

# Mon cheminement (et mes difficultés) avec le modèle médical : vers la coproduction

Peter Ryan

Professeur de santé mentale  
XVII<sup>e</sup> COLLOQUE DE L'AQRP  
10 au 12 Novembre  
Montréal, Québec



# Remerciements

- Lee Bojtor et Linda Stannard, Barnet, Enfield and Haringey NHS Trust
- D<sup>r</sup> Sarah Carr, chercheuse et utilisatrice de services
- D<sup>r</sup> David Crepaz-Keay, chef, Empowerment Mental Health Foundation



# Contenu de la présentation

## Mes réflexions et mon expérience :

- Du modèle médical
- au rétablissement
- à la coproduction en tant qu'agent de transfert du pouvoir.
- Exemples d'expériences locales.



# Mon point de départ : le modèle médical

- Diagnostic et traitement médical
- Dérèglements du fonctionnement de l'organisme de nature pathologique, physiologique, biochimique
- Traitement, médicaments ou thérapies somatiques
- Retour à un fonctionnement « normal »



# Les relations de pouvoir dans les services de santé mentale

Traitement : les spécialistes (tous, mais surtout les psychiatres) sont au sommet plutôt qu'en soutien.



# Le diagnostic

Par exemple, la schizophrénie est :

« une démence précoce qui consiste en une série d'états cliniques ayant en commun une destruction singulière des connexions internes de la personnalité psychique qui a des effets particulièrement néfastes sur la vie émotionnelle et la volonté ».

Emil Kraepelin, 1913



« Ô vous qui entrez, Abandonnez toute espérance »



# La schizophrénie muselée par « le système » sous quatre aspects

- Individuel – la perte du discours, la perte de l'identité individuelle et la folie (McCabe *et al*, 2002)
- Institutionnel – l'absence de sens de la psychose en psychiatrie (P. Bracken et P. Thomas, 2005)
- Social – la stigmatisation et la distance sociale mènent à l'isolement et à l'impuissance (Read *et al*, 2006)
- Politique – le pouvoir de la psychiatrie pour parler de la folie (Foucault)





# D'un paradigme de chronicité à un paradigme de rétablissement

- Regroupement en fonction du diagnostic; « cas » regroupés et étiquetés « chroniques », maladie mentale grave et persistante ou maladie mentale chronique
- Pronostic pessimiste; « cerveau brisé »
- Pathologie ou déficits; grossissement des vulnérabilités; accent mis sur les problèmes
- Modèles de fragmentation des composantes biologiques et psychosociales, et d'oppression
- Évaluation professionnelle de l'« intérêt supérieur » et des besoins; paternalisme
- Identité unique; accent mis sur la personne; « la personne d'abord » dans le vocabulaire
- Espoir et optimisme réaliste
- Forces, robustesse et résilience; accent mis sur les capacités d'auto-redressement
- Intégration holistique (bio-psycho-socio-spirituelle); réalité quotidienne
- Autodéfinition de ses besoins et de ses objectifs; voix; accent mis sur le consommateur; autodétermination

# Changement de paradigme : vers le rétablissement

- Rôle de patient, de client ou d'utilisateur de services

Ressources limitées ou pauvreté

Impuissance, passivité ou dépendance par adaptation

- Rôles normatifs/ rythmes de vie naturels

Constitution d'un actif, opportunités

Efficacité personnelle, autonomie financière, confiance en soi



## Dimension personnelle

Vis ta vie,  
pas ton diagnostic !



# Vers un modèle de coproduction

- Les utilisateurs de services en tant que partenaires égaux dans un contexte de collaboration
- Participation à son propre traitement et aux décisions qui le concernent
- Des utilisateurs de services qui collaborent à la prestation des soins, à l'audit, à l'examen et à l'approvisionnement?



# Droits civils et citoyenneté

- Relations sociales / Capacité d'entrer en relations
  - Famille
  - Amis
  - Intimité
- Activités intéressantes
  - Poursuite des études
  - Emplois réels et carrières intéressantes
  - Occasions de bénévolat
  - Défense des droits en milieu communautaire ou organisationnel
  - Participation à la prise de décision au sein
  - d'un service de santé mentale



# La coproduction comme agent de transfert du pouvoir

- « [...] mettre en valeur toutes les capacités humaines, reconnaître toutes les contributions, créer de la réciprocité ».

