

Aujourd'hui, il est souvent fait référence aux plans d'expérience de P.WOOD[2] dans la prise en charge des pathologies chroniques. D'où l'intérêt de les préciser et d'analyser les conséquences qui en découlent. Nous aborderons exclusivement les maladies mentales chroniques.

I. GENERALITES

L'objectif premier de cette classification est d'aborder les conséquences des maladies chroniques et d'évaluer les prises en charge : « *Toute tentative d'évaluation de l'efficacité d'un service de santé doit prendre en compte trois aspects fondamentaux: les contacts établis avec le système, la réponse obtenue en retour, le résultat de la démarche* ».

II. MALADIE AIGUË, MALADIE CHRONIQUE

· **maladie aiguë**: le schéma classique qui s'y réfère est:



· **maladie chronique**: le schéma précédent ne peut s'appliquer aux maladies qui « durent dans le temps », car elles impliquent des conséquences, que P. WOOD appelle des plans d'expérience suivant le schéma:



Par exemple, pour une personne souffrant de pathologie psychotique, le délire (déficiency: altération de la pensée) peut entraîner une incapacité dans les relations sociales d'où un désavantage d'intégration sociale.

En définissant ces différents plans d'expérience, il est possible de cerner l'objectif du « contact établi » et de ce fait en faire une évaluation.

III LES DIFFERENTS PLANS D'EXPERIENCES

III.1 La Déficience

« Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique » Elle correspond à la notion de trouble, même si l'auteur a souhaité l'élargir à la notion de perte de substance.

Classification

- Déficiences intellectuelles: intelligence, mémoire, pensée ...
- Autres déficiences du psychisme: conscience et état de veille, perception et attention, fonctions émotives et volitionnelles, comportement
- Déficience du langage et de la parole
- Déficience auditive, de l'appareil oculaire, des autres organes, du squelette et de l'appareil de soutien

III.2 L'Incapacité

« Une incapacité correspond à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain... L'incapacité représente l'objectivation d'une déficience et, comme telle, reflète les perturbations au niveau de la personne elle-même ». J. CONSTANT[3] préfère la dénomination « d'altération des fonctions de la personne »

Classification

- Incapacités concernant le comportement: la conscience, les relations
- Incapacités concernant la communication: orale, écoute, vision
- Incapacités concernant les soins corporels: excrétion, hygiène corporelle, habillage, nutrition
- Incapacités concernant la locomotion: types de marche, restriction dans les déplacements,
- Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches: domestiques, mouvement du corps
- Maladresse: activités quotidiennes, activités manuelles,
- Incapacités révélées par certaines situations: concernant la dépendance et la résistance physique, liées à l'environnement physique.

III.3 Le Désavantage

C'est « *le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal...* »

Le désavantage est un écart entre : les possibilités de la personne (qui sont limitées) et les aspirations de cette personne ou du groupe dont il fait parti

C'est donc la traduction sociale de la déficience ou de l'incapacité au niveau: culturel social économique et environnemental.

Classification

Pour construire sa classification, P. WOOD part de « rôle de survie » difficile à accomplir, ce qui place l'individu dans une situation de désavantage par rapport aux autres (en relation à la norme). Nous trouvons:

- désavantage d'orientation: lié à aux difficultés de réception, d'assimilation et de réponses par rapport à l'information
- désavantage d'indépendance physique: difficulté pour l'individu de poursuivre une existence indépendante
- désavantage de mobilité: difficulté à se mouvoir efficacement dans son environnement
- désavantage d'occupation: difficulté à occuper son temps d'une manière habituelle
- désavantage d'intégration sociale: difficulté de participer aux relations sociales habituelles et de les maintenir
- désavantage d'indépendance économique: difficulté d'assumer une activité socio-économique et son autonomie

Cette classification ne se veut pas exhaustive, et peut-être complétée par la pyramide de MASLOW. P. WOOD a souhaité mettre en avant les trois premiers besoins (physiologique, sécurité et social)

IV L'INTER- RELATION DES PLANS D'EXPÉRIENCES

Il n'y a pas entre ces plans d'expérience une linéarité du type: Déficience P Incapacité P Désavantage

- une déficience peut donner un désavantage sans qu'une incapacité soit présente
- une déficience peut exister sans incapacités et désavantages
- un désavantage peut exister sans déficiences et incapacités (ex : « la précarité », « l'exclusion »)
- une incapacité peut masquer une capacité

Ainsi les conséquences des maladies chroniques, peuvent être abordées comme « des points de vue »[4], des référentiels différents indépendamment des uns des autres, où « la gravité plus ou moins présente sur un plan ne permet pas de conclure à celle qui se manifeste sur un autre »[5]. Farkas et coll [6] de préciser l'absence de corrélation entre la réinsertions et les symptômes de la maladie.

V CONSEQUENCES SUR LES PRISES EN CHARGE

P. WOOD suggère de traiter chaque plan d'expérience indépendamment des autres, en sachant qu'une action de soin portée sur un référentiel donné aura un effet sur les autres.

