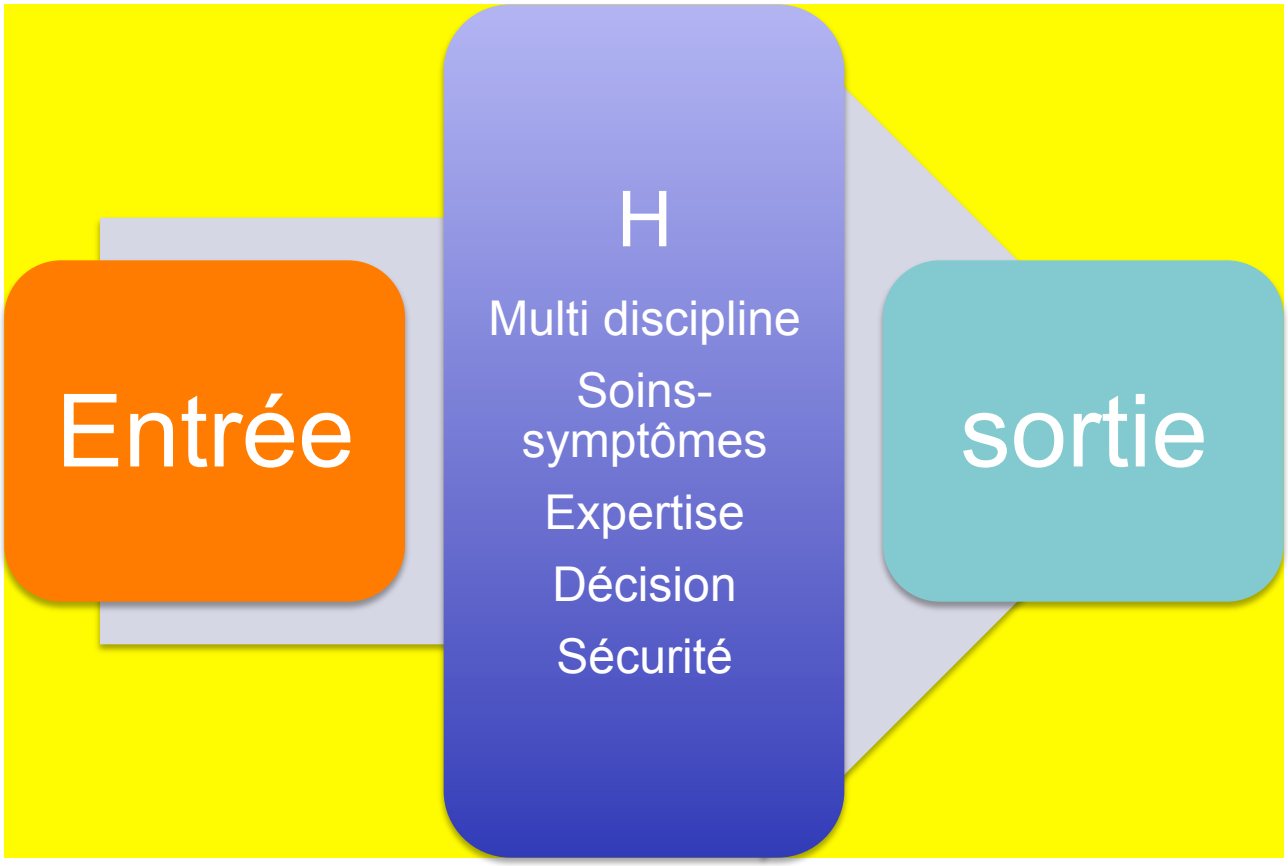
Le Weddinger Modell:
Une voie vers une prise en soins trialogique et centrée sur la personne



CHARITÉ

UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN




Entrée
H
Multi discipline
Soins-
symptômes
Expertise
Décision
Sécurité
sortie

- Soins centrés sur le patient -
Problèmes de départ (I)

„une approche paternaliste orientée sur les déficits“:

- Le diagnostic psychiatrique domine le regard porté sur le patient.
- Les objectifs thérapeutiques s‘orientent fortement sur les catégories diagnostiques (réduction des symptômes)
- Les objectifs thérapeutiques et les éléments constitutifs de la thérapie sont déterminés aux cours des visites et des discussions d‘équipe, souvent en l’absence du patient.

ces objectifs divergent souvent du vécu subjectif, des souhaits et des objectifs du patient concernant sa prise en soins

En résumé: résistances, passivité et auto-stigmatisation, toutes évitables.