(Cahn, 2004)

- « Coproduction s'entend d'une prestation de services publics misant sur des relations égalitaires et réciproques entre les professionnels, les utilisateurs de services, leurs familles et leur entourage. Là où les activités sont ainsi coproduites, les services et les communautés deviennent des agents de changement beaucoup plus efficaces ».

(Boyle et Harris, 2009, p. 11)



# Implications

- « [...] une façon d'envisager le pouvoir, les ressources, les partenariats, ainsi que les risques et les résultats, qui est susceptible d'engendrer une transformation, et non pas un modèle tout fait de prestation des services ou une recette miracle universelle ».

(Needham et Carr, 2009, p. 1)

- Les approches de coproduction permettent de « convertir le savoir des professionnels en catalyseur de la reprise du pouvoir d'agir ».



# Niveaux

- **Niveau individuel** : « Nous avons tous besoin qu'on ait besoin de nous, quels que soient notre âge, nos diplômes, nos compétences commercialisables ou les obstacles sur notre chemin », et la coproduction « implique la satisfaction de ce besoin, c'est-à-dire la reconnaissance, l'enregistrement et la validation externe de notre contribution ».
- **Niveau sociétal** : la transformation des relations entre, d'une part, les professionnels et, d'autre part, les utilisateurs de services, les citoyens et les communautés, de sorte que les « relations de subordination et de dépendance cèdent le pas à des relations fondées sur la parité, la mutualité et la réciprocité ».





# Indicateurs de mesure de la coproduction

Niveau de l'indicateur	Indicateur
Individuel	Les objectifs du service ou du traitement sont établis conjointement par les professionnels et les utilisateurs de services.
Opérationnel	Les utilisateurs de services donnent de la formation en partenariat avec des professionnels.
	Les utilisateurs de services contribuent à des séances de formation dirigées par des professionnels.
	Les utilisateurs de services contribuent à la production d'information officielle.
	Le service tient régulièrement une réunion, à laquelle les utilisateurs de services peuvent assister s'ils souhaitent participer.
Stratégique	De nouveaux services sont créés de concert ou coproduits par les utilisateurs de services et les professionnels.
	Plusieurs utilisateurs de services siègent au conseil d'administration.



# Expériences locales

- Création du Centre de coproduction (Centre for Co-Production), par la Middlesex University.
- Mise en place du programme de reprise du pouvoir d'agir (Enablement Program) par Barnet, Enfield and Haringey.
- Initiatives de Lee Bojtor et Linda Stannard.



# Objectifs du Centre de coproduction

- Constitue un cadre général pour les réseaux, les personnes et les organisations engagés dans le développement et la défense de la coproduction;
- Vise à servir de ressource nationale, régionale et locale en matière de consultation, de recherche et de formation en veillant à promouvoir l'application et l'évaluation des principes et pratiques de coproduction;
- Offre aux gens des possibilités de croissance personnelle et de perfectionnement, de façon qu'ils soient considérés comme un actif et non comme un fardeau dans un système surchargé;



# Le Centre de coproduction (suite)

- Investit dans des stratégies qui développent l'intelligence émotionnelle et la capacité des communautés locales;
- Emploie les réseaux de pairs aidants au lieu de faire appel uniquement à des professionnels pour assurer le mieux possible le transfert des connaissances et des capacités;
- Diminue ou rend plus floue la distinction entre les fournisseurs et les utilisateurs de services, en repensant les modes de conception et de prestation des services : les services peuvent être très efficaces lorsque les gens exercent les deux rôles – fournisseurs et bénéficiaires;
- Permet aux organisations de services publics de devenir des catalyseurs et des facilitateurs plutôt que de simples fournisseurs;
- Confie la responsabilité réelle, le leadership et l'autorité aux « utilisateurs » et favorise l'auto-organisation plutôt que la direction par des instances supérieures.

# Le Programme Reprise de pouvoir d'agir

On s'attend à ce que ce programme produise un certain nombre de résultats, notamment :

- une diminution du nombre de lits;
- une diminution des admissions;
- davantage de personnes qui avancent dans un parcours et qui seront hospitalisées moins longtemps;
- l'adoption et le soutien d'une approche de rétablissement axée sur la reprise du pouvoir d'agir tout au long du parcours du client;
- moins de cas exigeant une coordination des soins, en tout temps;
- le Programme est le point d'entrée dans l'organisation;
- l'organisation a bonne réputation;
- le retour tant du personnel que des clients est excellente.