Aujourd'hui, nous trouvons des champs de prestations spécifiques pour chaque plan d'expérience[7] :

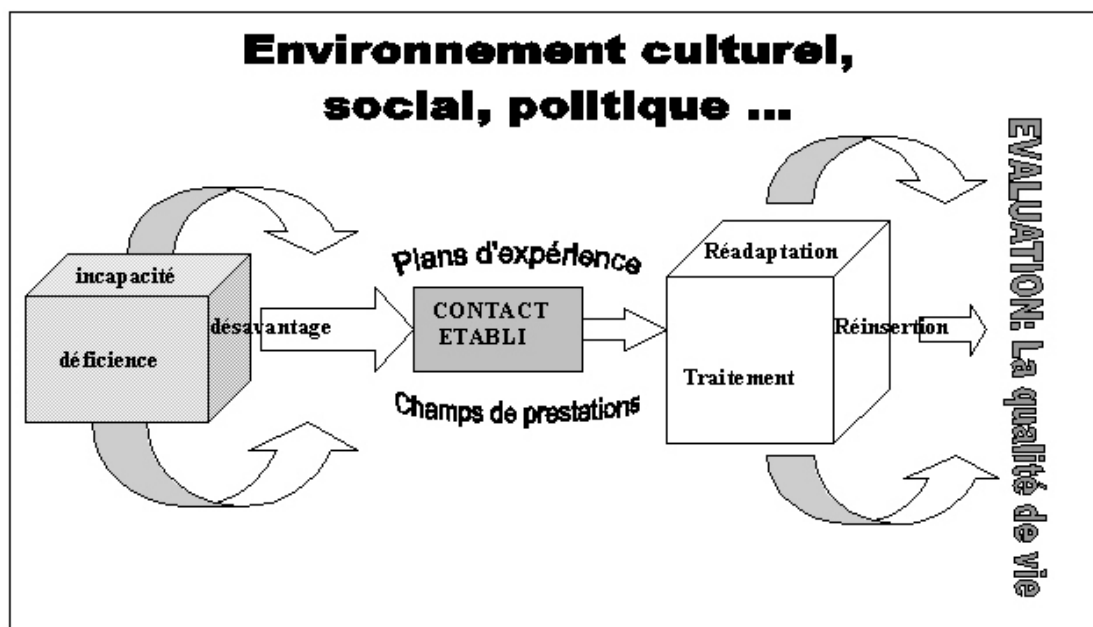
- Maladie et déficience : c'est le champ de l'observation clinique et le **traitement**, principalement conduits par le médical thérapeutique

- L'incapacité : c'est le champ de la **réadaptation** : « actions permettant de supprimer, d'atténuer de surmonter les obstacles générateurs du handicap »[8] . Y participent les infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, ...
- Le désavantage : c'est le champ de la **réinsertion**. Elle " se situe dans le champ social. La psychiatrie de secteur y est partenaire et apporte sa contribution pour aider un individu à retrouver son milieu familial, social et professionnel" [9]. Le désavantage est également à considérer comme une conséquence sur l'entourage [10], ou l'associatif prend souvent le relais (ex UNAFAM),
- En lien avec la réadaptation et la réinsertion, nous trouvons le champ de la **réhabilitation** : « c'est l'ensemble des pratiques [...] visant à la sortie du champ psychiatrique, à la participation réelle des malades aux échanges de la société, enfin, l'accès à la citoyenneté totale politique, juridique et économique. [...] Elle] va obligatoirement nécessiter, à côté de la mise en place de soins à long terme, la prise en compte de facteurs sociaux et de l'attitude de la société à l'égard des malades mentaux" [11]

Si les plans d'expériences peuvent être analysés comme un système ouvert (sur le monde), les champs spécifiques de prestations doivent suivre également ce modèle. Un travail en partenariat s'avère indispensable entre le sanitaire, le social, l'associatif, le politique ..., afin de mettre en oeuvre la finalité de ces actions, **l'amélioration de la qualité de vie**.

Celle-ci s'exprime par un aspect subjectif de bien-être, de satisfaction face à la vie et plus objectivement, implique les aspects environnementaux et sociaux sur lesquels repose l'évaluation subjective.

Représentation générale : Plans d'Expérience, Contact établi, Prestations, Evaluation



[1] Cadre Infirmier .- Centre Hospitalier Laval (France 53) service du Dr BAIZE

[2] P. WOOD .- classifications des déficiences, des incapacités et des désavantages .- Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur le Handicap et les Inadaptations Diffusion PUF 1988

[3] J. CONSTANT .- La classification de Wood .- Neuropsychiatrie de l'enfance, 1993, 41 (10) .- p 563 570

[4] F. CHAPIREAU .- Les maladies au long cours : gravité ou handicapé ? .- l'information psychiatrique n°8 Octobre 1995 .- p 765 771

[5] F. CHAPIREAU .- ibid

[6] FARKAS et coll in Gilles VIDON .- la réhabilitation psychosociale en psychiatrie .- Editions Frisons Roches 1995 .- p 46

[7] G. VIDON .- op cit .- p 46

[8] W. HESBEEN .- la réadaptation du concept aux soins .- Edition Lamarre 1994 .- p 48

[9] GEORGE Marie-Claude et TOURNE Yvette .- Le Secteur Psychiatrique .- Editions Presses Universitaires de France collection que sais-je? .- page 115

[10] F. CHAPIREAU .- ibid

[11] VIDON Gilles .- La réhabilitation psychosociale en psychiatrie .- Editions Frison-Roche septembre 1995.- page 29