- Soins centrés sur le patient -
Problèmes de départ (II)

„ une approche paternaliste orientée sur les déficits“:

- „L‘extérieur“ (l’environnement) est trop peu intégré à „l‘intérieur“ (l’hôpital): perception partielle de l’ensemble et mauvaise évaluation de la situation du patient et de son état.

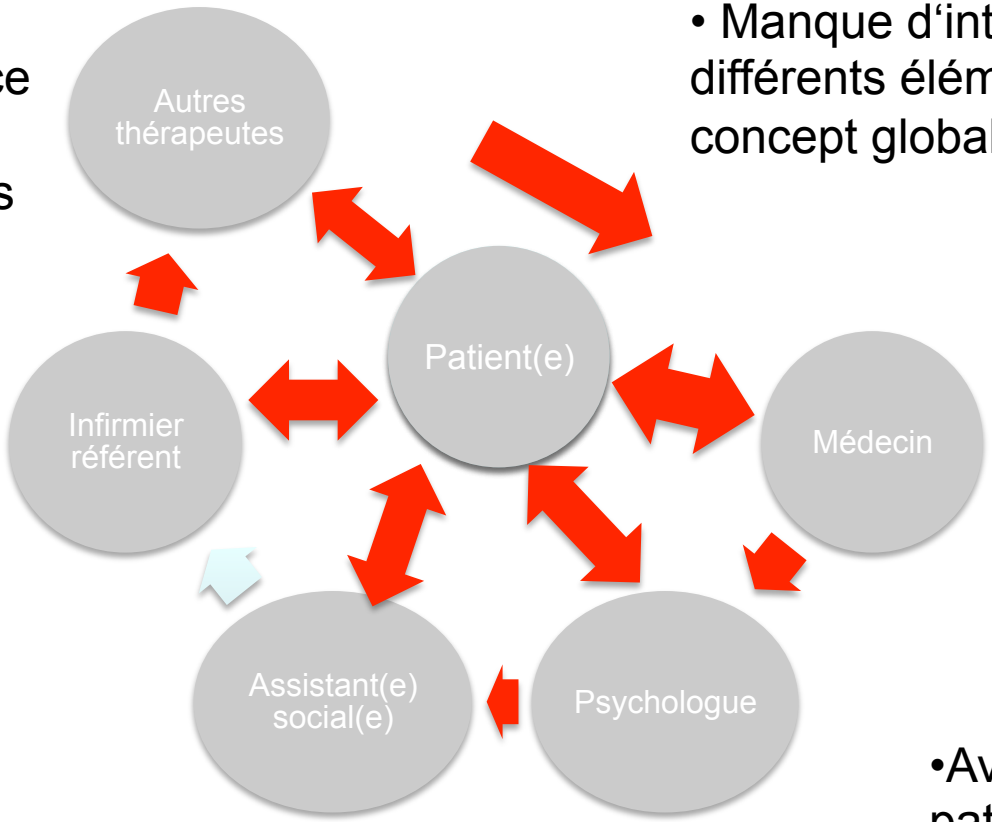
- Conséquence: la stabilisation du patient en milieu hospitalier est l‘objectif primaire de la prise en soins, mais la prise ne compte de son environnement et/ou de ses problèmes quotidiens est insuffisante.

Danger: Stabilisation en milieu hospitalier > déstabilisation à l’extérieur.