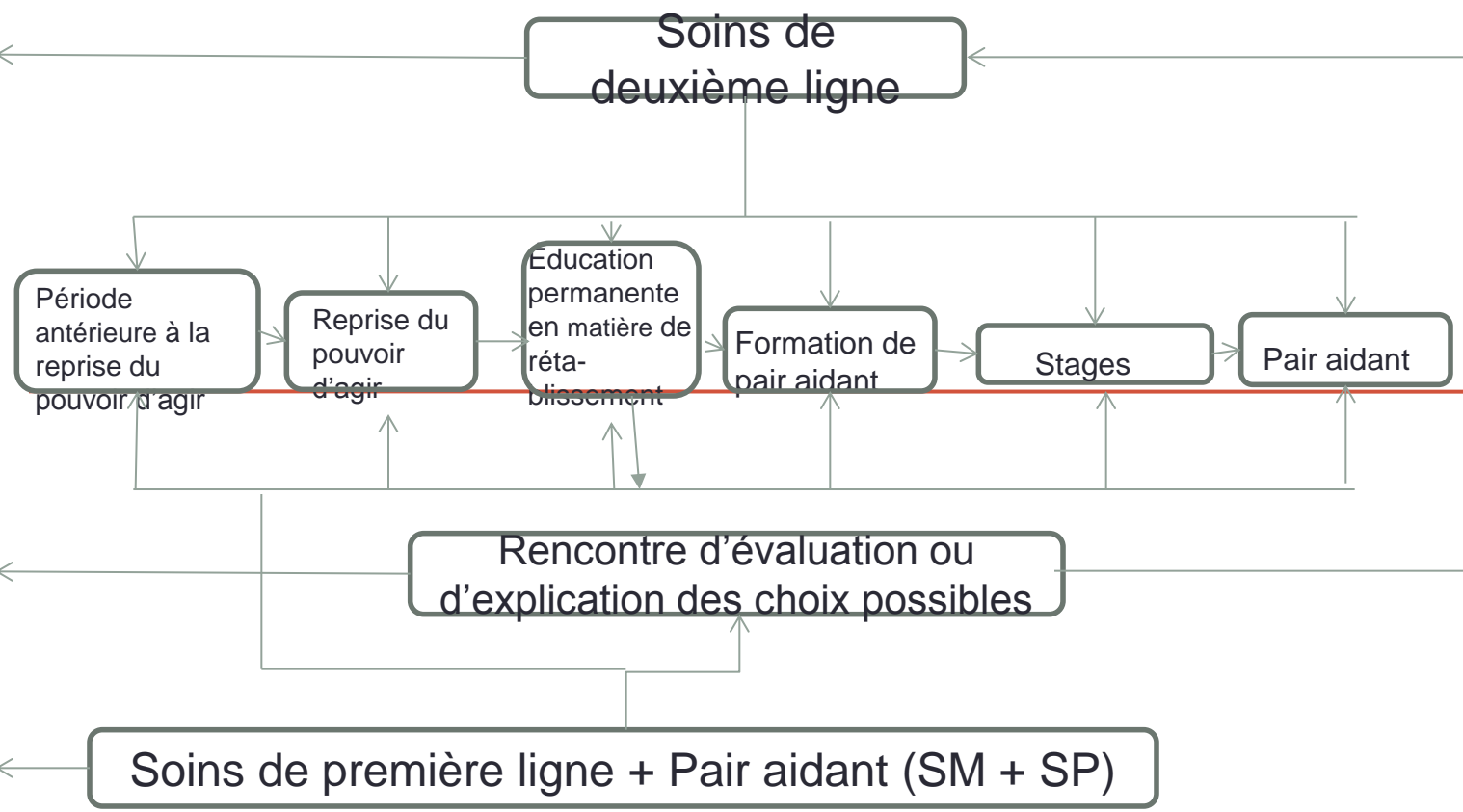
# Les valeurs du programme

## Trois principes clés

- L'espoir perpétuel qu'il est possible de poursuivre ses buts et ses ambitions;
- Le besoin de sentir en tout temps que l'on contrôle sa vie et ses symptômes;
- L'importance d'avoir la possibilité de se bâtir une vie, malgré la maladie.



**Tout autre service ou soutien  
communautaire**



**Mise en mouvement du patient  
(MMP)**

**Coproduction**



**Merci !**