- Prise en soins multiprofessionnelle –
Problématique de départ:

- Discussions répétées et morcelées
- Peu de transparence
- Perte de ressources dans l'équipe

- Perte d'informations
- Manque d'intégration des différents éléments dans un concept global



- Avis divergents sur les patients

Trois concepts-fondateurs

- Empowerment
- Rétablissement
- Inclusion (équité/Dignité)

Appropriation-Empowerment

- “Capacité d’agir pour soi pour exercer un plus grand contrôle sur sa vie”/ Autonomie
- Est
  - Issue
  - Processus

Kieffer 1983; McLean 1995; Rappaport 1995; Rogers 1997; Salzer 1997; Ryan et al 1995; Williams et al 1996; Williams et al 1998; Linhorst et al 2002; Williams et al 2002

Appropriation

- Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle
- Diminution auto-stigmatisation
- Protecteur contre les rechutes
- Processus de rémission /guérison/ rétablissement

Bandura 1982; Prochaska 1992; Buckles et al 2008; Corrigan 2002; Stromwall and Hurdle 2003;Ajzen 2004; Swanson 2008

DÉFINITIONS DU RÉTABLISSEMENT

Liberman et al.

Vision médicale

- Diminution des sympômes
- Autonomie /usage des soins
- Activité occupationnelle
- Logement non supervisé

RÉTABLISSEMENT

Hopper et al. 2007; Anthony 1993

- Selon le mouvement des usagers.
- “Le Rétablissement est un processus **profondément personnel**, unique impliquant des changements des attitudes, valeurs, objectifs, compétences et rôles.
- Vivre et contribuer à une vie satisfaisante, emplie d’**espoir** au delà des limitations causée par la maladie.
- un nouveau **sens dans sa vie** bien au delà des dégâts de la maladie mentale’

Recovery- Rétablissement

- Expérience du rétablissement
- Elargissement du pouvoir d'agir sur ses conditions de vie
- Utilisation optimale de ses ressources **personnelles** et **environnementales**
- Promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement
- Pas nécessairement de rémission complète des symptômes

•*Glover et al. 2007; Glover et al.2009; Greacen et al.2012; Provencher 2002*

Goldstein 2005; Stylianidis 2014

1. *Espoir*
2. *Empowerment*
3. *Responsabilisation personelle*
4. *Une vie (rôle qui a du sens pour soi)*

Elements of recovery

Amering 2012

- Hope
- Meaning and purpose
- Potential for change
- **Control** (the subjective experience of having regained control over one's life)
- **Active participation**
- Holistic and inclusive approach
- Environment (stigma-exclsuion)
- Optimistic and realsitic approach (rarely a linear process)
- **Creative risk taking**

Essential capabilities

- Working in partnership
- Respecting diversity
- Practising ethically
- Challenging inequality
- Promoting recovery
- **Identifying people's needs and strenghts**
- **Providing service user centred care**
- Making a difference
- Promoting safety and positive risk taking
- Personal devlopment and learning

Bandura 1982; Prochaska 1992; Buckles et al 2008; Corrigan 2002; Stromwall and Hurdle 2003;Ajzen 2004; Swanson 2008

Inclusion

- *dé-stigmatisation/ à la dé- «discrimination »*
- *connexion fonctionnelle et active avec soi-même, son environnement et sa cité.*
- *L'inclusion s'entend également par une participation aux réflexions relatives à l'organisation des services de soins.*

•Glover et al. 2007; Glover et al.2009; Greacen et al.2012; Provencher 2002

Inclusion:

- L‘adaptation des structures aux besoins des personnes
- (opposée à intégration: adaptation des personnes aux structures)

Favoriser la participation en psychiatrie, comment ca marche?

- **Transparence** des processus et implication dans les prises de décision
- Encouragement et **confiance** en la capacité d‘**autodétermination**
- Partage judicieux (!) de la **prise de risque et de la responsabilité.**

- La plupart des patients ont besoin de ces deux éléments: des interventions basées sur les
- **évidences** *et*
- des **solutions nouvelles et individuelles**

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).

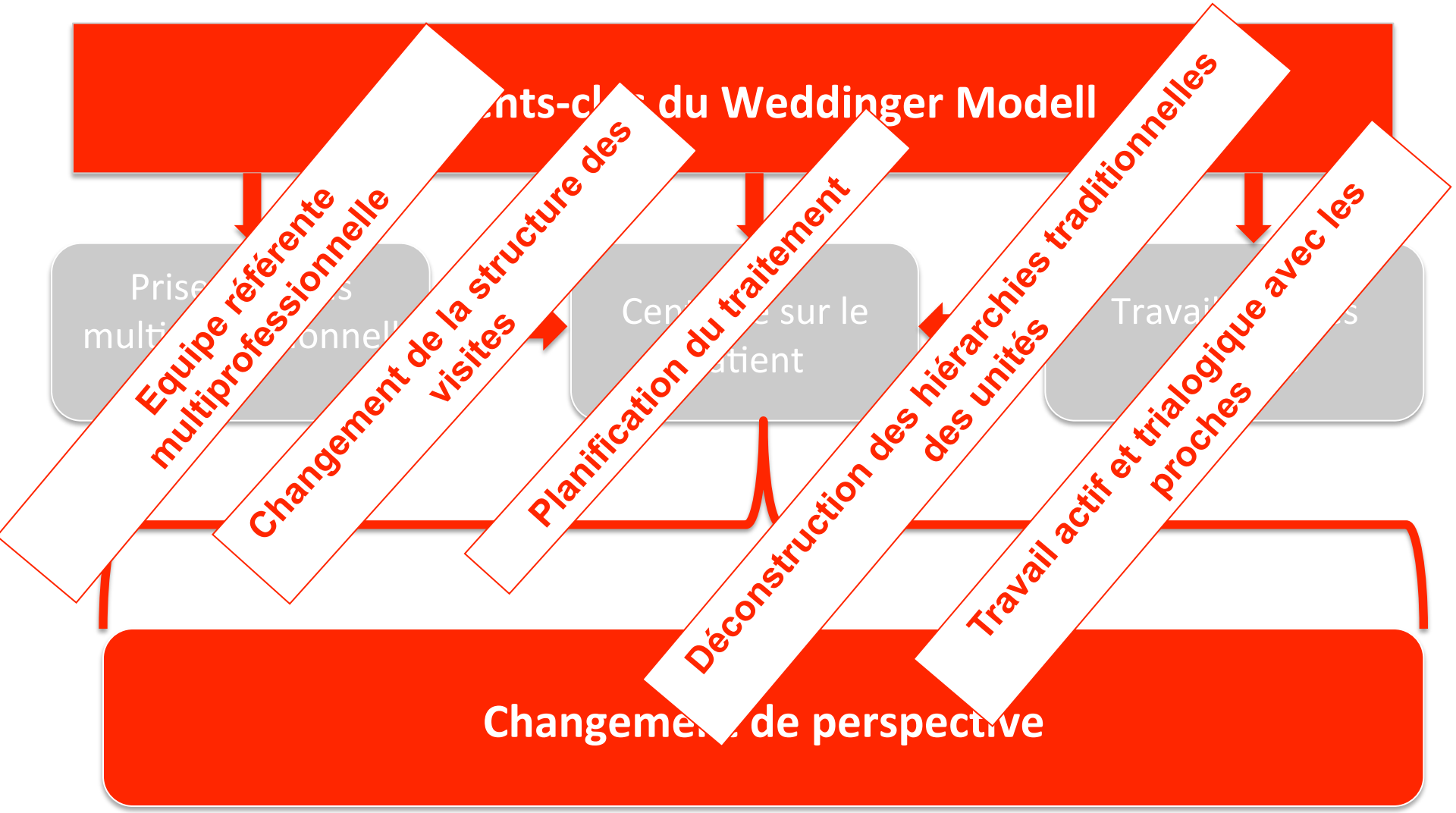
Participation?

Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées:

„Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres." (Art. 1 §2)

Attitude et strucutres

Weddinger Modell



- Prise en soins multiprofessionnelle –
Equipe référente multiprofessionnelle

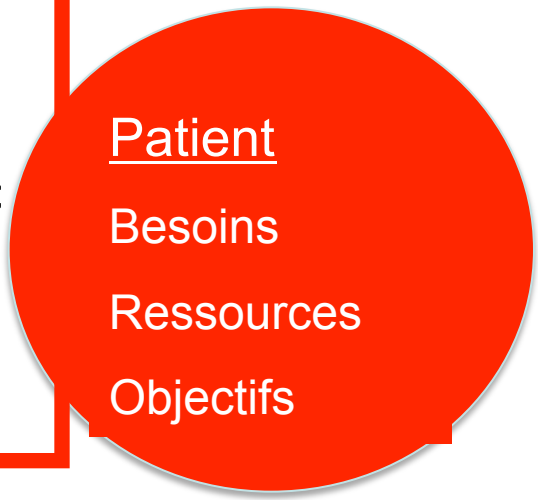
- Intégration maximale des ressources à disposition dans le projet thérapeutique global du patient: soignant référent, aspects psycho-, socio-, ergothérapeutiques,…

Equipe référente multiprofessionnelle

p.ex. médecin, infirmier, psychologue

Planification des soins commune avec le patient

Lettre de sortie commune



- Soins centrés sur le patient -
Planification du projet thérapeutique

Juste après l'admission

- **Focalisation sur les ressources et les besoins**

➢ Mise en relation avec l'offre thérapeutique

➢ Encouragement des stratégies individuelles et favorisation des structures ambulatoires existantes

- **Objectifs concrets et individuels**

➢ Recherche de consensus avec définition et documentation des objectifs communs

Juste avant la sortie

- Se base sur la première planification

- Feedback, questions restées ouvertes, situation à l'extérieur, év. suite de traitement

- Permet des corrections de la première planification, la planification de la sortie et une évaluation du succès thérapeutique

Points centraux de la prise en soins dans le Weddinger Modell:

- Atténuer la souffrance subjective des patients;

- Orienter la prise en soins multiprofessionnelle vers les buts et les attentes des patients et de leurs proches

- Une mise en relation adaptée des ressources individuelles internes et externes avec l‘offre thérapeutique ainsi que l‘élaboration et le renforcement de stratégies de défense individuelles et du sentiment d’efficacité personnelle

L‘objectif de soins peut comprendre explicitement ou implicitement une réduction/rémission des symptômes
MAIS la prise en soins et son évaluation ne s’orientent pas automatiquement par rapport aux symptômes

- Proches –
Trialogue:

- Proches: définis par le patient > **personne de référence**
- Construction d'une **approche trialogique** du travail
- Inclusion **active** des personnes-référentes **et construction progressive d'une relation avec elles**
- **Entretiens de réseau** (à l'intérieur et à l'extérieur de la clinique)
- **Transparence** maximale:
  - Chaque visite = visite avec les proches
  - Accord en trialogue sur les soins et leurs objectifs

- Changement des structures et des hiérarchies traditionnelles - Visites

Equipe multiprofessionnelle:

• Mise en application directe de l'approche thérapeutique trialogique et multiprofessionnelle

•Patient et thérapeutes sont sur un pied d'égalité dans la conduite de l'entretien

Visite avec CDC/adjoint/chef de service:

• Présentation et discussion par l'équipe multiprofessionnelle en présence du patient
• Fonction de supervision

„Open dialogue"

Chaque visite est une visite avec les proches

Principe de la „reflecting team"

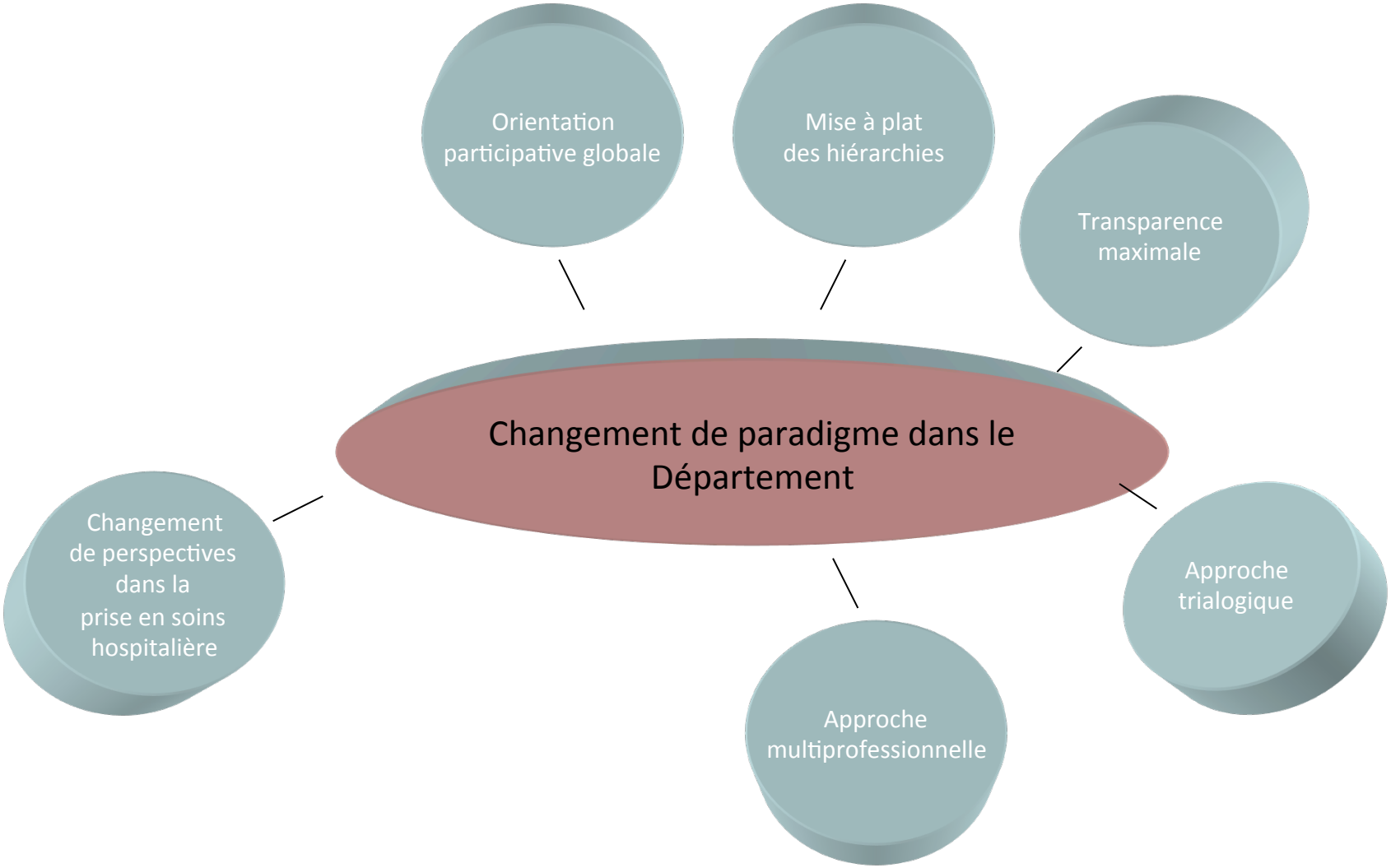
- Changement de perspective -

- „Pas de guérison sans sympathie“ (FERENCZI S)

- Au premier plan de la prise en soins:
  - Processus de développement personnel (dynamique, se poursuivant tout au long de la vie), subjectivité, autonomie et liberté de choix.
  - Objectif: une vie librement déterminée; prise en compte de sa propre responsabilité; image de soi positive.
  - L’intégration des stratégies de défense et des mécanismes d’auto-guérison à un processus thérapeutique professionnel.
  - Chronique ne veut pas dire inguérissable.

Cave: le regard des personnes sur leur maladie dépend fortement de ce qui est suggéré par l’équipe thérapeutique.

Le Weddinger Modell – un changement de paradigme



Les processus de changement nécessitent:

- Transparence,
- Participation
- paritarisme

Nouveau projet = changement – Changement = résistances

Le facteur humain est ici „le centre des processus de changements et le facteur crucial de leur réussite“ (K.C. Vollrath)

- Résistance rationnelle – arguments logiques contre les transformations
- Résistance émotionnelle – craintes et inquiétudes plus ou moins concrètes
- Résistance politique – perte d’influence et de pouvoir